



## Üniteler

# 7

## Acıbadem Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Üçüncü Düzey

**Mehmet Kuşku\*, Gülseren Oktay\*\*, M. Arif Akşit\*\*\***

**\*Dr. Pediatri Uzmanı, Acıbadem Hastanesi, Eskişehir**

**\*\*Hemşire, Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlusu, Acıbadem Hastanesi**

**\*\*\* Prof. Dr. Pediatri, Neonatoloji ve Ped. Genetik Uzmanı, Acıbadem Hastanesi, Eskişehir**

*Neonatoloji Yoğun Bakım Üniteleri Sağlık Bakanlığının öngördüğü ve bakım düzeylerine göre I, II ve III olarak ayrılmaktadır. III Düzey olanlar kritik yenidoğanlara, çok ufak prematürelere bakmak için oluşturulurlar, aralıklı olarak ta denetlenmektedirler.*

**V**arlığın öncelikle sağlıklı oluşması açısından, gebelik, doğum ve doğum sonu ilk bir ay çok önemlidir. Bu açıdan Perinatoloji ve Neonatoloji ortak olarak yaklaşımı ile bebeklerin sağlıklı oluşması sağlanabilmektedir. Burada sadece bir servis yapılanması söz edilecektir. Yapılanma standartları daha sonraki yazılarda sunulması öngörülmektedir.

**AMAÇ:** Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri sadece makine ve teçhizatın belirli bir alanda yerleştirilmesi ile oluşmamaktadır. Servis alanının üç katı büyüklüğünde destek odaları ve uygulama ve yaklaşımlar olmalıdır. Burada bir Üniteden söz edilmektedir.

**Materyal Metot:** Üçüncü düzey bir Yoğun Bakım Ünitesindeki yapılanmadan söz edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Neonatoloji, Üçüncü düzey yapılanması, koçluk, anne bakım ve hizmet odaları, rooming in

**Özet**

Zamanımızda Neonatal yaklaşımlar 3 grupta yapılmaktadır. Tüm yapısal alan kadar, hizmette kullanılan cihazlardan daha önemlisi burada çalışan yetişmiş ve deneyimli elemanlar olmalıdır. Bir merkezin sunumu yapılmakta ve girişte de Neonatoloji organizasyonundan kısaca söz edilmektedir.

**Outline**

The importance of neonatal organization is indicated and later on Organization of a Neonatal Intensive Care Unit is presented here

## Yenidogan Yoğun Bakım Ünitelerinin gerekliliği

Eskişehir Acıbadem Yenidogan Yoğun Bakım Ünitesini tanımlarken, Neonatoloji yaklaşımın önemi ortaya konulmalıdır. Zaman içindeki boyutlar ortaya konulmalı ve gelecek yapılanması de öngörülmelidir.

Neonatoloji boyutunun dünü, bugünü ve geleceği ile birlikte irdelemek için, öncelikle gelinen aşama ortaya konulmalıdır. 1915 yılından başlayarak olay Neonatolojinin gelişimi ile ilintisi ortaya konulmaktadır.

### Tarihsel Boyut

Tarihte Birinci Dünya Savaşı ile sosyal boyut olarak önemsendiği gözlenmektedir. Ölümün azaltılması hızlı şekilde sürerken, yenidoğan döneminde ise bir düşüş olmadığı algılanmış ve bunun için tamamen özel bir boyut gerektiği anlaşılmıştır.

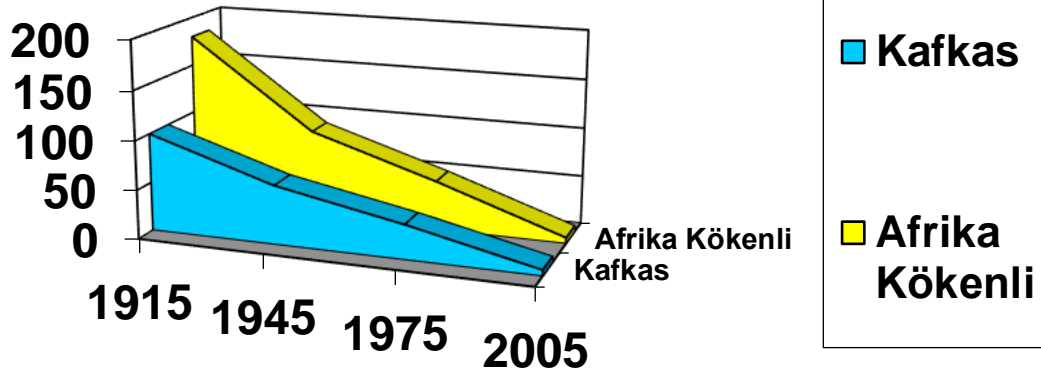
Tüm doğumlar sağlık zinciri içine alınmış, doğum için özel evler, hastaneler yapılmış ama başarı oranında bir düşüş gözlenmemiştir. Olay bir ekip olarak ele alınması ile hekim, hemşire, destek ekipler ve cihazların etkin ve verimli kullanılması ile bir yıl içinde %50 civarında bir azalma gözlenmesi ile Neonatoloji Bilim Dalı oluşmuştur. Halen yaşamsal boyut, yaşam hakkı, futility/anlamsız tedavi, letting to die/tedavi çekilmesi kısacası vardır. Ülkemizde bu yaklaşımlar yasa dışı olup, doğrudan suç ve mahkeme boyutu oluşturacaktır.

“Ölen ölür, kalan sağlar bizimdir” prensibi geçerli bir sosyal, kültürel yaklaşım olması doğal karşılanmalıdır. Büyük aksakallı dedelerin yenidoğanları buz gibi pınarın altında tutmaları, bir bakıma hipotermiden gitmesi ile sağlık deneyinin yapılması zamanımızda hikâyelerde kalan yaklaşım olmuştur. Yakın zamana kadar bebeklerin tuzlanarak, infeksiyondan korunması ötesinde, kırk gün yıkanmaması, göbek düşmesinin beklenmesi, üç ezan beklenerek beslenmemesi artık masallarda kalmalıdır.

Her doğuma girilmesinin doğal olduğu yapıdan, doğumda ancak sorun olur ise hekim çağırılması ve en erken 15 dakika müdahale edilebilmesi yanında müdahale edilenlerde

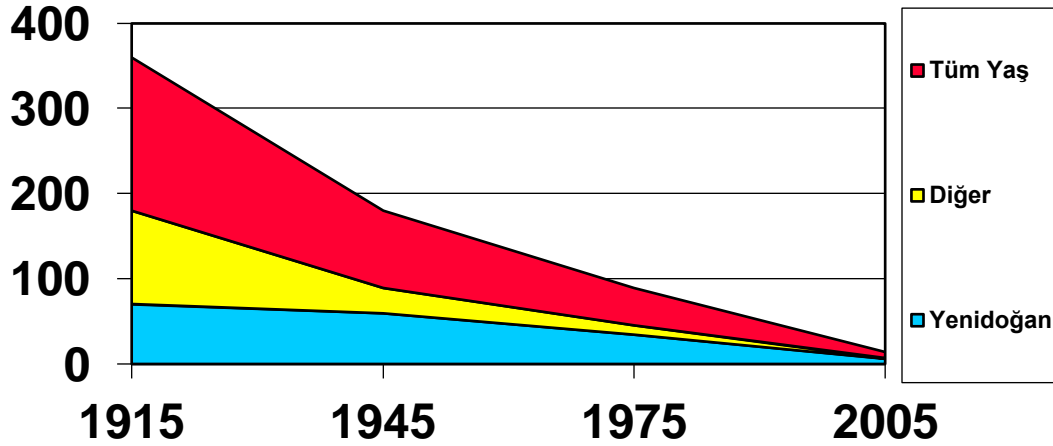
de doğal geç kalındığı için sekel oranının çok yüksek olması da artık literatürlerde eskimiş boyut olarak yerini almıştır. Bunun birçok örnekleri sunulabilir.

