


Derleme/Review

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler / Factors Affecting Teamwork of Pre-Hospital Emergency Health Services Employees

Samet Ulaş¹

1. Nişantaşı Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, samet.1995.1971@gmail.com 

Geliş Tarihi / Received: 30.01.2023 Kabul Tarihi / Accepted: 27.04.2023 Yayınlanma Tarihi / Publication Date: 30.04.2023

Atıf / Reference: ULAŞ, S. (2023). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler. Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2 (1), s. 1-9

Özet

Sağlık, toplumun her kesiminde ihtiyaç duyulan hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hizmet yapısı gereği sağlık hizmetleri ayrılmaz bir bütündür. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ise bu bütünün en değerli parçalarından biridir. Acil sağlık hizmetleri, profesyonel ekipler tarafından sunulmaktadır. Ekiplerin kalite sağlık sunumu sağlamaları için ekip çalışması hayati öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarının ekip çalışmasını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Ekip çalışmasını etkileyen olumlu ve olumsuz faktörler iş birliğini doğrudan etkilemektedir. Hastane öncesi sağlık hizmetleri yapısı gereği ortak hedefe, farklı yeteneğe sahip kişilerden oluşmaktadır. Farklı yeteneğe sahip ekip üyelerinin birbirlerini tamamladığı bir çalışma ortamı ile kalite ve verimliliğin artmasına, hizmeti alanların ise memnuniyet duymasını sağlamaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ekip çalışması yönünden büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Acil Bakım, Afet, Hasta, Sağlık, Paramedik

Abstract

Health emerges as a service needed by every segment of society. Due to this service structure, health services are an inseparable whole. Pre-hospital emergency health services are one of the most valuable parts of this whole. Emergency health services are provided by professional teams. Teamwork is vital for teams to provide quality healthcare delivery. There are many factors that affect the teamwork of healthcare professionals. Positive and negative factors affecting teamwork directly affect cooperation. Due to its structure, pre-hospital health services consist of people with a common goal and different abilities. With a working environment where team members with different talents complement each other, it increases quality and productivity, and provides satisfaction to those who receive the service. Pre-hospital emergency health services are of great importance in terms of teamwork.

Keywords: Urgent Care, Disaster, Health, Patient, Paramedic

1. Giriş

Acil tıp sistemleri, acil bir olayın bildirilmesi ile başlayan ve tedavi süreci tamamlanana kadar olay yerinde hastaya acil bakım sağlayan bir organizasyondur. Hasta ve yaralılara gerekli tedaviyi hızlı bir şekilde uygulamak amacıyla birlikte çalışan çeşitli alanlar acil tıp sistemlerini oluşturmaktadır. Etkin ve güvenli acil tıp sistemleri; devlet çalışmalarıyla doktor, acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni ve yöneticiler ile oluşturulur (Soysal ve ark., 2003).

Sağlık kurumlarında ekip olarak birlikte çalışma tercih edilen yaygın bir organizasyondur. Sağlık hizmetlerinde etkili hizmet sunumunun temelinde ekip çalışması yer edinmektedir (Valentine, 2015). Sağlık hizmetlerinde zorunlu hale gelen ekip çalışması ve sağlık giderlerin oluşmasında yer alan sağlık çalışanları, ilaç yatak gibi malzeme ve ekipmanın organizasyon ve yönetiminin bütünleşmesi gerektiği ifade etmektedir. Hizmetin kaliteli ve verimli sunulması açısından ekip çalışması büyük önem arz etmektedir (Lüy, 2022).

Sağlık personeli arasındaki iş dağılımı, sağlık hizmetlerinin yalnızca bir uzman grup tarafından karşılanmayacağını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin disiplinler arası bir yapı olduğunu gösterir ve sağlık kurumları hizmet verirken ekip çalışmasına bağlıdır (Gonzales, 2010). Bu nedenle etkin ekip çalışması sağlık hizmetlerinin temelini oluşturur (Leggat, 2011).

Disiplinler arası sağlık profesyonelleri için bazı özellikler sıralanmaktadır (Ellingson, 2002):

- Hastaya gerekli hizmetin sunumunda birçok sağlık disiplini yer alır,
- Sağlık disiplinleri hastalar için ihtiyacı olan farklı bilgi ve becerileri içerir,
- Hastalara uygulanacak sağlık bakımı, hizmet verenlerin ortak amacını belirtir,
- Ekte yer alan kişiler rutin şekilde tasarlanmış yüz yüze toplantılarında yer aldığı düzenli iletişim bağlantılarıyla bilgi paylaşır ve hizmetlerin koordinasyonunu sağlar.

Ekip çalışması, ekip üyeleri başta olmak üzere hasta ve yakınlarıyla iletişim sağlanmasında ekip çalışması ile birlikte hasta, tedavi uygulanırken kendini daha rahatça dile getirebilmekte ve bu durum, hasta memnuniyetini de artırmaktadır. Bu çerçevede ekip çalışması, sağlık personelinin iş doyumlarının artmasına ve personel değişiminin azalmasını sağlamaktadır (Saygılı; Özer,2020).

Çalışma ortamında ortaya çıkabilecek olumsuz durumlar, hastaya verilen hizmetler üzerine etki oluşturarak hizmetin kalitesini ve sağlık olan personelinin sağlık durumlarını olumsuz etkileyerek, işteki başarımlar ve tatmin seviyelerini ciddi anlamda düşürebilmektedir. Sağlık hizmeti sunan personelin, çalışma ortamlarında mutlu olabilmeleri sağlanmalı, çalışma başarımlar düzeylerinin ve iş tatmin noktaları yönetimce tespit edilerek, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi amaçlanmalıdır (Kavuran ve ark., 2020)

Bu çalışma literatür taraması yapılarak sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasının önde gelen yapısı olan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri'nin çalışanlarının ekip çalışması ve ekip çalışmasını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve literatürde az yer bulan konunun katkı sağlaması amacıyla ele alınmıştır.

2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Acil durum, menfi etkileri azaltmak ve engel olmak için acil müdahale gerektiren ani ve öngörülmeleyen duruma denir (Nations, United, 1992). Ortaya çıkan acil durumlar için gerekli hizmetin sunulmasının tanımına bakacak olursak; Acil sağlık hizmetleri; hastalık, kaza, afet gibi olaylarda ihtiyaç duyulan kurtarma, acil yardım ve bakımı olayın olduğu yerden başlamak üzere hastanın sağlık kuruluşuna nakledilmesi ve tesliminin sağlanması işlemi ile hastane acil servisinde devam eden sürece denir (Ekşi, 2016). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ise; Hasta veya yaralıların sağlık kuruluşuna varıncaya kadar geçen sürede alanında eğitilmiş personelin tıbbi araç gereç kullanarak vermiş olduğu acil bakım hizmetlerini kapsamaktadır. (Batı, 2012).

Medeniyet tarihinde savaş alanlarında atlı arabalar ile yaralıların taşınması, acil sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmuştur. Tarihte ilk kez İspanyollar tarafından Malaga kuşatmasında atlı arabalar ambulans hizmetleri amacıyla kullanılmıştır. Cephede yaralıların gerekli tedavilerinin yapılması için Napolyon Baş Cerrahı Baron Dominique-Jean Larrey'yi görevlendirmiş ve bu durum acil sağlık hizmetlerinin başlangıcı kabul edilmiştir. Sonraki dönemlerde İngiltere ve İskoçya'da yönetim izni ile ambulans ekiplerinin kurulmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır (MEB, 2011).1865 yılında Amerika'da ambulanslar Cincinnati'de ve sonrasında New York'ta hizmete başlamıştır (Zaidi, 2021).Ambulans hizmetlerine yönelik çalışmalarla birlikte ilk yardım konusunda eğitimler ve sivil toplum kuruluşları gündeme gelmiştir. Dünyada nüfus artışının beraberinde getirmiş olduğu hastalıklar ile afet ve savaşlar ortamlarının artması acil sağlık hizmetlerinin önemini ortaya koymuş, bununla birlikte kurulan acil sağlık hizmetleri ekiplerinde eğitim almış kişiler çalıştırılmaya başlanmıştır (Lüy, 2022). 1970 yılında Acil Tıp anabilim dalı olarak Cincinnati Üniversitesinde açılmıştır. Oluşturulan acil sağlık hizmetleri, Dünya'da Amerika ve Kanada başta olmak üzere çeşitli ülkelerde ambulans, itfaiye ve polis ekiplerinin tek bir merkezde yönetildiği, yönlendirildiği ve güvenliğin ön plana çıktığı sistemi kullanmaktadır. Avrupa ülkelerinde itfaiye teşkilatlarının önem kazanmasıyla ambulans hizmetleri, itfaiye teşkilatları içerisinde yürütülmektedir (MEB, 2011). Ambulans hizmetlerinin yürütülmesi, hastanın acil sağlık hizmetine uygun bakıma göre Franko-Alman veya Anglo-Amerikan modeli olarak iki farklı şekilde yürütülmekte iken acil sağlık sisteminde bir başka yöntemi de verilen bakım düzeyine göre Temel Yaşam Desteği ve İleri Yaşam Desteği olarak verilen bakıma göredir (Al-Shaqsi, 2010).

2.1. Türkiye'de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Acil durumlarda hizmetin verilebilmesi için merkeze iletilmesi ve talebin oluşturulması gereklidir. Acil durumlarda acil sağlık hizmetlerinin aktifleşmesi için acil çağrı merkezlerine talebin bildirilmesi gerekir. Acil çağrı, Avrupa Birliğine bağlı ülkeler ve Amerika'da tek bir numaradan toplanmıştır. Türkiye'de ilk olarak acil sağlık hizmetlerinin numarası "077" olarak belirlenmiştir. (Erbay, 2017).

Ülkemizde ilk olarak "Hızır Acil" olarak kurulan Ambulans Servisleri "077" olarak hizmete başlamış olsa Avrupa Birliğinin yayınlamış olduğu bildireye bağlı olarak acil çağrı numarası "112" olarak güncellenmiştir. Acil çağrı merkezine iletilecek talebin hızlı ve kolay iletilebilmesi için kolay çevrilebilen ve akılda kalan numaralar seçilmesine önem verilmiştir. Ülkemizde Polis, İtfaiye, Jandarma başta olmak üzere yardım çağrısına cevap verebilecek kurumlar acil sağlık hizmetlerinin gelişimiyle tek numarada toplanmıştır (Lüy, 2022).

1985 yılında özellikle anayol ve turistik yerlere gezici ambulans ekipleri koyularak trafik kazalarına müdahale için kurulmuştur. 1986 yılında 077 Hızır Acil Servis ekipleri Ankara, İstanbul, İzmir gibi büyükşehirlerde kurulmuş ve acil sağlık hizmetlerinin temeli atılmıştır.

Acil tıp alanında gelişmeler, ABD’li Dr. Fowler’ın İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Servisinde çalışmaya başlamasıyla ortaya çıkmıştır. Yaptığı çalışmalar ve görüşmeler ile “Acil Tıp” bir uzmanlık alanı kabul edildiği gibi, Dokuz Eylül ve Fırat Üniversitesinde anabilim dalı kurulmuştur (MEB, 2011).

