



**T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**Hemşirelik Anabilim Dalı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği**

[Doktora Tezi]

**BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ GELİŞİMSEL BAKIM KAPSAMINDA TOPLU
BAKIM UYGULAMA REHBERİ GELİŞTİRME VE ETKİNLİĞİNİ
DEĞERLENDİRME**

**Fatma TOKAN ÖZKILIÇASLAN
ORCID: 0000-0001-8335-0740**

**Danışman
Prof. Dr. Emine GEÇKİL
ORCID: 0000-0003-3947-285X**

**Bu tez çalışması Necmettin Erbakan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Koordinatörlüğü tarafından 23DR9006 numaralı proje ile desteklenmiştir.**

KONYA-2025

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yükseklisans sürecinde olduğu gibi doktora sürecinde de değerli bilgi ve deneyimleriyle beni destekleyen, yol gösteren, çalışmamın niteliğini artırmama yardımcı olan, özenli değerlendirmeleriyle katkı sağlayan, desteğini ve güvenini esirgemeyen kıymetli danışmanım Prof. Dr. Emine GEÇKİL'e

Tezimin her aşamasında beni sabırla destekleyen, yol gösteren, bana güven veren, zorlu zamanlarımda motivasyon kaynağım olan Doç. Dr. Semra KÖSE'ye,

Yükseklisans sürecinde olduğu gibi doktora sürecinde de değerli bilgi ve deneyimleriyle beni destekleyen, çalışma sürecimde gösterdikleri hassasiyet ve çalışmama kattıkları değerli öneriler için değerli hocam Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN'a

Tez savunma sürecimde, bilgi ve deneyimleriyle ve değerli önerileriyle beni yeni bakış açıları kazanmaya teşvik eden kıymetli jüri üyelerim Prof. Dr. Sibel Küçükoğlu ve Doç. Dr. Raheleh SABETSARVASTANI'ye,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne;

Veri toplama sürecimde desteklerini esirgemeyen Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi YYBÜ ekibine,

Çalışmanın yapılandırılmasında değerli öneri ve katkıları ile yol göstererek uzman görüşü bildiren değerli uzmanlara ve KTO Karatay Üniversitesi ekibime,

Çalışma süresince gösterdikleri sabır, anlayış, koşulsuz sevgi ve fedakarlıkları için hayatımın en değerli varlıkları olan yavrularım Sümeyye ve Yusuf'a ve biricik eşim İbrahim'e

Bu uzun ve zorlu süreçte, her zaman yanımda olan, koşulsuz sevgi, sonsuz sabrı ve bitmek bilmeyen desteğiyle bana güç katan KIYMETLİ anne-babam Şerife-Ali TOKAN'a ve tüm aileme...

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum...

FATMA TOKAN ÖZKILIÇASLAN

Aralık 2025



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	ix
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
ÖZET.....	xiv
ABSTRACT	xvi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Toplu Bakım.....	5
2.1.1. Toplu bakım etkileri	6
2.1.2. Toplu bakımda yer alan hemşirelik girişimleri ve hemşirenin rolü	10
2.2. Klinik Rehber	14
2.2.1. Klinik rehberin yararları.....	15
2.2.2. Klinik rehber geliştirme süreci	15
2.2.3. De novo rehber geliştirme süreci	16
2.3. Toplu Bakım Uygulama Rehberine Göre Toplu Bakımın Uygulanmasının Yapılandırılması.....	19
2.3.1. Bakım gereksinimlerini belirleme	19
2.3.2. Bakıma hazırlık	21
2.3.3. Bakım uygulama	25
2.3.4.Bakıma ara verme/bakımı sonlandırma.....	33
2.3.5.Kayıt	34
2.5.6.Toplu bakım uygulamalarının sıralaması	34
3. YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.1.1. Birinci aşama: toplu bakım uygulama rehberi geliştirme süreci.....	37
3.1.2. İkinci aşama: ön test son test randomize kontrollü deneysel çalışma	48
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	49
3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	50
3.4. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri.....	51
3.4.1.Araştırmaya dahil etme kriterleri	51
3.4.2.Araştırmadan dışlanma kriterleri.....	51
3.4.3.Araştırmadan çıkarılma kriterleri	51

3.5. Araştırmanın Değişkenleri	51
3.5.1.Bağımlı değişken.....	51
3.5.2.Bağımsız değişken.....	52
3.6. Randomizasyon ve Körleme	52
3.6.1. Randomizasyon	52
3.6.2.Körleme ve yanlılıklar.....	53
3.7. Veri Toplama Araçları	55
3.7.1. Tanımlayıcı bilgi formu	55
3.7.2. Toplu bakım uygulama rehberi	55
3.8. Verilerin Toplanması.....	55
3.8.1. Kontrol grubu	57
3.8.2. Girişim grubu	57
3.8.3.Eğitim içeriği.....	58
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	60
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	61
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	61
4. BULGULAR	63
4.1. Rehberin Geliştirilmesi ve Genel Yapısına Ait Bulgular.....	63
4.2. Uzman Görüşlerinden Elde Edilen Kapsam Geçerliliği İndekslerine Ait Bulgular.....	65
4.3. Toplu Bakım Uygulama Rehberinin AGREE II Kriterlerine Uygunluğunun Değerlendirmesi Sonuçlarına Ait Bulgular	66
4.4. Rehberin Kullanımının Değerlendirilmesine İlişkin Nicel/Nitel Bulgular	68
4.5. Gruplara Göre Hemşirelerin Tanımlayıcı ve Bakım Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	73
4.6. Grup ve Zamana Göre Toplu Bakım Uygulama Rehberi ve Bölüm Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	74
5. TARTIŞMA	79
5.1. Rehberin Geliştirilmesi ve Genel Yapısına Ait Bulguların Tartışılması.....	79
5.2. Uzman Görüşlerinden Elde Edilen Kapsam Geçerliliği İndekslerine Ait Bulguların Tartışılması.....	83
5.3. Toplu Bakım Uygulama Rehberinin AGREE II Kriterlerine Uygunluğunun Değerlendirilmesi Sonuçlarına Ait Bulguların Tartışılması.....	84
5.4. Rehberin Kullanımının Değerlendirilmesine İlişkin Nicel/Nitel Bulguların Tartışılması	87
5.5. Grup ve Zamana Göre Toplu Bakım Rehber Puanı ve Bölüm Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	97
6.1.Sonuç.....	97
6.2.Öneriler.....	98
7. KAYNAKLAR.....	101
8. EKLER.....	110

8.1. Ek 1. Toplu Bakım Uygulama Rehberi İçin Görüş Bildiren Uzman Listesi.....	110
8.1. Ek 2. Toplu Bakım Uygulama Rehberi	111
8.1. Ek 3. Toplu Bakım Uygulama Rehberi Değerlendirme Formu	113
8.1. Ek 4. Kanıtların Dönüştürülmesi.....	114
8.1. Ek 5. Tanımlayıcı Bilgi Formu	115
8.1. Ek 6. Eğitim Programı.....	116
8.1. Ek 7. Eğitici Rehberi	117
8.1. Ek 8. Eğitim Kitapçığı.....	121
8.1. Ek 9. Etik Kurul İzni	124
8.1. Ek 10. Kurum İzinleri.....	125
8.1. Ek 11. Hemşire Gönüllü Katılım Onam Formu	127
8.1. Ek 12. Deneysel Araştırma Tasarımları Kursu Katılım Belgesi	128
8.1. Ek 13. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişimsel Destek Kursu Katılım Belgesi	129
8.1. Ek 14. Karma Araştırma Yöntemleri Kursu Katılım Belgesi	130
8.1. Ek 15. Toplu Bakım Uygulama Rehberi Yönergesi	131

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi **Fatma TOKAN ÖZKILIÇASLAN**'nın “**Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım Kapsamında Toplu Bakım Uygulama Rehberi Geliştirme ve Etkinliğini Değerlendirme**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 26.12.2025

Tez Danışmanı Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Jüri Üyesi Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN
Selçuk Üniversitesi

Jüri Üyesi Prof. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU
Selçuk Üniversitesi

Jüri Üyesi Doç. Dr. Semra KÖSE
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Jüri Üyesi Doç. Dr. Raheleh SABETSARVASTANI
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 31/12/2025 tarih ve 31/21 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL
Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım Kapsamında Toplu Bakım Uygulama Rehberi Geliştirme ve Etkinliğini Değerlendirme başlıklı tez çalışmamın toplam **79** sayfalık kısmına ilişkin, 06.01.2026 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%9** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Ön söz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%20) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

06.01.2026

İmza

Fatma TOKAN ÖZKILIÇASLAN

İmza

Prof. Dr. Emine GEÇKİL

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

26.12.2025

İmza

Fatma TOKAN ÖZKILIÇASLAN

SİMGELER VE KISALTMALAR

KISALTMALAR

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

BGB: Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials

KD: Kanıt Düzeyi

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

NICU: Neonatal Intensive Care Unit

NIDCAP: Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

WHO: World Health Organization

YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. De novo rehber geliştirme süreci.	17
Tablo 2.2. AGREE II kriterleri.....	19
Tablo 3.1. De novo rehber geliştirme basamaklarına göre toplu bakım uygulama rehberi geliştirme aşamaları.....	39
Tablo 3.2. Toplu bakım uygulama rehberinin AGREE II kriterlerini karşılama durumu.....	48
Tablo 3. 3. Blok randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol grubunun oluşturulması.	54
Tablo 4.1.Uzman görüş değerlendirmelerine göre toplu bakım rehberi madde ve toplamına ilişkin kapsam geçerlik indeksi.	66
Tablo 4.2.Yenidoğan yoğun bakım hemşireleri için toplu bakım uygulama rehberi değerlendirme formuna ait sınıflandırmanın tanımlayıcı istatistikleri.	68
Tablo 4.3.Nitel bulguların tematik yapısı ile alt kategorilerin örnek ifadeleri.....	70
Tablo 4.4.Gruplara göre hemşire ait tanımlayıcı ve bakım değişkenlerinin karşılaştırılması..	73
Tablo 4.5.Grup ve zamana göre bakım gereksinimlerini belirleme bölüm puanlarının karşılaştırılması.	74
Tablo 4.6.Grup ve zamana göre bakıma hazırlık bölüm puanlarının karşılaştırılması.	75
Tablo 4.7.Grup ve zamana göre bakıma ara verme/bakımı sonlandırma bölüm puanlarının karşılaştırılması.	75
Tablo 4.8.Gruplar arası ve grup içi kayıt bölüm değerlerinin karşılaştırılması.	76
Tablo 4.9.Grup ve zamana göre bakım uygulama bölüm puanlarının karşılaştırılması.	76
Tablo 4.10. Grup ve zamana göre toplu bakım rehberi toplam puanlarının karşılaştırılması..	77
Tablo 4.11.Gruplara göre toplu bakım rehberi puanlarının değişimlerinin (ön test- son test) karşılaştırılması.	77

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2. 1. Toplu bakımın bebeğe etkileri.	9
Şekil 3. 1.Birinci aşama: toplu bakım rehberi geliştirme süreci akış şeması.	38
Şekil 3. 2. İkinci aşama: toplu bakım uygulama rehberinin etkinliğinin değerlendirilmesi. ...	49
Şekil 3. 3.G*Power (3.1.9.4) programında posthoc güç analizi.....	51
Şekil 3. 4. Consort Akış Diyagramı	60



ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
[Doktora Tezi]

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ GELİŞİMSEL BAKIM KAPSAMINDA TOPLU BAKIM UYGULAMA REHBERİ GELİŞTİRME VE ETKİNLİĞİNİ DEĞERLENDİRME **Fatma TOKAN ÖZKILIÇASLAN**

Konya-2025

Toplu bakım, bebeğin ihtiyaç duyduğu bakım uygulamalarının ve rutin tıbbi takiplerin farklı zamanlara yayılarak yapılması yerine aynı bakım saatine toplanarak uygulanmasıdır. Bu araştırmanın amacı, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yaklaşımı doğrultusunda prematüre bebeklere yönelik Toplu Bakım Uygulama Rehberi geliştirmek ve bu rehberin etkinliğini değerlendirmektir. Karma desenle yürütülen bu araştırma toplu bakım uygulama rehberinin geliştirildiği metodolojik ve rehberin etkinliğinin test edildiği randomize kontrollü deneysel çalışma olmak üzere iki aşamadan oluşmuştur. Ayrıca, ikinci aşamadan sonra hemşirelerin rehberin kullanımına yönelik görüşleri karma yöntem ile elde edilmiştir. Çalışma Nisan 2022-Aralık 2025 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanelerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde (YYBÜ) yürütülmüştür. Metodolojik tasarımda yürütülen birinci aşamada, Toplu Bakım Uygulama Rehberi De Novo Rehber Geliştirme Yöntemi ve AGREE II kriterleri temel alınarak yedi adımlı sistematik bir süreçte (1. Literatür taraması, 2. Tanımlayıcı çalışma, 3. Sistematik derleme, 4. Klinik gözlem, 5. Odak grup görüşmeleri, 6. Uzman görüşleriyle taslak rehberin değerlendirilmesi ve 7. Pilot uygulama) geliştirilmiştir. Bu aşamada veriler geliştirilen Toplu Bakım Uygulama Rehberi ile elde edilmiş, uzman görüşlerine (n=33) sunulmuş ve Kapsam Geçerlik İndeksi ile analiz edilmiştir. İlk aşama olan metodolojik çalışmada, toplam 55 madde ve 5 bölümden oluşan (Bakım Gereksinimlerini Belirleme: 6, Bakıma Hazırlık: 18, Bakım Uygulama: 24, Bakıma Ara Verme/Bakımı Sonlandırma: 4, Kayıt: 3) Toplu Bakım Uygulama Rehberi geliştirilmiştir. Uzman görüşleri sonucu tüm maddelerin kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) 0.78'in üzerinde ve rehber toplamı için KGİ ise 0.96 olarak hesaplanmıştır. Rehberin AGREE II kriterlerinin tamamını karşıladığı görülmüştür. Rehber değerlendirme formuna göre hemşirelerin büyük çoğunluğu, rehberin açıklık, anlaşılabilirlik ve pratiğe aktarılabilirlik gibi ölçütlere "5 – tamamen katılıyorum" düzeyinde olumlu görüş bildirmiştir. Hemşirelerin rehberle yönelik görüşleri (n=24) yarı yapılandırılmış görüşmeler ile alınmıştır. Nitel analiz sonucunda da "Bilgiyle Güçlenen Klinik Uygulama", "Kaliteye Katkı, Deneyime Yansıma", "Alışılmışın Ötesinde Bir Rehber" ve "Eksikleri Tamamlamak: Daha İleriye" şeklinde 4 tema ve 9 alt tema ortaya çıkmıştır. Deneysel tasarımda yürütülen ikinci aşamada Toplu Bakım Uygulama Rehberinin etkinliği ön test-son test düzeninde, tek kör, randomize kontrollü çalışma (RKÇ) ile değerlendirilmiştir. İkinci aşama 50 hemşire ile yürütülmüş (n=50) ve katılımcılar blok randomizasyonla iki gruba (Girişim=25, Kontrol=25) atanmıştır. Çalışma için etik kurul onayı (Sayı: 2022/014), kurum izni ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. RKÇ 2025 CONSORT kriterlerine uygun olarak yürütülmüş ve ClinicalTrials.gov kaydı (NCT07052786) yapılmıştır. RKÇ aşamasında ise veriler Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Toplu Bakım Uygulama Rehberi ile eğitim öncesi ön test ve eğitim sonrası 6. haftada son test olacak şekilde gözlem yöntemi ile toplanmıştır. Nicel veriler IBM SPSS v23, R Programlama Dilinin 4.4.1 versiyonu, Jamovi 2.7.6 ve Minitab v14 ile, nitel veriler ise MAXQDA 10 programında analiz edilmiştir. Rehberin etkinliğinin değerlendirildiği deneysel aşamada, hemşirelerin demografik özelliklerinde gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Rehberin "bakıma ara verme/bakımı sonlandırma" bölümüne ilişkin puanlarda grup,

zaman ve etkileşim etkileri girişim grubu lehine anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $\eta^2: 0,068$). Ayrıca ve “toplular bakım uygulama” bölümüne ilişkin puanda gruplar arası, rehber toplam puanında grup ve zaman etkileri girişim grubu lehine anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu çalışma sonucunda, geliştirilen Toplu Bakım Uygulama Rehberinin geçerliğinin yüksek olduğu, hemşireler tarafından anlaşılır ve kullanışlı olarak değerlendirildiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca sonuçlar rehberin toplular bakım uygulamasında, bakımı sonlandırma/ara verme ve uygulama bölümlerinin etkinliğini kanıtlamıştır. Toplu Bakım Uygulama Rehberinin YYBÜ’de yol gösterici bir rehber olarak, araştırmalarda ise tanımlayıcı ya da öntest-son test veri toplama aracı olarak kullanılabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Karma yöntem, Klinik rehber, Prematüre bebek, Toplu bakım, Yeni doğan yoğun bakım ünitesi



ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Department of Nursing, Pediatric Health and Diseases Nursing
Doctoral Thesis

DEVELOPING AND EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF A CLUSTERED CARE IMPLEMENTATION GUIDE FOR INDIVIDUALIZED DEVELOPMENTAL CARE

Fatma TOKAN ÖZKILIÇASLAN

KONYA 2025

Clustered care refers to the practice of providing the care interventions and routine medical follow-ups required by an infant during a single care period, rather than distributing them across different time points. The aim of this study was to develop a Clustered Care Implementation Guide for premature infants in accordance with the Individualized Developmental Care approach and to evaluate the effectiveness of this guide. This mixed-methods study was conducted in two phases: a methodological phase in which the Clustered Care Implementation Guide was developed, and a single-blind randomized controlled experimental phase in which the effectiveness of the guide was tested. In addition, after the second phase, nurses' views on the use of the guide were obtained using a mixed-methods approach. The study was carried out between April 2022 and December 2025 in the Neonatal Intensive Care Units (NICUs) of Necmettin Erbakan University and Selçuk University Faculty of Medicine hospitals. In the first phase of the methodological design, a seven-step systematic process was developed based on the De Novo Guide Development Method and AGREE II criteria (1. Literature review, 2. Descriptive study, 3. Systematic review, 4. Clinical observation, 5. Focus group discussions, 6. evaluation of the draft guide with expert opinions, and 7. Pilot application). At this stage, the data were obtained using the developed Clustered Care Implementation Guide, presented to expert opinions (n=33), and analysed using the Content Validity Index. In the first stage, the methodological study, a Clustered Care Implementation Guide consisting of a total of 55 items and 5 sections (Determining Care Needs: 6, Preparing for Care: 18, Care Implementation: 24, Interrupting/Ending Care: 4, Recording: 3) was developed. As a result of expert opinions, the content validity index (CVI) of all items was calculated to be above 0.78, and the CVI for the guide as a whole was calculated to be 0.96. The guide was found to meet all AGREE II criteria. According to the guide evaluation form, the vast majority of nurses reported positive opinions at the "5 – completely agree" level regarding criteria such as clarity, comprehensibility, and practical applicability. The nurses' views on the guide (n=24) were obtained through semi-structured interviews. Qualitative analysis revealed four themes and nine sub-themes: "Knowledge-Empowered Clinical Practice," "Contributing to Quality, Reflecting on Experience," "A Guide Beyond the Usual," and "Filling the Gaps: Moving Forward." In the second phase, conducted using an experimental design, the effectiveness of the Clustered Care Implementation Guide was evaluated using a pre-test–post-test design, single-blind, randomised controlled trial (RCT). The second phase was conducted with 50 nurses (n=50), and participants were assigned to two groups (Intervention=25, Control=25) using block randomisation. Ethical committee approval (Number: 2022/014), institutional permission, and informed consent from participants were obtained for the study. The RCT was conducted in accordance with the 2025 CONSORT criteria and registered on ClinicalTrials.gov (NCT07052786). During the RCT phase, data were collected using the Descriptive Information Form and the Clustered Care Implementation Guide, with pre-test data collected before training and post-test data collected at the end of the 6th

week after training, using an observational method. Quantitative data were analysed using IBM SPSS v23, R Programming Language version 4.4.1, Jamovi 2.7.6, and Minitab v14, while qualitative data were analysed using the MAXQDA 10 programme. In the experimental phase where the effectiveness of the guide was evaluated, no significant differences were found between groups in the demographic characteristics of nurses ($p>0.05$). Group, time, and interaction effects were found to be significant in favour of the intervention group in the scores related to the "interrupting/ending care" section of the guide ($p<0.05$, η^2 : 0.068). Furthermore, group effects were found to be significant in favour of the intervention group in the scores related to the "Clustered Care Implementation" section, and group and time effects were found to be significant in favour of the intervention group in the total guide score ($p<0.05$). As a result of this study, it was concluded that the developed Clustered Care Implementation Guide has high validity and is considered understandable and useful by nurses. Furthermore, the results demonstrated the effectiveness of the guide in Clustered Care Implementation, particularly in the sections on discontinuing/interrupting care and implementation. It is considered that the Clustered Care Implementation Guide could be used as a guiding manual in NICUs and as a descriptive or pre-test-post-test data collection tool in research.

Keywords: Clinical practice guideline, Clustered care, Mixed methods, Neonatal intensive care unit, Nursing, Preterm infant



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 37. gebelik haftasından önce doğan bebekler prematüre olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2018). Prematüre bebeklerin organ ve sistemleri gelişimini tamamlamamıştır. Bu nedenle prematüre bebekler çok sayıda ciddi sağlık sorunu yaşamakta, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) uzun süre özel bakım ve tedaviye ihtiyaç duymaktadır (İncekar ve Gözen, 2019; Legendre ve ark., 2011; VandenBerg, 2007). Yoğun teknolojik gelişmeleri içeren YYBÜ ortamı prematüre bebek için gürültülü, ısı, ışık gibi çeşitli uyaranlar içeren, tedavi ve bakım prosedürleri ile bebeğin sık sık rahatsız edildiği bir ortamdır (İncekar ve Gözen, 2019; Pereira ve ark., 2013; Tokan ve Geçkil, 2019a). Prematüre bebeğin YYBÜ ortamından olumsuz etkilenimini azaltmak ve fizyolojik stabilitesini desteklemek amacıyla Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım (BGB) modeli (Als, 1982) ve sinaktif teoriye dayalı olarak Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı (NIDCAP) geliştirilmiştir (Als, 1986). Bu model ve program, preterm ya da yüksek riskli yenidoğanların çevresel stresinin azaltılmasını, hemşirelik girişimlerinin bebeğin tepkilerine uygun şekilde ve bireysel gereksinimlerine göre düzenlenmesini, prematüre bebeğin enerjisini koruyarak, kendi kendini düzenleme becerisini desteklemeyi, fizyolojik stabiliteyi sürdürerek ajitasyonu önlemeyi hedefler (Arpacı ve Altay, 2017; İncekar ve Gözen, 2019; Legendre ve ark., 2011; VandenBerg, 2007). Sinaktif teori ve NIDCAP programı, prematüre bebeğin gelişimini desteklemek amacıyla toplu bakım uygulamalarını önermektedir (Als, 1986; Turan ve Erdoğan, 2018).

Toplu bakım uygulamaları, bebeğin gereksinim duyduğu bakım ve rutin tıbbi işlemlerin farklı zamanlara yayılması yerine aynı bakım saatinde bir araya getirilerek uygulanmasını ifade eder (Valizadeh ve ark., 2014). Bu yaklaşımın temel amacı, prematüre bebeğin rahatsız edilmeden dinlenmesine olanak sağlamak ve uyku-uyanıklık döngüsünü korumaktır (Als, 1986; Cabral ve Velloso, 2014; Turan ve Erdoğan, 2018; Valizadeh ve ark., 2014). Ayrıca toplu bakım, YYBÜ'ne kabul edilen yenidoğanlarda gereksiz müdahaleleri, hastanede yatış süresini ve hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltmayı hedefler (Bazregari ve ark., 2019; Godarzi ve ark., 2018). Toplu bakım, bebeğin hijyen, beslenme, terapötik pozisyon, rutin takip, tedavi ve anne-bebek bağlanmasını destekleyen uygulamaların bebeğin gelişimsel durumu ve toleransı gözetilerek aynı bakım sürecinde yapılmasını içerir (Als, 1986; Tokan ve Geçkil, 2019b). Araştırmalar, toplu bakım uygulamalarının prematüre bebeklerde oksijen gereksinimini, harcadığı enerjiyi, apne sıklığını ve stres tepkilerini azalttığını (Brashear ve ark., 2023; Holsti

ve ark., 2005; Valizadeh ve ark., 2014) buna karşın kilo alımı, büyüme (Wang ve ark., 2021), konfor düzeyi ve gelişimsel parametreleri olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Holsti ve ark., 2007; Tokan ve Geçkil, 2019). Toplu bakımın önemi yalnızca bebek çıktılarıyla sınırlı değildir; aynı zamanda kaliteli bir hemşirelik bakımının planlanması ve bakımın sürdürülebilirliği açısından da kritik bir öneme sahiptir. Literatürde, toplu bakımın prematüre bebeklerdeki etkilerini (Holsti ve ark., 2007; Tokan ve Geçkil, 2019a; Wang ve ark., 2021), hemşirelerin bilgi ve uygulama düzeylerini (Turan ve Erdoğan, 2018) ya da verilen bakım türü ve sıklığını (Holsti ve ark., 2006; Tokan ve Geçkil, 2019a) inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Ancak toplu bakımın klinik ortamlarda nasıl uygulanacağı, hangi bakım uygulamalarının hangi sırayla yapılacağı ve bebeğin toleransına göre bakımın nasıl şekilleneceği konusunda standart bir yaklaşım sunan çalışmalara rastlanılmamıştır. Ayrıca uygulamaların klinik ortamlarda nasıl planlanacağına ve uygulanacağına yönelik standart bir klinik rehberin bulunmadığı görülmektedir. Toplu bakım uygulamalarını yönlendirecek standart bir rehber ya da yapılandırılmış bir protokolün bulunmaması, uygulamalarda farklılıklara yol açarak bebeklerin toplu bakım uygulamasından optimum düzeyde yararlanmasını engelleyebilmektedir. Toplu bakım uygulama rehberinin olmaması kliniklerde toplu bakımın sistematik biçimde ve standart bir kalitede uygulanmasını zorlaştırmakta ve uygulamaların çoğunlukla usta çırak ilişkisine, kişisel deneyimlere dayalı biçimde sürdürülmesine yol açmaktadır (Cowie ve ark., 2020; Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Bu durum, hemşirelik bakımında kalite farklarının ortaya çıkmasına ve uygulamaların deneyime dayalı şekilde yürütülmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla toplu bakımın bilimsel kanıtlara dayalı biçimde standartlaştırılması ve hemşirelere rehberlik edecek bir çerçeve kazandırılması büyük önem taşımaktadır. Kanıta dayalı uygulamaların sistematik özeti niteliğindeki klinik rehberler, bu noktada önemli bir çözüm sunmaktadır (Stetler ve ark., 1998; Yakışan ve Set, 2013; Yao ve ark., 2022). Klinik rehberler, en güncel ve güvenilir kanıtların düzenlenmiş ve bilimsel biçimde geliştirilmiş özetleri olarak tanımlanır (Karadeniz ve Yıldız, 2021) ve bakım kalitesini artırma, taburculuk sonrası bakımın sürekliliğini sağlama ve sağlık maliyetlerini azaltma gibi çok boyutlu yararlar sağlar (Miller ve Kearney, 2004; Haesler ve ark., 2017).

Literatürde, klinik rehberlerin geliştirilmesi ve kullanılmasının bakım kalitesini artırdığı, sağlık çalışanlarının karar verme sürecini kolaylaştırdığı ve hasta sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmiştir (Beauchemin ve ark., 2019; Connor ve ark., 2023; Panteli ve ark., 2019). Özellikle yenidoğan yoğun bakım alanında geliştirilen kanıta dayalı rehberlerin, hemşirelerin bakım uygulamalarını standartlaştırarak hata oranlarını azalttığı, bebeklerin

fizyolojik stabilitesini desteklediği ve bakımın sürekliliğini güçlendirdiği bildirilmektedir (Lee ve ark., 2020; Napolitano ve ark., 2024).

Literatür incelemesi sonucunda, YYBÜ’nde toplu bakım uygulamalarının standart bir kalite çerçevesinde yürütülmesini sağlayacak, kurumlar ve uygulayıcılar arasındaki farklılıkları azaltacak ve bebeklerin klinik sonuçlarını iyileştirmeye katkı sunacak kanıta dayalı bir klinik rehberin eksikliği belirgin biçimde ortaya konmuştur. Bu bağlamda, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yaklaşımı doğrultusunda geliştirilecek bir toplu bakım uygulama rehberi, toplu bakımın literatürde tanımlanan ilkeleri doğrultusunda sistematik biçimde yapılandırılmasını sağlayarak alandaki önemli bir boşluğu dolduracaktır (Tokan ve Geçkil, 2019b). Bu çalışma kapsamında geliştirilen toplu bakım uygulama rehberi, YYBÜ’lerinde toplu bakım uygulamalarını bütüncül, yapılandırılmış ve kanıta dayalı bir çerçevede ele alan ilk rehber olma özelliği taşımaktadır. Rehber, toplu bakım uygulamalarının bebeğe özgü bireyselliğini koruyarak standartlaştırılmasını sağlamakta; klinik ortamlarda hemşirelik bakım süreçlerinin bilimsel temelde düzenlenmesine ve kanıta dayalı yaklaşımların sürdürülebilirliğine güçlü bir zemin oluşturmaktadır. Bu kapsamda, toplu bakım uygulamalarının kapsamı, sıralaması, uygulama kriterleri ve bebeğin fizyolojik toleransına göre bakım planlaması ayrıntılı biçimde tanımlanarak, bilimsel dayanağı güçlü, klinik açıdan uygulanabilir ve uzun vadede sürdürülebilir bir rehber oluşturulması hedeflenmiştir. Geliştirilen rehberin, hemşirelerin toplu bakımı doğru biçimde kavramalarına, planlamalarına ve uygulamalarına olanak sağlayarak bakım kalitesini artırması beklenmektedir. Bunun yanı sıra, geliştirilen rehberin randomize kontrollü çalışma (RKÇ) ile değerlendirilmesi, rehberin klinik uygulama sonuçlarına ilişkin yüksek düzeyde kanıt üretmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Rehberin etkinliğinin RKÇ tasarımıyla test edilmesi, yalnızca rehberin uygulanabilirliğini değil, aynı zamanda etkinliğini nesnel olarak ortaya koyarak alana güçlü metodolojik ve bilimsel katkı sağlayacaktır. Ayrıca bu rehberin, hemşirelik eğitimi ve araştırmalarında bilimsel bir referans olarak kullanılması, bakım süreçlerinde bütüncül ve sistematik bir yaklaşımı teşvik etmesi ve kurumsal düzeyde bakım kalitesinin güvence altına alınmasına katkı sunması beklenmektedir. Sonuç olarak bu çalışma, klinik uygulamaları yönlendiren, kanıta dayalı hemşirelik bakımını güçlendiren ve YYBÜ’lerinde bakım kalitesinin artırılmasına çok boyutlu katkı sağlayan öncü bir toplu bakım uygulama rehberi geliştirmeyi ve etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Söz konusu gereksinimden yola çıkarak yürütülen bu çalışmanın iki temel amacı bulunmaktadır.

Çalışmanın amaçları;

1. Çalışmanın birinci amacı YYBÜ’nde toplu bakım uygulamalarının kapsamına yönelik kanıta dayalı bir toplu bakım uygulama rehberi geliştirmek ve kullanışlılığını değerlendirmektir.
2. Çalışmanın ikinci amacı ise geliştirilen toplu bakım uygulama rehberinin etkinliğini değerlendirmektir.

Araştırma Soruları

Bu araştırmanın birinci aşaması için aşağıdaki temel sorulara yanıt aranmıştır:

1. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde toplu bakım uygulamalarına yönelik olarak, de novo rehber geliştirme yöntemine göre kanıta dayalı geliştirilen toplu bakım uygulama rehberi geçerli midir?
2. Geliştirilen toplu bakım uygulama rehberinin kullanışlılığına dair hemşirelerin görüşleri ve düşünceleri nelerdir?

Bu araştırmanın ikinci aşaması için aşağıdaki hipotezler kurulmuştur:

Araştırmanın Hipotezleri

Toplu bakım uygulama rehberine göre bakım veren müdahale grubundaki hemşirelerin;

H1₁: Bakım gereksinimlerini belirleme puanları kontrol grubundan yüksektir.

H1₂: Bakıma hazırlık puanları kontrol grubundan yüksektir.

H1₃: Bakımı uygulama puanları kontrol grubundan yüksektir.

H1₄: Bakıma ara verme/ bakımı sonlandırma puanları kontrol grubundan yüksektir.

H1₅: Kayıt puanları kontrol grubundan yüksektir.

H1₆: Toplu bakım uygulama rehberi toplam puanları kontrol grubundan yüksektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Toplu Bakım

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre prematüre bebek, 37. gebelik haftasından önce doğan bebektir (WHO, 2018). Erken doğum, organ sistemlerinin gelişiminin tamamlanmaması nedeniyle çeşitli sağlık sorunlarına sebep olmakta, beyin yapılarının gelişimini ve duyu sistemlerinin olgunlaşmasını olumsuz etkilemektedir (VandenBerg, 2007). Prematüre ve yüksek riskli yenidoğanlarda %50–70 oranında ortalama IQ düşüklüğü, öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, nöropsikolojik ve dilsel gecikmeler ile duygusal ve davranışsal düzenleme sorunları görülmektedir (Legendre ve ark., 2011; VandenBerg, 2007). Çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) sık dokunma ve prosedürel işlemlere maruz kaldıkları ve aşırı uyarıldıkları bildirilmektedir (İncekar ve Gözen, 2019; Murdoch ve Darlow, 1984; Pereira ve ark., 2013). Bu olumsuz etkileri azaltmak ve fizyolojik stabiliteyi desteklemek amacıyla Als (1982) tarafından Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım (BGB) modeli geliştirilmiştir (Als, 1982).

Gelişimsel bakım, bebek ve ailesinin güçlü yönlerini destekleyerek stres düzeyini ve hastanede yatıştan kaynaklı komplikasyonları azaltmayı, prematüre bebeğin enerjisini koruyarak, kendi kendini düzenlemeyi teşvik etmeyi ve fizyolojik stabiliteyi sürdürmeyi amaçlamaktadır (Arpacı ve Altay, 2017; İncekar ve Gözen, 2019; Legendre ve ark., 2011). Bu yaklaşım, sinaktif teoriye temellenir. Bu teoriye göre yenidoğan davranışsal ve fizyolojik fonksiyonlarıyla bir bütündür; bebek stres veya stabilite durumunu davranışlarıyla ifade eder (Als, 1982; Westrup, 2007). Term bebeklerde sinaktif teoride tanımlanan alt sistemler uyum içinde çalışırken, preterm bebekler minimal uyaranlara dahi aşırı tepki gösterebilir (Chandebois ve ark., 2021; İncekar ve Gözen, 2019; VandenBerg, 2007). Sinaktif teoriye dayalı geliştirilen Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programında (NIDCAP) bebeğin çevresine verdiği davranışsal ve fizyolojik tepkiler gözlemlenerek bakım bu tepkilere uygun biçimde planlanır (Als, 1986; İncekar ve Gözen, 2019). Sinaktif teori ve NIDCAP programı, prematüre bebeklerin gelişimini desteklemek amacıyla toplu bakım uygulamalarını önermektedir (Als, 1986; Turan ve Erdoğan, 2018).

Toplu bakım uygulaması bebeğin ihtiyaç duyduğu bakım uygulamalarının ve rutin tıbbi takiplerin farklı zamanlara yayılarak yapılması yerine aynı bakım saatine toplanarak uygulanmasını ifade eder (Tokan ve Geçkil, 2019; Valizadeh ve ark., 2014). Toplu bakım uygulamasında temel amaç prematüre bebeğin belirli süre içerisinde rahatsız edilmeden

dinlenmesine olanak sağlamak ve uyku uyanıklık döngüsünü korumaktır (Als, 1986; Cabral ve Velloso, 2014; Turan ve Erdoğan, 2018; Valizadeh ve ark., 2014). Toplu bakım uygulamasının bir diğer amacı, YYBÜ'ne kabul edilen bebeklere yönelik müdahaleleri en aza indirmek böylece hastaneye yatışları ve hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltmaktır (Bazregari ve ark., 2019; Godarzi ve ark., 2018). Toplu bakım uygulaması ile bebeğin ihtiyaç duyduğu hijyen, beslenme, terapötik pozisyon, anne bebek bağlılığını sağlama ve rutin takip uygulamalarının aynı bakım saatine toplanması ve bebeğin gelişimsel haftası ile toleransı dikkate alınarak bakım yapılması hedeflenir (Als, 1986; Tokan ve Geçkil, 2019).

Toplu bakım kavramı görece yeni bir kavram olup hemşireler arasında yeterince bilinmediği söylenebilir. Hemşirelerin toplu bakım uygulamasını yapma ve bilme durumlarının incelendiği bir çalışmada YYBÜ'nde çalışan hemşirelerin %86.9'u toplu bakım uyguladığı ancak % 65.6'sının toplu bakım kavramını bildiği bulunmuştur (Toka Özkalıçaslan ve Geçkil, 2022). Yine yapılan nitel çalışmada hemşireler doğru toplu bakım tanımını “*Yenidoğan ünitelerinde bebeğe sürekli bakım vermek yerine bakım zamanlarında toplu şekilde bakım uygulamalarını (göz bakımı, ağız bakımı, alt bakımı vb.) yerine getirmektir.*”, “*Yenidoğana sık dokunmaktan kaçınmak için tedavi beslenme gibi bakım ihtiyaçlarının rutin aralıklar ile toplu bir şekilde yapılması*” gibi örneklerle ifade etmişlerdir (Toka Özkalıçaslan ve ark., 2025a).

2.1.1. Toplu bakım etkileri

Toplu bakım uygulamasının bebekler, aileler ve hemşireler üzerinde çeşitli etkileri tanımlanmıştır.

Toplu bakımın bebeğe etkileri

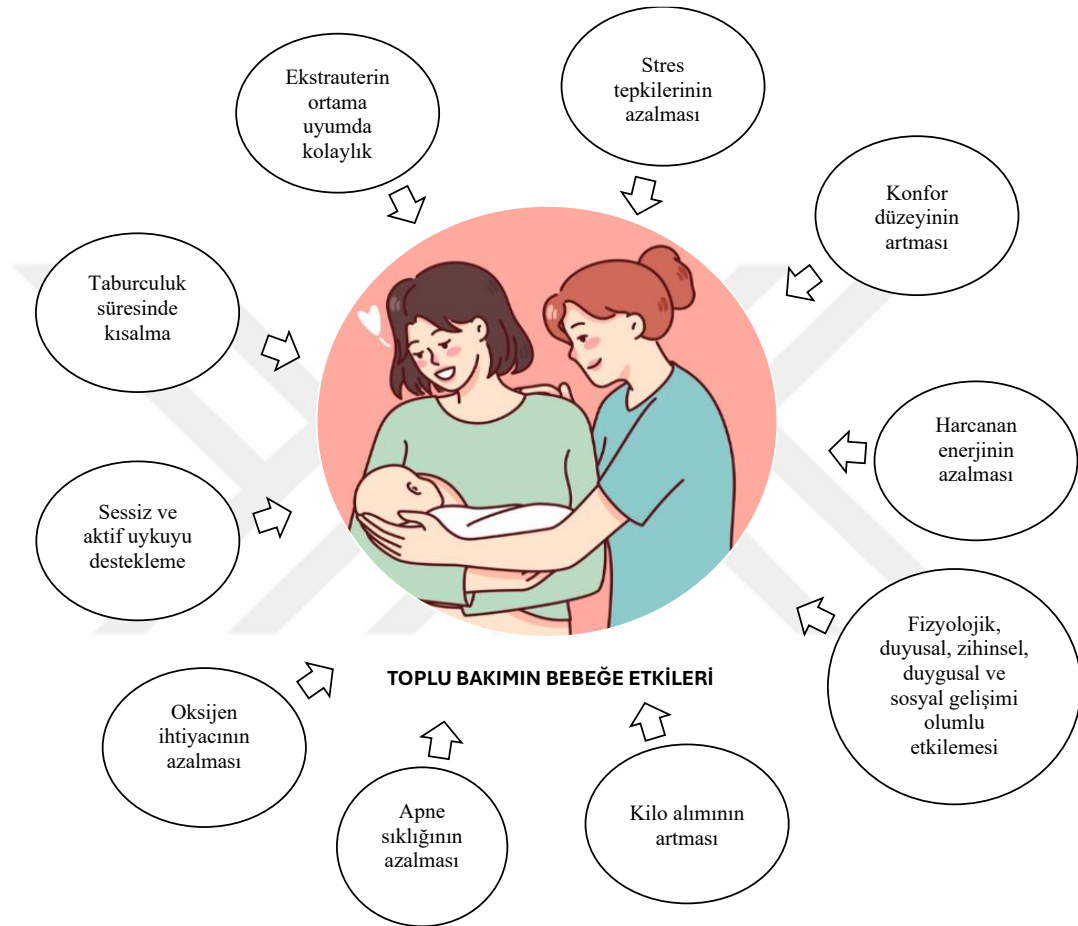
Bebeğe özgü planlanan toplu bakım uygulaması ile bebeğin sık sık rahatsız edilmesi önlenir ve bebek gereksiz stresörlerden korunur. Bebeğin dinlenme süresinin uzatılması, stres düzeyinin azaltılması ve konfor düzeyinin yükseltilmesi sağlanmış olur. Böylece bebeğin ekstrauterin ortama uyumu kolaylaşır, fizyolojik, duyuşal, zihinsel, duygusal ve sosyal gelişimi olumlu etkilenir (Aydın ve Ciftci, 2015; Sarı ve Çiğdem, 2013). Toplu bakım uygulanan prematüre bebeklerde apne sıklığında ve kalp atım hızında azalma ve kilo alımında artma olduğu bulunmuştur (Holsti ve ark., 2006; Valizadeh ve ark., 2014). Terapötik dokunma uygulanarak daha az dokunulan bebeklerde kilo alımında artma, hastaneden taburculuk süresinde kısalma (Leonard, 2008), oksijen ihtiyacında azalma, negatif stres ve bu stresin davranışsal tepkilerinin azalması gibi olumlu etkiler bulunmuştur (Turan ve Erdoğan, 2018; Valizadeh ve ark., 2014). Allinson ve ark. (2017) toplu hemşirelik bakımı ve standart

nörodavranışsal değerlendirmeler sırasında fizyolojik parametrelerin kıyaslandığı çalışmada kalp hızı daha düşük, SpO₂ daha yüksek bulunmuş ve bu bulgular daha az fizyolojik stresle ilişkilendirilmiştir (Allinson ve ark., 2017). Tokan ve Geçkil (2019a)'ın prematüre bebeklerde toplu bakım uygulamasının öncesinde ve sonrasında fizyolojik parametreler ve konfor düzeyinin incelendiği çalışmada toplu bakım sonrasında bebeklerin konfor düzeyinde anlamlı bir artış olduğu, kalp atım hızı ve solunum sayısında anlamlı düşüş olduğu buna karşın SpO₂ değerinde anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (Toka ve Geçkil, 2019a) Jeyamoni ve Malarvizhili'nin (2018) yaptığı çalışmada toplu bakımın prematüre bebek üzerindeki etkisi Yenidoğan Bebek Stres Ölçeği (NISS) ile 3 gün ve günde 3 ölçüm olarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda NISS puanında toplu bakım öncesine göre toplu bakım sonrasında anlamlı düzeyde fark bulunmuş ve toplu bakımın stresi azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Jeyamoni, 2018). Toplu bakımda uygulanan işlem sayısı ile ilgili yapılan bir çalışmada 3 veya 4 işlemlili toplu bakım uygulamalarının bebeklerin stresini artırmağı sonucuna ulaşılmıştır (Valizadeh ve ark., 2014). Bazregari ve ark.'nın (2019) yapmış olduğu çalışmada, prematüre bebeklere verilen toplu bakım uygulamasından sonraki 45 dk boyunca bebeklerin uyku davranışları Prechtl cihazı kullanılarak, 2 dakikada bir incelenmiştir. Toplu bakım uygulanan gruptaki bebeklerin sessiz ve aktif uyku geçirdikleri, ayrıca ağlama sürelerinin kısaldığı sonuçları elde edilmiştir (Bazregari ve ark., 2019). Holsti ve ark.'nın (2005) yapmış olduğu çapraz tasarım çalışmada, birinci gruba dinleme sonrası toplu bakım, diğer gruba ağırlı işlem sonrası toplu bakım girişimleri uygulanmış ve prematüre bebeklerin yenidoğan yüz kodlama sistemi ve NIDCAP davranışları sürekli yatak başı video kaydı yapılarak tanımlanmıştır (Holsti ve ark., 2005). Toplu bakımdan önceki ağırlı topuk kanı alma işleminin, toplu bakım sırasında prematüre bebeklerde artmış biyodavranışsal tepkiye neden olacağı, <30 gestasyonel hafta (GH) bebeklerin toplu bakımdan önce ağırlı bir girişimin uygulanması ya da uygulanmaması fark etmeksizin eşit stres tepkisi gösterdiği sonuçlarına ulaşıldığı bildirilmiştir (Holsti ve ark., 2005). Holsti ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu diğer çapraz tasarım çalışmada ise bir gruba dinleme sonrası ağırlı işlem (topuk kanı alma), diğer gruba toplu bakım sonrası ağırlı işlem uygulanarak prematüre bebeklerin Yenidoğan Yüz Kodlama Sistemi ve NIDCAP davranışları sürekli yatak başı video kaydı yapılarak kodlanmıştır. Sonuçlar 30-32 GH arasında doğan prematüre bebeklerde toplu bakım sonrası biyodavranışsal ağırlı tepkilerinin artması sonucuyla ilişkilendirilmiştir (Holsti ve ark., 2006). Holsti ve ark. (2007) yapmış olduğu çapraz tasarım diğer bir çalışmada da 24-32 GH aralığındaki tüm bebeklerin toplu bakıma yüz tepkileri önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir (Holsti ve ark., 2007). Toplu bakımın ACTH ve kortizol düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada, bazal ölçümden 24

saat önce çok sayıda işleme maruz kalan bebeklerin bazal kortizol seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmada, ≤ 28 gebelik haftasındaki bebeklerde toplu bakıma yanıt olarak ACTH ve kortizol düzeyleri arasında herhangi bir korelasyon saptanmazken, 29–31 gebelik haftasındaki bebeklerde bu iki hormon arasında güçlü ve pozitif bir korelasyon olduğu belirtilmiştir (Holsti ve ark., 2007). Toplu bakımın uzun süreli etkisinin değerlendirildiği çalışmada rutin bakım uygulanan ve sürekli toplu bakım uygulanan bebekler doğum sonrası bir yıl süreyle takip edilmiştir. Toplu bakım uygulanan gruptaki bebeklerin 6. ve 12. aydaki vücut ağırlıkları, boy ve baş çevresinin kontrol grubuna göre daha iyi gelişim gösterdiği, ebeveynlerinin ise hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Wang ve ark., 2021). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yapılan bir nitel çalışmada ise hemşireler toplu bakım uygulamasının bebeğe gereksiz uygulamaların yapılmasının önlenmesi, bebeğin ihtiyaç duyduğu bakımların eksiksiz yapılması, komplikasyonların engellenmesi, bebeğin gelişiminin ve sağlığının olumlu yönde desteklenmesi, huzurunun ve konforunun artması, uykusunun iyileşmesi, stresinin azalması ve taburculuğun hızlanması gibi olumlu etkilerin olabileceğini belirtmişlerdir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Literatürden özetle toplu bakım uygulamaları ile prematüre bebeğin oksijen ihtiyacı azalır, harcadığı enerji azalır (Valizadeh ve ark., 2014), kilo alımı artar, fiziksel büyümesi artar (Wang ve ark., 2021), bebeğin olumsuz tepkileri azalır, apne sıklığı azalır, konfor düzeyi artar (Tokan ve Geçkil, 2019a), stres tepkileri azalır, fizyolojik, duygusal, zihinsel, duyuşsal ve sosyal yönden gelişimi olumlu etkilenir (Holsti ve ark., 2005; Holsti ve ark., 2006; Holsti ve ark., 2007; Jeyamoni, 2018). Toplu bakımın bebeğe etkileri Şekil 2.1’de verilmiştir.

Toplu bakımın bebeğe olumlu etkilerinin yanı sıra olumsuz etkilerinin de olabileceğini belirtilen çalışmalar bulunmaktadır. Özellikle oksijen saturasyonlarındaki düşüş ve kalp hızındaki artış, toplu bakım uygulamalarının orta ve geç preterm bebeklerin fizyolojik stabilitesini daha fazla bozma riski taşıdığını bulmuştur. Ayrıca aynı çalışmada toplu bakım verme dizisine girişimsel bir işlemin eklenmesinin bebeğin stres tepkisini daha fazla değiştirmede sonucunu elde edilmiştir (Brashear ve ark., 2023). Diğer bir çalışmada, toplu bakım sonrasında uyku süresinin uzamasının, bakım sırasında fazla enerji harcanması ve stres oluşturabilecek işlemlerin bir araya getirilmesinin olumsuz etkisinden kaynaklanmış olabileceği ifade edilmiştir (Holsti ve ark., 2006). Son yıllarda yapılan bir nitel çalışmada hemşireler, toplu bakım uygulamalarının prematüre bebekler üzerinde bazı olumsuz etkileri olabileceğini belirtmişlerdir. Bu etkiler arasında, bakımın uzun sürmesi nedeniyle bebeğin uzun

süre irritasyona maruz kalması, tüm bakım işlemlerinin bir arada yapılması sonucu bakım yapılan bebeğin hipotermi riskiyle karşılaşması, diğer bebeğin bakımına geç başlanması nedeniyle hipoglisemi riskinin artması, bakım süresinin uzamasıyla birlikte alarm seslerinin artmasına bağlı stres ile huzursuzluğun çoğalması ve son olarak ardışık bakım uygulamaları nedeniyle enfeksiyon riskinin artması yer almaktadır (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).



Şekil 2. 1. Toplu bakımın bebeğ e etkileri.

Toplu bakımın aileye etkileri

Toplu bakım uygulamasının bebeğ e etkilerinin yanı sıra aileye de çeşitli etkileri olabileceğ i bildirilmiştir. Sürekli toplu bakım desteğ i alan bebeklerin uzun süreli takibinden sonra aileleri ile yapılan çalışmada ailelerin hemşirelik bakım memnuniyet düzeylerinin arttığ ı belirtilmiştir (Wang ve ark., 2021). Başka bir çalışmada toplu bakıma dahil edilerek aile entegre bakım verilen bebeklerin annelerinde taburculuk sonrası stres puanlarında anlamlı düşüş tespit edilmiştir (Zhang ve ark., 2024). Tek kişilik bakım odalarında babaların da bakıma dahil edildiğ i uygulamalarda, babaların bakım sürecine daha fazla katılım göstermeleri sağlanmış ve bu durumun baba ruh sağ lığ ını olumlu yönde etkilediğ i belirlenmiştir (Van Veenendaal ve ark.,

2022). Toplu bakımın aileye olumlu etkilerinin sorgulandığı nitel bir çalışmada hemşireler, bakımları gözlemleyen annelerin bakımları daha iyi öğrendiği, yapılan bakım uygulamalarını takdir ederek hemşirelere olumlu dönütler verdiği, bebeğiyle ilgilenilme durumuyla ilişkili psikolojik olarak rahatladıklarını, anne bebek kavuşmasını hızlandırdığı, annenin süt salınımını olumlu etkilendiği, toplu bakımdan olumlu etkilenen bebeğin taburculuk süresini kısalttığı, eve enfeksiyon taşıma riskini engellediği, ailelerde güven oluştuğu ve çoğul bebeklerde aile bütünlüğünü korunduğu gibi olumlu etkileri olduğunu ifade etmişlerdir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Aynı çalışmada hemşireler toplu bakım uygulamasının aile üzerine bebeğe yapılan işlemler nedeniyle (gazını çıkarma, aspirasyon vb.) strese girmesi gibi bazı olumsuz etkilerinin olabileceğini bildirmişlerdir.

