

Pnömoni Tanılı Çocuk Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care According to Gordon's Functional Health Patterns of a Child Patient Diagnosed with Pneumonia: A Case Report

Hüseyin Emre TOSUN¹| Raziye ÇELEN²

ÖZET

Giriş: Gordon tarafından geliştirilen "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri" (FSÖ) hemşirelik modeli, hasta bakımının planlanması ve hemşirelik girişimlerinin bütüncül bir biçimde uygulanmasında hemşirelere yön vermektedir. Bu olgu çalışması, pnömoni tanısı olan ve çocuk yoğun bakım ünitesinde tedavi gören çocuk hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik bakım yaklaşımları ve iyileşme sürecinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Olgu Sunumu: Sekiz yaşında olan hidrosefali ve epilepsi tanılı bir erkek çocuk hastada dört gün süren öksürük, hafif ateş ve nefes darlığı şikayetleri vardı. Acil servise yatırılıp yapılan hastanın klinik durumu ve oksijen saturasyon değerinin (<95) düzelmemesi nedeni ile çocuk yoğun bakıma yatırıldı. Klinik bulgular ve solunum yolu nazal sürüntü sonuçlarına göre pnömoni tanısı ile çocuğun tedavi ve bakımı planlandı. Veriler fonksiyonel sağlık örüntü modeli kullanılarak toplandı. Marjory Gordon'un 11 fonksiyonel örüntü modeli çerçevesinde değerlendirme gerçekleştirildi ve problemler saptandı. Problem saptanan alanlar ile ilişkili olarak 4 risk tanısı olmak üzere toplam 14 hemşirelik tanısı belirlendi. Çocuk yoğun bakımda ilaç, oksijen tedavisi ve Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Modeline göre hemşirelik bakımı doğrultusunda solunum sıkıntısı giderildi. Tedavi ve bakım sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Olgu çıktılarına göre, Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Modelinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda, çocuk hastalara bütüncül bir bakım vermek için modele dayalı hemşirelik bakım uygulamalarının artırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Tanısı, Hemşirelik, Pnömoni, Yoğun Bakım, Pediatri

ABSTRACT

Introduction: The "Functional Health Patterns" (FSS) nursing model developed by Gordon guides nurses in planning patient care and implementing nursing interventions in a holistic manner. In this case study, it was aimed to evaluate the nursing care approaches and recovery process of a pediatric patient with pneumonia diagnosed in the pediatric intensive care unit according to Gordon's Functional Health Patterns Model.

Case Report: An eight-year-old boy with a diagnosis of hydrocephalus and epilepsy had complaints of cough, mild fever and shortness of breath lasting four days. The patient was admitted to the pediatric intensive care unit due to the clinical condition of the patient who was admitted to the emergency room and the oxygen saturation value (<95%) did not improve. According to the clinical findings and respiratory tract nasal swab results, the treatment and care of the child was planned with the diagnosis of pneumonia. Data were collected using the functional health pattern model. Evaluation was carried out within the framework of Marjory Gordon's 11 functional pattern models and problems were identified. A total of 14 nursing diagnoses, 4 of which were risk diagnoses, were determined in relation to the problem areas. In the pediatric intensive care unit, respiratory distress was resolved in line with medication, oxygen therapy and nursing care according to Gordon's Functional Health Pattern Model. No complications developed during treatment and care.

Conclusion: According to the case outputs, the Functional Health Pattern Model is considered to be effective. In line with this, it is recommended to increase model-based nursing care practices in order to provide holistic care to pediatric patients.

Key Words: Nursing Diagnosis, Nursing, Pneumonia, Intensive Care, Pediatric

¹Hemşire, Yüksek Lisans Öğrencisi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, ORCID: 0000-0002-7394-0613

²Dr. Öğr. Üyesi, Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0001-9813-2287

Sorumlu Yazar: Hüseyin Emre Tosun, Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, e-mail: tosunemre291@gmail.com

Atıf: Tosun, H. E., Çelen, R. (2023). Pnömoni Tanılı Çocuk Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 3 (1),32-43.

GİRİŞ

Pnömoni, çocuklarda bulaşıcı hastalıklar arasında en sık ölüm nedenidir (Stein & Marostica, 2007). Dünya’da 2019 yılında pnömoni nedeniyle 740.180 çocuk hayatını kaybederken ve beş yaş altı çocuklarda tüm ölümlerin %14’ünden sorumludur (DSÖ, 2021). Akut solunum yolu enfeksiyonu şekli olan pnömoni, viral ve bakteriyel kaynaklı olmaktadır (Demir ve ark., 2009). Çocuklarda akciğer parankim dokusunda inflamasyon sonucu oluşan hastalığın belirtileri; öksürük, nefes darlığı, ateş ile seyreden bir hastalıktır (Çavuşoğlu, 2019). Sağlıklı çocuklar enfeksiyonlarla doğal bağışıklıkları ile savaşabilirken, immün sistemleri zayıflamış çocuklarda pnömoni gelişme riski vardır (DSÖ, 2021).

Hemşirelikte multidisipliner yaklaşımı sağlamak ve bakımı şematize etmek için hemşirelik modellerinden faydalanılır (McKenna, 2005). Marjory Gordon tarafından 1994 yılında geliştirilen “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri” (FSÖ) hemşirelik modeli, hasta bakımının planlanması ve hemşirelik girişimlerinin bütüncül bir biçimde uygulanmasında hemşirelere yön vermektedir (Dağcan ve ark., 2022). Modelde sağlığı algılama-sağlık yönetimi, beslenme-metabolik, eliminasyon, aktivite/egzersiz, uyku-dinlenme, bilişsel-algısal, rol-ilişki, kendini algılama/kendilik kavramı, cinsellik-üreme, başa çıkma-stres toleransı ve değer-inanç olmak üzere 11 fonksiyonel model bulunmaktadır (Zanotti & Chiffi, 2015). Modele dayalı holistik bakış yaklaşımı ile hastanın hemşirelik bakımını sunmak bakım kalitesini arttırmaktadır (Bayındır & Biçer, 2019).

Amaç

Bu olgu çalışmasında, pnömoni tanısı olan ve çocuk yoğun bakım ünitesinde (ÇYBÜ) tedavi gören çocuk hastanın Gordon’un FSÖ Modeline göre hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri ve uygulamalarının bir olguya dayalı olarak sunulması amaçlandı.