Acil sağlık hizmetlerini daha iyi anlayabilmek amacıyla teşkilat yapısını ele almanın yararı olacaktır. Acil sağlık hizmetleri oluşturulduğu konuma göre merkez ve taşra olarak iki farklı şekilde yürütülmektedir. Merkez Teşkilatı işleyişin yönetilmesi görevlerini yürütürken; Taşra Teşkilatı, hizmet görevini üstlenmektedir. Teşkilatın en üst yapısını Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak merkez teşkilatını oluşturur. İçerisinde bulundurduğu daire başkanlıkları ile işleyişin etkili olarak yürütülmesini sağlar. Acil Sağlık Genel Müdürlüğü bünyesinde bir genel müdür, müdür yardımcısı, basın yayın ve sosyal medya birimi, afet ve acil durum yönetimi daire başkanlığı, acil sağlık hizmetleri daire başkanlığı, eğitim ve projeler daire başkanlığı, lojistik ve teknik hizmetler daire başkanlığı, idari ve mali işler daire başkanlığı, izleme değerlendirme daire başkanlığı yer alır. Taşra Teşkilatında ise Acil Sağlık Hizmetleri ve/veya Acil Sağlık Hizmetlerinden sorumlu başkan yer alır. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, standart hizmet şartlarının oluşturulması amacıyla çalışmalar yapmaktadır. Teşkilatında yer alan başkanlıklar ile hizmetin kalite, etkinlik, bilgi düzeyleri, teknolojik gelişmelerden faydalanmaktadır. Acil Sağlık Hizmetlerinin yürütülmesi başta olmak üzere afetlere karşı gerekli malzeme ve ekipmana sahip personelin en kısa sürede afet bölgesini ulaşmasını sağlayarak acil sağlık hizmetlerinin hızlı ve etkin olarak aktif hale getirilmesi hedeflenmektedir (Gostak, 2021).

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri işleyişine baktığımızda, Acil Çağrı Merkezine gelen çağrının acil sağlık hizmeti gerektirip gerektirmediğinin tabip tarafından değerlendirilmesi ile süreç başlamaktadır. Merkez, en uygun ve en yakın ekibi olay yerine yönlendirme yapar. Olay yerine ulaşan ilk ekip olayı yerini ve hasta/yaralıyı değerlendirir. İlk müdahalesi olay yerinde yapılan hasta/yaralı olay yerinde bırakılabilir veya en uygun hastaneye nakli sağlanır. Olay yerinde bırakma yetkisi, olay yerinde tedavi yetkisine sahip olan tabibin sorumluluğundadır. Kalp hastalıkları, inme ve travma vakalarına özgü hastaneler bazı illerimizde mevcut olup, hastaların nakil edilme sürecine yönelik özel protokoller oluşturulmuştur (Kahraman, 2019). Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde; tabip, paramedik ve acil tıp teknisyenleri görev yapmaktadır (Şimşek ve ark., 2019).

Acil sağlık hizmetleri istasyonları verdikleri hizmete göre farklılık göstermektedir. Bunlar (Öztürk, 2022);

1. A Tipi İstasyonlar: Kesintisiz acil yardım hizmeti veren, ihtiyaç durumuna göre birçok ekip ve ambulans bulundurabilen, idari ve özlük hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı ve kadrolu personel bulunduran istasyon tipidir. Bu istasyon tipi kendi içerisinde ekipte doktor bulunuyorsa A1 tipi istasyon, doktor bulunmuyorsa ise A2 tipi istasyon olarak sınıflandırılmaktadır.
2. B Tipi İstasyonlar: Tüm resmî sağlık kurum ve kuruluşlar ile uyum içerisinde aralıksız hizmet veren, idari hak ve özlük hakları bakımından bulunduğu kurum ve kuruluşla bağlı olan, ambulans hizmeti bakımından ise merkeze bağlı olan istasyonlardır. Bu istasyonlar; hastane acil servisleri ile uyumlu olan B1 tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre ise B2 tipi istasyon olarak adlandırılmaktadır.
3. C Tipi İstasyonlar: İhtiyaç doğması halinde belirlenen saatlerde sadece ambulans hizmeti vererek çalışan, idari hak ve özlük hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı istasyonlardır.

3. Ekip Çalışması

Ekip; belirlenen başarımla ulaşmak için etkileşim halinde bulunan, aynı tavır sergileme ve içerisinde çeşitli görev farklılıkları olan iki veya üzeri kişiden oluşan sosyal bir olgudur. Ekip çalışması; belirlenen süre zarfında, mevcut sayıda personelin kurumun amaçları göz önünde bulundurarak ortak bir çaba göstererek, sorunların çözülmesi ve kurumda yeniliklere eğilim göstererek yaptıkları faaliyetler bütünü olarak değerlendirilmektedir (Tüney, 2019). Başka bir tanımda ise ekip çalışması; başarı odaklı kendi yeteneklerini ekip çalışmasına dâhil eden kişiler aracılığıyla yapılmakta olan iş olarak açıklanabilir. Ekip çalışması birbirine bağlı bir davranış grubunu ve ortak hedefler doğrultusunda etkili bir şekilde motive etmeyi ifade eder (Bekmez, 2018). Ekip çalışması, birlikte çalışma, tek başına ortaya koyulamayacak bir ürün veya hizmeti birlikte yapmak ya da sunum gerektiğinde ortaya çıkmaktadır (Garner, 1998).

Ekip üyeleri; ortak çalışma yaklaşımı ile amaç belirlemede, ekibin ortak kararlı hedefleri belirlenmekte, birbirini tamamlayan yetenekler geliştirmekte ve yapılan etkinliklerin sonuçlarının sorumluluğunu paylaşmaktadırlar (Efil, 2009).

Ekipler; sorumluluk duydukları ortak bir amaca bağlı olarak, yetenek ve profesyonelliğin birlikteliğine sahip, minimum, yönetilebilir, bir kişi topluluğunu içermektedir ve ortak bir amaç varlığında birlikte çalışarak meydana gelecek işe karşı yön, hız ve bağlılık geliştirmektedirler (Mickan, 2005).

Ekiplerde farklı kişilerin olması pozitif bir durum olarak karşılanır ve çeşitli düşünce, tasarruf ve davranışlar için kişiler cesaretlendirilir, riski kabul etme yönelimi vardır ve rekabet ortamına karşın bu rekabetin dışı yönelik olduğu söylenmektedir (Tüney, 2019).

Ekibi oluşturan üç temel öge bulunur (Rochon, 2014);

Ortak amaç edinen iki veya daha fazla kişi varlığı,

Ekipte kişilerin görevlerinin tanımlanması,

Ekipte yer alan kişilerin belirlenen amaçlara ulaşmak için iş birliği içinde çalışmalarının sağlanmasıdır.

Farklı sektörlerde profesyonel veya yeterlilik seviyesine ulaşan kişilerin oluşturduğu ekipler Disiplinler içi ekip çalışması adı verilmektedir. Kaynakların verimli şekilde kullanılması, ekibin eğitimi ve istikrarlı olması, disiplinler içi ekip çalışmasına yönelik olumlu durumlardır. Disiplinler içi ekip çalışmasının amacı ise, ekip üyelerinin her biri tarafından bağlılık ile yerine getirilen bütünlük uygulamaların sağlanmasıdır (Veliöğlu, 1994).

Görevin niteliğine göre, farklı branşlarda çalışan kişilerin bir araya gelerek oluşturduğu ekipler ise disiplinler arası ekip çalışması olarak açıklanmaktadır. Özellikle organizasyon ve liderlik üzerine odaklanan disiplinler arası ekip çalışması; ekip üyelerinin diğer ekip arkadaşlarının değerleri, becerileri ve rollerini anlayarak saygı göstermesi temeline dayanmaktadır. Bu şartlar sağlandığı takdirde ekip üyeleri, disiplinler arası ekip çalışmasının belirlediği hedeflere ulaşmasında katkı sağlamış olacaklardır. Böylelikle; eğitim ve gelişim, müşteri (hasta) merkezli hedef belirleme, iş birliği, iş ortaklığı ve yapıcı çözümler üretilmesi ile mümkün olabilecektir (Veliöğlu, 1994).

3.1. Ekip Çalışmasının Faydaları

Ekip çalışmasının faydaları birçok kez ele alınarak, değerlendirilmiştir. İnsanların bir aradayken, ayrı olduklarından daha çok başarı ya ulaştığı düşüncesi ekip çalışmasındaki faydalarının temelini oluşturmaktadır (Hamlin, 2008).

Ekip çalışmasıyla yürütülen örgütlerin için üç avantajı (Hamlin, 2008);

1. Birçok işleve sahip ekipler, işlevleri arası gereken eşgüdüm ve transfer miktarını azaltır. Ekip içerisinde işi yapmada profesyonellik devreye girdiği için işi diğer bölümlere yollama ihtiyacı azdır.

2. Ekipler daha çok kendi içerisinde düzenleme ve yetme durumunda olabilir. Bundan kaynaklı olarak dış müdahale gereksinimi azdır. İşin yürütülmesi için ihtiyaç duyulan beceri ekibin kendisinde vardır. Ekip üyeleri kendi alanlarında hedef belirlemede yer alırlar ve bu nedenle genellikle bu hedeflere bağlıdırlar. Eğer ekibe işlevsellikleri ile ilgili gerekli dönüt verilirse daha büyük otokontroller için tüm tamamlayıcılar var olur.

3. Personel hususi bir işe karşı ekibin hedeflerine odaklanır. Çalışanlar bütünü görürler.

Başka bir deyişle ekip çalışmasının faydaları ise (Luecke, 2004);

- Ekipler yeni çözümler bulabilirler.

- Ekip olarak karar verme, kararların uygulanmasında birlikteliği sağlar.

- Ekipler, zor bir soruna karşı çıkabilmek için farklı işlevlerdeki insanları ve farklı becerileri bir araya getirir.

- Ekipler, birden fazla üye ile iletişim sağlayarak daha fazla bilgi ve beceri sağlayabilir.

- Ekipler, iletişim ve iş birliğini daha iyi sağlayabilir.

Ekiplerin varlık nedenleri ise (Robbins; Finley, 2000);

- Maddi tasarruf getirir,

- Üretimde artışı sağlar,

- İletişimi geliştirir,

- Tek düze iş ekipleri tarafından yapılamayan işleri yapar,

- Kaynakları verimli kullanılması,

- Yüksek nitelikte karar anlamına gelir,

- Nitelikli mal ve hizmeti ifade eder,

- Gelişim gösteren aşamalar ve bütüne ulaşırken farklılıklar demektir.

Ekip çalışmasının sebeplerini sıralayacak olursak (Mohrman ve ark., 1995);

1. Örgüt içerisinde oluşturduğu yapı, dizayn ve yöntem arasındaki sürekliliğin oluşturulması gerektiğinden ekipler, örgüt içerisinde kararların ve uygulamalarının yasalaştırılması için en anlamlı yerdir.
2. Ekipte yer alan kişiler yüksek kaliteyi koruyarak hizmet maliyetini azaltabilmektedir,
3. Ekipler, ekipte yer alan kişilerin yeni bilgiler öğrenme sürecini gelişmesini sağlamaktadır,
4. Ekipler fonksiyonlar arası hizmet kalitesinde gelişme oluşturur,
5. Fonksiyonlar arası ekipler süreçlerin yeniden oluşturulmasını etkilemektedir,
6. Ekip çalışması faaliyetlerin belirli bir sıra ile yapılmasına engel olup eş zamanlı yapılmasını sağlayarak zaman tasarrufu sağlarlar,
7. İş üzerine fikir ve düşünceler paylaşılarak yeniliklerin ortaya çıkmasını sağlar,
8. Bireyden hariç örgütsel çalışması, aşamaları yürütülmesi ve yönetimini kolaylaştırır,
9. Ekipler sayısının artmasıyla bilgi aktarımı da artmaktadır.

Başarılı ekip özellikleri ise (Baltaş; Baltaş, 1997);

- Belirgin ve açık amaçlar
- Doğru yöntemlerle karar alma süreçleri
- İş birliği ve güven ortamının sağlanması
- İletişimin destek olmaya ve üyeleri anlamaya açık olması
- Sorunların çözümünde yapıcı yöntemlerin kullanılması
- Ekip üyeleri ve yöneticilerin sorumluluk ve görevlerinde açıklık
- Ekipler arası olumlu yaklaşım ve kuvvetli ilişkiler kurma
- Performans değerlendirmede seçilecek doğru analiz metodu sayılmaktadır.

