



# HEMŞİRELİK **BİLİMİ** Dergisi

---

**Journal of  
NURSING **SCIENCE****





HEMŞİRELİK Bilimi  
Dergisi

Journal of  
NURSING SCIENCE



# Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

## Editör

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA

## Yayın Kurulu

Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Güleğün TÜRK	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Sakine BOYRAZ ÖZKAVAK	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Belgin YILDIRIM	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER	Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Filiz ADANA	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Nükhet BALLIEL	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Öznur KÖRÜKÇÜ	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Rahşan ÇAM	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Şengül CANGÜR	Biyostatik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı	Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Yıldız DENAT	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Elem KOCAÇAL GÜLER	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER	Yönetim Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

## Yayın Kurulu Sekreterleri

Arş. Gör. Dr. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU

## Yayın Yeri ve Adresi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, AYDIN, TÜRKİYE

Tel: +902562138866

e-posta: journalofnursingscience@gmail.com

## Mizanpaj Editörleri

Arş. Gör. Dr. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU



HEMŞİRELİK BİLİMİ  
Dergisi

Journal of  
NURSING SCIENCE



# Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

## İçindekiler/ Contents

18.07.2022

### Editörden Önsöz/ Editor's Foreword

*Prof. Dr. Güleğün TÜRK*

*Doç. Dr. Filiz ADANA*

### Araştırma Makaleleri/ Research Articles

Covid-19 Sürecinde Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Determination of Nurses' Quality of Work-life and Affecting Factors in The Covid 19 Process

54-62

*Dr. Öğr. Üyesi Gülден BASİT, Hemşire Şerife Nur KILINÇER*

Hastanede Yatan Kronik Hastalığı Olan Çocukların Bakım Kararlarına Katılma Durumları: Çocuklar ve Ebeveynlerin Görüşleri

Participation in the Care Decisions of Hospitalized Children with Chronic Disease: Views of Children and Parents

63-71

*Prof. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR, Doç. Dr. Seher SARIKAYA KARABUDAK, Arş. Gör. Dr. Pelin KARATAŞ, Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU*

Yetişkin Bireylerde Bağırsak Hastalıkları Sıklığının Belirlenmesi

Determination of Prevalence of Bowel Disorders in Adults

72-83

*Öğr. Gör. Kübra Sultan DENGİZ, Prof. Dr. Filiz HİSAR, Doç. Dr. Dilek CİNGİL, Öğr. Gör. Zeynep SAÇIKARA*

Examining the Level of Collaboration Among Nurses Working in Intensive Care Units

Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşireler Arasındaki İş Birliği Düzeyinin İncelenmesi

84-93

*Yüksek Lisans Öğr. Şenay YİĞİT AVCI, Doç. Dr. Dilek YILMAZ*

Investigation of The Usage of Traditional and Complementary Medicine by Patients With Diabetic Foot Wounds

Diyabetik Ayak Yarası Gelişen Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarını Kullanma Durumlarının İncelenmesi

94-100

*Yüksek Lisans Öğr. Demet GÜMÜŞ, Prof. Dr. Sakine BOYRAZ ÖZKAVAK*

### Derleme/ Review

Kronik Hastalıklarda Hayvan Destekli Terapi

Animal Assisted Therapy In Chronic Diseases

101-108

*Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL, Uzm. Beyza Nur ŞENGÜL*

Uzaktan Öğretim Sürecinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulamasını Değerlendirmede Bir Ölçüm Aracı Örneği: Hipotetik Vaka Analizi

An Example of A Measurement Tool in Evaluating The Practice of Psychiatric Mental Health Nursing Course in The Distance Education Process: Hypothetical Case Analysis

109-123

*Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ, Doç. Dr. Kerime BADEMLİ, Arş. Gör. Dr. Sultan TAŞ BORA, Arş. Gör. Yeliz KARAÇAR, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GÖKTAŞ*

Pediyatrik COVID-19 Enfeksiyonu ve Hemşirelik Yaklaşımı: Güncel Gelişmeler

Pediatric COVID-19 Infection and Nursing Approach: Current Developments

124-137

*Arş. Gör. Esra EKMEKÇİ, Hemşire Güzide ÖZDEN AKCAN, Arş. Gör. Didem KURAP ÖCEBE, Dr. Öğr. Üyesi Rabiye GÜNEY, Prof. Dr. Esra ŞEVKETOĞLU*



## Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

**Önsöz**

**18.07.2022**

Değerli Okuyucularımız;