Genel mortalite oranlarının 1915'den günümüze bir bakış atarsak:



**Şekil 1: 1915, 1945, 1975 ve 2005 yıllarındaki 0-5 yaş ölüm oranları**

Afrika Kökenli olanların ölüm oranlarının yüksekliğinin, ırka bağlı değil, sosyal boyutta olduğu İkinci Dünya Savaşından sonra daha net ortaya konulmuştur.



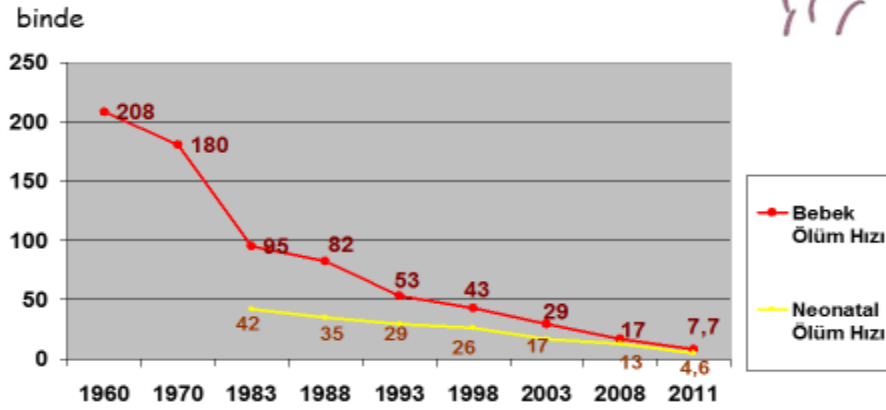
**Şekil 2: 1915, 1945, 1975 ve 2005 yıllarındaki 0-5 yaş ölüm oranlarında, Neonatal ve Postneonatal oranının tanımlanması**

Şekil 2'de bin doğumda ölüm oranları genel olarak irdelendiğinde, temel ölenlerin Neonatoloji kapsamı dışında olduğu gözlenmiştir. Aşılama, sağlığa uygunluk ve genel sağlık yaklaşımları ile belirgin azalma olurken, Yenidoğan Döneminde değişiklik olmadığı ancak 1975 yıllarında fark edilmeye başlanılmıştır. Sonuçta bu hizmete uygun teçhizat imal edilirken, bunu kullanacak hekim, hemşirenin daha önemli olduğu algılanmıştır.

Ülkemizde de 1991 yılında ilk Neonatoloji Yandal Uzmanlığı oluşturulması, tüm Dünya ile aynı zamana denk gelmektedir.

Hekimlik mesleği bir ekip yaklaşımı olduğu ve 24 saat, 365 gün devamlı izlem ve tıbbi boyutun her aşamada aktif işlemesi gerektiği bilinmektedir. Hekim tıbbi yaklaşırken, hemşire uygulamalarda sorumluluk almakta, hekimin önerdiğini olgu uygun değilse yapmayabilmektedir. Bu şekilde birlikte yaklaşım oluşabilmektedir. Tümü üstün çaba gerekli olmaktadır.

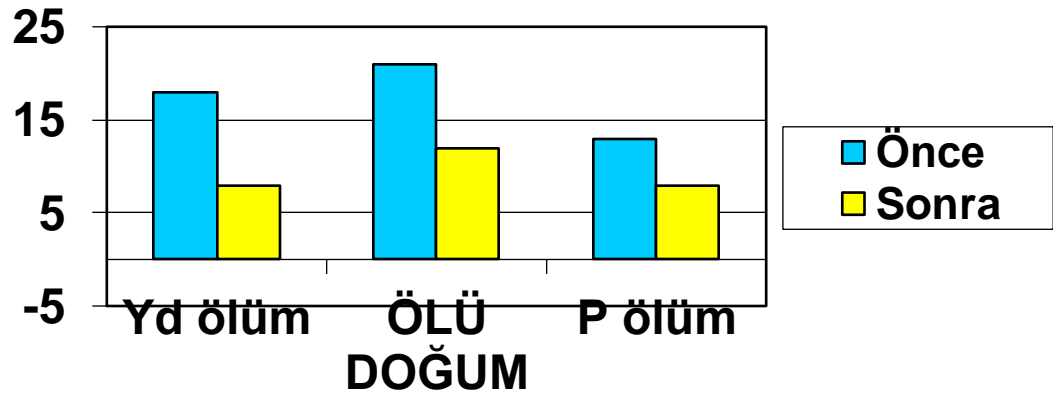
## ÜLKEMİZDE YILLARA GÖRE BEBEK ÖLÜM HIZI



TNSA, 2011 Sağlık Bakanlığı

### Şekil 3: 1960-2011 yıllarındaki Bebek ölüm hızı (TNSA)

Neonatal ölüm hızlarında sadece canlı doğumdaki mortaliteler değil, ölü doğumlar ve perinatal, gebeliğin son dönemi kayıplar da dikkate alınmalıdır.



### Şekil 4: Halifax Neonatal Organizasyon öncesi ve sonrası aynı tıbbi imkânlarla olmasına karşın değişen mortaliteler (Ref: MacDonald MG.Avery's Neonatology, Pathophysiology and Management of the Newborn, Wolters Kluwer, 2015)

Organizasyonun etkisi Şekil 4'de sunulmaktadır.

Burada vurgulanması gereken, olayın yerleşim alanı, makine ve teçhizat ile oluşmadığı ve hatta hekim ve hemşire sayısı ile de ilintili olmadığı anlaşılması içindir. Amaç insana, insanlığı hizmet amaçlı ve tam mesaili bir özveri ile çalışan, eğitilmiş, beceriler kazanmış bir ekip ile işlem oluşabilmektedir.

## Gelecek Boyut

Gelecekte gerek IVF ve gebelikte daha iyi bakımlar sonucunda erken dönem kayıpları olmadan 20 gebelik haftasından sonra doğumlar oluşmakta ve bunların oranı artmaktadır. Eski kayıtlarda prematürelilik oranı %10 genel veri iken %16 civarında yükseldiği belirtilebilir. Ayrıca Şekil 5'te sunulduğu gibi, ölüm nedeni içinde %40 gibi bir orana gelmiştir.



Sağlık Bakanlığı 2010

Oranlar konusunda farklı rakamların olduğu dikkate çekmektedir. Yenidogan Yoğun Bakım Ünitelerine dayandırılan kaynaklarda (Ward RM, Beachy JC BJOG, 110:8-16, 2003), Utah Üniversitesi 26 Gebelik Haftasında doğanlarda ölenlerin oranı: 1981-1985 Yıllarında %30, 1986-1990 Yıllarında %70, 1991-1995 Yıllarında %85, 1986-2000 Yıllarında %90 olarak gösterilmektedir.

Buna karşın, futile Treatment kavramı altında, yaşamsal boyutta sekel veya farklı sorunların oluşması durumunda, tedaviden çekilme ve "letting to die" kavramları

oluşmuş, bunlar Hastane Etik Kurulların başlıca uğraşı alanı olmuştur. Bu şekilde oluşturulan Etik Kurullar Ülkemizde bulunmamaktadır.

Tablo 1’de Mezarlık Kayıtları dikkate alındığında, genel anlamda genel mortalite de düşme olmasına karşın, 1980 ile 2000 yıllık 20 yıllık bir süreçte, 1500 gram altında, yüksek teknoloji gereksinim duyan prematürelere ölüm oranları %24-27 artış olmuştur. Bunun futility yaklaşımından kaynaklandığı düşünülmektedir.

