

## DERLEME

## Gelişimsel Bir Yolculuk: Konjenital Kalp Hastalığı Olan Adölesanlarda Geçiş Bakımı ve Hemşirenin Rolü

Tutku KIRÇI TEMİZ<sup>1</sup>, Evrim KIZILER<sup>2</sup>

## ÖZ

Konjenital kalp hastalıkları (KKH), kalbin doğumda var olan yapısal ve işlevsel bozukluklarıdır. Tıp ve teknoloji alanındaki önemli ilerlemeler sayesinde, konjenital kalp hastalığına sahip çocukların %97'sinden fazlası hayatta kalmakta ve yaşam boyu kardiyak takibe ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle bakımın da pediatrik hizmetlerden yetişkin hizmetlere geçmesi gerekmektedir. Bu durum geçiş bakımını gündeme getirmektedir. Geçiş bakımı, "kronik fiziksel ve tıbbi rahatsızlıkları olan adölesanların ve genç yetişkinlerin pediatrik sağlık sistemlerinden yetişkin sağlık sistemlerine amaçlı, planlı hareketi" olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalar, konjenital kalp hastalığına sahip adölesan ve ebeveynlerinin, yetişkin bakıma geçiş öncesinde eğitim ve danışmanlık hizmetlerini içinde barındıran profesyonel geçiş bakımına ihtiyaç duyduklarını ortaya koymaktadır. Geçiş bakımı, adölesanların yetişkin bakıma uyumunu kolaylaştırmak, öz yönetim becerilerini geliştirmek ve endişelerini azaltmak için kritik rol oynamaktadır. Hemşireler, geçiş bakım koordinatörü olarak adölesan ve genç yetişkinlerin yetişkin sağlık sistemine entegrasyon sürecinin planlanması ve yönetilmesinde önemli rolü olan sağlık profesyonelleridir. Bu derlemenin amacı, konjenital kalp hastalığına sahip olan adölesanlarda pediatrik sağlık hizmetlerinden yetişkin odaklı sağlık hizmetlerine transfer sürecinde geçiş bakımı ve bu süreçte hemşirenin rolünü incelemektir.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan; Çocuk hemşireliği; Konjenital kalp defektleri; Yetişkin bakıma geçiş

## A Transitional Journey: Transitional Care and the Role of the Nurse in Adolescents with Congenital Heart Disease

Tutku KIRÇI TEMİZ<sup>1</sup>, Evrim KIZILER<sup>2</sup>

## ABSTRACT

Congenital heart diseases (CHDs) are structural and functional abnormalities of the heart that are present at birth. Thanks to significant advancements in medicine and technology, more than 97% of children with congenital heart disease now survive and require lifelong cardiac follow-up. Consequently, their care must transition from pediatric services to adult healthcare systems, bringing the concept of transition care to the forefront. Transition care is defined as "the purposeful, planned movement of adolescents and young adults with chronic physical and medical conditions from child-centered to adult-oriented healthcare systems." Research indicates that adolescents with congenital heart disease and their parents require professional transition care, which includes education and counseling services, before moving to adult care. Transition care plays a critical role in facilitating adolescents' adaptation to adult healthcare, enhancing their self-management skills, and reducing anxiety. Nurses, as transition care coordinators, are key healthcare professionals in planning and managing the integration of adolescents and young adults into adult healthcare systems. The aim of this review is to examine transition care in adolescents with congenital heart disease during the transfer process from pediatric to adult-oriented healthcare services, and to explore the role of nurses in this process.

**Keywords:** Adolescent; Congenital heart defects; Pediatric nursing; Transition to adult care

<sup>1</sup>Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.