OLGU SUNUMU

ÇYBÜ’nde pnömoni tanısı ile tedavi gören çocuk hastaya Gordon’un FSÖ kapsamında

Hemşirelik bakımı vermek için bir olgu sunumu tasarımı kullanıldı. Çalışma tasarımı nedeniyle etik kurul izni alınmadı. Çocuk hastanın babasından yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Hasta öyküsü

Hastaneye yatış tarihinden (Yatış tarihi: 3 Şubat 2022) dört gün önce başlayan öksürük, balgam, hafif ateş ve nefes darlığı şikayetleri artan 8 yaşındaki (Doğum tarihi: 23/10/2013) bir çocuk hasta, babası ile Konya ilinde bulunan bir devlet hastanesinin acil servisine başvurdu. Hasta 33 kg ağırlığında (%90 persentil) ve 125 cm (%25 persentil) boyunda bir erkek çocuktur. Çocuğun demografik özellikleri ve sağlık öyküsü Tablo 1’de verildi.

Çocuğun geçmiş sağlık öyküsü

U.A.U’nın doğum şekli normal vajinal yoldur. Gebeliğin II. trimesterında hidrosefali tanısı almış ve doğumdan sonra 1 yaşına kadar hidrosefali nedeniyle hastaya üç kez şant uygulanmıştır. Çocuğun hidrosefaliye bağlı mental ve fiziksel gelişimi yavaşlamıştır. Çocukta ilk 12. ayda 1 dakikadan kısa, 14. ve 15. aylarda 5-6 dakika süren toplam üç kez nöbet öyküsü olduğu belirtildi. Nöbet öyküsü nedeniyle elektroensefalogram (EEG) testi yapılmış ve epilepsi tanısı konulmuştur. Ebeveyn ve kardeşlerde hidrosefali ve epilepsi tanısı bulunmamaktadır. Çocuk Valproik asit 2*150 mg (PO), Levetirasetam 2*550 mg (PO), Klobazam tablet sabah 5 mg, akşam 10 mg (PO) kullanmakta ve çocuk nöroloji polikliniğine takiplidir. Çocuk hastada doğuştan sindaktili olması nedeniyle on sekiz aylıkken el parmaklarından her elinden ikişer toplam dört; ayak parmaklarından ise her ayağından üçer toplam altı parmak amputasyonu yapılmıştır. Hallux vagus nedeniyle opere edildiği belirtilmiştir. Çocuk hastanın hidrosefali ve hidrosefaliden kaynaklanan epilepsi tanıları dışında kronik bir hastalığı bulunmayıp, iki kez solunum sıkıntısı nedeniyle acil serviste inhaler yol ile salbutamol tedavisi aldığı belirtildi. Çocuğun mental retardasyonundan dolayı hemşire ile iletişim engeli vardı. Çocuğun ilaç ve besin alerjisi bulunmamaktadır.

Tablo 1. Çocuk hastanın demografik özellikleri ve sağlık öyküsü

Özellikler	Çocuk Hasta (U.A.U)
Cinsiyet	Erkek
Yaş	8 yaş
Doğum Şekli	Normal Vajinal Yol
Eğitim	<ul style="list-style-type: none"> Haftada bir kez rehabilitasyon merkezine gidiyor Örgün eğitim için okula hiç gitmemiş.
Sağlık Sigortası	<ul style="list-style-type: none"> SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu)
Aile Geliri	<ul style="list-style-type: none"> Asgari Ücret Baba çalışıyor, anne gelir getiren bir işte çalışmıyor
İletişim	<ul style="list-style-type: none"> Çocuk mental gelişim geriliğinden dolayı anlaşılır cümle kuramıyor. Çocuğun iletişim engeli olduğu için baba ile görüşüldü.
İlaçlar	<ul style="list-style-type: none"> Valproik asit 2*150 mg (PO) Levetirasetam 2*550 mg (PO) Klobazam tablet Sabah 5 mg-Akşam 10 mg (PO)
Sağlık Öyküsü	<ul style="list-style-type: none"> Gebeliğin ikinci trimesterinde Hidrosefali tanısı almış Hidrosefali nedeniyle doğumdan sonra 1 yaşına kadar üç kez şant uygulanmış El ve ayak parmaklarında Sindaktili 18 aylıkken el (her iki elden ikişer) ve ayak (her iki ayaktan üçer) parmakları ampütasyonu Hidrosefali nedeniyle mental ve fiziksel gelişim yavaş Hallux vagus nedeniyle sağ ayaktan bir kez opere edilmiş Epilepsi tanısı [Üç kez konvülziyon öyküsü, 12. ayda (<2 dk), 14. ve 15. aylarda (>5 dk)]
Aile Sağlığı	<ul style="list-style-type: none"> Anne, baba ve üç kardeş sağlıklı ve yaşıyor. Ailede herhangi bir fiziksel ve mental hastalık öyküsü yok Baba sigara kullanmaktadır.

Fiziksel muayene

Acil serviste ilk değerlendirmede; çocuğun vücut sıcaklığı 37.4°C, kan basıncı 110/72 mm/Hg, kalp atım hızı 144/dk, solunum sayısı 52/dk ve oksijen saturasyon değeri (SpO₂) %84 tür. Dispne, raller ve ronküsü olan çocuğun kapiller geri dolum süresi 2 saniyedir. Çocuğa acil serviste (Salbutamol 3*2.5mg-20 dk ara ile inhaler) tedavi uygulandı ve SpO₂ düzeyinin yükselmemesi (SpO₂<%90) nedeni ile ikinci düzey çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

ÇYBÜ'de yapılan ilk fizik muayenede çocuğun genel durumu ortadır. Aktif ve hareketli olup kendi başına yürüyememektedir. Tekerlekli sandalye ile transferi sağlandı. Halsiz ve yorgun görünümde olup dispnesi vardır. Çocukta hidrosefali olup, baş çevresi 55 cm'dir. Glaskow Koma Skalası toplam puanı 11 (orta

dereceli nörolojik hasar), Harizmi Ölçeğine göre düşme riski puanı 37 (düşme riski yüksek hasta), bası yarası riski için Braden Q ölçeği skoru 14 (yüksek riskli), ağrı değerlendirmesi için Wong Baker ağrı skalası puanı 4 (biraz ağrı veriyor) ve beslenme değerlendirmesi için Nutrisyon Gomez sınıflamasına göre yaşa göre ağırlığı normaldir (%90, beslenme durumu normal).