**Tablo 1: 1980, 2000 yıllarındaki Doğum Ağırlığına göre Mortalite**

Kökene Göre	Mortalite GENEL Canlı doğum Binde (%o)			Morbidite 2500 g altı Binde (%o)		Morbidite 1500 g altı Binde (%o)	
	Afrika %o	Kafkas %o	Toplam %o	Afrika %o	Kafkas %o	Afrika %o	Kafkas %o
1980	22.2	10.9	12.6	12.7	5.7	2.48	0.9
2000	14	5.7	6.9	13	6.5	3.07	1.14
+ Artış	-%	-%	- %	+	+	+	+
-Azalış	63.06	52.29	54.76	7.69	14	23.79	26.67
	Azalış	Azalış	Azalış	ARTIŞ	ARTIŞ	ARTIŞ	ARTIŞ

(MMWR), 12 July 2002, 51:27

Tüm bu açıdan her birimin, kendi kültürel yapı ve oluşan sorunlara göre yaklaşımı temel olmalıdır. Ülkemizdeki veriler ile Amerika veya Avrupa’daki Ünite verileri değil, mezarlık kayıtları ile olayın irdelenmesi daha önemli katkı sağlayacaktır.

## Servis Tanıtımı

### Hekimler

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışabilmek için Pediatri eğitim üstüne, Neonatoloji Yandal Eğitimi gereklidir. Ancak, gereken ile mevcut arasında açık büyük olduğu için, bu birimlerde çalışmakta olanların belirli bir sertifika eğitiminde başarılı olduktan sonra bakabilmesine Sağlık Bakanlığı tarafından onay verilmektedir.

Neonatoloji Uzmanlığı almış olanların ancak kamu hastanelerinde bu konuda oluşturulmuş birimlerde çalışmasına müsaade edilmektedir. Yoğun bebek bakımı nedeni ile Ünitenin yapısına göre bir adetten fazlası da, kura ile atanarak görev yapmaktadır. Bu açıdan özel sektörde Yandal Neonatoloji Uzmanı bulunması neredeyse imkânsız

olmaktadır. Özel sektörde Neonatoloji Sertifika eğitimini alan perdiatristlerin çalışması gözlenmektedir. Buna karşın 2014-2015 istatistiklerinde, sözel öğrenildiğine göre Yenidoğanların %50'sine yakın özel hastanelerde, kamu hastanelerinde %40, üniversitelerde ise %10 civarında olduğu ifade edilmektedir. Bu oran 1980 yıllarında ise %50 kamu hastaneleri, %10 üniversite boyutlarında olduğu hatıralardadır.

Hekimlik yaklaşımında Neonatoloji Uzmanı olması, bazı tedavi ve yaklaşımlarda daha serbestlik açısından önemsenmelidir. Örnek olarak: bebeklerde kasılmalarda ilk aşamada 5 mg/Kg luminal verilmesi öngörülmekte, ancak 10 mg/Kg ve 20 mg/Kg ilk doz olmalıdır. Bu dozlar %40 gibi bir kasılmada etkisi ise, bunun 60-80 mg/Kg çıkarılması ile etkileşim %80 olmakta, ancak toksik doz söz konusu olabileceği için bunun Neonatoloji Uzmanlarınca irdelenmesi önerilmektedir. Bu hipotetik varsayımdan belirtilmek istenen boyut, A Grubu yapılması gerekirken, B Grup yaklaşım yapılabilir, C Grup uzman görüşü ile insancıl boyut için Neonatologlar gereklidir. Bu açıdan Neonatologların diğer yenidoğan bakımı yapılan yerlerde de danışman, konsültan boyutunda kabul edilmez, hatta 2007 yılından bu yana telefon ve internet ile grafiler ve neticelerin danışması Etik Deklarasyon ile kabul edilebilir aşamasına girmiştir.

### SONUÇ:

Acıbadem Eskişehir Hastanesinde: 1 Neonatolog Prof. Dr. 6 Neonatal Sertifikası olan Peditrisyen görev almaktadır. Her gün 24 saat devamlı sadece Yenidogan Yoğun Bakıma bakan ve nöbet tutan 6 Neonatal Sertifikalı hekim vardır. Her doğuma girilmekte ve sezaryen uygulanan doğumlara da özel ekip olarak girilmektedir.

### Hemşireler

Yenidogan Yoğun Bakım Ünitesinde Neonatal Canlandırma Sertifikası ile Yenidogan Yoğun Bakım Hemşirelik Sertifikalı hemşireler çalışmaktadır.

Acıbadem Eskişehir Hastanesinde: 14 hemşire çalışmaktadır. 3 adedi 5 yıl üstü Neonatoloji Yoğun Bakım Ünitesinde çalıştığı, 2 adedinin 3-5 yıl çalıştığı, 4 adedinin 1-3 yıl süre ile çalıştığı görülmektedir. 5 adedi de bir yıllık süre ile çalışmaktadır.



Fotoğraf 1: Neonatoloji Yoğun Bakım Hizmet yapan hemşireler



Hekim bebek ile tıbbi yaklaşım yaparken yanında hemşire destek ve yardımcı olmakta, gerektiğinde doğrudan da yapabilmektedir. Hekim her yaklaşımın gerekçesi ve dayanaklarını belirtmelidir. Bu hastaya surfaktan yapalım doğrudan diyememekte, gerekçesini ve beklentileri söylemesi gerekir. Distansiyonu olan bebeği hekim besle der ve bunu order/isteme yazsa bile hemşire beslemez ve bu eylemi yapmadığı için Neonatal Sistem içinde de suçlanamaz. İzleme alır, beslemeyi atlayabilir.

Hemşirelerin tüm bakımları yaptığı bilinmelidir. Sağlık personeli sadece temizlik ve servisin düzeni açısından görev almaktadır. Hasta ve aileleri ile bir temasları ve ilişkileri yoktur.

Bebeğe dokunan, ilacı yapan, besleyen, temizleyen hemşiredir ve bu nedenle hekimin eli, ayağı ve kulağıdır. Hekim daima yakında ve doğrudan 24 saat iletişindedir.

### Sağlık Personeli

6 adet sağlık destek personeli olup, bunlar da özel eğitilmiş ve yetiştirilmiş elemanlardır. Doğrudan sorumluluk taşımaktadırlar.

### Sekreterler

Tüm tıbbi sekreterler doğrudan aile ile hekim/hemşire ilişkisinde etkin olmaktadır. Bunların iletişim ve ilişkileri düzenlenmesi, ayarlanması ve düzgün boyutta olmasından sorumludur. Tümü yükseköğretim eğitilmiş olup, bu konuda yetişmiş ve yetiştirilmiş elemanlardır.

### Fizik Şartlar

Yenidoğan Yoğun Bakım üçüncü düzey olarak yapılsa bile, ikinci ve birinci düzeyde doğal olarak bakılmaktadır. Bebeklerin anne ile bir arada kaldığı odalar, rooming in yapısı ile birlikte olmaktadır, bu servistekiler ise ancak yoğun bakım görülen bebekler olmaktadır.

Başlıca fiziksel imkânlar şunlardır:

- 1) Cihaz ve Malzemeler: Tümü en son üretim Drager Firması cihazları olup, bir homojen cihaz alt yapısı vardır. Toplam 15 intensif/yoğun bakım kuvüzü, 5 adet açık yoğun bakım, 10 adet kot olmaktadır.





Fotoğraf 2: Neonatoloji Yoğun Bakım Ünitesine genel bir bakış



Cihazların kullanılmasından hekim ve hemşire birlikte sorumludur.

- 2) Doğum Koçluğu: servis dışında ayrı bir yapılanma ve özel eğitim almış bir birey koçluk sistemini yürütmektedir.



Fotoğraf 3: Neonatoloji Doğum Koçluğunun net olarak ulaşması için yerinin bildirilmesi



Doğum Koçluğu odası doğumhane içindedir.