**Sorumlu Yazar:** Tutku KIRÇI TEMİZ

**E-posta adresi:** tutkukrc29095@gmail.com

**Gönderi Tarihi:** 24.04.2025

**ORCID No:** 0000-0003-4078-5255

**Kabul Tarihi:** 20.05.2025



## GİRİŞ

Konjenital kalp hastalıkları (KKH), kalbin doğumda var olan yapısal ve işlevsel bozukluklarıdır (1,2). Amerikan Kalp Derneği'ne göre, her 1000 doğumda en az 8 bebek konjenital kalp hastalığı ile doğmaktadır (2). Türkiye'de ise her yıl yaklaşık 11.000 ila 17.000 arasında bebek konjenital kalp hastalığı ile dünyaya gelmektedir (3). Tıp ve teknoloji alanındaki önemli ilerlemeler sayesinde, konjenital kalp hastalığına sahip çocukların %97'sinden fazlası hayatta kalmakta ve yaşam boyu kardiyak takibe ihtiyaç duymaktadır. Bu durum bakımın da pediatrik hizmetlerden yetişkin hizmetlere geçişini gerektirmektedir (4-6). Pediatrik sağlık hizmetlerinden yetişkin odaklı sağlık hizmetlerine geçiş hem adölesanlar hem de ebeveynleri için karmaşık ve çoğu zaman zorlu bir süreçtir (7). Konjenital kalp hastalığı gibi kronik bir hastalık ile yaşayan adölesanlar, özel bakım gereksinimleri ve sağlık hizmetine erişimdeki engeller nedeniyle sağlıklı adölesanlara göre daha fazla zorluk yaşamaktadır (4,5). De Hosson ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada, konjenital kalp hastalığına sahip olan adölesanların pediatrik bakımdan ayrılma, sorumluluk ve rollerin değişimi, randevulara ebeveyn ile katılma isteği,

yeni sağlık hizmeti sağlayıcılara güven inşa etme süreci konularında karmaşık duygular yaşadığı ve geçiş sürecine yönelik bilgilendirilmek istediği belirlenmiştir (7). Hem adölesanların hem de ebeveynlerin geçiş sürecinde karşılaştıkları kaygı ve belirsizlikler, yeterli hazırlık ve bireyselleştirilmiş geçiş bakımı ile azaltılabilmektedir. Bu süreçte, adölesanların hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin ve geçişe ilişkin becerilerinin artırılması, ebeveynlerin sorumluluk devrini kolaylaştırmakta ve yeni rollere uyumlarını desteklemektedir. Adölesan, ebeveynleri, geçiş koordinatörü ve pediatrik kardiyoloğun birlikte yer aldığı transfer görüşmelerinin, süreci kolaylaştırarak daha başarılı bir geçiş süreci sağladığı bilinmektedir. Bu noktada geçiş bakımının önemi ortaya çıkmaktadır.

## Geçiş Bakımı

Geçiş bakımı, “kronik fiziksel ve tıbbi rahatsızlıkları olan adölesanların ve genç yetişkinlerin pediatrik sağlık sistemlerinden yetişkin sağlık sistemlerine amaçlı, planlı hareketi” olarak tanımlanmaktadır (8). Geçiş bakımının temel amacı, adölesanların gereksinim duyduğu kaliteli sağlık hizmetlerinin kesintisiz bir şekilde

sağlanması, hastalık yönetiminin ve genel sağlık durumunun yetişkinlik döneminde de sürdürülebilmesidir. Bu süreç, aynı zamanda bireylerin potansiyellerini en üst düzeye çıkarabilmesini amaçlamaktadır (9,10).

Araştırmalar, konjenital kalp hastalığına sahip adölesanların ve ailelerinin, yetişkin bakıma geçiş öncesinde eğitim ve danışmanlık hizmetlerini de içeren profesyonel geçiş bakımına ihtiyaç duyduklarını ortaya koymaktadır. Geçiş bakımı, adölesanların yetişkin bakıma uyumunu kolaylaştırmak, öz yönetim becerilerini geliştirmek ve endişelerini azaltmak için kritik rol oynamaktadır (11-13). Yetişkin bakıma geçişin ardından yapılan takip çalışmalarında, geçiş sürecinin etkili bir şekilde yönetilmediği durumlarda, son pediatrik kontrol ile ilk yetişkin kontrolü arasında uzun bir zaman geçtiği ve ileri takiplerde önemli kayıplar yaşandığı bildirilmiştir (14,15). Gaydos ve arkadaşlarının (2020) yürüttüğü bir müdahale çalışmasında, konjenital kalp hastalığına sahip adölesan ve genç yetişkinlerin geçiş sonrası sağlık hizmetlerine bağlılık düzeyleri incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre, geçiş bakımı almayan bireylerin takipten çıkma oranı