Laboratuvar Bulguları

Acil serviste alınan periferik venöz kan gazı analizinde; pH: 7.32, PO₂: 28/mmHg, PCO₂: 48/mmHg, HCO₃: 22 mmol/L'dir. Biyokimya ve hemogram analizi sonuçları normal referans değeri aralıklarında olup C-reactive protein (CRP) ilk yatışında 33 mg/L, en son taburculuk öncesinde ise 3 mg/L'dir. SARS-COV2 PCR (Polimeriz Zincir Reaksiyonu) negatiftir. Solunum yolu viral paneli nazal sürüntü analiz-

inde: Streptococcus pneumoniae ve influenza pozitif (+) çıkmıştır.

Tanı

Klinik bulgular ve solunum yolu viral paneli sonuçlarına göre pnömoni enfeksiyonu tanısı doğrulandı.

Tedavi

İkinci düzey ÇYBÜ'ne aile merkezli bakım kapsamında baba refakatinde çocuğun yatışı yapıldı. ÇYBÜ'nde dört gün tedavi ve hemşirelik bakımının ardından, hasta çocuk servisine transport edildi. Çocuğun tedavi ve bakımı iki gün çocuk servisinde devam ettikten sonra hastanedeki tedavi süreci tamamlandı. Taburculuk eğitimi verilerek pnömoni açısından kısmen şifa/iyileşme hali ile taburcu

edildi (Tablo 2). ÇYBÜ'nde ilaç tedavisi olarak; 1/1 oranında (%5 dekstroz-%0,9 NaCl sudaki çözelti) mayı 1500 ml/gün IV infüzyon, Seftriakson 2*1500mg (IV), Prednol 1*30 mg (IV), Pantoprozol 1*40 mg (IV), Parasetamol 3*450 mg (IV) lüzum hali; Salbutamol 2,5mg/2,5ml 6* 2,5 mg + 1 ml serum fizyolojik ile inhaler, Budesonid 4 * 4 ml inhaler, Flutikazon 2*1 inhaler, Soğuk su buharı 4*15 dakika; Valproik asit 2*150 mg (PO), Levetirasetam 2*550 mg(PO), Klobazam tablet sabah 5 mg, akşam 10 mg (PO), N-asetilsistein 3*300 mg (PO), Setirizin 5 mg/5ml 2*5 mg (PO), B6 vitamin 1*1 tablet (PO) şeklinde tedavisi planlandı ve uygulandı.

Tablo 2. Pnömoni tanılı çocuk hastanın tedavi ve bakım zaman çizelgesi

Tarih	Süreç	Genel durum
03/02/2022	Hasta acil servisine başvurdu.	4 gündür devam eden ateş, öksürük, balgam ve nefes darlığı şikâyeti var.
03/02/2022	Acil servise yatışı 17.30'da yapıldı.	Salbutamol 3*2,5mg 20 dk ara ile verildi. SpO ₂ %84, sol: 52/dk., KTA:144/dk
03/02/2022	ÇYBÜ'ne yatışı 19.45'te yapıldı.	Yorgun ve halsiz görümlü, rezervuarlı maske ile 5 lt/dk oksijen başlandı. Takipne (44-48/dk) devam ediyor.
04/02/2022	ÇYBÜ'de takip ve tedavi.	Genel durum orta, halsizlik yok. Nebül maskesi ile 3 lt/dk O ₂ tedavisine devam edildi.
05/02/2022	ÇYBÜ'de takip ve tedavi.	Çocuk uykuda oksijensiz SpO ₂ değeri %91'e düşüyor. Oksijeni 2 lt/dk almaya devam ediyor. Genel durum iyi.
06/02/2022	ÇYBÜ'de takip ve tedavi.	Çocuk uyanırken oksijensiz SpO ₂ değeri %94-95, uykuda ise %93 1 lt/dk oksijen verildi.
07/02/2022	Çocuk servisine sevk edildi.	Çocuğun oksijensiz SpO ₂ değeri %97, solunum 24/dk. CRP: 3 mg/dL. Genel durumu iyi.
08/02/2022	Çocuk servisinden 12:00'da taburcu edildi.	Pnömoni tedavi ve bakımı tamamlandı. Hastanın solunum sıkıntısı giderildi. Genel durum iyi, inhaler ilaçların evde kullanımına devam etmesi için taburculuk eğitimi verildi. Kısmen şifa ile taburcu edildi.

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Çocuğun Değerlendirilmesi

Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre çocuğa yönelik değerlendirme ve hemşirelik tanıları Tablo 3'te gösterildi.

Sağlığı Algılama-Sağlık Yönetimi

Hidrosefali ve epilepsi tanıları olan hastanın fiziksel ve mental gelişimi yaşitlarına göre geridedir. Çocuğun özbakım ihtiyaçları (giyinme, yemek yeme gibi) tamamen ebeveyne

bağımlıdır. Aile çocuğun bakımını bir yük olarak algılamamaktadır. Ebeveynler çocuğun bakımı ve tedavisi konusunda ilgili ve özenlidir. Hastane ortamına ve tedaviye uyumludur. Daha önce birçok kez hastane yatış deneyimleri olduğu için baba çocuğun durumu hakkında endişelenmektedir. Hasta kendi sağlık durumunu anlayacak zihinsel yetiye sahip değildir.

Beslenme

Hastanede çocuk oral yol ile beslenmektedir.

Kendi kendine yemek yiyemediği için yemekleri babası tarafından yedirilmektedir. Hasta günde 3 kez olacak şekilde R3 diyet (yumuşak ve katı gıda) almaktadır. Ailesi günde 3 kez ara öğün olarak meyve püresi yedirmektedir. Hastane yemeklerini sevmediği ama yediği gözlemlendi. Hastanın vücut ağırlığı %90 persentildir. Baba, çocuğun, ağız ve diş bakımını düzenli olarak yapamadıklarını ifade etti.

Eliminasyon

Çocuğun tuvalet eğitimi tamamlanamamış ve çocuk bezi bağlanmaktadır. Çocuk idrarını günde 3-4 kez, gaitasını 4-7 günde bir kez yapmaktadır. Boşaltım ile ilgili çocuğun herhangi bir başka sorunu bulunmamaktadır.