- 3) Anne Uyum Odası, Bebek Danışmanlık Odası, Servisi: yine aileler ile iletişim ve ilişkinin servis dışında yürütüldüğü alandır.



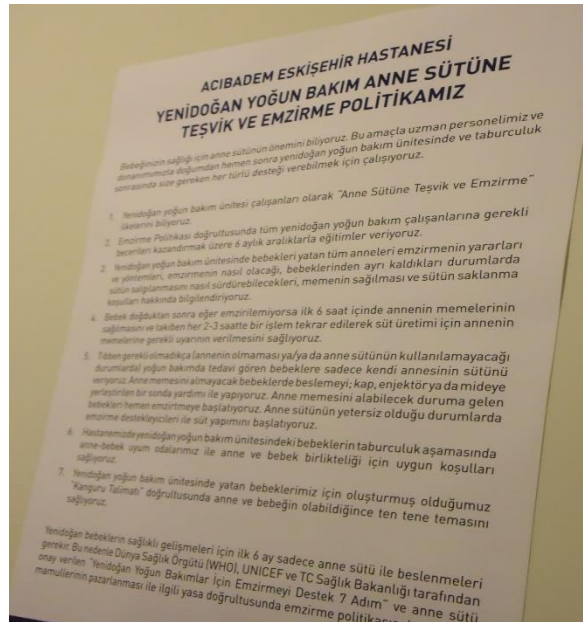
Fotoğraf 4: Anne Uyum Odasının özel oda olarak kapı yanındaki uyarıcı levhası

- 4) Emzirme Odası: Annelerin servis yapısı içinde ama hizmet alanı dışında bir alanda yapmaktadırlar Burada anne sütü sağma imkânı vardır.



Fotoğraf 5: Neonatoloji Danışmanlık Odası, Emzirme odası (2 adet)

Oda içinde süt sağma imkânı da bulunmaktadır.



Fotoğraf 6: Neonatoloji Yoğun Bakım Emzirme odasındaki anne-sütü teşvik politikası belirtilmektedir



- 5) Anne-Bebek Odası (Rooming in): anneler ve bebeklerin birlikte olduğu alan en az 15 metre karelik yer olup, içinde tüm tuvalet ve diğer alanlar farklı oda olarak bulunmaktadır.



Fotoğraf 7: Neonatoloji Anne-Bebek Odası (Roomig in)



- 6) Depolama, depo odaları: servis içi ve servis dışında gereken malzemeleri koyabilecek alan bulunmaktadır.

Fotoğraf 8: Neonatoloji Yoğun Bakım Hizmeti için depo alanı



- 7) Hizmet sunum odası: 88 metrekarelik alanda hizmet verilmekte, bu alan pozitif iklimlendirme, HEPA filtreli alandır.
- 8) Yedek hizmet sunum alanı: Serviste temel bakım alanı yanında ek yatakların konulabileceği bir yer olmaktadır.
- 9) Bebek Bakım Yeri: Serviste kan alma ve buna benzer yaklaşımlar için alan bulunmaktadır.



**Fotoğraf 9: Neonatoloji Yoğun Bakım Bebek Bakım alanı**



10) Canlandırma alanı: gereken özel işlemler için bir alan ayrılmıştır.

11) İnfeksiyon odası, negatif basınçlı oda: bulaşımı engellemek için özel oda yapılanmaktadır.

**Fotoğraf 10: Neonatoloji Yoğun Bakım Bebek İnfeksiyon-izolasyon odası**



İzolasyon odasının yapılandırılması tamamen farklı boyutlardadır.

## SONUÇ

Burada çalışanlar olduğu gibi, yenidoğanlara annelik yaklaşımının ötesinde bir hizmeti sunan, hekim ile hemşire ve personelin sağlık hizmetini götürmeleri ötesinde, bunu ancak sevgi ve aşk ile yaptıkları ile yeni bir hayat ve yaşam sağladıkları için mutlu oldukları anlaşılmaktadır.

Kısaca; annelikte olduğu gibi Yenidoğan hizmetleri ancak aşk ile sevgi ile olur, oluşabilir.

Bir binayı yapabilir, içine son model cihazlarla donatabilir, hatta diplomalı insanları da temin edebilirsiniz, ama insanlık değerleri ile yüklü ve insanlık için, sağlık, yaşam için kendilerini fedakârlık edercesine uğraşan ve tükenmişlik değil, mutlu yorgunluk duyan elemanları bulmanız sanki bir mucize gibidir.

Fotoğraf 11: Neonatoloji Yoğun Bakım Ünitesine Giriş



## Acıbadem Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Çalışanların Duygu ve Düşünceleri.

**Nuray Keçecioğlu\*, Gülseren Oktay\*\*, M. Arif Akşit\*\*\***

**\*Dr. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Acıbadem Hastanesi, Eskişehir**

**\*\*Hemşire, Yenidogan Yoğun Bakım Sorumlusu, Acıbadem Hastanesi**

**\*\*Prof. Dr. Pediatri, Neonatoloji ve Ped. Genetik Uzmanı, Acıbadem Hastanesi, Eskişehir**

*İnsanları insan yapan unsur, insanlık işlevlerini karşılıklı etkileşimlerle oluşturmalarıdır.*

**V**arlığın bir göstergesi olarak insanlar çalışmakta ve iş, hizmet üretmektedirler. Bu yaklaşımlar kendi meslekleri ile kendi yaşamı ile bütünleşmedir. Çalıştığı ortam temelinde tükenmişlik yaşanması ve sanayileşen toplumda, medeniyetin birçok nimetinin paylaşıldığı ortamda insanların depresyon içine girmesi azımsanmayacak boyutlardadır. Tükenmişlikte bu çerçevede ele alınmalıdır.

İnsan şevkle çalışır, yorulur, tüm enerjisini tüketir ve yorgun olduğu bellidir. Tükenmişlik boyutundan ayıran en önemli özellik gülümsemesidir. Yorgun ama mutludur.

Temel olarak alınması gereken, bireylerin aşağıda tanımlanan her türlü boyutu yaşadıkları ve kendimizin de yaşadığı bir gerçektir, ama depresyon değil, daha çok çalışma, daha çok yardım etme duygusu ile tükenmişliği karıştırmamak gerekir.

**AMAÇ:** Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde sıklıkla Tükenmişlik Sendromu gözlenmektedir. Bu boyutun oluşmadığı bir merkezdeki çalışanların duyguları ile oluşmamasının nedenleri; sevgi ve empati boyutu öne çıkarılarak irdelenmektedir.

**Materyal Metot:** Üçüncü düzey bir Yoğun Bakım Ünitesindeki çalışanlara sadece neden Neonatoloji Yoğun Bakımda çalıştıkları ile duygularının ifade etmeleri istenmiş ve bunlar olduğu gibi temel alınmıştır. Hiçbirinin konunun tükenmişlik sendromu olduğundan haberi olmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Tükenmişlik sendromu, yoğun bakımda çalışanların tutum ve tükenişleri

## Özet

Servisteki tüm çalışanlardan ünitelerde neden çalıştıkları ve ne hissettikleri sorulmuş ve bu bölümde sunulmaktadır.

Başlıca bulgular: 1. Kendini kanıtlama takıntısı, 2. Çok çalışma, 3. Kendi gereksinimlerini ihmal etme, 4. Çatışmalarda/fikir ayrılığına yer değiştirme, 5. Değerlerde gözden geçirme 6. Acil durumları inkâr etme 7. Geri çekilme, geri çekme 8. Belirgin davranıştaki değişimler, 9. Kişilikte sapmalar 10. İçini boş hissetme, boşluğa düşme 11. Depresyon, baskılanma 12. Tükenmişlik sendromu  
Tek yaklaşım, baştan oluşmasını engelleme, bağlılık, birliktelik, sevgi ve saygı üçgenidir.