3.2. Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler

Sağlık kurumlarında çalışan personel birbirleri ile bağlantılı olmayan farklı eğitimler almaktadır. Alışagelmiş faaliyetler ise hasta odaklı değil meslek odaklı olarak yürütülmektedir. Bu yönüyle her bir sağlık disiplini birbirinden farklılaştırmaktadır. Sağlık personeli birbirlerinin görevleri ve ekip çalışması süreçleri hakkında çok az bilgiye sahiptir. Bunun yanında personelin işe uyumunu sağlama ve davranışların kazandırılmasında da yöntem farklılıkları görülmektedir. Bazı meslek gruplarında ise eğitim düzeyleri farklı çalışanlardan aynı hizmeti sunmaları beklenmektedir. Okul eğitimleri sırasında sağlık mesleği öğrencilerine, ekip çalışması konusunda eşit düzeyde eğitim verilmemesi de ekip çalışmasını olumsuz etkileyen bir diğer faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Atasoy ve ark., 2010).

Sağlık kurumları yapısı gereği çok çeşitli hizmet ve meslek grubunu bünyesinde barındırmaktadır. Bu nedenle kaliteli hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi, ekip çalışmasının etkin şekilde yürütülmesine ve karmaşanın önlenmesi adına üyelerin rollerinin açık bir şekilde tanımlanmış olmasına bağlı olmaktadır. Ekip üyeleri kendi rollerini bildikleri gibi, ekip arkadaşlarının rollerini de iyi anlamış olmalıdır. Ekip içerisinde yanlış beklentilere mahal vermemek adına önlemler alınarak, ekip üyelerinin birbirinin yardımcısı değil tamamlayıcısı olduklarını özümsemeleri sağlanmalıdır. Ekip içerisindeki rol belirsizliği, bir mesleğin yönetici diğerinin ise yönetilen olmasını sağlayabilmektedir. Bu durumlar hizmet sunumunda istenilen kaliteye erişimi engellemekte, ekip üyelerinin kurum bağlılıklarını azaltarak, kurumun hedeflerine ulaşmasında ekip üyelerinin desteğini de zayıflatmaktadır. Sağlık ekibinin başarısı ya da başarısızlığında rol oynayan bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlar; sosyal ve kültürel faktörler, psikolojik faktörler, kişilik faktörü ve profesyonellik ile ilgili faktörlerdir. Bunun yanında, ekip lideri, liderin motivasyon yeteneği, bireysel bakış açıları ve iletişim kanalları da ekip üzerinde güçlü etkiler yaratan faktörler olarak düşünülmektedir. Ekip çalışmalarında otorite faktörü, sorunların önemli bir kısmını bertaraf etmek adına ekibin tüm üyelerince paylaşılmalıdır. Geleneksel görüş, hekimin ekibin lideri olması ve onun istediğini ekibe yaptırması temeline dayanmaktadır. Karar almada ekip üyelerinin ya da üçüncü kişilerin aktif olması, hekimin yetersizliği olarak nitelendirilmektedir. Fakat etkin yürütülen bir ekip çalışması, üyelerinin kendi uzmanlık alanlarını ilgilendiren konularda yetki dağılımını zorunlu kılmaktadır. Bu sebeple ekibin üyesi olan sağlık personeli, kendi uzmanlığına giren konularda yetki dağılımını yapmalıdır. Kendini diğerlerinden daha güçlü pozisyonda gören kişi, ekibin diğer üyelerinin üzerinde hâkimiyet kurarak onları yönetmeye çalışacaktır. Sağlık sektöründe ise hekimler yüksek güce ve yetkiye sahiptir. Bu durum hekimler lehine hâkimiyet kurma ve etki bırakma adına avantaj sağlamaktadır. Bazı ekip üyeleri ise; gerek çatışmaya girmemek ve gerekse yetki ve güç sahibi hekimin gözüne girmek amacıyla hekimin bu pozisyonunu desteklemektedir. Günümüzde gücün kaynağı yerini; ikna gücü, bireysel özellikler, hizmet-özveri, alçakgönüllülük, sürekli öğrenme ve gelişme gibi faktörlere bırakmıştır. Ekip çalışmasının başarısının önündeki en büyük engellerden biri de statü faktörüdür. Statü farkları, ekip içerisinde dengesizliklere sebep olmakta, iletişimin sağlıklı işlenmesini engellemekte ve en önemlisi ekip içerisinde gruplaşmalara sebep olmaktadır. Statü eşitlendikçe, iletişim kanalı daha sağlıklı çalışmakta, uyum artarak ekip ruhu güçlenmektedir. Statüdeki farklılıklar sağlık sektöründe ekip çalışmasını imkânsız kılmaktadır. Sağlık sektöründe otonomi, hizmet sunumu esnasında hastanın bakımındaki bütün sorumluluğun üstlenilmesi anlamına gelmektedir. Etkin çalışan bir sağlık ekibinde, kurumun amaç ve politikalarının, yaklaşım ve hedeflerinin belirlenmesi, ekip üyelerinin katılımıyla yapılmalıdır. Bu durum da hekimin otonomisine karşı bir duruş olarak algılanabilmektedir. Ekip üyelerinin bireysel özellikleri ekibin başarısını önemli ölçüde etkilemektedir. Cinsiyet, yaş, kültür ve diğerleri gibi farklılıklar, üyeler arası ilişkileri ve işbirliğini azaltmaktadır. Bununla birlikte kişinin iç motivasyonu, insan ilişkilerindeki başarısı, hoşgörü, esneklik ve uzlaşma yeteneği, ekibe karşı bağlılık hissetmek vb. bireysel özellikler de grup çalışmasının elde edeceği sonuçları doğrudan etkileme gücüne sahiptir (Velioglu, 1994).

4. Hastane Öncesi Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması

Bugün etkin sağlık hizmeti verilebilmesi için sağlık personelinin iş birliği içinde çalışması, iletişim kurulabilmesi, ekip anlayışıyla hareket etmesi gerekir (Ulusoy; Tokgöz, 2009). Sağlık hizmeti sunumunda görevli ekipler çeşitli görüşlere içerisinde barındıran ancak kurum kültürü ve amaçları olan uzman kişilerden

oluşmaktadır (Çıraklı ve ark., 2015). Bu yüzden ekip üyeleri birbirini tamamlama görevindedir (Lafçı ve ark., 2016). Çalışma ortamında ortaya çıkarılan iyi ilişkiler, personelinin birbirinin ve yönetimin sağladığı destek, iş yerindeki gerginliği azaltmaktadır (Aslan, 2004). Sağlık kuruluşlarının kendi içerisindeki özellikleri ekip hizmetini gerekli hale getirmektedir. Sağlık kuruluşlarında profesyonelleşme düzeyini ve fonksiyonel alışkanlığın çok yüksek olması, yürütülen işlerin karışık, değişim gösteren, ötelenemez, hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlı ve hoşgörüsüz olunması ekip çalışmasını gerektirmektedir (Çelik; Karaca, 2017). Sağlık ekibinin amacı, hasta ve sağlıklı kişilere hizmet sunmak ve bakımında devamlılığı sağlamaktır (Ulusoy; Tokgöz,2009).

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi' nde geçen tanımıyla "Ekip, bilgileri, becerileri, yetkileri ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için bir arada çalışan farklı meslek üyelerinden oluşur. Sağlık hizmeti ekibi içindeki hiçbir meslek üyesi diğerinden daha önemli ya da daha az önemli değildir. Ancak, ekibin çalışmaları ekip başkanı tarafından yönetilir." Acil Sağlık Hizmetlerinin ülke genelinde ekip anlayışıyla yürütülmesi ve kısa zaman içerisinde ulaşılabilir olması esastır (Resmi Gazete, 2007). Ekibin başarısı, gelişim ve değişimlere uyum sağlayarak kendini yenilemesine ve her şeyden önce üyelerinin ekip çalışmasına yatkın olmasına bağlı olacaktır (Risser ve ark., 1999).

Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları, ekip çalışması ve zaman yönetimi açısından hassas gruplardan biridir. Acil Sağlık ihtiyacı özenli ve hızlı sağlık kuruluşuna ulaşmasından sorumlu görevliler, ekip çalışmasının önemli ve belirgin olduğu ekiplerden bir tanesidir (Keklik & Özgüneş, 2022)

Sağlık ekibini oluşturan farklı donanımlara sahip profesyonel ekip üyelerinden, tamamlayıcı fakat kendine özgü hizmet sunumu beklenmektedir. Ekipler, zorunlu ya da rastlantısal olarak bir araya gelmiş üyelerden değil bilgi, beceri uzmanlık ve deneyimleri ile değer yaratacak, bilinçli olarak seçilen üyelerden oluşmalıdır. Ekip üyeleri arasında kesintisiz iletişim temelli disiplinler arası iş birliği, acil birimlerde sunulmakta olan hizmetin kalitesini belirli bir standarda oturtabilir. Sunulan hizmetin nitelik ve etkinliği, üyeler arası kesintisiz iletişim ve disiplinler arası iş birliğine bağlı olmaktadır (Babadağ, 1990). Sağlık sektöründe hizmetin ekip çalışması ile sunulması hasta, hasta yakını, ekip üyeleri ve kurum yönünden bazı yararları olduğunu göstermektedir. Etkili ekip çalışması ile hizmetin kalitesinin arttığı, hasta maliyet ve yatış sürelerinin azaldığı, hastaların yaşam sürelerinin arttığı, ekip yer alan kişilerin ortam etkileşimi ile yeni şeyler öğrendiği ve problem çözme ile kritik düşünme becerilerinin geliştiği çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir (Ceylan; Aslan, 2017).

Karmaşık bir yapıda olan sağlık kurumlarında işlerin devam etmesi hem yöneticilerin kurumları yönetme ilgi, deneyim ve yeteneklerine hem de verimli ekip çalışması ile sağlanabilmektedir. (Atasoy ve ark., 2010). Bu nedenle çalışanına motivasyon sağlayan ve ekip çalışmasına destek olan yönetim mekanizmalarına ihtiyaç vardır. Bir ekip lideri, tüm ekibi örgütleyerek, ekibe fırsatlar sunarak kurum amaçları doğrultusunda altında çalışanları yönlere etkin bir örgüt kültürü oluşturmaktadır. Ayrıca yöneticilerin, çalışanlarının başarılarını ekili şekilde göstermelerini sağlamak amacıyla, onların nasıl yönetileceği konusunda gelişim göstermeleri gerekmektedir (Zhu ve ark., 2013). Etkili sağlık hizmeti ancak kuvvetli, kendine yeterli ve motivasyonu yüksek ekip çalışmaları ile gerçekleştirilebilmektedir (Öğüt & Kaya, 2011).

5. Sonuç

Ülkeleri oluşturan milletlere yönetimler tarafından sunulan hizmetlerden bir tanesi sağlık hizmetleridir. Milletleri oluşturan insanlar, devletin hizmetlerinden faydalandığı gibi aynı zamanda yürütücüsü rolündedir. Hizmetin yürütülmesi için insan sağlığının güvence altına alınması ve gerekli durumlarda ihtiyaç duyulan hizmetin karşılanması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri içerisinde yer alan hastane öncesi sağlık hizmetleri, acil durumlarda sağlık hizmetlerinin olay yerine ulaştırılarak, zaman kaybetmeksizin sağlanması ve hastaneye ulaştırılmasını kapsamaktadır. Hastane öncesi sağlık hizmetleri yönetmeliklerle belirlenmiş standartlara uygun şekilde hizmet vermektedir. Bu minvalde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çeşitli unvanlara sahip personel tarafından oluşturulmuş ekipler tarafından yürütülmektedir. Sağlık Hizmetlerinin bütününde yer alan ekip çalışmasının gerekliliğinin en iyi şekilde görüldüğü birim hastane öncesi acil sağlık hizmetleri birimidir. İçerisinde bulunan personelin unvanları farklı olsa dahi gerekli hizmetin verilmesi adına yeteneklerinin bir bütün olarak ortaya konulduğu en iyi şekilde görülmektedir. Hasta veya yaralıya sahada ulaşarak etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunmanın en önemli basamaklarından biri olan iletişim ile başlayan ekip çalışması hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin temel hedefidir. Hedefler uygun olarak görev yapan ekipler, iş birliği içinde profesyonel sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmektedir.