Hemşirelik Bilimi Dergisi'nin 2022 yılı ikinci sayısını sizlere ulaştırmanın mutluluğunu yaşıyoruz. Dergimizin bu sayısında beş araştırma, üç derleme olmak üzere toplam 8 makale bulunmaktadır. Bu sayıdaki araştırma makalelerinde çocukların bakım kararlarına katılma durumu, Covid-19 sürecinde hemşirelerdeki iş yaşam kalitesi, yetişkinlerde bağırsak hastalıkları sıklığı, yoğun bakım hemşireleri arasındaki işbirliği ve diyabetik ayakta geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları konuları ele alınmıştır. Derleme makalelerde Pediatrik Covid-19'da hemşirelik, kronik hastalıklarda hayvan destekli terapi ve uzaktan öğretim sürecinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında oluşturulan bir hipotetik vaka analizine yer verilmiştir.

Bilimsel çalışmalarını bizlerle paylaşan ve hemşirelik literatürüne katkı sağlayan yazarlarımıza, dergimize gönderilen makaleleri dikkatle ve özenle değerlendiren hakem kurulu üyelerimize, bu zorlu süreçte yoğun çaba ve titizlikle çalışan dergi yayın kurulu sekreterlerimize çok teşekkür ediyoruz. Hemşirelik biliminin gelişimine katkı sağlayacak yeni çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle.

Saygı ve sevgilerimizle

Editör

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA





## Orijinal Araştırma

## Covid-19 Sürecinde Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

### Determination of Nurses' Quality of Work-life and Affecting Factors in The Covid 19 Process

Güliden BASİT <sup>\*,a</sup>, Şerife Nur KILINÇER <sup>b</sup><sup>a</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, KONYA, TÜRKİYE<sup>b</sup> Hemşire, Konya Şehir Hastanesi, KONYA, TÜRKİYE

## ÖZET

**Giriş:** Bu çalışmanın amacı Covid-19 hastalarına bakım veren hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, Haziran-Temmuz 2021 tarihleri arasında Konya ilinde bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır (n=190). Veriler, Sosyodemografik Bilgi Formu ve Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde, Kruskal Wallis test, tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t testi, Tek yönlü varyans analizi, Levene testi, Tukey testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin %57.9'u kadın ve %86.3'ü lisans mezunudur. Hemşirelerin ölçek toplam puan ortalamaları 107.61±12.65 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin iş yaşam kalitesini, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, mesleki deneyim, çalışılan birim ve haftalık çalışma saatini etkilediği belirlenmiştir.

**Sonuç:** Kadın hemşirelerin ölçek toplam puan, bekâr ve çocuk sahibi olmayanların iş ortamı; haftalık 46-50 saat çalışan hemşirelerin yönetici ile ilişki; yaşları 31-40 arasında olan, kadın ve lisansüstü mezunu olan hemşirelerin iş algısı; yaşları 31-40 arasında olan ve dâhili birimlerde çalışan hemşirelerin destek hizmetleri alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda, hemşirelere esnek vardiyada çalışabilme imkanının sunulması ve hemşirelerin sürekliliği olan, liyakata dayalı sistemlerle desteklenmesi önerilebilir.

**Anahtar sözcük:** Covid-19, Çalışma ortamı, Hemşire, İş yaşam kalitesi

## ABSTRACT

**Background:** The aim of this study is to determine the quality of work-life and affecting factors of nurses who care for Covid-19 patients.

**Methods:** The descriptive study was conducted with nurses working in a university hospital in Konya between June and July 2021 (n=190). The data were collected through face-to-face interviews with the Data Sheet and the Quality of Nursing Work Life Scale. In the analysis of the data, the Kruskal Wallis test, descriptive statistics, independent sample t-test, one-way analysis of variance, Levene test, and Tukey test were used.

**Results:** 57.9% of the nurses were women and 86.3% were undergraduates. The mean score of the scale was 107.61±12.65. It was determined that nurses' quality of work-life was affected by age, gender, marital status, having a child, education level, professional experience, unit of work, and weekly working hours.

**Conclusion:** Scale total score of female nurses, the work environment of single and non-children; the relationship of nurses working 46-50 hours a week with the manager; job perception of nurses aged between 31-40, women and graduate students; It was determined that the mean score of the support services sub-dimension of the nurses aged between 31-40 and working in the internal units was high. Suggestions were made in line with the results.