## Outline

The phases of the burn out are indicated as 12 aspects.

They are: 1. **The compulsion to prove oneself**, 2. **Working harder**, 3. **Neglecting their needs**, 4. **Displacement of conflicts**, 5. **Revision of values**, 6. **Denial of emerging problems**, 7. **Withdrawal**, 8. **Obvious behavioral changes**, 9. **Depersonalization**, 10. **Inner emptiness**, 11. **Depression**, 12. **Burnout syndrome**

This is try to confirm by asking two questions to the Intensive Care Unit at Acibadem Hospital

Why you are working and what is your intensions to work are the questions  
There must be indicated that, close relations, get together, be united f demand

The new re-establishing, the new re-engineering of the society

This section we are indicating the administration models or all for one and one for all is the best not to be at the burnout.

The perfect is love to be in love and be a lover

## Giriş

Yenidoğan Yoğun Bakım Merkezlerinde hekim, hemşire ve tüm çalışanların oldukça yoğun stres altında tükenmişlik boyutuna gelmeleri bir olgudur.

Sağlık kuruluşları, hastaneler içinde en çok ölüm ve canlandırma eyleminin yaşandığı üniteler Yenidoğan Yoğun Bakım merkezleridir. Özellikle sorunlu bebeklerin yaşatılmasının aylarca sürmesi, hekim, hemşire ve tüm personelin bir bebek ile bütünleşmesi ile önemli bir sosyal, kültürel boyut gelişmektedir. Bu durumlar ölüm, ağır sekelli durumların varlığı ile bir psikiyatrik etkileşim açmazına sürüklenmektedir.

Bu açmazın sanıldığı veya kitaplarda yazmasının aksine gözlenmemesi için belirli bir destek boyutunu olması kaçınılmazdır. Bu konu üzerinde durmadan önce olası sorun olarak Tükenmişlik Sendromu konusuna değinilecektir.

# Tükenmişlik Sendromu

Wikipedia'dan alıntılar

## Tanımlama (Occupational burnout)

İnsanların çalıştığı ortamda duyarsızlaşmaları, duygu azalması olarak beliren bir boyuttur. Bulguları: tükenme ([exhaustion](#)), coşku ([enthusiasm](#)) ve güdü/dürtü ([motivation](#)) eksiklikleri, etkin olmama ([ineffectiveness](#)) duygusu, aynı zamanda hüsrana alaycı, hor gören, kin duyguları olan ([frustration, cynicism](#)), ve sonucunda çalışmasında etkinliğin ([efficacy](#)) azalması ile karakterize bir durumdur. Bazı durumlar için "[responder apathy syndrome \(RAS\)](#)" Depresyon ile benzeştiği söylenebilir. Aksi duruma da **Bağlılık** denilmektedir.

**Dünya Sağlık Örgütü** (WHO) Z73.0 ICD (DSM-5) sınıflaması fazla çalışma ile ortaya çıkan aşırı bir duygusal yorgunluk ve işe bağlı sorumluluklarını yerine getirememeye durumu olarak tanımlamıştır. Buna göre, temel alınması gereken duygusal tükenmişlik olarak sevgi faktöründeki aşınmadan kaynaklanmaktadır. İkinci boyutta kendisini yargılaması ki birçok inanışta devamlı af dileme öğütlenmesinin körüklediği boyuta girmektedir. Bu açmaz, başarısızlığına da neden olmaktadır. Üçüncü aşama da kendisine bakarak, iyi insan olduğu ve iyi işler yapmasına karşın, çevresinin neden takdir etmedikleri boyutudur. Bir sosyal iticilik kavramı ile açmaz çukuruna girmektedir.

## Herbert Freudenberger, Gail North 12 fazı tanımlamaktadır.

1. **Kendini kanıtlama takıntısı (The compulsion to prove oneself):** Çalıştığı yerde kendini kanıtlamaya çalışmak, tüm çabalarına karşın çocuğu yaşatamadığını, ama çok uğraştığı ve başarılı çalışmaları olduğu şeklindeki yaklaşım. Burada ilk aşamada, her olgu sorunsuz olmuş ise kutlama yanında temel sorunlu olanlarda da yine hekimliğin tedavi garantisi vermediği, bizim insana insancıl yaklaşımı esas almamız vurgusu yapılmalıdır. Titiz çalışma ile takıntılı olma boyutu karıştırılmamalıdır.
2. **Çok çalışma (Working harder):** Çok çalışması ile daha iyi insan olunamayacağı ve bu açıdan zorlanılmaması vurgulanmalıdır. Bu açıdan mutlaka istirahat ve dinlenme ayarlanmalı ve çalışma arasında da çay, ara verilmesi sağlanmalıdır.
3. **Kendi gereksinimlerini ihmal etme (Neglecting their needs):** Bakımlı olması, ailesine, çocuklarına vakit ayırması, kutlamalara katılması sağlanmalıdır.
4. **Çatışmalarda/fikir ayrılığına yer değiştirme (Displacement of conflicts):** Sorunun ana kökenine inemiyor ve hastayı taktimde sebep ve sonuç ilişkisinde farklılıklar var ise, mutlaka haftalık zorunlu izin verilmesi gündeme gelmelidir. İlk belirgin semptomdur.
5. **Değerlerde gözden geçirme (Revision of values):** Künt kişilik yapısından çıkabilmek için, müzik, sanat ve çiçek sunulması ile bir başka boyuta sokulmalıdır. Mutlaka arkadaşlarla bir halka oluşturulmalı, ev sohbetleri derinleştirilmelidir.



6. **Acil durumları inkâr etme (Denial of emerging problems):** Tahammülsüzlük göstermesi, agresif ve alaycı yapıda (sarcastic) yapıda olması ile ona bu şekilde davranmamasının söylenmesi yerine, sorunlarını dışa vurması, koyu sohbetler yapması ve içini boşaltması istenir.
7. **Geri çekilme, geri çekme (Withdrawal).** Bir bakıma geri çekmiş ise, aile eve çevresinden kendini izole etmeye çalışsa da, mutlaka evine ziyaret gitme ve çeşitli piknik ve diğer sosyal etkinlikler ile tekrar sosyal çevresini sağlamaya çalışmalıdır.
8. **Belirgin davranıştaki değişimler (Obvious behavioral changes):** Tanınmayacak boyuta gelmiş ise, geçici süre ile yıllık izin veya başka serviste geçici çalışması gibi yaklaşımlar yapılabilir.
9. **Kişilikte sapmalar (Depersonalization):** Kişilik sapmaları erken dönemde saptanması ile artık psikiyatrik danışmanlık alınmasını gerekli kılmaktadır. Erken yaklaşım ile sorun ağırlaşmadan çözülebilecektir. Kendi ve çevresini artık değersiz görmektedirler ki bu birçok boyuta kapı açabilir.
10. **İçini boş hissetme, boşluğa düşme (Inner emptiness):** Bu dönemde kendini inanca vermek veya tam tersi isyanlarda olmanın olabildiği ve kişi kendini bulma gereksinimi ile daha da izole ve yalnız olmaktadır. Bu açıdan bu boyutta inanışlar sorgulanamaz ama hayal, riya ve masal ile gerçek karıştırmış ise bu belirtilebilir ve bilinmeyen bilinmeyeceği açık ifade edilmelidir. Şişmanlık ve çok yeme şeklinde de izlenebilir.
11. **Depresyon, baskılanma (Depression):** Birçok kişi anti depresan almasının nedeni bu safhada olduğu içindir. Çocukluk çağında hiperaktif iken, hatta ilk aşamalarda hiperaktif iken, zamanla depresyon ağrı basmaktadır. İlaç değil, mutlaka hekime gidilmeli ve gerçek bir destek alınmalıdır.
12. **Tükenmişlik sendromu (Burnout syndrome):** Bu aşamada görev yeri değişse bile artık aynı boyut yeni yerinde de gelişebilecektir. İnsanlar mesleklerinden uzaklaşamayacağına göre yeniden aynı açmaz içinde düşmemelidirler. Bunlar intihara kadar gidebilir.