Ekibi oluşturan kişileri uzmanlaştığı alanlar ile kendini gösterme ve olay örgüsünün yönetimi konularında fayda sağlamaktadır. Ekipler, bu sayede hasta ve yaralı başta olmak üzere aynı zamanda hem kuruma hem de ülkeye yarar sağlamaktadır. Ekip, içerisinde bulunan kişilerin rollerinde meydana gelebilecek belirsizlik, eğitim düzeyi farkı, otorite kurulamaması olumsuz etki oluşturmaktadır. Uzman desteği olarak personele uygulanmak amacıyla gerekli eğitim programlarının düzenlenmesi ekip çalışmasına olan yatkınlığın artması katkı sağlar.

Bu minvalde acil sağlık hizmetleri ekiplerinin kuruluşunda belirli rollerin oluşturulması ekip içerisinde oluşabilecek karmaşıklığın önüne geçmiştir. Buna karşın oluşan statü farkları ise problemlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ekip çalışmasının önemini açık bir şekilde görüldüğü yer olması hasebiyle sağlık hizmetleri yöneticileri tarafından özen gösterilmesi ve motivasyonun artırılmasına yönelik çalışmaların uzman desteği alınarak yapılması gerekmektedir.

Beyanlar:

Çıkar çatışması: Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Finansal Destek: Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Herhangi bir kongre / sempozyum vb.de sözlü / yazılı bildiri olarak sunulmamıştır. Tez çalışmasından üretilmemiştir.

Kaynaklar

Al-Shaqsi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Umman Journal of Medicine*, 25(4), 320.

Aslan, Ş. (2004). Hastanelerde örgütsel çatışma: Teori ve örnek bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 599-617.

Atasoy, A., Aksoy, S., Arslan, H., & Başkesen, N. (2010). *Hasta Güvenliği Kültürü, İş Stresi, İçsel Motivasyon, İş Performansı, İş Tatmini Arasındaki İlişkiler*. Ankara: Baydan Ofset.

Babadağ, K. (1990). Acil Hasta Bakımında Önceliklerin Belirlenmesi. S. Oktay, G. Aksoy, & B. Yürügen içinde, *Acil Hemşireliği* (s. 1-16), İstanbul: İstanbul Üniversitesi

Baltaş, Z., Baltas, A. (1997). *Ekip Oluşturma ve Geliştirme Kitabı*. İstanbul: Baltas Yayınevi.

Batı, S. (2012). *Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personelin Hastalara Müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzu Akış Şemalarına Uygunluğunun Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bekmez, F. (2018). *Bir Üniversite Hastanesinin Sağlık Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumunun İş Doyumuna Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ceylan, E., & Aslan, F. (2017). Öğrencilerin Bakışı ile Sağlık Hizmetlerinde Ekip Anlayışı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(2), 96-97.

Çelik, A., & Karaca, A. (2017). Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14 (4), 254-263.

Çıraklı, Ü., Çelik, Y., & Beylik, U. (2015). Etkili ekip çalışmasının sağlıktaki önemi ve faydaları: Bir literatür çalışması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(3), 140-146.

Efil, İ. (2009). *Yönetim ve Organizasyon*. İstanbul : Alfa Akademi.

Ekşi, A. (2016). *Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. İzmir: Kitapana Yayınevi.

Ellingson, L. L. (2002). Communication, Collaboration, and Teamwork among Health Care Professionals. *Communication Research Trends*, 21(3), 1-43.

Erbay, H. (2017). Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetlerinin Numarası Niçin 112? Ambulans Hizmetleri Bağlamında Bir Yakın Tarih Araştırması. *Lokman Hekim Dergisi*, 7(1), 28-32.

Garner, C. L. (1998). *Team Building and Organizational Effectiveness*. Doctora.

Gonzales, R. A. (2010). *Health Care Team Effectiveness: the Relationship Between Team Task Interdependence and Group Emotional Competence*. Doctora.

Gostak, H. (2021). *Türkiyede 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihi*. Yüksek Lisans Tezi . İstanbul: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Hamlin, J. L. (2008). Team Effectiveness: A Validation Study of Lencioni's Five Functions of A Team. *Doctor of Education*. California.

- Kahraman, Ş. (2019). *İzmir İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Bir Yıllık Analizi ve Geospatial Haritalandırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir: İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kavuran, E., Ay, E., Ay, E., & Aksoy, M. (2020). Hemşirelerin Ekip Çalışması ve İş Doyumlarının Belirlenmesi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 2(1), 45-56.
- Lafçı, D., Pehlivan, S., & Demiray, G. (2016). Cerrahi kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 3(2), 55-64.
- Leggat, S. G. (2011). Effective Healthcare Teams Require Effective Team Members: Defining Teamwork Competencies. *BMC Health Services Research*, 7(1), 1-10.
- Li, H. (2008). *A Theory of Intraunit Justice Climate and Team Effectiveness*. Doctora.
- Luecke, R. (2004). *Creating Teams With an Edge: The Complete Skill Set to Build Powerful and Influential Teams*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Lüy, B. (2022). *Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personelin İş Kaynaklı Stres Durumunun Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- McCleary, K. (1998). *Determinants of Work Group Effectiveness: An Empirical Examination of Health Care Teams*. Doctora .
- MEB. (2011). *Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı*. Ankara.
- Mickan, S. M. (2005). Evaluating the Effectiveness of Health Care Teams. *Australian Health Review*, 29 (2), 211-217.
- Mohrman, Cohen, S. A., Jr., S. G., & M., A. (1995). *Designing Team-Based Organizations: New Forms for Knowledge Work*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nations, United. (1992). *Internationally Agreed Glossary of Basic Terms Related to Disaster Management*. Manual and Guideline: <https://reliefweb.int/report/world/internationally-agreed-glossary-basic-terms-related-disaster-management> adresinden alındı
- Öğüt, A., & Kaya, Ş. D. (2011). Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Kadınhanı Faik İçil Meslek Yüksekokulu Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (1), 87-95.
- Öztürk, Y. (2022). *Gökçeada ve Bozcaada'dan İl merkezine 112 Ambulanslar ile Yapılan Nakillerin Ekonomik ve Sosyal Boyutunun Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale: Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Resmi Gazete. (2007). *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*. mevzuat: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4798&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5> adresinden alındı
- Resmi Gazete. (2018). *Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi*. Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi.
- Risser, D. T., Rice, M. M., Mary L. Salisbury, R. S., DJay, G., & DBerns, S. (1999). The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 34(3), 373-383.
- Robbins, H., & Finley, M. (2000). *Why Teams Don't Work: What Went Wrong and How to Make It Right*.
- Rochon, A. (2014). *Teamwork and Staffing in An Acute Care Hospital*. *Master of Science*. Canada.
- Saygılı, M., & Özer, Ö. (2020). Sağlık Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumlarının İncelenmesi. *Vizyoner Dergisi*, 11(27), 444-454.
- Soysal, S., Karcioğlu, Ö., & Topaçoğlu, H. (2003). Acil Tıp Sistemleri. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 34(1), 51.

Şimşek, P., Günaydın, M., & Gündüz, A. (2019). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 8(1), 120-127.

Tüney, M. (2019). *Hemşirelerin Algıladığı Örgütsel Destek ile Ekip Çalışması Tutumu Arasındaki İlişki: Cerrahi Servisler ve Yoğun Bakım Üniteleri Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Erzincan: Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ulusoy, H., & Tokgöz, D. M. (2009). Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (2), 55-61.

Velioğlu, P. (1994). *Hemşireliğin Düşünsel Temelleri, Sağlığa Disiplinler Arası Ekip Yaklaşımı*. İstanbul: Alaş Oset.


Zaidi, H. Q. (2021). *A Brief History of Emergency Medical Services in the United States*. Emra: <https://www.emra.org/about-emra/history/ems-history/> adresinden alındı

Zhu, M., YunHuang, & S.Contractor, N. (2013). Motivations For Self-Assembling into Project Teams. *Socia Networks*, 35(2), 251-264.

Derleme/ Review

Kronik Hastalıkların Çocuk ve Aile Üzerine Etkileri / *Effects of Chronic Diseases on Child and Family*

Ganze KAŞ ALAY¹

1.Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, gkas@kastamonu.edu.tr, 

Gönderim Tarihi / Received: 01.03.2023, Kabul Tarihi / Accepted: 27.04.2023, Yayın Tarihi / Publication Date: 30.04.2023
Atıf / Reference: KAŞ ALAY, G. (2023). Kronik Hastalıkların Çocuk ve Aile Üzerine Etkileri. Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(1), s. 10-17.

Özet

Tüm dünyada yaşam süresinin uzamış olması ile kronik hastalıklardaki artış en önemli engellilik ve ölüm sebeplerini de beraberinde getirmiş ve yaşam kalitesini azaltmıştır. Geçtiğimiz yüzyıldan bu yana, çocuk ve adölesan grupta yoğunlaşan bulaşıcı hastalık yükü, yerini kronik hastalıklara bırakmış durumdadır. Böylelikle günümüzde kronik hastalığa sahip çocuk ve yetişkin popülasyonu artışta olup kronik hastalıklar, dünyada ve gelişmiş ülkelerde en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar uzun sürmesi, belli bir tedavi ve bakım protokolü gerektirmesi, hem çocuğun hem de ailenin yaşam standartlarını değiştirmesi nedeniyle olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu derlemede kronik hastalıkların çocuk ve aile üzerindeki etkilerinden bahsedilmiş, literatüre katkı sağlaması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Aile, Kronik Hastalık

Abstract

Prolonged life expectancy and the increase in chronic diseases have brought along the most important causes of disability and death all over the world. The infectious disease burden, which has been concentrated in the child and adolescent group since the last century, has left its place to chronic diseases. Thus, today, the population of children and adults with chronic diseases is increasing, and chronic diseases constitute the most important health problem in the world and in developed countries. Chronic diseases have negative effects because they last for a long time, require a certain treatment and care protocol, and change the living standards of both the child and the family. In this review, the effects of chronic diseases on children and families are mentioned and it is aimed to contribute to the literature.

Keywords: Child, Family, Chronic Disease

1.Giriş

Kronik ya da diğer bir deyişle süregelen hastalık, “Genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin kombinasyonu sonucunda meydana gelen, en az altı ay veya daha uzun süren, sürekli tıbbi müdahale gerektiren ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan durumlar” olarak tanımlanmaktadır (Akkuş ve Ayhan, 2020; Çakır ve Altay, 2021). Kronik hastalık, rehabilitasyon için hasta birey ya da ailenin özel eğitimini zorunlu kılar (Çavuşoğlu, 2019). Dünya genelinde kronik sorunların yol açtığı ölümler bulaşıcı hastalıkların bile önüne geçmiştir. Çağımızda eğitim seviyesinin yükselmesi ve ekonomik iyileşme ile beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve hastalıkların kontrol altına alınması ile beklenen yaşam süresini uzamıştır. Bu durumla ilişkili olarak kronik sağlık sorunlarının görülme sıklığı ve bu hastalıkların getirmiş olduğu yük de artmıştır (Kahraman, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü, 18 yaş altı çocuk yaş grubunda kronik hastalık insidansının %15-50 arasında olduğunu bildirmektedir (Ak, 2018). Amerika Birleşik Devletleri’nde ise çocukların beşte birinin bir kronik hastalığa sahip olduğu bilinmektedir (Kish et al., 2018; Blackwell et al., 2019). Çocuk yaş grubuna bakıldığında, popülasyonu oluşturan çocukların %1-2’sinde günlük yaşamını olumsuz etkileyen ya da tedavi edilmeyi gerektiren kronik sağlık sorunu bulunmakta olup bunların %10’unu ciddi kronik hastalıklar oluşturmaktadır (Törüner ve Büyükgönenç, 2017). Bu artışa paralel olarak ülkemizde de kronik hastalıklardan etkilenen çocukların sayısı azımsanmayacak ölçüdedir (Çavuşoğlu, 2019). Nitekim Türkiye’de kronik hastalığı olan 0-19 yaşları arasında yaklaşık 700.000 çocuk bulunduğu ifade edilmektedir (Çakır ve Altay, 2021).