%25,9 iken, geçiş sürecinde destek alan bireylerde bu oran anlamlı şekilde azalarak %7,3'e düşmüştür (16). Literatürde, geçiş sürecinin yapılandırılmış bir şekilde yürütülmesinin bu kayıpları azaltmada önemli bir etkisi olduğu, aynı zamanda adölesanın öz yönetim becerilerini, hastalığa dair bilgisini ve geçişe hazırlık durumunu arttırdığı vurgulanmaktadır (17,18). Konjenital kalp hastalığı olan adölesanlar ve genç yetişkinler için geçiş bakımının etkilerini anlamak, geçişin zamanlaması ve bu süreci etkileyen faktörleri incelemek büyük öneme sahiptir.

### **Geçişin Zamanlaması**

Geçişin zamanlaması, bireyin yaşına, gelişimsel düzeyine ve klinik gereksinimlerine göre planlanmalıdır. Geçiş müdahalelerinin, yaşa uygun bilgi ve hedeflerle genellikle 12 yaş civarında başlatılması önerilmektedir (19). Bu süreçte hastanın ebeveynleri veya bakım verenleri sürece dahil olmaya devam etmeli, aynı zamanda hastaya kardiyoloğu ve geçiş koordinatörü hemşire ile mahremiyet içinde görüşme imkanı sunulmalıdır (19). Adölesanların olgunlaşmasıyla birlikte, bakım yaklaşımı da onların artan özerklik gereksinimlerini karşılayacak şekilde

yapılandırılmalı ve gelişim düzeylerine uygun bilgiler sağlanmalıdır. Aşamalı bir geçiş yaklaşımı, bireyin 16–18 yaş civarında yetişkin sağlık hizmetlerine tamamen geçmeden önce yetişkin sağlık ekibiyle güven ilişkisi kurmasını desteklemelidir (19).

### Geçiş Etkileyen Faktörler

Adölesanların, pediatrik bakımdan yetişkin bakıma geçişi sırasında geçişe hazır olma durumu ve öz yönetim becerileri kritik bir rol oynamaktadır ancak, mevcut araştırmalar bu sürecin karşılaşılan çeşitli engeller nedeniyle zorlaştığını ve bu

engellerin adölesanların geçişe hazır olma durumunu, sağlık hizmetlerine erişimini ve yetişkin bakıma geçişlerini olumsuz etkilediğini göstermektedir (20-22). Bu engeller, adölesan ve ebeveynlerinin pediatrik bakım sağlayıcıya duygusal bağlılığı, ilgili alanda nitelikli yetişkin bakım sağlayıcı eksikliği, pediatrik ve yetişkin üniteler arasındaki koordinasyon eksikliği, adölesan ve ebeveynlerinin geçiş konusunda isteksiz olması, adölesanın geçişe hazır olmaması ve öz yönetim becerilerinin yetersiz olmasıdır (20-22) (Şekil 1).