Toplu bakımın hemşireye etkileri

Toplu bakım uygulamaları, hemşirelerin bakım işlemlerini bir arada planlamasını gerektirir. Bu hem verimliliği artırabilir hem de zaman yönetimini iyileştirebilir. Bu anlamda pandemi döneminde yapılan bir çalışmada, bakım girişimlerini toplu şekilde uygulayan hemşirelerin hastane içi enfeksiyon yayılımını azalttığı ve hemşirelerin yorgunluk düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Hendy ve ark., 2022). Aynı çalışmada, toplu bakımın daha fazla müdahalenin aynı bakımda yapılmasıyla ilişkili hem hastalar hem de hemşireler arasında enfeksiyon bulaşmasını azaltmak açısından fayda sağladığı bildirilmiştir (Hendy ve ark., 2022). Toplu bakımın etkilerinin incelendiği nitel bir çalışmada hemşireler toplu bakımın hemşireye olumlu ve olumsuz etkilerinin olabileceğini bildirmişlerdir. Bu çalışmada hemşireler toplu bakımın hemşireye olumlu etkilerini; bakımın daha programlı olması, bakımda bir şey eksik kaldı mı düşüncesinin olmaması, bebeğe daha çok hâkim olma, az dokunulup bebeğin işinin hemen bitirilmesi, daha az efor sarfetme, mental olarak rahatlama ve kendini iyi hissetme, vicdani yükten kurtulma, yapılan işten memnuniyet ve merhamet yorgunluğunun azalması gibi ifadelerle belirtmişlerdir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Aynı çalışmada hemşireler toplu bakımın hemşireye olumsuz etkileri olarak, uzun süren bakımların yorucu olduğunu, sıradaki bebek ağladığında bunun hemşirede stres oluşturduğunu, uzun süren bakımlar sebebiyle içerde gürültünün arttığını ve bunun huzursuzluğa sebep olduğunu ifade etmişlerdir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

2.1.2. Toplu bakımda yer alan hemşirelik girişimleri ve hemşirenin rolü

Toplu bakım uygulamaları, çeşitli araştırmalarda farklı şekillerde tanımlanmış ve uygulanmıştır. Literatür incelendiğinde toplu bakım uygulamasının tanımı, kapsamı ve içeriği

hakkında tam bir uzlaşma olmadığı ve çalışmalar arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır. Holsti ve ark. (2005, 2007) çalışmalarında toplu bakım; belirli bir sırayla yapılan sınırlı sayıdaki girişimlerden (bez değişimi, vücut sıcaklığı ölçümü ve ağız bakımı vb.) oluşan yapılandırılmış bir uygulama olarak tanımlanmıştır (Holsti ve ark., 2005; Holsti ve ark., 2007). Valizadeh ve ark. (2014) ise toplu bakımı, üç ya da dört girişimden oluşan bir bakım modeli şeklinde ele almış; bu kapsamda aksillar vücut sıcaklığının ölçülmesi, nabız oksimetre probunun yerinin değiştirilmesi, pozisyon verme ve gerektiğinde OG ile besleme işlemlerini bir arada uygulamışlardır (Valizadeh ve ark., 2014). Daha yakın tarihli çalışmalarda ise toplu bakım uygulamaları, bebeğin bireysel gereksinimlerine göre esnek biçimde planlanan, daha geniş bir bakım yelpazesini kapsayan bir anlayışla ele alınmıştır. Tokan ve Geçkil (2019a), toplu bakım uygulamalarının her bebeğin fizyolojik durumu ve bakım gereksinimlerine göre planlanması gerektiğini vurgulamış; uygulamalara ağız, göz, burun bakımı, alt değişimi, vücut banyosu, aspirasyon, postural drenaj ve beslenme gibi temel bakım unsurlarını dahil etmişlerdir (Toka ve Geçkil, 2019a). Brashear ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında toplu bakımın kapsamı daha da genişletilmiş; yaşam bulgularının izlenmesi, fiziksel değerlendirme (oskültasyon dahil), besleme, pozisyon verme ve bazı invaziv işlemler toplu bakım sürecine entegre edilmiştir (Brashear ve ark., 2023).

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmaların tümünde, toplu bakımın YYBÜ'nde bebeklerin biyolojik, fizyolojik ya da davranışsal gereksinimlerinin karşılanması amaçlanmış ancak toplu bakım uygulamasını sistematik bir şekilde yönlendiren yeterli kanıt olmadığı görülmüştür. Literatürdeki bu farklı yaklaşımlar, toplu bakımın uygulama içeriği ve sıralamasında standart bir modelin henüz oluşturulmadığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle, toplu bakımın yalnızca belirli işlemlerin bir araya getirilmesi şeklinde değil, bebeğin gelişimsel, çevresel ve duygusal gereksinimlerini de dikkate alan bütünsel bir bakım modeli şeklinde ele alınması gerekmektedir. Bu bağlamda toplu bakım uygulaması kapsamında hangi bakımların yer alabileceği, bebeğe özgü, nasıl planlama yapılabileceği, uygulamada bakımların sırasının nasıl belirleneceği, bakıma ara verme ya da bakımı sonlandırmanın nasıl yapılacağı gibi sorulara yanıt bulmak amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Toplu bakım uygulamalarına dair kapsam oluşturmada bu konuda yapılan tanımlayıcı çalışmanın sonuçlarından yararlanılmıştır (Toka Özkılıçaslan ve Geçkil, 2022). Toplu bakım uygulamasının bebek sonuçlarını inceleyen bir sistematik derlemede toplu bakıma dahil edilen bakımlar, bakım sayıları ve sıralaması, toplu bakımın bebeğin fizyolojik parametreleri, stres düzeyi, konfor, uyku, yüz tepkileri-biyodavranışsal ağrı tepkileri, ACTH ve kortizol seviyesi, fiziksel

büyümesine etkisine yönelik kanıt düzeyi yüksek sonuçlar elde edilmiştir (Tokan Özkılıçaslan, ve ark., 2025b). Klinik gözlemler ile hemşirelerin sahadaki toplu bakım uygulamalarını nasıl yürüttükleri, odak grup görüşmeleri ile toplu bakım uygulamalarına dair kanıtlar elde edilmiştir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Yapılan bu çalışmaların bulguları toplu bakım uygulanması kapsamında fizyolojik parametre ve antropometrik ölçümler, hijyen, cilt bakımı, pozisyon verme ve beslenme uygulamalarının bulunabileceği, bakımların bebeğin gelişim gereksinimleri ve tolerasyonuna göre değişebileceği sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu doğrultuda beş bölümden oluşan (bakım gereksinimlerini belirleme, bakıma hazırlık, bakım uygulama, bakıma ara verme/bakımı sonlandırma ve kayıt) toplu bakım uygulama rehberinin geliştirilmesi planlanmıştır. Toplu bakımın uygulanma süreci 5 başlıkta ele alınmıştır. Bakım uygulama kapsamında verilen bakımlar fizyolojik parametre ölçümü, cilt bakımı ve hijyen uygulamaları, antropometrik ölçümler, beslenme uygulamaları, diğer uygulamalar şeklinde “Toplu Bakım Uygulama Rehberine Göre Toplu Bakımın Uygulanması” başlığı altında açıklanmıştır.

Toplu bakım uygulamalarında hemşirenin rolü

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hemşireler, prematüre ve riskli bebeklerin yaşamını sürdürmesinde temel bir role sahiptir. Bu rol; yalnızca tıbbi tedavi ve izlemi değil, aynı zamanda bebeğin fizyolojik stabilitesi, konforu ve nörogelişimsel bütünlüğünü destekleyen bütüncül bakımı da kapsar. Bu kapsamda, bebeğe uygulanacak girişimlerin belirli aralıklarla bir araya getirilerek yapılmasını ve gereksiz uyarıların azaltılmasını amaçlayan toplu bakım, kanıta dayalı önemli bir uygulamadır (Tokan ve Geçkil, 2019b). Türkiye’de hemşirelik uygulamaları ise Hemşirelik Yönetmeliği (TCResmiGazete, 2017) ile tanımlanmış olup; hemşirenin bakım verici, tedavi edici, yönetici, danışman, eğitici, araştırmacı ve savunucu rolleri bulunmaktadır. Yenidoğan hemşiresi bu rollere ek olarak, yenidoğan bakımının yürütülmesi, tanı ve tedavi planına katılım ile ebeveyn eğitimi ve danışmanlık görevlerini üstlenir.

Toplu bakım uygulamalarında hemşire planlayıcı, uygulayıcı, gözlemci, eğitici ve lider rollerini bir arada yürütür. Hemşire, öncelikle bebeğin klinik durumunu, fizyolojik parametrelerini ve davranışsal tepkilerini değerlendirir; bu doğrultuda bakım önceliklerini belirleyerek girişimlerin zamanlamasını bebeğin stabil dönemlerine göre planlar. Bu yaklaşım, hemşirenin klinik gözlem gücüne, eleştirel düşünme becerisine ve gelişimsel destekleyici bakım ilkelerini uygulama yetkinliğine dayanır (Altimier ve Phillips, 2016). Hemşire, toplu bakım sürecinde yalnızca işlemleri bir araya getirmekle kalmaz; aynı zamanda bebeğin stres düzeyini en aza indirmek, enerji harcamasını azaltmak ve iyileşme sürecini desteklemek için

çevresel düzenlemeleri yapar (Als, 1982; Chandebois ve ark., 2021; İncekar ve Gözen, 2019). Işık ve ses düzeyinin azaltılması, dokunma ve hareket uyaranlarının sınırlandırılması, bebeğin orta hat pozisyonunun korunması ve termal stabilitenin sağlanması gibi uygulamalar, yenidoğan hemşiresinin sorumluluk alanına girer (Als, 1986; VandenBerg, 2007). Ayrıca hemşire, bakım öncesinde bebeğin fizyolojik bulgularını (kalp atımı, solunum, oksijen saturasyonu, vücut ısısı) değerlendirir ve bakım süresince bebeğin verdiği tepkileri sürekli olarak izler (Allinson ve ark., 2017). Toplu bakımın önemli bir bileşeni, aile merkezli bakım anlayışıdır. Hemşire, ebeveynleri bakım sürecine dahil eder, onların kaygılarını değerlendirir ve ebeveyn-bebek etkileşimini destekler. Ailenin bilgilendirilmesi, el hijyeni, terapötik temas, bebeğin tepkilerinin gözlemlenmesi gibi konularda hemşirenin eğitici ve danışman rolü öne çıkar (Taş Arslan ve Akkoyun 2019). Böylece hemşirelik bakımı yalnızca teknik bir süreç olmaktan çıkar; bebeğin nörogelişimini, duygusal güvenliğini ve aile bağlarını destekleyen profesyonel bir uygulama haline gelir. Bununla birlikte hemşire, toplu bakım uygulamalarının standardizasyonu, izlenmesi ve sürekli iyileştirilmesi süreçlerinde de aktif rol oynar. Kanıta dayalı bakım rehberlerinin uygulanmasını sağlar, ekip içi iletişimi güçlendirir ve yeni hemşirelerin gelişimsel bakım alanında yetkinlik kazanmasına mentörlük eder (Hoover ve ark., 2020). Böylece hemşire, yalnızca bireysel bakımın değil, aynı zamanda YYBÜ’de sürdürülebilir bir gelişimsel bakım kültürünün oluşmasında da liderlik rolü üstlenir.

Bu önemli rolleri yerine getirecek yenidoğan hemşiresinin holistik bakış açısına sahip olma, etkili klinik karar verme, eleştirel düşünme, problem çözme becerisi, sorumluluk bilinci, kanıta dayalı uygulamaları bütünleştirme ve fonksiyonel yeterlilik gibi yetkinliklere sahip olması gerekir (Church, 2016; Karahan ve Kav, 2018; Nobahar, 2016). Bu kapsamda, klinik ortamda bakım gereksinimlerini doğru belirlemek ve optimal bakımı sürdürülebilir kılmak için hemşirelerin mesleki gelişimini destekleyen bir sistemin varlığı kritik önem taşır. Bu doğrultuda önerilen temel yaklaşımlar şunlardır:

- Hemşirelerin bilgi, beceri ve tutumlarını bütünleştirebilmelerine olanak sağlayan uygun çalışma koşullarının oluşturulması,
- Oryantasyon, hizmet içi eğitim, mentörlük ve koçluk programları yoluyla profesyonel gelişimin sürekli desteklenmesi,
- Simülasyon ve uzaktan eğitim gibi yenilikçi öğretim yöntemlerinden yararlanılması,
- Klinik rehberler, politika ve prosedürlere erişimin kolaylaştırılması,

- Yeni başlayan hemşirelerin deneyimli hemşirelerle eşleştirilmesi ve yapıcı geri bildirim kültürünün oluşturulması,
- Hemşirelerde liderlik, sorumluluk, empati, karar verme ve etkin iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim programlarının yaygınlaştırılması (Karahan ve Kav, 2018; Nehrir ve ark., 2016; Nobahar, 2016; Palaz ve ark., 2011).

Sonuç olarak, YYBÜ’de toplu bakım uygulamalarında hemşirenin rolü yalnızca klinik becerileri değil, aynı zamanda liderlik, eğitim, danışmanlık ve savunuculuk rollerini kapsayan çok boyutlu bir profesyonel sorumluluktur. Hemşirenin bebeğin sinyallerini doğru yorumlayarak uygun zamanda, uygun biçimde bakım uygulaması; fizyolojik stabiliteyi, konforu ve nörogelişimi destekleyen bütüncül bakım anlayışının temelini oluşturur. Bu nedenle, toplu bakım uygulamalarının etkili biçimde yürütülmesi, hemşirenin bilimsel bilgi, eleştirel düşünme ve etik duyarlılığı bütünleştirebilme kapasitesine ve yol gösterici klinik rehberlerin varlığına doğrudan bağlıdır.

2.2. Klinik Rehber

Bilimsel yayınların ve verilerin artması klinik uygulamalarda bilgi kullanımını zorlaştırmış, öte yandan kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ve kanıta dayalı uygulamalara verilen önemi artırmıştır. Hasta bakımı konusunda mevcut en iyi, en güncel ve en güvenilir kanıtlara ulaşmak amacıyla kanıta dayalı klinik rehberler kullanılmaya başlanmıştır (Stetler ve ark., 1998; Yakışan ve Set, 2013; Yao ve ark., 2022). Klinik rehberler mevcut en iyi kanıtların sistematik hale getirilerek düzenlenmiş ve bilimsel olarak geliştirilmiş özeti olarak tanımlanır (Karadeniz ve Yıldız, 2021). Kanıta dayalı klinik uygulama rehberleri, klinik sonuçları iyileştirmek için klinisyenler, hastalar ve sağlık otoriteleri tarafından rehberlik sağlamak ve karar alma süreçlerine yardımcı olmak amacıyla geliştirilmektedir (Yao ve ark., 2022). Bu rehberler, kanıta dayalı uygulamanın klinik ortama aktarılacak hayata geçirilmesinde yol göstericidir, hasta güvenliğini ve sağlık hizmetinin kalitesini iyileştirmeyi destekler (Karadeniz ve Yıldız, 2021; Miller ve Kearney, 2004). Klinik rehber geliştirilmesinin temel amacı sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesi, gereksiz, etkinliği kanıtlanmamış ya da birey açısından zararlı olabilecek klinik uygulamaların önüne geçilmesi, hastaların tedavi ve bakım uygulamalarının en faydalı, en az riskli ve en ekonomik şekilde sağlanmasıdır (WHO, 2014; Yakışan ve Set, 2013). Klinik rehberler multidisipliner bir ekip tarafından oluşturulurlar ve aynı problem etrafında toplanan homojen hasta grubuna yönelik oluşturulan bakım planlarını ayrıntılı bir şekilde ve bir sıra halinde gösterirler (Alşan, 2009).

2.2.1. Klinik rehberin yararları

Klinik rehberler sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları ve sağlık sistemi için çeşitli yararlar sağlar. Klinik rehberlerin sağlık çalışanları için başlıca faydaları bakımın kalitesini iyileştirmek, uygulama becerilerini geliştirmek ve sağlık çalışanlarına klinik uygulamaların mevcut kanıtlarını sunarak güncelliği takip etmelerini sağlamaktır (Haesler ve ark., 2017; Miller ve Kearney, 2004). Klinik rehberler hasta ve hasta yakınlarını bakımın şekli, etkisi, taburculuk sonrası bakımın devamlılığı açısından yönlendirebilir (Miller ve Kearney, 2004). Bu da bakımın kalitesini, hastaların ve yakınlarının memnuniyetini artırabilir. Bakım hizmeti alanları güçlendirerek bilinçli tercihler yapmalarını sağlar. Bilinçli hastaların oluşması bakıma karar vermede hastaların ve yakınlarının katılımını destekler (Haesler ve ark., 2017; Miller ve Kearney, 2004). Klinik rehberler sağlık sistemi için bakımın kalitesini artırmayı, sağlığı en iyi duruma getirmeyi amaçlar. Kanıtların uygun şekilde ve sürede kullanılması eldeki imkanların düzenli ve etkili kullanılmasını sağlayacağı için hastane maliyetlerini azaltabilir. Hastaların ve yakınlarının kullanımına açık hale getirmek ise hastaneye geri dönüşleri azaltarak maliyete ve bakımın sistemli şekilde devam etmesine olanak sağlayabilir. Ayrıca bakımın değerlendirilebileceği bir çerçeve sağlayarak bakımın kalite güvencesi ve denetimini bu alanda yapılan araştırmaları desteklemek konusunda yarar sağlar (Miller ve Kearney, 2004).

2.2.2. Klinik rehber geliştirme süreci

Klinik rehberler araştırmalardan elde edilen güncel kanıtlara temellenir. Bu kanıtlar meta analizler, sistematik incelemeler, sistematik olmayan literatür incelemeleri, uzman görüşleri gibi çeşitli yollarla elde edilebilir (Miller ve Kearney, 2004). Klinik rehberler temel olarak üç farklı yöntem ile geliştirilmektedir. Bunlar de novo rehber geliştirme, var olan bir rehberin aynen benimsenmesi yöntemi (doğrudan tercüme) ve rehberin adaptasyonudur (Başer ve ark., 2015). Yao ve ark. (2022) ise bu yöntemlere güncelleme klinik rehber yöntemini de eklemiştir (Yao ve ark., 2022).

Rehberin aynen benimsenmesi yöntemi (doğrudan tercüme); bir konuda bir rehber ihtiyacı duyulduğunda başka bir ülkede var olan o rehberin kalite, geçerlilik ve güvenilirliğini aynen kabul ederek bire bir tercümesinin yapılması yöntemidir (Başer ve ark., 2015)

Rehberin adaptasyonu yöntemi ise daha önce geliştirilmiş bir rehberin farklı kültürel ortamda ya da ülkede farklı şartlarda uygulanması için kültürel şartlara uyarlanarak geliştirilmesi yöntemidir (Lobach 1995; Başer ve ark., 2015). Rehberin adaptasyonu yöntemi ile elde edilen rehberler, diğer geliştiricilerin önerilerine dayanmaktadır (Yao ve ark. 2022).

De novo rehber geliştirme yöntemi; daha önce o alanda hiçbir rehber geliştirilmediğinde ya da var olan kanıtlar artık o alanda yetersiz kaldığında kullanılan yöntemdir (Başer ve ark. 2015; Yakışan ve Set 2013). De novo rehber geliştirme sürecinin aşamaları ayrıntılı olarak Tablo 2.1’de verilmiştir (Başer ve ark., 2015; Field ve Lohr, 1990).

2.2.3. De novo rehber geliştirme süreci

Daha önce o alanda hiçbir rehber geliştirilmediğinde ya da var olan kanıtlar artık yetersiz kaldığında de novo rehber geliştirme yöntemi kullanılır. De novo rehber geliştirme o alanda ilgili uzmanların tecrübelerinden veya başka kaynaklardan derlenen kanıtlardan sıfırdan rehber oluşturma sürecidir (Başer ve ark. 2015; Yakışan ve Set 2013). Yao ve ark. (2022) standart orijinal de novo ve hızlı orijinal de novo olarak rehber geliştirmeyi ikiye ayırmıştır. Standart orijinal de novo klinik rehberler orijinal bir öneri setine sahip orijinal bir belge oluşturmak için standart sistematik derlemeleri ve kılavuz geliştirme yöntemlerini kullanır. Hızlı orijinal de novo klinik rehberler ise belirli adımları atlayarak (harici değerlendirmeler vb.) veya arama kriterlerini daha dar bir alanda belirlemek (yalnızca randomize kontrollü çalışmalar vb.) gibi daha hızlı yöntemler kullanarak orijinal bir öneri setine sahip orijinal bir belge oluşturur (Yao ve ark., 2022).

De novo rehber geliştirme sürecinde belirli aşamalardan geçilir. Öncelikle konu ve girişim grubu belirlenir. Kanıtlar belirlenir ve öneriler oluşturulur. Taslak rehber oluşturularak uzman görüşüne başvurulur. Uzman görüşü ile son halini alan rehber hedef gruba ulaştırılarak kullanıma sunulur. Tekrar değerlendirme ile güncellenir (Başer ve ark., 2015; Field ve Lohr, 1990; Yakışan ve Set 2013). De novo rehber geliştirme sürecinin aşamaları ayrıntılı olarak Tablo 2.1’de verilmiştir (Başer ve ark., 2015; Field ve Lohr, 1990).

De novo rehber geliştirme süreçlerine yönelik Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Clinical Excellence- NICE), İskoç Üniversitelerarası Kılavuzlar Ağı (Scottish Intercollegiate Guidelines Network- SIGN), Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Konseyi (National Health and Medical Research Council- NHMRC) ve Yeni Zelanda Kılavuz Grubu (New Zealand Guideline Group- NZGG) gibi kaynak araç setleri mevcuttur (ADAPTE II). ADAPTE II ise de novo kılavuzlar geliştirmek için bir rehber değildir, ayrıca kılavuz oluşturulması ve uygulaması hakkında ayrıntı vermez (ADAPTE II). Bu kaynak araçlardan SIGN 50: A Guideline Developer’s Handbook (2025) ismiyle rehber geliştirmek için kılavuzu yayınlamıştır (SIGN, 2025). SIGN 50 rehberinin yapısı, klinik uygulama kılavuzlarının planlanmasından yayımlanmasına ve güncellenmesine kadar geçen

Tablo 2.1. De novo rehber geliştirme süreci.

Aşama	Açıklama
Konunun Belirlenmesi	Konu seçerken, seçilecek hastalık/sorun ya da sürecin günlük pratikte sıkça uygulanması, hastalık yükünün yüksek olması, konu ile ilgili mevcut klinik uygulamada çok çeşitliliğin olması ve konunun maliyeti yüksek olan konulardan biri olması önemlidir.
Konuyu İnceleyecek Çalışma Grubunun Belirlenmesi	İyi bir rehberin en önemli özelliği rehberin etkilenmesini beklediğimiz tüm grupların temsilcilerinin rehber hazırlama süreci içine dâhil edilmesidir. Panel başkanı ve panel üyeleri her bir konu için ayrı seçilmelidir. İdeal bir rehber hazırlayıcı grup, konu ile ilgili akademisyenler, konu ile ilgili uzmanlar, rehberi kullanacak uzmanların temsilcisi, rehberin yaygınlaştırılmasında rolü olacağını düşündüğünüz devlet kurum temsilcileri ya da diğer dernek temsilcileri ve hasta temsilcilerini içermelidir.
Hazırlanacak Rehberle İlgili Amaç ve Kapsamın (Hedef Kitle) Belirlenmesi	Hazırlanacak rehberin hangi amaçla, hangi kitleye hitap edeceği rehber oluşturma aşamasına başlamadan panel üyeleri tarafından belirlenmelidir (örneğin; rehber hangi sağlık hizmetinde, hangi hasta grubunda, hangi ortamda kullanılacağı belirtilmelidir).
Konu ile İlgili Sağlık Sorularının Oluşturulması (PICO)	Bilimsel kanıtlara ulaşmak için konu ile ilgili kesin hatlarıyla sağlık soruları oluşturmak gerekmektedir. Bu sorular oluşturulurken kanıta dayalı tıpta da kullanılan PICO aracı yararlı olacaktır. (P: population/hedef kitle, I: intervention/müdahale, C: comparison/karşılaştırma, O: output/çıktılar).
Bilimsel Kanıtların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi	Bilimsel kanıtların belirlenmesi ve değerlendirilmesi için en iyi yöntem sistematik literatür taraması yapmaktır. Sistematik literatür taramasının amacı ulaşılabilen tüm kanıtlara ulaşmak, bunların klinik sorunlara uygulanabilirliğini değerlendirmek ve sonuçları özetlemektir.
Önerilerin Oluşturulması	Literatürler derlendikten sonra, bunlar kanıtlarla ilişkileri yönünden tasniflenir. Oluşan kanıtların birbirleri ile kolayca karşılaştırılabilmesi amacıyla kanıt tabloları oluşturulur. Oluşan kanıtlar mutlaka kalite, nicelik ve tutarlılık bakımından değerlendirilir ve kanıtlar kullanılarak öneriler hazırlanır.
Taslak Rehber Oluşturma	Oluşturulan öneriler ışığında yapılan değerlendirmelerle taslak rehber oluşturulur.
Konsültasyon ve Değerlendirme	Önerilerin oluşturulması ile meydana getirilen taslak rehber, rehber geliştirme grubu dışındaki kişilerden oluşan bir grup hakem tarafından değerlendirilir. - Hakemlerin önerileri doğrultusunda taslak rehber yeniden düzenlenir ve rehber son şekli verilir.
Yayın ve Yaygınlaştırma	Yayınlanmış olan doküman kitap halinde, dergi eki halinde veya internet üzerinden sunulur. Yaygınlaştırmayı sağlamak için sadece önerilen içerik kitapçıkları, internet sitesinde sınırsız ulaşımın olduğu dokümanlar, hasta ve hekim broşürleri oluşturulabilir. Bu dokümanlar mümkün olduğunca o hastalıkla ilgili her birim veya kuruluşa dağıtmaya çalışılmalıdır.
Uygulama	Bu dönemde yoğun bir eğitim verilmelidir. Rehberlere erişim kolaylaştırılmalıdır.
Değerlendirme ve Tekrar Gözden Geçirme/Güncelleme	Rehberlerin oluşturulmasından sonra klinik, ekonomik ve hasta tabanlı sonuçlar değerlendirilir ve gerekli değişiklikler yapılmalıdır. Rehberlerin yayımlandıkları tarihten genel olarak 3 yıl sonra güncellemeleri önerilmektedir.

süreci sistematik olarak açıklayan bölümlerden oluşur. Kılavuzun temel amacı kılavuz geliştirme sürecine katılan herkesin, kanıta dayalı, tarafsız ve uygulanabilir öneriler geliştirebilmesi için yapılandırılmış bir yöntem ve pratik araçlar sunmaktır (SIGN, 2025). SIGN'e göre iyi kılavuzların nitelikleri arasında geçerlilik, güvenilirlik, klinik uygulanabilirlik, klinik esneklik, açıklık, multidisipliner süreç, planlanmış inceleme ve belgelendirme yer almaktadır.

Kılavuzun önerdiği nitelikler, bir kılavuz seti ile bilimsel kanıt arasındaki bağlantı açık olmalı ve bilimsel ve klinik kanıtlar uzman görüşüne göre öncelikli olmalıdır şeklinde belirtilmiştir. Bu nitelikler SIGN metodolojisinin temelini oluşturmuştur (SIGN, 2025). NICE kalite standartları, İngiltere merkezli NICE kurumu tarafından geliştirilen, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinde yüksek kaliteli bakımın sağlanmasını hedefleyen kısa ve öz önerilerdir. Bu standartlar, klinik uygulamalarda en iyi sonuçları elde etmeye yönelik kanıta dayalı rehberlik sağlamaktadır (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2024; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2025). AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II), klinik uygulama rehberlerinin kalitesini değerlendirmek için kullanılan uluslararası geçerliliğe sahip bir değerlendirme aracıdır. AGREE II, bir rehberin geliştirilme sürecinin metodolojik kalitesini, içeriğin açıklığı ve sunumunu, klinik uygulamaya uygunluğunu, tarafsızlık ve paydaş katılımını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. AGREE II Kriterleri Tablo 2.2’de sunulmuştur (AGREE II, 2017).

AGREE II, toplamda 23 maddeyi kapsar ve bu maddeler amaç, kapsam, paydaş katılımı gibi 6 başlık altında toplanmıştır (AGREE II, 2017). Bu çalışmada de novo rehber geliştirme yöntemi ve AGREE II kriterleri temel alınarak bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım kapsamında toplu bakım uygulama rehberi geliştirilmiştir.

Tablo 2.2. AGREE II kriterleri.

AGREE II Kriteri
Kapsam ve Amaç
1. Kılavuzun genel amacı açıkça tanımlanmalıdır.
2. Kılavuzda ele alınan sağlık soruları açıkça belirtilmelidir.
3. Kılavuzun hedeflediği popülasyon (hastalar, halk vb.) açıkça tanımlanmalıdır.
Paydaş Katılımı
4. Kılavuz geliştirme grubunda tüm ilgili meslek gruplarından bireyler yer almalıdır.
5. Hedef popülasyonun (hastalar, halk vb.) görüş ve tercihleri dikkate alınmalıdır.
6. Kılavuzun hedef kullanıcıları açıkça tanımlanmalıdır.
Geliştirme Sürecinin Sağlamlığı
7. Kanıtların belirlenmesi için sistematik yöntemler kullanılmalıdır.
8. Kanıt seçme kriterleri açıkça belirtilmelidir.
9. Kanıtların güçlü ve zayıf yönleri açıkça tanımlanmalıdır.
10. Önerilerin oluşturulma yöntemleri açıkça belirtilmelidir.
11. Sağlık faydaları, yan etkiler ve riskler öneriler oluşturulurken dikkate alınmalıdır.
12. Öneriler ile destekleyici kanıtlar arasında açık bir bağlantı kurulmalıdır.
13. Kılavuz, yayımlanmadan önce uzmanlarca dış değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.
14. Kılavuzun güncellenmesine ilişkin bir prosedür sağlanmalıdır.
Sunum Açıklığı
15. Öneriler/maddeler açık ve net olmalıdır.
16. Ele alınan sağlık sorununa yönelik farklı yönetim seçenekleri açıkça sunulmalıdır.
17. Anahtar öneriler kolaylıkla ayırt edilebilir olmalıdır.
Uygulanabilirlik
18. Kılavuz, uygulamayı kolaylaştıran ve zorlaştıran unsurları tanımlamalıdır.
19. Önerilerin uygulamaya geçirilmesine yönelik rehberlik veya araçlar sunulmalıdır.
20. Önerilerin uygulanmasının potansiyel maliyet etkileri dikkate alınmalıdır.
21. Kılavuz, izleme ve/veya denetim kriterlerini sunmalıdır.
Editorial Bağımsızlık
22. Finansör kuruluşun görüşleri kılavuzun içeriğini etkilememelidir.
23. Geliştirme grubundaki üyelerin çıkar çatışmaları kayıt altına alınmalı ve ele alınmalıdır.

2.3. Toplu Bakım Uygulama Rehberine Göre Toplu Bakımın Uygulanmasının Yapılandırılması

Toplu bakım uygulaması bakım gereksinimlerini belirleme, bakıma hazırlık, bakım uygulama, bakıma ara verme/bakımı sonlandırma ve kayıt bölümlerinden oluşturulmuştur.

2.3.1. Bakım gereksinimlerini belirleme

Bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşirelerin artan bakım gereksinimlerine uyum sağlamasını zorunlu kılarken, yoğun bakım hemşireleri bütüncül bakım için gerekli tüm bilgilere hasta devir teslimiyle ulaşmaktadır; ancak literatür bu süreçte iletişim sorunları, eksik bilgi aktarımı ve kesintilerin sık görüldüğünü, bunun da hasta güvenliğini riske attığını göstermektedir (Güngör ve Tosun, 2023; Kaplan ve ark., 2023; Karahan ve Kav, 2018; Merkel ve ark., 2017; Palaz ve ark., 2011). YYBÜ’de kritik bilgilerin teslimlerin %8’inde eksik olduğu, hemşirelerin çoğunlukla kimlik ve geçmiş bilgilerini aktarmasına rağmen değerlendirme ve önerilere daha az yer verdiği, teslimlerin tutarsız yapı, dikkat dağıtıcı unsurlar ve uygun protokol eksikliği nedeniyle sorunlu olduğu belirtilmiştir (Cardona ve ark., 2021; Derienzo ve

ark., 2014; Spooner ve ark., 2016; Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Bu nedenle DSÖ, 2005'ten itibaren yapılandırılmış teslim protokollerinin kullanımını önermekte, NICU I-PASS gibi araçların bilgi aktarımını netleştirerek iletişim hatalarını azalttığı ve kesintileri en aza indirmeye yönelik olumlu bir kültür değişikliği sağladığı bildirilmektedir (Cardona ve ark., 2021; Merkel ve ark., 2017).

Bakım gereksinimlerini belirlemede en belirleyici unsur hemşirenin yetkinliği, tecrübesi, donanımı ve eğitim düzeyidir (Karahan ve Kav, 2018; Nehrir ve ark., 2016; Nobahar, 2016). İncekar ve ark. (2024) gerçekleştirdiği çalışmada, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım eğitimi almış hemşirelerin, eğitim almayanlara göre bebek ve aileye daha bütüncül yaklaştığı, bakımı daha kapsamlı planladığı, uyguladığı ve değerlendirdiği bulunmuştur (İncekar ve ark., 2024). Hemşirelikte bakım gereksinimlerini belirleme ve bakıma karar verme öğrencilik aşamasından itibaren ele alınmalıdır. Güncel bilgiye dayalı sürekli eğitimler öğrencilere klinik karar verme yeteneği kazandırır. Bu eğitimler simülasyonlarla desteklenmelidir (Lewis ve ark., 2022).

Hemşirelik pratiğinde optimal bakımı sağlama süreci psikomotor ve klinik problem çözme becerileri ve duyarlı bir tutumla birleştirilmiş bilgi ve performans olarak ele alınabilir (Nobahar, 2016). Hemşireler için önemli kriterlerden olan optimal bakım sağlama hemşirelerin sağlık hizmetlerinin değişen yapısına uyum sağlamaları gerekliliğinden ortaya çıkmıştır. Tokan Özkılıçaslan ve ark. (2025a) yaptığı çalışmada hemşireler toplu bakım sürecinde bakım gereksinimlerini belirlemeye tecrübe ile karar verdiklerini ya da bakımda rutin uygulamaları devam ettirdiklerini belirtmişlerdir. Tecrübe ile karar vermeyi bir hemşire acemiliğini atlatmışsa bebeğin ağlama sesinden bile-açlık ağlaması mı yoksa kucak mı istiyor-ayrımını yapıp bakımına karar verebildiğini, rutin bakımları ise -mesela ventilatör destekli bir bebeğin bakımında 3 saatte bir ağız bakımı- verildiğini belirtmişlerdir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

Bakım gereksinimlerini belirleme, bakıma hazırlık, bakımı uygulama, bakımı sonlandırma ve kayıt aşamalarını kapsayan hemşirelik sürecinde yenidoğan hemşireleri bakımları bebeğin tıbbi durumuna, gestasyonel haftaya, beslenme düzeyine, ailenin bakıma katılma durumuna, bebeğin nöromotor ve nörodavranışsal yeteneklerinin göre bireysel ya da rutin uygulama şeklinde şekillendirdiklerini hem sözel ifadeleriyle belirtmişler hem de yapılan klinik gözlemlerde ortaya koymuşlardır (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).Yapılan nitel çalışmada hemşireler bakım uygulamalarını bebekteki belirti bulgu ve bebeğin ihtiyaç

önceliğine göre rutin bakım ya da bebeğe özgü bireysel bakım olarak şekillendirdiğini belirtmişlerdir. Bu konuda bir hemşire bebeklere verilen cilt bakımının rutin olarak yapıldığını ama bebeğin cildi çok kuru ise diğerlerinden daha sık yaptıklarını ya da bebeğin alerjisi gelişmişse kullanılan ürünü değiştirdiklerini ifade etmiştir. Yine bir hemşire çalışılan birimde bez değiştirme saatlerinin olduğunu ama bir bebek bezine çok sık gaita-idrar yapıyorsa pişik olmasın diye bakım saatini beklemeden bezini değiştirdiklerini ifade etmiştir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Hemşire toplu bakıma başlamadan önce çevresel koşulları özellikle kontrol etmeli ve çevresel uyaranların oluşturacağı stresi azaltmaya çalışmalıdır.

2.3.2. Bakıma hazırlık

Toplu bakım uygulamalarında hemşirenin sorumluluklarından biri bakıma hazırlık yapmaktır. Bakıma hazırlık konusu çevrenin hazırlığı, bakım için gerekli malzemenin hazırlığı, ailenin hazırlığı ve bebeğin hazırlığı başlıkları altında ele alınmıştır.

Çevrenin hazırlığı

Bakıma çevrenin hazırlığı kapsamında hemşire üniteyi ısı, ışık, nem, koku ve gürültü gibi stresörler açısından değerlendirir ve gerekli düzenlemeleri yapar. Kuvözü değerlendirir ve kuvözün ısını, nem düzeyini bebeğin gebelik haftası, vücut ağırlığı ve postnatal yaşına uygun olacak şekilde düzenler. Ünite ısısı 22-26 C° ve nem %30-60 arasında olmalıdır (Salihoğlu ve ark., 2011; White ve ark., 2013). Işık YYBÜ’nde 10- 600 lux olacak şekilde azaltılmalı, işlemler sırasında bebeğin gözleri parlak ışıktan korunmalı, fototerapi uygulaması yapıldığında göz bandı kullanılmalı, kuvöz örtüleri kapalı tutulmalı, gece uygulamalar sırasında loş ışık kullanılmalıdır (Salihoğlu ve ark., 2011; Sarı ve Çiğdem, 2013). YYBÜ ortamında ışığın gün ışığı fizyolojisini destekleyen ve gece gündüz döngüsü ile fizyolojik aktiveye katkı sağlayan şekilde tasarlanması önerilmiştir (Greenberg ve ark., 2023). Yenidoğan ünitesinde devamlı ve geçici gürültünün, izolasyon odaları dahil, yenidoğan yataklarının bulunduğu alanda saatte ortalama 50-55 dB (A)’i, en fazla 70 dB (A) düzeyini aşmaması önerilmiştir (TCResmiGazete, 2017). Bir çalışmada YYBÜ’nde gündüz, akşam ve gece vardiyalarındaki ortalama ses seviyeleri sırasıyla 83,5, 83 ve 80,9 desibel ölçülmüştür. Bu sonuçlar önerilen yönergeleri %90 oranında aşmıştır. Bu nedenle ses seviyelerini azaltmanın etkili ve sürdürülebilir yollarına odaklanması gerektiği bildirilmiştir (Mayhew ve ark., 2022). Köse ve ark.’nın (2024) yaptığı çalışmada YYBÜ’nde çevresel ve davranışsal düzenleme ile kaynak yönetimini içeren bir müdahale programı uygulanması neticesinde özellikle sabah ve akşam vardiyalarında gürültü seviyelerinde önemli iyileşmelere yol açıldığı bildirilmiştir (Köse ve ark., 2024). Yoğun bakım

ortamında gürültü azaltılmasına yönelik olarak; yatak başında alçak ve yumuşak ses tonuyla konuşmak, kuvöz kapaklarını yavaşça kapatmak, alarmları kısmak, odaları gürültüyü absorbe edecek şekilde tasarlanmak ve anlık sesin saatte 45-60 dB'i aşmaması gibi tüm önlemlerin alınması önerilmiştir (Carey, 2021; Salihoğlu ve ark., 2011; Sarı ve Çiğdem, 2013). Hoş ve tanıdık kokuların, preterm bebeklerde ilk ortama psikofizyolojik adaptasyonunu kolaylaştırdığı ve bağlanma olayının bir kısmını oluşturduğu belirtilmiştir. Son yapılan çalışmalar term ve preterm bebeklerde kokuların solunması sırasında gerçekleşen limon aromalı pamuklu çubukların bebeklerin solunumunu düzenlediği, vanilya kokusunun apne sıklığını azalttığı ve bradikardiyi önlediği gibi fizyolojik değişkenleri bildirmişlerdir (Kanbur ve Balcı, 2017). Prematüre yenidoğanlara enteral beslenmeden önce ve beslenme sırasında anne sütü ile koku uyarımının beslenme ipuçları, oral beslenmeye geçiş süresi ve abdominal perfüzyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmada anne sütü ile koku uyarımının prematüre yenidoğanların sindirim fonksiyonlarını iyileştirmede yararlı olacağı sonucuyla ilişkilendirilmiştir (Yücel ve ark., 2024).

Bakım için gerekli malzemenin hazırlığı

Yenidoğan bakımının güvenli, etkili ve kesintisiz bir biçimde yürütülmesi için bakım öncesi dönemde malzeme hazırlığının sistematik biçimde yapılması büyük önem taşır. Malzeme hazırlığı, hemşirenin bakım sürecine planlı bir şekilde başlamasını, gereksiz zaman kayıplarının önlenmesini ve yenidoğanın konforunun korunmasını sağlar. Özellikle prematüre ve kritik durumdaki bebeklerde, malzeme hazırlığındaki eksiklikler gereksiz uyarılara, ısı kaybına, enfeksiyon riskine ve bakımın bütünlüğünün bozulmasına yol açabilir (Bindler ve ark., 2014). Bu amaçla hemşire bakıma başlamadan önce el hijyenini sağlar ve elini ısıtır (Bindler ve ark., 2014). Fizyolojik parametre ölçümü için termometre, tansiyon aleti manşonu, hijyen uygulamaları için spanç, serum fizyolojik, ıslatılmış pamuk, bebek bezi, antropometrik ölçümler için tartı ve mezura, beslenme uygulamaları için anne sütü/formül mama, orogastrik sonda, ilaç uygulamaları, aspirasyon setleri, cilt bakımı ürünleri gibi diğer uygulamalar için kurum politikasına uygun ilgili malzemeleri hazırlar (Bindler ve ark., 2014; Boxwell, 2016; Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

Ailenin hazırlığı

Ailenin hazırlığı, öncelikle ebeveynlerin bakım sürecine katılımına ilişkin bilgilendirme ve güçlendirme ile başlar. Hemşire, aileye toplu bakımın amacı, süreci ve bebeğe olan fizyolojik ve davranışsal etkileri hakkında bilgi verir. Bu bilgilendirme; bakım sırasında sessiz

ortamın sağlanması, dokunma ve ses uyaranlarının azaltılması, bebeğin konforunun korunması gibi konuları içerir (Altimier ve Phillips, 2016). Ebeveynlere, bebekle nazik temas kurma, el hijyenine dikkat etme, bakım öncesinde sakin bir tutum sergileme ve gerektiğinde bakım sırasında destekleyici rol üstlenme (örneğin, elini bebeğin vücuduna hafifçe koyma veya konuşmadan varlığını hissettirme) öğretilir (Zhang ve ark., 2024). Bu süreç, aile-bebek bağının güçlenmesine, ebeveynlerin kendine güveninin artmasına ve bebeğin fizyolojik stabilitesinin korunmasına katkı sağlar (Altimier ve Phillips, 2016; Zhang ve ark., 2024). Ayrıca hemşire, ailenin kaygı düzeyini değerlendirerek duygusal destek sağlar ve bakım uygulamasına kademeli olarak katılımı teşvik eder (Van Veenendaal ve ark., 2022). Böylece aile, hem toplu bakımın bir parçası olur hem de yenidoğan bakım sürecinde aktif, bilinçli ve destekleyici bir rol üstlenir.

Bebeğin hazırlığı

Toplu bakımın uygulanması; beslenme, kan alma, cilt bakımı gibi her türlü girişimin öncesinde, sırasında ve sonrasında bebeğin fizyolojik, davranışsal ve durumsal tepkileri yönünden tekrarlı ve yapılandırılmış bir şekilde gözlemlenip değerlendirilmesi ile gerçekleştirilir (Holsti ve ark., 2005; Holsti ve ark., 2006). Bu gözlemler bebeğin stres belirtilerine ve bu stresle baş edebilmek için yaklaşma veya sakınma davranışları olarak ortaya koyduğu kendi kendini düzenleme durumuna odaklanır (Sarı ve Çiğdem, 2013). Bakım öncesi hazırlık, bebeğin güvenlik, konfor ve davranışsal durumu göz önünde bulundurularak planlanır. Bebeğin hazırlığında amaç gereksiz uyaranları azaltmak, stres yanıtını önlemek ve bebeğin enerji dengesini korumaktır (Altimier ve Phillips, 2016). Bakım öncesinde hemşire, bebeğin vital bulgularını (kalp atım hızı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu, vücut ısısı) değerlendirir ve bebeğin davranışsal durumunu gözlemler (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

Bebeğin uyanıklık düzeyi, yüz ifadesi, motor hareketleri ve renk değişimleri izlenerek, müdahale için en uygun zaman belirlenir (Als, 1986). Uyku uyanıklık döngüsü merkezi sinir sisteminin olgunluk düzeyi, bebeğin dış çevre ile ilişkisini ve altta yatan iç sistemleri düzenleme ve stabilize etme yeteneği ile ilişkilidir. 24 GH itibarıyla uyku uyanıklık döngüsü EEG ile belirlenebilirken 28 GH itibarıyla belirginleşir (Boxwell, 2016) ve 30 hafta civarında derin uyku şeklini alır (Sarı ve Çiğdem, 2013). Genellikle bakım verme uygulamaları ile aktif uyanık hale getirilen bebeklerde alt sistemler hiper uyanıklık ve uyarılma ile sonuçlanabilir (Boxwell, 2016). Özellikle prematüre bebeklerde sinaktif teorisinin iki önemli alt sistemi olan dikkat etkileşim ve durum düzenleme sistemleri değerlendirilmelidir (Als, 1982). Prematüre

bebeklerde uykuyu desteklemek için uyku-uyanıklık durum skorlaması yapılması önerilir (Boxwell, 2016).

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde gelişimsel bakım doğrultusunda toplu bakım uygulamaları, bebeğin gestasyonel haftası, nörolojik olgunluğu ve stres yanıtlarına göre bireyselleştirilmelidir. Gelişimsel bakımın temel amacı; bebeğin fizyolojik stabilitesini, davranışsal organizasyonunu ve konforunu destekleyerek, nörogelişimini olumlu yönde etkilemektir (Carey, 2021; Sarı ve Çiğdem, 2013). Hemşireler gelişimsel bakım sürecinde; bebeğin davranışsal işaretlerini, stres yanıtlarını (apne, hipotonisite, renk solukluğu, huzursuzluk vb.) ve fizyolojik parametrelerini sürekli değerlendirir (Zeiner ve ark., 2016). Bu değerlendirme sonucunda; uygun çevresel düzenlemeler (ışık ve gürültü kontrolü), pozitif dokunuş, kundaklama, kanguru bakımı, anne kokusunun verilmesi, beslenme desteği ve uygun pozisyonlama gibi girişimlerle bebekte stres azaltılır ve konfor artırılır (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Gestasyonel haftaya göre gelişimsel bakım uygulamaları farklılık göstermektedir. Erken haftalardaki preterm bebeklerde sınırlandırılmış çevre ve nazik dokunma ön plandayken, ileri haftalarda emerek beslenme, sosyal etkileşim ve sirkadiyen ritmin desteklenmesi bakım sürecine dâhil edilir (Carey, 2021). Gelişimsel bakım rehberleri bebeğin bireysel davranışsal göstergelerine yanıt veren, çevresel stres faktörlerini en aza indiren ve ebeveyn katılımını güçlendiren uygulamaları teşvik etmektedir (Carey, 2021). Bu çerçevede hemşireler, toplu bakım uygulamaları sırasında bebeğin gelişimsel tepkilerini izleyip uygun şekilde müdahale ederek, bakımın hem fizyolojik hem psikososyal bütünlüğünü sağlamada kritik bir rol üstlenmektedir (Als, 1986; Arpacı ve Altay, 2017; İncekar ve Gözen, 2019). Bebeğin sakin, stabil olduğu dönemlerde toplu bakım işlemlerinin yapılması, stres yanıtlarını azaltır ve fizyolojik dengeyi destekler (Westrup, 2007). Yenidoğan hemşiresi bu kapsamda bebeğin uyku/uyanıklık döngülerini (Küçük 2015), fizyolojik stres tepkilerini (renk değişikliği, apne, taşikardi/bradikardi vb), davranışsal stres tepkilerini (yüz buruşturma, göz kırpma, ağız açma, dili dışarı çıkarma vb), motor stres tepkilerini (parmak açma, hipotoni, irkilme, aşırı yumruk sıkma, sağa-sola dönme vb), içgüdüsel (visseral) stres tepkilerini (hıçkırma, öğürme, esneme vb), dikkat-etkileşim stres tepkilerini (iletişim kurulduğunda / fazla uyaran verildiğinde artmış stres belirtileri, bakışları kaçırma vb), kendini teselli etme / sakinleştirme davranışlarını (emme, ayak dayama, elleri ağza ya da yüze götürme vb) ve bebeğin bakıma hazır oluşluğunu değerlendirir. Bakım öncesinde ve sırasında bebekle nazik ses tonuyla konuşur (Als 1982; Carey 2021; Chendebois 2021; İncekar ve Gözen 2019; Liu 2007; Zeiner ve ark. 2016).

2.3.3. Bakım uygulama

Bakım uygulama basamağı kapsamında verilen bakımlar fizyolojik parametre ölçümü, cilt bakımı ve hijyen uygulamaları, antropometrik ölçümler, beslenme uygulamaları, diğer uygulamalar şeklinde beş başlıkta ele alınmıştır.

Fizyolojik parametre ölçümü

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde fizyolojik parametrelerin düzenli ve doğru biçimde ölçülmesi, hemşirelik bakımının temel bileşenlerinden biridir. Fizyolojik parametre ölçümü; kalp atım hızı, solunum sayısı, oksijen satürasyonu, vücut ısı ve kan basıncı gibi bebeğin fizyolojik stabilitesini ve yaşam bulgularını değerlendirmeye yönelik uygulamalardan oluşur (Boxwell 2016). YYBÜ'lerinde yapılan çalışmada hemşirelerin fizyolojik parametre takiplerini vücut ısı, nabız, solunum, tansiyon, SpO₂ alma şeklinde uyguladıkları gözlemlenmiştir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025b). Toplu bakımın fizyolojik parametrelere etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda; toplu hemşirelik bakımı ile fizyolojik parametrelerin kıyaslandığı çalışmada nörodavranışsal değerlendirmeler sırasında kalp hızı daha düşük, SpO₂ daha yüksek bulunmuş (Allinson ve ark., 2017), toplu bakımdan bir saat sonraki ölçümlerde prematüre bebeklerin kalp hızı ve solunum sayısı anlamlı şekilde düşük çıkarken oksijen satürasyon değerinde anlamlı fark olmadığı (Tokan ve Geçkil, 2019a), toplu bakım uygulamaları kümeler halinde art arda gerçekleştirildiğinde, işlemler arasında en az 3 dakikalık bir boşluk olacak şekilde işlemlerin tek başına veya ayrı ayrı gerçekleştirilmesine kıyasla serebral StO₂, renal StO₂, SpO₂ ve nabızda daha büyük değişiklikler olduğu (Brashear ve ark., 2023) belirlenmiştir. Yapılan sistematik derlemede elde edilen bulgular toplu bakımın bebeklerin rahatsızlıklarını azaltarak fizyolojik parametrelerin iyileşmesine katkı sağladığını göstermektedir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025). Toplu bakım yaklaşımı içerisinde bu ölçümlerin, bebeğin dinlenme ve uyanıklık döngüsüne uygun zamanlarda yapılması; gereksiz uyarıyı azaltarak bebeğin stres yanıtını en aza indirmeyi ve enerji dengesini korumayı amaçlar (Altimier ve Phillips, 2016; Valizadeh ve ark., 2014).

Toplu bakım sürecinde fizyolojik parametrelerin izlenmesi, yalnızca bir ölçüm faaliyeti değil, bebeğin stres, ağrı ve konfor düzeyine ilişkin önemli bir değerlendirme aracı olarak da kabul edilir. Bu nedenle hemşire, ölçüm öncesinde bebeğin davranışsal durumunu gözlemler; ağlama, yüz buruşturma, solunum düzensizliği veya cilt rengi değişikliği gibi göstergeleri değerlendirir (Liu ve ark., 2007; Sarı ve Çiğdem, 2013). Ölçüm esnasında ise, bebeğin olabildiğince az uyarana maruz kalmasını sağlamak amacıyla ışık, ses ve dokunsal uyarıların

minimumda tutar. Ayrıca ölçümler mümkün olduğunca aynı sırayla ve aynı cihazlarla yapılmalı hem cihaz kaynaklı hataları önlemek hem de verilerin karşılaştırılabilirliğini artırmak için standart bir prosedür izlenmelidir (Brashear ve ark., 2023). Toplu bakım kapsamında yapılan fizyolojik ölçümler, birden fazla işlemin planlı bir biçimde bir araya getirilmesiyle gerçekleştirildiğinden, ölçümlerin zamanlaması da büyük önem taşır. Uygulamalar arasında yeterli dinlenme aralıklarının bırakılması fizyolojik dengesi açısından önemlidir (Holsti ve ark., 2005). Ayrıca fizyolojik parametrelerin ölçümü, hemşirenin klinik karar verme sürecinde öncelikli veri kaynaklarından biridir. Elde edilen ölçümler hem bebeğin bakım önceliklerinin belirlenmesinde hem de sonraki toplu bakım uygulamalarının zamanlamasında yol göstericidir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Sonuç olarak, toplu bakım kapsamında fizyolojik parametre ölçümü, yalnızca klinik bir izlem aracı değil, aynı zamanda bebeğin konforu, nörogelişimsel stabilitesi ve bakım kalitesinin korunması açısından kritik bir hemşirelik girişimidir. Bu uygulamanın, bebeğin bireysel özelliklerine, davranışsal göstergelerine ve fizyolojik durumuna duyarlı bir yaklaşımla yürütülmesi, toplu bakımın etkili ve güvenli biçimde uygulanmasını sağlar.

Bu bölümde verilen kanıt düzeyleri Grade kanıt sistemiyle dönüştürülmüştür. Dönüşüm tablosu ekte sunulmuştur (Ek 4) (Schünemann ve ark., 2013).

Cilt bakımı ve hijyen uygulamaları

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde uygulanan toplu bakım, cilt bakımı ve hijyen uygulamalarını yalnızca temizlik amacıyla değil, cilt bütünlüğünün korunması, mikrobiyal kolonizasyonun önlenmesi ve fizyolojik stabilitenin desteklenmesi amacıyla bütüncül bir hemşirelik sürecine dönüştürür. Bebeklerin hijyen gereksinimlerine yönelik olarak yapılan uygulamalar ağız, göz, burun bakımı, bez değiştirme, vücut banyosu, aspirasyon (Tokan ve Geçkil, 2019a; Tokan ve Geçkil, 2022); bebek bezinin değiştirilmesi ve ağız bakımı (Holsti ve ark., 2005; Holsti ve ark., 2007) bez değişimi (Brashear ve ark., 2023) şeklindedir. Yapılan gözlemlerde hemşirelerin bebeklerin hijyen uygulamalarına yönelik yaptıkları bakımlar endotrakeal tüp içi ve ağız içi aspirasyon, ağız, burun, göz bakımı, bebek bezi değişimi, pansuman bakımı, banyo, kıyafet ve çarşaf değişimi olarak belirlenmiştir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

Cilt bakımı: Toplu bakım kapsamında cilt bakımı, bebeğin durumuna, gestasyon haftasına, cilt bütünlüğüne ve nem dengesine uygun biçimde planlanır (Sönmez Düzkaya D, 2016). Prematüre bebeklerde stratum corneum tabakasının tam gelişmemiş olması nedeniyle

enfeksiyon, toksisite ve irritasyonun yanında epidermis soyulması, evaporasyonla sıvı kaybı, topikal ilaç toksisitesi daha fazla görülmekte ve dermis tabakasındaki kollajen ve elastin liflerin az olması da ödem oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Bu sebeplerle prematüre bebeğin sık aralıklarla pozisyonu değiştirilerek basınç ve iskemi oluşumu önlenmelidir (Dursun ve Bülbül, 2014). YYBÜ’nde sık görülen cilt yaralanmaları, bebek bezi dermatiti ve tıbbi yapıştırıcıyla ilgili yaralanmalar olarak belirtilmiştir (Jani ve ark., 2023). Masaj yapmak, cildin nemini korumak adına yağlamak, verniks emilimi sağlandıktan sonra banyo yaptırmak yapılacak cilt bakımı girişimlerindendir (Cimete ve ark., 2018). Yapılan nitel çalışmada bir hemşire bebeğin cilt bakım uygulamalarını; bebeğin bezini değiştirdiğinde ihtiyacı varsa pişik bakımı, pişiğin derecesine göre ışık uygulama, pişik alanını açık bırakıp kurutma, gerekirse baktıgraslı bakım, bebeğin nem ihtiyacına göre vücudunu nemlendirme şeklinde uyguladığını açıklamıştır (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Bir cilt bakımı kılavuzuna sahip olmak ve en az dört saatte bir cilt değerlendirmesi yapmak cilt yaralanması olasılığını azalttığı için önerilmektedir (Jani ve ark., 2023). İlk temizleme aşamasında verniks kazeozanın çeşitli faydalı işlevleri nedeniyle çıkarılmaması önerilmektedir (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII (KD: Çok düşük)). DSÖ, doğumdan hemen sonra, doğum şekline bakılmaksızın komplikasyonsuz tüm anneler ve yenidoğanlar için cilt cilde bakımı şiddetle tavsiye etmektedir (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII(KD: Çok düşük)) (WHO, 2017).