Geçmiş ile kıyaslandığında günümüzde kronik hastalıkların tedavi edilebilmesi ile çocukların hayatta kalma şansı artmış durumdadır (Halfon and Newacheck, 2010). Bu gelişmeler, her geçen gün yeni bulunan tarama programları sayesinde erken tarama, teşhis ve güçlü tedavi yöntemleri ile ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak dünya genelinde milyonlarca çocuk ve adölesan tip 1 diyabet, kanser, astım ve epilepsi gibi kronik hastalıkları yöneterek yaşamını sürdürmektedir (Compas et al., 2012). Çocukluk

döneminde en yaygın görülen kronik hastalıklar; “doğuştan gelen anomaliler, ortopedik sorunlar, kalp hastalıkları, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği, kanserler, hemofili, diyabet, kistik fibrozis, astım, talasemi, ailevi akdeniz ateşi, alerjik hastalıklar ve ruhsal davranış bozuklukları” olarak bildirilmiştir (Arıcan ve diğerleri, 2017; Bolat, 2018; Akkoyun ve Taş Arslan, 2019; Kahraman, 2019). Son yıllarda çocuklarda obezitenin artması ile hipertansiyon prevalansı da artış göstermektedir. Aynı şekilde çocuklarda en sık görülen endokrin hastalıklardan olan tip 1 diyabet, en yaygın görülen nörolojik hastalıklardan epilepsi ve en yaygın solunum sistemi hastalıklarından olan astım oranları da azımsanmayacak şekilde artmıştır (Özçeker ve Güler, 2017; Başkale ve diğerleri, 2019; Kahraman, 2019).

2.Kronik Hastalıkların Çocuk Üzerindeki Etkileri

Kronik hastalık tanısı alan tüm bireylerde hastalığı kabullenmek ve uyum göstermek, uzun ve zorlu bir süreçtir. Özellikle birey ve aile üyelerinin yaşamında değişikliklere yol açan ve bireyi başkalarına bağımlı kılan kronik bir hastalığa uyum daha zor olabilmektedir (Altundağ, 2017). Çocukların hastalığa karşı gösterdiği tepkilerin bazıları genel tepkiler iken, bazıları hastalığa özgüdür. Hastalığa özgü tepkiler ise hastalığın nitelik ve şiddetine bağlı değişmektedir. Diğer yandan hastalığa karşı verdiği tepkiler çocuğun duygusal ve bilişsel gelişim sürecine, hastalığın ciddiyetine, destek mekanizmalarına, okul yaşantısının etkilenme durumuna ve daha birçok faktöre göre değişiklik gösterir. Çocuğun ihtiyaçları ve kapasitesi, içinde bulunduğu gelişimsel sürece bağlı olduğundan çocuğun tepkileri ve sorunları da gelişim dönemine göre değişmektedir (Bolat, 2018). Yaş dönemlerine göre kronik hastalığı olan çocukların etkilenme durumları şöyle sıralanabilir;

0-1 Yaş: Bebeklik döneminde rutinleri ve düzeni bozulur, güven duygusu gelişmeyebilir. Ağrı ve acı nedeniyle uyku düzeni bozulabilir, motor gelişimde gecikmeler yaşanabilir ve anne-bebek arasında güvenli bağlanma ve yeterli iletişim sağlanamayabilir. Bebek özellikle bakım verenden ayrıldığında yoğun bir ayrılık anksiyetesi yaşar (Törüner ve Büyükgönenç, 2017; Ak, 2018; Çavuşoğlu, 2019).

1-3 Yaş: Oyun çocuğu döneminde hastalığa bağlı olarak artan kısıtlılıklar, çocuğun otonomi duygusunun gelişimini olumsuz etkileyebilir ve çocuk daha bağımlı hale gelebilir. Çocuğun benlik saygısı azalabilir ve kendini ayrı bir birey olarak görmesi zorlaşır. Hastalık nedeniyle ailenin aşırı kısıtlaması ya da sınırsız tutumu nedeni ile dürtü kontrol bozuklukları ile birlikte tuvalet, beslenme, hijyen gibi alışkanlıklarda sorunlar yaşanabilir. Ebeveynlerden ayrıldığı zaman yoğun kaygı ve anksiyete yaşar. Regresyon davranışları görülebilir (Törüner ve Büyükgönenç, 2017; Ak, 2018; Çavuşoğlu, 2019).

3-6 Yaş: Kronik hastalık okul öncesi dönemdeki çocukların akranları ile etkileşimini ve sosyal becerilerini olumsuz etkileyebilir. Hastalığı bir ceza olarak algılayabilir ve disiplin yöntemlerinin uygulanmamasıyla olgunlaşmamış davranışlar gelişebilir. Hastalığa bağlı fiziksel kısıtlamalar ve enerjinin azalması çocuğun motor ve sosyal becerileri geliştirme yeteneğini ve normal bilişsel gelişimi sınırlayabilir. Cinsel kimlik kazanımı zorlaşabilir (Törüner ve Büyükgönenç, 2017; Ak, 2018; Çavuşoğlu, 2019).

6-12 Yaş: Okul dönemindeki çocukta fiziksel yetersizlik onun bir gruba ait olma duygularını etkileyebilir. Yetersizliklerini gizlemek için sosyal ilişkilerden uzak durabilir, izolasyon ve çekilme duyguları yaşayabilir. Bu durum ilerleyen süreçte okula devam etmemeye ve düşük benlik saygısına yol açabilir (Törüner ve Büyükgönenç, 2017; Ak, 2018; Çavuşoğlu, 2019).

12-18 Yaş: Kronik hastalık ergenlerin bağımsızlık, cinsel gelişim, meslek seçimi ve eğitimleri açısından olumsuz etkilere sahip olabilir. Özellikle gözle görülen fiziksel bir defekt veya anomali varlığında benlik kavramı ve benlik saygısı önemli derecede etkilenebilir. Ergenin beden imajında oluşabilecek değişiklikler, kontrol ve bağımsızlığını kaybetme, akran grubundan reddedilme ve ölüm korkusu olabilir. Gelecek ile ilgili planları etkilenir, daha az geleceğe yönelirler (Törüner ve Büyükgönenç, 2017; Ak, 2018; Bolat 2018; Çavuşoğlu, 2019).

Kronik sağlık sorunları çocukların yaşam kalitesini, akademik başarısını, fiziksel-zihinsel gelişimini etkileyerek kaygı ve psikolojik problemleri beraberinde getirir. Kronik hastalıkların fiziksel sağlığın yanı sıra çocuğun duyguları, beslenmesi, uyku düzeni, davranışları, eğitimi, özgüveni ve sosyal ilişkileri üzerinde de önemli etkileri olmaktadır (Arıcan ve diğerleri, 2017; Bolat, 2018; Akkoyun ve Taş Arslan, 2019; Akkuş ve Ayhan, 2020).

2.1.Gelişimsel Gecikme ve Gerileme

Süreğen hastalığı olan çocuklar, sağlıklı yaşatlarına göre önemli davranışsal problemlere sahip olma açısından daha fazla risk taşırlar. Kronik hastalıkların çocuklarda gerileme davranışlarının yanı sıra gelişimsel gerilik veya gecikmelere de yol açtığı bilinmektedir (Törüner ve Büyükgöncü, 2017; Bolat, 2018). Hasta çocukta dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, sadece çocuğun hastalık durumuna odaklanmaktan ziyade çocuğun gereksinimlerine yönelmek ve bu alanı desteklemektir. Çocuğun, bilişsel ve gelişimsel düzeyine uygun biçimde tasarlanmış bilgiler, çocuğun daha etkin bir biçimde güveninin sağlanması ve tıbbi bakımı ile ilgili kaygılarının azalması açısından çok önemlidir (Bolat 2018).

2.2. Yaşam Kalitesi

Kronik hastalıkların zamanla artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması “yaşam kalitesi” kavramını ön plana çıkarmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı, sağlık sorunlarıyla birlikte ele alınmakta olup hastalar tarafından algılanan psikolojik iyi olmanın duygusal, zihinsel, sosyal ve davranışsal boyutları ile işlevlerini içeren bireysel bir nitelendirme (Akkuş ve Ayhan, 2020). Sağlıklı çocuklarla kıyaslandığında kronik hastalığı olan çocuklarda iki kat daha fazla uyum sorunları görüldüğü bilinmektedir. Hastalık sürecinde yaşanan ağrı, yorgunluk gibi fiziksel bulgular, sık hastane kontrolleri ve yatışlar, tedaviye sekonder gelişen komplikasyonlar, prognozun belirsiz olması ve günlük yaşamdaki kısıtlılıklar gibi yaşam tarzındaki değişiklikler psikiyatrik sorunlar için risk oluşturmaktadır. Bu durum ise bireyin yaşam kalitesini azaltmaktadır (Arıcan ve diğerleri, 2017; Akkoyun ve Taş Arslan, 2019).

2.3. Okul ve Akademik Başarı

Kronik hastalık tanısı alan çocukların okul yaşamı; sık hastaneye yatma, kontroller, tedavi ve ilaçların yan etkileri gibi nedenlerle kesintiye uğramakta olup bu durum çocukların okula uyumunu etkilemektedir (Bolat, 2018; Akkuş ve Ayhan, 2020). Kronik hastalığı olan çocukların okul devamsızlığının sağlıklı akranlarına göre daha fazla olduğu belirtilmektedir. Devamsızlık süresi ise hastalığın şiddetine göre farklılık göstermektedir (Richardson et al., 2018). Everhart ve ark. (2018)’nin çalışmasında, astımın okul devamsızlığı için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Richardson ve ark. (2018), kronik böbrek yetmezliği olan çocukların %17.3’ünün sürekli okul devamsızlığının olduğunu ifade etmişlerdir. Eloi ve ark. (2019) çalışmalarında, inflamatuvar bağırsak hastalığı olan çocuklar arasında okul devamsızlığını ortalama 5 gün olarak saptamışlardır (Eloi et al., 2019).

Sık okul devamsızlığı yapan çocuklar derslerinde eleştirel bakış açısı geliştiremeyebilirler. Okula geri döndüklerinde uyum süreci ve katılmadığı derslerin/konuların tekrarının olmaması nedeniyle akademik performansında azalma görülebilmektedir (Çakır ve Altay, 2021). Layte ve ark. (2013), kronik hastalığa sahip çocuklarda okul devamsızlığı ve akran zorbalığına maruziyet sonucunda duygusal ve davranışsal sorunlar meydana geldiğini ve bu durumun okul başarısını düşürdüğünü ifade etmişlerdir (Layte et al., 2013). Bu durum kronik hastalık ve okul başarısızlığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çocukların okul motivasyonları ve okul başarısı için desteklenmeye gereksinimleri bulunmaktadır. Kronik hastalığa sahip çocukların hastalığıyla daha kolay baş edebilmesi ve okula uyumun sağlanmasının yanı sıra, sosyal geri çekilmeler ve içe kapanma gibi durumların yaşanmaması için çocuğa yapılacak sosyal destek önemlidir (Kahraman, 2019).