Aktivite/Egzersiz

Çocuk kendi başına ayakta duramamaktadır. Emekleme şeklinde hareket edebilmektedir. Hasta yarı oturur pozisyonda destekli durabilmekte, üst ekstremitelerde bilateral simetrik hareketler mevcut, alt ekstremitelerde çekme itme gibi hareketler mevcut iken, yürüme ve ayaklarda yatar pozisyonda kaldırma aktiviteler eksiktir. Yatak içi pozisyon değişimi baba ve hemşire tarafından sağlanmaktadır.

Uyku/Dinlenme

Rutinde çocuğun gece uyku süresinin ortalama 10-11 saat, gündüz ise 1 saat uyuduğu belirtilmektedir. Hastaneye yatış sonrası, çocuğun çok rahat uyumadığı ve uykusunun çok sık aralıklarla bölüdüğü gözlemlendi.

Bilişsel/Algısal

Çocuğun huzursuz ve inlemesi olduğu gözlemlendi. Öksürük ve sekresyondan dolayı rahat nefes alamadığı görüldü. Yatakta çok rahat edemediği gözlemlendi. Çocuğa bağlı olan cihazların kablolarını çekmeye çalıştığı gözlemlendi.

Rol/İlişki

Okul çağında olan çocuk sağlık problemleri nedeniyle örgün eğitim almamaktadır. Haftada iki kez ikişer saat fizik tedavi merkezine ve haftada bir kez bir saat rehabilitasyon merkezine gitmektedir. Telefon ve tablet üzerinden video ve çizgi film izleyebilmektedir. Çocuğun bilinci açık ve duyabiliyor. Çocuk mırıltı şeklinde ses çıkarabilmekte ancak konuşmamaktadır. Aile bireylerinin

konuşmalarına tepki olarak sosyal gülümseme mevcuttur. Basit fonksiyonel tepkiler vermektedir. Anladığında kafasını sallayarak onaylama, el sallama, merhaba deme, gülme, sevinme ve sinirlenme tepkileri verebiliyor.

Kendini Algılama/Kendilik Kavramı

Hastada gelişim geriliği, mental retardasyon, parmak amputasyonları ve fiziksel mobilitede bozulma nedeniyle yarı bağımlıdır. Çocuğun bakımı gündüzleri anne tarafından, akşamları baba tarafından sağlanmaktadır. Görme de şaşılık mevcut olup kendi bedenini oturarak ve emekleyerek kullanabilmektedir.

Cinsellik-Üreme

Cinsellikle ilgili mental durumdan kaynaklı davranış ve ifadesi yoktur. Çocuğun 3 yaşında sünnet yaptırıldığı aile tarafından ifade edildi.

Başa Çıkma-Stres Toleransı

Hastanın stresle baş etme mekanizması çizgi film izlemek ve telefon-tablet oyunlarına bakmaktır. Ailenin çocuğun durumu ile ilgili başa çıkma yöntemi, iş birliği ile bakımı üstlenmektedir. Babanın baş etme mekanizması sigara içmektir. Baba çocuğu yoğun bakıma yatması nedeniyle endişeli ve streslidir.

Değer-İnanç

Baba, çocuğun hidrosefali tanısına sahip olduğunu gebelik sürecinde öğrendiklerini ve bunu kabul ettiklerini ifade etti. Gebelikte çocuğun bu durumunu öğrendikten sonra, aileye akrabaları gebeliği sonlandırması gerektiği söylenmiş, ancak aile çocuğun doğmasını istediklerini belirtmişler. Babası çocuğun bakımını yaparak sevap kazandıklarına inanmakta ve çocuklarını çok sevdiğini ifade etti.

TARTIŞMA

Pnömoni beş yaş altı çocuklarda sıklıkla görülen, mortalite ve morbiditeye neden olan ve ulusal ve uluslararası ekonomiyi etkileyen bir alt solunum yolu hastalığıdır (DSÖ, 2021). Toplum kökenli pnömoninin önlenmesinde etken saptanması ve yaygın olan RSV (Respiratuvar Sinsityal Virüs)'ye yönelik aşılama yapılması, tedavi protokollerinin geliştirilmesi ve toplum eğitimi önem kazanmaktadır (Özdoğan, 2015).

Tablo 3. Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre hastaya konulan hemşirelik tanları

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli	Hemşirelik Tanları	Tanımlayıcı Özellikler	Sonuç Çıktıları (NOC)	Girişimler (NIC)	Değerlendirme
Sağlığı Algılama-Sağlık Yönetimi	1. Etkisiz Havayolu Açıklığı	Sekresyonda artış, solunum hızında artış (52/dk), anormal solunum sesleri (raller ve ronküs), dispne, oksijen saturasyonunda düşme (%84)	Solunum sesleri normal olacak, Hava yolu açıklığı sürdürülecek, Sekresyon atılımını arttıracak yöntemleri bilinecek ve uygulanacak	Çocuğa rezervuarlı maske ile oksijen tedavisi uygulandı.* Solunumu rahatlatılmak için semi fowler pozisyonu verildi. Çocuğun sırtı yastıklarla desteklendi. Her 4 saate bir çocuğun solunum sesleri dinlendi, sekresyon varlığı ve hırıltısı dinlendi. Bronkodilatör ve inhaler steroid ilaçlar order edildiği şekilde uygulandı. Besin aspirasyonu ve pasif içicilik, çocuğun sürekli emekleyerek halı üzerinde gezmesi gibi etmenlerin etkisiz hava yolu açıklığı risk faktörü olduğu aileye açıklandı. Sekresyon atılımını kolaylaştırıcı süspansiyon ilaç yemeklerden 1 saat önce verildi. Postüral drenaj işlemi aileye uygulamalı olarak gösterildi ve inhaler tedavi sonrası 15 dakika uygulandı. İnhaler tedavi sonrası çocuğa ağız bakımı verildi. Çocuğun nazofaringeal aspirasyonu, günde maksimum 6 kez olacak şekilde burun ucundan aspiratör ile 80-100 mmHg basınçla yapıldı.	Çocuğun hava yolları açıklığı sağlandı, Sekresyon atılımı kolaylaştı, mukus yapışkanlığı azaltıldı, Çocuğun ral ve ronküsleri duyulmadı. Normal solunum sesleri duyuldu. Çocuğun solunum sesleri ve örüntüsü normal olarak değerlendirildi. Son SpO ₂ değeri: %97, Solunum sayısı: 24/dk
	2.Etkisiz Sağlık Yönetimi	İlaç rejimlerini hastanede uygulamada güçlük	İlaç tedavisinin planlaması tanımlanacak	Yoğun bakımdaki tedavi sürecinde kullanılan inhaler ilaç kullanımı konusunda ebeveynle iş birliği yapıldı. İnhaler ilaç ve nebulizatör kullanım eğitimi verildi. Sağlık hedeflerine ulaşabilmek için ebeveynle iş birliği yapıldı. Aile üyesinin bilgi eksikliklerini gidermeye, öz-yönetim planlamasına ve karar alma mekanizmasında rol almasına yardımcı olundu. Babanın soru sorması cesaretlendirildi. Ebeveyne açık uçlu sorular sorularak çocuğun ihtiyaçları belirlendi. Taburculukta evde ilaç kullanım güvenliği açıklandı.	Ebeveynin tedavi sürecinin ikinci gününde etkin ve aktif katılımı gözlemlendi. Ebeveynin inhaler ilaç kullanımını başarılı bir şekilde uyguladığı gözlemlendi.
	3.Enfeksiyon Riski	<u>İlişkili Faktörler:</u> CRP: 33 mg/dL referans aralığı:	Mevcut enfeksiyonunun tedavi edilmesi, beyaz kan hücrelerinin	Çocuğa uygulanan tüm girişimlerde aseptik teknikler uygulandı. Sağlık personeli ve hasta ebeveyninin el hijyeni sağlandı. Çocuğun vital bulguları (vücut sıcaklığı, kalp atım hızı, solunum sayısı, kan basıncı, SpO ₂) monitörize takip edilerek, 3 saat	Çocukta var olan enfeksiyon tedavi edildi. CRP değeri 33 mm/dL'den 3 mg/dL'ye geriledi.