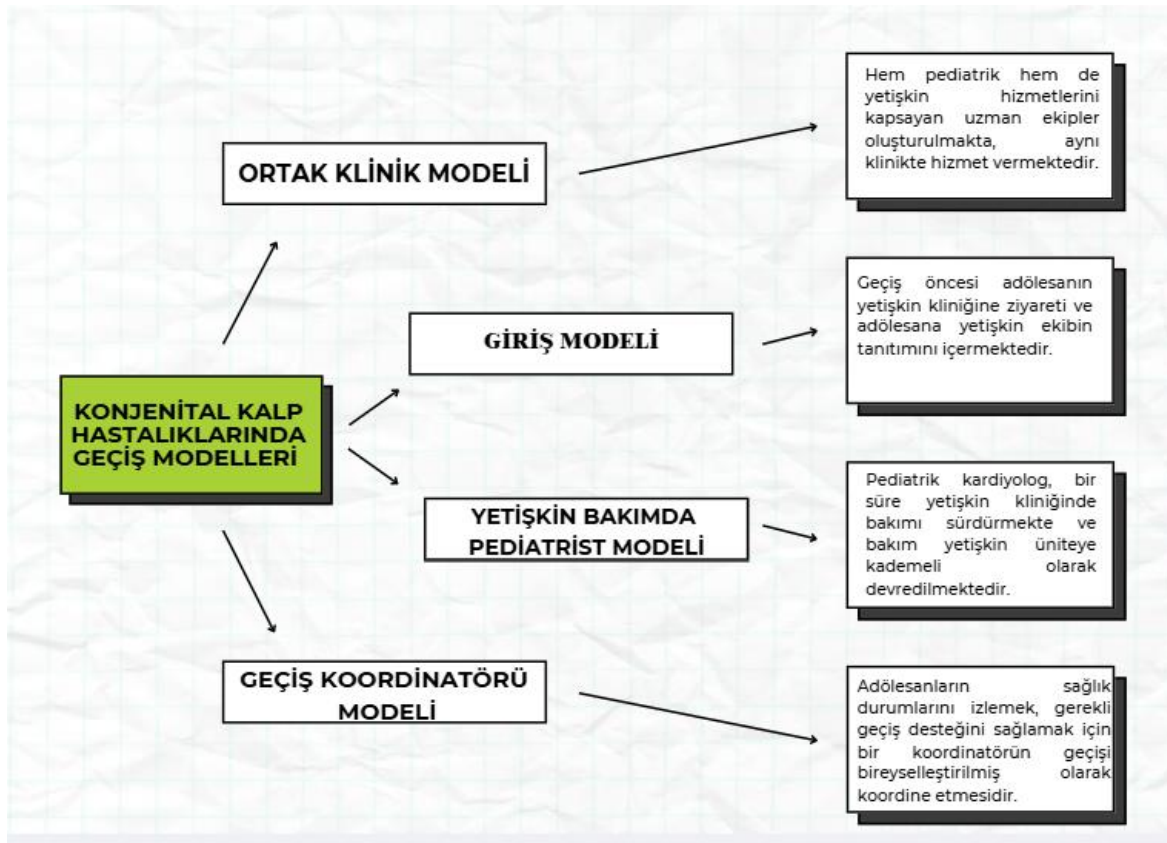


Şekil 1. Pediatrik bakımdan yetişkin bakıma geçişte algılanan engeller

## Konjenital Kalp Hastalıklarında Geçiş Modelleri

Pediyatrik bakımdan yetişkin bakıma geçiş için konjenital kalp hastalıklarına özgü farklı özelliklere sahip geçiş modelleri bulunmaktadır. Bu modeller “ortak klinik modeli”, “yetişkin bakımda pediatrik modeli”, “giriş modeli” ve “geçiş koordinatörü modeli”dir (23) (Şekil 2).

Model seçimi mevcut kaynaklara ve yetkinliklere göre değişmekle birlikte ideal olan modelin “geçiş koordinatörü modeli” olduğu ifade edilmektedir. Çünkü gelişimsel süreci temel alarak, adölesana yetişkinliğe geçişte eşlik etmekte ve kapsamlı geçiş bakımı sağlamaktadır. Bu model sayesinde, hasta yetişkin ünitelere transfer edildiğinde takip süreci kesintiye uğramamaktadır (23).



Şekil 2. Konjenital kalp hastalıklarında geçiş modelleri

## **Geçiş Bakımının Aşamaları ve Uygulamada**

### **Kullanımı**

Geçiş bakım süreci, “AAP/AAFP/ACP 2018 Klinik Raporu” ve “Got Transition” rehberine göre altı temel aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar, "geçiş politikasının oluşturulması", "geçişin izlemi ve takibi", "geçiş hazırlığı", "geçişin planlanması", "bakımın transferi", ve "geçişin tamamlanması" olarak sıralanmaktadır (24-28).