2.4. Kaygı ve Psikolojik Sorunlar

Kronik hastalığı olan çocuklar yalnızca biyopsikososyal gelişim alanlarındaki zorluklarla değil aynı zamanda bu hastalıkların bir sonucu olarak; diyet yapma, sık hastane kontrolleri ve yatışları, tedavi ekibi ile ilişki kurma ya da kuramama, ölüm korkusu, aileden ve arkadaşlardan uzun süreli ayrı kalma ve sosyal dışlanma gibi durumlarla da yüzleşmek zorundadırlar (Güner, 2020). Kronik hastalığın çocukların yaşamında oluşturduğu değişiklikler ailenin tutumuna da bağlı olarak duygusal, psikososyal ya da davranışsal gereksinimleri artırmış ve bazı özel gereksinimleri ortaya çıkarmış olabilir. Literatürde, tüm çocukların %10’unda duygusal ve davranışsal sorunlar tanımlanırken kronik hastalığı olan çocuklarda bu oranın %20’ye çıktığı bildirilmektedir (Akkuş ve Ayhan, 2020).

Kronik hastalığı olan çocuklar öfke nöbetleri, özgüven kaybı, sürekli dışlanma düşüncesi ve olumsuz benlik kavramı gibi sorunlar yaşamakta olup okulda akran zorbalığına ve damgalanmaya maruz kalabilmektedir (Quach and John, 2018). Çocuğun okulda bu tür sorunlarla baş etmek zorunda olması nedeniyle içe kapanma, sosyal izolasyon ve akran ilişkilerinden kaçınma davranışları

gösterebilmektedir. Çocukların biyopsikososyal açıdan desteklenmesi duygusal ve sosyal gelişimlerine katkı sağlaması açısından önemlidir (Çakır ve Altay, 2021). Bakare ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada, kronik hastalığı olan çocukların sağlıklı yaşlılarına kıyasla duygularını kontrol etmede daha çok zorlandığı belirtilmektedir. Kronik hastalığı olan çocukların duygusal değişiklikleri ya da davranış bozukluklarının fark edilmesi ve liyezon hizmetinin geliştirilmesinin önemi büyüktür (Bakare et al. 2008).

2.1. Çocukların Kullandıkları Baş Etme Yöntemleri

Çocuğun baş etmesini etkileyen faktörler; içinde bulunduğu gelişimsel dönem, duygusal değişkenliği, algısal/bilişsel yetenekleri, sahip olduğu sosyal destek sistemleri olarak sayılabilir. Ek olarak çocuğun karşılaştığı deneyimlerin niteliği, miktarı, ebeveynlerin sağladığı duygusal destek de baş etmede oldukça önemlidir (Çavuşoğlu, 2019).

- Bebeklerin kullandığı baş etme davranışları genellikle motor aktiviteler üzerinde görülür. Bunlar parmak emme, el-ağız aktiviteleri, huzursuzluk, ağlama, vücudunu sallama, tanıdık birine ya da objeye sarılma şeklinde çeşitlendirilmektedir.
- Oyun çocuğu döneminde sıklıkla parmak emme, enürezis ve/veya enkoprezis gibi gerileme davranışları yani regresyon görülür. Bu dönemde öfke nöbetleri, ağlama krizleri ve içe kapanma gibi davranışsal sorunlar yaygındır. Bu dönemde regresyonun çocuk için bir stresle başa çıkma yöntemi olduğu unutulmamalı, ebeveynler ve diğer bakım veren kişiler çocuğa karşı kabullenici, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşmalıdır.
- Okul öncesi ve okul çağı döneminde hatırlama, konuşma, gerçeği test etme gibi bilişsel yetenekler yeterli düzeydedir. Bu nedenle bu çocuklar yaşadıkları deneyimleri paylaşarak hastalıkları ile etkin şekilde baş edebilirler. Endişe, keder, sabırsızlık ve öfke duygularının uygun şekilde ifade edilmesi sağlıklı baş etmenin temelini oluşturur.
- Adölesanlar genellikle erişkinlerin baş etme yöntemleri olan içe kapanma, inkar, karşıt tepki verme gibi savunma mekanizmalarını kullanırlar. Aslında bir durum karşısında agresif ve küçümseyici davranan adölesan çok korkuyor olabilir. Bu dönemdeki çocukların baş etmelerine yönelik en önemli girişimlerden biri onların farklı olmaya ilişkin duygularını azaltmak ve yaşamlarını olabildiğince normal hale getirmektir. Onları olası değişimlere hazırlamak ve kendi bakımlarına ilişkin kararlara katılımını sağlamak önemlidir (Törüner ve Büyükgönceç, 2017; Çavuşoğlu, 2019).

Hastalığa iyi uyum sağlamış çocuklar zamanla kendi fiziksel sınırlılıklarını kabul etmeyi öğrenirler, okulda-evde akranları ile iyi ilişki içindedirler ve kendi bakımlarını üstlenirler. Uygun baş etme yeteneği geliştiremeyen çocuklarda davranış sorunları ve hastalığa uyum problemleri görülür. Bu çocuklar akran aktivitelerinin dışında kalarak sosyal izolasyona girerler. Bu durum olumsuz benlik kavramı gelişimine neden olur (Törüner ve Büyükgönceç, 2017; Çavuşoğlu, 2019). Ancak kronik hastalığı olan çocuk ailesinden ve çevresinden yeterli desteği gördüğünde sosyal anlamda kendini soyutlamaz, diğer arkadaşlarının aktivitelerine katılır ve okula devam eder. Bu durum ise benlik saygısı kazanmasına, bağımsızlığı ve okul başarısının artmasına katkıda bulunur (Kahraman, 2019).

3.Kronik Hastalıkların Aile Üzerindeki Etkileri

Birçok kronik hastalığın seyrinde hastalık belirtilerinde alevlenme, çocuğun yaşam kalitesi ve işlevselliğinde bozulmalar gözlenmektedir. Bu alevlenmeler tekrarlayan hastane yatışlarına ve ailenin yaşam biçiminde değişikliğe neden olmaktadır. Yatış sırasında günlük rutinlerin kesintiye uğraması, diğer görev ve sorumlulukların aksaması, çocuğun sağlığıyla ilgili kaygı ve korkular aile için ilave stres etkenleri oluşturmaktadır (Arıcan ve diğerleri, 2017).

Hastalığın çocuk ve aile üzerindeki etkileri; çocuğun hastalığının doğuştan veya sonradan olması, hastalığa yakalanılan yaş, çocuğun gelişim düzeyi, çocuğun uyum düzeyi ve yetenekleri, ebeveyn-çocuk ilişkisi, aile içi dengeler, hastalığın şiddeti, hasta organ, ağrı veya kaybın derecesi, tedavi şekli, hastalığın yarattığı kalıcı etki ve sınırlamalar, hastalığın taşıdığı anlam, hastalıkla ilgili düşünceler, hastalığın, çocuğun toplumsal uyumuna, okul yaşantısına etkisi gibi değişkenlere göre farklılıklar gösterebilmektedir (Törüner ve Büyükgönceç, 2017; Ak, 2018; Bolat, 2018).

Çocuğa kronik hastalık tanısı konduğunda ebeveynler çeşitli aşamalardan geçer:

1. **Şok ve İnkâr:** Bu dönemde ebeveynler ve hasta çocuklar, uzun süre mücadele etmelerini gerektirecek bir durumla karşılaşmışlardır. Ebeveynler yaşadıkları şok nedeniyle bir savunma mekanizması olarak inkara sığınabilirler. Bu durum günlerce veya aylarca devam edebilir. Bu

dönemde aile teşhisin yanlış olduğunu ileri sürebilir, hastalığı ciddiye almamış gibi görünebilir ve kabul etmemekte ısrarcı davranabilirler.

2. **Uyum:** İnkâr sürecini kızgınlık ve içerleme izler. Bu dönemde görülen kızgınlığın büyük kısmı tedavi ekibine yansıtılır ve ardından kendini suçlu hissetme görülebilir. Özellikle genetik geçişli hastalıklarda suçluluk duygusu daha yoğundur. Ebeveynler kendilerine “niçin benim çocuğum?” sorularını sormaya başlar. Hastalığı kendilerine verilmiş bir ceza olarak da algılayabilirler. Ancak bir süre sonra sonucunun değişmediğini gördükçe uzlaşma içine girmeye başlarlar. Bu durumda hastalığın ebeveynlere açık bir şekilde anlatılması, soruların yanıtlanması gerekir. Bazı ebeveynler uyum evresinde yas da yaşayabilirler. Bu durum depresyonla sonuçlanabilir.
3. **Kabullenme:** Tüm bu dönemlerden sonra beklenen davranış ebeveynlerin hastalığı kabullenmeleridir. Kabullenme süreci, tedavinin etkinliğini ve sürekliliğini olumlu yönde etkileyecektir. Çocuk ve aile, bu evreleri yaşarken çeşitli sebeplerle evrelerden birinde kalabilir ya da bir önceki evreye tekrar dönebilirler. Bu gibi durumlarda profesyonel yardıma yönlendirilmelidir. Bu dönemde hem çocuğun hem de ailenin yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmalıdır. (Törüner ve Büyükgöncü, 2017; Ak, 2018; Bolat 2018).

Kronik hastalığa bağlı olarak oluşan fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar bireyin bakım verene bağımlılığını arttırmakta ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır (Akkuş ve Ayhan, 2020). Bu çocukların ailelerinde tanı ve prognozun kabullenilmesinde zorluklar, gelecek kaygısı, hastalıkla ilgili almış olduğu yük ve sorumluluklar, sürekli bakımın getirdiği ekonomik yük gibi stres faktörleri nedeniyle ruhsal sorunlarda artış saptanmıştır (Compas et al., 2012; Coughlin and Sethares, 2017). Kronik hastalığa sahip çocukların ailelerinde psikososyal ve maddi problemler, anksiyete, depresyon, uyku sorunları, ailevi problemler ve yaşam kalitesinin azalması gibi sorunlar görülmektedir (Başkale ve diğerleri, 2019; Akkuş ve Ayhan, 2020). Literatür incelendiğinde kronik hastalığa sahip çocuğu olan ebeveynlerin yaşam doyumunun düşük olduğu görülmektedir (Başkale ve diğerleri, 2019). Kronik hastalığa sahip olma, ebeveynlerin maddi sorunlar yaşamasına, kişiler arası ilişkilerinin zayıflamasına, sosyal izolasyon ve damgalanma korkusuna neden olmaktadır. Anneler bilgi eksikliği veya hastalıkla ilgili yanlış tutumlar nedeniyle çocuklarına ve kendi hayatlarına kısıtlılıklar getirmekte, çocuğun bakımına ilişkin destek almaktan çekinmektedir. Özellikle evde birincil bakım verici olan anneler kronik hastalığa sahip çocukları ile destekleyici ve arkadaşça iletişim kuramamakta, çocuklarına karşı daha sinirli ve öfkeli yaklaşmakta, çocuk bakımında eşiyile anlaşmazlık yaşamakta, çocuğunu aşırı cezalandırmakta, aşırı koruyucu davranmakta veya otoriter tutum göstermektedirler (Başkale ve diğerleri, 2019).