		0-5 mg/dL (03.02.2022), 37.4 °C vücut sıcaklığı olması,	tedavi başlangıcı ve sonunda normal değerler arasında bulunması	aralıklarla hemşire gözlem formuna kaydedildi. Normal değerden sapmalar gerçekleştiği zaman diliminde kaydedildi. Çocuğa damlacık izolasyonu sağlandı. Kişisel koruyucu ekipmanlar (cerrahi maske, eldiven) kullanıldı. El hijyeni ve maske kullanımının önemi açıklandı. Çocuk izole edildi. İnvaziv girişim bölgesi ateş, kızarıklık, ağrı ve hassasiyet vb. enfeksiyon bulguları takip edildi. İntravenöz infüzyon setleri 72 saate bir değiştirildi. Tedavide bulunan antibiyotik ilaçları uygulandı.	Çocuğun vücut sıcaklığı subfebril seyretmiş olup 36,7 °C olarak ölçüldü.
	4.Düşme Riski	<u>İlişkili Faktörler:</u> Harizmi Düşme Riski Ölçeğinde '37 puan yüksek riskli' olması, Ayak parmağı amputasyonu, Hidrosefali, epilepsi hastalığının olması, Mental retardasyon, Fiziksel bağımlı hasta olmak.	Çocuğun hasta yatağından düşmesi önlenecek.	Çocuğun düşmesini önlemek için, hasta yatağı hemşire bankosuna yakın (hemşire bankosundan gözlemlenebilecek) izole hasta odasına alındı. Çocuğun yatağı en alçak konuma getirildi. Yatak kenarlıkları kaldırıldı. Ebeveyne düşme riski risk faktörleri açıklandı ve düşme riski eğitimi verildi. Çocuğun düşme riskini diğer sağlık personeline tanımlamak için düşme riski işareti (düşen adam işareti) hasta odası girişine ve yatak başlığına asıldı. Günlük yaşam aktivitelerinin sağlanması için ebeveynin hasta ile kalması sağlandı. Çocuğun hastane içi transferlerinde tekerlekli sandalyeye alınması sağlandı. Transport için kullanılan tekerlekli sandalyenin ve yatak frenleri kilitli tutuldu. Çocuğun yatak içi çarpmalarını önlemek için yatak kenarlıklarına yastık koyuldu. Taburculuk sonrasında çocuğun evde bakımında düşme riskini artıracak faktörler ebeveyn ile konuşuldu.	Çocuk hasta yatağından düşmedi. Düşme riski hastanede yattığı sürece devam etti. Ebeveyn, ev içi düşme riskine yönelik eğitimi öğrendi.
Beslenme- Metabolik Model	1.Aspirasyon Riski	<u>İlişkili Faktörler:</u> Solunum örüntüsünün düzensiz olması, Sekresyon varlığının fazla olması,	Hava yolu etkin bir şekilde korunacak, Çocuk aspire etmeyecek, Sıvı ve besinleri aspire etmeden tolere edebilecek,	Çocuğun beslenmesi yavaş yavaş başlanarak, çiğnemesi ve yutması için yeterli zaman tanındı. Ebeveyne aspirasyon riskinin önemi ve risk faktörleri açıklandı. Yatak başı 30° ila 45° arasında tutuldu. Beslenme esnasında yatak fowler pozisyonuna getirildi. Çocuğa beslenme sonrası ağız bakımı verilerek, artan sekresyonların aspire edilmesi önlemlendi. Her beslenme öncesinde, çocuğun solunumu rahatlatmak amacıyla nazofaringeal aspirasyon yapıldı.	Çocukta aspirasyon gözlenmedi. Solunum seslerinde ve ritminde değişiklik gözlenmedi. Çocuğun aspirasyon riskini arttıracak kusması olmadı.