Banyo: Term bebeklerde haftada 2 kez silme banyo ya da normal banyo, preterm bebeklerde 4 gün ara ile verniksleri vücuttan uzaklaştırılmadan banyo önerilmektedir (Karabulut, 2011; Uçar ve Çınar, 2016). Banyo yaptırılacak ortam 22-26 °C ve hava sirkülasyonu engellenmiş olmalıdır. Su kalmayacak şekilde kurulan bebek daha önceden ısıtılıp hazırlanmış kuvöze alınmalıdır (Cimete ve ark., 2018; Sönmez Düzkaya D, 2016). Prematüre bebeklerde kundaklama banyo geleneksel küvet banyosuna göre bebek sonuçlarını iyileştirdiği için önerilmektedir (Huang ve ark., 2022). Banyoya yönelik güncel çalışmalar, term ve preterm bebekler için küvet banyosu (sünger banyosu) yerine kundak banyosu önermektedir (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi II(KD: Orta)) (Renesme ve ark., 2019). Uygun sıcaklıktaki banyo suyu, ısı kaybını azaltır ve bebeği rahatlatır (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi IV(KD: Orta)) (Akpınar ve Göçmen, 2014). Bebeğin ilk banyosunun doğumdan sonra 24 saate kadar ertelenmesi, ertelenemiyorsa 6 saatten önce yapılmaması önerilmektedir. Banyo, kardiyorespiratuar durumu stabil ve normotermik olduğunda yapılmalıdır (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII(KD: Çok düşük)) (WHO, 2017). Banyo daima ılık bir odada yapılmalı, banyo suyu sıcaklığı 37–37.5°C olmalıdır (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII(KD: Çok düşük)) (WHO, 2017).

Göz bakımı: Yenidoğanlarda göz bakımı gözde çapaklanma varsa, gözü tahriş etmeden ve içten dışa doğru nazikçe yapılmalıdır. Enfeksiyonlu bebeklerde 4-6 kez, diğerlerinde 2 kez göz bakımı uygulanmalıdır (Sönmez Düzkaya D, 2016). Doğumdan sonra göz çevresi ve göz kapakları steril (distile) su veya serum fizyolojik ile ıslatılmış pamukla dıştan içe doğru silinir. Yenidoğanlarda doğumdaki göz bakımından sonra, izlemi sırasında gözlerde çapaklanma yoksa özel göz bakımı gerekmez (Zenciroğlu A., 2024).

Burun bakımı: Bebeklerin burnunda sekresyon varsa tahriş etmeden alınmalı, oksijen alan bebeklerde kuruluğu önlemek amacıyla nemlendirme sağlanmalıdır. Burun bakımı non invaziv ventilasyondaki bebeklerde günde 4-6 kez yapılmalıdır (Cimete ve ark., 2018; Sönmez Düzkaya D, 2016).

Ağız bakımı: Bebekler enfeksiyonun ve mukozitin önlenmesi amacıyla, enfeksiyonu olmayan, postnatal ilk 72 saatte olan ve OGS(Orogastrik sonda) ile beslenen bebeklerde günde iki kez, oksijen tedavisi alan ya da ventilasyonda olan bebeklerde günde dört kez, bol ve yoğun sekresyonlu, inhaler kortizol tedavisi alan bebeklerde günde altı kez ağız bakımı uygulanmalıdır. Mukozası normal görünümde olan ve oral beslenen bebeklerde ağız bakımına gerek yoktur. Ağız bakımının anne sütü ile yapılması önerilmektedir (Sönmez Düzkaya D, 2016).

Göbek Kordonu Bakımı: Göbek kordonu kalıntısı düşünceye kadar bu alan kuru ve temiz tutulmalıdır (Cimete ve ark., 2018). Doğumda resüsitasyon gerekmeyen tüm prematüre bebeklerde geç klempleme yapılmalıdır (Kanıt düzeyi 1++(KD: Yüksek)). Evde doğan bebeklerde %4 klorheksidin ile günlük kordon bakımı önerilmektedir (Güçlü öneri; orta düzey kanıt). DSÖ, kuru kordon bakımı önermektedir (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII(KD: Çok düşük)(WHO, 2017). Klorheksidin kullanımı, omfalit/enfeksiyon riskini (Sinha ve ark., 2015) azaltmaktadır.

Kulak bakımı: Bebeğin kulağında görünen kir varsa içeri itilmeden ılık suyla hafifçe dış kısımdan temizlenmelidir (Cimete ve ark., 2018).

Perine bölgesi temizliği: Perine bölgesi temizliği 2-3 saat aralıklarla, besleme öncesinde ve her gaita-idrar bulaşından sonra, ıslak pamuk yardımıyla önden arkaya doğru, erkek bebeklerde sünnnet derisi geriye doğru kıvrılarak glans penisten başlanarak, kız bebeklerde ise labiumlar ve vulva ayrılarak yapılmalıdır (Cimete ve ark., 2018; Sönmez Düzkaya D, 2016). Kapı ve Bozkurt'un (2011) çalışmasına göre pediatrik grupta bası yarası

gelişimi oldukça düşük olmasına rağmen, ileri derece ve sürekli bası, sürtünme ve nem oluşturarak gluteal nekroza neden olabilmektedir (Kapı ve Bozkurt, 2011). Brandon ve ark. (2022) yaptığı çalışmada 3 saatte bir beslenen stabil preterm bebeklerin cilt sağlığı sonuçlarında 3 saatlik ve 6 saatlik bez değiştirme grupları arasında farklılık bulunmamıştır (Brandon ve ark., 2022). Perine bölgesi temizliğine dair güncel kanıtlar şu şekildedir; Bez bölgesi daima temiz ve kuru tutulmalıdır. Bezler yenidoğanlarda 2 saatte bir, bebeklerde 3–4 saatte bir değiştirilmelidir. Dışkılama sonrası alan, ılık suya batırılmış bez veya pamukla temizlenebilir (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII (KD: Çok Düşük)). Bez dermatitini önlemek için bebek bezleri sık sık değiştirilmelidir (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi I (KD: Yüksek)). Yumuşak bebek mendilleri kullanılabilir (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi III (KD: Düşük)). Çinko oksit, dimetikon ve petrolatum bazlı bariyer kremleri bez dermatiti olan bebeklerde faydalıdır (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi I (KD: Yüksek)) (Madhu ve ark., 2021).

Temizleyici Ajanlar: Bebeği temizlemek için sabun yerine sentetik deterjan kullanılması idealdir; sabun epidermal bariyere zarar verebilir. Syndet sıvı temizleyiciler, syndet barlara göre tercih edilmelidir. Asidik veya nötr pH'lı sıvı temizleyiciler önerilmektedir (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII (KD: Çok Düşük)) (Madhu ve ark., 2021).

Nemlendirici Kullanımı: Doğal zeytinyağı ve hardal yağı cilt bariyerini bozduğu için önerilmemektedir (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi II (KD: Orta)). Atopi riski yüksek ailelerde doğan bebeklerde nemlendirici uygulaması, atopik dermatit gelişme riskini azaltabilir (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi II(KD: Orta)) (Madhu ve ark., 2021).

Masaj: Bebeklere yağ masajı tavsiye edilmektedir (Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII (KD: Çok Düşük)). Ayçiçek yağı, hindistancevizi yağı veya mineral yağ, zeytinyağı ve hardal yağına kıyasla tercih edilmelidir (Madhu ve ark., 2021).

Aspirasyon: Aspirasyon her bebeğe sürekli değil, oskültasyonunda kaba ral, ronküs duyulan, solunum sesleri azalmış, desatüre olan, ajitasyon yaşayan, kliniği anlık olarak kötüleşmeye başlayan, pulmoner kanaması ya da mekonyum aspirasyon öyküsü olan, uygun nemlendirmeye rağmen tüpü sekresyonla tıkalı olan bebeklere uygulanmalıdır. Aspirasyon işlemi, yumuşak ve ucu yuvarlak, her iki yanında delik olan, çapı endotrakeal tüp çapının 2/3'ünü geçmeyen bir sonda ile 60-100 mmHg aspirasyon basıncı altında, ilerletilmiş sondanın geri çekilmesi esnasında yapılmalı ve hipoksi riskini minimize etmek için 5-10 saniyeyi geçmemelidir. Aspirasyon sırasında sekresyonların atımını kolaylaştırmak için serum

fizyolojik kullanılmalıdır (Alparslan ve ark., 2021; İbiş ve ark., 2014; Özkeçeci ve Karagöl, 2021).

Terapotik pozisyon verme: Prematüre bebeklerin YYBÜ’nde yoğun stres yaşadıkları ilk günlerde gelişiminin desteklenmesi, tüm sistemlerinin maksimum düzeyde fonksiyonelliğinin sağlanması için pozisyonlarının desteklenmesi gerekir. Pozisyon desteğinin temel amacı; bebeklerin bakım girişimlerinin neden olduğu ağrıdan ve çevreden kaynaklanan stresörlerden etkilenmesini azaltmak, aynı zamanda postürlerini koruyarak stresle baş etmeyi kolaylaştırmaktır (Sarı ve Çiğdem, 2013; Tutar Güven, 2017). Lateral, supine, prone veya cenin pozisyonu bebeğe verilebilecek pozisyonlardır (Carey, 2021; Çağlayan ve Balcı, 2014; Sarı ve Çiğdem, 2013; Tutar Güven, 2017). Düşük ve orta düzeyde kanıtlar, mekanik ventilasyon uygulanan yenidoğanlarda oksijenasyonun hafifçe iyileştirilmesi için yüzüstü pozisyonu desteklemektedir (Rivas-Fernandez ve ark., 2016).

Antropometrik ölçümler

Toplu bakım uygulamaları kapsamında antropometrik ölçümler, prematüre ve yenidoğan bebeklerin büyüme ve gelişimlerinin düzenli olarak izlenmesini amaçlayan önemli bir bakım bileşenidir. Bu ölçümler; vücut ağırlığı, boy (baş-topuk uzunluğu), baş çevresi ve göğüs çevresi gibi temel göstergeleri içerir (Bindler ve ark., 2014). Yapılan nitel çalışmada hemşirelerin antropometrik ölçümlerde vücut ağırlığı ve baş çevresi ölçümü üzerinde yoğunlaştığı belirlenmiştir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025). Ölçümler, bebeğin klinik stabilitesi ve fizyolojik durumu göz önünde bulundurularak, mümkünse toplu bakım zamanlarında ve bebeğin stres düzeyini en aza indirecek şekilde yapılmalıdır. Bu bağlamda antropometrik ölçümlerin bebeğin stabil olduğu, uyanıklık durumu uygun zaman dilimlerinde yapılması; işlemlerin tek seferde ve organize şekilde tamamlanması önerilmektedir. Bu yaklaşım, antropometrik ölçümleri yalnızca büyüme izlemi aracı olmaktan çıkararak, toplu bakımın bir parçası olarak bütüncül, gelişimsel ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının bir göstergesi haline getirmektedir. Antropometrik ölçümlere dair kanıtlar şu şekildedir: Antropometrik ölçümler ve biyokimyasal belirteçlerle büyüme değerlendirilmelidir (Kanıt düzeyi B (KD: Orta)). Taburculuk sonrası her kontrolde ayrıntılı beslenme öyküsü ve antropometrik ölçümler yapılmalıdır (Kanıt düzeyi A (KD: Yüksek)). Büyüme ve nörogelişim izleminde en az 24. aya kadar düzeltilmiş yaş kullanılmalıdır (Kanıt düzeyi A (KD: Yüksek)) (Türkyılmaz ve ark., 2024).

Beslenme uygulamaları

Prematüre bebeklerde etkili ve güvenli beslenme, emme–yutma–soluk alma koordinasyonunun gelişmesine bağlı olup bu uyum sağlandığında gavaj sonlandırılarak oral beslenme ve anne memesi desteklenmelidir. Bu süreçte besleyici olmayan emme ve biberon, kaşık, kap, damlalık, parmak beslenmesi gibi ek yöntemler kullanılabilir (Aytekin ve ark., 2014; Carey, 2021; Gözen ve Girgin, 2017; Eras ve ark., 2011). Oral beslenmede beşik tutuşu ve yarı yükseltilmiş sırtüstü pozisyon gibi pozisyonlar önerilir (Sönmez Düzkaya D, 2016). Geleneksel beslenme modeli gelişim haftasına odaklandığı ve stres belirtilerini dikkate almadığı için önerilmezken, ipucu temelli beslenme bebeğin açlık ipuçlarına göre başlatılması, stres belirtilerinde durdurulması prensibine dayanır ve prematürelerin tam oral beslenmeye geçişini hızlandırıp taburculuğu kısaltır (Gözen ve Girgin, 2017; İlahi ve ark., 2023). Bebek odaklı beslenme ise ipucu temelli yaklaşımı standartlaştıran nörogelişimsel bir yöntemdir; uygulanan bebeklerde taburculuk süresi kısalmış ancak kilo alımı daha düşük bulunmuştur (İlahi ve ark., 2023). Prematüre beslenmesine ilişkin literatür, donör sütünün yararlı olmakla birlikte anne sütüne eşdeğer olmadığını (Cartagena ve ark., 2022), erken başlanıp hızlı ilerletilen enteral beslenmenin komplikasyon artırmadan tam beslenmeye ulaşmayı hızlandığını (Parker ve ark., 2021) göstermektedir. Hemşireler bakım kapsamında oral ve OGS ile beslemeyi sürdürmektedir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Kundaklamanın biberonla beslenme becerilerini iyileştirdiği (Smith ve ark., 2023), yaşamın ilk haftasında biberon kullanımının ilk ayda tam emzirme oranını düşürdüğü (Srisopa ve ark., 2023) bildirilmiştir. Gastrik tüp yerleştirmede kiloya dayalı yöntemin doğruluk oranı daha yüksektir (Manzo ve ark., 2023a). OGS doğrulamada en sık pH değerlendirmesi ve tüp uzunluğu ölçümü kullanılır (Pathrose ve ark., 2021); pH doğrulaması önerilen yöntemdir (Kemper ve ark., 2019). Hemşirelik bakımında ipucu temelli beslenme yaklaşımı benimsenmeli; enteral besin aseptik hazırlanmalı, OGS yeri ve rezidü kontrolü yapılmalı, yerleştirmede kiloya dayalı yöntem kullanılmalı, işlem öncesi bakım tamamlanmalı, bebeğin başı yükseltilmeli, yerçekimi ile 20–25 dakikada besleme yapılmalı, intolerans belirtileri izlenmeli ve sürekli infüzyonlarda 4 saatte bir rezidü kontrol edilmelidir (İlahi ve ark., 2023; Manzo ve ark., 2023a; Smith ve ark., 2023).

Prematüre bebeğin beslenmesinde güncel kanıtlar şu şekildedir;

- Prematüre bebekler en az 135 mL/kg/gün beslenmelidir (*Kanıt düzeyi C (KD: Düşük)*)
- Stabil büyüyen prematürelerde 150–180 mL/kg/gün, bazı durumlarda 200 mL/kg/güne kadar çıkılabilir (*Kanıt düzeyi A–C (KD:Yüksek- Düşük)*)

- PDA veya BPD riski olan bebeklerde 140–160 mL/kg/gün tercih edilmelidir (*Kanıt düzeyi C (KD: Düşük)*)
- Prematüre bebekler için ilk seçenek anne sütüdür (*Kanıt düzeyi A (KD: Yüksek)*)
- <1500 ve <32 hafta bebeklerde anne sütü yoksa prematüre mama kullanılabilir (*Kanıt düzeyi B (KD: Orta)*)
- 1500 g bebeklerde prematüre mama veya matür mama kullanılabilir (*Kanıt düzeyi C (KD: Düşük)*)
- Ememeyen prematüreler OGS/NGS(Nazogastrik sonda) ile beslenebilir; solunum sıkıntısı varsa OGS tercih edilir (*Kanıt düzeyi C (KD: Düşük)*)
- Aralıklı bolus besleme, devamlı beslenmeye tercih edilmelidir (*Kanıt düzeyi B (KD: Orta)*)
- <1000 g bebeklerde uzun bolus veya devamlı besleme denenebilir (*Kanıt düzeyi C (KD: Düşük)*)
- Hemşire iş yükü fazla olan ünitelerde ve bebeklerin az ellenmesi için 3 saatte bir besleme uygundur (*Kanıt düzeyi D (KD: Çok Düşük)*)
- <1000 g bebekler başlangıçta 2 saatte bir beslenmeli, tolere ettikçe 3 saate çıkarılabilir (*Kanıt düzeyi C–D (KD: Düşük–Çok düşük)*)
- İlk süt sağımı doğumdan sonraki 6–8 saat içinde başlamalıdır (*Kanıt düzeyi B (KD: Orta)*)
- Süt sağımı ilk günlerde elle, ardından pompa, tercihen elektrikli çift pompa kullanılmalıdır (*Kanıt düzeyi B (KD: Orta)*)
- Anne sütü sağım sıklığı 3–4 saatte bir olmalıdır (*Kanıt düzeyi B (KD: Orta)*)
- Orofarengeal kolostrum, doğumdan sonra başlanmalı ve bebek emmeye başlayana kadar sürdürülmelidir (*Kanıt düzeyi B (KD: Orta)*)
- Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde erken kolostrum ile minimal enteral beslenme ve orofarengeal kolostrum başlanmalıdır (*Kanıt düzeyi B (KD: Orta)*)
- 72 saate kadar kolostrum elde edilemezse formül mama ile minimal enteral beslenme başlanabilir (*Kanıt düzeyi C (KD: Düşük)*)
- Beslenme sonrası ilk yarım saat yüzüstü yatış düşünülebilir (*Kanıt düzeyi B (KD: Orta)*)
- Stabil bebeklerde rutin gastrik rezidü izlemi önerilmez (*Kanıt düzeyi B (KD: Orta)*)
- Gastrik rezidü sadece intolerans veya nekrotizan enterokolit bulgusu varsa bakılmalıdır (*Kanıt düzeyi B (KD: Orta)*)
- Aspire edilen mide içeriği kan/safra yoğun değilse geri verilebilir (*Kanıt düzeyi D (KD: Çok düşük)*)

- Tüm bebeklerde 6. aydan itibaren demirden zengin ek gıdalar başlanmalıdır (*Kanıt düzeyi 1+ (KD: Yüksek)*)
- Prematürelerde D vitamini desteği kemik sağlığı ve bağışıklık için önemlidir (*Kanıt düzeyi 2+ (KD: Düşük)*) A vitamini desteği, bronkopulmoner displazi sıklığına göre ünitelerce belirlenmelidir (*Kanıt düzeyi D (KD: Çok Düşük)*)
- Prematüreler K vitamini eksikliğine bağlı kanama açısından risklidir (*Kanıt düzeyi 1++ (KD: Yüksek)*) (Türkyılmaz ve ark., 2024)

Yapılan diğer uygulamalar

Hemşireler yukarda sayılan bakım grupları dışında çarşaf, kıyafet değişimi, order edilen tedavilerin uygulanması, NIRS takibi, ekstübasyon, umbilikal arter/ven kontrolü, trakeostomi bakımı, ventilatör seti ve CPAP başlığı değiştirme, prob değişimi ve bakımı gibi işlemleri toplu bakım dahilinde yaptıkları gözlemlenmiştir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

2.3.4. Bakıma ara verme/bakımı sonlandırma

Bakıma ara verme: Yoğun bakım ortamında bakımın doğal işleyişi için bebekle ilgili, personel ile ilgili, kliniğin işleyişi ile ilgili durumlar bakımda kesintiye neden olabilmektedir (Sarı Yıldırım ve Çiğdem 2013, Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Yapılan çalışmada hemşireler bebeğin toleransına göre bakıma ara verildiğini satürasyon, solunum, genel durumuna göre bebeğin bakımı tolere edip etmediğini değerlendirdiklerini bebek kötüyse bakıma 10 -15 dakika ara verdiklerini ifade ederek bu süreçte bebeğin başından ayrılmadıklarını herhangi bir morarma ihtimaline karşı bebek toparlayıncaya kadar başında beklediklerini belirtmişlerdir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

Bakımda kesintiye neden olabilecek durumlar;

- Bebeğin stres tepkileri göstermesi (apne, düzensiz solunum, renk solukluğu ve hipotoni vb),
- Kanama, solunumsal sıkıntı gibi bakımda kesintiye neden olabilecek acil durumlar
- Vizit yapılması gibi bakımda kesintiye neden olabilecek acil olmayan durum şeklinde belirtilmiştir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a)

Bakımı sonlandırma: Bebeğin bakımı sırasında negatif belirteçler (stres göstergeleri, davranışsal yanıt, uyku uyanıklık, ağlama vb.) sürekli gözlemlenmeli negatif belirteç gösteriyorsa bakıma ara verilip ya da sonlandırıp bebeğin uygun olduğu zaman bakıma devam

edilmelidir (Liu 2007; Sarı Yıldırım ve Çiğdem 2013; Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Yapılan nitel çalışmada bazı bebeklere bebek yağı alerji yaptığı için bebek yağıyla yağlama bakımını sonlandırdıklarını yine toplu bakım sıralamasında hemşireler son uygulama olarak pozisyon verme, tedavi uygulama, besleme yaptıklarını ve bakımı sonlandırdıklarını belirtmişlerdir (Toka Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Bir hemşire bakımını şu şekilde ifade etmiştir *“Ben ilk aspirasyon yaparım, trakeostomisi varsa spancını değiştiriyorum, bezini alıyorum, yağıyorum, sonra tedaviye geçiyorum. Kapağı açmadan önce ateş ölçümü yapıyorum, tansiyon ölçüyorum.”*, diğer bir hemşire ise en son kilo tabibi yapıp bebeği besleyip bakımı sonlandırdığını ifade etmiştir (Toka Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

2.3.5.Kayıt

Kayıt tutmak hemşirelerin yasal ve mesleki sorumluluklarından biridir (Etgü ve Güçlü, 2022). Hemşirelik süreci kaydedildiğinde görülebilir, değerlendirilebilir, sürdürülebilir, karşılaştırılabilir, denetlenebilir ve geliştirilebilir. Kayıt altına alınan hemşirelik süreci ile hemşireler bilgilerini artırabilir ve uygulamalarının sorumluluğunda daha aktif rol alabilir (Palaz ve ark., 2011). Yapılan nitel çalışmadaki gözlemlerde hemşirelerin çoğunlukla bakım uygulamaları, vital takipleri, tedaviler bittikten sonra en son kayıt yaptıkları belirlenmiştir (Toka Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

Hemşirelerin toplu bakım uygulamaların etkisini hem bakım sürecinde hem de bakımdan sonraki zaman diliminde sürekli değerlendirmeleri gerekmektedir. Toplu bakımın etkisinin değerlendirilmesi ile ilgili olarak hemşireler bakımın bebeğin yaşamsal bulgularından, genel durumundan gözlemlerle değerlendirdiğini, pişik gibi durumlarda gözlemlerle değerlendirme yapıp uygulanan girişimi değiştirdiklerini, bakımlarla ilgili durumları teslimlerde birbirlerine aktardıklarını ifade etmişlerdir. Bu konuda bir hemşire bebeğin aspirasyon ihtiyacı var ve çok sık aspire ediliyor ama bebeğe işlem iyi gelmiyorsa ara verdiğini ve aspirasyon sondası ile girmediğini ifade etmiştir (Toka Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

2.5.6.Toplu bakım uygulamalarının sıralaması

Toplu bakım uygulamalarının sıralamasına dair literatürde sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Holsti ve ark. (2005, 2007) çalışmalarında toplu bakım sırasıyla; bebek bezinin değiştirilmesi, karın çevresi ve koltuk altı sıcaklığının ölçülmesi, gazlı bez ve steril su ile ağız bakımı şeklinde gerçekleştirildiğini belirtmişlerdir (Holsti ve ark., 2005; Holsti ve ark., 2007). Valizadeh ve ark. (2014) çalışmasında toplu bakım uygulama sırası koltuk altı sıcaklığının alınması, nabız oksimetre probunun yerinin değiştirilmesi, pozisyon verme ve OG ile besleme

olarak belirtilmiştir (Valizadeh ve ark., 2014). Yapılan nitel çalışmada toplu bakım sıralamasında hemşireler ilk olarak tedavilerini hazırlama, yaşamsal bulgu takibi, aspirasyon uygulamaları, tartı yaptıklarını, orta sırada uygulama olarak bebeğin bezini değiştirme, bebe yağı ile yağlama, tespitlerini değiştirme, OGS takma işlemlerini yaptıklarını son uygulama olarak pozisyon verme, tedavi uygulama, besleme yapıp son olarak yapılan uygulamaları kaydettiklerini ifade etmişlerdir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Yapılan tanımlayıcı çalışmada hemşirelerin toplu bakım uygulamasında bakımları yapma sırası incelendiğinde büyük çoğunluğunun ilk olarak fizyolojik parametreleri ölçtüğü belirlenmiştir. Hemşireler hijyen bakımlarını çoğunlukla ikinci ya da üçüncü sırada uygulamaktadır. Antropometrik ölçümler de ikinci ya da üçüncü sırada gerçekleştirilmektedir. Toplu bakım sırasında hemşirelerin beslenme uygulamalarını dördüncü ve kanguru bakımı ise son sırada yaptıkları belirlenmiştir (Tokan Özkılıçaslan ve Geçkil, 2022). Hemşireler bakım sıralamasını belirlerken bebeğin ihtiyaç önceliği ve aseptik ilkeler doğrultusunda temizden kirliye doğru bakımları uyguladıklarını belirtmişlerdir. Bakım sıralaması konusunda bir hemşire önce yaşam bulgusu takiplerini alıp, aspirasyon ihtiyacı var ise aspire ettiklerini, bez değişimini yapıp bebeğin vücudunu nemlendirdiklerini, ağız göz bakımını yapıp ihtiyaca göre süreci şekillendirdiklerini ifade etmiştir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).



3. YÖNTEM

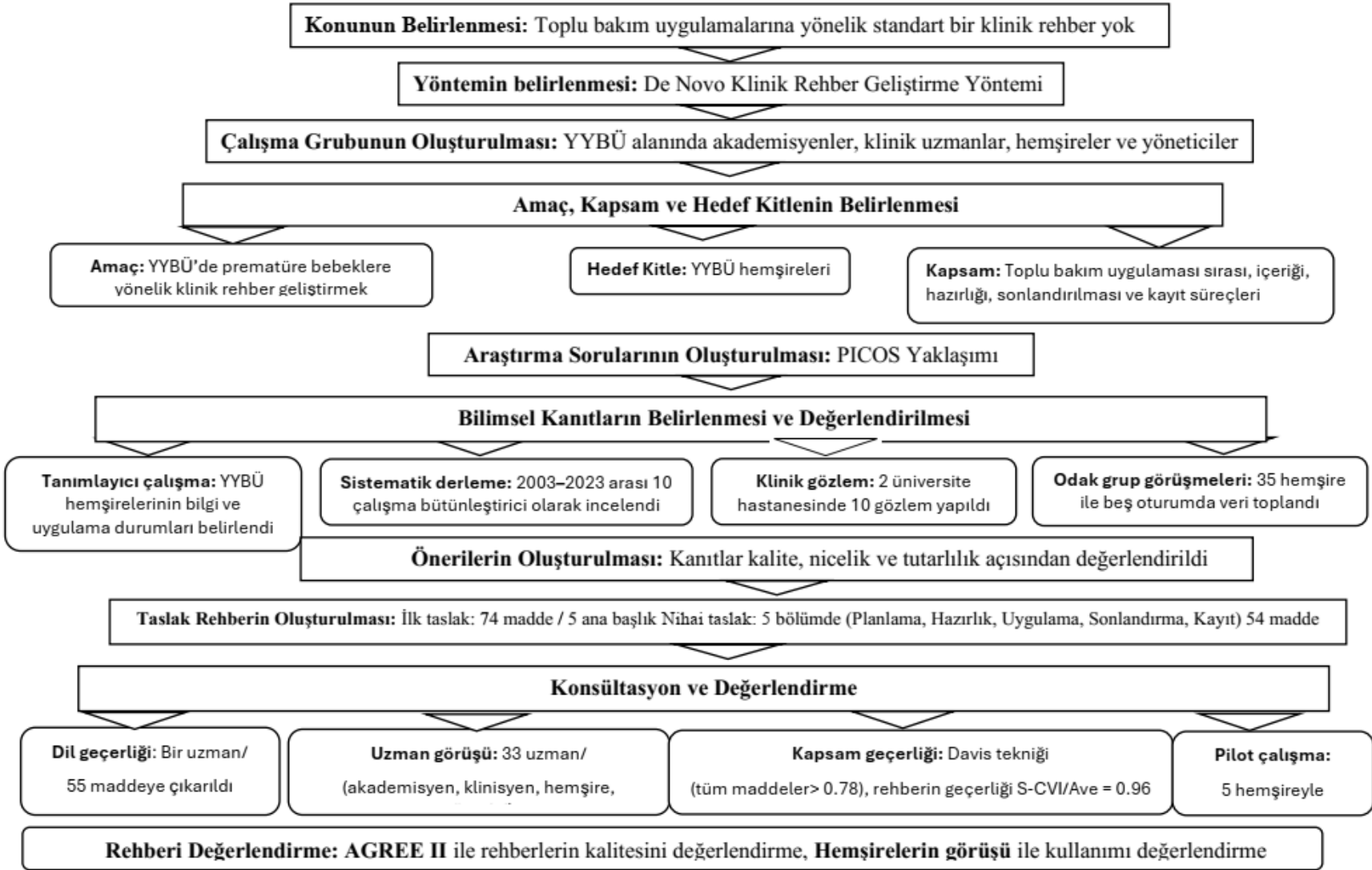
Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım kapsamında toplu bakım uygulama rehberi geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yürütülen bu çalışma karma yöntem ile iki aşamalı gerçekleştirilmiştir.

3.1. Araştırmanın Tipi

Toplu bakım uygulama rehberinin geliştirildiği ilk aşama metodolojik türde, geliştirilen rehberin etkinliğinin değerlendirildiği ikinci aşama ise randomize kontrollü deneysel tipte yürütülmüştür. Çalışmanın yöntem kısmı iki aşamada sunulmuştur.

3.1.1. Birinci aşama: toplu bakım uygulama rehberi geliştirme süreci

Bu çalışmada prematüre bebeklere verilen toplu bakım uygulamaları ile ilgili klinik bir rehber bulunmadığı için de novo rehber geliştirme yöntemi kullanılarak rehber geliştirilmiş (Başer ve ark., 2015; Field ve Lohr, 1990; Yakışan ve Set, 2013; Yao ve ark., 2022) ve izlenen rehber geliştirme basamakları Tablo 3.1’de sunulmuştur. Ayrıca toplu bakım rehberi geliştirme süreci akış şeması Şekil 3.1’de sunulmuştur. Geliştirilen rehberin kalite değerlendirilmesi AGREE II kriterlerine göre yapılmış (Tabo 3. 2) ve nihai rehber oluşturulmuştur.



Şekil 3. 1.Birinci aşama: de novoya göre toplu bakım rehberi geliştirme süreci akış şeması.

Tablo 3.1. De novo rehber geliştirme basamaklarına göre toplu bakım uygulama rehberi geliştirme aşamaları.

Aşama	Açıklama	
Konunun Belirlenmesi	Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım ve ilkelerinden biri olan toplu bakım uygulamalarına dair bilgiler güncel literatürden derlenmiş ve toplu bakım uygulamalarının nasıl yapılacağı ile ilgili bir rehber ya da standart olmadığı görülmüştür.	Çalışmanın bu aşamasında, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımın bir ilkesi olan toplu bakım uygulamaları ile ilgili güncel literatür incelenmiş ve mevcut bilgi eksiklikleri belirlenmiştir. Literatürde toplu bakımın kapsamı, uygulama sırası, başlama ve sonlandırma süreçleri gibi temel konularda yeterli ve standart bir bilgi bulunmadığı, yapılan çalışmaların ise genellikle sınırlı değişkenleri (bakım sayısı, stres düzeyi, fizyolojik parametreler, hemşire bilgi düzeyi vb.) ele aldığı görülmüştür. Bu eksiklikler nedeniyle kliniklerde hemşireler arasında uygulama farklılıkları, kaçırılan veya gereksiz bakımlar gibi sorunlar yaşandığı ve bu durumun bebeklerde artmış stres ve travmaya yol açabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle, toplu bakım uygulamalarına rehberlik edecek kanıta dayalı bir klinik rehber geliştirilmesinin gerekli olduğu sonucuna varılmıştır. Rehber geliştirme süreci için, “klinik rehber”, “klinik kılavuz geliştirme”, “hemşirelik”, “klinik uygulama kılavuzları”, “klinik yol” ve “guideline” anahtar kelimeleriyle sistematik olmayan bir literatür taraması yapılmış; elde edilen veriler doğrultusunda rehber geliştirme planı oluşturulmuştur.
Konuyu İnceleyecek Çalışma Grubunun Belirlenmesi	İdeal bir çalışma grubu; konu ile ilgili akademisyenler, konu ile ilgili uzmanlar, rehberi kullanacak uzmanların temsilcisi, rehberin yaygınlaştırılmasında rolü olacağını düşünülen devlet kurum temsilcileri ya da diğer denetim kurumu temsilcileri ve hasta temsilcilerini içermelidir (Başer ve Kahveci 2015; Field ve Lohr 1990).	Çalışma grubu ilgili konuda çeşitli araştırmaları bulunan ve YYBÜ hemşirelik deneyimi olan akademisyenlerden oluşmuştur. Ayrıca rehber geliştirme sürecinin çeşitli aşamalarında YYBÜ hemşireliği alanında çalışma ve araştırma deneyimi olan akademisyenler, YYBÜ klinik uzmanları, YYBÜ hemşireleri ve hemşire yöneticileri destek vermiştir. İleriki aşamada yapılacak çalışmalara rehberin çıktılarına yönelik olarak bebekler ve aileleri de dahil edilecektir.

Tablo 3.1. De novo rehber geliştirme basamaklarına göre toplu bakım uygulama rehberi geliştirme aşamaları (devamı).

Aşama	Açıklama	
Hazırlanacak Rehberle İlgili Amaç, Kapsam ve Hedef Kitlenin Belirlenmesi	Amaç, kapsam ve hedef kitle belirlenmesi	Amaç; YYBÜ’nde prematüre bebeklere verilen toplu bakım uygulamalarına yönelik kanıta dayalı klinik rehber geliştirmektir. Toplu bakım uygulama rehberinin amacı, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) yatan prematüre bebeklere yönelik toplu bakım uygulamalarında optimal, bütüncül, sistematik ve kanıta dayalı bir yaklaşım geliştirmektir. Rehber, hemşirelerin prematüre bebeklerin konfor düzeyini artırmak, fizyolojik dengeyi korumak, stresör etkilerini azaltmak ve gelişimsel gereksinimlerine en uygun bakımı sunmalarına rehberlik etmeyi hedeflemektedir. Bu kapsamda rehberin temel amaçları şunlardır: 1. Toplu bakım uygulamalarının standardizasyonunu sağlamak: YYBÜ’de farklı hemşireler arasında bakım uygulamalarındaki değişkenliği azaltmak ve bir standart oluşturmak. 2. Prematüre bebeklerde gelişimsel, optimal bakımı desteklemek: Prematüre bebeklerin nörolojik, fizyolojik ve davranışsal gelişimini destekleyen, bireyselleştirilmiş ve çevresel duyarlılığı yüksek bir bakım modeli sunmak. 3. Bebek konforunu ve güvenliğini artırmak: Gereksiz uyarılma, ağrı ve stres düzeylerini azaltarak bebeğin konforunu artırmak ve stabil fizyolojik parametrelerin korunmasına katkı sağlamak. 4. Hemşirelik bakımının etkinliğini güçlendirmek: Bakımın planlı, koordineli ve zaman açısından verimli şekilde yürütülmesini destekleyerek hemşire iş yükünü optimize etmek. 5. Aile merkezli bakım yaklaşımını güçlendirmek: Aile katılımını teşvik eden, ebeveynlerin bebek bakım sürecine aktif olarak dahil olmasını sağlayan bir rehber çerçevesi sunmak. 6. Kanıta dayalı uygulamaları klinik ortama aktarmak: Ulusal ve uluslararası literatürde yer alan kanıtlara dayalı önerileri, uygulamada kolaylıkla kullanılabilecek şekilde yapılandırmak. Hedef kitle; Geliştirilen rehberin direk hedef kitlesi YYBÜ’nde prematüre bebeklere bakım veren hemşirelerdir. Rehber, toplu bakım uygulaması sırasında hemşirelerin kullanımı ve toplu bakım uygulamalarının dokümantasyonu için hazırlanmaktadır. Bu anlamda YYBÜ’si bulunun sağlık kuruluşları da dolaylı olarak hedef kitle kabul edilebilir. Hazırlanacak rehberin kapsamının belirlenmesine yönelik olarak genel güncel literatür taraması yapılmıştır.

Tablo 3.1. De novo rehber geliştirme basamaklarına göre toplu bakım uygulama rehberi geliştirme aşamaları (devamı).

Aşama	Açıklama	
Konu ile İlgili Soruların Oluşturulması (PICOS)	Konu ile İlgili Araştırma Sorularının Oluşturulması (PICOS) P (Population / Popülasyon): Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşireler I (Intervention / Müdahale): Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan toplu bakım C (Comparison / Karşılaştırma): - O (Outcome / Sonuçlar): Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan bakımlardan elde edilen bebek sonuçları S (Study Design / Çalışma Tasarımı): Deneysel ve deneysel olmayan çalışmalar	• YYBÜ’nde kullanılmak üzere bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım kapsamında toplu bakım uygulama rehberi geliştirilebilir mi? • Toplu bakım uygulama rehberi kapsamında hangi bakımlar yer almalıdır? • Toplu bakım için hangi hazırlıklar gereklidir? • Toplu bakım hangi sıra ile yapılmalıdır? • Toplu bakım uygularken hemşireler nelere dikkat etmelidir? • Toplu bakıma hangi durumlarda ara verilmelidir? • Toplu bakım ne zaman sonlandırılmalıdır? • Hemşireler bakımlarda nasıl kayıt yapmalıdır? PICOS formatında oluşturulan kapsam toplu bakım uygulama sırası, içeriği, hazırlığı, sonlandırılması ve kayıt süreçlerini içermektedir.
Bilimsel Kanıtların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi	Toplu bakım rehberi geliştirme sürecinde bilimsel kanıtları belirlemek ve incelemek amacıyla literatür taraması yapılmıştır. Toplu bakım uygulamaları konusunda yeterli çalışma bulunmadığı görülmüş ve bilimsel kanıtların belirlenmesi ve değerlendirilmesi kapsamında nitel, nicel çalışmalar ve sistematik derleme çalışması yürütülmüştür. Klinik rehber zemin oluşturmak için toplu bakım uygulamalarına ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını belirlemeye yönelik tanımlayıcı çalışma yapılmıştır.	Tanımlayıcı çalışma: Bu aşamada klinik rehber zemin oluşturmak amacıyla, YYBÜ hemşirelerinin toplu bakıma ilişkin bilgi ve uygulamalarını belirlemeye yönelik Nisan-Temmuz 2022 tarihleri arasında bir tanımlayıcı araştırma yürütülmüştür (Tokan Özkılıçaslan ve Geçkil, 2022). Konya’daki farklı kurumlarda 122 hemşireyle çevrimiçi anket yapılmıştır. Örneklem, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, en az üç aydır YYBÜ çalışan ve prematüre bebeklere bakım veren hemşireler dahil edilmiştir. Bu çalışma için yapılan genel tarama neticesinde elde edilen bilgilerden yararlanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan klasik, açık uçlu ve likert tipi sorulardan oluşan anket kullanılmıştır. Anket sonucunda toplu bakım kavramının tanımı, içeriği, kapsamı, toplu bakım uygulamaları ve uygulama sırası ile ilgili veriler elde edilmiştir. Sonuçlara göre hemşirelerin çoğunluğu 21–29 yaş aralığında, lisans mezunu ve 1–5 yıllık YYBÜ deneyimine sahiptir. Hemşirelerin %65.6’sı toplu bakım hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Bulgulara göre, hemşirelerin büyük kısmı bez değişimi, göz-ağız-burun bakımı, yaşam bulguları ölçümü, aspirasyon, SpO₂ ölçümü ve orogastrik sonda ile besleme gibi uygulamaları toplu bakım kapsamında değerlendirmiştir. Ancak göğüs ve baş çevresi ölçümü ile besleyici olmayan emmeyi toplu bakım içinde görenlerin oranı düşüktür. Hemşirelerin çoğu bakıma fizyolojik parametre ölçümüyle başlayıp ardından hijyen ve antropometrik ölçümleri gerçekleştirmiş, beslenme uygulamalarını son sırada yapmıştır. Bulgular, toplu bakımın içeriği ve sıralaması konusunda hemşireler arasında belirgin farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur (Tokan Özkılıçaslan ve Geçkil, 2022).

Tablo 3.1. De novo rehber geliştirme basamaklarına göre toplu bakım uygulama rehberi geliştirme aşamaları (devamı).

Aşama	Açıklama	
Bilimsel Kanıtların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi	Bilimsel kanıtların belirlenmesi ve değerlendirilmesi için sistemik derleme (bütünleştirici inceleme) yapılmıştır. Toplu bakım uygulamalarına yönelik mevcut uygulamaları tespit etmek için klinik gözlem yapılmıştır.	Sistemik derleme (Bütünleştirici inceleme): Toplu bakım uygulamalarına kanıt sağlamak amacıyla bütünleştirici inceleme yöntemiyle sistemik derleme yapılmıştır (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025b). 2003–2023 yıllarını kapsayan tarama Türkçe ve İngilizce olarak ‘Web of Science, PubMed (Medline), Science Direct, Scopus, Google Akademik’ veri tabanlarında yapılmıştır. Tezler için ulusal tez merkezi, ProQuest ve Vetis veri tabanları kullanılmıştır. Tarama için kullanılan anahtar kelimeler; "toplu bakım, toplu bakım uygulamaları, clustered care, cluster nursing care, clustered nursing" ve türevleridir. Tarama sonucunda toplamda 22,699 çalışma ulaşılmıştır (Web of Science: 3804, PubMed: 2075, Scopus: 5715, Science Direct: 8445, Google Akademik: 2660). Çalışma PRISMA protokolüne uygun olarak yürütülmüş ve protokol PROSPERO veri tabanına kaydedilmiştir. Tarama neticesinde 10 çalışma (8 araştırma makalesi, 2 tez) dahil edilmiştir. İncelenen çalışmalar, toplu bakımın prematüre bebeklerin fizyolojik parametreleri, stres ve konfor düzeyleri, uyku düzeni, ağrı tepkileri, kortizol düzeyleri ve fiziksel büyüme üzerindeki etkilerini ele almıştır. Bulgular, toplu bakımın bebeklerin fizyolojik stabilitesini koruduğunu, stres düzeyini azalttığını, konforu ve uyku kalitesini artırdığını ve fiziksel büyümeyi desteklediğini göstermiştir. Ayrıca, belirli işlem kombinasyonlarıyla (örneğin 4–6 işlemlilik bakım grupları) yapılan toplu bakımın olumsuz fizyolojik etki oluşturmadığı belirlenmiştir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025b). Bu kanıtlar, rehberin bilimsel dayanağını oluşturmuştur. Klinik gözlem: Mevcut uygulamaları belirlemek amacıyla iki üniversite hastanesinin YYBÜ ikinci ve üçüncü basamaklarına 09.00-12.00-15.00-18.00-21.00 bakım saatlerinde 03.03.2023-01.06.2023 tarihleri arasında toplam 10 klinik gözlem gerçekleştirilmiştir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Çalışmada bir hemşirenin farklı iki yenidoğana verdiği toplu bakımı gözlemlenmiş ve verilen bakımlar araştırmacılar tarafından oluşturulan gözlem formuna işaretlenmiştir. Gözlem sonucu toplam 20 hemşirenin 43 bebeğe farklı saatlerdeki bakımları gözlemlenmiştir. Bulgulara göre, hemşireler toplu bakımı genellikle fizyolojik parametre takibi, hijyen uygulamaları beslenme uygulamaları sırasıyla yürütmektedir. Fizyolojik ölçümler içinde vücut ısısı, nabız, SpO₂ ve kan basıncı ölçümü sıralaması izlenirken; antropometrik ölçümlerde ağırlık ve baş çevresi rutin olarak yapılmakta, göğüs çevresi ölçümü ise çoğunlukla yapılmamaktadır. Hijyen uygulamalarında ilk sırada bez değişimi, ardından aspirasyon, banyo ve burun bakımı yer almaktadır. Beslenme işlemleri genellikle orogastrik sonda ile yapılmaktadır. Bulgular, kliniklerde toplu bakımın uygulanış biçiminde standart bir sıra ve kapsam bulunmadığını göstermiştir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

Tablo 3.1. De novo rehber geliştirme basamaklarına göre toplu bakım uygulama rehberi geliştirme aşamaları (devamı).

Aşama	Açıklama	
Bilimsel Kanıtların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi	Klinik rehberde belirlenen boşlukları tamamlamak için odak grup görüşmeleri yapılmıştır.	Odak grup görüşmeleri: Tanımlayıcı çalışma, sistematik derleme ve gözlemlerden elde edilen bulgular doğrultusunda taslak rehberin eksik alanlarını tamamlamak üzere odak grup görüşmeleri yapılmıştır (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Araştırmacı tarafından Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi YYBÜ hemşirelerinde 11.09.2023-29.09.2023 tarihleri arasında toplam 35 hemşireyle (34 yenidoğan hemşiresi ve bir yenidoğan sorumlu hemşiresi) beş oturumda, sessiz sakin bir toplantı salonunda gerçekleştirilen görüşmelere ortalama 5-7 YYBÜ hemşire katılmış ve görüşmeler 25-45 dakika arası sürmüştür. Görüşmeler için yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu hemşirelerin toplu bakıma hazırlık, uygulama süreçleri ve bakımın değerlendirilmesine yönelik bütün uygulamaları ortaya çıkaracak şekilde araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Görüşme soruları “Toplu bakım sizde ne çağırıyor, Bir bebeğin bakımını anlatır mısınız, Bebeklerin bakımlarını bireysel şekilde nasıl şekillendiriyorsunuz, Bakımların bebeğe, aileye, hemşireye ve kuruma olumlu-olumsuz etkileri nasıldır, Ekleme istediğiniz görüş ve toplu bakımın daha iyi uygulanabilmesi için düşünceniz” şeklindeki ifadelerden türetilmiştir. Görüşmeler katılımcıların onayı alındıktan sonra sesli kayıt altına alınmıştır. Yapılan görüşmeler sonucunda verilerin kodlanması ve analizi 2 tema, 7 alt tema, 22 kategori ve 34 alt kategorilerden oluşan bir tematik analiz yapılmıştır. Toplamda verilere ilişkin 670 ana kod belirlenerek ana temalar ‘toplu bakım süreci’ ve ‘toplu bakım yönetimi’ olarak belirlenmiştir. Alt temalar toplu bakım sürecini tanımlayıp değerlendirmeye başlayan ve müdahale içeriği, kesintileri ve müdahalenin şekillenişini içerecek şekilde hemşirelik bakım sürecini ifade etmektedir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a).

Tablo 3.1. De novo rehber geliştirme basamaklarına göre toplu bakım uygulama rehberi geliştirme aşamaları (devamı).

Aşama	Açıklama	
Bilimsel Kanıtların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi	Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar incelenerek değerlendirilmiş ve rehberin içeriğinde kullanılmıştır.	Alt temalar toplu bakım sürecini tanımlayıp değerlendirmeye başlayan ve müdahale içeriği, kesintileri ve müdahalenin şekillenişini içerecek şekilde hemşirelik bakım sürecini ifade etmektedir. Hemşireler toplu bakımın bebek konforu, stres yönetimi ve iş yönetimi açısından yararlı olduğunu belirtmişler ancak deneyim ve tecrübeden kaynaklı uygulama farklılıklarının olduğunu da vurgulamışlardır. Bu dört aşamadan elde edilen bulgular birlikte değerlendirilmiş ve kanıta dayalı, standart bir klinik rehberin geliştirilmesi gerekliliği açık biçimde ortaya konmuştur.
Önerilerin Oluşturulması	Literatürler derlendikten sonra, bunlar kanıtla ilişkileri yönünden tasniflenir. Oluşan kanıtların birbirleri ile kolayca karşılaştırılabilmesi amacıyla kanıt tabloları oluşturulur. Oluşan kanıtlar mutlaka kalite, nicelik ve tutarlılık bakımından değerlendirilir ve kanıtlar kullanılarak öneriler hazırlanır.	Bilimsel kanıtların belirlenmesi ve değerlendirilmesi aşamasında elde edilen verilerin birbirleri ile kolayca karşılaştırılabilmesi amacıyla araştırmacılar tarafından tablolar oluşturulmuştur. Bu veriler araştırmacılar ve üç dış uzman (alandan çalışması olan akademisyenler) tarafından ayrıntılı olarak incelenmiş, kalite, nicelik ve tutarlılık bakımından değerlendirilmiş ve kanıtlar kullanılarak rehberde bulunması gereken başlıklar ve maddeler için öneriler hazırlanmıştır.
Taslak Rehber Oluşturma	Oluşturulan öneriler ışığında yapılan değerlendirmelerle taslak rehber oluşturulur.	Bir önceki aşamadaki öneriler doğrultusunda toplu bakım uygulama rehberi hazırlanmıştır. Rehberde, amaç, kapsam, hedefler, rehber kullanım yönergesi ve uygulama formu yer almıştır. Bu adıma kadar elde edilen tüm veriler eklenerek 74 maddelik 5 bölümden oluşan taslak rehber oluşturulmuştur. Taslak rehberin maddeleri 2 araştırmacı tarafından gözden geçirilip yakın anlam içeren maddeler atılarak 64 maddeye indirilmiştir. Maddeler bağımsız iki akademisyenin daha katılımıyla oluşan 4 kişilik çalışma grubuyla tekrar gözden geçirilip 5 bölümden (Planlama 6, Hazırlık 17, Uygulama 23, Sonlandırma 4, Kayıt 3) oluşan 54 maddelik toplu bakım uygulama rehberi taslağı oluşturulmuştur. Oluşturulan 54 maddelik taslak rehber dil geçerliliği için bir dil uzmanına gönderilmiştir. Dil uzmanından gelen görüşler doğrultusunda düzenleme yapılmış ve yakın anlamlı olan iki madde birleştirilerek 53 maddelik taslak rehber uzman görüşüne gönderilmiştir.

Tablo 3.1. De novo rehber geliştirme basamaklarına göre toplu bakım uygulama rehberi geliştirme aşamaları (devamı).

Aşama	Açıklama	
Konsültasyon ve Değerlendirme	Önerilerin oluşturulması ile meydana getirilen taslak rehber, rehber geliştirme grubu dışındaki kişilerden oluşan bir grup hakem tarafından değerlendirilir. Hakemlerin önerileri doğrultusunda taslak rehber yeniden düzenlenir ve rehber son şekli verilir. Bu kapsamda çalışma için uzman görüşü, dil geçerliği, kapsam geçerliği, içerik geçerliği ve pilot çalışma yapılmıştır.	Uzman görüşü: Yeterli sistematik derleme ve meta analiz bulunmayan alanlarda klinik rehber oluşturmak için literatür taraması ve uzman görüşünün kombinasyonu yapılarak rehber oluşturulabilmektedir (Miller ve Kearney, 2004). Taslak rehber içerik geçerliği için klinik hemşireler, klinik hekimler ve akademisyen hemşirelerden oluşan 53 kişilik uzman grubuna gönderilmiş ve 33 uzman görüş bildirmiştir. Görüş bildiren uzmanlar: 7 Prof. Dr., 4 Doç. Dr., 9 Dr. Öğr. Üyesi, 3 Öğr. Gör. Dr., 2 Dr., 1 Öğr. Gör., 5 Uzman Hemşire ve 2 Yönetici Hemşire şeklindedir (Ek 1). Uzmanlardan gelen öneriler araştırmacılar ve bir dış uzman tarafından incelenerek önerilen düzenlemeler yapılmıştır. Uzmanlardan gelen öneriler genel olarak ifadelerin anlaşılabilirliğini artırmaya yönelik ‘az değişiklik gerektiren’ düzenlemeleri içermektedir. Uzman görüşleri doğrultusunda iki madde bölünmüş, bir madde çıkarılmış ve bir madde eklenerek toplam 55 maddeden ve 5 bölümden (Bakımı Gereksinimlerini Belirleme: 6, Bakıma Hazırlık: 18, Bakım Uygulama: 24, Bakıma Ara Verme/Bakımı Sonlandırma: 4, Kayıt: 3) oluşan bir klinik rehber oluşturulmuştur. Kapsam Geçerliği: Geçerlik, bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı, değişkeni ölçme derecesi şeklinde tanımlanmıştır. Bir ölçeğin neyi, ne denli isabetli veya doğru ölçtüğü belirten bir kavramdır (Aksayan ve Gözüm, 2003). Oluşturulan rehberin kapsam geçerliği değerlendirilmesinde Davis Tekniği kullanılmıştır (Davis, 1992). Bu teknikte uzmanlara 4’lü likert tip derecelendirme ile puanlama seçeneği sunulmuştur. Uzman görüşlerinin alınmasının ardından klinik rehberdeki her madde için kapsam geçerlik indeksi (KGI) hesaplanmıştır. Maddelerin kabul edilebilir KGI değerleri uzman sayısına göre değişmekle birlikte bu değer .78’in altında olmaması önerilmektedir (Polit ve Beck, 2006). Kapsam geçerlilik analizi neticesinde bütün maddeler 0.78 üzeri bulunmuştur (Polit ve Beck, 2006).