Çocuktaki kronik hastalık sadece ebeveynleri değil sağlıklı kardeşleri de oldukça etkilemektedir. Kronik hastalığı olan bir kardeşe sahip olmak, çocukların psikolojik sağlığı ve iyilik hali için bir risk oluşturmaktadır. Bu çocuklarda anksiyete, depresyon, travma sonrası stres belirtileri, daha düşük yaşam kalitesi ya da akran sorunları gibi birçok sorun görülebilmektedir. Özellikle kronik hastalığın ağır ve yaşamı tehdit edici olduğu durumlarda sağlıklı kardeşlerin psikolojik işlevlerinde etkilenmenin daha belirgin olduğu gösterilmiştir (Dinleyici ve Dağlı, 2018). Öte yandan kardeşler ciddi hastalık döneminde aile üyelerinin en mutsuz ve duygusal olarak en ihmal edilmiş bireyleridir. Tüm ilgi ve alâka hastalığı olan kardeşe yöneltildiğinden sağlıklı kardeşin duygusal gereksinimleri göz ardı edilebilmektedir. Hasta çocuk üzerine yoğunlaşan aile sağlıklı çocukla sosyal ve duygusal olarak ilgilenmemektedir. Sağlıklı kardeş bu dönemde yalnızlık, üzüntü ve anne-babaya ulaşamama gibi duygular da yaşayabilir. Bu anlamda kronik hastalığı olan çocuklar ve onların ailelerindeki psikiyatrik sorunların farkında olunması, terapötik iletişim yöntemleri ile yaklaşılarak tedavi edilmesi, sağlıklı kardeşlerin de psikolojik anlamda desteklenmesi önemlidir (Arıcan ve diğerleri, 2017).

3.1. Ailenin Kullandığı Baş Etme Yöntemleri

Ebeveynler çocuklarının kronik hastalığa uyum sağlamasında önemli bir rol oynar. Çocuğun hastalığına uyumu ne kadar yüksek ise ailenin baş etmesi de iyi olmaktadır (Başkale ve diğerleri, 2019). Çocuğun hastalığının ailenin geri kalan yaşamı üzerindeki etkisini kabul eden ebeveynler çocuklarının kronik hastalığa sahip oldukları gerçeğine uyum sağlarlar (Çavuşoğlu, 2019). Ailenin hastalık ile etkili bir şekilde baş etmesi, aile bireylerinin duygusal anlamda birbirlerini desteklemeleri, açık bir iletişimin olması ve ebeveynlik rollerinin yerine getirilmesi aile bireylerinin fikir birliği ile ilişkilidir (Kahraman, 2019). Bu ebeveynler çocuğu uygun şekilde disipline ederler ve onun

bağımsızlığını, kendine bakımını, okula devamını ve akranları ile ilişkilerini desteklerler. Bu aileler çocuğun sınırlılıklarını tanırlar ve sadece gerekli kısıtlamaları uygularlar. Ebeveynlerin aşırı koruma, reddetme, otoriter tutum sergileme, çocuğu aşırı cezalandırma, aşırı koruyucu davranma gibi davranışları olumsuz sonuçlar doğuran baş etme yöntemleridir. Bu durum çocukta öfke ve suçluluk duygusunun artmasına ve çocuğun kendini değersiz, işe yaramaz hissetmesine neden olacaktır (Başkale ve diğerleri, 2019; Çavuşoğlu, 2019).

4. Sağlık Profesyonellerinin Yaklaşımı

Kronik hastalığa sahip çocuğun bakımında süreç, aile merkezli bakımı gerektirir. Bu süreçte hemşire ebeveynlerin bakıma katılmasını kolaylaştırmalı ve aileyi desteklemelidir. Çocuk ve ailenin kaygısını ve korkusunu azaltmak için sakin ve güven verici bir yaklaşım kullanılmalıdır. Ağrı durumunda ağrıyı hafifletmek için nonfarmakolojik ağrı yöntemlerini uygulamalı ve aileye öğretmelidir, çocuğun ağrı ile başa çıkabilmesini sağlamalıdır. Taburculuk öncesi evde bakım konusunda eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Öte yandan hem çocuğun hem de ebeveynlerin mevcut durum ve süreç ile etkin baş edebilmesini sağlamak için çocuğun gelişim dönemlerine ve vereceği tepkilere hakim olmalıdır (Törüner ve Büyükgönenç, 2017). Bu doğrultuda;

- Bebeklik döneminde gelişimdeki gecikmeler hakkında ebeveynlere bilgi verilmeli ve anne-baba-bebek ilişkisinin başlatılmasına destek olunmalıdır. Hastalık ve süreç hakkında yeterli bilgi verilerek ebeveynlerin durumu kabullenmesi sağlanmalıdır.
- Oyun çocuğu döneminde çocuğun alışık olduğu rutinler hem hastane ortamında hem de evde devam ettirilmeye çalışılmalıdır. Çocuğun otonomisi desteklenerek oyun arkadaşlıkları kurmasına destek olunmalıdır. Çocuğun kendi öz bakımına katılması desteklenmeli ve ayrılık anksiyetesini önlemek için ebeveynlerin çocuğun bakımına katılması teşvik edilmelidir.
- Okul öncesi dönemde yapılacak işlemlerin kısa ve basit bir dille çocuğa ifade edilmesi ve güven ortamı sağlanması önemlidir. Çocuğun bağımsızlığı ve girişimciliği desteklenmelidir.
- Okul dönemi yaş grubuna duygularını rahat ifade edebilmeleri için destekleyici bir ortam oluşturulmalı. Akranlarının ve arkadaş çevresinin çocuğun hastalığı hakkında bilgilendirilmesi faydalı olabilir. Çocuk ilaç kullanımı, kan şekeri ölçümü, inhaler kullanımı gibi hastalığına yönelik uygulamaları bağımsız olarak yapma konusunda cesaretlendirilmeli ve sorumluluk alması sağlanmalıdır.
- Adölesan dönemdeki gençlere hastalığı konusunda daha fazla söz hakkı alması için fırsat sunulmalıdır. Olumlu yönleri vurgulanmalı ve üstlendiği sorumluluklar takdir edilerek psikolojik anlamda güçlendirilmeye çalışılmalıdır. Kendi bakım becerilerini üstlenmeleri konusunda desteklenmeli ve benzer hastalığı yaşayan akranları ile bir araya getirilerek hastalığa uyumu artırılmaya çalışılmalıdır (Ak, 2018).

Öte yandan hastaneye yatan çocuklar için de hemşireler başta olmak üzere sağlık profesyonellerine büyük iş düşmektedir. Pediatri hemşireleri bakım verirken ve tedavi sunarken bir iletişim yolu ve araç olarak oyunu kullanabilir. Hastane ortamında terapötik oyunu hemşirelik uygulamaları ile birlikte kullanmak, hem çocuk hem de ebeveynlerin yapılacak işlemler konusunda anksiyetesini azaltarak hastane ortamının ve hastalıkların üstesinden gelmesine destek olur (Yayan ve Zengin, 2018).

5. Sonuç

Sonuç olarak çocuk ve aile ile çalışan sağlık profesyonellerinin temel hedefleri; çocuğun ve tüm aile bireylerinin kronik hastalığa biyopsikososyal yönden uyumuna destek olmak, kronik hastalığa bağlı gelişen engelleri etkin şekilde kontrol altına almak, çocuğa ve ailesine öz bakımı öğretmek, çocuğun evde bakımına destek olmak, aileleri sosyal destek sistemlerine yönlendirmek ve çocuğun rehabilitasyonunu sağlamak olmalıdır. Aynı zamanda çocuk ve ailenin hastalıktan etkilenme durumlarını belirleyerek uygun baş etme mekanizmalarını geliştirmelerini sağlamak önemlidir.

Beyanlar:

Çıkar çatışması: Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Finansal Destek: Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Herhangi bir kongre / sempozyum vb.de sözlü / yazılı bildiri olarak sunulmamıştır. Tez çalışmasından üretilmemiştir.

Kaynaklar


- Ak, B. (2018). Kronik ve yaşamı tehdit edici/ölümcül hastalığı olan çocuk ve hemşirelik yaklaşımı. Z. Conk, Z. Başbakkal, H. Bal Yılmaz, B. Bolışık İçinde. *Pediatric Hemşireliği*. (2.baskı) (ss. 913-942).Ankara: Akademisyen Yayınevi.
- Akkuş, S.Y., Ayhan, A.B. (2020). Kronik hastalığı olan çocukların davranışlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Turkish J Pediatr Dis*, 14, 129-135.
- Altundağ, S. (2018). Tip 1 diyabetli çocukların hastalığa uyumunda eğitimin ve sosyal desteğin etkisi. *Pam Tıp Derg*, 11(2), 137-144.
- Arıcan, P., Yalçın, H., Demir, Ş., Ünlü, M., Bezgin, Ö., Çavuşoğlu, D., et al. (2017). Kronik nörolojik hastalıklı çocuk sahibi olan annelerin ruhsal belirti düzeylerinin ve baş edebilme becerilerinin incelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniv. Sağlık Bilim. Derg*, 2(2), 7-11.
- Bakare, M.O., Omigbodun, O.O., Kuteyi, O.B., Meremikwu, M.M., Agomoh, A.O. (2008). Psychological complications of childhood chronic physical illness in Nigerian children and their mothers: The implication for developing pediatric liaison services. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health*, 2(34), 1-9.
- Başkale, H., Çetinkaya, B., Ceylan, S.P., Öztaş, Ü. (2019). Epilepsili çocukların annelerinin yaşam doyumu ve başa çıkma tutumları. *JCP*, 17(2), 265-278.
- Blackwell, C.K., Elliott, A.J., Ganiban, J., et al. (2019). General health and life satisfaction in children with chronic illness. *Pediatrics*, 143(6), e20182988.
- Bolat, E.Y. (2018). Süreğen hastalığı olan çocuklar ve hastane okulları. *Milli Eğitim*, 218, 163-185.
- Compas, B.E., Jaser, S.S., Dunn, M.J., Rodriguez, E.M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 8, 455.
- Coughlin, M.B., Sethares, K.A. (2017). Chronic sorrow in parents of children with a chronic illness or disability: an integrative literature review. *J. Pediatr. Nurs*, 37, 108–116.
- Çakır, G., Altay, N. (2021). Kronik hastalığı olan çocukların bakımında okul hemşiresinin görev ve sorumlulukları. *DEUHFED*, 14(1), 55-61.
- Çavuşoğlu, H. (2019). Kronik Hastalığı Olan Çocuk. İçinde. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. (13. Baskı). (1. Cilt). Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 113-128.
- Dinleyici, M., Şahin Dağlı, F. (2018). Evaluation of quality of life of healthy siblings of children with chronic disease. *Turk Pediatr Ars*, 53(4), 205-13.
- Eloi, C., Foulon, G., Bridoux-Henno, L., Breton, E., Pelatan, C., Chaillou, E., et al. (2019). Inflammatory bowel diseases and school absenteeism. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 68(4), 541-546.
- Everhart, R.S., Miller, S., Leibach, G.G., Dahl, A.L., Oinis-Mitchell, D. (2018). Caregiver asthma in urban families: Implications for school absenteeism. *J Sch Nurs*, 34(2), 108-113.
- Güner, Y.O. (2020). Kronik hasta çocuklarda terapötik hikayenin kullanımı. *İzlek*, (3), 17-33.
- Halfon, N., Newacheck, P.W. (2010). Evolving notions of childhood chronic illness. *JAMA*, 303(7), 665-666.


- Kahraman, M. (2019). İlkokula giden çocuklarda kronik hastalık görülme sıklığı ve öğretmenlerin yaklaşımlarının belirlenmesi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksel Lisans Tezi. Şanlıurfa. Danışman Doç. Dr. Selma Kahraman.
- Kish, A.M., Newcombe, P.A., Haslam, D.M. (2018). Working and caring for a child with chronic illness: A review of current literature. *Child Care Health Dev*, 44, 343–354. <https://doi.org/10.1111/cch.12546>
- Özçeker, D., Güler, N. (2017). Astım atak tedavisi. *Klin. Tıp Pediatr. Derg*, 9(2), 24-31.
- Quach, L.L., John, R.M. (2018). Psychosocial of impact growing up with food allergies. *J Nurse Pract* . 14(6), 477-483.
- Richardson, K.L., Weiss, N.S., Halbach, S. (2018). Chronic school absenteeism of children with chronic kidney disease. *J. Pediatr*, 199, 267-271.
- Törüner, E.K., Büyükgöneç, L. (2017). Çocuk sağlığı: Temel hemşirelik yaklaşımları. 1. Basım. Ankara: Nobel Tıp: 122, 732.
- Yayan, E.H., Zengin, M. (2018). Çocuk kliniklerinde terapötik oyun. *GÜSBD*, 7(1), 226-233.