		Sürekli oksijen tedavi alması, Beslenmenin yumuşak ve sıvı gıdalar şeklinde olması.	Aspirasyon pnömonisi olmayacak.	Çocuğun solunum hız ve derinliği takip edildi. Mevcut olan solunum sistemi belirtileri (dispne, öksürük, hırıltı, raller ve ronküste) artış olup olmadığı izlendi. Taburculuk sonrası beslenme ve aspirasyon konusunda çocuk ve aileye uygulamalı bir eğitim verildi.	
	2.Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski	<u>İlişkili Faktörler:</u> Ağız hijyenine ilişkin bilgi eksikliği, Yetersiz ağız hijyeni, İnhaler tedavi alması.	Sağlam oral mukoz membran korunacak ve bozulmaması için önlemler alınacak	Oral kavite ve dişler günde bir kez değerlendirildi. Çocuğun öz bakım eksikliğinden dolayı, kendi ağız bakımını yapamaması nedeniyle çocuğa ağız bakımı günde 2 kez, yumuşak tek kullanımlık sünger ve ağız bakım solüsyonuyla ebeveyn ile birlikte yapıldı. Çocuğun beslenmesi ve yeterli sıvı tüketimi izlendi. Çocuğun inhaler ilaç kullanımını sonrasında gargara yapamamasından dolayı su içilerek ilaç kalıntıları azaltılmaya çalışıldı. Çocuğun dudaklarının kurumasını önlemek için dudak jeli kullanıldı. Taburculuk sonrasında günde 2 kez yumuşak diş fırçası kullanımı ve ağız bakımı/fırçalama teknikleri ebeveyne açıklandı.	Çocuğa ağız bakımı verildi. Oral mukoz membranda bozulma gözlenmedi. Ebeveyn ağız bakımını taburculuk sonrasında günde 2 kez yapacağını belirtti.
Eliminasyon Modeli	1.Etkisiz Solunum Örüntüsü	Anormal solunum örüntüsü, Takipne 52/dk, Dispne, İnspiryumda yardımcı solunum kaslarından burun kanatlarının kullanılması	Çocuğun SpO ₂ değeri %95'in üstünde olacak, Solunum sayısı yaşa uygun aralıkta olacak 16-20/dk, Çocuk rahat nefes alacak.	Çocuk tedavi sürecinde semi fowler ve fowler pozisyonunda tutuldu. Çocuğa, oksijen tedavisi uygulandı. Rezervuarlı maske ile 5 lt/dk oksijen başlandı. Maske ile 2 lt/dk'ya kadar düşürüldü. 1 lt/dk'ya düşüldükten sonra oksijen tedavisi sonlandırıldı. İnhaler tedaviye devam edildi. Sekresyonların atılımını sağlamak için, postüral drenaj uygulandı. Çocuğa hekim istemi ile bronkodilatör ve inhaler steroid ilaçlar nebulizatör ile uygulandı. Çocuk ve ebeveynin ilaç kullanımına uyumunu arttırmak için eğitim verildi. Çocuğun inhaler ilaçlara uyumunu arttırmak amacıyla tedavi terapötik etkileşim ile sağlandı. İlaç kullanım sırasında dikkat dağıtmak amacıyla istediği bir çizgi film izletildi.	Çocuğun oksijensiz SpO ₂ değeri %97' ye kadar yükseltildi. Solunum sayısı 22/dk oldu.
Aktivite/Egzersiz	1. Fiziksel Mobilitede Bozulma	Hidrocefali nedeniyle kas-motor gelişiminin yavaş olması, Ayak parmağı ampütasyonu,	Çocuk kaslarının gelişmesi için haftada 2 gün, 10-60 saniye büyük kas grupları için esneklik	Çocuğun hareket kabiliyeti incelendi. <ul style="list-style-type: none"> • Yatak hareketliliği, • Destekli ve desteksiz oturma, • Oturmak ve oturup kalmak gibi hareketlilikler, • Ayakta durma ve yürüme yapabilme. Çocuğun yoğun bakımdaki tedavi süreci boyunca pasif olarak yatak içi hareketliliği sağlandı.	Çocuk yatak içi hareketliliğini bağımsız gerçekleştirebilmektedir. Destekli ve desteksiz olarak oturabilmektedir. Çocuğun taburculuk sonrası fizik tedavi merkezine gitmeye

		Çocuğun emekleyerek hareket etmesi, Çocuğun ayakta duramaması.	(gerinme) egzersizi yapacak.	Yatak içi üst ve alt ekstremitte pasif ROM egzersizleri günde 2 kez 10'ar dakika uygulandı. Çocuğun ebeveynleri ile fiziksel hareketlilik için hastanın yapabildiği tüm aktiviteleri bağımsız yapabilmesi için müsaade edilmesi gerektiği açıklandı. Çocuğun taburculuk sonrası fizik tedaviye devam etmesinin önemi açıklandı.	devam edeceği ifade edilmiştir.
Uyku-Dinlenme Modeli	1.Uyku Örüntüsünde Bozulma	Uykudan istemsiz uyanma, uykuya dalmada zorlanma, uyku örüntüsünde değişim	Düzenli bir uyuma gösterecek, rahat uykuya dalacak.	Yoğun bakım ortam ışıklandırması ve cihaz sesleri minimum seviyeye indirildi. Çocuğun ilaç tedavileri uyanık olduğu saat dilimlerinde planlandı. Gece uykusu bölünmemeye çalışıldı. Uyku sırasında kullanılacak inhaler ilaçların, çocuk uyandırılmadan ebeveyn tarafından verilme yöntemi kullanıldı.	Çocuğun ilk gün uyku örüntüsünde bozulma gözlemlendi. Diğer günler uyku örüntüsü sağlandı. Çocuk ilk gün 4-5 saat uyudu. Diğer günler 9-10 saat uyuduğu gözlemlendi.
Bilişsel-Algısal Model	1. Konforda Bozulma	Uyku örüntüsünde bozulma, rahatsızlık hissi, Hospitalizasyon.	Mümkün olduğunca uygun konfor düzeyi sağlanacak.	Çocuğa uygulanan hemşirelik girişimlerinde terapötik etkileşim kullanıldı. Çocuğa uygulanan girişimlerde dikkati başka yöne çekme yöntemi kullanıldı. Çocuğun ağrısından kaynaklanan konforsuzluğu orderına göre analjezikle giderildi. Çocuğun konforu için odasını rahat hissedebileceği şekilde çevre düzenlemesi yapıldı. Çocuğa bağlı bulunan tıbbi monitör uzantılarının karışıklığı giderildi. Periferik kateter bağlantısı çocuğun görmemesi için üstü bir sargı bezi yardımıyla kapatıldı.	Çocuğun rahatladığı ve uyumunun arttığı gözlemlendi.
	2. Akut Ağrı	WONG Ağrı skalasına göre '4-biraz ağrı veriyor' olması, Hastanın ağrıdan kaynaklı huzursuz olması.	Ağrı ile ilişkili davranışlarda azalma gösterecek, Ağrı ölçeği skalasında ağrı olmayacak.	Çocuğun ağrı değerlendirmesi WONG Ağrı skalası ile 4 saate bir yapıldı. Çocuğun sözel olarak ağrısının belirtilememesi nedeniyle ağrı tanımlayıcı belirtiler (taşikardi, huzursuzluk, inleme) takip edildi. Çocuğun ağrı skalasında ağrı puanı 4 puan olduğunda lüzum hali parasetamol uygulanmıştır. Hekim isteminde lüzum hali parasetamol 3*450 mg IV olarak yapıldı. Çocuğun konfor düzeyi arttırılmaya çalışıldı. Çocuğun dikkati başka yöne çekilmeye (bilgisayar ve tableten çizgi film açılarak) çalışıldı.	Çocuğun ilk 3 günde 4 saate bir değerlendirilen ağrı skalasında aldığı en yüksek puan 4 puandır. Çocuğa parasetamol uygulamasından sonra WONG Ağrı Skala puanı 0 puan -hiç ağrı yoktur şeklindedir. Tedavinin 3. gününden itibaren çocuğun ağrısı olmadı.