Tükenmişlik sendromu ile baş edebilmek için bilinç-davranış-uğraşı tedavisi ([cognitive-behavioral therapy \(CBT\)](#)), bilinç yenilenmesi ([cognitive restructuring](#)), stres idare eğitimi ve rahatlanması (didactic [stress management](#), and relaxation). Gevşeme teknikleri ([relaxation techniques](#)) gündeme gelmektedir. Bunlar kurum, bireysel açıdan ele alınarak, azaltılmasına çalışılmalıdır.

## Neden Gözlenmiyor?

Yüksek stress altında olan insanlarda eğer arkadaşlar arasında yakınlaşma, dertlerini anlatacak bireyleri bulamama durumun ağırlaşmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde hemşirenin içinde bulunduğu durumu kavramayan hekim, bebeğin iyileşmemesi açısından sorumlu arayan ve bunu hemşirede çıkararak, bir bakıma onu tanrı olarak neden şifa olmadığı şekilde sorgular ise o birimde tükenmişlik yaşanmaması

olanaksızdır. Bu sevişlerde sık personel değişimi olmasının gelecek nedeni de tükenmişlik olgusudur.

Yenidoğan ünitelerinde ise bir kardeşlik ve birliktelik ile iç içe çalışma yaklaşımları yapılmalıdır. Bazıları: ortak çay saatleri, beraber kutlamalar, kahvaltılar, akşam tatlılar, yaş günlerinde pastalar ve mumu ortak üfleme, pastayı hep birlikte yemek, fotoğrafları el ele, kol kola çekertirmek, yemekler, piknikler, bayramlar, yeni yıl kutlamaları sayılabilir. Her türlü bahaneler oluşturulması, çiçek sunulması şeklinde sembollerde önemli katkı sağlamaktadır. Ayrıca sosyal olaylarda da kültürel destek, hediye alımları çok özellikli bir boyut olmaktadır.

Serviste “suçlamanın kaldırılması”, “özür dilemenin yasaklanması” ve tüm yaklaşımlarda hukuk sisteminin işletilmesi önemlidir. Suç ancak somut ve kesin olaylarda ise oluşmaktadır ve kanıta dayalıdır. Şüpheler ise kanıt, veri değildir. Hiçbir kimse kimseyi somut kanıtsız suçlayamaz. Aradan zaman da geçirilmeden hemen yapılmalıdır. En üst amirin telefonu her bireyin elindedir ve araması için mutlaka önemli bir boyutun olması da gerekmemektedir. Sorumluluk bir bütün olarak paylaşılmaktadır.

Bu ortamda sevgi sözcüklerinin gerçekten içten gelerek devamlı olarak kullanılması, sabah günaydın, akşam iyi çalışmalar, iyi akşamlar, iyi istirahatler ifadeleri önemlidir. “Aferin” ile başlayan “üstün başarı ile sağladık”, “bu gerçekten bir mucize idi” demek yanında ölüm olgularında da “ex değil, bebek huzura kavuştu”, eziyet çekmeden, siyanoz ve kasılması olmadan huzurlu, uyur gibi bu evrenden göçtü” gibi yaklaşımlar farklı boyut taşımaktadır. Ailelere ortak sorumluluk olarak söylemler tükenmişliğin oluşmaması için en önemli faktörlerden olmaktadır.

Çalışma ortamında emosyonel gereksinimler yüksek ise bu basit olarak çeşitli şekillerde karşılanmalı ve tümü içten, gerçek sevgi ile saygı oluşturularak yapılmalıdır. Tükenmişlik olmaması gerekçesi ile yapılanların etkili olması beklenilmemelidir. İçinde sevgi olmayanın dışına vereceği sevgi de olamaz. Kızan, sinirlenen olaya neden olanı bildirmeli ve dinlenmelidir, çözüm bulunamasa da, hal yoluna gidilmesi için bir adım atılmalıdır.

Tükenmişliğin aksi yaklaşım da başlılık, bağlanmadır. Bir örnek olarak belirteyim. Yakından tanıdığım, sevişimdeki bir hemşireye “sen bebeklere bakmıyorsun” dedim ve ilave ettim, “sen onları seviyorsun”. Aynı duyguları taşıdığını ve bazen çalışmadığı zamanlarda servise telefon edip, bebeğin beslenip, beslenmediğini, distansiyonu olup olmadığı sorduğunu söyledi. İşini koşa, koşa arzu ile yapıyordu. Ancak ortam/amir değişince o serviste çalışamayacağını ifade edip ayrıldı. Tükenmişlik çekmemek için başka servise geçtiğini duydum. Amirin zorlaması değil, kendi isteği, sevgisi ile çalışmak istiyordu.

Tükenmişliği oluşmasında, önemli olan stresli ortamda çalışmaktan çok, stresin paylaşılabildeği ve giderilebildiği ortamın yokluğudur.

Benlik ve sosyal boyut daima en ideali, en iyisi ve mükemmeli temelinde zorlaması ve bunların sağlanamaması ötesinde, yaklaşılamaması da önemli tükenmişlik nedeni olarak

belirtilebilir. Ancak haline ve sağlığına şükretmek, yaşam ve ölüm boyutu ile sekel ile sağlık kıskacında olan Yenidoğan çalışanları, mutlu olmanın bahanelerini uydurarak, bu baskıdan uzaklaşabilmektedirler.

Tedavi yerine oluşmaması için tüm çabalar, tüm yenilenme ve tazelenme zamanları ayarlanmalı, bir bakıma çalışma saatinden zaman çalınmalıdır. Bunu bir kesim değil el birliği ile tümünden yapılmalıdır. Bir kutu baklavanın Pazar nöbetinde servise getirilmesi ve ortak yenilmesinin sağladığı etki çok büyüktür. Tedavi zor ama önlemler çok kolaydır. Stresle baş etmek, bir bütünün bireye karşı görevidir.

### Çözüm bağlılık, bağlanma, sevgi halkası oluşturmaktır

Birimiz hepimiz, hepimiz birimiz için felsefesi ve dışarı çıkanı kurt kapar misali bir bütünlük oluşturulursa, tümü bir sevgi halkası içinde olursa oluşması baştan önlenebilir. Konu iç iyi, biz iyiyiz, dışarı kötü kavramı değildir ve olamaz. Tükenmişliğin temeli duygusal boyutta başlamaktadır. Burada bir iğne deliği kadar açık bırakılmamalıdır. Ben ilacı verip geleyim müsaade edilmez, seni bekliyoruz, çayı içemiyoruz, hadi gel denilmesi gereklidir. Fotoğraflarda da el ele, kol kola olarak çekilmelidir.

## Olaya Bakış Açısından Farklılık

“Yaşam Hakkı” temelinde: Supreme Court (Amerika Yüksek Mahkemesi), Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi ile Türkiye’deki Yargıtay kararları bunun en yüce bir hak olduğu ve herhangi bir nedenle tartışmasının bile yapılamayacağı mahkeme kararları ile belirtilmektedir.

Temelde Etik Felsefenin bir alt dalıdır ve Tıp Bilimlerinde Anabilim Dalıdır. Etik Biliminin temel bölümleri olarak teorik ve uygulamalı açısından kısaca “doğru nedir” yaklaşımı ile kurum, kurullara ve “ne yapmalıyım” sorgusu ile bireye işlevler düşmektedir.