**Key words:** Covid-19, Nurse, Work environment, Work-life quality

★ Çalışma Ankara'da, 17-18 Mayıs 2022 tarihlerinde düzenlenen 2. Uluslararası 3. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

\*Sorumlu Yazar: Güliden BASİT

Adres: Yaka Mah. Beyşehir Cad. D Blok no:281 42090, Meram, Konya, TÜRKİYE

e-posta: [guldenbasit@gmail.com](mailto:guldenbasit@gmail.com)

Geliş tarihi:14.04.2022

Kabul tarihi:13.06.2022

## GİRİŞ

Covid-19 pandemisi, 2019 Aralık ayında Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkarak tüm dünyayı etkisi altına alan (Huang et al., 2020) bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Covid-19'da ateş, öksürük, nefes darlığı gibi solunum yolu belirtilerinin yanı sıra kas ağrısı, baş ağrısı, boğaz ağrısı, diyare, halsizlik-yorgunluk belirtileri de görülmektedir (Alimohamadi, Sepandi, Taghdir, & Hosamirudsari, 2020; She et al., 2020). Covid-19'un hızla yayılması hayatı tehdit etmeye başlamış; bireyleri bedensel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden etkilemiştir. Öte yandan vakaların artmasıyla orantılı olarak hastaneye yatarak tedavi görmesi gereken hasta sayısı da artmış (Sağlık Bakanlığı, 2022), bu da hemşirelerin iş yükünü artırarak iş yaşam kalitesini etkilemiştir.

İş yaşam kalitesi genel olarak, iş ortamındaki güçlü ve zayıf yönler olarak tarif edilmektedir (Lewis, Brazil, Krueger, Lohfeld, & Tjam, 2001). Aynı zamanda kişinin sadece beden olarak değil mental, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını da kapsayan (Şahin, Önal, Kılınç, & Sütü, 2014), objektif ve sübjektif boyutu olan bir kavramdır (Vinopal, 2012). İşin niteliği ve sözleşmenin türü, maaş, çalışanların yasal korunma düzeyi, çalışma saatleri ve esneklik, çalışma koşulları gibi hususlar objektif iş yaşam kalitesi unsurlarını oluşturmaktadır. Çalışma ortamındaki kişiler arası ilişkiler ve maaştan memnuniyet gibi unsurlar ise sübjektif iş yaşam kalitesi unsurları olarak nitelendirilmektedir (Vinopal, 2012). Almalki ve ark. (2012) hemşirelerin yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, çalışma saatleri, iş ve aile yaşamı arasında denge kuramama, personel sayısının azlığı, yetersiz maaş, yönetim ve denetim uygulamaları ve mesleki gelişim fırsatlarının olmaması gibi faktörlerin iş yaşam kalitesini etkilediğini saptamıştır (Almalki, FitzGerald, & Clark, 2012). Vagharseyyedin ve ark (2011)'nin hemşirelerin iş yaşam kalitesi ile ilgili çalışmasında, hemşirelerin kişisel duygu ve algıları, demografik özellikleri, iletişim tarzı, yönetsel iletişim ve kişilerarası ilişkilerin iş yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir. Aynı çalışmada özerklik, vardiyalı çalışma, iş yükü ve iş gerilimi gibi çeşitli faktörlerin iş yaşam kalitesinin öngörücüleri olduğu belirtilmiştir (Vagharseyyedin, Vanaki, & Mohammadi, 2011). Zamanian ve ark. (2014)'nin çalışmasında hastaların mortalite oranındaki artışın

hemşirelerin iş yükü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Zamanian, Nikeghbal, & Ebrahimi, 2016). Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda hemşirelerin iş yaşam kalitesini düşük ve orta düzeyde algıladıkları saptanmıştır (Akter, Akkadechanunt, Chontawan, & Klunklin, 2018; Almalki et al., 2012; Dehghan Nayeri, Salehi, & Ali Asadi Noghabi, 2011).

İş yaşam kalitesinin tam ve eksiksiz olması etkili çalışma ve başarı için önem taşır (Erat, Korkmaz, Çimen, & Yahyaoğlu, 2011). İş hayatı ve çalışma ortamının kalite düzeyi bireyi, birey de iş/çalışma hayatını etkilemektedir (Eytmiş, Yıldız, & Durmuş, 2020). Yaptığı işin kişi için nasıl bir anlam taşıdığı, birey ile iş ikilisinin altında yatan negatif ya da pozitif davranış ve duygular çalışan kişinin işe karşı aldığı doyumunu etkilemektedir (Sirin & Sokmen, 2015). Hemşireler gününün ortalama üçte birini iş ortamında çalışarak geçirdiği için bazı fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarının çalışma ortamında giderilmesini beklemektedirler (Alan & Yıldırım, 2016). Hemşireler COVID-19 pandemi sürecinde hastalarla en uzun süre zaman geçiren sağlık profesyonelleri olarak, hasta bireyin ve ailesinin ilk danıştığı kişi olup ekip içinde etkili iletişim kurmada kilit rol oynamaktadır. Pandemi döneminde yoğun stres ve zorluk altında çalışmak hemşireleri ruhsal olarak etkileyebilmekte ve bu durum hemşirelerin yaşam kalitelerine olumsuz yansiyabilmektedir (Öksüz & Malhan, 2005).