Kendini Algılama-Kendilik Kavramı Modeli	1.Beden İmajında Bozulma	Hidrocefali ve kısmi postür farklılığı, parmak amputasyonu, Vücut görüntüsünde değişiklik.	Çocuğun beden imajı algısını iyileştirmek ve fonksiyonunu arttıracak sosyal etkileşimlere katılacak.	Çocuğun beden imajındaki değişikliği algılama düzeyi aile ile değerlendirildi. Çocuğun kendini farklı hissetmemesi için rehabilitasyon merkezine devam etmesi gerekliliği açıklandı. Aile iç bakım sürecinde ve sözel iletişimde çocuğun özel olduğunun vurgulanması belirtildi. Çocuğun kendi bağımsız olarak gerçekleştirebildiği faaliyetlerin desteklenmesi gerektiği ebeveyne açıklandı. Çocuğun özel eğitime gerekliliği aileye açıklandı.	Baba çocuğun özel eğitime ve rehabilitasyona devam edeceğini ifade etti.
Rol-İlişki Modeli	1.Sözlü İletişimde Bozulma	Çocuğun konuşamaması ve sözel iletişim için yaşına uygun konuşma becerilerin olmaması.	Sözel olmayan davranışların uyumu hastada gözlenecek, Alternatif iletişim yöntemleri etkin bir şekilde kullanılacak.	Çocuğun davranışsal iletişim işaretleri gözlemlendi. Çocuğun ağrısının değerlendirilebilmesi için sözel olmayan ifadeler kontrol edildi ve ağrı ölçekleri kullanıldı. Çocuk ve ailesinin anlaşma yöntemi dikkatli şekilde incelendi. Çocuk ile sözel iletişim doğrudan gerçekleşmemesine rağmen iletişim devamlı bir şekilde monolog olarak devam ettirildi. Çocuğun, dil ve konuşma terapistine gitmesi gerektiği konusunda ebeveyn bilgilendirildi.	Çocuğun sözel olarak konuşabilme yeteneği yoktur. Mırıldanma şeklinde ses çıkartmaktadır.
Cinsellik Üreme Modeli	-	-	-	-	Hastanın cinsellikle ilgili sorunu yoktur.
Başa Çıkma-Stres Toleransı Modeli	Aile İçi Süreçlerde Güçlenmeye Hazır Oluş	Stres yönetimi stratejilerine yönelik bilgi artırma ifadesi	Stres etkenleri yönetilebilecek	Çocuğun kronik hastalığının olası nedeniyle aile iş birliği sağlandı. Ailede strese neden olan bakım verici rolünün değerlendirmesi yapıldı. Aileye gerçekçi hedefler koyması ve problem çözümede ortak kararlar alınması gerekliliği açıklandı.	Baba, aile içi sürecin güçlendirmeye çalışılacağını ifade etti.
Değer-İnanç Modeli	-	-	-	-	Çocuğun değer inanç modeline göre hemşirelik sorunu bulunmamaktadır.
* Hastanın oksijen tedavi süreci Tablo 2'de sunuldu.					

Çocuklarda sık görülen alt solunum yolu enfeksiyonlarından olan pnömoninin tedavisinin DSÖ hastanede yapılmasını önermektedir.

Pnömoniye yakalanan çocuklarda ek hastalıkların bulunması, çocukların tekrarlayan pnömoniye yakalanma riskini arttırmaktadır (Çelebi ve ark., 2010). Kılıç ve arkadaşlarının yaptıkları retrospektif çalışmada, pnömoni ile takip edilen çocukların %12,9'unun yoğun bakımda takip edildiği, bu çocukların %23,2'sinin altta yatan başka bir nedenle pnömoniyi daha ağır geçirdiği ve mortaliteyi etkilediği belirtilmektedir (Kılıç Çil ve ark., 2022). Bu olgu, hidrosefali ve epilepsi öyküsü olması ve bakımda ebeveyne bağımlı olması nedeniyle pnömoniyi ağır geçirmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarında, son bir yılda geçirilmiş pnömoni öyküsü, son üç ayda hastaneye yatış oranları ve son bir yılda iki ve daha az sayıda pnömoni geçirme oranının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Kılıç Çil ve ark., 2022). Ebeveyn ve çocuk eğitiminin tekrarlayan pnömoniyle ilişkisi olduğu görülmektedir. Dolayısıyla çocukları pnömoniden korumada anne sütünün önemi, aşılama, optimum beslenme ve öz bakım ihtiyaçlarının sağlanması gibi konularında ebeveynlerin eğitilmesi önem kazanmaktadır (Özdoğan, 2015).

Bu çalışmada, pnömoni tanısıyla ÇYBÜ tedavi gören çocuk hastanın hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri ve uygulamaları Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılarak sunulması amaçlanmıştır. Tedavi süresince modelin alt başlıkları doğrultusunda çocuk ve ailesinin bilgileri toplanmış ve gereksinimleri belirlenmiştir. Modele uygun olarak hemşirelik bakımları sunulmuştur.