- **Geçiş Politikasının Oluşturulması:** Geçiş süreci, geçiş politikasının belirlenmesiyle başlar. Bu politikada, adölesanlar ve ebeveynlerine geçiş süreci hakkında detaylı bilgi verilmesi, mahremiyet ve onam süreçlerine dair açıklama yapılması gerekmektedir. Ayrıca, pediatrik ve yetişkin sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu politika hakkında bilgilendirilmesi de önemlidir. Geçiş politikası, 12-14 yaşları arasında oluşturulmalı hem adölesanlar hem de ebeveynleri için erişilebilir olmalı ve belirli aralıklarla birlikte gözden geçirilmelidir (24,25).

- **Geçişin İzlemi ve Takibi:** Adölesanların tıbbi bilgileri düzenli olarak kaydedilmeli, geçiş sürecine ilişkin hedefler belirlenmeli ve bu hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı takip edilmelidir. Bu izlem süreci, adölesanın geçişe hazır oluş

durumunun ve sağlık ihtiyaçlarının doğru bir şekilde değerlendirilebilmesini sağlar (24-26).

- **Geçiş Hazırlığı:** Adölesanların öz bakım ve öz yönetim becerilerini geliştirmeleri, sağlık hizmetlerinden etkin şekilde yararlanabilmeleri için 14-16 yaşları arasında düzenli olarak geçişe hazır olma düzeyleri değerlendirilmeli ve ihtiyaç duydukları beceriler doğrultusunda eğitim ve kaynaklar sağlanmalıdır. Bu aşama, adölesanların bağımsızlıklarını arttırmalarına yardımcı olur ve geçiş sürecine daha sağlıklı bir şekilde hazırlanmasını sağlar (24,26).

- **Geçişin Planlanması:** Bu aşamada, adölesanın özel ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, tıbbi özet, acil durum planı ve yasal belgeleri içeren kapsamlı bir bakım planı hazırlanmalıdır. Plan, düzenli aralıklarla gözden geçirilmeli ve güncellenmelidir. Ayrıca, adölesanın yetişkin bakıma geçişi için uygun bir zaman dilimi belirlenmeli, bu süreçte öz yönetim becerilerinin kazanılması sağlanmalıdır. Genç bireylere, yetişkin klinisyenleriyle iletişim kurma, sigorta bilgileri, öz bakım yönetimi ve toplum destek hizmetlerine erişim konusunda rehberlik yapılmalıdır (24,27-30).

- **Yetişkin Bakıma Geçiş:** Adölesanın tıbbi durumu, bir mektup aracılığıyla yetişkin bakım ekibine iletilmelidir. Geçiş sürecinin doğru yönetilmesi için adölesanın ilk yetişkin randevusu alınmalıdır. Bu süreçte adölesanın sağlık durumu stabil olduğunda, bakımı yetişkin kliniklerine devredilmelidir. Geçişin zamanlaması, sürecin başarısı açısından kritik bir faktördür (24,26).

- **Geçişin Tamamlanması:** Geçişin tamamlandığı bu aşamada, pediatrik bakım ekibi ile yetişkin bakım ekibi arasında tam bir koordinasyon sağlanmalıdır. Ebeveynlerin de sürece dahil olması, bakımın sürekliliği ve etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır. Bu iş birliği, adölesanın bakımının doğru şekilde yürütülmesini ve geçiş sürecinin sorunsuz bir şekilde tamamlanmasını sağlamaktadır (24,31,32).

### **Geçiş Bakımında Hemşirelik Yaklaşımları**

Geçiş bakım koordinatörü olarak hemşireler, adölesan ve genç yetişkinlerin yetişkin sağlık sistemine entegrasyon sürecinin planlanması ve yönetilmesinde önemli rolü olan sağlık profesyonelleridir (33,34). Bu rol yalnızca adölesan ile sınırlı kalmayıp; ebeveynleri ve multidisipliner ekip üyeleri ile iş birliği içinde

çalışmayı gerektiren geniş ve kapsamlı bir roldür. Hemşireler; süreci kolaylaştıran, ekipler arası koordinasyonu sağlayan, etkili iletişimi yürüten ve genç bireylerin sağlık haklarını savunan bir profesyonel olarak geçiş sürecinin bütüncül şekilde yönetilmesini sağlamalıdır (33). Aynı zamanda, geçiş sürecine dahil olan farklı kurumların (pediatrik ve yetişkin sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, eğitim kurumları, gönüllü kuruluşlar vb.) işlevlerini ve sınırlamalarını derinlemesine kavrayarak, geçiş sürecine dair uygulanabilir ve sürdürülebilir planlar geliştirmelidir (34).