Tablo 3.1 De novo rehber geliştirme basamaklarına göre toplu bakım uygulama rehberi geliştirme aşamaları (devamı).

Aşama	Açıklama	
Konsültasyon ve Değerlendirme		İçerik geçerliliği: Madde Düzeyinde İçerik Geçerlilik İndeksi (I-CVI) yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir. Her bir madde için, 4'lü derecelendirme ölçeğinde 3 veya 4 puanı veren uzman sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek I-CVI değeri elde edilmiştir. I-CVI değeri 0.78'in üzerinde olan maddeler kabul edilebilir olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, tüm maddelere ait I-CVI değerlerinin ortalaması alınarak Ölçek Düzeyinde İçerik Geçerlilik İndeksi (S-CVI/Ave) 0.96 bulunmuş ve kapsam geçerliği yüksek kabul edilmiştir (Polit ve Beck, 2006). Pilot çalışma: Toplu bakım uygulama rehberi son haline şekillendikten sonra toplam 5 hemşire ile pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. YYBÜ'nde bakım veren üç hemşire (biri birinci basamak, biri ikinci basamak sonuncu izolasyon olmak üzere) araştırmacı tarafından uygulama sırasında gözlemlenmiş, değerlendirme bölümü 3'lü Likert'ten (yapıldı, yapılmadı, uygun değil) 4'lü Likert'e (yapıldı, gerekli olduğu halde yapılmadı, gerekli olmadığı için yapılmadı, uygun değil) dönüştürülmüştür. Daha sonra farklı evrenden seçilen iki uzman hemşire rehberi bağımsız olarak uygulamış, rehberin anlaşılabilirliği, fazla ya da eksik maddenin olup olmadığı, uygulanabilirliği ve uygunluğu değerlendirilmiştir. Her iki hemşireden de uygunluk için onay alındıktan sonra rehberde değişiklik yapılmayarak 'Toplu Bakım Uygulama Rehberi' netleşmiştir (Ek 2).
Yayın ve Yaygınlaştırma	Yayınlanmış olan doküman kitap halinde, dergi eki halinde veya internet üzerinden sunulur. Yaygınlaştırmayı sağlamak için sadece önerilen içerik kitapçıkları, internet sitesinde sınırsız ulaşımın olduğu dokümanlar, hasta ve hekim broşürleri oluşturulabilir. Bu dokümanlar mümkün olduğunca o hastalıkla ilgili her birim veya kuruluşa dağıtılmaya çalışılmalıdır.	Hazırlanmış olan Toplu Bakım Uygulama Rehberi ilgili alanda uluslararası kongrede bildiri olarak sunulmuştur ve makale olarak yayınlanacaktır. YYBÜ hemşireleri ve diğer sağlık çalışanlarının rehberin tamamına erişim sağlayabilmesi için rehber tam metni internet üzerinden uluslararası platformlarda makale ve kitap şeklinde yayın olarak sunulacaktır. Ayrıca rehber kullanılarak sunulan toplu bakım uygulamalarının bebeğe çıktıları araştırılan randomize kontrollü yeni çalışmalar yürütülecektir. Yaygınlaştırmayı sağlamak için Toplu Bakım Uygulama Rehberi çıktı olarak ve online ortamdan kolay temin edilecek (link paylaşılarak, karekod okutularak vs.) şekilde sunulacaktır. Kurum yöneticileri ile görüşülecek bunun bir politika olarak bakıma entegre edilmesi sağlanacaktır.

Tablo 3.1. De novo rehber geliştirme basamaklarına göre toplu bakım uygulama rehberi geliştirme aşamaları (devamı).

Aşama	Açıklama	
Uygulama/ Yaygınlaştırma	Bu dönemde yoğun bir eğitim verilmelidir. Rehberlere erişim kolaylaştırılmalıdır.	Çalışma sürecinde girişim grubuna, çalışma tamamlandıktan sonra ise kontrol grubuna eğitim verilecek, eğitim kitapçığı ve e- eğitim kitapçığı ile hemşireler arası yaygınlaştırmaya devam edilecektir. Rehber erişim kolaylaştırılması için kurum yöneticileri ile görüşmeler sağlanacaktır. Toplu bakım uygulama rehberine erişimin sağlanması için web sayfası oluşturulması, rehber ekleri, kullanım yönergesi ve eğitim materyalinin webden paylaşılması planlanmıştır.
Değerlendirme ve Tekrar Gözden Geçirme/Güncelleme	Rehberlerin oluşturulmasından sonra klinik, ekonomik ve hasta tabanlı sonuçlar değerlendirilir ve gerekli değişiklikler yapılmalıdır. Rehberlerin yayınlandıkları tarihten genel olarak 3 yıl sonra güncellemeleri önerilmektedir.	Rehberlerin oluşturulmasından sonra rehberin kullanışlılığı ve etkinliği değerlendirilmiştir. Rehberin değerlendirilmesi amacıyla yenidoğan yoğun bakım hemşireleri için toplu bakım rehberi değerlendirme formu uygulanmış (Ek 3) ve Rehber değerlendirme formuna göre hemşirelerin büyük çoğunluğu, rehberin açıklık, anlaşılabilirlik ve pratiğe aktarılabilirlik gibi ölçütlere “5 – tamamen katılıyorum” düzeyinde olumlu görüş bildirmiştir. Ayrıca 24 hemşire ile toplu bakım uygulama rehberine ilişkin görüşlerini incelemek amacıyla nitel bir çalışma yürütülmüştür. Çalışma sonucunda verilerin kodlanması ve analizi ile 4 tema, 9 alt tema, 22 kategori ve 42 alt kategori oluşturulmuştur. Toplamda verilere ilişkin 266 ana kod belirlenerek ana temalar ‘Bilgiyle Güçlenen Klinik Uygulama’, ‘Kaliteye Katkı, Deneyime Yansıma’, ‘Alışılmışın Ötesinde Bir Rehber’ ve ‘Eksikleri Tamamlamak: Daha İleriye’ olarak belirlenmiştir. Alt temalar, geliştirilen klinik rehberin içeriğe katkısı, klinik uygulamaya yansıması, eğitim sürecinde sağladığı destek ve geliştirilmesi için öneriler üzerinden sistematik olarak şekillenmekte ‘Klinik Rehberle Yenidoğan Bakımı’ kavramına yön vermektedir. Uzun vadeli geniş kapsamlı planlanan ileri aşama çalışmaları ile klinik, ekonomik, bebek, hemşire ve aile sonuçları değerlendirilecektir. Rehberin yayınlandıktan sonra yeni kanıtlar doğrultusunda 3 yıl sonra ilk güncellemesi planlanmıştır.

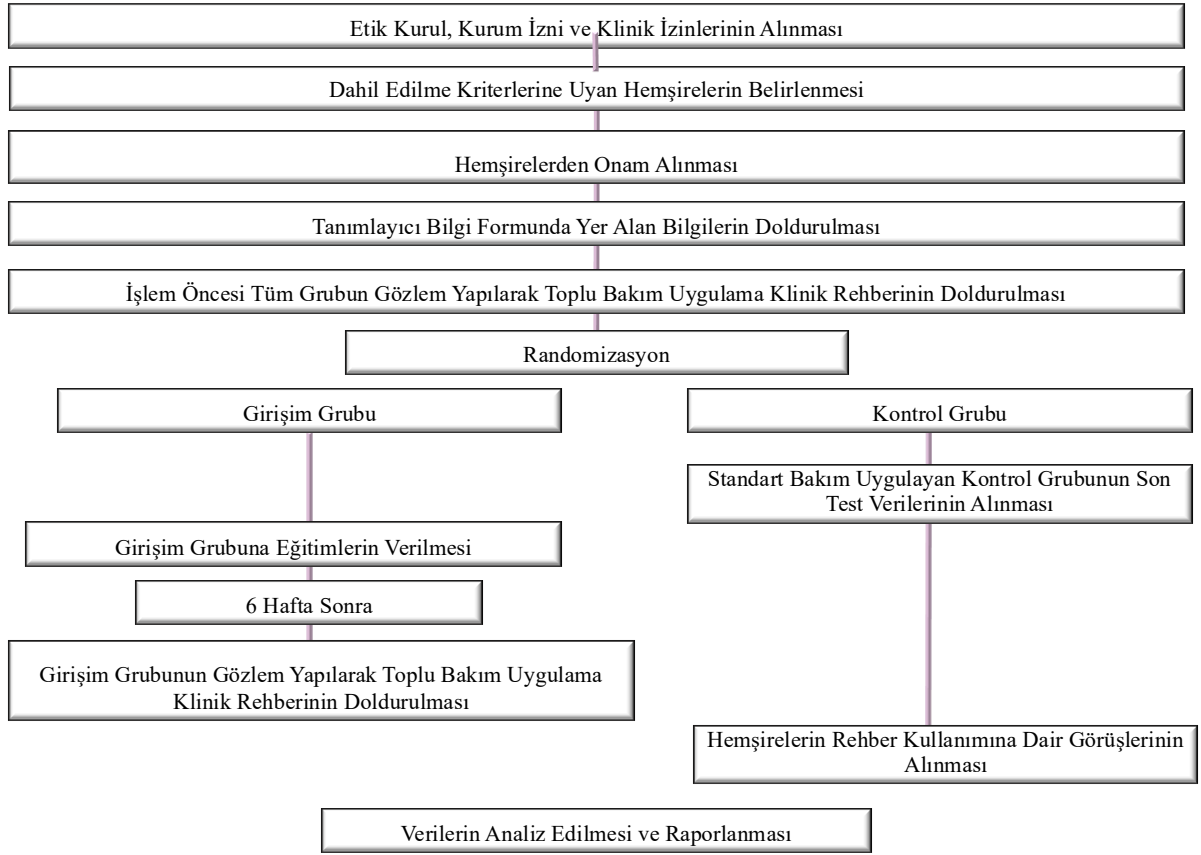
Klinik uygulama rehberlerinin kalitesini değerlendirmek için uluslararası geçerliliğe sahip AGREE II gibi değerlendirme araçları kullanılmaktadır (AGREE II, 2017) De novo rehber geliştirme yöntemiyle geliştirilen toplu bakım uygulama rehberinin AGREE II kriterlerine uygunluğu ise Tablo 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Toplu bakım uygulama rehberinin AGREE II kriterlerini karşılama durumu.

AGREE II Kriteri	Toplu Bakım Uygulama Rehberi
Kapsam ve Amaç	
1. Kılavuzun genel amacı açıkça tanımlanmalıdır.	*
2. Kılavuzda ele alınan sağlık soruları açıkça belirtilmelidir.	*
3. Kılavuzun hedeflediği popülasyon (hastalar, halk vb.) açıkça tanımlanmalıdır.	*
Paydaş Katılımı	
4. Kılavuz geliştirme grubunda tüm ilgili meslek gruplarından bireyler yer almalıdır.	*
5. Hedef popülasyonun (hastalar, halk vb.) görüş ve tercihleri dikkate alınmalıdır.	*
6. Kılavuzun hedef kullanıcıları açıkça tanımlanmalıdır.	*
Geliştirme Sürecinin Sağlamlığı	
7. Kanıtların belirlenmesi için sistematik yöntemler kullanılmalıdır.	*
8. Kanıt seçme kriterleri açıkça belirtilmelidir.	*
9. Kanıtların güçlü ve zayıf yönleri açıkça tanımlanmalıdır.	*
10. Önerilerin oluşturulma yöntemleri açıkça belirtilmelidir.	*
11. Sağlık faydaları, yan etkiler ve riskler öneriler oluşturulurken dikkate alınmalıdır.	*
12. Öneriler ile destekleyici kanıtlar arasında açık bir bağlantı kurulmalıdır.	*
13. Kılavuz, yayımlanmadan önce uzmanlarca dış değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.	*
14. Kılavuzun güncellenmesine ilişkin bir prosedür sağlanmalıdır.	*
Sunum Açıklığı	
15. Öneriler/maddeler açık ve net olmalıdır.	*
16. Ele alınan sağlık sorununa yönelik farklı yönetim seçenekleri açıkça sunulmalıdır.	*
17. Anahtar öneriler kolaylıkla ayırt edilebilir olmalıdır.	*
Uygulanabilirlik	
18. Kılavuz, uygulamayı kolaylaştıran ve zorlaştıran unsurları tanımlamalıdır.	*
19. Önerilerin uygulamaya geçirilmesine yönelik rehberlik veya araçlar sunulmalıdır.	*
20. Önerilerin uygulanmasının potansiyel maliyet etkileri dikkate alınmalıdır.	*
21. Kılavuz, izleme ve/veya denetim kriterlerini sunmalıdır.	*
Editöryal Bağımsızlık	
22. Finansör kuruluşun görüşleri kılavuzun içeriğini etkilememelidir.	*
23. Geliştirme grubundaki üyelerin çıkar çatışmaları kayıt altına alınmalı ve ele alınmalıdır.	*

3.1.2. İkinci aşama: ön test son test randomize kontrollü deneysel çalışma

Çalışmanın ikinci aşamasında toplu bakım uygulama rehberinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla ön test son test düzende randomize kontrollü deneysel çalışma yapılmıştır. Araştırmanın bu aşamasında farmakolojik olmayan girişimleri değerlendiren 2025 CONSORT rehberi esas alınmıştır (Hopewell ve ark., 2025). Araştırmanın ClinicalTrials. gov kaydı yapılmıştır (NCT07052786). Çalışma planı akış şeması ile sunulmuştur (Şekil 3.2).



Şekil 3. 2. İkinci aşama: toplu bakım uygulama rehberinin etkinliğinin değerlendirilmesi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

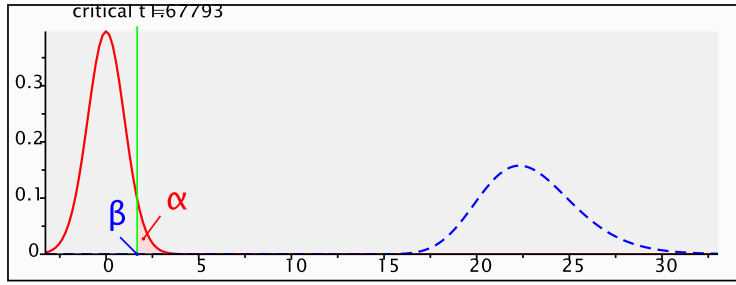
Araştırma Konya ili Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nin 2. ve 3. basamak düzeyinde, Haziran- Ağustos 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi YYBÜ; 3.basamak(koza), izolasyon odaları(tırtıl) ve 2.basamak(kelebek) olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. 2.basamak düzeyinde 19, 3.basamak düzeyinde 20 ve izolasyon odalarında ise 4 olmak üzere 43 bebek yatacak kapasitededir. Ayrıca 3 adet takipte kalan bebekler için açık yatak mevcuttur. YYBÜ'nde 2 klinik şefi, 2 yan dal uzmanı, 50 hemşire, 2 yönetici hemşire, 5 asistan, 2 mama mutfağı personeli ve 8 yardımcı personel olmak üzere toplam 71 kişi görev yapmaktadır.

Ünitede rutin bakımlar 3 saatte bir genellikle bebeğin ihtiyacına göre toplu bakım şeklinde uygulanmaktadır. Yaşam bulguları 3 saatte bir alınmakta, vücut ısı ölçümü manuel olarak kişiye özel aksiller termometre kullanılarak yapılmakta, nabız ve SpO2 ölçümleri monitörden standart yapılmakta, kan basıncı ölçümleri ventilatördeki bebekler için her takip alındığında ventilatörde olmayan bebekler için 6 saatte bir alınmaktadır. Sabah 09.00 bakım saatinde genel olarak her bebek için ağırlık ölçümü, tedavi, yaşamsal bulgu izlemi ve besleme

yapılmaktadır. Ağırlık ölçümü 3. basamakta yatan bebekler için haftanın her günü küvöz içi tartı kullanılarak 2. basamakta yatan bebekler için haftanın üç günü (pazartesi, çarşamba, cuma) manuel tartı kullanılarak yapılmaktadır. Öğle 12.00 bakım saatinde yaşam bulguları takip, tüp içi ve ağız içi aspirasyon, endotrekeal tüp tespit ve oragastrik sonda tespit değişimi, prob yerinin değişimi, bebe yağı ile nemlendirme, alt değişimi, katater bakımı, gerekli ise çarşaf değişimi şeklinde yapılmaktadır. Öğleden sonra 15.00 bakımında ise tedavi besleme yapılarak o şiftteki bakımlar tamamlanmaktadır. Üniteye diğer bakımlar da bu düzende devam etmektedir. En genel bakım sabah 05.00'te yapılan bakım olup tüm bakım uygulamalarını içermektedir. Üniteye banyo 3. basamakta yatan bebekler için temizlik köpüğü kullanılarak silme banyo şeklinde sabah bakımında 2. basamakta yatan bebekler için su altında bebe şampuanı kullanılarak yıkama şeklinde yapılmaktadır. Üniteye 15.00 bakımda ve 05.00 bakımda bebe yağı ile nemlendirme yapılmaktadır. Ünite içerisinde üç odadan oluşan anne oteli bulunmakta 2. basamakta bebeği olan anneler bakım besleme saatlerinde gelip bebeklerinin bakımlarına katılabilmektedirler. Babalar için ziyaret saati haftanın üç günü (pazartesi, çarşamba, cuma) 13.30-14.00 arasındadır. Üniteye damar yolu için genellikle periferik yerleştirilen santral katater (picc line) kullanılmaktadır.

3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın Evreni; Araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi YYBÜ'sinin 2. ve 3. basamak düzeyinde çalışan araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hemşireler oluşturmuştur. Çalışma evreni 50 hemşireden oluşmuştur ve örnekleme gidilmeyerek evrenin tamamına erişilmek hedeflenmiştir. Çalışma dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 49 hemşire (girişim:24, kontrol:25) ile tamamlanmıştır. Girişim-kontrol gruplu çalışma tamamlandıktan sonra G*Power (3.1.9.4) programında posthoc güç analizi yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen etki büyüklüğü (Cohen's d) 6,44 olup, testin gücü (1-β) %100 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu, örneklemin araştırma hipotezlerini test etmek için fazlasıyla yeterli güce sahip olduğunu göstermektedir.



Şekil 3. 3.G*Power (3.1.9.4) programında posthoc güç analizi.

```
[3] -- Monday, August 25, 2025 -- 16:32:28
t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)
Analysis:
Input:
Effect size d = 6.4465739
α err prob = 0.05
Sample size group 1 = 25
Sample size group 2 = 24
Output:
Critical t = 1.6779267
Df = 47
Noncentrality parameter δ = 22.5583095
Power (1-β err prob)= 1.0000000
Post hoc: Compute achieved power = One
Tail(s) = One
```

3.4. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya dahil etme kriterleri

- YYBÜ’de en az 3 ay deneyiminin olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Hemşirenin doğum izninde ya da ücretsiz izinde olması

3.4.3. Araştırmadan çıkarılma kriterleri

- Hemşirenin çalışmayı son test aşaması dahil tamamlayamaması

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı değişken

- Toplu Bakım Uygulama Rehberi puanı
- Toplu Bakım Uygulama Rehberi’nin bakım gereksinimini belirleme puanı
- Toplu Bakım Uygulama Rehberi’nin bakıma hazırlık puanı
- Toplu Bakım Uygulama Rehberi’nin bakımı uygulama puanı

- Toplu Bakım Uygulama Rehberi'nin bakıma ara verme/bakımı sonlandırma puanı
- Toplu Bakım Uygulama Rehberi'nin kayıt puanı

3.5.2. Bağımsız değişken

- Rehberle dayalı bireyselleştirilmiş gelişimsel bakıma temellenmiş toplu bakım uygulama eğitimi

3.6. Randomizasyon ve Kırleme

3.6.1. Randomizasyon

Randomizasyon, araştırmaya atanacak girişim ve kontrol grubu katılımcıların gruplara rastgele olarak atanmasını kapsamaktadır (Suresh, 2011). Çalışmada seçim yanlılığını azaltmak, gruplar arası dengeyi sağlamak ve sonuç değerlerinin üzerinde etkisi olabilecek değişkenlerin kontrolü amacıyla girişim ve kontrol gruplarına hemşireler randomize olarak atanmıştır (Akın ve Koçoğlu, 2017). Örneklem büyüklüğünün 200'ün üzerinde olduğu çalışmalarda gruplar arasında benzer sayıda katılımcı oluşturmak için basit randomizasyon güvenilirdir ancak örneklem sayısının 200'ün altında olduğu çalışmalarda gruplar arasında eşit dağılım sağlanamayabileceği için basit randomizasyon önerilmemektedir (Kang ve ark., 2008). Çalışmada örneklem sayısı 200'ün altında olacağı için girişim grubu ve kontrol grubu arasındaki farkı önlemek adına blok randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Blok randomizasyon tüm katılımcıların bloklara bölündüğü ve her bir blok içerisindeki katılımcıların girişim grubu ve kontrol gruplarına eşit olarak atandığı randomizasyon yöntemidir (Suresh, 2011).

Toplam 50 hemşire, blok randomizasyon yöntemiyle **iki gruba (Grup A ve Grup B; her biri 25 kişi)** ayrılmıştır. Blok büyüklüğü 4 olarak belirlenerek ve 6'lı kombinasyonlar kullanılarak 13 blok oluşturulmuştur ($50/4 = 12.5$) (Tablo 3.3). Her bir blok sıralaması, www.random.org adresinden alınan rastgele sayılarla bilgisayar ortamında oluşturulmuştur. Kombinasyon örneği şu şekildedir: 1. ABAB 2. BAAB 3. AABB 4. ABBA 5. BBAA 6. BABA

Uygulama başlamadan önce, randomizasyon sonuçları araştırmacının bilgisi dışında **kapalı zarflar** içinde ilgili klinik sorumlu hemşiresine teslim edilmiştir. Zarf yöntemi ile her bir hemşirenin grup ataması, çalışmada yer almayan bağımsız bir akademisyen eşliğinde gerçekleştirilmiştir.

3.6.2.Körleme ve yanlılıklar

Körleme tekniği randomize kontrollü çalışmalarda çalışmanın yürütülmesi aşamasında meydana gelebilecek performans biası, ölçümler aşamasında meydana gelecek saptama biası ve araştırma raporunun yazılması aşamasında meydana gelebilecek raporlama biasını önlemek için kullanılması önerilmektedir (Akın ve Koçoğlu, 2017).

Bu çalışmada **tek körleme (katılımcı körlemesi)** uygulanmıştır. Tüm katılımcı hemşirelere toplu bakım uygulama eğitimi verileceği belirtilmiş, ancak eğitim zamanlaması hakkında bilgi verilmemiştir. Bu yöntem, katılımcıların grup atamalarını bilmemesini sağlayarak katılımcı körlüğünü korumuştur. Araştırmada örneklem **seçim yanlılığını** önlemek amacı ile randomizasyon için kullanılacak bloklar araştırmacılar dışında üçüncü bir kişi tarafından oluşturulmuştur. Araştırmacı eğitim ve veri toplama sürecinde aktif olarak yer almıştır bu nedenle araştırmacı körlemesi yapılamamıştır. **Performans yanlılığını** önlemek amacı ile dahil etme kriterine uyan ve bilgilendirilmiş onamı alınan hemşireler araştırmadan bağımsız bir kişi tarafından randomizasyon listesine göre girişim ve kontrol gruplarına atanmıştır. Araştırmacı, girişim grubuna rehber doğrultusunda eğitimi kendisi verdiği için **uygulayıcı körlemesi** mümkün olmamıştır. Öğrenim etkisini kaldırmak için son test verileri önce kontrol grubundan alınmıştır. **Saptama yanlılığını** önlemek amacı ile veriler girişim grubunda ve kontrol grubundan araştırmacı tarafından gözlemle toplanmıştır. Toplanan veriler istatistikçiye yönlendirilmiştir. **İstatistiksel yanlılığı** önlemek amacı ile veri analizlerini yapacak istatistikçiye gruplar sadece “A” ve “B” olarak iletilmiş; hangi grubun girişim, hangisinin kontrol grubu olduğu bilgisi paylaşılmamıştır. **Eksilme yanlılığını** önlemek amacı ile çalışma sonunda Intention-to-treat analizi-ITT yapılabilmektedir (Akın ve Koçoğlu, 2017). Çalışmamızda yalnızca bir veri kaybı olduğu için ITT analizi yapılmamıştır.

Randomizasyon ve raporlama sürecinde CONSORT 2025 (Randomize Edilmiş Paralel Grup Çalışmalarının Raporlanmasında Güncellenmiş Kılavuzlar) raporu takip edilmiştir (Hopewell ve ark., 2025). Uluslararası Tıp Dergileri Editörleri Komitesi (International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) tüm klinik deneylerin kaydedilmesinin bilimsel, etik ve moral bir sorumluluk olduğunu belirtmiştir (ICMJE). Araştırmanın ClinicalTrials.gov kaydı (NCT07052786) yapılmıştır.

Tablo 3. 3. Blok randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol grubunun oluşturulması.

SIRA	Girişim ve Kontrol Grup	Hemşire	BLOK
1.	A		ABAB
2.	B		
3.	A		
4.	B		
5.	B		BAAB
6.	A		
7.	A		
8.	B		
9.	A		AABB
10.	B		
11.	A		
12.	B		
13.	A		ABBA
14.	A		
15.	B		
16.	B		
17.	A		BBAA
18.	A		
19.	B		
20.	B		
21.	A		BABA
22.	B		
23.	A		
24.	B		
25.	A		ABAB
26.	B		
27.	B		
28.	A		
29.	B		BAAB
30.	A		
31.	A		
32.	B		
33.	A		AABB
34.	B		
35.	A		
36.	B		
37.	A		ABBA
38.	B		
39.	A		
40.	B		
41.	A		BBAA
42.	B		
43.	B		
44.	A		
45.	B		BABA
46.	A		
47.	A		
48.	B		
49.	A		ABAB
50.	B		

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. Tanımlayıcı bilgi formu

Toplu Bakım Uygulayan Hemşire Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür ışığında hemşire yaşı, deneyimi, eğitim durumu, toplu bakım uygulama saati gibi bilgileri içerecek şekilde 8 sorudan oluşturulmuştur (Tokan ve Geçkil, 2019b; Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a) (Ek 5).

3.7.2. Toplu bakım uygulama rehberi

Girişim aracı olarak çalışmanın birinci aşamasında de novo rehber geliştirme yöntemiyle geliştirilen ‘Toplu Bakım Uygulama Rehberi’ kullanılmıştır. Rehber 55 maddeden ve 5 bölüm (Bakım Gereksinimlerini Belirleme: 6, Bakıma Hazırlık: 18, Bakımı Uygulama: 24, Bakıma Ara Verme/Bakımı Sonlandırma: 4, Kayıt: 3) oluşmaktadır. Bakıma Hazırlık aşamasının 4 alt başlığı, Bakımı Uygulama aşamasının 5 alt başlığı bulunmaktadır. Kapsam geçerlilik analizi neticesinde bütün maddeler 0.78 üzeri, ölçek düzeyinde içerik geçerlilik indeksi (S-CVI/Ave), S-CVI/Ave = 0.96 bulunmuştur. Toplu Bakım Uygulama Rehberinin amacı, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan prematüre bebeklere yönelik bakım uygulamalarında optimal, bütüncül, sistematik ve kanıta dayalı bir yaklaşım geliştirmektir (Ek 2). Çalışmanın bu aşamasında hemşirelerin toplu bakım uygulamasını değerlendirme aracı olarak kullanılmıştır.

Puanlama 55 maddelik toplu bakım uygulama rehberinin 4'lü likert tarzda oluşan değerlendirme kısmıyla yapılmaktadır. Değerlendirmede ‘yapıldı’ seçeneği ‘1’, ‘gerekli olduğu halde yapılamadı’ seçeneği ‘0’ şeklinde puanlanacak, ‘gerekli olmadığı için yapılmadı’ ve ‘uygun değil’ seçenekleri bakım yapılırken işaretlenecek fakat puanlama aşamasında değerlendirmeye alınmayacaktır. Örneğin; ‘gerekli olmadığı için yapılmadı’ ve ‘uygun değil’ seçeneklerindeki maddelerden 5 tane işaretlendiyse toplam puanlama 55 madde yerine 50 madde üzerinden yapılacaktır. Bu durumda kalan 50 maddeden 48 tanesi 1 şeklinde puanlandıysa yapıldı seçeneği işaretlenenlerin yüzdesi rehberden alınan puanı tanımlamaktadır.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Haziran-Ağustos 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında ‘Hemşireye Ait Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Toplu Bakım Uygulama Rehberi’ kullanılmıştır. Tanımlayıcı bilgi formu hemşireler ile yüz yüze görüşmeyle toplanmıştır. Hemşirelerin toplu bakım uygulamaları ise gözlem yöntemiyle araştırmacı tarafından toplu

bakım uygulama rehberi ile toplanmıştır. Toplu bakım uygulama verileri eğitimler başlamadan önce (ön test) ve eğitim verildikten 6 hafta sonra (son test) şeklinde toplanmıştır. RKÇ’lerde deney ve kontrol grubunda zamana karşı meydana gelen değişimin müdahaleden kaynaklandığının açıkça ortaya koyabilmek nedenselliğin şartlarından (Akın ve Koçoğlu, 2017). Literatür incelendiğinde bir müdahale, bakım uygulama, öğretim yapma gibi durumlarda davranış değişikliğinin 4-6 hafta sonra gözlemlendiği görülmüştür. Bu çalışmalardan yola çıkarak müdahalenin etkisini davranış değişikliği olarak görebilmek amacıyla eğitimden 6 hafta sonra son test uygulanmıştır (Folami ve ark., 2018; Geraghty ve ark., 2024; Yeşilyurt ve Faydalı, 2024).

Hemşirelerin gözlemlenmesi

Araştırmalarda gözlem çeşitleri katılımcı, katılımcı olmayan gözlem ve gizil gözlem olarak üçe ayrılır (Karataş 2017). Bu çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin bakım uygulamaları geliştirilen toplu bakım uygulama rehberi doğrultusunda yapılandırılmış, doğrudan ve katılımcı olmayan gözlem yöntemi kullanılmıştır (Gülşay Ogelman 2014; Karataş 2017). Hemşireler çalışma sırasında her hemşire ön testte bir kez son testte bir kez olmak üzere iki kez yaptıkları bakım uygulamaları açısından belirlenen bakım saatlerinde gözlemlenmiştir. Yanlılık riskini azaltmak amacıyla yapılandırılmış bir form olarak toplu bakım uygulama rehberinin kullanılmış, bakım aşamaları öncesinden servis rutiniyle tanımlanmış, toplu bakım uygulama rehberine yorum değil sadece yapılan uygulamalar, davranışlar ve tepkiler kaydedilmiştir. Bu süreçte iş akışı bozulmamış ve klinik rutine müdahale edilmemiştir.

Tek gözlemci: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi gibi hassas klinik ortamlarda gözlemci sayısının artırılması hem bakım sürecini hem de bebek güvenliğini olumsuz etkileyebileceğinden, gözlemler tek araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Bu durum, gözlemler arası tutarlılığı artırmak ve klinik ortamda standartlığı korumak amacıyla tercih edilmiştir.

Pilot gözlem: Çalışma başlamadan önce üç hemşirenin farklı üç bebeğe yaptığı bakım gözlemlenerek pilot çalışma yapılmıştır.

Verilerin elde edilmesi

Toplu Bakım Uygulama Rehberi değerlendirilirken, kurum politikasına göre gerçekleştirilen uygulamalar ve uygulanış biçimi temel alınmıştır. Rehberin bakıma hazırlık

bölümündeki çevre hazırlığı kısmında, ısı, ışık ve nem değerlendirmeleri, kurumda kullanılan ısı ve nem ölçüm cihazlarıyla yapılmıştır. Malzeme hazırlığı kısmında ise, kurum politikasına göre hastanede mevcut olan malzemeler (örneğin tartı) veya aile tarafından temin edilen malzemeler (örneğin termometre) kullanılmıştır. Hemşirelerin rutin olarak değerlendirmedeği veya kayıt altına almadığı parametreler (örneğin, bebeğin kendini teselli etme veya sakinleştirme davranışları, uyku-uyanıklık döngüsü) hemşirelerin kendi ifadelerine dayanılarak değerlendirilmiştir. Gerekli olduğu veya olmadığı durumlara ilişkin işaretlemeler de yine hemşirelerin sözel ifadeleri doğrultusunda yapılmıştır (örneğin, “bu bakımda gerekli değildi, bir sonraki bakımda uygulayacağım”). Kayıt aşamasındaki değerlendirmelerde ise, hemşirelerin doldurmaları için verilen rehberde yer alan toplu bakım kayıtları temel alınmıştır.

Girişim Öncesi: Öncelikle kliniğin işleyişi hakkında bilgi edinilmiştir. Daha sonra hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış ve çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu aracılığıyla araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden onam alınmıştır. Araştırmacı tarafından YYBÜ’nde hemşirelerden Hemşireye Ait Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulmuştur.

3.8.1. Kontrol grubu

Ön test: Çalışmaya başlamadan önce çalışmaya dahil olan tüm hemşirelerden her hemşirenin bir prematüre bebeğe verdiği bakım 09.00-12.00-18.00-21.00 bakımından birinde olacak şekilde araştırmacı tarafından gözlemlenmiş ve her bebeğe uygulanan bakım için Toplu Bakım Uygulama Rehberi işaretlenmiştir. Bu saatlerde gözlemlerin planlanmasındaki amaç farklı zamanlarda uygulanan tedavi ve beslenme aspirasyon, beslenme, bez değiştirme, banyo yaptırma gibi bakımların ve ölçümlerin daha geniş bir yelpazede gözlemlenmesini sağlamaktır. Dörtlü likert şeklinde işaretlenerek doldurulan rehberden bölüm puanları ve toplam puan elde edilmiştir.

Kontrol grubu son test: Kontrol grubunun son test verileri, eğitimler başlamadan önce toplanmıştır. Bu düzenleme, potansiyel yanlılık riskini azaltmak, öğrenim etkisini azaltmak ve karıştırıcı değişkenlerin etkisini kontrol altına almak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.8.2. Girişim grubu

Ön test: Çalışmaya dahil olan tüm hemşirelerden her hemşirenin bir prematüre bebeğe verdiği bakım 09.00-12.00-18.00-21.00 bakımından birinde olacak şekilde araştırmacı tarafından her hemşire bir bebeğe uyguladığı bakım süresince bir kez gözlemlenmiş, bakıma

ara vermesi gereken hemşire bakıma devam ettiğinde gözlemlenmeye devam edilmiştir. Her bebeğe uygulanan bakım için Toplu Bakım Uygulama Rehberi işaretlenmiştir.

Eğitim: Çalışmada verilen eğitim girişim grubundaki hemşirelere toplu bakım uygulama rehberi doğrultusunda toplu bakımın yürütülmesini sağlamaya dönük eğitimidir ve görsel sunu destekli eğitim yöntemi kullanılmıştır. Eğitim programı araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (Ek 6). Eğitimin standardizasyonunu sağlamak amacıyla araştırmacılar tarafından Eğitici Rehberi oluşturulmuştur (Ek 7). Girişim grubuna alınan hemşirelere Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakıma Temellenmiş Toplu Bakım Uygulama eğitiminin teorik bilgisi anlatım tekniği ile projeksiyon kullanılarak YYBÜ ortamının dışında sessiz sakin bir eğitim salonunda gündüz mesaisindeki hemşirelere için saat 10.30-11.30 arası, gece mesaisindeki hemşireler için 19.00-20.00 saatleri arasında verilmiştir. Eğitimler 5+5+4+8+3 kişilik gruplar halinde toplam 5 oturumda (3 nöbet, 2 gündüz oturumu) tamamlanmıştır. Eğitim sonunda hemşirelere Eğitim Kitapçığı (Ek 8) ve beşer tane Toplu Bakım Uygulama Rehberi verilmiş farklı bakım saatlerinde ve farklı basamaklarda bakım verdikleri bebekler için uygulamaları istenmiştir.

3.8.3.Eğitim içeriği

- Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım
- Toplu bakım tanımı
- Toplu bakım kapsamında verilen bakımlar
- Toplu bakımla ilgili yapılan çalışmalar, kanıtlar
- Toplu bakımın bebeğe, aileye, hemşireye ve kuruma faydaları
- Toplu bakımın etkin yapılabilmesi için öneriler
- Farklı gestasyonel yaş grupları için uygulama önerileri
- Toplu bakım uygulama rehberi tanıtımı
- Rehberin uygulanışı ve değerlendirilmesini
- Örnek vaka senaryolarını kapsayacak şekilde hazırlanmıştır.

Eğitimlerin tanışmalar dahil 60 dakika sürmesi planlanmış fakat iki oturum yoğun bakım ünitesinin yoğunluğunun çok artması bebek profillerinin kötü olması sebebiyle daha kısa

tutulmuştur. Eğitim zenginleştirilmesi için toplu bakım uygulamasına yönelik hemşire deneyimlerinden ve literatürden derlenen iyi uygulama örnekleri sunulmuştur.

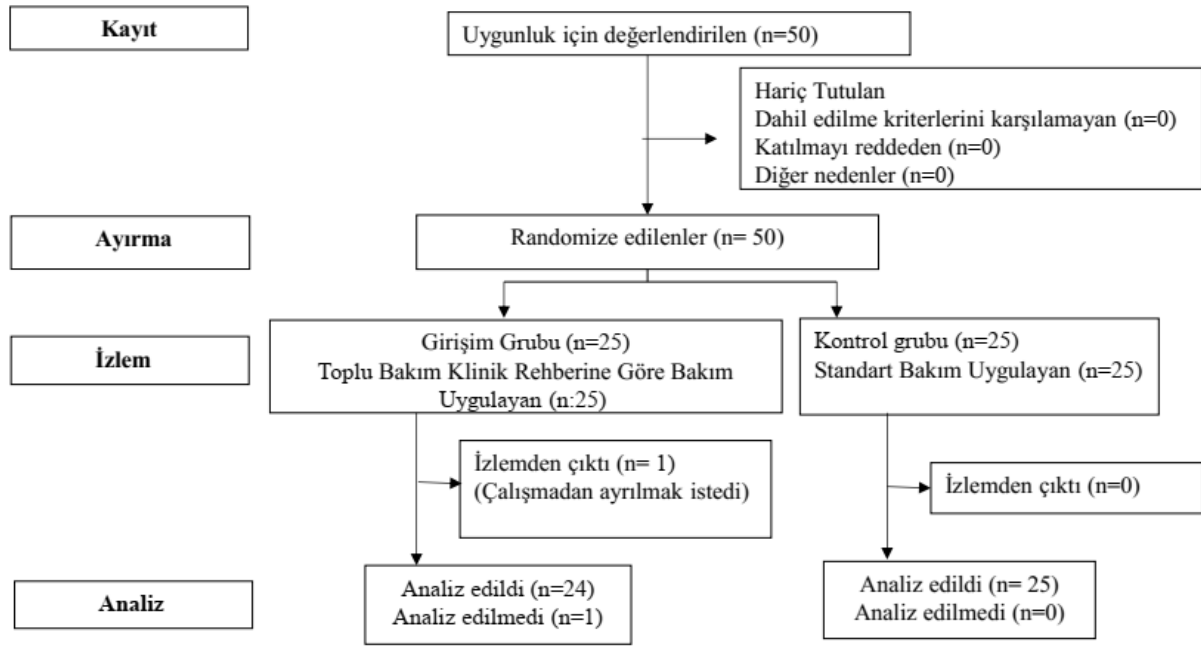
Eğitim kitapçığı: Araştırmacılar tarafından Canva programında eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Eğitim kitapçığı içindekiler bölümü, toplu bakım kavramı, toplu bakımın bebeğe etkileri, bakıma hazırlık, toplu bakımda yer alan girişimler, bu girişimlere dair kanıtlar, farklı gestasyonel yaş gruplarına göre toplu bakım uygulama önerileri, bakımı sonlandırma, kayıt ve toplu bakım klinik rehberi aşamalarından oluşmaktadır (Ek 8).

Son Test: Eğitimler bittikten 6 hafta sonra girişim grubundaki tüm hemşirelerden Toplu Bakım Uygulama Rehberi kullanımları gözlemlenmiş ve son test verileri alınmıştır.

Verilerin elde edilmesi

Toplu Bakım Uygulama Rehberi değerlendirilirken, kurum politikasına göre gerçekleştirilen uygulamalar ve uygulanış biçimi temel alınmıştır. Rehberin bakıma hazırlık bölümündeki çevre hazırlığı kısmında, ısı, ışık ve nem değerlendirmeleri, kurumda kullanılan ısı ve nem ölçüm cihazlarıyla yapılmıştır. Malzeme hazırlığı kısmında ise, kurum politikasına göre hastanede mevcut olan malzemeler (örneğin tartı) veya aile tarafından temin edilen malzemeler (örneğin termometre) kullanılmıştır. Hemşirelerin rutin olarak değerlendirmedeği veya kayıt altına almadığı parametreler (örneğin, bebeğin kendini teselli etme veya sakinleştirme davranışları, uyku-uyanıklık döngüsü) hemşirelerin kendi ifadelerine dayanılarak değerlendirilmiştir. Gerekli olduğu veya olmadığı durumlara ilişkin işaretlemeler de yine hemşirelerin sözel ifadeleri doğrultusunda yapılmıştır (örneğin, “bu bakımda gerekli değildi, bir sonraki bakımda uygulayacağım”). Kayıt aşamasındaki değerlendirmelerde ise, hemşirelerin doldurmaları için verilen rehberde yer alan toplu bakım kayıtları temel alınmıştır.

Kontrol grubuna kaçırılmış fırsatı sağlamak amacıyla testler bittikten sonra eğitim verilerek eğitim materyali paylaşılmıştır.



Şekil 3. 4. CONSORT akış diyagramı (Hopewel ve ark., 2025).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS v23, R Programlama Dilinin 4.4.1 versiyonu, Jamovi 2.7.6 ve Minitab v14 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk Testi ile incelendi. İkili gruplara göre normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. İkili gruplara göre normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız İki Örnek t Testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen iki bağımlı değişkenin karşılaştırılmasında Wilcoxon Testi kullanıldı. Grup x zaman etkileşimine göre normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Robust ANOVA kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalar Holm Düzeltmeli Robust t Testi kullanıldı. Grup x zaman etkileşimine göre normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında Genelleştirilmiş Lineer Modeller kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesinde Yates Düzeltmesi, Fisher's Exact Testi ve Monte Carlo Düzeltmeli Fisher's Exact Testi kullanıldı. Nicel verilerin gösteriminde Ortalama $\pm$ Standart Sapma ve Ortanca (Minimum- Maksimum) kullanıldı. Kategorik değişkenlerin gösteriminde Frekans (Yüzde) kullanıldı. Önem düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

Nitel veriler nitel içerik analizi yöntemiyle çözümlenmiştir. İçerik analizi, yinelenen temaları ortaya koymak için metnin yapılandırılmış kodlama prosedürleriyle yorumlanmasını içerir (Hsieh ve Shannon, 2005). Görüşmeler sesli kayıtlar üzerinden yazıya dökülmüş ve araştırmacılar tarafından çalışma amacına ulaşmak için tekrar tekrar okunmuştur. İlk kodlar ve anlamlı bölümler belirlenmiş, ortak niteliklere ve ayırıcı özelliklere göre kategorize edilmiştir.

Bu süreç, anlamlı temalar oluşana kadar devam etmiştir. MAXQDA 10 programı, kodlama ve temaların oluşturulmasında kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Veri toplanması için KTO Karatay Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Sayı 2022/014) (Ek 9), NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesinden ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden (Sayı: 2023/439290) yazılı çalışma izni alınmıştır (Ek 10). Çalışmaya katılan hemşirelerden onam alınmıştır (Ek 11).

Tanımlayıcı çalışma için KTO Karatay Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Sayı 2022/036) izin alınmıştır. Online anket formunda çalışma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden onam alınmıştır. Klinik gözlem için KTO Karatay Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Sayı: 2022/022) izin alınmıştır. Gözlem yapılacak hemşirelere çalışma hakkında açıklama yapılmış ve onam alınmıştır. Odak grup görüşmeleri için de KTO Karatay Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Sayı: 2022/014) izin alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada aşağıda belirtilen sınırlılıklar araştırmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir:

Çalışma Grubunun Sınırlılığı: Araştırma, yalnızca belirli bir hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşirelerle sınırlıdır. Bu durum, elde edilen sonuçların farklı kurumlara genellenmesini kısıtlayabilir.

Uygulama Süresinin Kısıtlılığı: Klinik rehberin uygulama süresi sınırlı bir zaman dilimini kapsamaktadır. Bu nedenle rehberin uzun vadeli etkileri ya da sürdürülebilirliği değerlendirilememiştir.

Araştırmacı Tarafından Gözlem Yapılması: Klinik rehberin uygulanması araştırmacı tarafından doğrudan gözlemlenmiştir. Bu durum, hemşire davranışlarında “gözlenen kişi yanlılığı” (Hawthorne etkisi) yaratmış olabilir.

Kurum ve Sistem Faktörleri: Klinik rehberin uygulanabilirliği, çalışmanın yapıldığı kurumun fiziki koşulları, hemşire sayısı, iş yükü ve yönetim desteği gibi dış faktörlerden etkilenmiş olabilir.

Gözlem Yapılma Saati: Çalışmada gözlem yapılan saat araştırmacıların belirlediği iki gündüz iki gece vardiyasındaki saatlerdir. Bebeklere bakım verilen tüm saatlerde gözlem yapılamaması araştırmada sınırlılık oluşturmuş olabilir.



4. BULGULAR

Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım kapsamında toplu bakım uygulama rehberi geliştirmek ve etkinliğini değerlendirmek amacıyla yürütülen çalışmada bulgular 2 aşamalı olarak sunulmuştur.

Birinci aşama olan ‘Toplu Bakım Uygulama Rehberi Geliştirme’ aşamasına ait bulgular 4 başlık altında sunulmuştur:

4.1. Rehberin geliştirilmesi ve genel yapısına ait bulgular

4.2. Uzman görüşleri ile elde edilen kapsam geçerliliği indeksine ait bulgular

4.3. Toplu bakım uygulama rehberinin AGREE II kriterlerine uygunluğunun değerlendirilmesi sonuçlarına ait bulgular

4.4. Rehberin kullanımının değerlendirilmesine ilişkin nicel/nitel bulgular

Çalışmanın **ikinci aşaması** olan geliştirilen toplu bakım uygulama rehberinin etkinliğini değerlendirme aşamasının bulguları iki başlık altında sunulmuştur.

4.5. Gruplara göre hemşirelerin tanımlayıcı ve bakım değişkenlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4.6. Grup ve zamana göre toplu bakım uygulama rehberi ve bölüm puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4.1. Rehberin Geliştirilmesi ve Genel Yapısına Ait Bulgular

Bu çalışmada, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımın temel bileşenlerinden biri olan toplu bakım uygulamalarına yönelik güncel literatür ayrıntılı biçimde incelenmiş, klinik uygulamalarda yaşanan bilgi ve standart eksiklikleri belirlenmiştir. Bu doğrultuda, hemşirelerin prematüre bebek bakım sürecini sistematik biçimde planlamalarına, uygulamalarına ve değerlendirmelerine rehberlik edecek kanıta dayalı bir Toplu Bakım Uygulama Rehberi geliştirilmiştir. Tablo 3.1’de ayrıntılı olarak açıklanan rehber geliştirme sürecinde önce literatür doğrultusunda 74 maddelik bir taslak oluşturulmuş, tekrar eden ifadeler gözden geçirilerek madde sayısı 55’e düşürülmüştür. Rehber, prematüre bebeğin gelişimsel ihtiyaçları doğrultusunda beş bölüm altında yapılandırılmıştır: Bakım gereksinimlerini belirleme, Bakıma hazırlık, Bakımı uygulama, Bakıma ara verme/bakımı sonlandırma ve Kayıt.

Bakım gereksinimlerini belirleme aşaması; hemşirenin hasta teslimlerinden elde ettiği bilgi, gözlem ve tedavi kayıtları ile aile geri bildirimlerini bütüncül olarak değerlendirmesini kapsamaktadır. Bu aşamada bebeğin gestasyonel yaşı, tıbbi durumu, beslenme düzeyi, nöromotor ve nörodavranışsal yetenekleri analiz edilerek gelişimsel bakım ilkelerine uygun bireyselleştirilmiş ihtiyaçlar tanımlanır.

Bakıma hazırlık aşaması çevrenin, malzemenin, ailenin ve bebeğin bakım öncesi hazırlanmasını içermektedir.

- Çevresel hazırlıkta ısı, ışık, nem, gürültü ve koku gibi stresörler değerlendirilir; küvöz koşulları bebeğin gelişimsel özelliklerine göre ayarlanır.
- Malzeme hazırlığı kapsamında fizyolojik ölçüm cihazları, hijyen araçları, ölçüm materyalleri, beslenme gereçleri ve uygulamaya özgü tüm ekipmanlar hazır bulundurulur.
- Ailenin hazırlanmasında toplu bakımın amacı açıklanır, ebeveynlerin süreçteki rolü belirtilir ve katılım teşvik edilir.
- Bebeğin hazırlanmasında ise uyku-uyanıklık döngüsü, fizyolojik ve davranışsal stres belirtileri, motor ve visseral tepkiler değerlendirilir; sakinleştirme davranışları ve bebekle nazik iletişim önemslenir.

Bakımı uygulama aşaması fizyolojik ölçümler, hijyen uygulamaları, antropometrik değerlendirmeler, beslenme uygulamaları ve diğer temel girişimleri kapsamaktadır. Bu aşamada solunum, nabız, SpO₂, vücut ısı ve kan basıncı ölçümleri yapılır; aspirasyon, ağız-burun-göz bakımı, bez değişimi, banyo ve cilt bakımı gerçekleştirilir. Gerekğinde antropometrik ölçümler alınır. Beslenme uygulamalarında anne sütü desteklenir; oral ve orogastrik beslenme gerçekleştirilir. Emme refleksini güçlendirmek amacıyla besleyici olmayan emme ve oral motor uyarı gibi müdahaleler uygulanır. Kıyafet-çarşaf değişimi yapılır ve order edilen tedaviler uygulanır.

Bakıma ara verme/bakımı sonlandırma aşaması hemşirenin bakım sırasında kanama, solunum sıkıntısı gibi acil durumları değerlendirmesini ve gerekli müdahalelerde bulunmasını içerir. Bebeğin stres belirtileri izlenir; gerektiğinde bakıma ara verilir veya sonlandırılır. Bakım bitiminde bebek gelişimsel açıdan uygun ve konforlu bir pozisyona yerleştirilir, ailenin sürece katılımı desteklenir.

Kayıt aşamasında hemşire, yapılan tüm bakım girişimlerini, ölçüm sonuçlarını, bebeğin fizyolojik ve davranışsal tepkilerini, tedavileri ve bakımın sonuçlarını toplu bakım formuna uygun şekilde kayıt altına alır. Bu kayıtlar sonraki bakım planlaması için temel oluşturur.

Rehber geliştirildikten sonra dil geçerliliği sağlanmış ve uzman görüşüne sunulmuştur. Ardından, rehberin klinik uygulanabilirliğini değerlendirmek üzere beş hemşire ile pilot uygulama yapılmıştır. Gözlem bulgularına göre rehberin açık, anlaşılır, adım adım takip edilebilir ve yenidoğan yoğun bakım koşullarına uyarlanabilir olduğu belirlenmiştir. Pilot uygulama geri bildirimlerine dayanarak değerlendirme formu 3'lü likert yapısından 4'lü likert'e revize edilmiştir. Rehber kullandıktan sonra hemşireler rehberin kullanılabilirliğini değerlendirmiş ve hemşirelerin genel değerlendirme ifadesinde hemşirelerin %95.8'i rehberi etkili ve yararlı bulunduğunu bildirmiştir.

Nitel veri analizinde 4 tema, 9 alt tema, 22 kategori ve 42 alt kategori elde edilmiştir. Bu temalar; “Bilgiyle Güçlenen Klinik Uygulama”, “Kaliteye Katkı, Deneyime Yansıma”, “Alışılmışın Ötesinde Bir Rehber” ve “Eksikleri Tamamlamak: Daha İleriye” olarak belirlenmiştir.

4.2. Uzman Görüşlerinden Elde Edilen Kapsam Geçerliliği İndekslerine Ait Bulgular

De novo rehber geliştirme sürecinin konsültasyon ve değerlendirme basamağında geliştirilmiş olan toplu bakım uygulama rehberi uzman görüşleri ve değerlendirmelerine gönderilmiştir. Rehberin kapsam geçerliliği Davis (1992) yöntemi ile değerlendirilmiştir. Uzmanlara 4'lü likert tip derecelendirme ölçeği uygulanmış; 33 uzmandan (7 Prof. Dr., 4 Doç. Dr., 9 Dr. Öğr. Üyesi, 3 Öğr. Gör. Dr., 2 Dr., 1 Öğr. Gör., 5 Uzman Hemşire, 2 Yönetici Hemşire) görüş alınmıştır. Her madde için Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) ve rehberin genel düzeyini gösteren Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Bulgulara göre tüm maddelerin bütün KGO değeri 0.78 üzeri bulunmuştur. Rehberin Genel Kapsam Geçerlilik İndeksi (Ö-KGİ/S-CVI) 0.96 bulunmuştur. Uzman görüş değerlendirmelerine göre rehberin madde ve toplamına ilişkin geçerlik indeksleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1.Uzman görüş değerlendirmelerine göre toplu bakım rehberi madde ve toplamına ilişkin kapsam geçerlik indeksi.