COVID-19 pandemi sürecinde hemşirelerde fazla mesai, çalışma saatlerinin yoğunluğu, ekipmanların yetersiz olması, sosyal hayatta düzensizlik, kendine zaman ayıramama gibi faktörler hemşirelerin iş yaşam kalitesi üzerinde olumsuzluklar meydana getirmektedir. Ayrıca çok sayıda hemşirenin bu süreçte uykusuzluk sorunu ile de karşı karşıya kaldığı bilinmektedir. Covid-19 ile verilen mücadeleye yönelik hizmetler yürütülürken diğer yandan rutin sağlık hizmetlerinin de sürdürülmesi, hemşirelere aşırı iş yükü oluşturmuştur (Ataç, Sezerol, Taşçı, & Hayran, 2020). Covid-19 pandemi sürecinde hemşirelerin iş yaşam kalitesinin düşük olması, hastalara verilen bakımı da etkileyerek iyileşme sürecinde olumsuzluğa neden olabilmektedir. Bu araştırma, Covid-19 hastalarına bakım veren hemşirelerin iş yaşam

kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### **Araştırma Soruları**

- 1) Hemşirelerin iş yaşam kalitesi düzeyleri nedir?
- 2) Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile iş yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

## **YÖNTEM**

### **Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

### **Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma Haziran-Temmuz 2021 tarihleri arasında Konya ilinde bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır.

### **Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Konya il merkezinde bulunan bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmanın örnek genişliği online hesaplama programı (A-priori Sample Size Calculator for Multiple Regression) kullanılarak belirlenmiştir (<https://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=1>). Hesaplama 0.15 etki büyüklüğü, 0.90 güç ve 0.05  $\alpha$  hata olasılık düzeyinde 12 değişken esas alınmış ve en az 157 kişiye ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır (Soper, 2022). Araştırmaya toplam 196 hemşire katılmış, ancak, verilerin analizi sırasında 6 adet anket formu aktif olarak hasta bakımına katılmayan (poliklinik ve ameliyathane) hemşirelerin cevaplarını içerdiği için veri setinden çıkarılmış, analiz 190 anket formu üzerinden yapılmıştır.

**Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri:** Hemşirelerin buldukları hastanedeki iş yaşam kalitelerini yeterli biçimde değerlendirebilmesi için en az 6 ay süreyle aynı hastanede çalışıyor olmaları öngörülmüş, bu doğrultuda verilerin toplandığı gün raporlu/izinli olmayan, çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden hemşirelerle araştırma gerçekleştirilmiştir.

**Katılımcıları Dışlama Kriterleri:** Hastanenin Ameliyathane ve Poliklinik bölümlerinde çalışan hemşireler,

aktif olarak hasta bakımına katılmadıkları için araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **Veri Toplama Araçları**

#### **Sosyodemografik Bilgi Formu**

Araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel ve mesleki özelliklere ait 12 sorudan oluşan formda; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan birim, çalışma süresi, bakılan hasta sayısı, çalıştığı pozisyon, haftalık çalışma saatlerini belirlemeye ve iş yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik sorular yer almaktadır.

#### **Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeği (HİYKÖ)**

Brooks (2001) tarafından hemşirelerin iş yaşam kalitesini ölçmek üzere geliştirilen (Brooks, 2001) “Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği” (HİYKÖ)’nin Türkiye’deki geçerliliği ve güvenilirliği Şirin (2011) tarafından yapılmıştır (Şirin, 2011). “Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği” (HİYKÖ)’nin Türkçe formu 5 alt boyuttan (iş/çalışma ortamı, yöneticilerle ilişkiler, iş koşulları, iş algısı ve destek hizmetler) ve 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 3., 10., 14. ve 18. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten düşük 35, en yüksek 175 puan alınabilmektedir. HİYKÖ’den alınan toplam puanın artması hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin yüksek olduğunu, azalması ise hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (Şirin 2011). Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği’ Türkçe formu 5’li likert tipinde (1=kesinlikle katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89 şeklindedir. Bu çalışma için ölçeğin cronbach alpha değeri 0,83 olarak hesaplanmıştır.