Geçiş dönemi, adölesanlar için sağlıklarına ilişkin kişisel sorumluluk geliştirmeleri açısından önemli bir fırsat sunar. Bu süreç, uzman hemşireler, danışmanlar ve hekimlerle bire bir görüşmeler yoluyla çeşitli fiziksel, psikososyal ve eğitsel konuların ele alınması açısından da uygun bir zaman dilimidir. Bu görüşmeler hastalık bilgisi, dental bakım ve endokardit, cinsel sağlık, gebelik ve aile planlaması, psikososyal sorunlar, meslek seçimi, sportif faaliyetler, sigorta, seyahat, araç kullanımı sosyal destek gruplarını içermelidir. Böylece adölesanların hem fiziksel hem de psikososyal açıdan desteklenerek yetişkin sağlık

hizmetlerine güvenli bir şekilde geçmeleri sağlanacaktır. Bu süreçte aktif rol alması gereken hemşirelerin temel görev ve sorumlulukları şunlardır (19,33):

- Adölesanlar ve aileleri için geçiş süreci konusunda güvenilir bir bilgi kaynağı olmak,
- Akut ve toplum temelli sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, eğitim kurumları, gönüllü kuruluşlar ve diğer paydaşlarla iş birliği içerisinde çalışmak,
- Adölesanların sağlık haklarının savunucusu olmak,
- Adölesanların sağlık gereksinimlerinin uygun şekilde karşılanabilmesi adına yetişkin hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve bu ihtiyaçlara yönelik çözümler geliştirmek,
- Pediatrik sağlık hizmetlerinden yetişkin sağlık hizmetlerine geçişin sağlıklı ve kesintisiz bir şekilde gerçekleşmesini sağlamak,
- Sağlık hizmetlerinde var olan boşlukları tespit ederek ilgili mercilere (örneğin

hizmet planlayıcılar, yöneticiler) raporlamak (19,33).

## SONUÇ

Konjenital kalp hastalığı olan adölesan bireylerin pediatrik bakım hizmetlerinden yetişkin sağlık hizmetlerine geçişi, yalnızca bir hizmet değişimi değil; bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini etkileyen kritik bir süreçtir. Bu geçişin planlı, sistematik ve birey odaklı biçimde yürütülmesi; genç bireyin öz yeterlilik kazanması, sağlık hizmetlerini etkin kullanabilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu noktada hemşireler, eğitici, destekleyici, koordinatör ve savunucu kimlikleriyle geçiş bakımının her aşamasında aktif rol alarak sürece yön vermelidir.

Ayrıca etkili bir geçişin sağlanabilmesi için bazı temel stratejilerin hayata geçirilmesi gerekmektedir. Geçiş programlarının yapılandırılması, bu programların multidisipliner ekipler tarafından yürütülmesi ve hemşirelerin bu ekipler içinde liderlik rollerinin güçlendirilmesinin geçiş sürecinin niteliğini arttıracığı düşünülmektedir. Bu süreçte yalnızca adölesanın değil, ebeveynlerin de geçiş sürecine aktif olarak