Madde No	N	ng	Kapsam Geçerlik İndeksi	Madde No	N	ng	Kapsam Geçerlik İndeksi
1	33	32	0,96	28	33	32	0,96
2	33	32	0,96	29	33	33	1,00
3	33	29	0,89	30	33	33	1,00
4	33	31	0,93	31	33	33	1,00
5	33	26	0,78	32	33	33	1,00
6	33	28	0,85	33	33	33	1,00
7	33	29	0,89	34	33	31	0,93
8	33	29	0,89	35	33	32	0,96
9	33	32	0,96	36	33	32	0,96
10	33	33	1,00	37	33	33	1,00
11	33	32	0,96	38	33	32	0,96
12	33	33	1,00	39	33	31	0,93
13	33	32	0,96	40	33	33	1,00
14	33	33	1,00	41	33	33	1,00
15	33	32	0,96	42	33	31	0,93
16	33	33	1,00	43	33	33	1,00
17	33	32	0,96	44	33	33	1,00
18	33	32	0,96	45	33	33	1,00
19	33	32	0,96	46	33	32	0,96
20	33	32	0,96	47	33	33	1,00
21	33	31	0,93	48	33	32	0,96
22	33	29	0,89	49	33	33	1,00
23	33	32	0,96	50	33	32	0,96
24	33	32	0,96	51	33	31	0,93
25	33	33	1,00	52	33	31	0,93
26	33	32	0,96	53	33	32	0,96
27	33	33	1,00				
Genel Kapsam Geçerlik İndeksi Ö-KGİ (Scale Content Validity Index S-CVI)							0,96

4.3. Toplu Bakım Uygulama Rehberinin AGREE II Kriterlerine Uygunluğunun Değerlendirmesi Sonuçlarına Ait Bulgular

Klinik uygulama rehberlerinin geliştirilmesi sürecinde, metodolojik kalite ve içerik bütünlüğünün sağlanması amacıyla uluslararası geçerliliğe sahip AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II) aracı kullanılmaktadır. Bu araç, bir rehberin geliştirilme sürecini; kapsam ve amaç, paydaş katılımı, geliştirme sürecinin sağlamlığı, sunum açıklığı, uygulanabilirlik ve editoryal bağımsızlık olmak üzere başlık altında sistematik biçimde değerlendirir. Bu çalışmada geliştirilen Toplu Bakım Uygulama Rehberi, AGREE II kriterleri ile değerlendirilmiştir. Rehberin AGREE II kriterlerine uygunluk düzeyi, Tablo 3.4’te ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Değerlendirme sonucunda, rehberin tüm alt alanlarda AGREE II standartlarını karşıladığı belirlenmiştir. Özellikle “Kapsam ve Amaç” başlığı altında yer alan ilk üç kriterin (rehberin genel amacı, ele alınan sağlık sorusu ve hedef popülasyonun açık biçimde tanımlanması) eksiksiz biçimde karşılandığı görülmüştür. Toplu bakım uygulama rehberinin amacı, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) yatan prematüre bebeklere yönelik bakım uygulamalarında optimal, bütüncül, sistematik ve kanıta dayalı bir yaklaşım geliştirmek şeklinde açık biçimde tanımlanmıştır.

Paydaş katılımı boyutunda rehber geliştirme ekibinin, yenidoğan yoğun bakım alanında çalışan akademisyenler, klinik hemşireler, yöneticiler ve konu uzmanlarından oluşturulması, rehberin çok disiplinli bir yapıda geliştirildiğini göstermektedir. Bu durum, AGREE II’nin paydaş katılımı kriterleri (madde 4–6) ile tam uyum sağlamaktadır.

Geliştirme sürecinin sağlamlığı açısından rehber, kanıtların belirlenmesi, seçimi ve değerlendirilmesi aşamalarında sistematik bir yöntem izlenerek oluşturulmuştur. Literatür taramasında kanıt seçme kriterleri açık biçimde belirtilmiş; güçlü ve zayıf yönleri analiz edilerek öneriler kanıt düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, önerilerin oluşturulma sürecinde sağlık yararları, olası riskler ve uygulama güçlükleri dikkate alınmıştır. Bu yaklaşım, AGREE II kriterlerinin 7–12. maddelerine tam uyum göstermektedir.

Rehberin sunum açıklığı boyutunda, önerilerin açık, net ve kolay ayırt edilebilir şekilde düzenlendiği görülmüştür. Her bakım uygulaması, adım adım uygulanacak şekilde yapılandırılmış; ayrıca her öneri, ilgili kanıt ve gerekçe ile desteklenmiştir.

Uygulanabilirlik alanında, rehberin klinik ortamlarda uygulanabilirliğini artırmak için çeşitli destekleyici materyaller (örnek uygulama formları, kontrol listeleri, eğitim modülleri) hazırlanmıştır. Ayrıca, önerilerin uygulanmasını etkileyebilecek kolaylaştırıcı ve engelleyici unsurlar tanımlanmış, bakımın maliyet ve zaman açısından etkileri göz önünde bulundurulmuştur. Bu unsurların rehberde entegre edilmesi, rehberin yalnızca teorik değil, klinik gerçekliğe uyumlu bir araç olmasını sağlamıştır.

Son olarak, editoryal bağımsızlık kriterleri kapsamında, rehberin geliştirilme sürecinde herhangi bir finansör kuruluşun yönlendirmesi olmadığı; rehber içeriğinin tamamen bilimsel veriler, uzman görüşleri ve literatür kanıtları doğrultusunda oluşturulduğu belirlenmiştir. Rehber geliştirme grubundaki üyelerin çıkar çatışması olmadığı beyan edilmiş ve kayıt altına alınmıştır. Elde edilen tüm bu bulgular, Toplu Bakım Uygulama Rehberi’nin metodolojik

olarak uluslararası standartlarla uyumlu biçimde geliştirildiğini göstermektedir. AGREE II, kriterleri doğrultusunda yapılan bu değerlendirme, rehberin hem bilimsel geçerliliğinin hem de klinik uygulanabilirliğinin yüksek olduğunu desteklemektedir.

4.4. Rehberin Kullanımının Değerlendirilmesine İlişkin Nicel/Nitel Bulgular

Hemşirelerin toplu bakım uygulamalarını değerlendirmeye ilişkin nicel bulgular Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2.Yenidoğan yoğun bakım hemşireleri için toplu bakım uygulama rehberi değerlendirme formuna ait sınıflandırmanın tanımlayıcı istatistikleri.

	Değerlendirme İfadesi	1 Kesinlikle Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle Katılıyorum
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1	Bakım rehberi anlaşılır ve açık bir dille yazılmıştı.	0	1 (4.2)	0	7 (29.2)	16 (66.7)
2	Rehberdeki bilgiler güncel bilimsel kaynaklara dayanmaktaydı.	0	0	2 (8.3)	6 (25.0)	16 (66.7)
3	Rehber, klinik karar vermemi kolaylaştırdı.	0	0	4 (16.7)	8 (33.3)	12 (50.0)
4	Rehber, acil durumlarda hızlı ve güvenli müdahale yapmamı sağladı.	0	0	7 (29.2)	8 (33.3)	9 (37.5)
5	Rehberdeki bakım önerileri pratiğe uygundu.	0	0	2 (8.3)	6 (25.0)	16 (66.7)
6	Rehberi kullanmak iş akışımı kolaylaştırdı.	0	0	6 (25.0)	9 (37.5)	10 (41.7)
7	Rehberin içeriği güncel klinik uygulamalarla uyumluydu.	0	0	3 (12.5)	6 (25.0)	15 (62.5)
8	Rehberin nasıl kullanılacağına ilişkin yönergeler yeterince açıktı.	0	0	1 (4.2)	7 (29.2)	16 (66.7)
9	Rehberi kullanmak bakımdaki profesyonelliğimi artırdı.	0	0	1 (4.2)	8 (33.3)	15 (62.5)
10	Genel olarak rehberin etkili ve yararlı olduğunu düşündüm.	0	0	1 (4.2)	10 (41.7)	13 (54.1)

Hemşirelerin rehber değerlendirme formundaki hiçbir maddeye “1” (kesinlikle katılmıyorum) puanı vermedikleri ve yalnızca bir maddeye bir hemşirenin “2”(katılmıyorum) puanı verdiği belirlenmiştir. Hemşirelerin büyük çoğunluğu maddeleri “4” (katılıyorum) ve “5” (kesinlikle katılıyorum) düzeylerinde puanlamıştır. En yüksek katılım “Rehber anlaşılır ve açık bir dille yazılmıştı”, “Rehberdeki bilgiler güncel bilimsel kaynaklara dayanıyordu”, “Rehberdeki bakım önerileri pratiğe uygundu” ve “Yönergeler yeterince açıktı” maddelerinde olup hemşirelerin %62.5–66.7’si bu maddeleri “5” puanıyla değerlendirmiştir. Rehberin değerlendirilmesinde klinik karar verme, profesyonelliği artırma ve iş akışını kolaylaştırmaya

ilişkin ifadelerde de hemşirelerin yarısından fazlası “4” ve “5” puanlarını tercih etmiştir. Genel değerlendirme ifadesinde hemşirelerin %95.8’i rehberi etkili ve yararlı bulduğunu bildirmiştir.

Rehberin kullanımının değerlendirilmesine ilişkin elde edilen nitel verilerin kodlanması ve analizi Tablo 4.3'te sunulduğu gibi 4 tema, 9 alt tema, 22 kategori ve 42 alt kategoriden oluşmuştur. Toplamda verilere ilişkin 266 ana kod belirlenerek ana temalar ‘Bilgiyle Güçlenen Klinik Uygulama’, ‘Kaliteye Katkı, Deneyime Yansıma’, ‘Alışılmışın Ötesinde Bir Rehber’ ve ‘Eksikleri Tamamlamak: Daha İleriye’ olarak belirlenmiştir. Alt temalar, geliştirilen klinik rehberin içeriğe katkısı, klinik uygulamaya yansıması, eğitim sürecinde sağladığı destek ve geliştirilmesi için öneriler üzerinden sistematik olarak şekillenmekte ‘Klinik Rehberle Yenidoğan Bakımı’ kavramına yön vermektedir. Nitel bulguların tematik yapısı ile alt kategorilerin örnekleri Tablo 4.3’te verilmiştir.

Tablo 4.3. Nitel bulguların tematik yapısı ile alt kategorilerin örnek ifadeleri.

Ana Tema	Alt Tema	Kategori	Alt Kategori	Örnek Katılımcı İfadesi
Bilgiyle Güçlenen Klinik Uygulama	İçerik katkısı	Bilimsel dayanak	Yeni ve Güncel bilgi	“Bilgilerin güncel olması...”
			Kanıtı dayalı bilgi	“Bilimsel ve kanıtı dayalı olması güçlü yönü”
			Güçlü bakım önerisi	“Bakım önerileri pratiğe uygun güçlü ve etkili olmuş”
			Eğitici/yol gösterici	“Bilimsel kaynaklara dayalı olması, eğitici ve yol gösterici olması kolay anlaşılır olması”
		Açıklık ve anlaşılabilirlik	Açık, sade, net dil	“Her şey açık net anlaşılır bir şekilde yazılmıştı”
			Detaylı anlatım	“Detaylandırılmış anlatım mevcut, bütüne doğru anlatım hemşireye kolaylık sağlıyor, yazı puntosu içerik şekillendirmesi oldukça etkili.”
	Uygulama katkısı	Uygulanabilirlik	Pratikte uygulanabilirlik	“Bakım önerileri pratiğe uygun güçlü ve etkili olmuş”
			Geri bildirim açıklık	“Geri bildirim açıklık olması”
		Planlı uygulama	İşlevselliğin artması	“Yapılan uygulamaların planlı yapılmasıyla daha işlevselliğinin olması”
		Pratiklik	Bakımı kolaylaştırması	“Uygulanabilir ve pratik anlatım sade anlaşılır ve sağlık çalışanları için kolaylık sağlar nitelikte”
			Planlama kolaylığı	“Planlama kolaylığı işimi kolaylaştırması”
		En doğru uygulama	Öznel değerlendirme	“YYBÜ’nde uzun süredir çalışmadığım için her uygulamayı, tüm hemşirelerin bakımını gözlemleyip en uygun olanı yapmaya çalışıyorum. Bu rehberle de doğru yaptığım veya yapmadığım uygulamaları değerlendirme fırsatı buldum.”
			Bütüncül bakım	“Bütüncül bir bakım vermeye yardımcıydı”
			Etkili bakım	“Güncel bilgiler sayesinde daha etkili bir bakım yapmamızı sağlıyor.”
			Optimal bakım	“Yenidoğanın alacağı bakımın optimum düzeyde olmasını sağlıyor.”
			Yapılması gerekenlerle ilgili toplu bilgi	“Neler yapmamız ya da yapmamamız gerektiği toplu bir şekilde elimizde olması çok iyi”
		Klinik süreçlerle uyum	İş akışına uyum	“İş akışı ile uyumlu”
			Bakımı yönetme	“İş akışı dışında bakımı yönetmede çok iyi bir rehber”
	Eğitim katkısı	Yeni hemşirelere destek	Meslek eğitiminde kolaylık	“Yeni meslektaşlarımızın eğitiminde kolaylık sağlayacaktır”

Tablo 4.3. Nitel bulguların tematik yapısı ile alt kategorilerin örnek ifadeleri(devamı).

Ana Tema	Alt Tema	Kategori	Alt Kategori	Örnek Katılımcı İfadesi
Kaliteye Katkı, Deneyime Yansıma	Katkı sağlayan yönler	Farkındalık	Terapötik dokunuş	“Dokunuşların gerekliliğine dair farkındalık oluşturdu”
			Hatırlatıcı	“Bakımda dikkat edilecek unsurları hatırlatıyor.”
			Kaçırılan bakım	"Gözümüzden kaçan unuttuğumuz noktaları telafi etmek konusunda katkısı var.”
			Empati	“Bebeklere bakım yaparken onların hissettiklerini tekrar düşündürdü.”
		Standardizasyon	Tutarlı bakım	“Tüm sağlık çalışanlarının aynı yolu izlemesini sağlar”
		Gelişime katkı	Yeni bilgiler	“Bilmediğim birçok bilgiyi bu rehberle öğrendim. Bakımına katkı sağladı.”
			Minimal dokunma	“Yeni başlayan arkadaşlar açısından bebeğe daha az dokunarak daha fazla iş yapmayı kolaylaştırıyor”
	Katkı sağlamayan yönler	Halihazırda bilinen	Fazla Tecrübe	“10 yıldan fazla deneyimli olduğumdan zaten birçok şeyi biliyorum”
			Kurumun uygulama prosedürü	“Bilmiş olduğum bir bakım prosedürü olduğu için sadece desteklemiş oldu çok katkı sağlamadı”
Alışılmışın Ötesinde Bir Rehber	Karşılaştırma deneyimi	Farklı rehber bilmeyenler	Kıyas yapamayanlar	“Başka bakım rehberi bilmiyorum”
		İçerik farklılığı	Bütüncüllük	“Daha önce bilgiler parça parça aktarılıyordu bu rehberde hepsi bir arada”
			Güncel olma	“Diğer rehberdeki bilgilerin güncel olmaması farklardan biri”

Tablo 4.3. Nitel bulguların tematik yapısı ile alt kategorilerin örnek ifadeleri(devamı).

Ana Tema	Alt Tema	Kategori	Alt Kategori	Örnek Katılımcı İfadesi
Eksikleri Tamamlamak: Daha İleriye	Ek içerik önerileri	Anne Sütü	Anne sütü sağma	“Prematüre doğuma dair süt sağma ve anne sütü önemi detaylandırılabilir”
		Acil durum	Müdahale protokolleri	“Acil durumlara yönelik hızlı müdahale protokolleri eklenebilir”
		Görsel unsurlar	Görsellik ihtiyacı	“Görsele daha çok ağırlık verilebilir”
		Uygulama önerileri	Öznel planlama	“Bebeğe öznel planlamalar artırılabilir”
		Taburculuk öncesi	Ailenin katılımı	“Ailenin bakıma katılımının artırılması.”
			Aile katılımının öncesi dönem	“Henüz annenin yoğun bakıma alınmadığı, bakıma katılmadığı, bebeğini emziremediği OG ile beslenen dönemde ilgili sürece biraz daha yer verilebilir.”
			Pratik kolay uygulamalar	“Biraz daha pratik şeyler örnek verilebilir. Mesela annesi yoğun bakımda olan bebeğe annenin tülbentini vermek ya da annenin sütünü artırmak için bebeğine kullandığımız şapkayı anneye vermek gibi.”
		Taburculuk sonrası	Hastane sonrası bakım eğitimi	“Taburculuk sonrası aileye verilecek eğitimin de rehberde olmasını isterdim”
	Uygulama süreci	Anket yükü	İş yoğunluğu nedeniyle zorlayıcı	“Uzun süreçli bir anket olması yenidoğan kliniğinde zorlayıcı oldu”
			Çok fazla form	“Zaten kullanılan çok fazla form olması ve bunun eklenmesi yoğun iş tempomda beni daha fazla yordu”
	Genel değerlendirme	Olumlu görüş	Yeterli görme/ Teşekkür	“Rehber gayet güzel ve kullanışlı, Teşekkürler”

4.5. Gruplara Göre Hemşirelerin Tanımlayıcı ve Bakım Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Gruplara göre hemşire ait tanımlayıcı ve bakım değişkenlerinin karşılaştırılması.

	Grup		Toplam	Test istatistiği	p
	Kontrol	Girişim			
Eğitim düzeyi					
Lise	3 (12)	1 (4,2)	4 (8,2)	—	0,215 ^z
Lisans	18 (72)	22 (91,7)	40 (81,6)		
Yüksek lisans ve Üstü	4 (16)	1 (4,2)	5 (10,2)		
Hemşire yaşı	28 (25- 39)	30 (25- 46)	29 (25- 46)	U=298,500	
Mesleki deneyim süresi	6 (2- 18)	7 (2- 25)	7 (2- 25)	U=268,000	0,526 ^x
YYBÜ çalışma süresi	3 (1- 14)	4,5 (2- 18)	3 (1- 18)	U=235,500	0,193 ^x
Toplu bakım uygulama saati (ön test)					
09:00	2 (8)	4 (16,7)	6 (12,2)	—	0,490 ^z
12:00	7 (28)	5 (20,8)	12 (24,5)		
18:00	5 (20)	8 (33,3)	13 (26,5)		
21:00	11 (44)	7 (29,2)	18 (36,7)		
Toplu bakım uygulama saati (son test)					
09:00	2 (8)	3 (12,5)	5 (10,2)	—	0,469 ^z
12:00	4 (16)	6 (25)	10 (20,4)		
18:00	15 (60)	9 (37,5)	24 (49)		
21:00	4 (16)	6 (25)	10 (20,4)		
Bakım yapılan basamak (ön test)					
3.Basamak	15 (60)	16 (66,7)	31 (63,3)	X ² =0,035	0,851 ^x
2.Basamak	10 (40)	8 (33,3)	18 (36,7)		
Bakım yapılan basamak (son test)					
3.basamak	15 (60)	15 (62,5)	30 (61,2)	X ² =0,000	1,000 ^a
2.basamak	10 (40)	9 (37,5)	19 (38,8)		

^xMann Whitney u Testi; ^yFisher's Exact Testi; ^zMonte Carlo Düzeltmeli Fisher's Exact Testi; ^aYates Düzeltmesi Ortanca (Minimum - Maksimum); Frekans (Yüzde); U: Mann Whitney u Testi; X²: Ki-Kare Testi İstatistiği

Gruplara göre hemşirelere ait değişkenlerin karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir. Kontrol grubundaki hemşirelerin %72'sinin ve girişim grubundakilerin ise %91,7'sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir (p=0,215). Kontrol grubundaki hemşire ortalama yaşı 28, girişim grubunda 30 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında hemşire yaşı açısından istatistiksel fark saptanmamıştır (p=0,984). Kontrol grubunda ortalama mesleki deneyim 6 yıl, girişim grubunda 7 yıl olup, mesleki deneyim açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0,526). Kontrol grubunda ortalama yenidoğan yoğun bakım deneyimi 3 yıl, girişim grubunda 4,5 yıl olarak elde edilmiş ve iki grup arasında istatistiksel fark belirlenmemiştir (p=0,193). Kontrol grubunda toplu bakım saatlerinin dağılımı 09:00 (%8), 12:00 (%28), 18:00 (%20) ve 21:00 (%44) şeklindedir. Girişim grubunda bu dağılım 09:00 (%16,7), 12:00 (%20,8), 18:00 (%33,3) ve 21:00 (%29,2) olarak elde edilmiştir. Toplu bakım saati ile grup arasında anlamlı

ilişki bulunmamıştır ($p=0,490$). Kontrol grubunda toplu bakım son test saatlerinin dağılımı 09:00 (%8), 12:00 (%16), 18:00 (%60) ve 21:00 (%16) şeklindedir. Girişim grubunda bu dağılım 09:00 (%12,5), 12:00 (%25), 18:00 (%37,5) ve 21:00 (%25) olarak elde edilmiştir. Toplu bakım saati son test ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,469$).

Ön testte kontrol grubunun %60'ı 3. basamakta, %40'ı 2. basamakta bakım yaparken; girişim grubunda bu oranlar sırasıyla %66,7 ve %33,3'tür. Ön testte bakım basamağı ile grup arasında istatistiksel ilişki saptanmamıştır ($p=0,851$). Son testte kontrol grubunun %60'ı 3. basamakta, %40'ı 2. basamakta bakım yapmış; girişim grubunda oranlar %62,5 ve %37,5 olarak bulunmuştur. Son testte de bakım basamağı ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=1,000$).

4.6. Grup ve Zamana Göre Toplu Bakım Uygulama Rehberi ve Bölüm Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde toplu bakım uygulama rehberinin bölümlerine ve toplamına ilişkin puanların gruplara göre karşılaştırılması sunulmuştur. Grup ve zamana göre bakım gereksinimlerini belirleme alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Grup ve zamana göre bakım gereksinimlerini belirleme bölüm puanlarının karşılaştırılması.

Zaman	Grup		Toplam	Q	p^x	η^2
	Kontrol	Girişim	Ortanca			
	Ortanca (Min - Max)	Ortanca (Min - Max)	(Min - Max)			
Eğitim öncesi	9,26 (5,45 - 9,26)	9,26 (3,85 - 10,91)	9,26 (3,85 - 10,91)	Grup	0,013	0,909
Eğitim sonrası	9,26 (3,7 - 10,91)	9,18 (5,77 - 10,91)	9,26 (3,7 - 10,91)	Zaman	0,013	0,909
Toplam	9,26 (3,7 - 10,91)	9,26 (3,85 - 10,91)		Grup x Zaman	0,013	0,909

^xRobust ANOVA (Karşılaştırma yöntemi olarak medyan seçilmiştir); Ortanca (Minimum- Maksimum); Q:Robust ANOVA Test İstatistiği; η^2 :Kısmi Eta Kare.

Zaman fark etmeksizin gruplara göre ortanca bakım gereksinimlerini belirleme bölüm değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,909$). Kontrol grubunun ortanca değeri 9,26 iken girişim grubunun ortanca değeri 9,26 olarak elde edilmiştir. Grup fark etmeksizin zamanlara göre ortanca bakım gereksinimlerini belirleme bölüm değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,909$). Eğitim öncesinde ortanca değer 9,26 iken eğitim sonrasında ortanca değer 9,26 olarak elde edilmiştir. Grup x zaman etkileşimine ortanca bakım gereksinimlerini belirleme bölüm değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,909$).

Tablo 4.6.Grup ve zamana göre bakıma hazırlık bölüm puanlarının karşılaştırılması.

Zaman	Grup		Toplam		Q	p ^x	η ²
	Kontrol	Girişim					
Eğitim öncesi	17,39 (11,11 - 26,92)	17,03 (9,8 - 27,45)	17,39 (9,8 - 27,45)	Grup	1,504	0,220	0,016
Eğitim sonrası	16 (12,77 - 26)	18,18 (17,02 - 27,45)	17,39 (12,77 - 27,45)	Zaman	0,025	0,874	0,000
Toplam	16,67 (11,11 - 26,92)	17,78 (9,8 - 27,45)		Grup x Zaman	3,002	0,083	0,031

^xRobust ANOVA (Karşılaştırma yöntemi olarak medyan seçilmiştir); Ortanca (Minimum - Maksimum; Q: Robust ANOVA Test İstatistiği; η²:Kısmi Eta Kare.

Grup ve zamana göre bakıma hazırlık puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da verilmiştir. Zaman fark etmeksizin gruplara göre ortalanca bakıma hazırlık değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,22). Kontrol grubunun ortalanca değeri 16,67 iken girişim grubunun ortalanca değeri 17,78 olarak elde edilmiştir. Grup fark etmeksizin zamanlara göre ortalanca bakıma hazırlık değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,874). Eğitim öncesinde ortalanca değer 17,39 iken eğitim sonrasında ortalanca değer 17,39 olarak elde edilmiştir. Grup x zaman etkileşimine ortalanca bakıma hazırlık değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,083).

Tablo 4.7.Grup ve zamana göre bakıma ara verme/bakımı sonlandırma bölüm puanlarının karşılaştırılması.

Zaman	Grup		Toplam		Q	p ^x	η ²
	Kontrol	Girişim					
Eğitim öncesi	1,92 (0- 5,56) ^A	1,92 (0- 5,56) ^A	1,92 (0- 5,56)	Grup	6,82	0,009	0,068
Eğitim sonrası	1,92 (0- 3,77) ^A	3,74 (1,85 -5,56) ^B	3,7 (0- 5,56)	Zaman	6,82	0,009	0,068
Toplam	1,92 (0- 5,56)	3,7 (0- 5,56)		Grup x Zaman	6,83	0,009	0,068

^xRobust ANOVA (Karşılaştırma yöntemi olarak medyan seçilmiştir); Ortanca (Min- Max); ^{A-B}Aynı harfe sahip etkileşimler arasında fark yoktur; Q: Robust ANOVA Test İstatistiği; η²:Kısmi Eta Kare.

Grup ve zamana göre bakıma ara verme bakımı sonlandırma puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir. Tabloda aynı harfe sahip(A-A) etkileşimler arasında fark yok iken farklı harfe(A-B) sahip etkileşimler arasında fark vardır. Zaman fark etmeksizin gruplara göre ortalanca bakıma ara verme/bakımı sonlandırma bölüm değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,009). Kontrol grubunun ortalanca değeri 1,92 iken girişim grubunun ortalanca değeri 3,7 olarak elde edilmiştir. Grup fark etmeksizin zamanlara göre ortalanca bakıma ara verme/bakımı sonlandırma bölüm değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,009). Girişim grubunda eğitim öncesinde ortalanca değer 1,92 iken

eğitim sonrasında ortalama değer 3,7 olarak elde edilmiştir. Grup x zaman etkileşimine ortalama bakıma ara verme/bakımı sonlandırma değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,009$). En yüksek etkileşim 3,74 ortalama değeri ile girişim grubunda eğitim sonrasında olmuş iken en düşük etkileşim 1,92 ortalama değerleri ile kontrol grubunda eğitim öncesi, kontrol grubunda eğitim sonrası ve girişim grubunda eğitim öncesinde olmuştur.

Tablo 4.8. Gruplar arası ve grup içi kayıt bölüm değerlerinin karşılaştırılması.

Zaman	Grup		U	p^x	d
	Kontrol	Girişim			
Eğitim öncesi	1,85 (0- 1,85)	1,85 (1,85- 1,85)	288,000	0,327	0,069
Eğitim sonrası	1,85 (1,85- 1,89)	1,84 (1,82- 3,64)	274,000	0,588	0,149
z	-1,342	-1,624			
p^y	0,180	0,104			
d	0,557	0,687			

^xMann Whitney U Testi; ^yWilcoxon Testi; Ortanca (Minimum - Maksimum); d: Cohen's d Etki Büyüklüğü; U: Mann Whitney U Test İstatistiği; z: Wilcoxon Test İstatistiği

Gruplar arası ve grup içi kayıt bölüm değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.8'de verilmiştir. Eğitim öncesinde gruplara göre ortalama kayıt bölüm değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,327$). Kontrol grubunun ortancası 1,85 iken girişim grubunun ortalama değeri 1,85 olarak elde edilmiştir. Eğitim sonrasında gruplara göre ortalama kayıt bölüm değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,588$). Kontrol grubunun ortancası 1,85 iken girişim grubunun ortalama değeri 1,84 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubu içerisinde eğitim öncesi ile eğitim sonrası ortalama kayıt bölüm değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,180$). Eğitim öncesi ortalama değeri 1,85 iken eğitim sonrası ortalama değeri 1,85 olarak elde edilmiştir. Girişim grubu içerisinde eğitim öncesi ile eğitim sonrası ortalama kayıt bölüm değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,104$). Eğitim öncesi ortalama değeri 1,85 iken eğitim sonrası ortalama değeri 1,84 olarak elde edilmiştir.

Tablo 4.9. Grup ve zamana göre bakım uygulama bölüm puanlarının karşılaştırılması.

Zaman	Grup		Toplam		F	p^x	η^2
	Kontrol	Girişim					
Eğitim öncesi	23,25 ± 4,98	22,7 ± 3,63	22,98 ± 4,34	Grup	3,953	0,047	0,040
Eğitim sonrası	20,86 ± 3,02	23,7 ± 3,8	22,25 ± 3,68	Zaman	0,758	0,384	0,008
Toplam	22,06 ± 4,25	23,2 ± 3,71		Grup x Zaman	3,065	0,080	0,032

^xGenelleştirilmiş Lineer Modeller; Ortalama ± Standart Sapma; F: Varyans Analizi Test İstatistiği; η^2 : Kısmi Eta Kare.

Grup ve zamana göre bakım uygulama bölüm puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.9'da verilmiştir. Zaman fark etmeksizin gruplara göre ortalama bakım uygulama bölüm değerleri

istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,047$). Kontrol grubunun ortalama değeri 22,06 iken girişim grubunun ortalama değeri 23,2 olarak elde edilmiştir. Grup fark etmeksizin zamanlara göre ortalama toplu bakım uygulama bölüm değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,384$). Eğitim öncesinde ortalama değer 22,98 iken eğitim sonrasında ortalama değer 22,25 olarak elde edilmiştir. Grup x zaman etkileşimine ortalama toplu bakım uygulama bölüm değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,08$).

Tablo 4.10. Grup ve zamana göre toplu bakım rehberi toplam puanlarının karşılaştırılması.

Zaman	Grup		Toplam	Q	p ^x	η ²	
	Kontrol	Girişim					
Eğitim öncesi	80 (55,81-89,66)	81,92 (53,85- 96,3)	80 (53,85-96,3)	Grup	6,055	0,016	0,061
Eğitim sonrası	76,67 (66,67- 96,3)	87,69 (75,86-93,55)	81,48 (66,67- 96,3)	Zaman	5,358	0,023	0,054
Toplam	77,95 (55,81- 96,3)	82,76 (53,85- 96,3)		Grup x Zaman	2,716	0,103	0,028

^xRobust ANOVA (Karşılaştırma yöntemi olarak medyan seçilmiştir); Ortanca (Minimum- Maksimum; Q: Robust ANOVA Test İstatistiği; η^2 :Kısmi Eta Kare.

Kontrol grubunun ortanca değeri 77,95 iken girişim grubunun ortanca değeri 82,76 olarak elde edilmiştir. Grup fark etmeksizin zamanlara göre ortanca toplu bakım rehberi değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,023$). Eğitim öncesinde ortanca değer 80 iken eğitim sonrasında ortanca değer 81,48 olarak elde edilmiştir. Grup x zaman etkileşimine ortanca toplu bakım rehberi toplam puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,103$).

Tablo 4.11.Gruplara göre toplu bakım rehberi puanlarının değişimlerinin (ön test- son test) karşılaştırılması.

Ön test- son test değişimi	Grup		Toplam	Test istatistiği	p
	Kontrol	Girişim			
Bakım gereksinimlerini belirleme	0 (-3,5- 3,7)	0 (-3,56- 3,5)	0 (-3,56- 3,7)	268,500	0,515 ^x
Bakıma hazırlık	1,02 ± 4,39	-2,56 ± 5,55	-0,73 ± 5,26	2,509	0,016^y
Bakım uygulama	2,39 ± 6,31	-1 ± 4,53	0,73 ± 5,71	2,154	0,036^y
Bakıma ara verme/bakımı sonlandırma	0 (-1,89- 5,56)	-1,73 (-5,56- 1,85)	-0,04 (-5,56- 5,56)	179,000	0,015^x
Kayıt	0 (-1,85- 0)	0,02 (-1,78- 0,03)	0 (-1,85- 0,03)	263,000	0,421 ^x
Toplu bakım rehberi	-1,18 ± 9,97	-7,03 ± 12,63	-4,04 ± 11,61	1,802	0,078 ^y

^xMann Whitney U Testi; ^yBağımsız İki Örnek t Testi; Ortanca (Minimum - Maksimum); Ortalama ± Standart Sapma.

Gruplara göre toplu bakım rehberi puanlarının değişimlerinin (Ön test- son test) karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir. Gruplara göre bakım gereksinimlerini belirleme bölüm ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,515$). Kontrol grubunun ortancası 0 iken girişim grubunun ortancası 0 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre bakıma hazırlık bölüm değişim ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,016$). Kontrol grubunun ortalaması 1,02 iken girişim grubunun ortalaması -2,56 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre bakım uygulama bölüm değişim ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,036$). Kontrol grubunun ortalaması 2,39 iken girişim grubunun ortalaması -1 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre bakıma ara verme/bakımı sonlandırma bölüm değişim ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,015$). Kontrol grubunun ortancası 0 iken girişim grubunun ortancası -1,73 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre kayıt bölüm değişim ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,421$). Kontrol grubunun ortancası 0 iken girişim grubunun ortancası 0,02 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre toplu bakım rehberi değişim ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,078$). Kontrol grubunun ortalaması -1,18 iken girişim grubunun ortalaması -7,03 olarak elde edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım kapsamında toplu bakım uygulama rehberi geliştirme ve etkinliğini değerlendirme amacıyla yürütülen çalışmanın bulguları 2 aşamalı olarak tartışılmıştır.

Birinci aşama olan ‘Toplu Bakım Uygulama Rehberi Geliştirme’ aşamasına ait bulgular 5 başlık altında tartışılmıştır:

5.1. Rehberin geliştirilmesi ve genel yapısına ait bulguların tartışılması

5.2. Uzman görüşlerinden elde edilen kapsam geçerliliği indekslerine ait bulguların tartışılması

5.3. Toplu bakım uygulama rehberinin AGREE II kriterlerine uygunluğunun değerlendirmesi sonuçlarına ait bulguların tartışılması

5.4. Rehberin kullanımının değerlendirilmesine ilişkin nicel/nitel bulguların tartışılması

Çalışmanın **ikinci aşaması** olan geliştirilen toplu bakım uygulama rehberin etkinliğini değerlendirme aşamasının bulguları aşağıdaki başlık altında tartışılmıştır:

5.5. Grup ve zamana göre toplu bakım uygulama rehberi ve bölüm puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Rehberin Geliştirilmesi ve Genel Yapısına Ait Bulguların Tartışılması

Literatür incelemeleri sonucunda, toplu bakım uygulamalarına ilişkin kapsamlı, standardize edilmiş ve kanıta dayalı uygulama bilgi eksikliğinin bulunduğu saptanmıştır. Özellikle bakım uygulama sırası, başlama ve sonlandırma kriterleri, hangi girişimlerin gruplanacağı gibi kritik konularda hemşireler arasında belirgin uygulama farklılıkları gözlenmektedir (Allinson ve ark., 2017; Valizadeh ve ark., 2014; Tokan Özkılıçaslan ve Geçkil, 2022). Bu durum, kliniklerde hemşirelerin bireysel deneyimlerine dayalı bakım biçimlerinin öne çıkmasına ve bakımın bütüncül biçimde yürütülmesinde tutarsızlıklara neden olmaktadır. (Toka Özkılıçaslan ve ark. 2025a). Bu çalışma kapsamında geliştirilen Toplu Bakım Uygulama Rehberi, YYBÜ görev yapan hemşirelerin prematüre bebeklere yönelik toplu bakım uygulamalarını bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım ilkeleri doğrultusunda, sistematik, bütüncül ve kanıta dayalı bir yapı ile gerçekleştirmelerine rehberlik etmek amacıyla hazırlanmıştır. Rehberin bu niteliği, bakım uygulamalarında standartlaşmayı sağlaması ve hemşirelerin klinik

karar verme süreçlerini bilimsel temele dayandırması açısından önemli bir katkı sunmaktadır. Literatürde gelişimsel bakım ilkelerine dayalı yapılandırılmış rehberlerin, prematüre bebeklerin fizyolojik stabilitesini artırdığı, stres düzeyini azalttığı ve bakım sonuçlarını iyileştirdiği vurgulanmaktadır (Altimier ve Phillips, 2016; Lee ve ark., 2020).

Bu rehberin geliştirilmesi süreci, rehber metodolojisine uygun şekilde de novo rehber geliştirme yaklaşımı temel alınarak yürütülmüştür. Süreç; konu belirleme, kapsam ve amacın tanımlanması, kapsamlı literatür incelemesi, girişim grubunun oluşturulması, bilimsel kanıtların sistematik biçimde toplanması ve değerlendirilmesi, taslak rehberin hazırlanması, uzman görüşleriyle içerik geçerliliğinin sağlanması, pilot uygulama ile klinik uygulanabilirliğin test edilmesi ve son olarak rehberin geliştirilmesi, değerlendirilmesi ve yaygınlaştırılmasına yönelik adımların izlenmesiyle tamamlanmıştır. Çok aşamalı bu yapı, rehberin metodolojik niteliğini güçlendirmekte; geliştirme sürecinin geçerlilik, güvenilirlik ve uygulanabilirlik açısından uluslararası standartlarla uyumlu biçimde yürütüldüğünü göstermektedir (AGREE II, 2017; Başer ve ark., 2015; Field ve Lohr, 1990; NICE, 2024; SIGN, 2025).

Literatürde toplu bakımın prematüre bebeklerde fizyolojik stabiliteyi artırdığı, stres düzeylerini azalttığı ve gelişimsel sonuçları desteklediği güçlü biçimde gösterilmesine rağmen (Allinson ve ark., 2017; Brashear ve ark., 2023; Valizadeh ve ark., 2014) uygulamaların nasıl planlanacağı, hangi girişimlerin gruplanacağı, uygulama sırasının nasıl belirleneceği ve bakımın hangi kriterlerle başlatılıp sonlandırılacağı konularında standart bir yaklaşım bulunmamaktadır. Bu durum, hemşireler arasında belirgin uygulama farklılıklarına yol açmakta; kliniklerde bireysel deneyimlere dayalı bakım biçimleri ortaya çıkmakta ve bakımın bütüncül yürütülmesinde tutarsızlıklar oluşmaktadır (WHO, 2014; Yakışan ve Set, 2013; Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025a). Bu nedenle geliştirilen rehber, literatürdeki bu boşluğu doldurmayı ve toplu bakım sürecine standart, uygulanabilir ve kanıta dayalı bir yapı kazandırmayı hedeflemektedir.

Rehber geliştirme süreci, uluslararası rehber metodolojilerinin (AGREE II, 2017; Başer ve ark., 2015; Field ve Lohr, 1990; NICE, 2024; SIGN, 2025) önerdiği şekilde çok aşamalı, sistematik ve yüksek geçerlilik sağlayan bir yaklaşımla yürütülmüştür. Süreç; literatür taraması, sistematik derleme, klinik gözlemler, tanımlayıcı çalışma ve odak grup görüşlerinin bütünleştirilmesine dayalı olarak tasarlanmış, bu yönüyle karma yöntemli rehber geliştirme modeli niteliği taşımaktadır (Creswell ve Sözbilir, 2017; Tekindal ve Arsu, 2020). Yenidoğan bakımının fizyolojik, nörolojik, psikososyal ve yönetsel bileşenleri dikkate alındığında, bu çoklu veri kaynağı yaklaşımı, rehberin hem bilimsel güvenilirliğini hem saha uyarlanabilirliğini

güçlendirmiştir. Benzer şekilde literatür, rehber geliştirmede çok boyutlu veri toplama ve disiplinler arası yaklaşımın hem kapsam geçerliliğini hem de klinik pratikte kabul edilebilirliği artırdığını vurgulamaktadır (Başer ve ark., 2015; Field ve Lohr, 1990).

Rehberin geliştirilmesinde oluşturulan çok paydaşlı girişim grubu, deneyimli YYBÜ hemşireleri, akademisyenler, klinik hekimler ve yönetici hemşirelerden oluşmuş; böylece teorik bilgi ile klinik deneyimin bütünleştirildiği güçlü bir yapı oluşturulmuştur. Literatürde, geniş profesyonel katılımın rehberlerin hem içerik geçerliliğini hem de uygulamadaki sürdürülebilirliğini artırdığı bildirilmektedir (Alşan, 2009; Bell ve ark., 2023; Karahan ve Kav, 2018; Welch ve ark., 2017). Akademisyenlerin bilimsel kanıtları sistematik biçimde yorumlama ve kanıt düzeylerini sınıflandırmadaki katkısı, rehberin metodolojik güvenilirliğini artırırken; klinik hemşireler ve hekimlerin katkısı, sahadaki pratik uygulanabilirliğini ve gerçek yaşam koşullarına uyumunu sağlamıştır (Lee ve ark., 2020).

Yönetici hemşirelerin ve klinik sorumluların katılımı ise rehberin kurumsal düzeyde benimsenmesi, politika entegrasyonu ve yaygınlaştırma stratejilerinin planlanmasına olanak tanımıştır (Welch ve ark., 2017). Dolayısıyla, rehberin geliştirilme sürecinde benimsenen bu çok paydaşlı iş birliği modeli, yenidoğan bakımında kanıta dayalı uygulamaların güçlendirilmesi açısından örnek bir yaklaşım sunmaktadır. Disiplinler arası katılım, sadece rehberin kapsam ve içeriğini zenginleştirmekle kalmamış; aynı zamanda, rehberin sürdürülebilirliği, güncellenebilirliği ve klinik etki potansiyelini de artırmıştır (Bell ve ark., 2023). Bu yönüyle çalışma hem klinik hemşirelik uygulamaları hem de sağlık hizmetlerinde kanıta dayalı karar verme süreçleri için önemli bir metodolojik katkı sağlamaktadır.

Toplu Bakım Uygulama Rehberi'nin beş temel aşamadan "Bakım gereksinimlerini belirleme, Bakıma hazırlık, Bakımı uygulama, Bakıma ara verme/bakımı sonlandırma ve Kayıt" oluşması, hemşirelik süreci modelinin değerlendirme-planlama-uygulama-değerlendirme döngüsüyle uyumludur ve NIDCAP ile Family-Centered Developmental Care yaklaşımlarının temel ilkelerini yansıtmaktadır (Als, 1986; Coughlin ve ark., 2009). Özellikle bebeğin fizyolojik, nörolojik ve davranışsal göstergelerinin bütüncül değerlendirilmesi, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımın ana bileşenleriyle doğrudan ilişkilidir. Literatür, bu yaklaşımın prematüre bebeklerde stresin azaltılması, otonom stabilitenin korunması ve iyileşme sürecinin desteklenmesi açısından etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Altimier ve Phillips, 2016; Valizadeh ve ark., 2014). Aileden alınan geri bildirimlerin değerlendirme sürecine dahil edilmesi ise rehberin aile merkezli bakım perspektifini güçlendirmiştir (Van Veenendaal ve ark., 2022).

Rehberin bakım öncesi çevresel, fiziksel ve psikososyal hazırlığı ayrıntılı biçimde tanımlaması, modern yenidoğan bakımında temel kabul edilen çevresel duyarlılık ilkesine karşılık gelmektedir. Işık, gürültü ve ısıнын düzenlenmesi, pozisyonlama, ağrı önlemleri ve uyarı kontrolü gibi müdahaleler, prematüre bebeklerin nörolojik gelişimini korumada kritik role sahiptir (Coughlin ve ark., 2009). Bu yönüyle rehber, hem hemşirelerin bakım öncesi karar süreçlerini sistematikleştirmekte hem de bebeğin duyuşal çevresinin düzenlenmesine yönelik kanıta dayalı bir çerçeve sunmaktadır.

Rehberin bakımı uygulama aşamasının adım adım tanımlanmış olması, hemşirelerin klinik pratikte karşılaştıkları kararsızlıkları azaltmakta ve bakımın tutarlı biçimde uygulanmasını kolaylaştırmaktadır. Literatür, yapılandırılmış bakım protokollerinin uygulama hatalarını azalttığını, karar verme sürecini güçlendirdiğini ve bakım süresini optimize ettiğini göstermektedir (Vázquez-Calatayud ve ark., 2020). Bu açıdan rehber, yalnızca bir bilgi kaynağı değil, aynı zamanda pratik bir uygulama aracı niteliği taşımaktadır.

Bakımın sistematik biçimde kaydedilmesine yönelik bölümün rehberde yer alması, klinik kalite güvence süreçleri ve kanıta dayalı bakım uygulamalarının izlenebilirliği açısından büyük önem taşır. AGREE II kriterlerine uygun şekilde kayıt sisteminin entegrasyonu, rehberin sürdürülebilirlik, izlenebilirlik ve klinik kalite değerlendirme boyutlarını güçlendirmiştir (AGREE II, 2017; Brouwers ve ark., 2010).

Rehber geliştirme süreci, birbirini tamamlayan dört alt çalışmaya dayanmaktadır: tanımlayıcı araştırma, sistematik derleme, klinik gözlem ve odak grup görüşmeleri. Tanımlayıcı çalışma, sahadaki uygulama farklılıklarını ve toplu bakımın standardizasyonundaki eksiklikleri ortaya koymuş olup bu bulgu literatürle uyumludur (Butta ve ark., 2013). Sistematik derleme sonuçları, toplu bakımın prematüre bebeklerde fizyolojik stabiliteyi desteklediğine ve stresi azalttığına ilişkin güçlü ampirik kanıtlar sunarak rehberin bilimsel temelini güçlendirmiştir (Page ve ark., 2021). Klinik gözlem ile odak grup görüşmeleri ise rehberin sahaya uyarlanması da kritik rol oynamış; gözlemler uygulamadaki yapısal eksiklikleri, odak grup görüşmeleri ise hemşirelerin deneyim temelli pratik bilgilerini görünür kılmıştır (Creswell ve Sözbilir, 2017; Tekindal ve Arsu, 2020). Böylece çok yönlü veri kaynaklarının bütünleştirilmesi, rehberin hem kanıta dayalı hem de klinik gerçeklikle uyumlu bir yapıya kavuşmasını sağlamış; yenidoğan yoğun bakım uygulamalarında sürdürülebilir ve uygulanabilir bir model oluşturulmasına önemli katkı sunmuştur (Creswell ve Sözbilir, 2017).

Rehber geliştirildikten sonra 74 maddelik taslak, uzman görüşleri doğrultusunda 55 maddeye indirgenmiş ve Davis (1992) yöntemiyle kapsam geçerliliği değerlendirilmiştir. Tüm maddelerin KGO değerlerinin 0,78'in üzerinde olması ve genel KGI'nin 0,96 olarak belirlenmesi, rehberin yüksek düzeyde içerik geçerliliğine sahip olduğunu göstermektedir (Polit ve Beck, 2006). Rehberi değerlendirme bulguları da rehberin hemşireler tarafından yüksek düzeyde kabul gördüğünü göstermektedir. Rehber değerlendirmenin nitel kısmının tematik analizinde ise “Bilgiyle Güçlenen Klinik Uygulama”, “Kaliteye Katkı”, “Alışılmışın Ötesinde Bir Rehber” ve “Eksikleri Tamamlama” gibi temalar elde edilmiştir (Creswell ve Sözbilir, 2017; Tekindal ve Arsu, 2020). Bu temalar, rehberin hem bilgi temelli karar verme süreçlerini güçlendirdiğini hem de hemşirelerin klinik uygulamalarında pratik fayda sağladığını ortaya koymuştur.

Tüm bu bulgular, Toplu Bakım Uygulama Rehberi'nin bilimsel temellere dayalı, kapsam açısından zengin, klinik açıdan uygulanabilir, standartlaştırılmış ve sürdürülebilir bir araç olduğunu göstermektedir. Rehberin, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bakım kalitesini artırma, hemşirelerin karar verme süreçlerini güçlendirme, uygulamalar arası tutarlılığı sağlama ve güvenli bakım kültürünü geliştirme potansiyeli yüksek görünmektedir. Ayrıca rehberin yayınlanması, eğitimlere entegre edilmesi ve üç yıllık güncelleme planı doğrultusunda sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulması, rehberin sistematik biçimde yaygınlaştırılmasına olanak sağlayacaktır (Başer ve ark., 2015). Sonuç olarak rehber geliştirme süreci birçok açıdan güçlü yönler taşımakta ve çalışma hem klinik hemşirelik uygulamalarında hem de sağlık hizmetlerinde kanıta dayalı karar verme süreçlerinin güçlendirilmesinde önemli bir metodolojik katkı sunmaktadır.

5.2. Uzman Görüşlerinden Elde Edilen Kapsam Geçerliliği İndekslerine Ait Bulguların Tartışılması

Rehberin kapsam geçerliliği, içerdiği maddelerin amaçlanan kavramı temsil etme yeterliliğini ortaya koyması bakımından büyük önem taşımaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2003). Bu çalışmada rehberin kapsam geçerliliği Davis (1992) yöntemiyle değerlendirilmiş ve uzman görüşlerinden elde edilen Kapsam Geçerlilik Oranları (KGO) ile Genel Kapsam Geçerlik İndeksi (Ö-KGI/S-CVI) oldukça yüksek bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre tüm maddelerin KGO değerleri 0.78'in üzerinde, rehberin genel kapsam geçerlik indeksi ise 0.96'dır. Bu bulgular, rehberde yer alan tüm öğelerin içerik bakımından kapsamlı, amaca uygun ve uzmanlar arasında yüksek düzeyde uzlaşa sağladığını göstermektedir.

Davis'e (1992) göre, uzman sayısına bağlı olarak minimum kabul edilebilir KGO değeri değişmekle birlikte, 33 uzmandan görüş alındığında bu sınır yaklaşık 0.33 olarak kabul edilmektedir (Davis, 1992; Geçkil ve Tikici, 2015). Dolayısıyla bu çalışmada tüm maddelerin 0.78'in üzerinde bulunması, yalnızca istatistiksel olarak anlamlı değil, aynı zamanda içerik geçerliliği açısından oldukça güçlü bir göstergedir. Polit ve Beck (2006) de, kapsam geçerliliği indeksinin 0.80 ve üzerinde olmasının ölçme aracının kapsam açısından yüksek geçerliliğe sahip olduğunu belirttiğini ifade etmektedir. Bu bağlamda, rehberin genel kapsam geçerlilik indeksinin 0.96 olması, geliştirilen rehberin bilimsel temellerinin sağlam ve uzmanlar arasında yüksek fikir birliğiyle desteklendiğini açık biçimde ortaya koymaktadır (Davis, 1992; Geçkil ve Tikici, 2015; Polit ve Beck, 2006). Elde edilen bu sonuç, rehberin kapsam bütünlüğü, dil ve içerik uygunluğu ile hedef kullanıcı kitlesine (yenidoğan yoğun bakım hemşireleri) yönelik açıklık düzeyinin yeterli olduğunu göstermektedir. Uzmanların geniş bir akademik ve klinik yelpazeyi temsil etmesi (profesör, doçent, doktor öğretim üyesi, uzman ve yönetici hemşireler) rehberin farklı bakış açılarıyla değerlendirilmesini sağlamış, böylece kapsam geçerliliği sonuçlarının güvenilirliğini artırmıştır. Lynn (1986) ve Zamanzadeh ve ark. (2015), kapsam geçerliliği çalışmalarında uzman çeşitliliğinin ve alan deneyiminin, geliştirilen aracın geçerlilik gücünü artırdığını vurgulamaktadır (Lynn, 1986; Zamanzadeh ve ark., 2015). Bu bulgular, geliştirilen rehberin içerdiği kavramsal boyutların hedeflenen klinik uygulama alanına uygun, tutarlı ve yeterli olduğunu desteklemektedir. Ayrıca, rehberin kapsam geçerliliğinin yüksek bulunması, sonraki aşamalarda yapılacak olan uygulama geçerliliği, kullanışlılık ve etkililik değerlendirmeleri için güçlü bir temel oluşturmuştur. Literatürde de benzer biçimde, yüksek kapsam geçerliliğine sahip klinik rehberlerin hemşirelik uygulamalarında standardizasyonu kolaylaştırdığı, profesyonel karar verme süreçlerini desteklediği ve bakım kalitesini artırdığı bildirilmektedir (Halek ve ark., 2017; Polit ve Beck, 2006). Sonuç olarak, bu çalışmada geliştirilen toplu bakım rehberinin kapsam geçerliliğine ilişkin bulgular, rehberin bilimsel geçerliliğinin ve klinik uygulanabilirliğinin güçlü bir biçimde desteklendiğini göstermektedir. Uzman görüşlerinden elde edilen yüksek düzeyde fikir birliği, rehberin hem teorik çerçeveye hem de klinik gereksinimlere uygun biçimde yapılandırıldığını ve içerik açısından hedef kitlenin gereksinimlerini karşıladığını ortaya koymaktadır.