16 Ocak 2015 tarihli “**Ethical Issues in Neonatal Care**” makalesinde (Medscape/yazarlar: Brian S Carter, MD, FAAP; Chief Editor: Ted Rosenkrantz, MD, et al) aşağıdaki soruları gündeme getirmektedirler.

- Prenatal ve Neonatal özel bakım yaklaşımının gerekli olduğuna kim karar verecektir?
- Bu bakımın bedelini kim ödeyecektir?
- Yenidoğan Yoğun Bakım ücretleri kabul edilebilir düzeyde midir?
- Bu bakımlar eşit olarak topluma nasıl dağıtılabilecektir?
- Çok ufak ve çok hasta bebekler Yoğun Bakım Ünitelerine kabul edilmeli midirler?
- Sonuçlar çok fazla istenmeyen veriler içermekte değil midir?
- Bakıma devam edilme kararını kim vermelidir?
- Karar oluşturmayı kim yapmalıdır?

Bu soruların sorulduğu toplumlarda tükenmişlik olmaması imkânsızdır. Akıl ve vicdan bütünlüğü ile parasal ve sonuca göre yaklaşım hekimlik mesleğinde yapılmaması

gerekenler grubundadır. Hekim tedavi garantisi vermez, veremez, Hekimlikte ekonomi maliyet hesabı üzerine olamaz, Tedavi etme ve etmeme diye bir karar mekanizması oluşturulamaz, tüm yaklaşım boyutu kabul edilemez olduğu açıktır. Bu nedenle ülkemizde bu sorun minimal boyutta olmasının temeli yaklaşım yapısıdır.

### İstatistikler yalan söylemez

Rakamlara baktığınız yere göre farklı sonuçlara varabilirsiniz. Bu açıdan veriler doğru ve açık olmalıdır. Amerikan Mortalite (MMWR: 12 July 2002: 51:27) rakamlarına baktığımızda:

#### 1980 yılında Yenidoğan Mortaliter:

- Genel Mortalite %o 12.6, Afrika kökenliler %o 22.2, Kafkas kökenlilerde %o 10.9
- 2500 gram altı bebeklerde: Afrika kökenliler %o 12.7, Kafkas kökenlilerde %o 5.7
- 1500 gram altı bebeklerde: Afrika kökenliler %o 2.48, Kafkas kökenlilerde %o 0.9

#### 2000 yılında Yenidoğan Mortaliter:

- Genel Mortalite %o 6,9, Afrika kökenliler %o 14,0, Kafkas kökenlilerde %o 5,7
- 2500 gram altı bebeklerde: Afrika kökenliler %o 13,0, Kafkas kökenlilerde %o 6.5
- 1500 gram altı bebeklerde: Afrika kökenliler %o 3,07, Kafkas kökenlilerde %o 1,14

### SONUÇ

Amerika Birleşik Devletlerinde, 1980 ile 2000 yılı gibi 20 yıllık bir gelişim boyutunda, yüksek teknolojik gelişim dikkate alındığında:

- Genel Mortalite 12.6 dan 6.9'a düşmüş
- 2500 gram altı DA. Mortalite Afrika kökenlilerde: 12.7'den 13.0'a yükselmiş
- 2500 gram altı DA. Mortalite Kafkas kökenlilerde: 5.7'den 6.5'a yükselmiş
- 1500 gram altı DA Mortalite Afrika kökenlilerde: 2.48'den 3.07'a yükselmiş
- 1500 gram altı DA Mortalite Kafkas kökenlilerde: 0.9'dan 1.14'e yükselmiş

Yu V. [www.medicine.org.hk/guild/profyu.htm](http://www.medicine.org.hk/guild/profyu.htm), yazısında belirttiğine göre tedaviden geri çekilme oranı (letting to die) bir başka deyişle, anlamsız, yararsız tedavi gerekçesi ile (futile treatment) ile yaklaşım yapılanların Neonatoloji Ünitelerindeki oran NZ (yeni Zelanda'da %78, Japonya'da %55, Almanya-Danimarka'da %75-68 oranındadır.

Bir serviste hekim veya hemşire olarak çalışıyorsunuz ve bebeğin tedavisinin kesilme kararını veriyorsunuz, bebek servis istatistiklerinden çıkarılıyor, ölmesi başka alanda bekleniyor. Sizde de tükenmişlik sendromu gelişiyor?

Bu açıdan Eskişehir Acıbadem Yenidoğan Yoğun Bakımda çalışanların duyguları bu acıdan önemli yer tutacaktır.

Yenidoğan Yoğun Bakımda çalışmak bir ayrıcalık olmasına karşın, önemli bir devamlı uyanık ve tetikte olmak gerektiği belirgindir.

## Yoğun Bakımda Çalışmak

Yoğun Bakımda çalışmak yaşama yaşam katma açısından önemli bir boyut olsa da, bunun her gün, her an olması, bir bakıma yorgunluk oluşturmaktadır.

Bu açıdan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde bebeğe sadece bakım ve tedavi ötesinde, tüm verilerin analizi ile oksijen ve tüm ventilatör gibi uygulamaların da bire bir kontrolü açısından elemana gereksinim belirgindir.

Amerika'da her bir ventilatördeki bebek için bir hemşire devamlı oturur ve yardımcı olarak bunlar 2-3 bebeğe bir diğer hemşire izlemde bulunurken, bizde bu oranı sağlamak zordur. Doğrudan kontrollü ve bilgisayarlı aletler olması ve uyarılar vermesi ile bu yaklaşım yerini her bebeğe değil, 2-3 bebeğe bir hemşire yeterli olmaya başlamıştır. Eski ventilatör yaklaşımlarda özellikle 1500 gram altı bebeklerde mutlaka devamlı bir hemşirenin oturarak bakması gerektiği belirgindir.

**Zamanımızda da 3 bebekten fazla bir bebeğe bakım istediğinizde yetişememe sorunu yaşanmaktadır. Bu tecrübeli hemşirelerde de aynı şekilde irdelenmelidir.**

Bir ailenin ifadesi ile: ***“Diğer taraftan Yenidoğan Yoğun Bakımdaki bebek sayısı arttıkça, hemşirelerin çok efor sarf ettiğini, hatta 15 bebek olduğu günlerde, çok zorlandıklarını gözlemledim. Sanıyorum, bebek sayısı artışı ile birlikte, hemşire sayısında da artması en uygunu olacaktır. Bir hemşirenin verimli bir şekilde en fazla 2 ya da 3 bebekle ilgilenildiğini gözlemledim.”***

Bundan daha fazla bebeğe bakım, ancak bebeğin büyük ve sorunlarının daha az olması anlamını taşımaktadır.

Zamanımızda en önemli sorun, bu sayıda Yenidoğan Yoğun Hemşiresi bulma konusundadır.

Çalışma istenirse bile maddi desteğin tam olmaması, tam olsa bile bir boyut yakalamak zorlaşmaktadır.

Her an ailelerin sorunları ile uğraşma konusu, Ülkemizde belirli bir boyutta giderek arttığı anlaşılmaktadır. Tazminat oranlarının ve Hasta Hakları Birimlerinin Yenidoğan konusunda yeterli olmamaları bu süreci ağırlaşmaktadır.

Önce hekimlikte sağlık elemanları tedavi ve şifa garantisi vermez, veremez, sadece insan olarak bakım ve yaklaşım yaparlar. Yurt dışında ise “letting to die” kavramı bizde olmadığı için, kasıt ve malpraktis diye yorumlananların, bilgisizlikten kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Bilirkişilerin de bu konuda uzman olmamaları ile sorunlar daha ağırlaştığı bir ortamdan, Neonatologların etkin olması ile bu boyut daha adaletli bir ortama oturmaktadır.