katılımı sağlanmalı, genç bireyin bağımsızlığı desteklenirken aileyle iş birliği korunmalıdır. Ayrıca, geçiş bakımının kalitesini ve etkinliğini izleyebilmek için değerlendirme ve geri bildirim mekanizmalarının kurulması, uygulamaların kanıta dayalı veriler ışığında sürekli olarak güncellenmesi önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. National Heart, Lung and Blood Institute. Congenital heart defects [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 27]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/congenital-heart-defects>
2. American Heart Association. Congenital heart defects: Understand your risk [Internet]. [cited 2024 Aug 14]. Available from: <https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects/understand-your-risk-for-congenital-heart-defects>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Neonatal kritik doğumsal kalp hastalıkları tarama rehberi [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 27]. Available from: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Neonatal\\_Kritik\\_Dogumsal\\_Kalp\\_Hastalıkları\\_Tarama\\_Rehberi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Neonatal_Kritik_Dogumsal_Kalp_Hastalıkları_Tarama_Rehberi.pdf)
4. Blinder MA, Vekeman F, Sasane M, Trahey A, Paley C, Duh MS. Age-related treatment patterns in sickle cell disease patients and the associated sickle cell complications and healthcare costs. *Pediatr Blood Cancer*. 2013;60(5):828–35. doi:10.1002/pbc.24459
5. Heery EM, Sheehan AM, While AE, Coyne I. Experiences and outcomes of transition from pediatric to adult health care services for young people with congenital heart disease: A systematic review. *Congenit Heart Dis*. 2015;10(5):413–27. doi:10.1111/chd.12251
6. Mandalenakis Z, Giang KW, Eriksson P, Liden H, Synnergren M, Wählander H, et al. Survival in children with congenital heart disease: Have we reached a peak at 97%? *J Am Heart Assoc*. 2020;9(22):e017704. doi:10.1161/JAHA.120.017704
7. de Hosson M, Goossens PJJ, De Backer J, De Wolf D, Van Hecke A. Needs and experiences of adolescents with congenital heart disease and parents in the transitional process: A qualitative study. *J Pediatr Nurs*. 2021;61:90–5. doi:10.1016/j.pedn.2021.03.016
8. Blum RW, Garell D, Hodgman CH, Jorissen TW, Okinow NA, Orr DP, et al. Transition from child-centered to adult healthcare systems for adolescents with chronic conditions. *J Adolesc Health*. 1993;14:570–6. doi:10.1016/1054-139X(93)90143-D
9. Betz CL. Transition of adolescents with special health care needs: Review and analysis of the literature. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2004;27(3):179–241. doi:10.1080/01460860490497903
10. Wood DL, Sawicki GS, Miller MD, Smotherman C, Lukens-Bull K, Livingood WC, et al. The Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ): Its factor structure, reliability, and validity. *Acad Pediatr*. 2014;14(4):415–22. doi:10.1016/j.acap.2014.03.008
11. Reid GJ, Irvine MJ, McCrindle BW, Sananes R, Ritvo PG, Siu SC, et al. Prevalence and correlates of successful transfer from pediatric to adult health care among a cohort of young adults with complex congenital heart defects. *Pediatrics*. 2004;113(3):e197–e205. doi:10.1542/peds.113.3.e197
12. Moola FJ, Norman ME. Down the rabbit hole: Enhancing the transition process for youth with cystic fibrosis and congenital heart disease by re-imagining the future and time. *Child Care Health Dev*. 2011;37(6):841–51. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01317.x
13. Prior M, McManus M, White P, Davidson L. Measuring the triple aim in transition care: A systematic review. *Pediatrics*. 2014;134(6):1648–61. doi:10.1542/peds.2014-1704
14. Sawyer S, Drew S, Yeo M, Britto M. Adolescents with a chronic condition: Challenges living, challenges treating. *Lancet*. 2007;369(9564):1481–9. doi:10.1016/S0140-6736(07)60370-5
15. Goossens E, Stephani I, Hilderson D, Gewilling M, Budts W, Deyk K, et al. Transfer of adolescents with congenital heart disease from pediatric cardiology to adult health care. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57(23):2368–74. doi:10.1016/j.jacc.2010.11.068
16. Gaydos SS, Chowdhury SM, Judd RN, McHugh KE. A transition clinic intervention to improve follow-up rates in adolescents and young adults with congenital heart disease. *Cardiol Young*. 2020;30(5):633–40. doi:10.1017/S1047951120000682
17. Kızılar E. Diyabetli adölesanların pediatrik bakımdan yetişkin bakıma geçişte özyönetim becerileri ve geçişe hazır oluş durumlarının değerlendirilmesi [dissertation]. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2016.
18. Nieboer AP, Cramm JM, Sonneveld HM, Roebroek ME, van Staa A, Strating MMH. Reducing bottlenecks: Professionals' and adolescents' experiences with transitional care delivery. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:47. doi:10.1186/1472-6963-14-47
19. Hudsmith LE, Thorne SA. Transition of care from pediatric to adult services in cardiology. *Arch Dis Child*. 2007;92(10):927–30. doi:10.1136/adc.2006.103812.
20. Fernandes SM, Khairy P, Fishman L, Melvin P, O'Sullivan-Oliveira J, Sawicki GS, et al. Referral patterns and perceived barriers to adult congenital heart disease care. *J Am Coll Cardiol*. 2012;60(23):2411–8. doi:10.1016/j.jacc.2012.09.015
21. Kenney LB, Melvin P, Fishman LN, O'Sullivan-Oliveira J, Sawicki GS, Ziniel S, et al. Transition and transfer of childhood cancer survivors to adult care: A national survey of pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer*. 2016;64(2):346–52. doi:10.1002/pbc.26156
22. Gray WN, Maddux MH. Current transition practices in pediatric IBD: Findings from a national survey of pediatric providers. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22:372–9. doi:10.1097/MIB.0000000000000642
23. Moons P, Skogby S, Bratt EL, Zühlke L, Marelli A, Goossens E. Discontinuity of cardiac follow-up in young people with congenital heart disease transitioning to adulthood: A systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc*. 2021;10(6):e019552. doi:10.1161/JAHA.120.019552
24. Got Transition. Six core elements of health care transition [Internet]. [cited 2024 Aug 27]. Available from: <https://www.gottransition.org/six-core-elements/>
25. Castillo C, Kitsos E. Transitions from pediatric to adult care. *Glob Pediatr Health*. 2017 Dec 4;4:2333794X17744946. doi:10.1177/2333794X17744946.