Çocuk yoğun bakımda takip edilen hastada, sekresyonda artış, takipne, solunum sıkıntısı ve SpO2 değerlerinde düşüş görülmüştür. Çocuğa uygun hemşirelik tanıları belirlenerek, bütüncül yaklaşım ile hemşirelik girişimleri uygulanarak uygun hemşirelik bakımı verilmiştir. Çocuğun engel durumunun olması, fiziksel hareketlilik ve sözel iletişimde kısıtlılığının olması ve aile

merkezli yaklaşım çerçevesinde, bakım ve tedavi uygulamalarına ebeveynlerden biri dahil edilmiştir. Çocuğun primer sorunu olan pnömoninin tedavi ve bakımı yoğun bakımda dördüncü günde tamamlandıktan sonra, çocuk yataklı servise transfer edilmiş, hastaneye yatışının 6. gününde taburculuk planlaması yapılmıştır. Evde bakım için taburculuk eğitimi gerçekleştirilmiş ve pnömonisi kısmen şifayla taburcu edilmiştir.

Koç ve Yumru'nun yaptıkları, 1999-2019 yılları arasında yapılan hemşirelik çalışmalarında çocuk hastalarda kullanılan model kullanımı düzeyini saptayan çalışmada Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Modeli kullanım düzeyini %2,3 olarak belirtmişlerdir (Koç & Yumru, 2019). Hastanın hemşirelik bakımının sunulmasında holistik olarak yaklaşım sağlaması nedeniyle Gordon'un geliştirmiş olduğu Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Modelinin kullanımı hastaya sunulan hemşirelik bakım kalitesini arttırmaktadır. Yetişkin hastalarda da kullanılan Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Modelinin çocuklarda kullanımının artırılması gerekmektedir.

Olguda kronik hastalıklara ek olarak pnömonin eklenmesi, hastanın hastanede yatış süresinin uzamasının ailede psikolojik yük oluşturduğu görülmektedir. Olgunun, hemşirelik bakımı Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü modeli çerçevesinde ele alınarak aile ve çocuk bütüncül bir şekilde değerlendirilmiştir. Bu kapsamda aileye psikolojik destek sağlanarak ve çocuğun tedavi sürecinde etkin bakım alması ve iyileşme sürecinin hızlanması sağlanmıştır. Kronik hastalığa sahip çocuklarda hemşirelik modellerinin kullanımı, hemşirelik bakım etkinliğinin çocuklarda hastalığa ve günlük aktivitelerine olumlu katkıda bulunduğu gösterilmiştir (Özkan ve ark., 2014). Bu nedenle hemşirelerin bakım uygulamalarına model entegre etmeleri kronik hastalık yönetimi ve bakım sürecini kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Modeline göre hemşirelik bakım yaklaşımının çocuk hastalara klinik ve yoğun bakımda sistematik bir şekilde hemşireler tarafından uygulanmasının artırılması önerilir.

Yazarlık katkısı

Çalışmanın Konsepti: HET, RÇ,
Tasarımı: HET, RÇ,
Denetimi: RÇ,
Materyaller: HET, RÇ,
Veri Toplama ve/veya İşleme: HET,
Analiz ve/veya Yorum: RÇ,
Eleştirel İnceleme: HET, RÇ şeklindedir.
Olgu sunumunun son halini yazarlar gözden geçirdi ve çalışmanın son hâlini onaylamıştır.
Çıkar çatışması beyanı

KAYNAKLAR

- 1 Bayındır, S. K., & Biçer, S. (2019). Holistik hemşirelik bakımı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1), 25-29.
- 2 Çavuşoğlu, H. (2019). Çocuk sağlığı hemşireliği, (13 th ed.). Ankara: Sistem Ofset Basımevi.
- 3 Çelebi, S., Hacımustafaoğlu, M., Albayrak, Y., & Bulur, N. (2010). Çocuklarda tekrarlayan pnömoni. Çocuk Enf Derg, 4, 56-59.
- 4 Dağcan, N., Görücü, S., & Gürol Arslan, G. (2022). Marfan Sendromlu Yoğun Bakım Hastasının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, NANDA-I ve NIC Girişimlerine Göre Hemşirelik Bakımı Yönetimi. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 14(1), 246-255.
- 5 Demir, E., Kara, A., İnce, E., Kiper, N., Kuyucu, N., Karaböcüoğlu, M., . . . Hacımustafaoğlu, M. (2009). Türk Toraks Derneği Çocuklarda Hastanede Gelişen Pnömoni Tanı Ve Tedavi Uzlaş Raporu. Official Journal Of The Turkish Thoracic Society, 10, 1-16.
- 6 DSÖ. (2021). Pneumonia. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- 7 Kılıç Çil, M., Özgür Gündeşlioğlu, Ö., Çay, Ü., Sönmez, G., Orhan Ok, Z., Gaye Kocatepe, D., . . . Kocabaş, E. (2022).
Pnömoni Tanısı İle Hastaneye Yatırılan Çocuk Hastalarda Olası Risk Faktörlerinin Morbidite Üzerine Etkileri. J Pediatr Inf, 16(12), 95-104. doi:10.5578/ced.2022981
- 8 Koç, Ş., & Yumru, H. (2019). Türkiye’de Çocuk Sağlığı ile İlgili Hemşirelik Araştırmalarında Kuram-Model Kullanımı: Sistemik Derleme. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 103(21 (3)), 85-103.
- 9 McKenna, H. (2005). Nursing theories and models. Rutledge essential for nurses. In: Taylor & Francis e-Library.
- 10 Özdoğan, S. (2015). Çocuklarda Toplum Kökenli Pnömoniye Yaklaşım: Amerikan Çocuk Enfeksiyon Derneği Rehberi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 49(3), 163-173.
- 11 Özkan, F., Seviğ, Ü., & Zincir, H. (2014). Birden Fazla Kronik Hastalığı Olan Bir Çocuğa Orem Öz Bakım Yetersizliği Teorisine Göre Hemşirelik Bakımı Verilmesi: Bir Olgu Sunumu. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2), 71-79.
- 12 Stein, R. T., & Marostica, P. J. C. (2007). Community-acquired pneumonia: a review and recent advances. Pediatric pulmonology, 42(12), 1095-1103.
- 13 Zanotti, R., & Chiffi, D. (2015). Diagnostic frameworks and nursing diagnoses: a normative stance. Nursing Philosophy, 16(1), 64-73.

Yazarlar arasında çalışma içerisinde herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansman beyanı

Olgu sunumunun hazırlanmasında ve sunumundan kaynaklı maddi bir destek alınmamıştır.

Teşekkür

Olgu sunumu çalışmasına katılım sağlayan çocuk hasta ve ebeveynlerine, bakım sürecine katılan çocuk yoğun bakım hemşirelerine ve servis hemşirelerine teşekkür ederiz.