Ekonomi temelinde hizmet üretimlerinde kalite kavramı, müşteri memnuniyetidir, burada Yenidoğan Yoğun Bakımda ailelerin memnuniyeti değil, sağlık hizmeti olarak yapılanlardan dolayı bebeklerin memnuniyeti, kısaca yapılan yaklaşımların insancıl boyutudur. Ekonominin 3E olgusu da:

- Effectiveness: etkinlik; Yenidoğan Yoğun Bakım hizmetlerinde etkinlik yaşatma oranı değil, tüm hastalara bakabilme ile onlardaki sorunlarda yaklaşım olarak etkin olmaktır.
- Efficiency: verimlilik; daha az personel ile daha çok hasta bakmak değildir. Belirli hastaya belirli hemşire ile hizmet vermektir.
- Eligibility: bulunabilir olmalıdır; Yenidoğan Yoğun Bakım hemşiresi olmayan ile hizmet olmayan ile hizmet üretilemez.

Kısaca Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmak, özellikle Hemşireler için önce yürek ister, gönlünü koyarak, aklını kullanarak yaklaşımı gerekli kılar. Kendisine güvenenlerin, gerçekten sağlık bireyi olmanın esasıdır Neonatoloji.

## Çalışanların Duyguları

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan tüm personelden iki soruya cevap vermesi ve kendi el yazıları ile yazmaları veya boş bırakmaları istenmiştir

1. Yenidoğanda neden çalışıyorsunuz
2. Çalışırken duygularınızı ifade edebilir misiniz?

Not olarak adınızın belirtilmesini iste misiniz? Baş harfler konulsun mu? Adınız konulmasını istemez misiniz?

Bunlar toplanarak bu görüşler edinilmiştir.

### **Katkıda Bulunanlar: \***

*İnsanları insan yapan unsur, insanlık işlevlerini karşılıklı etkileşimlerle oluşturmalarıdır.*

**Hem. Ayşe PAKEL (Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi)**

#### **KÜÇÜK BEDENLERDEN BÜYÜK SEVGİ**



Saygı; değeri, üstünlüğü, yararlılığı kutsallığı dolayısıyla bir kimseye, bir şeye karşı dikkatli, özenli, ölçülü davranmaya sebep olan sevgi duygusudur. Dolayısıyla saygı ve saygınlığın mimarisi oluşurken sevgi bu mimarinin temel yapıtaşı haline gelir. Goethe, "bir şeyi sevmeden onu anlayamazsınız" derken sevginin öneminden bahseder en ince ruhuyla... Mesleğe sevgi ile atılan adımların oluşturduğu yollardan geçer yaşanmışlıklar. Sevgiyle dokunulan minik bedenleri hayata bağlamaktır mutluluklar. Mesleğinde yaklaşık 5 yılı tamamlamış bir yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olarak deneyimlerime ve gözlemlere dayanarak nerede ve hangi koşullarda olursa olsunlar bebekleri ve ailelerini anlamak için öncelikle sevgi dolu kocaman bir yürek ister, bu yüreğin pencerelerini açarak duygularını havalandırmak ister, şefkatli dokunuşlar için emek ve özveri ister... Yenidoğan bölümünde çalışmaya

başlayana kadar bebeklere hiç dokunmamıştım. Hatta belli bir süre dokunamamaya devam ettim. Bebekleri incitmekten korkmuştum sadece. Çok küçük ve korunmasız görünüyorlardı ve ben onları koruyamam sanıyordum ancak kendime güvenmem çok zaman almadı. Kot yataklarında gözleri dolu, dolu olan annesinin veya babasının kucağında huzurla uyuyan bebekleri gördükçe anladım ki sadece bedenleri küçüktü. Anne ve babasından daha fazla dayanıklıydılar hayata karşı, onların duygularını hissedip tepki veriyorlardı küçük bedenleri ile... Yenidoğanların hayata karşı güvenli duruşunu gördükçe ve onların tepkilerini tanıdıkça kendime güvenim de artmıştı. Güven kaynaklarımdan birinin minik bir beden olacağını daha önce bana söyleselerdi inanmazdım, yaşadıkça anlıyorum, çözülüyordu sanki tüm içimdekiler birer birer...

Sağlıklı bebeklerden sonra ikinci basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatan bebekleri, ailelerini anlayabilmek ve onların penceresinden bakabilmektir. Yenidoğan yoğun bakıma girince "Burası daha zormuş!" dedim içimden... Sağlıklı yenidoğana dokunurken yaşadığım şaşkınlığı prematüre bebeklere dokunurken çok daha fazla hissettim. Miniciktiler ve küçücük ellerinde IV kateterleri ve küvözlerinden sarkan onlarca kabloları vardı. Uzaktan bir fotoğraf karesine bakar gibi bakıldığında vücutları sanki mekanik gibi görünüyordu ancak o fotoğraf karesinde kendimi de gördüğümde yaşadığı onca olumsuzluğa rağmen hala çok sevimli, mücadeleci minik bedenle karşı karşıya olmak beni çok etkilemişti. Bütün ezberim bozulmuştu o an. Bu minik bedene destek olmak için nereden başlamalıydım? Onun için en iyisi hangisiydi? Sağlıklı yenidoğanlarda kazandığım güven duygusu burada da benimle birlikte olacak mıydı? Yine o zarar verme korkusu kaplamıştı içimi... Ya zarar verirsem ve minik beden bana küerse diye ürkek davrandım başlarda... Ancak buradaki yenidoğanların mücadele gücü sağlıklı doğan yenidoğanlara göre daha fazlaydı ve her dokunuşa gülümseyerek cevap veriyorlardı sanki. O anda bana yansıyan huzuru anlatmam çok zor ancak bedenlerinin nasıl gevşediğine, kendilerini sıcak dokunuşlara koşulsuz şartsız nasıl da teslim ettiklerine birçok kez şahit oldum

...Mesleğimi sevdiren birçok anı hafızamda yerini aldı En güzel mutluluk bu olsa gerek...

### Hem. Gamze YILDIZ (Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi)

Yenidoğan hemşiresi olmak; evde bekleyen bebek beşiğini doldurabilmek, ailenin ilk baştaki ağlamalı gözlerini gülen hale getirebilmektir. prematür bebek dedelerini bayramda ellerini öptürebilmektir. Dört gözle yol gözleyenlerin gözlerini yolda bırakmamaktır. :) (gülen yüz ifadesi)

### Hem. Gözde Özkurt (Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi)

İnsanoğluna ilk dokunan eller olmak her zaman ayrıcalıklıdır. Bunun birde zaten doğuştan her kadının içinde var olan annelik duygusu ile beraber olması bütün süreçleri doğallaştırıyor. Onları dış dünyaya çalışmasını beklemek yerine dünyayı

onlar için uygun duruma getiriyoruz. Böylece onlara yaşamak için en doğal haklarını tanımış oluyoruz.

### Hem. Aybüke Ünür (Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi)

Savunmasız, hayata tutunmaya çalışan ufacık bedenlerin yanında olup onlarla beraber mücadele etmek. Ailelerin gözlerinde ki o en küçük bir umut ışıltısı. Onlarla beraber uzun bir yolculuk süreci ve sonunda gözlerde ki mutluluk verdiğimiz emeğin karşılığı sadece bu.

### Hem. Gülseren Oktay (Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi)

Kanatlarını erken kırıp dünyaya gelen meleklerin, kanatları olup hayattan tutunmalarını sağlamaktır yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olmak. Onlara her seferinden anne sıcaklığıyla dokunmak, beslemektir. Anneleriyle ağlama, anneleriyle birlikte bir bütün olup üzülme. Her doğan bebeğin annesi olmaktır. Onlarla doğup büyümek, hayata tutunmak ve her seferinde yenilenmektir.

## Son Söz

Teşekkürler, şükranız sizlere

Bu duyguları ifade edenlere başka söylenecek söz olamaz, onlarla gurur duymamak imkânsız.