5.3. Toplu Bakım Uygulama Rehberinin AGREE II Kriterlerine Uygunluğunun Değerlendirilmesi Sonuçlarına Ait Bulguların Tartışılması

Klinik uygulama rehberlerinin geliştirilmesi, içerik üretiminin ötesinde metodolojik kalite, şeffaflık ve uygulanabilirliğin bütüncül olarak ele alınmasını gerektiren sistematik bir

süreçtir. Bu kapsamda, AGREE II, klinik rehberlerin metodolojik kalitesini değerlendirmede uluslararası geçerliliği kanıtlanmış ve yaygın olarak kullanılan bir araçtır (AGREE II, 2017; Brouwers ve ark., 2010). AGREE II, rehberleri kapsam ve amaç, paydaş katılımı, geliştirme sürecinin sağlamlığı, sunum açıklığı, uygulanabilirlik ve editoryal bağımsızlık olmak üzere altı temel boyutta değerlendirmektedir (AGREE II, 2017). Bu çalışmada geliştirilen Toplu Bakım Uygulama Rehberi, AGREE II aracına göre değerlendirildiğinde, tüm alanlarında yüksek düzeyde uyum göstermiş ve uluslararası standartları karşılayan nitelikte bulunmuştur. Bu sonuç, rehberin bilimsel dayanağının güçlü, içeriğinin açık ve uygulanabilir olduğuna işaret etmektedir. Toplu bakım uygulama rehberinin AGREE II değerlendirmesi Tablo 3.4’te verilmiştir.

AGREE II’nin birinci alanı olan “Kapsam ve Amaç” boyutunda rehberin amacının, ele alınan sağlık sorusunun ve hedef popülasyonun net biçimde tanımlanması beklenmektedir. Çalışmamızda geliştirilen rehberin amacı açık biçimde ifade edilmiştir. Literatürde, rehberlerin kalitesini düşüren en yaygın eksikliklerden birinin hedef popülasyonun ve sağlık probleminin yetersiz tanımlanması olduğu belirtilmektedir (Siering ve ark., 2013). Bu açıdan, çalışmadaki rehberin kapsam ve amacının netliği, rehberin metodolojik güvenilirliğini artıran temel unsurlardan biridir. Benzer şekilde, Hoffmann-Eßer ve ark. (2017), yüksek kaliteli rehberlerde “Kapsam ve Amaç” boyutunun ortalama puanlarının düşük kaliteli rehberlere göre anlamlı biçimde yüksek olduğunu bildirmiştir (Hoffmann-Eßer ve ark., 2017). Bu bulgularla paralel olarak, Toplu Bakım Uygulama Rehberi’nin AGREE II’nin 1–3. kriterlerinden tam puan alması, rehberin hedef kitlesi olan hemşireler için açık, yönlendirici ve amaç odaklı bir araç olarak yapılandırıldığını göstermektedir.

“Paydaş Katılımı” boyutu, rehberin geliştirilme sürecine farklı disiplinlerden uzmanların, hedef kullanıcıların ve potansiyel uygulayıcıların dahil edilip edilmediğini değerlendirir. Bu çalışmada rehber geliştirme ekibinin, yenidoğan hemşireliği alanında uzman akademisyenler, klinik hemşireler, yöneticiler ve alan uzmanlarından oluşturulmuş olması, rehberin çok disiplinli bir yaklaşımla hazırlandığını göstermektedir. Bu bulgu, AGREE II kriterlerinin 4–6. maddeleriyle tam uyumluluk göstermekte ve literatürde önerilen “katılımcı rehber geliştirme” ilkesiyle örtüşmektedir. Brouwers ve ark. (2010), paydaş katılımının yalnızca metodolojik bir gereklilik değil, aynı zamanda rehberin uygulanabilirliğini ve kabulünü artıran temel bir etken olduğunu vurgulamaktadır (Brouwers ve ark., 2010). Benzer biçimde Adams ve ark., (2023) hemşirelik alanında geliştirilen rehberlerde paydaş çeşitliliğinin, rehberin klinik ortama entegrasyon başarısını artırdığını belirtmiştir. Yine Petkovic ve ark.

(2020) yaptığı çalışmada rehber uygulamasında başarılı olabilmek için birden fazla paydaş grubunun katılımının önemli olduğu açıkça vurgulanmıştır (Petkovic ve ark., 2020). Bu bağlamda, çalışmadaki çok paydaşlı yapı, rehberin yalnızca teorik bir doküman olmaktan çıkarak, gerçek klinik uygulamaya aktarılabilir bir araç hâline gelmesini sağlamıştır. Ayrıca, rehberin hedef kullanıcı kitlesi olarak yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin açıkça tanımlanması, bu alandaki rehberlerin genellikle eksik bıraktığı bir noktayı güçlendirmektedir.

Rehberin geliştirilme sürecinde, kanıtların belirlenmesi, seçimi ve sentezlenmesi aşamalarında sistematik bir yöntem izlenmiştir. Literatür tarama kriterlerinin açık biçimde tanımlanması, kanıt düzeylerinin sınıflandırılması ve önerilerin bilimsel temellere dayandırılması, AGREE II'nin 7–12. maddeleriyle doğrudan uyum göstermektedir. Hoffmann-Eßer ve ark. (2017), AGREE II değerlendirmelerinde “Geliştirme Sürecinin Sağlamlığı” boyutunun rehberin genel kalitesini belirlemede en etkili alan olduğunu belirtmektedir (Hoffmann-Eßer ve ark., 2017). AGREE II kriterleri, kanıtların güçlü ve zayıf yönlerinin tartışılmasını, önerilerin oluşturulma sürecinin şeffaf biçimde tanımlanmasını ve sağlık faydaları ile olası risklerin dikkate alınmasını vurgular (Brouwers ve ark., 2010). Bu çalışmada her önerinin ardındaki kanıt düzeyi açık biçimde belirtilmiş; ayrıca fizyolojik durumlar, hemşirelik iş yükü, bebek stres düzeyi gibi unsurlar öneri geliştirme sürecine entegre edilmiştir. Bu çalışma da benzer şekilde, geliştirilen rehberin bu alanda yüksek puan almasıyla metodolojik güvenilirliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, rehberin öneri oluşturma sürecinde olası risklerin, klinik uygulanabilirliğin ve bakımın yarar-zarar dengelerinin göz önünde bulundurulması, kanıta dayalı yaklaşımın titizlikle benimsendiğini göstermektedir. Böylece rehberin sadece teorik bir belge değil, klinik uygulamalara doğrudan yön veren bir araç olarak işlev gördüğünü göstermektedir.

AGREE II'nin “Sunum Açıklığı” boyutu, rehberdeki önerilerin dilinin açık, ifadelerinin net ve uygulamaya dönük olup olmadığını değerlendirir. Rehberde önerilerin adım adım, sistematik ve anlaşılır biçimde yapılandırılması; her uygulamanın gerekçe ve kanıt düzeyiyle desteklenmesi, bu kriterin tam olarak karşılandığını göstermektedir. Bu durum, rehberin klinik kullanımda pratik bir araç olarak benimsenmesini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca, rehberin dilinin sade, kısa ve klinik kullanıma uygun biçimde düzenlenmesi, uygulama sırasında yanlış anlamaların önüne geçilmesini sağlamıştır. Literatürde, önerilerin açık sunulmamasının rehberlerin kullanımını zorlaştırdığı, klinik uyum oranlarını düşürdüğü belirtilmiştir (Zhong ve ark., 2025). Bu bağlamda rehberin bu alandaki güçlü performansı, hemşirelerin rehberi sahada kolayca kullanabilmesine olanak sağlamaktadır.

AGREE II'nin "Uygulanabilirlik" boyutu, rehberin klinik ortamlarda kullanılabilirliğini, engelleyici ve kolaylaştırıcı faktörleri, kaynak gereksinimlerini ve maliyet analizlerini kapsar. Rehberin bu alanda yüksek puan alması, uygulama ortamına uygun biçimde tasarlandığını göstermektedir. Rehberin yönergesine eklenen kontrol listeleri ve eğitim modülleri, rehberin yalnızca teorik değil, pratik bir araç olarak da kullanılabileceğini göstermektedir. Literatürde, klinik rehberlerin çoğunun bu alanda düşük puan aldığı ve uygulama aşamasında güçlüklerle karşılaştığı bildirilmektedir (Siering ve ark., 2013). Bu nedenle, Toplu Bakım Uygulama Rehberi'nin bu boyutta güçlü bulunması, rehberin klinik uygulanabilirliğini destekleyen önemli bir bulgudur.

"Editoryal Bağımsızlık" boyutunda, rehberin geliştirilme sürecinde finansal veya kurumsal çıkar ilişkilerinden etkilenip etkilenmediği değerlendirilir. Çalışmada, rehberin tamamen bilimsel veriler ve uzman görüşleri doğrultusunda, dış yönlendirme olmaksızın oluşturulması; ayrıca geliştirici ekibin çıkar çatışmalarını beyan etmiş olması, bu boyutun da tam karşılandığını göstermektedir. Bu durum, rehberin bilimsel tarafsızlık ve güvenilirlik ilkeleriyle geliştirildiğini ortaya koymaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, Toplu Bakım Uygulama Rehberi'nin AGREE II kriterlerinin tüm alanlarında yüksek uyum göstermesi, rehberin uluslararası düzeyde kabul gören kalite standartlarını sağladığını kanıtlamaktadır. Literatürde birçok rehberin, özellikle "Uygulanabilirlik" ve "Geliştirme Sürecinin Sağlamlığı" boyutlarında düşük puanlar aldığı, bu nedenle klinik uyarlamalarda sınırlılık yaşandığı bildirilmiştir (Brouwers ve ark., 2010; Siering ve ark., 2013). Bu açıdan, geliştirilen rehberin tüm boyutlarda yüksek puan alması hem metodolojik bütünlüğünü hem de klinik geçerliliğini güçlü biçimde desteklemektedir. Böylelikle rehber, yalnızca yerel bağlamda değil, farklı klinik ortamlarda da güvenle uygulanabilir bir kaynak olarak değerlendirilebilir.

5.4. Rehberin Kullanımının Değerlendirilmesine İlişkin Nicel/Nitel Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin Toplu Bakım Rehberi değerlendirme puanlarına ait bulgular, rehberin yenidoğan yoğun bakım hemşireleri tarafından yüksek düzeyde kabul gördüğünü ve klinik uygulama açısından güçlü bir etki potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Rehberin hem bilimsel içerik hem de uygulanabilirlik bakımından yüksek puanlar alması, hemşirelikte rehber temelli yaklaşımların klinik karar verme süreçlerini desteklediğine ilişkin literatürle paralellik göstermektedir (Anderson ve Willson, 2008; Cunha ve ark., 2025). Bu bulgu, rehberin yalnızca

teorik bir bilgi aracı değil, aynı zamanda kanıta dayalı klinik kararları kolaylaştıran bir yapı sunduğunu düşündürmektedir.

Rehberin genel değerlendirmenin nicel bulgularında yüksek katılım “Rehber anlaşılır ve açık bir dille yazılmıştı”, “Rehberdeki bilgiler güncel bilimsel kaynaklara dayanıyordu”, “Rehberdeki bakım önerileri pratiğe uygundu” ve “Yönergeler yeterince açıklı” maddelerinde olup, genel değerlendirme ifadesinde hemşireler çok yüksek oranda rehberi etkili ve yararlı bulunduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar, rehberin anlaşılabilirlik, uygulanabilirlik, klinik uyumluluk ve işlevsellik açısından kullanıcılar tarafından güçlü biçimde desteklendiğini ortaya koymaktadır. Rehber değerlendirme formundan elde edilen bulgular, hemşirelerin Toplu Bakım Uygulama Rehberi’ni genel olarak yüksek düzeyde olumlu değerlendirdiklerini göstermektedir. Literatürde, yenidoğan yoğun bakım hemşireliği alanında geliştirilen rehberlerin etkili olabilmesi için bilimsel geçerlilik, uygulanabilirlik ve kullanıcı dostu yapı özelliklerinin bir arada bulunması gerektiği vurgulanmaktadır (Lee ve ark., 2020; Manzo ve ark. 2023b). Bu bağlamda mevcut çalışmanın bulguları, rehberin bu ölçütleri karşıladığını göstermektedir.

Nitel bulgular, nicel eğilimleri destekler nitelikte olup, hemşirelerin rehberi “bilgiyle güçlenen klinik uygulama” ve “kaliteye katkı, deneyime yansıma” gibi temalar kapsamında tanımladıklarını ortaya koymuştur. Katılımcı ifadeleri, rehberin kanıta dayalı bilgi içerdiğini, pratikte uygulanabilir, eğitici, planlama kolaylığı sağlayan ve bütüncül bakımı destekleyen bir araç olduğunu vurgulamıştır. Bu bulgular, benzer şekilde rehber temelli eğitimlerin hemşirelerin karar verme, klinik muhakeme ve bakım planlama becerilerini güçlendirdiğini gösteren çalışmalarla paralellik göstermektedir (Lee ve ark., 2020; Manzo ve ark. 2023b).

Hemşirelerin rehberi “iş akışıyla uyumlu”, “bakımı yönetmede yol gösterici” ve “yeni başlayan hemşirelerin eğitiminde kolaylık sağlayıcı” olarak değerlendirmeleri, değerlendirme formunun kullanım yönergesi bölümündeki yüksek puanlarla örtüşmektedir. Literatürde rehberlerin, özellikle deneyimsiz hemşirelerde bakımın standardizasyonuna ve hata riskinin azaltılmasına katkı sağladığı bildirilmektedir (Campino ve ark., 2016; Lee ve ark., 2020). Bu sonuç, rehberin klinik süreçlerde tutarlılığı artırarak bakım kalitesini yükselttiğini ve bu yönüyle etkililik hipotezini desteklediğini göstermektedir. Ayrıca nitel bulgularda öne çıkan “tutarlı bakım”, “standardizasyon” ve “bütüncül bakım” kavramları, rehberin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ekip içi koordinasyonu güçlendiren ve bakım sürekliliğini destekleyen bir araç olduğunu düşündürmektedir (Taddio ve ark., 2015).

Bununla birlikte, bazı hemşirelerin “rehberin halihazırda bilinen uygulamaları içerdiği” veya “iş yükü nedeniyle uygulamada zorlayıcı olduğu” yönündeki ifadeleri, rehberin deneyimli hemşirelerde yenilik algısının sınırlı olabileceğini ve uygulanabilirliğin bireysel/özel deneyim ile kurum koşullarına bağlı olarak farklılaşabileceğini göstermektedir. Literatürde benzer biçimde, yeni rehberlerin klinik uygulamalara entegrasyonunun çalışma koşulları, personel sayısı ve iş yoğunluğundan etkilendiği bildirilmektedir (Taddio ve ark., 2015; Tubbs-Cooley ve ark., 2018). Taddio ve ark. (2015) yaptığı çalışmada aşı ile ilişkili ağrı yönetimi eğitim araçları olarak hazırlanmasının ardından hemşireler tarafından kullanım kolaylığı ve bilgi kazanımı açısından değerlendirildiğini, rehberin kullanıcıya uygun olması ve uygulanabilir olmasıyla ilgili somut veri sağlamıştır. Fakat çalışmadaki nitel hemşire ifadeleri çalışmamızla benzer şekilde kliniğin yoğunluğu annelerin var olan sağlık sorunlarına ek olarak rehberle ilişkili müdahaleleri ek iş olarak görmesi ve dolayısıyla hemşirelerin de iş yükünün artması olarak ele alınmış ve bizim çalışmamızdaki ‘iş yükü nedeniyle uygulamada zorlayıcı olduğu’ ifadesiyle örtüşmüştür (Taddio ve ark., 2015). Tubbs-Cooley ve ark. (2018) hemşirelerin bildirdiği verileri kullanarak YYBÜ’nde hemşirelerin 12 saatlik vardiyada iş yüklerinin artmasıyla kaçırılan hemşirelik bakımının önemli ölçüde ilişkili bulmuştur. Yine aynı çalışmada öznel iş yükü, hemşire iş yükünün büyük ölçüde ölçülmeyen önemli bir yönünü temsil ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Tubbs-Cooley ve ark., 2018).

Sonuç olarak, bu çalışma rehberin yüksek etkililik ve uygulanabilirlik puanlarının, nitel bulgularda ortaya çıkan bilimsel dayanak, pratiklik, eğitim desteği ve standardizasyon unsurlarıyla bütünleştiğini göstermiştir. Elde edilen bulgular, rehberin yenidoğan yoğun bakım hemşireliği uygulamalarında bilimsel temeli güçlendiren, bakım süreçlerini kolaylaştıran ve standart bakım kültürünü destekleyen bir araç olarak değerlendirilebileceğini ortaya koymaktadır. Bu yönüyle, rehberin hemşirelerin profesyonel uygulama güvenliğini artırması ve bakım kalitesini yükseltmesi açısından önemli bir katkı sunduğu söylenebilir.

5.5. Grup ve Zamana Göre Toplu Bakım Rehber Puanı ve Bölüm Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, toplu bakım rehberinin bakım gereksinimlerini belirleme ve hazırlık bölümlerine ilişkin puanların eğitim öncesi ve sonrası dönemlerde kontrol ve deney grupları arasında anlamlı fark göstermemesi ($p>0,05$) hemşirelerin bu boyuttaki farkındalık ve değerlendirme becerilerinin eğitim müdahalesinden bağımsız olarak benzer düzeyde kaldığını göstermektedir. Toplu bakım, yenidoğanın fizyolojik stabilitesini korumak, çevresel stresörleri azaltmak ve bakım süreçlerini bebeğin davranışsal durumu ile uyumlu hale getirmeyi

amaçlayan gelişimsel bakım yaklaşımlarından biridir (Valizadeh ve ark., 2014). Ancak bu yaklaşımın etkili biçimde uygulanabilmesi, hemşirenin yalnızca bilgi düzeyine değil, aynı zamanda klinik gözlem becerisine, iş yükü yönetimine ve birim politikalarına da bağlıdır. Sinaktif teoriye (Als 1986) göre, yenidoğanın fizyolojik ve davranışsal sistemleri birbiriyle sürekli etkileşim hâlinindedir ve bu sistemlerin dengesini korumak için hemşire, bebeğin sinyallerini doğru biçimde gözlemlemeli ve bakım gereksinimlerini buna göre belirlemelidir (Als, 1986). Ancak bu becerinin gelişmesi yalnızca bilgi aktarımıyla değil, uzun süreli klinik gözlem, deneyim ve ekip içi koordinasyonla ilişkilidir. Bu doğrultuda, çalışmada eğitim müdahalesinin bakım gereksinimlerini belirleme ve hazırlık bölümünde anlamlı bir değişim oluşturmaması, eğitim içeriğinin bu çok boyutlu faktörleri tek başına dönüştürmede yetersiz kalabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de benzer şekilde, gelişimsel bakım konusundaki eğitimlerin özellikle bilgi düzeyinde kısa vadeli kazanımlar sağlasa da uygulama davranışlarını ve karar verme süreçlerini dönüştürmede sınırlı etkili olabileceği belirtilmektedir (Altimier ve Phillips, 2016; Ceylan ve Kahraman, 2023). Bir başka açıdan bakıldığında ise çalışmada anlamlı farkın ortaya çıkmaması, hemşirelerin eğitim öncesinde de bakım gereksinimlerini belirleme ve hazırlık konularında yüksek düzeyde farkındalığa sahip olmasıyla ilişkili olabilir. Nitekim ortalama puanların her iki grupta da 9,26 gibi yüksek bir değerde seyretmesi, bu bölümde bir tavan etkisi olabileceğini göstermektedir. Coughlin ve ark. (2009) tanımladığı gelişimsel destekleyici bakım toplu bakımın yalnızca hemşirelik becerisi değil, aynı zamanda aile katılımı, çevresel düzenlemeyi de içine alan 5 temel kategoriden oluşan bir yaklaşım olduğunu vurgular (Coughlin ve ark., 2009). Bu doğrultuda, bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve hazırlık süreçlerinde hem bireysel bilgi hem de ekip iş birliği, bakım protokolleri ve kurumsal destek belirleyici olmaktadır. Beccia ve ark. (2025) karmaşık ve yüksek riskli YYBÜ ortamlarının koordineli çok disiplinli ekip çalışması gerektirdiği vurgular. Toplu bakımın YYBÜ’ünde sürdürülebilir biçimde uygulanabilmesi için ekip çalışması, iş yükü yönetimi ve liderlik desteğinin kritik olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla, tek seferlik bir eğitim programının bu çok boyutlu süreci dönüştürmede yetersiz kalması olasıdır. Birçok çalışma, yapılandırılmış ekip çalışması eğitiminin, YYBÜ’lerinde ekip çalışması becerilerini, liderliği, iletişimi ve karşılıklı desteği önemli ölçüde iyileştirebileceğini, ekip performansını ve hasta güvenliğini artırabileceğini ve bunun sonuçlarının da bakıma yansıtacağını göstermiştir (Cordero ve ark., 2013; Heling ve ark., 2021; Kuntz ve ark., 2020; Sawyer ve ark., 2013). Bu sonuç, bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve hazırlık sürecine yönelik eğitimlerin daha uzun süreli, gözleme dayalı, mentörlük ve geribildirim unsurlarını içerecek şekilde yeniden yapılandırılması gerektiğini düşündürmektedir (Hoover ve ark., 2020). Ayrıca, bireysel bilgi ve

farkındalığın ötesinde, kurumsal düzeyde gelişimsel bakım kültürünün, ekip çalışmasının desteklenmesi hemşirelerin karar verme ve önceliklendirme becerilerini güçlendirebilir (Beccia ve ark., 2025).

Araştırma bulgularına göre, toplu bakım uygulama bölüm puanlarının grup ve zamana göre karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,047$). Bu sonuç, verilen eğitimin hemşirelerin toplu bakım uygulamalarını gerçekleştirme düzeylerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Girişim grubunun ortalama puanının kontrol grubuna göre daha yüksek olması, eğitimin hemşirelerin toplu bakım ilkelerini klinik uygulamaya daha etkili biçimde yansıttığını düşündürmektedir. Toplu bakım uygulaması bakım girişimlerinin planlı ve bütüncül biçimde uygulanmasını hedefleyen bir yaklaşımdır (Tokan ve Geçkil, 2019b). Bu nedenle hemşirelerin bu uygulamayı etkin biçimde yerine getirmesi, yalnızca bilgi düzeyleriyle değil, aynı zamanda klinik karar verme, çevresel düzenleme ve zaman yönetimi becerileriyle de yakından ilişkilidir. Eğitim müdahalesinin bu boyutta anlamlı bir farklılık oluşturması, hemşirelerin bu becerileri daha sistematik biçimde kullanmaya başladıklarını ve bakımın organizasyonuna yönelik farkındalık kazandıklarını göstermektedir. Zamana göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması ($p=0,384$) ise, eğitim sonrasında hemşirelerin uygulama düzeylerinde genel bir iyileşme olmasına rağmen bu değişimin kısa vadede istatistiksel olarak belirginleşmediğini düşündürmektedir. Literatürde de benzer şekilde, gelişimsel bakım ve toplu bakım eğitimlerinin bilgi düzeyinde hızlı artış sağladığı, ancak uygulama davranışlarının değişiminin zamanla ve sürekli pekiştirme ile kalıcı hale geldiği belirtilmektedir (Milette ve ark., 2005; Yun ve Kim, 2022). Bu bulgu, davranışsal değişimlerin kalıcı olabilmesi için yalnızca teorik eğitimlerin yeterli olmadığını, gözleme dayalı geribildirim ve mentörlük destekli uygulama eğitimlerinin gerekli olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca grup x zaman etkileşiminin anlamlı olmaması, eğitim müdahalesinin etkisinin zamana yayılmış bir gelişim süreci içinde değerlendirilebileceğini göstermektedir. Bu durum, klinik ortamda toplu bakımın yerleşik uygulama haline gelebilmesi için kurumsal destek, ekip içi koordinasyon ve uygulama standartlarının oluşturulması gerektiğini düşündürmektedir (Chendebois 2021). Bu bulgu, toplu bakım eğitiminin hemşirelerin bakım uygulamalarına olumlu katkı sağladığını, ancak bu etkinin sürdürülebilir ve ölçülebilir düzeyde kalıcı hale gelmesi için eğitim programlarının uygulama temelli, izleme ve geribildirim destekli biçimde tasarlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmadan elde ettiğimiz bakıma ara verme/bakımı sonlandırma bölüm puanındaki anlamlı artış bulgusu oldukça dikkat çekicidir ve verilen eğitimin hemşirelerin toplu bakım

uygulamalarında bebek merkezli, fizyolojik stabiliteyi gözetten bir yaklaşıma yönelmelerini desteklediğini göstermektedir. Eğitim sonrasında girişim grubunda ortanca değerin 3,74'e yükselmesi, hemşirelerin prematüre bebeklerin stres tepkilerini daha iyi tanıdıklarını, bakım sırasında bebeğin tolerans düzeyini gözlemleyerek uygun zamanda ara verme veya bakımı sonlandırma kararını daha bilinçli biçimde alabildiklerini düşündürmektedir. Bu sonuç, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım modeli (Als, 1986; İncekar ve Gözen, 2019) ile uyumludur. Bu yaklaşıma göre, bakımın sürekliliği kadar bebeğin stres ve yorgunluk belirtilerinin izlenmesi ve gerekirse müdahaleye ara verilmesi de bebeğin nörolojik ve fizyolojik stabilitesinin korunması açısından kritiktir (Chandebois ve ark., 2021; Zeiner ve ark., 2016). Özellikle Als'ın sinaktif teorisine göre, bebek davranışları organizasyonun bir göstergesidir ve bakım sırasında bebeğin davranışsal ipuçlarına uygun yanıt verilmesi (örneğin yüzünü çevirmesi, solunumda düzensizlik, motor huzursuzluk vb.) hemşirelik müdahalesinin zamanlamasını belirlemelidir (Als, 1986; Westrup, 2007; Zeiner ve ark., 2016). Ayrıca, gelişimsel bakım modelinde bakımın bebeğin kendi ritmiyle uyumlu yürütülmesini ve tolerans eşiği aşıldığında bakımın durdurulmasını önerir (Liu ve ark., 2007; Sarı ve Çiğdem, 2013). Bu bağlamda, elde edilen bulgular eğitimin hemşirelerin bu prensipleri içselleştirmesini desteklediğini, bakımın sürekliliği kadar bebek sinyallerine duyarlılıkla bakımın sonlandırılmasının da gelişimsel bakımın bir bileşeni olarak benimsendiğini ortaya koymaktadır. Benzer biçimde, Zeiner ve ark. (2016) ve Ceylan ve ark., (2020) hemşirelerin gelişimsel bakım eğitimi aldıktan sonra bakım sırasındaki bebek stres belirtilerini daha doğru tanımlayabildiklerini ve gereksiz müdahale süresini azalttıklarını bildirmiştir (Ceylan ve ark., 2020; Zeiner ve ark., 2016). Bu çalışmalar, elde edilen bulgunun yönünü destekler niteliktedir.

Araştırmanın kayıt bölümüne ilişkin puanlar açısından hem gruplar arası hem de grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, verilen eğitimin hemşirelerin toplu bakım uygulamalarında kayıt tutma davranışlarını anlamlı düzeyde değiştirmediklerini göstermektedir. Kayıt tutma, hemşirelik bakımının izlenebilirliğini ve sürekliliğini sağlayan temel bir profesyonel sorumluluktur (Etgü ve Güçlü, 2022). Ancak yoğun bakım ortamında hemşirelerin zaman baskısı, iş yükü fazlalığı ve bakım önceliklerinin değişkenliği, kayıt süreçlerini genellikle "tamamlayıcı" bir görev haline getirmektedir (De Groot ve ark., 2022). Bu durum, bakımın en kritik unsurlarından biri olan belgelenmenin göz ardı edilmesine ya da yalnızca rutin formların doldurulmasıyla sınırlı kalmasına neden olmaktadır (Palaz ve ark., 2011). Çalışmanın bu boyutunda anlamlı bir değişim gözlenmemesi, hemşirelerin kayıt tutma davranışlarının eğitimden ziyade kurumsal işleyiş, zaman yönetimi,

kayıt sistemlerinin pratikliği ve yönetsel denetim mekanizmalarıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Nitekim literatürde de hemşirelerin kayıt süreçlerindeki davranışlarının ve iş yükü algılarının kurumsal ve klinik kültürden güçlü biçimde etkilendiği bildirilmektedir (De Groot ve ark., 2022). Ayrıca, kayıt bölümünün ortanca değerlerinin her iki grupta da oldukça yüksek ve benzer düzeyde seyretmesi, hemşirelerin eğitim öncesinde dahi belirli bir kayıt farkındalığına ve alışkanlığına sahip olduklarını göstermektedir. Bu durum, kayıt süreçlerinin kurum tarafından standartlaştırılmış olması veya hemşirelerin bu uygulamayı mesleki bir zorunluluk olarak içselleştirmiş olmalarıyla açıklanabilir. Önceki çalışmalarda da kayıt uygulamalarını geliştirmeye yönelik eğitimlerin, özellikle dijital sistemlerin entegrasyonu ve klinik gözlemle desteklendiği durumlarda daha etkili olduğu bildirilmektedir (De Groot ve ark., 2022; De Groot ve ark., 2020). Dolayısıyla bu çalışmada anlamlı bir farkın oluşmaması, yalnızca bilgi temelli değil, aynı zamanda uygulama temelli ve teknolojik destekli müdahalelerin gerekliliğine işaret etmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen önemli bulgulardan biri de toplu bakım rehberi puanının hem grup hem de zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar oluşturmasıdır. Özellikle girişim grubunda gözlenen anlamlı artış, uygulanan eğitimin hemşirelerin toplu bakım uygulamalarını bütüncül biçimde planlama, yürütme ve değerlendirme becerilerini geliştirdiğini güçlü biçimde göstermektedir. Bu bulgu, çalışmanın en kritik noktalarından biridir; çünkü toplu bakım rehberi puanı, hemşirelerin yalnızca bilgi düzeyini değil, aynı zamanda klinik karar verme, önceliklendirme, çevresel düzenleme ve bebek merkezli yaklaşımı uygulamaya aktarma düzeyini de yansıtmaktadır. Girişim grubunun eğitim sonrasında anlamlı biçimde daha yüksek puan alması, geliştirilen rehberin kanıta dayalı, yapılandırılmış ve uygulama odaklı bir eğitim materyali olarak hemşirelik uygulamalarında etkin bir değişim yarattığını göstermektedir. Bu sonuç, toplu bakımın yalnızca bir klinik protokol değil, aynı zamanda bir bakım felsefesi olarak benimsenmesinde rehber temelli eğitimlerin belirleyici olduğunu göstermektedir. Literatürde de rehber temelli uygulamaların hemşirelerin öz yeterliliklerini, bakım kalitesini ve standardizasyonunu artırdığı; hasta güvenliğini ve profesyonel tatmini güçlendirdiği belirtilmektedir (Berdida, 2024; Cassidy ve ark., 2021). Zamana göre anlamlı farkın saptanması ($p=0,023$), eğitimin etkisinin yalnızca bilgi düzeyinde kalmadığını, hemşirelerin zaman içinde rehberi kullanma alışkanlığı geliştirdiğini göstermektedir. Bu durum, toplu bakımın öğrenilen bir davranıştan çok, tekrarla pekişen ve klinik deneyimle güçlenen bir süreç olduğunu desteklemektedir. Rehberin, bakım sürecine sistematik bir yapı kazandırarak hemşirelerin müdahale sıklığını, zamanlamasını ve

önceliklendirmesini düzenlemesi, bakım kalitesinin sürdürülebilirliğine katkı sağlamıştır. Grup x zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olmaması, eğitim etkisinin zamana yayılan, ancak doğrudan ölçülemeyen bir gelişim süreci içinde ortaya çıktığını düşündürmektedir. Bu bulgu, davranışsal değişimlerin kısa vadede tam olarak ölçülemeyeceği, ancak rehberin uzun dönemli kullanımıyla bakım algısına entegre olabileceği yönündeki literatürle de örtüşmektedir (Ament ve ark., 2015; Nadalin Penno ve ark., 2022). Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, toplu bakım rehberinin hem bilgi aktarımını hem de klinik uygulama standardizasyonunu sağlayarak hemşirelerin bakım performansını güçlendirdiği söylenebilir. Bu durum, rehberin yalnızca bir eğitim aracı değil, aynı zamanda klinik karar verme süreçlerini destekleyen bir kanıta dayalı uygulama modeli olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle girişim grubunda elde edilen yüksek ortanca değer, rehberin hemşirelerin klinik pratiklerine somut biçimde yansıdığını ve toplu bakımın planlı, organize ve bebek merkezli biçimde uygulanmasını kolaylaştırdığını göstermektedir. Sonuç olarak, toplu bakım rehberinin kullanımı hemşirelerin bilgi, farkındalık ve uygulama düzeylerinde bütüncül bir gelişim sağlamış; bu etki, eğitimin sürdürülebilirliği açısından da klinik bakım kalitesinin artırılmasında önemli bir katkı sunmuştur. Bu bulgu, rehberin yalnızca araştırma kapsamında değil, YYBÜ hemşirelik bakım standartlarının geliştirilmesinde uygulanabilir bir model olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen bölüm değişimlerinin yönüne ilişkin bulgular, eğitimin hemşirelerin toplu bakım sürecini nasıl yeniden yapılandırıldığını ortaya koymaktadır. Gruplar arasında bakıma hazırlık, toplu bakım uygulama ve bakıma ara verme/bakımı sonlandırma bölümlerindeki anlamlı farklılıklar, verilen eğitimin yalnızca bilgi aktarımı düzeyinde değil, farkındalık oluşturarak uygulama alışkanlıklarını da değiştiren bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Eğitim sonrasında girişim grubunda bu bölüm puanlarının düşmesi, hemşirelerin bakımı planlama ve yürütme sürecinde daha seçici, bebek merkezli ve fizyolojik dengeyi önceleyen bir yaklaşıma yöneldiklerini göstermektedir. Bu durum, eğitimin hemşirelerin gereksiz ya da bebek için uygun olmayan müdahaleleri azaltmalarına, bakım aralıklarını fizyolojik stabiliteye göre ayarlamalarına ve bakım yoğunluğunu daha bilinçli biçimde düzenlemelerine katkı sağladığını düşündürmektedir. Öte yandan, bakıma ara verme/bakımı sonlandırma bölümündeki anlamlı fark ($p=0,015$), rehberin yalnızca uygulama aşamasını değil, bakımın bitiş ve geçiş süreçlerini de etkilediğini ortaya koymaktadır. Ayrıca bu bulgu hemşirelerin bebeklerin tolerans sınırlarını daha iyi değerlendirdiğini, bakımın süresini ve sıklığını bebeğin fizyolojik yanıtına göre modifiye ettiklerini göstermesi

bakımından önemlidir. Bu durum, hemşirelerin bakım sürekliliğini destekleyen, bebeğin fizyolojik yanıtlarını gözeten ve müdahale sonrası gözlemleri sistematik biçimde yürütme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bu bulgu, Als'ın (1986) sinaktif teorisine dayalı bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yaklaşımıyla da örtüşmektedir; çünkü bu modele göre bakımın zamanlaması ve kapsamı, bebeğin davranışsal ve fizyolojik göstergelerine göre dinamik biçimde düzenlenmelidir (Als, 1986). Literatürde de bakımın sonlandırılmasının bebek konforu, stres yanıtı ve fizyolojik stabilite üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğu (Altımier ve Phillips, 2016), bu nedenle rehber temelli standardizasyonun önemli olduğu vurgulanabilmektedir. Bakıma hazırlık aşamasındaki gelişme, eğitimin hemşirelerin girişim öncesi değerlendirme, çevresel düzenleme ve fizyolojik stabiliteyi koruma konusundaki duyarlılıklarını artırdığı şeklinde yorumlanabilir. Bu bulgu, literatürde rehber temelli eğitimlerin hemşirelerin klinik uygulama güvenini, bakım standartlarına uyumunu ve klinik akıl yürütme becerilerini geliştirdiğini bildiren çalışmalarla paralellik göstermektedir (Ament ve ark., 2015; Nadalin Penno ve ark., 2022). Ayrıca, bakıma hazırlık bölümündeki anlamlı fark, eğitim sonrasında hemşirelerin bakım öncesi çevresel hazırlık, ekipman seçimi ve bebeğin pozisyonlandırılması gibi unsurlara daha fazla dikkat ettiğini; dolayısıyla bakımın organizasyonel bütünlüğünü ve planlı doğasını güçlendirdiklerini düşündürmektedir. Buna karşın, bakım gereksinimlerini belirleme ve kayıt bölümünde anlamlı fark gözlenmemesi, bu alanlarda eğitimin kısa vadede ölçülebilir bir etki yaratmamış olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle kayıt süreçlerinin kurumsal politikalar ve iş yüküyle yakından ilişkili olması, bireysel eğitim müdahalesinin etkisini sınırlamış olabilir. Ayrıca, gereksinim belirleme bölümünde bir tavan etkisi oluşmuş olması da olasıdır; çünkü hemşirelerin bu alandaki bilgi düzeylerinin eğitim öncesinde de yüksek olması, değişim aralığını daraltmış olabilir. Her ne kadar rehberin toplam puanındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da ($p=0,078$), bölümündeki gözlenen bu farklılıklar, eğitimin davranışsal düzeyde önemli bir dönüşüm yarattığını göstermektedir. Sonuç olarak, rehber temelli eğitimin toplu bakım sürecinin belirli boyutlarında anlamlı gelişmeler sağladığı, bu gelişimin özellikle uygulama bütünlüğü, bakım planlaması ve süreç yönetiminde öne çıktığı söylenebilir. Bu durum, toplu bakımın standardizasyonunu güçlendiren, hemşirelik uygulamalarında öngörülebilirlik ve tutarlılığı artıran bir sonuç olarak değerlendirilebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Bu araştırma, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yaklaşımı temelinde YYBÜ’nde toplu bakım uygulamalarının kapsamına yönelik kanıta dayalı bir toplu bakım uygulama rehberi geliştirmek ve etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma soruları ve hipotezlerine yönelik elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

Çalışmanın birinci aşamasının sonuçları:

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde toplu bakım uygulamalarına yönelik olarak, de novo rehber geliştirme yöntemine göre kanıta dayalı 55 madde 5 bölümden oluşan toplu bakım uygulama rehberi geliştirilmiştir. Rehber geliştirme metodolojik tasarım kullanılarak de novo rehber geliştirme yöntemiyle; (1) Literatür taraması, (2) Tanımlayıcı çalışma, (3) Sistematik derleme, (4) Klinik gözlem, (5) Odak grup görüşmeleri, (6) Uzman görüşleriyle taslak rehberin değerlendirilmesi ve (7) Pilot uygulamayı içeren yedi adımlı sistematik süreçte tamamlanmıştır.

Uzman görüşleri doğrultusunda elde edilen bulgularla tüm maddelerin kapsam geçerlilik indeksi (KGI) 0.78’in üzerinde, ölçek düzeyinde içerik geçerlilik indeksi ise 0.96 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar rehberin kapsam açısından yüksek düzeyde geçerli olduğunu göstermektedir. AGREE II değerlendirmesine göre elde edilen bulgular, Toplu Bakım Uygulama Rehberi’nin metodolojik, içeriksel ve yapısal açıdan yüksek kalitede olduğunu göstermektedir. Rehberin, kapsam ve amaçtan editoryal bağımsızlığa kadar tüm alanlarda uluslararası standartları karşılaması, bilimsel güvenilirliğini ve klinik uygulanabilirliğini pekiştirmiştir. Bu sonuçlar, rehberin yenidoğan yoğun bakım hemşireliği alanında klinik karar verme süreçlerini destekleyen, kanıta dayalı, güvenilir ve sürdürülebilir bir araç olarak kullanılabileceğini ortaya koymaktadır.

Rehber değerlendirme formuna göre hemşirelerin büyük çoğunluğu, rehberin açıklık, anlaşılabilirlik ve pratiğe aktarılabilirlik gibi ölçütlere “5 – tamamen katılıyorum” düzeyinde olumlu görüş bildirmiştir. Nitel analiz sonucunda “Bilgiyle Güçlenen Klinik Uygulama”, “Kaliteye Katkı, Deneyime Yansıma”, “Alışılmışın Ötesinde Bir Rehber” ve “Eksikleri Tamamlamak: Daha İleriye” olmak üzere 4 tema, 9 alt tema ve 42 alt kategori belirlenmiştir. Bu çalışma sonucunda, prematüre bebeklerin hemşirelik bakım süreçlerini yapılandıran, bilimsel kanıta dayalı ve yüksek düzeyde etkili bir Toplu Bakım Uygulama Rehberi geliştirilmiş, hemşireler tarafından yapılan değerlendirmede de kullanışlı olduğu bulunmuştur.

Çalışmanın ikinci aşamasının sonuçları:

Rehberin uygulanması, hemşirelerin bakıma hazırlık, toplu bakım uygulama ve bakımı sonlandırma süreçlerinde anlamlı gelişmeler sağlamış; hemşirelerin bebeklerin fizyolojik stabilitesine ve davranışsal tepkilerine duyarlılığını artırmıştır. Bu sonuç, rehberin yalnızca bilgi aktarımı değil, aynı zamanda klinik karar verme, zaman yönetimi ve uygulama bütünlüğü gibi davranışsal boyutlarda da olumlu etki oluşturduğunu göstermektedir. Çalışmadan elde edilen önemli bulgulardan biri olan toplu bakım rehberi puanının hem grup hem de zaman açısından özellikle girişim grubunda anlamlı artış göstermesi, uygulanan eğitimin hemşirelerin toplu bakım uygulamalarını bütüncül biçimde planlama, yürütme ve değerlendirme becerilerini geliştirdiğini güçlü biçimde göstermektedir.

Araştırma hipotezleri doğrultusunda ise; toplu bakım uygulama rehberine göre bakım veren müdahale grubundaki hemşirelerin; ‘Bakım gereksinimlerini belirleme puanları kontrol grubundan yüksektir. (H11)’, ‘Bakıma hazırlık puanları kontrol grubundan yüksektir. (H12)’, ‘Kayıt puanları kontrol grubundan yüksektir. (H15)’ şeklindeki H11, H12 ve H15 hipotezleri reddedilmiştir. ‘Bakımı uygulama puanları kontrol grubundan yüksektir. (H13)’, ‘Bakıma ara verme/ bakımı sonlandırma puanları kontrol grubundan yüksektir. (H14)’, ‘Toplu bakım uygulama rehberi toplam puanları kontrol grubundan yüksektir. (H16)’ şeklindeki H13, H14 ve H16 hipotezleri kabul edilmiştir.

6.2.Öneriler

Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde;

Klinik hemşireleri için öneriler;

1. Toplu Bakım Uygulama Rehberi, yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin oryantasyon ve hizmet içi eğitim programlarına entegre edilerek kullanılmasının desteklenmesi,
2. Klinik ortamlarda toplu bakımın sürekliliğini sağlamak amacıyla, rehberin kullanımı kurumsal protokollere entegre edilerek standardize edilmiş bakım rehberi haline getirilmesi,
3. Kayıt süreçlerinin etkinliğini artırmak için dijital sistemlerle uyumlu, pratik ve hızlı doldurulabilir elektronik bakım formları geliştirilmesi,
4. Toplu bakım eğitimi, gelişimsel bakım ilkeleriyle birlikte yapılandırılarak hemşirelerin bebek davranışlarını gözlemleme ve yorumlama becerilerini geliştirecek biçimde tasarlanması ve toplu bakım uygulama eğitiminin hemşirelik müfredatıyla desteklenmesi,

Rehber geliştirmeye yönelik öneriler;

5. Toplu Bakım Uygulama Rehberi'nin farklı kurumlarda ve daha geniş örneklerle test edilmesi,
6. Rehberin elektronik formunun geliştirilip yaygınlaştırılması,
7. Düzenli olarak 3-5 yılda bir rehberin güncellemesinin yapılması

Araştırmacılar için öneriler;

8. Toplu bakım uygulama rehberine göre verilen toplu bakımın bebeklerin fizyolojik parametreleri, uyku, konfor düzeyi, büyüme, gelişme ve taburculuk vb. sonuçları üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmalar yapılması,
9. Rehberin uzun dönemli etkilerini değerlendirmek amacıyla, izlem çalışmaları yapılması,
10. Toplu bakım uygulama rehberine göre verilen toplu bakımın aile sonuçlarına etkisini inceleyen çalışmalar yapılması,
11. Çalışmada gözlenen olası gözlemci yanlılığı etkisini azaltmak için, gözlemlerin farklı vardiyalarda ve zaman dilimlerinde tekrarlanması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- AGREE-II. (2017). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. AGREE Enterprise. (Next Steps Consortium).
- Akın, B., & Koçoğlu, D. (2017). Randomize kontrollü deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(1), 73-92.
- Akpınar, F., & Göçmen, İ. (2014). Yenidoğanlarda Deri Bakımı. *Maltepe Tıp Dergisi*, 6(2), 1-3.
- Aksayan, S., & Gözüm, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1), 3-14.
- Allinson, L. G., Denehy, L., Doyle, L. W., Eccles, A. L., Dawson, J. A., Lee, K. J., & Spittle, A. J. (2017). Physiological stress responses in infants at 29–32 weeks' postmenstrual age during clustered nursing cares and standardised neurobehavioural assessments. *BMJ Paediatrics Open*, 1(1), e000025.
- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243.
- Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 6(3-4), 3-53.
- Alşan, Y. (2009). *Koah üzerine klinik yol çalışması: Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde bir uygulama* Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn And Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230-244.
- Ament, S. M., de Groot, J. J., Maessen, J. M., Dirksen, C. D., van der Weijden, T., & Kleijnen, J. (2015). Sustainability of professionals' adherence to clinical practice guidelines in medical care: a systematic review. *BMJ open*, 5(12), e008073.
- Anderson, J. A., & Willson, P. (2008). Clinical decision support systems in nursing: synthesis of the science for evidence-based practice. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 26(3), 151-158.
- Arpacı, T., & Altay, N. (2017). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım: Güncel Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(3).
- Aydin, D., & Ciftci, E. K. (2015). Neonatal intensive care unit nurses' levels of information regarding therapeutic positions to be applied to preterm newborns. *Güncel Pediatri*, 13(1).
- Aytekin, A., Albayrak, E. B., Küçükoğlu, S., & Caner, İ. (2014). Erken doğmuş bebeklerde kaşık ve biberonla beslenme yöntemlerinin tam anne memesine geçiş süresi ve emme başarısı üzerine etkisi. *Türk Arch Ped*, 49, 307-313.
- Başer, D. A., Kahveci, R., Aksoy, H., Yaşar, İ., Koç, M., & Özkara, A. (2015). Klinik Uygulama Rehberi Geliştirme Yöntemlerine Bakış. *Yeni Tıp Dergisi* 32, 186-190.
- Bazregari, M., Mirlashari, J., Ranjbar, H., & Pouraboli, B. (2019). Effect of Clustered Nursing Care on Sleep Behaviors of the Preterm Neonates Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Neonatology*, 10(3).
- Beauchemin, M., Cohn, E., & Shelton, R. C. (2019). Implementation of clinical practice guidelines in the health care setting: a concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 42(4), 307-324.
- Bell, E. A., Rufrano, G. A., Traylor, A. M., Ohning, B. L., & Salas, E. (2023). Enhancing team success in the neonatal intensive care unit: challenges and opportunities for fluid teams. *Frontiers in Psychology*, 14, 1284606.
- Berdida, D. J. E. (2024). Intensive and critical care nurses patient safety, care quality, professional self-efficacy, and missed nursing care: Structural equation model analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 21(5), 493-504.
- Bindler, R. M., Ball, J. W., London, M. L., & Davidson, M. R. (2014). *Anne ve çocuk hemşireliği klinik uygulama becerileri kitabı*. Nobel Akademik Yayıncılık.

- Boxwell, G. (2016). *Yenidoğan yoğun bakım hemşireliği* (K. A. Güdücü Tüfekçi F., D. Kardaş Özdemir, Ed. Vol. 2). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Brandon, D. H., Hatch, D., Barnes, A., Vance, A. J., Harney, J., Voigtman, B., & Younge, N. (2022). Impact of diaper change frequency on preterm infants' vital sign stability and skin health: a RCT. *Early Human Development*, 164, 105510.
- Brashear, N., D'errico, E., Truax, F. N., Pentecost, A., Tan, J. B., Bahjri, K., & Angeles, D. (2023). Physiological effects of handling in moderate to late preterm infants receiving neonatal intensive care. *Advances in Neonatal Care*, 23(3), 272-280.
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., & Hanna, S. E. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Cmaj*, 182(18), E839-E842.
- Cabral, L. A., & Velloso, M. (2014). Comparing the effects of minimal handling protocols on the physiological parameters of preterm infants receiving exogenous surfactant therapy. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 18(02), 152-164.
- Campino, A., Santesteban, E., Pascual, P., Sordo, B., Arranz, C., Unceta, M., & Lopez-de-Heredia, I. (2016). Strategies implementation to reduce medicine preparation error rate in neonatal intensive care units. *European Journal of Pediatrics*, 175(6), 755-765.
- Cardona, V. Q., LaBadie, A., Cooperberg, D. B., Zubrow, A., & Touch, S. M. (2021). Improving the neonatal team handoff process in a level IV NICU: reducing interruptions and handoff duration. *BMJ open quality*, 10(1), e001014.
- Carey, S. (2021). *ODN Clinical Guideline: Developmental Care. NHS England Neonatal and Paediatric Critical Care Network*. <https://doi.org/https://www.eoneonatalpccsicnetwork.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/09/Developmental-Care-Guideline.pdf>
- Cartagena, D., Penny, F., McGrath, J. M., Reyna, B., Parker, L. A., & McInnis, J. (2022). Differences in neonatal outcomes among premature infants exposed to mother's own milk versus donor human milk. *Advances in Neonatal Care*, 22(6), 539-549.
- Cassidy, C. E., Harrison, M. B., Godfrey, C., Nincic, V., Khan, P. A., Oakley, P., Ross-White, A., Grantmyre, H., & Graham, I. D. (2021). Use and effects of implementation strategies for practice guidelines in nursing: a systematic review. *Implementation Science*, 16(1), 102.
- Ceylan, S. S., & Kahraman, A. (2023). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Destek Yetkinlik Durumlarının İncelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 337-342.
- Chandebois, L., Nogue, E., Bouschbacher, C., Durand, S., Masson, F., Mesnage, R., Nagot, N., & Cambonie, G. (2021). Dissemination of newborn behavior observation skills after Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) implementation. *Nursing Open*, 8(6), 3547-3557.
- Church, C. D. (2016). Defining competence in nursing and its relevance to quality care. *Journal for Nurses in Professional Development*, 32(5), E9-E14.
- Cimete, G., Kuşuoğlu, S., & Dede Çınar, N. Ç. (2018). Çocuk, hastalık ve hastane ortamı, İçinde: Conk Z. Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Boluşık B.(Ed.). *Pediatric Hemşireliği*, 3. Bölüm, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 101-160.
- Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrout, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., & Melnyk, B. M. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(1), 6-15.
- Cordero, L., Hart, B. J., Hardin, R., Mahan, J. D., & Nankervis, C. A. (2013). Deliberate practice improves pediatric residents' skills and team behaviors during simulated neonatal resuscitation. *Clin Pediatr (Phila)*, 52(8), 747-752. <https://doi.org/10.1177/0009922813488646>
- Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of advanced nursing*, 65(10), 2239-2248.

- Cowie, J., Nicoll, A., Dimova, E. D., Campbell, P., & Duncan, E. A. (2020). The barriers and facilitators influencing the sustainability of hospital-based interventions: a systematic review. *BMC health services research*, 20(1), 588.
- Creswell, J. W., & Sözbilir, M. (2017). *Karma yöntem araştırmalarına giriş. Pegem akademi yayıncılık, Ankara*,
- Cunha, L., Ventura, F., Pestana-Santos, M., Mota, M., Lomba, L., & Santos, M. R. (2025). Decision support strategies for bedside nursing clinical reasoning: a scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 100393.
- Çağlayan, N., & Balcı, S. (2014). Preterm Yenidoğanlarda ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem: cenin pozisyonu. *FN Hem. Derg*, 22(1), 63-68.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197.
- De Groot, K., De Veer, A. J., Munster, A. M., Francke, A. L., & Paans, W. (2022). Nursing documentation and its relationship with perceived nursing workload: a mixed-methods study among community nurses. *BMC nursing*, 21(1), 34.
- De Groot, K., De Veer, A. J., Paans, W., & Francke, A. L. (2020). Use of electronic health records and standardized terminologies: A nationwide survey of nursing staff experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103523.
- Derienzo, C., Lenfestey, R., Horvath, M., Goldberg, R., & Ferranti, J. (2014). Neonatal intensive care unit handoffs: a pilot study on core elements and epidemiology of errors. *Journal of Perinatology*, 34(2), 149-152.
- Dursun, M., & Bülbül, A. (2014). Mekanik ventilasyondaki yenidoğan bebeğin bakımı. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(2), 67-78.
- Etgü, A., & Güçlü, A. (2022). Hastanelerin tıbbi kayıtlardan doğan sorumlulukları. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*(13), 127-136.
- Field, M. J., & Lohr, K. N. (1990). *Clinical practice guidelines* (Vol. 1990). National Academy Press.
- Geçkil, T., & Tikici, M. (2015). Örgütsel demokrasi ölçeği geliştirme çalışması. *Amme İdaresi Dergisi*, 48, 41-78.
- Geraghty, A. W., Becque, T., Roberts, L. C., Hill, J. C., Foster, N. E., Yardley, L., Stuart, B., Turner, D. A., Hay, E., & Griffiths, G. (2024). Supporting self-management of low back pain with an internet intervention with and without telephone support in primary care (SupportBack 2): a randomised controlled trial of clinical and cost-effectiveness. *The Lancet Rheumatology*, 6(7), e424-e437.
- Godarzi, Z., Zarei, K., Shariat, M., Nikafs, N., & Sepaseh, H. (2018). Correlations of Handling Procedures and Sleep Patterns of the Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Neonatology*, 9(3).
- Gözen, D., & Girgin, B. A. (2017). Preterm bebeklerde oral beslenmeyi destekleyici kanıta dayalı girişimler. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7(4), 171-174.
- Greenberg, J. M., Gruner, K. A., Rodney, L., Struve, J. N., Kang, D., Cao, Y., & Lang, R. A. (2023). Biologically aware lighting for newborn intensive care. *Journal of Perinatology*, 43(Suppl 1), 49-54.
- Gülay Ogelman, H. (2014). Okul Öncesi Eğitim Kurumlarında Serbest Zaman Etkinliklerinin Gözlemlenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(26). 125-138.
- Güngör, S., & Tosun, B. (2023). Hemşirelerin hasta devir teslim süreci. *Uluborlu Mesleki Bilimler Dergisi*, 6(2), 118-126.
- Halek, M., Holle, D., & Bartholomeyczik, S. (2017). Development and evaluation of the content validity, practicability and feasibility of the Innovative dementia-oriented Assessment system for challenging behaviour in residents with dementia. *BMC Health Services Research*, 17(1), 554.
- Heling, A. Z., Price, W. A., McNeal-Trice, K. A., & Aliaga, S. R. (2021). Teamwork, communication and resident leadership at resident-attended, neonatal delivery room resuscitations. *Journal of Perinatology*, 41(3), 627-633.