26. Lotstein DS, Seid M, Klingensmith G, et al. Transition from pediatric to adult care for youth diagnosed with type 1 diabetes in adolescence. *Pediatrics*. 2013;131(4):1062-1070.
27. Disabato JA, Mannino JE, Betz CL. Pediatric nurses' role in health care transition planning: national survey findings and practice implications. *J Pediatr Nurs*. 2019 Nov-Dec;49:60-66. doi:10.1016/j.pedn.2019.08.003.
28. Benson N, Cunningham C, Braun L, Wallace J, Stewart K, Derouin A. Transitioning pediatric patients to adult health care: a quality improvement needs assessment. *J Pediatr Health Care*. 2018 May-Jun;32(3):216-222. doi:10.1016/j.pedhc.2017.09.014.
29. Huang JS, Gottschalk M, Pian M, Dillon L, Barajas D, Bartholomew LK. Transition to adult care: systematic assessment of adolescents with chronic illnesses and their medical teams. *J Pediatr*. 2011;159(6):994-998.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2011.05.038.
30. Calabrese S, Lee S, Mollica MA, Wiener L, Mendley S, Adams L, Blachman-Demner D. Navigating pediatric to adult healthcare transition: a National Institutes of Health workshop. *J Pediatr*. 2022 May;244:234-240.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2022.01.052.
31. Badour B, Bull A, Gupta AA, Mirza RM, Klinger CA. Parental involvement in the transition from pediatric to adult care for youth with chronic illness: a scoping review of the North American literature. *Int J Pediatr*. 2023 Nov 24;2023:9392040. doi:10.1155/2023/9392040.
32. Cooley WC, Sagerman PJ. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2011 Jul;128(1):182-200. doi:10.1542/peds.2011-0969.
33. Kelly D. Theory to reality: The role of the transition nurse coordinator. *Br J Nurs*. 2014;23(16):888-94. doi:10.12968/bjon.2014.23.16.888
34. Ercan İ, Kızıler E. Konjenital kalp hastalığı olan adölesanların yetişkin bakıma geçişinde yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;23(4):552-6. doi:10.17049/ataunihem.602405