### **Veri Toplama Yöntemi**

Araştırmanın verileri Haziran-Temmuz 2021 tarihleri arasında, basılı anketler aracılığıyla, hemşirelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Hemşirelere, araştırma hakkında ön bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden yazılı onam alınmış ve veri toplama formları dağıtılmıştır. Katılımcıların formları doldurması en fazla 15 dakika sürmüştür.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri IBM SPSS Paket programı (26. Versiyon) kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normalliğini test etmek için Kruskall Wallis testi yapılmış ve verilerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, hemşirelerin HİYKÖ ölçek puanları ile sosyo demografik ve mesleki özelliklerinin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü ANOVA testleri kullanılmıştır. Varyansların homojenliği ise Levene testi ile test edilmiştir. Tek yönlü ANOVA testi sonucunda anlamlı fark çıkan grupların karşılaştırılmasında ise post hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel anlamlılığı  $p<0,05$ 'e göre yorumlanmıştır.

## Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve araştırma etik açıdan uygun bulunmuştur (Tarih:5.5.2021/Karar sayısı:32). Ayrıca araştırmanın gerçekleştirildiği kurumdan kurum izni, araştırmaya katılan hemşirelerden yazılı onamları ve veri toplama aracı olarak kullanılan ölçek için yazarlardan e mail yolu ile yazılı izin alınmıştır.

## BULGULAR

Hemşirelerin %57.9'u kadın, %62.6'sı 21-30 yaş aralığında ve %86.3'ü lisans mezunudur. Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları Tablo 1'de verilmiştir (Tablo 1). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ölçek toplam puan ortalamalarının  $107.61\pm12.65$  olduğu saptanmıştır. Ölçek alt boyutları puan ortalamalarının, iş ortamı için  $24.92\pm5.36$ , yönetici ile ilişki için  $16.15\pm3.28$ , iş koşulları için  $28.72\pm3.12$ , iş algısı için  $21.08\pm2.73$ , destek hizmetleri için  $13.49\pm2.17$  olduğu bulunmuştur.

**Tablo 1. HİYKÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=190)**

Ölçek	Ort±SS	Min-max	Alınabilecek min-max puan
İş ortamı	24.92±5.36	10-39	9-45
Yönetici ile ilişki	16.15±3.28	5-25	5-25
İş koşulları	28.72±3.12	13-37	10-50
İş algısı	21.08±2.73	11-27	6-30
Destek hizmetleri	13.49±2.17	6-20	4-20
Toplam	107.61±12.65	73-140	35-175

HİYKÖ: Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum

Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre HİYKÖ ölçeği toplam puan ve alt boyut ortalamalarının dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Hemşirelerin yaş grupları ile ölçeğin iş algısı ve destek hizmetler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). İleri analiz için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre iş algısı alt boyutunda yaşları 31-40 arasında olan hemşirelerin ( $21.41\pm2.82$ ), yaşları 41 ve üzeri olan hemşirelerden ( $18.75\pm3.20$ ); destek hizmetleri alt boyutunda ise yaşları 21-30 ve 31-40 arasında olan hemşirelerin puan ortalamalarının, 41 ve üzeri yaşta olan hemşirelerden yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin cinsiyetleri ile ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında kadınların iş koşulları ve iş algısı alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının, erkeklerden yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin medeni durumu ile ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında bekâr olanların iş ortamı alt boyutu puan ortalamalarının evli olanlardan yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumları ile ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında çocuk sahibi olmayanların iş ortamı alt boyutu puan ortalamalarının çocuk sahibi olanlardan yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin eğitim düzeyi ile ölçeğin iş algısı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). İleri analiz için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre iş algısı alt boyutunda lisansüstü mezunu hemşirelerin puan ortalamalarının, lisans mezunu hemşirelerden yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile ölçeğin iş koşulları alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). İleri analiz için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre mesleki deneyimi 1-5 yıl olan hemşirelerin puan ortalamalarının, mesleki deneyimi 6-10 yıl olan hemşirelerden yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 2). Hemşirelerin çalıştıkları birim ile ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, destek hizmetler alt boyutunda dâhili birimlerde çalışan hemşirelerin puan



**Tablo 2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre HİYKÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımı (n=190)**