- Hendy, A., Soliman, S. M., Al-Sharkawi, S. S., Alruwaili, M. F., Hassani, R., & Reshia, F. A. A. (2022). Effect of clustering nursing care on spreading covid-19 infection among nurses: a retrospective study. *International Journal of General Medicine*, 15, 6801.
- Hoffmann-Eßer, W., Siering, U., Neugebauer, E. A., Brockhaus, A. C., Lampert, U., & Eikermann, M. (2017). Guideline appraisal with AGREE II: systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments. *PloS One*, 12(3), e0174831.
- Holsti, L., Grunau, R. E., Oberlander, T. F., & Whitfield, M. F. (2005). Prior pain induces heightened motor responses during clustered care in preterm infants in the NICU. *Early Human Development*, 81(3), 293-302.
- Holsti, L., Grunau, R. E., Whitfield, M. F., Oberlander, T. F., & Lindh, V. (2006). Behavioral responses to pain are heightened after clustered care in preterm infants born between 30 and 32 weeks gestational age. *The Clinical Journal of Pain*, 22(9), 757-764.
- Holsti, L., Weinberg, J., Whitfield, M. F., & Grunau, R. E. (2007). Relationships between adrenocorticotrophic hormone and cortisol are altered during clustered nursing care in preterm infants born at extremely low gestational age. *Early Human Development*, 83(5), 341-348.
- Hoover, J., Koon, A. D., Rosser, E. N., & Rao, K. D. (2020). Mentoring the working nurse: a scoping review. *Human Resources for Health*, 18(1), 52.
- Hopewell, S., Chan, A.-W., Collins, G. S., Hróbjartsson, A., Moher, D., Schulz, K. F., Tunn, R., Aggarwal, R., Berkwitz, M., & Berlin, J. A. (2025). CONSORT 2025 statement: updated guideline for reporting randomised trials. *The Lancet*, 405(10489), 1633-1640.
- Huang, Y., Zhou, L., Abdillah, H., Hu, B., & Jiang, Y. (2022). Effects of swaddled and traditional tub bathing on stress and physiological parameters of preterm infants: A randomized clinical trial in China. *Journal of Pediatric Nursing*, 64, e154-e158.
- İbiş, M., Günay, İ., Aksoy, M., Özbaş, S., Tezel, B., & Keskinçilic, B. (2014). Neonatal Resisitasyon-yenidoğan Canlandırması. In.
- İlahi, Z., Capolongo, T., DiMeglio, A., Demissie, S., & Rahman, A. (2023). Impact of an infant-driven feeding initiative on feeding outcomes in the preterm neonate. *Advances in Neonatal Care*, 23(3), 205-211.
- İncekar, M. Ç., Çeçen, E., Kazmacı, V. K., Selalmaz, M., & Ogut, N. U. (2024). Individualized Developmental Care Practices of Nurses Working in Neonatal Intensive Care Units: A Qualitative Study. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 11(1), 35-45.
- İncekar, M. Ç., & Gözen, D. (2019). Preterm bebeklerde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım. *Sağlık ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2(1), 16-21.
- Jani, P., Mishra, U., Buchmayer, J., Maheshwari, R., D'Çruz, D., Walker, K., Gözen, D., Lowe, K., Wright, A., & Marceau, J. (2023). Global variation in skin injuries and skincare practices in extremely preterm infants. *World Journal of Pediatrics*, 19(2), 139-157.
- Jeyamoni, D. (2018). *A Study to Assess the Effectiveness of Clustered Care on Physiological Parameters, Stress Level and Comfort among Preterm Newborn admitted in NICU in Tertiary Care Settings, Coimbatore* PSG College of Nursing, Coimbatore].
- Kanbur, B. N., & Balci, S. (2017). Preterm yenidoğanlarda koku. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(3), 272-276.
- Kang, M., Ragan, B. G., & Park, J.-H. (2008). Issues in outcomes research: an overview of randomization techniques for clinical trials. *Journal of Athletic Training*, 43(2), 215-221.
- Kapı, E., & Bozkurt, M. (2011). çOCuk BEZİ BASISINA BAĞLI GLuTEAL NEkROz: OLGu SuNuMu. *Türk Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 19(1), 39-42.
- Kaplan, H. C., Timpson, W., Meyers, J., Schierholz, E., Cohen, H., Fry, M., Zayack, D., Soll, R. F., Morrow, K. A., & Edwards, E. M. (2023). Shift-to-shift handoffs in the NICU: lessons learned from a large scale audit. *Journal of Perinatology*, 43(12), 1468-1473.
- Karabulut, A. A. (2011). Yenidoğanda Deri Fizyolojisi ve Topikal İlaç Kullanımı. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 45.

- Karadeniz, H., & Yıldız, H. (2021). Klinik Uygulamada rehberler: doğum sonu Döneme ait örnekler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(3), 296-307.
- Karahan, A., & Kav, S. (2018). Hemşirelikte mesleki yetkinlik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(2), 160-168.
- Karataş, Z. (2017). Sosyal Bilim Araştırmalarında Paradigma Değişimi: Nitel Yaklaşımın Yükselişi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*. 1(1).
- Kemper, C., Haney, B., Oschman, A., Lee, B. R., Lyman, B., Parker, L., & Brandon, D. (2019). Acidity of enteral feeding tube Aspirate in neonates: do pH values meet the cutoff for predicting gastric placement? *Advances in Neonatal Care*, 19(4), 333-341.
- Köse, S., Sabetsarvestani, R., Geçkil, E., Tokan Ozkilicaslan, F., Karaarslan, F., Erturk Tosun, E., & Altunhan, H. (2024). Establishing a Contextualized Intervention Program for Noise Reduction in a Neonatal Intensive Care Unit. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 17(4), 65-74.
- Kuntz, L., Scholten, N., Wilhelm, H., Wittland, M., & Hillen, H. A. (2020). The benefits of agreeing on what matters most: Team cooperative norms mediate the effect of co-leaders' shared goals on safety climate in neonatal intensive care units. *Health Care Manage Rev*, 45(3), 217-227. <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000220>
- Lee, H., Kim, D.-J., & Han, J.-W. (2020). Developing nursing standard guidelines for nurses in a neonatal intensive care unit: A delphi study. *Healthcare*,
- Legendre, V., Burtner, P. A., Martinez, K. L., & Crowe, T. K. (2011). The evolving practice of developmental care in the neonatal unit: a systematic review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 31(3), 315-338.
- Leonard, J. (2008). Exploring neonatal touch. *Wesley J Psychol*, 3, 39-47.
- Lewis, L. S., Rebesch, L. M., & Hunt, E. (2022). Nursing education practice update 2022: competency-based education in nursing. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221140774.
- Liu, W. F., Laudert, S., Perkins, B., MacMillan-York, E., Martin, S., & Graven, S. (2007). The development of potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology*, 27(2), S48-S74.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing research*, 35(6), 382-386.
- Madhu, R., Chandran, V., Anandan, V., Nedunchelian, K., Thangavelu, S., Soans, S. T., Shastri, D. D., Parekh, B. J., Kumar, R. R., & Basavaraja, G. (2021). Indian academy of pediatrics guidelines for pediatric skin care. *Indian pediatrics*, 58(2), 153-161.
- Manzo, B. F., Marcatto, J. O., Ferreira, B., Diniz, C. G., & Parker, L. A. (2023). Comparison of 3 methods for measuring gastric tube length in newborns: a randomized clinical trial. *Advances in Neonatal Care*, 23(3), E79-E86.
- Manzo, B. F., Silva, D. C. Z., Fonseca, M. P., Tavares, I. V. R., de Oliveira Marcatto, J., da Mata, L. R. F., & Parker, L. A. (2023). Content validity of a Safe Nursing Care Checklist for a neonatal unit. *Nursing in Critical Care*, 28(2), 307-321.
- Mayhew, K. J., Lawrence, S. L., Squires, J. E., & Harrison, D. (2022). Elevated sound levels in the neonatal intensive care unit: What is causing the problem? *Advances in Neonatal Care*, 22(6), E207-E216.
- Merkel, M., Von Dossow, V., & Zwißler, B. (2017). Structured patient handovers in perioperative medicine: Rationale and implementation in clinical practice. *Der Anaesthetist*, 66(6), 396-403.
- Milette, I. H., Richard, L., & Martel, M.-J. (2005). Evaluation of a developmental care training programme for neonatal nurses. *Journal of Child Health Care*, 9(2), 94-109.
- Miller, M., & Kearney, N. (2004). Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation. *International Journal of Nursing Studies*, 41(7), 813-821.
- Murdoch, D., & Darlow, B. (1984). Handling during neonatal intensive care. *Archives of Disease in Childhood*, 59(10), 957-961.
- Nadalin Penno, L., Graham, I. D., Backman, C., Fuentes-Plough, J., Davies, B., & Squires, J. (2022). Sustaining a nursing best practice guideline in an acute care setting over 10 years: A mixed methods case study. *Frontiers in Health Services*, 2, 940936.

- Napolitano, S. K., Boswell, N. L., Froese, P., Henkel, R. D., Barnes-Davis, M. E., & Parham, D. K. (2024). Early and consistent safe sleep practices in the neonatal intensive care unit: a sustained regional quality improvement initiative. *Journal of Perinatology*, 44(6), 908-915.
- Nehrir, B., Vanaki, Z., Mokhtari Nouri, J., Khademolhosseini, S. M., & Ebadi, A. (2016). Competency in nursing students: a systematic review. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 4(1), 3-11.
- NICE. (2024). Quality standards: process guide. London: NICE. <https://doi.org/Available> from: <https://www.nice.org.uk/process/pmg43>
- Nobahar, M. (2016). Competence of nurses in the intensive cardiac care unit. *Electronic physician*, 8(5), 2395.
- Özkeçeci, C. F., & Karagöl, B. S. (2021). Mekanik ventilatördeki yenidoğan bebeğin bakımı. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 22(1), 73-79.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., & Brennan, S. E. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *bmj*, 372.
- Palaz, N., Gündüz, V. C., Solmaz, Ü. Ş., & Doğanay, G. (2011). Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik hizmetlerine ayrılan süre. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 9-15.
- Panteli, D., Legido-Quigley, H., Reichebner, C., Ollenschläger, G., Schäfer, C., & Busse, R. (2019). Clinical practice guidelines as a quality strategy. *Improving Healthcare Quality In Europe*, 233.
- Parker, L. A., Desorcy-Scherer, K., & Magalhães, M. (2021). Feeding strategies in preterm very low birth-weight infants: state-of-the-science review. *Advances in Neonatal Care*, 21(6), 493-502.
- Pathrose, S. P., Spence, K., Taylor, C., Psalia, K., Schmied, V., Dahlen, H., Badawi, N., Gregory, K., Peters, K., & Foster, J. (2021). A cross-sectional survey of enteral feeding tube placement and gastric residual aspiration practices: need for an evidence-based clinical practice guideline. *Advances in Neonatal Care*, 21(5), 418-424.
- Pereira, F. L., Góes, F. d. S. N. d., Fonseca, L. M. M., Scochi, C. G. S., Castral, T. C., & Leite, A. M. (2013). La manipulación de prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 1272-1278.
- Petkovic, J., Riddle, A., Akl, E. A., Khabsa, J., Lytvyn, L., Atwere, P., Campbell, P., Chalkidou, K., Chang, S. M., & Crowe, S. (2020). Protocol for the development of guidance for stakeholder engagement in health and healthcare guideline development and implementation. *Systematic Reviews*, 9(1), 21.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497.
- Renesme, L., Allen, A., Audeoud, F., Bouvard, C., Brandicourt, A., Casper, C., Cayemaex, L., Denoual, H., Duboz, M. A., & Evrard, A. (2019). Recommendation for hygiene and topical in neonatology from the French Neonatal Society. *European Journal of Pediatrics*, 178(10), 1545-1558.
- Rivas-Fernandez, M., i Figuls, M. R., Diez-Izquierdo, A., Escribano, J., & Balaguer, A. (2016). Infant position in neonates receiving mechanical ventilation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11).
- Salihoğlu, Ö., Akkuş, C. H., & Hatipoğlu, S. (2011). Yenidoğan yoğun bakım ünitesi standartları. *Bakırköy Tıp Dergisi*, (Cilt7, Sayı2).
- Sarı, H. Y., & Çiğdem, Z. (2013). Gestasyon haftalarına göre bebeğin gelişimsel bakımının planlanması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(1), 40-48.
- Sawyer, T., Laubach, V. A., Hudak, J., & Yamamura, K. (2013). Improvements in teamwork during neonatal resuscitation after interprofessional TeamSTEPPS training. *Neonatal Network*, 32(1), 26-33.
- Schünemann, H., Brożek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (2013). Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. *Updated October, 2013*, 15.
- SIGN. (2025). A guideline developer's handbook. Edinburgh., (SIGN publication no. 50). Available from: <http://www.sign.ac.uk>.
- Sinha, A., Sazawal, S., Pradhan, A., Ramji, S., & Opiyo, N. (2015). Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).

- Smith, A. P., Sweeney, J. K., Ross, E. S., & Blackburn, S. (2023). Effects of swaddling during bottle feeding in preterm infants. *Advances in Neonatal Care*, 23(2), 182-191.
- Sönmez Düzkaya D, (2016). *Yenidoğan Protokolleri* (S. D. D. Ed: Bozkurt G, Ed.). İstanbul.
- Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., Fraser, J., & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 165-172.
- Srisopa, P., Walsh, S., Amoo, T., Gyamfi, A., Henderson, W. A., & Lucas, R. (2023). Relationship Between Feeders and Exclusive Breastfeeding and Mixed Feeding During the First Month of Life. *Advances in Neonatal Care*, 23(2), E30-E39.
- Stetler, C. B., Brunell, M., Giuliano, K. K., Morsi, D., Prince, L., & Newell-Stokes, V. (1998). Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 28(7/8), 45-53.
- Suresh, K. (2011). An overview of randomization techniques: an unbiased assessment of outcome in clinical research. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 4(1), 8-11.
- Taddio, A., Shah, V., Wang, J., Parikh, C., Smart, S., Ipp, M., Pillai Riddell, R., & Franck, L. S. (2015). Usability and knowledge testing of educational tools about infant vaccination pain management directed to postnatal nurses. *BMC Medical Education*, 15(1), 45.
- TCResmiGazete. (2017). *Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ*.
- Tekindal, M., & Arsu, Ş. U. (2020). Nitel araştırma yöntemi olarak fenomenolojik yaklaşımın kapsamı ve sürecine yönelik bir derleme. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 20(1), 153-172.
- Tokan, F., & Geçkil, E. (2019b). Prematüre bebeklerde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım kapsamında toplu bakım verme kavramı. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 64-77.
- Tokan, F., & Geçkil, E. (2019a). *Toplu Bakım Verilen Prematüre Bebeklerde Konfor Düzeyinin Belirlenmesi* Necmettin Erbakan University (Konya)].
- Tokan Özkılıçaslan, F., & Geçkil, E. (2022). Yenidoğan hemşirelerinin toplu bakım verme konusunda bilgi ve uygulamaları. 2. *Uluslararası Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi*, Ankara.
- Tokan Özkılıçaslan, F., Geçkil, E., Sabetsarvestani, A., Köse, S., & Taş Arslan, F. (2025a). *Toplu Bakım Uygulamalarının Nitel Analizi: Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deneyimleri*. 2. Ulusal Bütünleşik Hemşirelik ve Ebelik Kongresi, Ankara.
- Tokan Özkılıçaslan, F., Köse, S., & Geçkil, E. (2025b). *Prematüre Bebeklere Verilen Toplu Bakım Uygulamaları: Bebek Sonuçlarına Odaklanmış Sistemik Derleme* 2. Ulusal Bütünleşik Hemşirelik ve Ebelik Kongresi, Ankara.
- Turan, T., & Erdoğan, Ç. (2018). Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki prematüre bebeğin gelişiminin desteklenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*.
- Tutar Güven, Ş., & İşler Dalgıç, A. (2017). An individualized supportive developmental care program developed for premature newborns. *International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal and Child Health*, 9(0), 41-61.
- Kültürsay, N., Bilgen, H. S., Türkyılmaz, C., & Altuncu, E. (2024). Prematüre bebeğin enteral beslenmesi rehber. Türk Neonatoloji Derneği.
- Uçar, E., & Çınar, N. (2016). Yenidoğanın İlk Banyosu: Ne Zaman Yapılmalı? *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 3(1).
- Valizadeh, L., Avazeh, M., Hosseini, M. B., & Jafarabad, M. A. (2014). Comparison of clustered care with three and four procedures on physiological responses of preterm infants: randomized crossover clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), 1.
- Van Veenendaal, N. R., Van Der Schoor, S. R., Broekman, B. F., De Groof, F., Van Laerhoven, H., Van Den Heuvel, M. E., Rijnhart, J. J., Van Goudoever, J. H. B., & Van Kempen, A. A. (2022). Association of a family integrated care model with paternal mental health outcomes during neonatal hospitalization. *JAMA network open*, 5(1), e2144720-e2144720.

- VandenBerg, K. A. (2007). Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: a practice guideline. *Early Human Development*, 83(7), 433-442.
- Vázquez-Calatayud, M., Oroviogicoechea, C., Pittiglio, L., & Pumar-Méndez, M. J. (2020). Nurses' protocol-based care decision-making: A multiple case study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23-24), 4806-4817.
- Wang, H., Zhang, Y., Liu, X., Wang, Y., Shi, J., Yin, T., Zhao, F., & Yang, T. (2021). The effect of continuous clustered care on the physical growth of preterm infants and the satisfaction with the nursing care. *American Journal of Translational Research*, 13(6), 7376.
- Welch, C. D., Check, J., & O'Shea, T. M. (2017). Improving care collaboration for NICU patients to decrease length of stay and readmission rate. *BMJ Open Quality*, 6(2).
- Westrup, B. (2007). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)—family-centered developmentally supportive care. *Early Human Development*, 83(7), 443-449.
- White, R. D., Smith, J. A., & Shepley, M. M. (2013). Recommended standards for newborn ICU design. *Journal of Perinatology*, 33(1), S2-S16.
- WHO. (2014). *World Health Organization (WHO). WHO handbook for guideline development, 2nd edition, 2014, World Health Organization, Geneva, Switzerland.* World Health Organization.
- WHO. (2018). *Preterm birth World Health Organization (WHO). Preterm birth, 2018, World Health Organization, Geneva, Switzerland.*
- Yakışan, R. Ş., & Set, T. (2013). [Klinik Uygulama Rehberleri]. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(2), 0-0. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjfmpe/issue//567799>
- Yao, X., Xia, J., Jin, Y., Shen, Q., Wang, Q., Zhu, Y., McNair, S., Sussman, J., Wang, Z., & Florez, I. D. (2022). Methodological approaches for developing, reporting, and assessing evidence-based clinical practice guidelines: a systematic survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 146, 77-85.
- Yeşilyurt, M., & Faydalı, S. (2024). Temel Yaşam Desteği Eğitiminde Başarı;“Bireysel Eğitim mi?”,”Grup Eğitimi mi?”: Ön Test-Son Test Randomize Kontrollü Çalışma. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 14(3), 403-410.
- Yıldırım, F., Altun Yılmaz, E., Alparslan Ö. Çocuklarda Solunum Sistemi Hastalıları ve Hemşirelik Bakımı. *Pediatric Hemşireliği*. In Z. B. Zeynep Conk, Hatice Bal Yılmaz, Bahire Bolışık (Ed.), (pp. ss.359-397). Akademisyen
- Yun, E.-J., & Kim, T.-I. (2022). Development and effectiveness of an educational program on developmental positioning for neonatal intensive care unit nurses in South Korea: a quasi-experimental study. *Child Health Nursing Research*, 28(1), 70.
- Yücel, A., Küçüköğlu, S., & Soylu, H. (2024). The effect of breast milk odor on feeding cues, transition time to oral feeding, and abdominal perfusion in premature newborns: a randomised controlled trial. *Biological Research for Nursing*, 26(1), 160-175.
- Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H., & Nikanfar, A.-R. (2015). Design and implementation content validity study: development of an instrument for measuring patient-centered communication. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 165.
- Zeiner, V., Storm, H., & Doheny, K. K. (2016). Preterm infants' behaviors and skin conductance responses to nurse handling in the NICU. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(15), 2531-2536.
- Zenciroğlu A., Ö. S. (2024). *Temel yenidoğan bakımı*.
- Zhang, Y., Jiang, M., Wang, S., Xiang, X., He, W., Du, J., & Hei, M. (2024). Effect of family integrated care on stress in mothers of preterm infants: A multicenter cluster randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 350, 304-312.
- Zhong, D., Wu, Y., Aarons, G. A., Hutchinson, A. M., Wong, W. C., Lv, S., Song, Z., Wu, Y., Bishai, D. M., & Chen, K. (2025). Implementability of clinical practice guidelines: the review and development of a Comprehensive Framework for Guideline Implementability (CFGi). *Implementation Science Communications*, 6(1), 1-18.



8. EKLER

8.1. Ek 1. Toplu Bakım Uygulama Rehberi İçin Görüş Bildiren Uzman Listesi

1. Prof. Dr. Dilek Küçük ALEMDAR
2. Prof. Dr. Ayfer AÇIKGÖZ
3. Prof. Dr. Duygu SÖNMEZ DÜZKAYA
4. Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN
5. Prof. Dr. Melahat AKGUN KOSTAK
6. Prof. Dr. Sevil İNAL
7. Prof. Dr. Hüseyin ALTUNHAN
8. Doç. Dr. Raheleh SABETSARVESTANİ
9. Doç. Dr. Remziye SEMERCİ
10. Doç. Dr. Semra KÖSE
11. Doç. Dr. Dijle AYAR
12. Doç. Dr. Özlem AKARSU AKKAYA
13. Doç. Dr. Vildan APAYDIN CIRIK
14. Doç. Dr. Yağmur SEZER EFE
15. Dr. Öğr. Üyesi Birsal MOLU
16. Dr. Öğr. Üyesi Figen TÜRK DÜDÜKÇÜ
17. Dr. Öğr. Üyesi Hilal KURT SEZER
18. Dr. Öğr. Üyesi Muradiye ALDEM
19. Dr. Öğr. Üyesi Sevinc AKKOYUN
20. Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM
21. Dr. Öğr. Üyesi Ahu ÇIRLAK
22. Uzman Hemşire Esra ERTÜRK TOSUN
23. Uzman Hemşire Meryem EREN BALCI
24. Uzman Hemşire Yıldız DÖNMEZ
25. Uzman Hemşire Rabia MANAV
26. Uzman Hemşire Aslıhan KARAKOÇ GEÇİCİ
27. Hemşire Ülkü YILDIRIM
28. Öğr. Gör. Dr. Elanur KALECİ
29. Öğr. Gör. Dr. Gülay ARSLAN
30. Öğr. Gör. Dr. Merve AŞKIN CERAN
31. Öğr. Gör. Funda GÜRBÜZ
32. Uzman Doktor Fatih KARAASLAN
33. Edebiyat Öğretmeni Elif TOPÇUOĞLU

Toplu Bakım Uygulama Rehberi Eğitim Kitapçığı İçin Görüş Bildiren Uzman Listesi

1. Dr. Öğr. Üyesi Raheleh SABETSARVESTANİ
2. Dr. Öğr. Üyesi Hafize DAĞ TÜZMEN
3. Dr. Öğr. Üyesi Hilal KURT SEZER
4. Öğr. Gör. Merve AŞKIN CERAN
5. Öğretmen Şeyma ÖZEN

8.1. Ek 2. Toplu Bakım Uygulama Rehberi

TOPLU BAKIM UYGULAMA REHBERİ

		Yapıldı	Gerekli Olduğu Halde Yapılmadı*	Gerekli Olmadığı İçin Yapılmadı	Uygun Değil
BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME					
Hemşire;					
Hasta teslimlerindeki geri bildirimleri dikkate alır.					
Gözlem formundaki tedavi ve bakım notlarını inceler.					
Bebeğin bakım gereksinimleri ile ilgili aileden geribildirim alır.					
Bebeğin gestasyonel düzeyi, tıbbi durumu ve beslenme düzeyini değerlendirir					
Bebeğin nöromotor ve nörodavranışsal yeteneklerini değerlendirir					
Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım doğrultusunda bebeğin bakım gereksinimlerini belirler.					
BAKIMA HAZIRLIK					
Çevrenin Hazırlığı	Ünitenin ısı, ışık, nem, koku ve gürültü gibi stresörler açısından değerlendirir.				
	Küvözün ısı ve nem düzeyini bebeğin gebelik haftası, vücut ağırlığı ve postnatal yaşına uygun olacak şekilde düzenler.				
Bakım İçin Gerekli Malzemenin Hazırlığı	Hemşire el hijyenini sağlar ve elini ısıtır.				
	Fizyolojik parametre ölçümü için termometre, tansiyon aleti manşonu vb. hazırlar.				
	Hijyen uygulamaları için spanç, serum fizyolojik, ıslatılmış pamuk, bebek bezi vb. hazırlar.				
	Antropometrik ölçümler için tartı ve mezura hazırlar.				
	Beslenme uygulamaları için anne sütü/formül mama, orogastrik sonda vb. hazırlar.				
	Diğer uygulamalar için (örn. ilaç uygulamaları, aspirasyon setleri, cilt bakımı ürünleri) kurum politikasına uygun ilgili malzeme, çarşaf ve kıyafetleri hazırlar.				
Ailenin Hazırlığı	Aileye toplu bakım hakkında açıklama yapar.				
	Aileye bakımdaki rolüne ilişkin bilgi verir ve bakıma katılmaya teşvik eder.				
Bebeğin Hazırlığı	Bebeğin uyku/uyanıklık döngülerini değerlendirir.				
	Bebeğin fizyolojik stres tepkilerini (renk değişikliği, apne, taşikardi/bradikardi vb) değerlendirir.				
	Bebeğin davranışsal stres tepkilerini (yüz buruşturma, göz kırpması, ağız açma, dili dışarı çıkarma vb) değerlendirir.				
	Bebeğin motor stres tepkilerini (parmak açma, hipotoni, irkilme, aşırı yumruk sıkma, sağa-sola dönme vb) değerlendirir.				
	Bebeğin içgüdüsel (visseral) stres tepkilerini (hıçkırma, öğürme, esneme vb) değerlendirir.				
	Bebeğin dikkat-etkileşim stres tepkilerini (iletişim kurulduğunda / fazla uyaran verildiğinde artmış stres belirtileri, bakışları kaçırma vb) değerlendirir.				
	Bebeğin kendini teselli etme / sakinleştirme davranışlarını (emme, ayak dayama, elleri ağza ya da yüze götürme vb) ve bebeğin bakıma hazır oluşunu değerlendirir.				
	Bakım öncesinde ve sırasında bebekle nazik ses tonuyla konuşur.				

Ek 2. Toplu Bakım Uygulama Rehberi (Devamı.)

TOPLU BAKIM UYGULAMA REHBERİ					
BAKIM UYGULAMA		Yapıldı	Gerekli Olduğu Halde Yapılmadı*	Gerekli Olmadığı İçin Yapılmadı	Uygun Değil
Fizyolojik Parametre Ölçümü	Solunum değerlendirmesini yapar.				
	Nabız ölçümünü yapar.				
	SpO ₂ ölçümünü yapar.				
	Vücut ısı ölçümünü yapar.				
	Kan basıncı ölçümünü yapar.				
Cilt Bakımı ve Hijyen Uygulamaları	Aspirasyon uygulamasını (tüp içi/ağız içi) yapar.				
	Ağız bakımını yapar.				
	Burun bakımını yapar.				
	Göz bakımını yapar.				
	Bebeğin bezini değiştirir.				
	Vücut banyosunu yaptırır.				
	Cilt kuruluşunu değerlendirir gerekirse nemlendirmesini yapar.				
	Nazo/Orogastrik sonda bakımını yapar.				
	Vücuda yerleştirilen tüm ölçüm problemlerinin (örn; ısı, SpO ₂ probu) bakımını ve gerektiğinde değişimini yapar.				
	Katater bakımını yapar.				
Antropometrik ölçümler	Vücut ağırlığı ve gerekiyorsa diğer antropometrik ölçümleri yapar.				
Beslenme Uygulamaları	Annenin bebeğini etkin emzirmesini destekler.				
	Oral besleme yapar.				
	Nazo/Orogastrik sonda ile besleme yapar.				
	Emme refleksini desteklemeye yönelik besleyici olmayan uygulamaları (oral motor uyarı vb.) yapar.				
	Bebeğin gazını çıkarır.				
Yapılan Diğer Uygulamalar	Kıyafet değişimini yapar.				
	Çarşaf değişimini yapar.				
	Order edilen tedavi uygulamalarını yapar.				
Diğer (Varsa ekleyiniz)					
BAKIMA ARA VERME/BAKIMI SONLANDIRMA					
Bakımda kesintiye neden olabilecek acil durumları değerlendirir (kanama, solunumsal sıkıntı vb.) ve gerektiğinde müdahale eder.					
Bebeğin stres tepkilerini değerlendirir ve gerekirse bakıma ara verir.					
Ailenin bakıma yönelik iş birliğini destekler ve geribildirimlerini alır.					
Bebeğe gelişimsel açıdan uygun ve konforlu bir pozisyon verir ve bakımı sonlandırır.					
KAYIT					
Hemşire işlem sonrasında bireysel veya rutin bakım uygulamalarını, fizyolojik parametreleri, varsa diğer ölçüm sonuçlarını ve uygulanan tedavileri kaydeder.					
Bakımın bebeğe olumlu veya olumsuz etkisini değerlendirir ve kaydeder.					
Bir sonraki bakım için toplu bakım uygulama formuna uygun notları alır.					
Notlar					

8.1. Ek 3. Toplu Bakım Uygulama Rehberi Değerlendirme Formu

Sayın meslektaşım,

Bu form toplu bakım uygulama rehberinin kullanışlılığı hakkında bilgi edinmemizi sağlayacak bazı ifade ve görüşlerinizi belirtebileceğiniz açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Soruların doğru ya da yanlış yanıtları bulunmamaktadır.

A. Toplu Bakım Uygulama Rehberine Yönelik Değerlendirme

Aşağıdaki tabloda yer alan ifadeleri toplu bakım uygulama rehberini dikkate alarak 1 ile 5 arasında puanlayınız. (1 = Kesinlikle katılmıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum)

	Değerlendirme İfadesi	1 Kesinlikle Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle Katılıyorum
1	Bakım rehberi anlaşılır ve açık bir dille yazılmıştı.					
2	Rehberdeki bilgiler güncel bilimsel kaynaklara dayanmaktaydı.					
3	Rehber, klinik karar vermemi kolaylaştırdı.					
4	Rehber, acil durumlarda hızlı ve güvenli müdahale yapmamı sağladı.					
5	Rehberdeki bakım önerileri pratiğe uygundu.					
6	Rehberi kullanmak iş akışımı kolaylaştırdı.					
7	Rehberin içeriği güncel klinik uygulamalarla uyumluydu.					
8	Rehberin nasıl kullanılacağına ilişkin yönergeler yeterince açıktı.					
9	Rehberi kullanmak bakımdaki profesyonelliğimi artırdı.					
10	Genel olarak rehberin etkili ve yararlı olduğunu düşündüm.					

B. Açık Uçlu Sorular

Lütfen **Toplu Bakım Uygulama Rehberini** dikkate alarak aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

1. Rehberin güçlü yönler nelerdir?

2. Rehberde geliştirilmesi gerektiğini düşündüğünüz yönler nelerdir?

3. Rehberin bakım kalitesine katkısı var mı? Açıklayınız.

4. Başka bir bakım rehberiyle karşılaştırdığınızda farklar neler?

5. Eklemek istediğiniz başka bir görüş var mı?

8.1. Ek 4. Kanıtların Dönüştürülmesi

Tablo 6.4. Kanıt kalitesi ve önerilerin gücüne ilişkin önerilen gösterimler		
Kanıt Kalitesi	Sembol	Harf (değişken)
Yüksek	⊕⊕⊕⊕	A
Orta	⊕⊕⊕ ○	B
Düşük	⊕⊕ ○○	C
Çok düşük	⊕ ○○○	D
Tavsiye Gücü	Sembol	Sayı
Müdahale için güçlü	↑↑	1
Müdahale için zayıf	↑?	2
Müdahaleye karşı zayıf	↓?	2
Müdahaleye karşı güçlü	↓↓	1

8.1. Ek 5. Tanımlayıcı Bilgi Formu

TOPLU BAKIM UYGULAYAN HEMŞİRE TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

- Tarih:
- Ad Soyad:
- Yaş: _____
- Mesleki deneyim süresi: _____ yıl
- Yenidoğan yoğun bakım deneyimi süresi: _____ yıl
- Eğitim düzeyi: ☐ Lise ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ve Üstü _____
- Toplu Bakım Yapılan Bakım Saati: ☐ 09.00 ☐ 12.00 ☐ 18.00 ☐ 21.00
- Toplu Bakım Yapılan YYBÜ Basamağı: ☐ 3. Basamak ☐ 2. Basamak



8.1. Ek 6. Eğitim Programı

Yer: NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Eğitim Salonu

Toplam Süre: 1 gün (1 oturum, toplam 45-50 dk)

Oturum Sayısı: Toplam 5 oturum eğitim

Oturum Süresi: 40 dk-45 dk.(her oturum için)

Katılımcı Sayısı: 25 hemşire

Eğitim Yöntemleri: Yüz yüze eğitim, anlatım, tartışma, örnek vaka senaryoları tartışması, soru cevap

Malzemeler: Kırtasiye malzemeleri, power point sunusu, bilgisayar, projeksiyon, toplu bakım klinik uygulama rehberi çıktısı, toplu bakım klinik uygulama rehberi eğitim kitapçığı

Programın Hedefleri

1. Hemşireler toplu bakım kavramını açıklayabilir.
2. Hemşireler toplu bakımın bebeğe olumlu/olumsuz etkilerini sayabilir.
3. Hemşireler toplu bakımda yer alan hemşirelik girişimlerini açıklayabilir.
4. Hemşireler toplu bakımda yer alan hemşirelik girişimleri ile ilgili güncel kanıtları tartışabilir.
5. Hemşireler gestasyonel haftaya göre gelişimsel bakım uygulamalarını ifade edebilir.
6. Hemşireler toplu bakımda yer alan hemşirelik girişimlerinin uygulanmasını ifade eder.
7. Hemşireler toplu bakım uygulama planını oluşturabilir.
8. Hemşireler toplu bakım uygulamalarını örnek vakalar üzerinde tartışır.
9. Hemşireler toplu bakımda kesintiye neden olabilecek durumları açıklayabilir.
10. Hemşireler toplu bakımı sonlandırması gereken durumları tanımlayabilir.
11. Hemşireler toplu bakım uygulama rehberini açıklayabilir.
12. Hemşireler toplu bakım uygulama rehberinin nasıl kullanılacağını ifade edebilir.
13. Hemşireler klinik rehberin etkinliği hakkında görüş ve önerilerini ifade edebilir.

1. Oturum: Konular	Yöntem	Açıklama
Toplu bakım kavramı hakkında bilgi Toplu bakımın bebeğe olumlu/olumsuz etkileri Toplu bakımda yer alan hemşirelik girişimleri Toplu bakımda yer alan hemşirelik girişimleri ile ilgili güncel kanıtlar Gestasyonel haftaya göre gelişimsel bakım uygulamaları Toplu bakım uygulama planını oluşturma Toplu bakım uygulamaları ile ilgili örnek vakaların tartışılması Toplu bakımda kesintiye neden olabilecek durumlar Toplu bakımı sonlandırılması gereken durumlar Toplu bakım uygulama rehberi Toplu bakım uygulama rehberinin kullanımı	Yüz yüze eğitim Power point sunusu Etkileşimli dinleme Eğitim kitapçığı Soru-cevap Süre: 45-50dk	Eğitim amacı, süresi, uygulama şekli hakkında bilgiler verilir. Eğitim power point sunusu projeksiyona yansıtılarak verilir. Eğitim sürecinde interaktif yaklaşım ile hemşirelerin sürece katılımı desteklenir Hemşirelerin vaka tartışmasına aktif katılımı desteklenir Hemşirelerin soruları cevaplanır, öneri ve görüşleri dinlenir.

Prematüre Bebeklerde Toplu Bakım Eğitimi Eğitici Rehberi



Hazırlayan: Fatma TOKAN ÖZKILIÇASLAN

Danışman: Prof. Dr. Emine GEÇKİL

Konya, 2025

Sayın Eğitici,

Bu rehber, prematüre bebeklere verilen toplu bakım uygulamalarını standart hale getirmek ve eğitimcilere yol göstermek amacıyla hazırlanmıştır. İçerikte toplu bakımın tanımı, önemi, hemşirelik girişimleri, kanıta dayalı uygulamalar, vaka senaryoları ve eğitim etkinlikleri yer almaktadır.

Giriş

Eğiticiye Not: İlk görüşmede katılımcıların rahat hissetmeleri için kısa bir tanışma yapılır. Eğitici kendini tanıtır. Çalışma hakkında bilgi verir. YYBÜ ünitesinde yapılan gözlemlle ilgili kısa bilgi verilir. Ama körlüğü bozmamak adına çalışma grupları hakkında detaylı bilgi verilmez

Eğitim 1: Toplu Bakım Kavramı ve Önemi

Amaç

Prematüre bebeklerde toplu bakım kavramını tanımlamak, önemini ve amaçlarını açıklamak.

Eğitim İçeriği - Konu Başlıkları

- Toplu bakım tanımı
- Toplu bakımın amacı
- Bebek üzerindeki olumlu ve olumsuz etkiler
- Hemşirenin rolü
- Karar verme süreci

Öğrenim Hedefleri

- Toplu bakım kavramını tanımlayabilme
- Toplu bakımın önemini açıklayabilme
- Olumlu ve olumsuz etkileri ayırt edebilme
- Toplu bakımda hemşirenin rolünü ifade edebilme

Süre

45 dakika

Eğitim Materyalleri

- PowerPoint sunumu
- Eğitim broşürü
- Kanıta dayalı klinik rehber
- Vaka senaryoları

Giriş

Eğitici, katılımcılara toplu bakımın prematüre bebeklerde uyku-uyanıklık döngüsünü koruma, fizyolojik stabiliteyi destekleme ve enerji harcamasını azaltmadaki rolünü anlatır.

Etkinlik-1

‘Sizce prematüre bebeklerde toplu bakım uygulanmazsa ne gibi sonuçlar ortaya çıkabilir?’ Tartışınız.

Eğiticiye Not

Eğitici toplu bakım kavramını açıklarken örneklerle desteklemelidir. Katılımcılardan kendi deneyimlerini paylaşmaları istenir.

Eğitim 2: Toplu Bakımda Hemşirelik Girişimleri

Amaç

Toplu bakımda hemşirelik girişimlerini öğrenmek ve uygulama basamaklarını açıklamak.

Eğitim İçeriği- Konu Başlıkları

- Hijyen gereksinimleri
- Terapötik pozisyon verme
- Yenidoğan cilt bakımı
- Göbek kordonu ve perine bakımı
- Masaj uygulamaları
- Beslenme uygulamaları

Öğrenim Hedefleri

- Hijyen ve pozisyonlama uygulamalarını açıklayabilme
- Yenidoğan cilt ve kordon bakımını açıklayabilme
- Prematüre beslenmesinde hemşirelik rolünü açıklayabilme

Etkinlik-2

Bir prematüre bebeğin toplu bakım planını birlikte hazırlayalım.

Eğiticiye Not

Uygulamalarda güncel kanıtlar ve DSÖ önerileri vurgulanmalıdır.

Eğitim 3: Klinik Vaka Senaryoları

Katılımcılar vaka örnekleri üzerinden toplu bakım uygulamalarını değerlendireceklerdir.

Vaka 1: Stabil Prematüre Bebek

33 haftalık stabil bebek, planlı toplu bakım uygulanıyor. Çevre düzenleme, malzeme hazırlığı ve anne katılımı sağlanır.

Vaka 2: Anksiyeteli Anne

30 haftalık bebek. Anne ilk kez katılıyor ve endişeli. Hemşire aileyi güvenle sürece dahil eder.

Vaka 3: Bakıma Ara Verilmesi Gereken Durum

Entübe bebekte toplu bakım sırasında morarma gelişiyor. Hemşire işlemi durdurur, bebeği stabil hale getirir.

Eğitim 4: Toplu Bakım Klinik Rehberi

Toplu bakım uygulamalarında kanıta dayalı öneriler hemşirelik uygulamalarına rehberlik eder. Bu bölümde geliştirilen toplu bakım uygulamaları klinik rehberi bölümleriyle tartışılarak sunulmaktadır. Rehberin nasıl kullanılacağı, hangi durumlarda uygun değil işaretleneceği anlatılacaktır.

EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcılar eğitim sonunda aşağıdaki soruları yanıtlar:

- Toplu bakım nedir?
- Toplu bakımın prematüre bebeklere etkileri nelerdir?
- Hemşirenin toplu bakımdaki rolü nedir?
- Bakıma ara verilmesi gereken durumlar nelerdir?

Yenidoğan Beslenme Uygulamaları ve Kanıtlar:

Prematüre bebeklerin, vücut hacimlerinin sağlanması ve beklenen beslenme miktarını korumak için en az 120 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Ekzitemli yenidoğan prematüre bebeklerde beslenme miktarı sağlanması amacıyla beslenme miktarı 150-180 ml/kg/gün artırılmalıdır (Kamer, Alaylıoğlu).

Eski prematüre bebeklerde vücut durumlarına bağlı olarak beslenme miktarı 200 ml/kg/gün kadar artırılabilir (Kamer, Alaylıoğlu).

Buza geçilmesi aşamasından itibaren günlük 100-150 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu). Bu beslenme miktarı 150-180 ml/kg/gün kadar artırılabilir (Kamer, Alaylıoğlu).

Kase Hİİİ

Beslenmede önemli rolü prematüre bebeklerin için önemli olmaktadır (Kamer, Alaylıoğlu).

Doğum ağırlığı > 2000 gram ve < 32 hafta bebeklerin için, anne sütü alınmadıkça 100 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Doğum ağırlığı < 1000 gram bebeklerin için, 100 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Doğum ağırlığı < 1000 gram bebeklerin için, 100 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Doğum ağırlığı < 1000 gram bebeklerin için, 100 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

YGS/NGS Beslenme kanıtları:

Beslenmede beklenen prematüre bebeklerin GDS ya da NGS ile beslenmelidir. Beklenen beslenme miktarı 100 ml/kg/gün kadar artırılabilir (Kamer, Alaylıoğlu).

Doğum ağırlığı < 1000 gram bebeklerin için, 100 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Doğum ağırlığı < 1000 gram bebeklerin için, 100 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Doğum ağırlığı < 1000 gram bebeklerin için, 100 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme Sürekliliği Dair Kanıtlar:

Prematüre bebeklerin, beslenmelerinin sağlanması için 24 saat beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Bu bebeklerde, beslenme beslenmesi sürekli sağlanmalıdır (Kamer, Alaylıoğlu).

Prematüre Doğumdan Ardından Süt Sağama

Bu süt sağama bebeklerin doğumdan itibaren anne sütü ile 24 saat beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Bu süt sağama bebeklerin doğumdan itibaren anne sütü ile 24 saat beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Bu süt sağama bebeklerin doğumdan itibaren anne sütü ile 24 saat beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Yenidoğan Beslenme Uygulamaları Dair Kanıtlar

Doğum ağırlığı < 1000 gram bebeklerin için, 100 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Doğum ağırlığı < 1000 gram bebeklerin için, 100 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Doğum ağırlığı < 1000 gram bebeklerin için, 100 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Doğum ağırlığı < 1000 gram bebeklerin için, 100 ml/kg/gün beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Yenidoğan Beslenme Uygulamaları Dair Kanıtlar

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Vitamin ve Mineral Takviyeleri

Tüm bebeklerde doğumdan itibaren prematüre bebeklerin de 24 saat beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Prematüre bebeklerin doğumdan itibaren prematüre bebeklerin de 24 saat beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Prematüre bebeklerin doğumdan itibaren prematüre bebeklerin de 24 saat beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Prematüre bebeklerin doğumdan itibaren prematüre bebeklerin de 24 saat beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Yenidoğan Antropometri Ölçümleri Dair Kanıtlar

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Bebeklerin Gelişimsel Bakım Değerlendirilmesi

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Entansiyonel Haftaya Göre Gelişimsel Bakım Uygulamaları

28-32. Entansiyonel Haftaya Göre Gelişimsel Bakım Uygulamaları

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

33-36. Entansiyonel Haftaya Göre Gelişimsel Bakım Uygulamaları

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

28-32. Entansiyonel Haftaya Göre Gelişimsel Bakım Uygulamaları

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

28-32. Entansiyonel Haftaya Göre Gelişimsel Bakım Uygulamaları

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

33-36. Entansiyonel Haftaya Göre Gelişimsel Bakım Uygulamaları

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

Beslenme miktarı 1000 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir beslenmelidir (Kamer, Alaylıoğlu).

[illegible]

- Pasulul întâi al procesului de schimb este cel de identificare a
tuturor beneficiarilor.
- Al doilea pas este definirea obiectivelor și a rezultatelor, apoi
marșalizarea acestora în acțiunile necesare.
- Al treilea pas este stabilirea structurii, înțelegerea rolurilor și
responsabilităților, precum și alocarea resurselor necesare.
- Al patrulea pas este definirea mecanismelor de comunicare și
de raportare.
- Al cincilea pas este definirea mecanismelor de monitorizare și
evaluare.
- Al șaselea pas este definirea mecanismelor de evaluare și
raportare.
- Al șaptelea pas este definirea mecanismelor de evaluare și
raportare.
- Al optulea pas este definirea mecanismelor de evaluare și
raportare.
- Al nouălea pas este definirea mecanismelor de evaluare și
raportare.
- Al zecelea pas este definirea mecanismelor de evaluare și
raportare.

[illegible][illegible]

- 1) Ketersediaan sumber daya manusia yang memenuhi persyaratan teknis dan administratif yang ditetapkan.
- 2) Ketersediaan sumber daya keuangan yang memadai untuk menunjang pelaksanaan kegiatan yang telah ditetapkan.
- 3) Tersedianya sarana dan prasarana yang memadai untuk menunjang pelaksanaan kegiatan yang telah ditetapkan.
- 4) Tersedianya sumber daya teknologi yang memadai untuk menunjang pelaksanaan kegiatan yang telah ditetapkan.
- 5) Tersedianya sumber daya informasi yang memadai untuk menunjang pelaksanaan kegiatan yang telah ditetapkan.
- 6) Tersedianya sumber daya lingkungan yang memadai untuk menunjang pelaksanaan kegiatan yang telah ditetapkan.
- 7) Tersedianya sumber daya hukum yang memadai untuk menunjang pelaksanaan kegiatan yang telah ditetapkan.
- 8) Tersedianya sumber daya sosial yang memadai untuk menunjang pelaksanaan kegiatan yang telah ditetapkan.
- 9) Tersedianya sumber daya budaya yang memadai untuk menunjang pelaksanaan kegiatan yang telah ditetapkan.
- 10) Tersedianya sumber daya politik yang memadai untuk menunjang pelaksanaan kegiatan yang telah ditetapkan.

- Belirli aygıtlara kurulumun ardından kuralıyken.
- Ağın diğer cihazları arasında yolları tanımlama (yolları tanımlama).
- Cihazlar arasında ağın, ağın diğer cihazları arasında yolları tanımlama (yolları tanımlama).
- Cihazlar arasında ağın, ağın diğer cihazları arasında yolları tanımlama (yolları tanımlama).



* Yalnız kadın öğretmenlerin olduğu sınıflarda öğretmenlerin %50,5'i, öğretmenlerin %49,5'i ise erkek öğretmenler tarafından çalıştırılmaktadır.

- Bireyler için, işyerinde görevlerini yapar, düzenli maaşlarını, emeklilik haklarını ve diğer hakları alır.
- Kurumlar, uluslararası standartlara göre faaliyetlerini sürdürür ve düzenli olarak raporlar sunar.
- Yüksek kaliteli hizmetler sunar ve müşteri memnuniyetini artırır.

(Kaynak: Uluslararası Standartlar, 2010)

[illegible][illegible][illegible]

FORMA DE EVALUARE A ACTIVITĂȚII DE ÎNȚEBINȚĂ									
		C		B		A		A+	
PROIECTAREA ȘI ÎNȚEBINȚA ACTIVITĂȚII DE ÎNȚEBINȚĂ									
1. Planificarea activității de învățare									
1.1. Planificarea activității de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
1.2. Planificarea activității de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
1.3. Planificarea activității de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
1.4. Planificarea activității de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
1.5. Planificarea activității de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
2. Realizarea activității de învățare									
2.1. Activitatea de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
2.2. Activitatea de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
2.3. Activitatea de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
2.4. Activitatea de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
2.5. Activitatea de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
3. Evaluarea activității de învățare									
3.1. Evaluarea activității de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
3.2. Evaluarea activității de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
3.3. Evaluarea activității de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
3.4. Evaluarea activității de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									
3.5. Evaluarea activității de învățare este realizată în conformitate cu planul de învățare									

[illegible]

8.1. Ek 9. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.06.2022-36436

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 06

Toplantı Tarihi: 17.06.2022

Karar Sayısı: 2022/014: Prof. Dr. Emine GEÇKİL' in "**Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım Kapsamında Toplu Bakım Uygulama Rehberi Geliştirme ve Etkinliğini Değerlendirme**" başlıklı araştırma projesi çalışması ile ilgili 13.06.2022 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Görüşme sonucunda araştırma projesi çalışmasının Prof. Dr. Emine GEÇKİL sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Emine GEÇKİL

Yardımcı Araştırmacı: Öğr. Gör. Fatma TOKAN ÖZKILIÇASLAN

ASLI GİBİDİR



Prof. Dr. Taner ZİYLAN

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

8.1. Ek 10. Kurum İzinleri

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-14567952-900-207261
Konu : Tez Çalışması Hk.

27.06.2022

Sayın Fatma TOKAN ÖZKILIÇASLAN

İlgi : 21.06.2022 tarihli dilekçeniz..

İlgi tarihli dilekçenize istinaden, "Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım Kapsamında Toplu Bakım Uygulama Rehberi Geliştirme ve Etkinliğini Değerlendirme" isimli doktora tezinizin 1. aşamasının 3., 4., 5. adımı ve 2. aşamasını Hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşireler ile yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Doç. Dr. Abdullah İÇLİ
Başhekim V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 09A7-LG5I-0R5Z Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.erbakan.edu.tr>

Adres: Hacıhan Mahallesi Sultan Abdülhamit Han Caddesi No:3 Selçuklu/ Konya

Telefon No : 0332 223 60 01

e-Posta :

Fax No :

İnternet Adresi : <http://www.erbakan.edu.tr>

Bilgi İçin :H.Pınar Üstün

Sekreter

Telefon No:0332 223 60 01



Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.01.2023-E.444952



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-47358926-800-444952
Konu : Gözlemci hk.(Fatma TOKAN)

13.01.2023

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 06.01.2023 tarihli, 439290 sayılı yazı

İlgi yazınıza istinaden Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi Fatma TOKAN ÖZKILIÇASLAN'ın Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitimizde gözlemci olarak görev alması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür. Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Resul YILMAZ
Anabilim Dalı Başkanı

8.1. Ek 11. Hemşire Gönüllü Katılım Onam Formu

Çalışma Başlığı:

Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım Kapsamında Toplu Bakım Uygulama Rehberi Geliştirme ve Etkinliğini Değerlendirme

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) uygulanan toplu bakıma yönelik klinik rehber geliştirmek ve etkinliğini değerlendirmektir.

Katılımın Gönüllülüğü:

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılmamayı tercih etmeniz ya da çalışmadan dilediğiniz zaman çekilmeniz durumunda hiçbir şekilde olumsuz bir durumla karşılaşmayacaksınız. Çekilmeniz, görevlerinizi ve çalışma ortamınızı etkilemeyecektir.

Katılımcıdan Beklenenler:

Katılımcı olarak sizden;

- Toplu bakım uygulamalarıyla ilgili eğitime katılmanız, hazırlanan eğitim materyalini incelemeniz,
- Eğitim sonrası uygulanan değerlendirme formunu doldurmanız,
- İsteğe bağlı olarak odak grup görüşmesine katılmanız istenecektir.

Verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Olası Riskler ve Yararlar:

Araştırmanın herhangi bir fiziksel riski yoktur. Bu çalışmadan doğrudan bir maddi kazanç sağlamayacaksınız. Ancak, toplu bakım uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmanız ve bakım kalitesine katkı sunmanız olası yararlar arasında yer almaktadır.

Gizlilik:

Kimliğiniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak, çalışmada yalnızca kod numarası kullanılacaktır. Araştırma sonuçları bilimsel toplantılarda veya yayınlarda kullanılabilir; ancak isim-soyisim gibi kişisel bilgileriniz asla ifşa edilmeyecektir.

Araştırmacı: xxxx

İletişim: xxxxx

ONAM BEYANI

Bu çalışmanın amacı, süreci, olası risk ve yararları hakkında araştırmacı tarafından bilgilendirildim. Kendi özgür irademle bu araştırmaya katılmayı **kabul ediyorum**.