Olgu sunumu / Case Report

Kritik Bir Hastada Pacemaker Enfeksiyonu İçin Kısmen Koruyucu Tedavi Stratejisi: Bir Vaka Raporu/ Partially Conservative Treatment Strategy for Pacemaker Infection in a Critically ill Patient: A Case Report

Hakan GOCER¹, Ahmet Baris DURUKAN²

1Private Edremit Korfez Hospital, Department of Cardiology, Balıkesir/TURKEY, hgocer@gmail.com 

2Ankara Liv Hospital, Department of Cardiovascular Surgery, Ankara/TURKEY, durukanbaris@gmail.com 

Özet

Mevcut literatüre göre, pacemaker enfeksiyonları genellikle enfekte materyalin tamamen çıkarılması ve sistemik antibiyotik tedavisi ile yönetilir. Ancak, bu vaka raporunda, pacemaker enfeksiyonu olan bir kritik hasta başarılı bir şekilde tedavi edilen kısmen koruyucu bir tedavi stratejisi sunulmaktadır. Vakamızda, enfekte pacemaker ve lead kısmi çıkarılması, tuz-su peroksit irrigasyonu ile geniş çaplı debridman yapılması ve cebe pudralı rifampisin ve vankomisin uygulanması gerektiği. Bir pacemaker jeneratörünün ve lederenin tamamen çıkarılması, özellikle kritik hastalarda zor olabilir, bu nedenle bu durumlar için geniş çaplı debridman ve lokal antibiyotik uygulaması ile kısmen koruyucu bir yaklaşım öneriyoruz. Bulgularımız, bu stratejinin yüksek riskli hastalarda pacemaker enfeksiyonlarının tedavisinde başarılı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon, Pace Maker, Yönetim.

Abstract

Pacemaker infections are usually managed by complete removal of the infected material and systemic antibiotics, according to current literature. However, in this case report, we present a partially conservative treatment strategy involving the successful treatment of a critically ill patient with a pacemaker infection. Our case involved partial pacemaker and lead removal, along with extensive debridement using saline-hydrogen peroxide irrigation and local application of powdered rifampicin and vancomycin in the pocket. Complete removal of a pacemaker's generator and its leads can be challenging, particularly in critically ill patients, so we suggest a partially conservative approach with extensive debridement and local antibiotic application for these cases. Our findings suggest that this strategy can be successful in treating pacemaker infections in high-risk patients.

Key Words: Infection, Pace Maker, Management.

1. Introduction

Pacemaker infections are a known complication of pacemaker implantation and are typically managed by complete removal of the infected material and systemic antibiotics, according to current literature. (Hendriks , van Horn , van der Mei , Busscher,2004; Wanqiu, Xiaoming, Zicheng, Aidong and Jingwen, 2019) However, this standard treatment approach can be challenging in critically ill patients, particularly those with multiple comorbidities or other medical conditions that increase their risk of adverse events. As a result, recent studies have suggested a partially conservative treatment strategy for high-risk patients. (Wanqiu, Xiaoming, Zicheng, Aidong and Jingwen, 2019; Deharo , Quatre, Mancini, 2012)

In a recent case report, a combination of conservative and surgical approaches was used to successfully treat a patient with a pacemaker infection.(4,5) The treatment approach involved partial removal of the pacemaker and leads, along with extensive debridement using saline-hydrogen peroxide irrigation and local application of powdered rifampicin and vancomycin to the pocket. (Topaz, Chorin, Schwartz, Hochstadt , Shotan , Ashkenazi et al, 2023) The patient was closely monitored for signs of infection and received appropriate systemic antibiotics as needed. (Voigt, Shalaby, Saba, 2010; Topaz, Chorin, Schwartz, Hochstadt , Shotan , Ashkenazi et al, 2023)

This partially conservative treatment strategy was found to be effective in treating pacemaker infections in high-risk patients. (2, 6)It has the potential to reduce the need for complete removal of the pacemaker and leads, which can be challenging in critically ill patients. However, further research is needed to determine the safety and efficacy of this approach, particularly in larger patient populations. (Voigt, Shalaby, Saba, 2010)

2. Case report

A 68-year-old male patient was diagnosed with pacemaker infection and planned for lead and pacemaker removal, but it was not undertaken because of the patient's high comorbidity and

ITP (Immune Thrombocytopenic Purpura) with a platelet count of 22,000 μL after a hematology consultation. IVIG (Intravenous Immunoglobulin), steroid therapy, and oral antibiotic therapy were started, and the patient was discharged to another institution. The patient also had severe COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), inoperable coronary and peripheral artery disease with heart failure, surgically and medically treated larynx and bladder carcinoma, ITP diagnosis before 6 months ago, and chronic renal insufficiency. Additionally, the patient's history revealed that an ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator)/DDR-Pace was implanted for HF and AV block 9 years ago and a generator replacement was performed 1 year ago after successful VT ablation.

The patient was admitted to our hospital with pacemaker infection, and physical examination revealed a partly externalized pacemaker generator with local tenderness, redness, and minimal purulent discharge (Figure 1 A), with a temperature of 36.7°C. Wound-blood culture and extensive laboratory tests, chest CT (Computed Tomography), and TEE (Transesophageal Echocardiogram) were performed to exclude lead infection. Vancomycin and Meropenem treatment were started with dose adjustment for renal insufficiency. Despite mild hypoalbuminemia, elevated Pro-BNP level, blood culture, and normal procalcitonin, a normal lead image in TEE echocardiography was obtained with a platelet level of 34,000 μL at admission. Firstly, the pacemaker generator was considered infected because it was exposed to the external environment through the skin defect. However, due to the patient's normal blood culture and inflammatory markers (such as procalcitonin), and the absence of an infected lead on the echocardiogram, the patient was evaluated as having a localized pacemaker pocket infection.

After consultations with internal medicine, microbiology, and plastic and cardiovascular surgery, we decided that the patient had only pocket infection and that we should remove the pacemaker generator and leads until the subclavian vein entry point and perform extensive debridement. In our case, due to the ejection fraction being above 40% in the preoperative echocardiographic examinations and no arrhythmia or heart block being observed during ICD generator interrogation after previous VT ablation, re-implantation of a pacemaker was not considered.

We planned for 2 units of apheresis platelet suspension infusions overnight and 1 unit infusion to reach a minimum of 50,000 μL platelets preoperatively. Before the procedure, we obtained a platelet count of 78,000 μL , and we performed extensive debridement with electrocautery for hemostasis (Figure 1 B, C, D) and hydrogen peroxide-saline irrigation (Figure 2 D). After that, we performed local Vancomycin and Rifampicin application (Figure 2 E) and meticulously sutured the pocket to prevent dead space. The dressing was done with Rifampicin, and IV treatment of Vancomycin and Meropenem was administered for 10 days, and the patient was monitored for inflammatory markers every day. After negative blood culture 10 days later, the patient was discharged with sodium fusidate 1000 mg/day, cefuroxime axetil 1000 mg/day, and other cardiac medications for 7 days. There was no sign of wound dehiscence or infection at 1-week (Figure 2 F) and 1-month follow-up after discharge (Figure 2 G).



Figure 1: A: Infected and exposed pacemaker generator, B-C: Pacemaker generator and leads were partially removed, D: Extensive debridement.



Figure 2: D: Saline-hydrogen peroxide irrigation, E: Local powdered rifampicin and vancomycin application into the pocket, F: 1-week follow-up visit, G: 1-month follow-up visit.

3. Discussion

In this case report, we presented a partially conservative treatment strategy for a critically ill patient with a pacemaker infection. Although the current approach to treating such infections involves complete removal of the infected material from the body, we opted for a combination of conservative and surgical approaches. (Deharo , Quatre, Mancini,2012; Voigt, Shalaby, Saba, 2010) Our patient was successfully treated with partially pace and lead removal, extensive debridement with saline-hydrogen peroxide irrigation, and local powdered Rifampicin and Vancomycin application in the pocket. (Topaz, Chorin, Schwartz, Hochstadt , Shotan , Ashkenazi et al, 2023)

Our approach was based on the patient's high comorbidity and low platelet count, which made it risky to remove the infected material completely. Instead, we decided to remove the pace generator and leads only until the subclavian vein entry point and perform extensive debridement of the pocket. We also applied local powdered antibiotics to the site to prevent further infection. We found that this approach was successful, with no sign of wound dehiscence or infection at follow-up visits.

Our case highlights the need for a tailored approach to the management of pacemaker infections, taking into consideration the patient's individual circumstances and comorbidities.(Hendriks , van Horn , van der Mei , Busscher,2004; Wanqiu, Xiaoming, Zicheng, Aidong and Jingwen, 2019)While complete removal of the infected material is the gold standard, it may not always be feasible or safe for critically ill patients. (Voigt, Shalaby, Saba, 2010, Baddour , Cha , Wilson, 2012) Partial removal of the device with extensive debridement and local antibiotic application may be a suitable alternative in such cases.(Wanqiu, Xiaoming, Zicheng, Aidong and Jingwen, 2019, Topaz, Chorin, Schwartz, Hochstadt , Shotan , Ashkenazi et al, 2023) Current literature and clinical practice suggest that rifampicin and vancomycin can be used locally in infected wounds.(Topaz, Chorin, Schwartz, Hochstadt , Shotan , Ashkenazi et al, 2023)

Reimplantation of a new pulse generator on the ipsilateral or contralateral side may be an option, but it is important to consider the patient's overall health status and the risk of further complications. In some cases, patients may reject a new device, or contralateral vascular condition may not be suitable. In these cases, managing the patient without a pacemaker implantation may be appropriate. (Baddour , Cha , Wilson, 2012; Topaz, Chorin, Schwartz, Hochstadt , Shotan , Ashkenazi et al, 2023) In conclusion, we believe that our partially conservative treatment strategy offers a viable alternative for managing complicated pacemaker infections, especially in critically ill patients. While further research is needed to determine the optimal treatment approach, our case suggests that a tailored approach that takes into consideration the patient's individual circumstances may be the most effective way to manage such infections.

4. References

Baddour L M, Cha Y M, Wilson W R. Clinical practice. Infections of cardiovascular implantable electronic devices. *N Engl J Med.* 2012;36:842–849

Deharo J C, Quatre A, Mancini J. Long-term outcomes following infection of cardiac implantable electronic devices: a prospective matched cohort study. *Heart.* 2012;98:724–731.

Hendriks JG, van Horn JR, van der Mei HC, Busscher HJ. Backgrounds of antibiotic-loaded bone cement and prosthesis-related infection. *Biomaterials* 2004;25:545-556.

Voigt A, Shalaby A, Saba S. Continued rise in rates of cardiovascular implantable electronic device infections in the United States: temporal trends and causative insights. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2010;33:414–419.

Wanqiu K, Xiaoming C, Zicheng L, Aidong Z, Jingwen L. Unusual conservative treatment of a complicated pacemaker pocket infection: a case report *Journal of Medical Case Reports* 2019;13:49.

Topaz M, Chorin E, Schwartz AL, Hochstadt A, Shotan A, Ashkenazi I, et al. Regional Antibiotic Delivery for Implanted Cardiovascular Electronic Device Infections. *J Am Coll Cardiol.* 2023;81;119-133