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:/...../2025

8.1. Ek 12. Deneysel Araştırma Tasarımları Kursu Katılım Belgesi



8.1. Ek 13.Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişimsel Destek Kursu Katılım Belgesi



ZEKAI TAHİR BURAK
KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

V. YENİDOĞAN GÜNLERİ

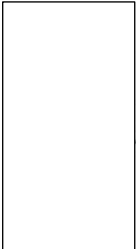
03 - 04 Mart 2017 / ANKARA

SAED

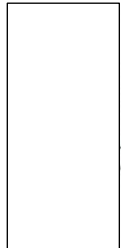
Kurs Katılım Belgesi

Sayın FATMA TOKAN

04 Mart 2017 tarihinde Ankara'da düzenlenen
"Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişimsel Destek Kursu"na
katılmıştır.



Dr. Ş. Suna OĞUZ
Başkan



Dr. Zeynep ÜSTÜNYURT
Kurs Koordinatörü



8.1. Ek 14. Karma Araştırma Yöntemleri Kursu Katılım Belgesi



8.1. Ek 15. Toplu Bakım Uygulama Rehberi Yönergesi

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE
TOPLU BAKIM UYGULAMA REHBERİ YÖNERGESİ**

HAZIRLAYANLAR:

FATMA TOKAN ÖZKILIÇASLAN

EMİNE GEÇKİL

KONYA

2025

Giriş ve Amaç

Dünya Sağlık Örgütü prematüre bebekleri, 37. gebelik haftasından önce doğan bebekler olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 2018). Miadından önce doğan bu bebeklerin organ ve sistem gelişimleri tamamlanmadığı için immatüriteleri pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Prematüre bebeklerin yaşama tutunabilmesi, büyüme ve gelişmelerinin desteklenmesi için yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) özel bakım ve tedavi süreçlerine ihtiyaç duyulmaktadır (İncekar ve Gözen 2019).

YYBÜ’de uygulanan rutin girişimler, yoğun cihaz kullanımı ve çevresel faktörler (ışık, gürültü, sık manipülasyon) prematüre bebeklerde fizyolojik instabiliteye, artmış enerji harcamasına, uyku-uyanıklık döngüsünün bozulmasına ve stres düzeyinin artmasına neden olabilmektedir. Bu durum, bebeklerin nörolojik gelişimlerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir (İncekar ve Gözen 2019; Legendre ve ark. 2011).

Son yıllarda yenidoğan bakımında öne çıkan yaklaşımlardan biri bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımdır. Bu yaklaşım, bebeğin gestasyonel haftasına, fizyolojik durumuna ve davranışsal tepkilerine göre bakımın uyarlanması temel alır. Bebeğin stresini azaltan, uyku-uyanıklık döngüsünü koruyan ve aile katılımını destekleyen uygulamalar bu yaklaşımın merkezinde yer almaktadır (Als 1982).

Toplu bakım uygulamaları, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımın önemli bir bileşenidir (Valizadeh ve ark. 2014). Benzer bakım ve tedavi girişimlerinin bir arada yapılmasıyla bebeğin sık sık uyarana maruz kalması önlenir, enerji kaybı azalır ve konfor düzeyi artar (Tokan Özkılıçaslan, Köse ve Geçkil 2025). Ayrıca ailelerin bakım sürecine aktif katılımı teşvik edilerek ebeveyn-bebek bağlanması güçlendirilir (Holsti ve ark. 2007; Tokan ve Geçkil 2019; Wang ve ark. 2021; Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025).

Toplu bakım uygulama rehberinin amacı, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) yatan prematüre bebeklere yönelik bakım uygulamalarında optimal, bütüncül, sistematik ve kanıta dayalı bir yaklaşım geliştirmektir. Rehber, hemşirelerin prematüre bebeklerin konfor düzeyini artırmak, fizyolojik dengeyi korumak, stresör etkilerini azaltmak ve gelişimsel gereksinimlerine en uygun (optimal) bakımı sunmalarına rehberlik etmeyi hedeflemektedir. Rehberin yönergesi ayrıca toplu bakım uygulamalarına dair kısa bilgileri, kanıtları ve gestasyonel haftaya göre bakım önerilerini içermektedir.

Bu kapsamda toplu bakım uygulama rehberinin temel amaçları şunlardır:

1.Toplu bakım uygulamalarının standardizasyonunu sağlamak: YYBÜ’de farklı hemşireler arasında bakım uygulamalarındaki değişkenliği azaltmak

2.Prematüre bebeklerde gelişimsel, optimal bakımı desteklemek: Prematüre bebeklerin nörolojik, fizyolojik ve davranışsal gelişimini destekleyen, bireyselleştirilmiş ve çevresel duyarlılığı yüksek bir bakım modeli sunmak.

3.Bebek konforunu ve güvenliğini artırmak: Gereksiz uyarılma, ağrı ve stres düzeylerini azaltarak bebeğin konforunu artırmak ve stabil fizyolojik parametrelerin korunmasına katkı sağlamak.

4.Hemşirelik bakımının etkinliğini güçlendirmek: Bakımın planlı, koordineli ve zaman açısından verimli şekilde yürütülmesini destekleyerek hemşire iş yükünü optimize etmek.

5.Aile merkezli bakım yaklaşımını güçlendirmek: Aile katılımını teşvik eden, ebeveynlerin bebek bakım sürecine aktif olarak dahil olmasını sağlayan bir rehber çerçevesi sunmak.

6.Kanıt dayalı uygulamaları klinik ortama aktarmak: Ulusal ve uluslararası literatürde yer alan kanıtlara dayalı önerileri, uygulamada kolaylıkla kullanılabilecek şekilde yapılandırmak.

2. Kapsam

Bu rehberin yönergesi, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) görev yapan hemşireleri hedef alır. Kapsam toplu bakım uygulama sırası, içeriği, hazırlığı, sonlandırılması ve kayıt süreçlerini içermektedir. Prematüre ve hasta yenidoğanların beslenme, hijyen, fizyolojik takip, pozisyon verme, uyku desteği ve diğer bakım gereksinimlerinin toplu bakım ilkeleri doğrultusunda yürütülmesini içerir.

3. Tanımlar

- Toplu Bakım: Rutin bakım ve tıbbi takiplerin farklı zamanlara yayılmadan, belirli aralıklarla toplanarak uygulanmasıdır. Amaç, bebeğin uzun süre rahatsız edilmeden dinlenmesini sağlamak ve uyku uyanıklık döngüsünü korumaktır.
- Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım (BGB): Bebeğin fizyolojik ve davranışsal tepkileri doğrultusunda bakımın şekillendirildiği, bebeğin enerji tasarrufunu, kendi kendini düzenlemesini ve gelişimini destekleyen bakım yaklaşımıdır.

4. Sorumluluklar

- Hemşire: Toplu bakım uygulamasını planlar, uygular, değerlendirir ve kaydeder.
- Aile: Bakım sürecine bilgilendirilmiş şekilde katılır.
- Ünite Yönetimi: Malzeme, eğitim ve denetim desteğini sağlar.

5. Uygulama Basamakları

5.1. Bakım gereksinimlerini Belirleme

- Hasta teslimleri ve gözlem formları değerlendirilir.
- Aileden bebeğe dair geri bildirim alınır.
- Gestasyonel yaş, beslenme ve tıbbi durum gözden geçirilir.
- Bebeğin nöromotor ve nörodavranışsal tepkileri incelenir.

Öneri: Bakımlar şiftler şeklinde planlanmalı, bebek için en uygun zamanda planlanan bakım verilmelidir.

Çevresel Hazırlık:

- Ünite ısısı, ışık, gürültü ve nem düzeyleri uygun hale getirilir.

Malzeme Hazırlığı:

- Hijyen, beslenme, fizyolojik takip ve tedavi malzemeleri hazırlanır.

Ailenin Hazırlığı:

- Aileye toplu bakımın amacı açıklanır, bakıma katılımı teşvik edilir.

Bebeğin Hazırlığı:

- Uyku-uyanıklık döngüsü ve stres tepkileri gözlemlenir.
- Bebeğin bakıma hazır oluşu değerlendirilir.

Öneriler:

- Bakım sırasında ünite ışıklarını loş tutun, küvöz kapağını kapatırken yavaş hareket edin.
- Bebeklerin uyku düzenini korumak için acil olmayan girişimler uyku zamanına göre planlanmalıdır.
- Aile katılımı düzenli olarak desteklenmeli ve eğitim verilmelidir.
- Bebeğin stres sinyallerini (apne, renk değişikliği, yüz buruşturma) fark ettiğinizde işlemi duraklatın.

5.3. Toplu Bakımın Uygulanması

- Fizyolojik parametreler: solunum, nabız, SpO₂, vücut ısısı, kan basıncı ölçülür.
- Hijyen uygulamaları: ağız, burun, göz bakımı; bez değişimi; banyo; aspirasyon yapılır.
- Cilt bakımı: nemlendirme, pişik bakımı ve masaj yapılır.
- Antropometrik ölçümler: kilo, boy, baş çevresi izlenir.
- Beslenme: anne sütü, orogastrik sonda, oral beslenme ve non-nutritif emme desteklenir.
- Diğer: pozisyonlama, kıyafet/çarşaf değişimi, order edilen tedaviler uygulanır.

Öneriler:

- Ölçümleri ardışık yaparak bebeğin sık sık rahatsız edilmesini önleyin.
- Cilt bakımı ve hijyen uygulamalarında sabit ve nazik dokunuş kullanın, hızlı ve sert hareketlerden kaçının.
- Anne sütünü her zaman ilk seçenek olarak kullanın. Emme refleksi zayıfsa non-nutritif emme ile destek olun.
- Beslenme uygulamalarında ipucu temelli, bebek odaklı yöntemler tercih edin.
- Bebeğin stresini artırmamak için bebeğin toleransını dikkate alın ve bir bakım saatinde en fazla 5 bakım yapın.
- Toplu bakım uygulamalarında negatif belirteçleri (stres göstergeleri, davranışsal yanıt, uyku uyanıklık, ağlama vb.) sürekli gözlemleyin.

5.4. Bakıma Ara Verme/Sonlandırma

- Acil durum geliştiğinde (apne, kanama vb.) bakım sonlandırılır.
- Bebeğin stres tepkileri artarsa ara verilir.
- Bakım sonunda bebeğe uygun pozisyon verilir.

Öneri: Bebeği cenin pozisyonunda, konforlu ve güvenli bir şekilde bırakın.

- Yapılan tüm girişimler, ölçümler ve bebeğin tepkileri kaydedilir.
- Bakımın etkileri olumlu/olumsuz olarak değerlendirilir.
- Sonraki bakım için öneriler eklenir.

Öneri: Rehberde bulunan maddeler o bebek için uygulanamayacaksa uygun değil seçeneği işaretlenmelidir.

6. Gestasyonel Haftaya Göre Gelişimsel Bakım Uygulamaları

6.1. 23. Gestasyon Haftası ve Üzeri

- Bebeğin davranış ve stres yanıtları (renk solukluğu, apne, hipotoni) gözlemlenir.
- Koruyucu sınırlar oluşturulur, kundak ve battaniyelerle fleksiyonu desteklenir.
- Nazik dokunuş uygulanır; el kavrama ve yüz uyarısı sağlanır.
- Negatif uyaranlar azaltılır; anne sütü kokusu ile bebeğin regülasyonu desteklenir.
- Gürültü ve ışık düzeyi azaltılır; küvöz kapakları yavaşça kapatılır.
- Uyku döngüsünün korunması için girişimler bebeğin uykusuna göre planlanır.

6.2. 28–32. Gestasyon Haftaları

- Bebeğin girişimlere verdiği yanıt ve tolere edebileceği işlemler değerlendirilir.
- Pozitif dokunuş (sabit ve yavaş temas) uygulanır; negatif dokunuştan kaçınılır.
- İşlemler adım adım yapılır; aralarda bebeğin dinlenmesine olanak sağlanır.
- Kundaklama ile güvenlik sağlanır; transferlerde bebek sarılarak taşınır.
- Işık düzeyi azaltılır; bebeğin gözleri uygun şekilde korunur.
- 30. Gestasyon haftasından sonra gündüz uygulamalarının yapılmasına özen gösterilir.
- Anne-baba katılımı erken dönemde sağlanır; bebeğin işaretleri ebeveynlere açıklanır.

Öneri (23–28 GH): Negatif uyaranlardan kaçının, yalnızca gerekli girişimleri yapın.

6.3. 33–36. Gestasyon Haftaları

- Bebeğin stres belirtileri (apne, düzensiz solunum, hipotoni, renk değişiklikleri) izlenir.

- Girişimler bebeğin uyanık olduğu zamanlarda planlanır.
- Pozitif dokunuş uygulanır; bebeğin sabit tutulmasıyla güvenlik sağlanır.
- Kanguru bakımı, bebek masajı ve fleksiyon pozisyonu uygulanır.
- Göz teması desteklenir; anne-baba ile iletişim kurulması sağlanır.
- Gece döneminde loş ışık kullanılır; sirkadiyen ritim desteklenir.
- Oral beslenme başlatılır; emme-yutma-solunum koordinasyonunun gelişimi desteklenir.

Öneri (33–36 GH): Kanguru bakımı ve göz teması ile ebeveyn katılımını artırın.

6.4. 37 ve Üzeri Gestasyon Haftaları

- Term bebeklere yakın düzeyde bakım uygulamaları planlanır.
- Anne–bebek bağlanmasını destekleyici uygulamalar (kanguru bakımı, kucaklama) önceliklendirilir.
- Oral beslenme tam olarak desteklenir; anne sütü kullanımına teşvik edilir.
- Bebeğe göz teması, konuşma ve dokunma yoluyla etkileşim sağlanır.
- Uyku düzenini korumak amacıyla girişimler bebeğin uyku döngüsüne göre planlanır.
- Aile katılımı en üst düzeyde teşvik edilir.

7. Yenidoğan Toplu Bakım Uygulamalarına Dair Kanıtlar Uygulamaları

7.1. İlk Temizleme

Verniks kazeozanın çeşitli faydalı işlevleri nedeniyle çıkarılmaması önerilmektedir.
(Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII(KD: Çok düşük)).

7.2. Cilt Cilde Bakım

DSÖ, doğumdan hemen sonra, doğum şekline bakılmaksızın komplikasyonsuz tüm anneler ve yenidoğanlar için cilt cilde bakımı şiddetle tavsiye etmektedir.
(Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII(KD: Çok düşük)).

7.3. Banyo ve Banyo Çeşitleri

Güncel çalışmalar, term ve preterm bebekler için küvet banyosu (sünger banyosu) yerine kundak banyosu önermektedir.

(Güçlü öneri; Kanıt düzeyi II(KD: Orta)) (Renesme ve ark. 2019)

Uygun sıcaklıktaki banyo suyu, ısı kaybını azaltır ve bebeği rahatlatır.
(Güçlü öneri; Kanıt düzeyi IV(KD: Orta)) (Akpınar ve Göçmen 2014)

Bebğin ilk banyosunun doğumdan sonra 24 saate kadar ertelenmesi, ertelenemiyorsa 6 saatten önce yapılması önerilmektedir. Banyo, kardiyorespiratuvar durumu stabil ve normotermik olduğunda yapılmalıdır (*Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII(KD: Çok düşük)*) (WHO, 2017)

Banyo daima ılık bir odada yapılmalı, banyo suyu sıcaklığı 37–37.5°C olmalıdır. (*Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII (KD: Çok düşük)*) (WHO, 2017)

7.4.Temizleyici Ajanlar

Bebği temizlemek için sabun yerine sentetik deterjan (syndet) kullanılması idealdir; sabun epidermal bariyere zarar verebilir.

Syndet sıvı temizleyiciler, syndet barlara göre tercih edilmelidir. Asidik veya nötr pH'lı sıvı temizleyiciler önerilmektedir. (*Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII (KD: Çok düşük)*) (Madhu ve ark. 2021)

7.5.Nemlendirici Kullanımı

Doğal zeytinyağı ve hardal yağı cilt bariyerini bozduğu için önerilmemektedir. (*Güçlü öneri; Kanıt düzeyi II(KD: Orta)*)

Atopi riski yüksek ailelerde doğan bebeklerde nemlendirici uygulaması, atopik dermatit gelişme riskini azaltabilir.

(*Güçlü öneri; Kanıt düzeyi II(KD: Orta)*) (Madhu ve ark. 2021)

7.6.Göbek Kordonu Bakımı

Doğumda resüsitasyon gerekmeyen tüm prematüre bebeklerde geç klempleme yapılmalıdır. (*Kanıt düzeyi I++(KD:Yüksek)*).

Evde doğan bebeklerde %4 klorheksidin ile günlük kordon bakımı önerilmektedir. (*Güçlü öneri; orta düzey kanıt*)

DSÖ, kuru kordon bakımı önermektedir.

(*Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII(KD: Çok düşük)*) (WHO, 2017)

Klorheksidin kullanımı, omfalit/enfeksiyon riskini azaltmaktadır. (*Sinha ve ark. 2015*)

7.8.Perine Bölgesi Temizliği

Bez bölgesi daima temiz ve kuru tutulmalıdır.

Bezler yenidoğanlarda 2 saatte bir, bebeklerde 3–4 saatte bir değiştirilmelidir.

Dışkılama sonrası alan, ılık suya batırılmış bez veya pamukla temizlenebilir. (*Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII(KD: Çok düşük)*)

Bez dermatitini önlemek için bebek bezleri sık sık değiştirilmelidir. (*Güçlü öneri; Kanıt düzeyi I(KD:Yüksek)*).

Yumuşak bebek mendilleri kullanılabilir.
(*Güçlü öneri; Kanıt düzeyi III (KD: Orta)*).

Çinko oksit, dimetikon ve petrolatum bazlı bariyer kremleri bez dermatiti olan bebeklerde faydalıdır.(*Güçlü öneri; Kanıt düzeyi I (KD: Yüksek)*). (Madhu ve ark. 2021).

7.9.Masaj

Bebeklere yağ masajı tavsiye edilmektedir.
(*Güçlü öneri; Kanıt düzeyi VII*) (Madhu ve ark. 2018)

Ayçiçek yağı, hindistancevizi yağı veya mineral yağ, zeytinyağı ve hardal yağına tercih edilmelidir.

7.10.Yenidoğan Beslenme Uygulamaları

Genel Beslenme İlkeleri

Prematüre bebekler en az 135 mL/kg/gün beslenmelidir.
(*Kanıt düzeyi C(KD: Düşük)*)

Stabil büyüyen prematürelerde 150–180 mL/kg/gün, bazı durumlarda 200 mL/kg/güne kadar çıkılabilir.
(*Kanıt düzeyi A–C (KD:Yüksek- Düşük)*)

PDA veya BPD riski olan bebeklerde 140–160 mL/kg/gün tercih edilmelidir.
(*Kanıt düzeyi C(KD: Düşük)*) (Kültürsay ve ark. 2024).

Anne Sütü

Prematüre bebekler için ilk seçenek annesütüdür.
(*Kanıt düzeyi A(KD: Yüksek)*)

<1500 g ve <32 hafta bebeklerde annesütü yoksa prematüre mama kullanılabilir.
(*Kanıt düzeyi B(KD: Orta)*)

1500 g bebeklerde prematüre mama veya matür mama kullanılabilir.
(*Kanıt düzeyi C(KD: Düşük)*) (Kültürsay ve ark. 2024).

OGS/NGS ile Besleme

Ememeyen prematüreler OGS/NGS ile beslenebilir; solunum sıkıntısı varsa OGS tercih edilir.
(*Kanıt düzeyi C(KD: Düşük)*)

Aralıklı bolus besleme, devamlı beslenmeye tercih edilmelidir.
(*Kanıt düzeyi B(KD: Orta)*)

<1000 g bebeklerde uzun bolus veya devamlı besleme denenebilir.
(*Kanıt düzeyi C(KD: Düşük)*) (Kültürsay ve ark. 2024).

Besleme Sıklığı

Hemşire iş yükü fazla olan ünitelerde ve bebeklerin az ellenmesi için 3 saatte bir besleme uygundur.

(Kanıt düzeyi D(KD: Çok Düşük))

<1000 g bebekler başlangıçta 2 saatte bir beslenmeli, tolere ettikçe 3 saate çıkarılabilir.

(Kanıt düzeyi C–D(KD: Düşük–Çok düşük)) (Kültürsay ve ark. 2024).

Süt Sağma

İlk süt sağımı doğumdan sonraki 6–8 saat içinde başlamalıdır.

(Kanıt düzeyi (Kanıt düzeyi B(KD: Orta)))

İlk günlerde elle, ardından pompa, tercihen elektrikli çift pompa kullanılmalıdır.

(Kanıt düzeyi (Kanıt düzeyi B(KD: Orta)))

Sağım sıklığı 3–4 saatte bir olmalıdır.

(Kanıt düzeyi (Kanıt düzeyi B(KD: Orta))) (Kültürsay ve ark. 2024).

Orofarengeal Kolostrum ve Minimal Enteral Beslenme

Orofarengeal kolostrum, doğumdan sonra başlanmalı ve bebek emmeye başlayana kadar sürdürülmelidir.

(Kanıt düzeyi (Kanıt düzeyi B(KD: Orta)))

Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde erken kolostrum ile minimal enteral beslenme ve orofarengeal kolostrum başlanmalıdır.

(Kanıt düzeyi (Kanıt düzeyi B(KD: Orta)))

72 saate kadar kolostrum elde edilemezse formül mama ile minimal enteral beslenme başlanabilir.

(Kanıt düzeyi C(KD: Düşük)) (Kültürsay ve ark. 2024).

Beslenme Sonrası Uygulamalar

Beslenme sonrası ilk yarım saat yüzüstü yatış düşünülebilir.

(Kanıt düzeyi B(KD: Orta))

Stabil bebeklerde rutin gastrik rezidü izlemi önerilmez.

(Kanıt düzeyi B(KD: Orta))

Gastrik rezidü sadece intolerans veya nekrotizan enterokolit bulgusu varsa bakılmalıdır.

(Kanıt düzeyi B(KD: Orta))

Aspire edilen mide içeriği kan/safra yoğun değilse geri verilebilir.

(Kanıt düzeyi D(KD: Çok düşük)) (Kültürsay ve ark. 2024).

Vitamin ve Mineral Takviyeleri

Tüm bebeklerde 6. aydan itibaren demirden zengin ek gıdalar başlanmalıdır.

(Kanıt düzeyi 1+(KD: Yüksek))

Prematürelerde D vitamini desteği kemik sağlığı ve bağışıklık için önemlidir.

(Kanıt düzeyi 2+(KD: Düşük))

A vitamini desteği, bronkopulmoner displazi sıklığına göre ünitelerce belirlenmelidir.

(Kanıt düzeyi D(KD: Çok Düşük))

Prematüreler K vitamini eksikliğine bağlı kanama açısından risklidir.

(Kanıt düzeyi 1++(KD: Yüksek)) (Kültürsay ve ark. 2024).

Büyüme ve Nörogelişim İzlemi

Antropometrik ölçümler ve biyokimyasal belirteçlerle büyüme değerlendirilmelidir.

(Kanıt düzeyi B(KD: Orta))

Taburculuk sonrası her kontrolde ayrıntılı beslenme öyküsü ve antropometrik ölçümler yapılmalıdır.

(Kanıt düzeyi A(KD: Yüksek))

Büyüme ve nörogelişim izleminde en az 24. aya kadar düzeltilmiş yaş kullanılmalıdır.

(Kanıt düzeyi A(KD: Yüksek)) (Kültürsay ve ark. 2024).

8. Toplu Bakım Uygulama Rehberi

Toplu Bakım Uygulama Rehberi 55 maddeden ve 5 bölümden (Bakım Gereksinimlerini Belirleme: 6, Bakıma Hazırlık: 18, Bakımı Uygulama: 24, Bakıma Ara Verme/Bakımı Sonlandırma: 4, Kayıt: 3) oluşmaktadır. Bakıma Hazırlık bölümünün 4 alt başlığı, Bakımı Uygulama bölümünün 5 alt başlığı bulunmaktadır. Kapsam geçerlilik analizi neticesinde bütün maddeler 0.78 üzeri, ölçek düzeyinde içerik geçerlilik indeksi (S-CVI/Ave), S-CVI/Ave = 0.96 bulunmuştur (Tokan Özkılıçaslan ve Geçkil, 2025a).

9. Klinik Rehber Geliştirilme Sürecinin Sağlamlığı

Konu ile İlgili Araştırma Sorularının Oluşturulması (PICOS)

P (Population / Popülasyon): Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşireler

I (Intervention / Müdahale): Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yaklaşımı doğrultusunda hazırlanmış toplu bakım klinik rehberinin kullanılması

C (Comparison / Karşılaştırma): Rehberin uygulanmadığı standart bakım süreci

O (Outcome / Sonuçlar): Toplu bakım rehberinden elde edilen toplam puan

S (Study Design / Çalışma Tasarımı): Deneysel ve deneysel olmayan çalışmalar

PICOS formatında oluşturulan araştırma soruları:

- Toplu bakım klinik rehberinin uygulanması, hemşirelerin rehberden aldığı toplam puanı standart bakıma kıyasla artırır mı?
- Toplu bakım klinik rehberi, hemşirelerin ‘bakım gereksinimlerini belirleme’ bölüm puanlarını standart bakıma kıyasla iyileştirir mi?
- Toplu bakım klinik rehberi, hemşirelerin ‘bakım planlama’ bölüm puanlarını standart bakıma kıyasla iyileştirir mi?
- Toplu bakım rehberinin kullanılması, hemşirelerin ‘bakım uygulama’ bölüm puanlarını artırır mı?
- Toplu bakım klinik rehberinin uygulanması, hemşirelerin ‘bakıma ara verme/bakımı sonlandırma’ bölüm puanlarını standart bakıma kıyasla artırır mı?
- Toplu bakım klinik rehberinin uygulanması, hemşirelerin ‘kayıt’ bölüm puanlarını standart bakıma kıyasla artırır mı?

Bilimsel Kanıtların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi

Toplu bakım rehberi geliştirme sürecinde bilimsel kanıtları belirlemek ve incelemek amacıyla literatür taraması yapılmıştır. Toplu bakım uygulamaları konusunda yeterli çalışma bulunmadığı görülmüş ve nitel, nicel çalışmalar ve sistematik derleme çalışması yürütülmüştür. Bilimsel kanıtların belirlenmesi ve değerlendirilmesi kapsamında:

Tanımlayıcı çalışma: Çalışmanın bu adımında klinik rehbera zemin oluşturmak için toplu bakım uygulamalarına ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını belirlemeye yönelik **tanımlayıcı çalışma** yapılmıştır (Tokan Özkılıçaslan ve Geçkil, 2022). Çalışma Nisan-Temmuz 2022 tarihleri arasında, Konya’da devlet hastanesi, özel hastane ve tıp fakültesi YYBÜ’nde çalışan, araştırmaya gönüllü olarak katılan YYBÜ hemşireleri ile çevrimiçi anket yoluyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini prematüre bebeklere bakım veren 122 YYBÜ hemşiresi oluşturmuştur. Örnekleme, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, en az üç aydır YYBÜ çalışan ve prematüre bebeklere bakım veren hemşireler dahil edilmiştir. Bu çalışma için yapılan genel tarama neticesinde elde edilen bilgilerden yararlanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan klasik, açık uçlu ve likert tipi sorulardan oluşan anket kullanılmıştır. Anket sonucunda toplu bakım kavramının tanımı, içeriği, kapsamı, toplu bakım uygulamaları ve uygulama sırası ile ilgili veriler elde edilmiştir. Yapılan çalışmada çalışmaya katılan yenidoğan hemşirelerin %55.7’nin 21-29 yaş aralığında olduğu, %68’inin lisans mezunu, %57.4’ünün 1-5 yıldır yenidoğan ünitesinde çalıştığı, %72.1’inin devlet hastanesinde çalıştığı bulunmuştur. Bütün basamaklardaki YYBÜ’de hemşire başına düşen bebek sayısı çoğunlukla 4-6 arasında değişmektedir. Hemşirelerin %65.6’sı toplu bakım hakkında bilgisi olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin %90’dan fazlası bez değişimi, göz, ağız ve burun bakımı, yaşam bulguları ölçümü, aspirasyon ve SpO2 ölçümü ve OGS besleme uygulamalarının toplu bakıma dahil edilmesi gereken bakımlar olduğunu bildirmiştir. Göğüs çevresi ölçümü, besleyici olmayan emme ve baş çevresi ölçümünün toplu bakım içinde yapılması gerektiğini ifade eden hemşirelerin oranı daha azdır. Hemşirelerin toplu bakım uygulamasında bakımları yapma sırası incelendiğinde büyük çoğunluğunun ilk olarak fizyolojik parametreleri ölçtüğü belirlenmiştir. Hemşireler hijyen bakımlarını çoğunlukla ikinci ya da üçüncü sırada uygulamaktadır. Antropometrik ölçümler de ikinci ya da üçüncü sırada gerçekleştirilmektedir. Toplu bakım

sırasında hemşirelerin beslenme uygulamalarını dördüncü ve kanguru bakımı ise son sırada yaptıkları belirlenmiştir. (Tokan Özkılıçaslan ve Geçkil, 2022).

Sistematiik derleme: Çalışmanın bu adımıında klinik rehber kanıt oluşturmak için toplu bakım uygulamaları ile ilgili **bütünleştirici inceleme (integrative review)** yapılmıştır. Yapılan çalışmalar klinik rehber geliştirilmesi için bütünleştirici inceleme (integrative review) ile yöntemin tasarlanması gerektiğini savunmuşlardır (Butler ve ark. 2016; Lotfi ve ark. 2020; Whitemore ve Knafl 2005). Bütünleştirici inceleme yöntemi, farklı yöntemleri birleştirerek ve belirli konuya ilişkin tüm bulguları inceleyerek, araştırmacı veya uygulayıcılara o konuda faydalı ve değerli bilgiler sağlayan bir yaklaşımdır (Whitemore ve Knafl 2005). Bütünleştirici incelemeler, bir olgunun tam olarak anlaşılması için deneysel ve deneysel olmayan araştırmaların eşzamanlı olarak çalışmaya dahil edilmesini öneren en geniş araştırma inceleme türüdür (Lotfi ve ark. 2020). Kavramları tanımlamak, teorileri gözden geçirmek, kanıtları gözden geçirmek ve belirli bir konunun metodolojik sorunlarını analiz etmek gibi çeşitli amaçları içerir (Butler ve ark., 2016). Bütünleştirici inceleme dergi, kitap veya kongre kitaplarında yayımlanan tanımlayıcı ve deneysel çalışmaları ile yayımlanmamış tezleri kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Tarama, 01.01.2003-27.07.2023 tarihleri arasında Türkçe ve İngilizce olarak 'Web of Science, PubMed (Medline), Science Direct, Scopus, Google Akademik' veri tabanlarında yapılmıştır. Tezler için ulusal tez merkezi, ProQuest ve Vetis veri tabanları kullanılmıştır. Tarama için kullanılan anahtar kelimeler; "toplu bakım, toplu bakım uygulamaları, clustered care, cluster nursing care, clustered nursing" ve türevleridir. Tarama sonucunda toplamda 22,699 çalışma ulaşılmıştır (Web of Science: 3804, PubMed: 2075, Scopus: 5715, Science Direct: 8445, Google Akademik: 2660). Çalışma PRISMA protokolüne uygun olarak yürütülmüş ve protokol PROSPERO veri tabanına kaydedilmiştir. Sistematiik derlemeye 8 araştırma makalesi ve 2 tez olmak üzere toplam 10 çalışma dahil edilmiştir. İncelenen çalışmalarda, toplu bakım uygulamalarının prematüre bebeklerin fizyolojik parametreleri, stres ve konfor düzeyleri, uyku düzeni, yüz ve biyodavranışsal ağrı tepkileri, ACTH ve kortizol seviyeleri ile fiziksel büyüme üzerindeki etkileri ele alınmıştır. Yapılan sistematiik derleme sonucunda bebeklere verilen bez değişimi, karın çevresi ve sıcaklık ölçümü, ağız bakımı gibi bakımların toplu şekilde ve belirli bir sırayla yapıldığı, aynı bakım saatinde 4 işlemli, 5 işlemli ve 6 işlemli bakım gruplarının oluşturulabileceği, toplu bakımın fizyolojik parametrelere olumsuz etkisi olmadığı, gibi stres, konfor, uyku ve fiziksel büyümeye olumlu etkilerinin olduğu bulunmuştur (Tokan Özkılıçaslan, Köse ve Geçkil 2025). Sistematiik derleme ile elde edilen mevcut kanıtlar kullanılarak klinik rehberin taslağı oluşturularak kanıtlardaki boşluklar ve toplu bakımdaki eksiklikler belirlenmiştir.

Klinik gözlem: Bu aşamada toplu bakım uygulamalarına yönelik mevcut uygulamaları tespit etmek için **klinik gözlem** yapılmıştır. Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi YYBÜ ikinci ve üçüncü basamaklarına 09.00-12.00-15.00-18.00-21-00 bakım saatlerinde 03.03.2023-01.06.2023 tarihleri arasında toplam 10 ziyaret yapılarak klinik gözlem yapılmıştır. Çalışmada bir hemşirenin en az iki yenidoğana verdiği bakımı gözlemlenmiş ve verilen bakımlar araştırmacılar tarafından oluşturulan gözlem formuna işaretlenmiştir. Gözlem sonucu toplam 20 hemşire ve 43 bebek toplu bakım uygulamaları açısından farklı gün ve saatlerde gözlemlenmiştir. Bu şekilde verilen bakımların kapsamı, içeriği, sayısı ve sırasına dair veriler elde edilmiştir. YYBÜ hemşirelerinin bakım

grupları yapılış önceliği değerlendirildiğinde hemşirelerin bakımları sırasıyla fizyolojik parametre takibi, hijyen uygulamaları, beslenme uygulamaları, şeklinde yaptığı gözlemlenmiştir. Hemşirelerin fizyolojik parametre ölçüm sıralamasında ilk sırada vücut ısısı, ikinci sırada nabız, üçüncü sırada SpO₂ ve son sırada tansiyon ile SpO₂ ölçümünü yaptıkları bulunmuştur. Hemşirelerin antropometrik ölçüm sıralamasında ilk sırada ağırlık ölçümü, ikinci sırada baş çevresi ölçümü, yer alırken göğüs çevresi ölçümünün yapıldığı gözlemlenmemiştir. Hijyen uygulaması sıralamasının ilk sırada bez değişimi, olmak üzere sırasıyla aspirasyon, banyo ve burun bakımı, olduğu gözlemlenmiştir. Bebeklerin beslenme uygulaması çoğunlukla orogastrik sonda ile besleme olarak belirlenmiştir (Tokan Özkılıçaslan, Geçkil, Sabetsarvestani, Köse ve Taş Arslan 2025).

Odak grup görüşmeleri: Tanımlayıcı çalışma, sistematik derleme ve klinik gözlemler ile elde edilen veriler taslak rehberi şekillendirmiş, toplu bakım uygulamalarına yönelik boşluklar belirlenmiştir. Çalışmanın bu adımında klinik rehberde belirlenen bakıma karar verme belirleyicileri, bakımın rutin bakım ya da bireysel bakım şeklinde nasıl şekillendiği gibi alanlardaki boşluklar odak grup görüşmeleri ile tamamlanması planlanmıştır. **Odak grup görüşmeleri** araştırmacı tarafından Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi YYBÜ hemşirelerinde 11.09.2023-29.09.2023 tarihleri arasında toplam 5 oturumla gerçekleştirilmiştir. Her görüşmeye ortalama 5-7 YYBÜ hemşire katılmış ve görüşmeler 25-45 dakika arası sürmüştür. Çalışmayı tüm yıllarda deneyimi olan 34 yenidoğan hemşiresi ve bir yenidoğan sorumlu hemşiresi olmak üzere toplam 35 kişi tamamlamıştır. Görüşmeler için yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu hemşirelerin toplu bakıma hazırlık, uygulama süreçleri ve bakımın değerlendirilmesine yönelik bütün uygulamaları ortaya çıkaracak şekilde araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Görüşmeler katılımcıların onayı alındıktan sonra sesli kayıt altına alınmıştır. Elde edilen verilerin kodlanması ve analizi 2 tema, 7 alt tema, 22 kategori ve 34 alt kategorilerden oluşan bir tablo oluşturulmuştur. Toplamda verilere ilişkin 670 ana kod belirlenerek ana temalar ‘toplulu bakım süreci’ ve ‘toplulu bakım yönetimi’ olarak belirlenmiştir. Alt temalar toplulu bakım sürecini tanımlayıp değerlendirmeye başlayan ve müdahale içeriği, kesintileri ve müdahalenin şekillenmesini içerecek şekilde hemşirelik bakım sürecini ifade etmektedir (Tokan Özkılıçaslan ve ark., 2025).

Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar incelenerek değerlendirilmiş ve rehberin içeriğinde kullanılmıştır.

Önerilerin Oluşturulması

Bilimsel kanıtların belirlenmesi ve değerlendirilmesi aşamasında elde edilen verilerin birbirleri ile kolayca karşılaştırılabilmesi amacıyla araştırmacılar tarafından tablolar oluşturulmuştur. Bu veriler araştırmacılar ve üç dış uzman (alanda çalışması olan akademisyenler) tarafından ayrıntılı olarak incelenmiş, kalite, nicelik ve tutarlılık bakımından değerlendirilmiş ve kanıtlar kullanılarak rehberde bulunması gereken başlıklar ve maddeler için öneriler hazırlanmıştır.

Taslak Rehber Oluşturma

Bir önceki aşamadaki öneriler doğrultusunda toplulu bakım uygulama rehberi hazırlanmıştır.

Konsültasyon ve Değerlendirme

Oluşturulan 54 maddelik taslak rehber **dil geçerliliği** için bir dil uzmanına gönderilmiştir. Dil uzmanından gelen görüşler doğrultusunda düzenleme yapılmış ve 53 maddelik taslak rehber uzman görüşüne gönderilmiştir.

Uzmanlardan gelen öneriler araştırmacılar ve bir dış uzman tarafından incelenerek düzenlemeler yapılmıştır. Uzmanlardan gelen öneriler genel olarak ifadelerin anlaşılabilirliğini artırmaya yönelik ‘az değişiklik gerektiren’ düzenlemeleri içermektedir. Uzman görüşleri sonrası kapsam geçerliği yürütülmüştür. Kapsam geçerliliği düşük çıkan madde bulunmamış olup (bütün maddeler 0.78 üzeri), uzman görüşlerinin önerileri doğrultusunda anlaşılabilirliği artırmak adına iki madde bölünüp, bir madde çıkarılıp bir madde eklenerek 55 maddelik toplu bakım uygulama klinik rehberi son haline şekillenmiştir.

İçerik geçerliliği

Madde Düzeyinde İçerik Geçerlilik İndeksi (I-CVI) yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir. Her bir madde için, 4’lü derecelendirme ölçeğinde 3 veya 4 puanı veren uzman sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek I-CVI değeri elde edilmiştir. I-CVI değeri **0.78’in üzerinde** olan maddeler kabul edilebilir olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, tüm maddelere ait I-CVI değerlerinin ortalaması alınarak Ölçek Düzeyinde İçerik Geçerlilik İndeksi (S-CVI/Ave) 0.96 bulunmuştur (Polit & Beck 2006).

10. Paydaş Katılımı

Klinik rehberler için yeterli kanıt olmadığı durumlarda yeterli araştırma yapıncaya kadar uzman görüşlerinden ve uzman deneyimlerinden faydalanılır (Başer ve ark. 2015; Miller ve Kearney, 2004). Yeterli sistematik derleme ve meta analiz bulunmayan alanlarda klinik rehber oluşturmak için literatür taraması ve uzman görüşünün kombinasyonu yapılarak rehber oluşturulabilmektedir (Miller ve Kearney, 2004). Bu klinik rehberin geliştirilmesi aşamasında; yönetici hemşireler klinik hemşireler, klinik doktorlar, akademisyen hemşirelerden oluşan 53 kişilik uzman grubuna gönderilerek **uzman görüşü** istenmiştir. Rehberin son hali 33 uzmandan gelen görüş ile şekillenmiştir. Uzmanların unvanlarına göre dağılımı şu şekildedir: 7 Prof. Dr., 4 Doç. Dr., 9 Dr. Öğr. Üyesi, 3 Öğr. Gör. Dr., 2 Dr., 1 Öğr. Gör., 5 Uzman Hemşire ve 2 Yönetici Hemşire yer almıştır.

Pilot çalışma

Rehber son haline şekillendikten sonra toplam 5 hemşire ile pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. YYBÜ’nde bakım veren üç hemşire (biri birinci basamak, biri ikinci basamak sonuncu izolasyon olmak üzere) araştırmacı tarafından uygulama sırasında gözlemlenmiş, değerlendirme bölümü 3’lü Likert’ten (yapıldı, yapılmadı, uygun değil) 4’lü Likert’e (yapıldı, gerekli olduğu halde yapılmadı, gerekli olmadığı için yapılmadı, uygun değil) dönüştürülmüştür. Daha sonra farklı evrenden seçilen iki uzman hemşire rehberi bağımsız olarak uygulamış, rehberin anlaşılabilirliği, fazla ya da eksik maddenin olup olmadığı, uygulanabilirliği ve uygunluğu değerlendirilmiştir.

11. Toplu Bakım Uygulama Rehberinin Puanlanması

55 maddelik toplu bakım uygulama rehberinin 4'lü likert tarzda oluşan değerlendirme kısmıyla yapılmaktadır. Değerlendirmede 'yapıldı' seçeneği '1', 'gerekli olduğu halde yapılamadı' seçeneği '0' şeklinde puanlanacak, 'gerekli olmadığı için yapılmadı' ve 'uygun değil' seçenekleri bakım yapılırken işaretlenecek fakat puanlama aşamasında değerlendirmeye alınmayacaktır. Bu şekilde 'gerekli olmadığı için yapılmadı' ve 'uygun değil' seçeneklerindeki maddelerden 5 tane işaretlendiyse 55 madde değil de 50 madde üzerinden puanlama yapılacaktır (48/50 gibi).

12. İzleme ve Denetim

Bu rehberde önerilen toplu bakım uygulamalarının klinik ortamlarda uygun şekilde uygulanıp uygulanmadığını değerlendirmek amacıyla izleme ve denetim kriterleri belirlenmiştir. Toplu bakım uygulamalarının uygulanma sıklığı, bakım sırasında ve sonrasında yenidoğanın fizyolojik parametreleri (kalp hızı, solunum sayısı, oksijen satürasyonu) ve davranışsal stres belirtileri izleme göstergeleri olarak kullanılacak ve elde edilen sonuçlar ileriki çalışmalarla sunulacaktır.

Uygulamalar, sorumlu hemşire tarafından belirlenen aralıklarla değerlendirilecek; elde edilen bulgular klinik ekip toplantılarında gözden geçirilecektir.

İzlem sonuçları doğrultusunda rehberin uygulanabilirliği değerlendirilecek ve üç yılda bir güncelleme yapılacaktır.

13. Toplu Bakım Uygulama Klinik Rehberi Akış Şeması

1. Toplu Bakımı Belirleme

Hasta teslimi ve gözlem formlarını değerlendir
Aileden geri bildirim al
Gestasyonel yaş, medikal durum ve beslenmeyi gözden geçir
Nöromotor ve davranışsal durumunu değerlendir

2. Toplu Bakıma Hazırlık

Çevresel hazırlık (ısı, ışık, gürültü, nem)
Malzeme hazırlığı (hijyen, beslenme, ölçüm, tedavi)
Aileyi bilgilendirme ve katılımını sağlama
Bebeğin uyku/uyanıklık döngüsünü ve stres tepkilerini değerlendirme

3. Toplu Bakımı Uygulama

Fizyolojik parametre ölçümleri (solunum, nabız, SpO₂, ısı, kan basıncı)
Hijyen uygulamaları (ağız, burun, göz bakımı, bez değişimi, banyo, aspirasyon)
Cilt bakımı (kuruluk ve nemlendirme, pişik bakımı)
Antropometrik ölçümler (kilo, boy, baş çevresi)
Beslenme (anne sütü, oral/nazo-orogastrik, non-nutritif emme)
Diğer (pozisyonlama, kıyafet/çarşaf değişimi, tedavi uygulamaları)

4. Toplu Bakımı Sonlandırma

Acil durum gelişirse müdahale et
Bebeğin stres tepkilerini izle, gerekirse ara ver
Bakım sonunda bebeği uygun pozisyona yerleştir

5. Kayıt ve Değerlendirme

Yapılan girişimleri ve ölçümleri kaydet
Bakımın etkilerini (olumlu/olumsuz) değerlendir
Sonraki bakım için öneri/plan ekle

14. Toplu Bakım Uygulama Rehberi

TOPLU BAKIM UYGULAMA REHBERİ

		Yapıldı	Gerekli Olduğu Halde Yapılmadı*	Gerekli Olmadığı İçin Yapılmadı	Uygun Değil
BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME					
Hemşire;					
Hasta teslimlerindeki geri bildirimleri dikkate alır.					
Gözlem formundaki tedavi ve bakım notlarını inceler.					
Bebeğin bakım gereksinimleri ile ilgili aileden geribildirim alır.					
Bebeğin gestasyonel düzeyi, tıbbi durumu ve beslenme düzeyini değerlendirir					
Bebeğin nöromotor ve nörodavranışsal yeteneklerini değerlendirir					
Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım doğrultusunda bebeğin bakım gereksinimlerini belirler.					
BAKIMA HAZIRLIK					
Çevrenin Hazırlığı	Ünitenin ısı, ışık, nem, koku ve gürültü gibi stresörler açısından değerlendirir.				
	Küvözün ısı ve nem düzeyini bebeğin gebelik haftası, vücut ağırlığı ve postnatal yaşına uygun olacak şekilde düzenler.				
Bakım İçin Gerekli Malzemenin Hazırlığı	Hemşire el hijyenini sağlar ve elini ısıtır.				
	Fizyolojik parametre ölçümü için termometre, tansiyon aleti manşonu vb. hazırlar.				
	Hijyen uygulamaları için spanç, serum fizyolojik, ıslatılmış pamuk, bebek bezi vb. hazırlar.				
	Antropometrik ölçümler için tartı ve mezura hazırlar.				
	Beslenme uygulamaları için anne sütü/formül mama, orogastrik sonda vb. hazırlar.				
	Diğer uygulamalar için (örn. ilaç uygulamaları, aspirasyon setleri, cilt bakımı ürünleri) kurum politikasına uygun ilgili malzeme, çarşaf ve kıyafetleri hazırlar.				
Ailenin Hazırlığı	Aileye toplu bakım hakkında açıklama yapar.				
	Aileye bakımdaki rolüne ilişkin bilgi verir ve bakıma katılmaya teşvik eder.				
Bebeğin Hazırlığı	Bebeğin uyku/uyanıklık döngülerini değerlendirir.				
	Bebeğin fizyolojik stres tepkilerini (renk değişikliği, apne, taşikardi/bradikardi vb) değerlendirir.				
	Bebeğin davranışsal stres tepkilerini (yüz buruşturma, göz kırpması, ağız açma, dili dışarı çıkarma vb) değerlendirir.				
	Bebeğin motor stres tepkilerini (parmak açma, hipotoni, irkilme, aşırı yumruk sıkma, sağa-sola dönme vb) değerlendirir.				
	Bebeğin içgüdüsel (visseral) stres tepkilerini (hıçkırma, öğürme, esneme vb) değerlendirir.				
	Bebeğin dikkat-etkileşim stres tepkilerini (iletişim kurulduğunda / fazla uyarı verildiğinde artmış stres belirtileri, bakışları kaçırma vb) değerlendirir.				
	Bebeğin kendini teselli etme / sakinleştirme davranışlarını (emme, ayak dayama, elleri ağza ya da yüze götürme vb) ve bebeğin bakıma hazır oluşluğunu değerlendirir.				
	Bakım öncesinde ve sırasında bebekle nazik ses tonuyla konuşur.				

Toplu Bakım Uygulama Rehberi (Devamı)

TOPLU BAKIM UYGULAMA REHBERİ					
BAKIM UYGULAMA		Yapıldı	Gerekli Olduğu Halde Yapılamadı*	Gerekli Olmadığı İçin Yapılmadı	Uygun Değil
Fizyolojik Parametre Ölçümü	Solunum değerlendirmesini yapar.				
	Nabız ölçümünü yapar.				
	SpO ₂ ölçümünü yapar.				
	Vücut ısı ölçümünü yapar.				
	Kan basıncı ölçümünü yapar.				
Cilt Bakımı ve Hijyen Uygulamaları	Aspirasyon uygulamasını (tüp içi/ağız içi) yapar.				
	Ağız bakımını yapar.				
	Burun bakımını yapar.				
	Göz bakımını yapar.				
	Bebeğin bezini değiştirir.				
	Vücut banyosunu yaptırır.				
	Cilt kuruluşunu değerlendirir gerekirse nemlendirmesini yapar.				
	Nazo/Orogastrik sonda bakımını yapar.				
	Vücuda yerleştirilen tüm ölçüm problemlerinin (örn; ısı, SpO ₂ probu) bakımını ve gerektiğinde değişimini yapar.				
	Katater bakımını yapar.				
Antropometrik ölçümler	Vücut ağırlığı ve gerekiyorsa diğer antropometrik ölçümleri yapar.				
Beslenme Uygulamaları	Annenin bebeğini etkin emzirmesini destekler.				
	Oral besleme yapar.				
	Nazo/Orogastrik sonda ile besleme yapar.				
	Emme refleksini desteklemeye yönelik besleyici olmayan uygulamaları (oral motor uyarı vb.) yapar.				
	Bebeğin gazını çıkarır.				
Yapılan Diğer Uygulamalar	Kıyafet değişimini yapar.				
	Çarşaf değişimini yapar.				
	Order edilen tedavi uygulamalarını yapar.				
Diğer (Varsa ekleyiniz)					
BAKIMA ARA VERME/BAKIMI SONLANDIRMA					
Bakımda kesintiye neden olabilecek acil durumları değerlendirir (kanama, solunumsal sıkıntı vb.) ve gerektiğinde müdahale eder.					
Bebeğin stres tepkilerini değerlendirir ve gerekirse bakıma ara verir.					
Ailenin bakıma yönelik iş birliğini destekler ve geribildirimlerini alır.					
Bebeğe gelişimsel açıdan uygun ve konforlu bir pozisyon verir ve bakımı sonlandırır.					
KAYIT					
Hemşire işlem sonrasında bireysel veya rutin bakım uygulamalarını, fizyolojik parametreleri, varsa diğer ölçüm sonuçlarını ve uygulanan tedavileri kaydeder.					
Bakımın bebeğe olumlu veya olumsuz etkisini değerlendirir ve kaydeder.					
Bir sonraki bakım için toplu bakım uygulama formuna uygun notları alır.					
Notlar					

* Bebeğin durumu nedeniyle sonraki bakıma ertelenen veya kliniğin koşulları nedeniyle yapılamayan bakımı ifade eder.

13. Kaynaklar

- Akpınar, F., & Göçmen, İ. (2014). Yenidoğanlarda Deri Bakımı. *Maltepe Tıp Dergisi*, 6(2), 1-3.
- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243.
- Holsti, L., Weinberg, J., Whitfield, M. F., & Grunau, R. E. (2007). Relationships between adrenocorticotrophic hormone and cortisol are altered during clustered nursing care in preterm infants born at extremely low gestational age. *Early Human Development*, 83(5), 341-348.
- İncekar, M. Ç., Çeçen, E., Kazmacı, V. K., Selalmaz, M., & Oğut, N. U. (2024). Individualized Developmental Care Practices of Nurses Working in Neonatal Intensive Care Units: A Qualitative Study. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 11(1), 35-45.
- Kültürsay, N., Bilgen, H. S., Türkyılmaz, C., & Altuncu, E. (2024). *Prematüre bebeğin enteral beslenmesi rehberi*. Türk Neonatoloji Derneği.
- Legendre, V., Burtner, P. A., Martinez, K. L., & Crowe, T. K. (2011). The evolving practice of developmental care in the neonatal unit: a systematic review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 31(3), 315-338.
- Madhu, R., Chandran, V., Anandan, V., Nedunchelian, K., Thangavelu, S., Soans, S. T., Shastri, D. D., Parekh, B. J., Kumar, R. R., & Basavaraja, G. (2021). Indian academy of pediatrics guidelines for pediatric skin care. *Indian pediatrics*, 58(2), 153-161.
- Renesme, L., Allen, A., Audeoud, F., Bouvard, C., Brandicourt, A., Casper, C., Cayemaex, L., Denoual, H., Duboz, M. A., & Evrard, A. (2019). Recommendation for hygiene and topical in neonatology from the French Neonatal Society. *European Journal of Pediatrics*, 178(10), 1545-1558.
- Rivas-Fernandez, M., i Figuls, M. R., Diez-Izquierdo, A., Escribano, J., & Balaguer, A. (2016). Infant position in neonates receiving mechanical ventilation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11).
- Sinha, A., Sazawal, S., Pradhan, A., Ramji, S., & Opiyo, N. (2015). Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).
- Tokan, F., & Geçkil, E. (2019). Prematüre bebeklerde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım kapsamında toplu bakım verme kavramı. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 64-77.
- Tokan Özkılıçaslan, F., & Geçkil, E. (2022). Yenidoğan hemşirelerinin toplu bakım verme konusunda bilgi ve uygulamaları. 2. *Uluslararası Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi*, Ankara.
- Tokan Özkılıçaslan, F., Geçkil, E., Sabetsarvestani, A., Köse, S., & Taş Arslan, F. (2025a). *Toplu Bakım Uygulamalarının Nitel Analizi: Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deneyimleri*. 2. Ulusal Bütünleşik Hemşirelik ve Ebelik Kongresi, Ankara.
- Tokan Özkılıçaslan, F., Köse, S., & Geçkil, E. (2025b). *Prematüre Bebeklere Verilen Toplu Bakım Uygulamaları: Bebek Sonuçlarına Odaklanmış Sistemik Derleme* 2. Ulusal Bütünleşik Hemşirelik ve Ebelik Kongresi, Ankara.
- Wang, H., Zhang, Y., Liu, X., Wang, Y., Shi, J., Yin, T., Zhao, F., & Yang, T. (2021). The effect of continuous clustered care on the physical growth of preterm infants and the satisfaction with the nursing care. *American Journal of Translational Research*, 13(6), 7376.
- WHO. (2018). *Preterm birth World Health Organization (WHO). Preterm birth, 2018, World Health Organization, Geneva, Switzerland.*