Özellikler	n	%	İş yaşam kalitesi ölçeği						
			İş ortamı	Yönetici ile ilişki	İş koşulları	İş algısı	Destek hizmetleri	Toplam	
Yaş grupları	21-30	119	62.6	25.29±5.26	15.92±3.64	29.02±3.31	21.06±2.59	13.58±2.15	107,97±12,63
	31-40	63	33.2	24.29±5.46	16.68±2.42	28.13±2.77	21.41±2.82	13.60±1.95	107,63±12,66
	41 ve üzeri	8	4.2	24.25±6.27	15.25±3.20	29.00±2.33	18.75±3.20	11.38±3.25	102,13±13,20
	Test ve p değeri			F=0.791 p=0.455	F=1.422 p=0.244	F=1.721 p=0.182	F=3.486 p=0.033	F=4.121 p=0.018	F=0.798 p=0.452
Cinsiyet	Kadın	110	57.9	25.20±5.60	16.32±3.40	29.28±2.58	21.68±2.73	13.56±2.28	109,37±13,10
	Erkek	80	42.1	24.53±5.01	15.91±3.11	27.95±3.62	20.25±2.51	13.40±2.01	105,19±11,65
	Test ve p değeri			t=0.856 p=0.393	t=0.842 p=0.401	t=2.964 p=0.003	t=3.693 p=0.000	t=0.512 p=0.609	t=2.276 p=0.024
Medeni durum	Evlü	109	57.4	24.17±5.24	16.12±3.24	28.41±2.95	21.37±2.57	13.48±2.13	106,87±12,04
	Bekâr	81	42.6	25.93±5.39	16.19±3.35	29.14±3.30	20.69±2.89	13.52±2.31	108,60±13,44
	Test ve p değeri			t=-2.263 p=0.025	t=-0.137 p=0.891	t=-1.586 p=0.114	t=1.698 p=0.091	t=-0.130 p=0.897	t=-0.934 p=0.352
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	108	56.8	25.72±5.40	16.23±3.25	29.05±3.24	20.91±2.85	13.44±2.14	108,52±13,03
	Var	82	43.2	23.85±5.18	16.04±3.23	28.29±2.92	21.30±2.55	13.57±2.22	106,41±12,10
	Test ve p değeri			t=2.409 p=0.017	t=0.405 p=0.686	t=-1.656 p=0.099	t=-0.996 p=0.321	t=-0.433 p=0.665	t=1.136 p=0.257
Eğitim düzeyi	Lise/önlisans	12	6.3	27.33±5.30	15.75±4.27	28.33±5.90	20.42±4.34	13.08±2.11	108,42±19,17
	Lisans	164	86.3	24.62±5.40	16.00±3.16	28.71±2.94	20.95±2.53	13.46±2.17	106,92±12,04
	Lisansüstü	14	7.4	26.36±4.48	18.14±3.25	29.14±1.92	23.14±2.60	14.29±2.13	115,00±11,54
	Test ve p değeri			F=2.003 p=0.138	F=2.893 p=0.058	F=0.219 p=0.803	F=4.728 p=0.010	F=1.173 p=0.312	F=2.705 p=0.070
Mesleki deneyim	1-5 yıl	92	48.4	25.90±4.97	16.16±3.38	29.47±2.87	21.16±2.53	13.61±2.09	109,37±11,34
	6-10 yıl	62	32.6	23.94±5.19	15.76±3.42	27.76±3.51	21.19±2.67	13.47±2.09	105,45±13,33
	11-15 yıl	25	13.2	24.44±6.44	17.16±2.70	28.40±2.69	20.84±3.34	13.84±1.91	108,20±14,73
	16 ve üzeri	11	5.8	23.27±6.03	15.91±2.51	28.64±2.29	20.27±3.32	11.91±3.30	103,73±13,25
	Test ve p değeri			F=2.178 p=0.092	F=1.109 p=0.347	F=3.995 p=0.009	F=0.447 p=0.720	F=2.305 p=0.078	F=1.573 p=0.197
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	14	7.4	25.64±5.50	16.43±4.01	28.21±3.26	21.71±2.55	13.21±2.97	108,57±11,80
	Vardiyalı	176	92.6	24.86±5.37	16.12±3.22	28.76±3.11	21.03±2.74	13.52±2.10	107,53±12,74
	Test ve p değeri			t=0.526 p=0.599	t=0.333 p=0.740	t=-0.630 p=0.529	t=0.906 p=0.366	t=-0.502 p=0.617	t=0.295 p=0.769
Çalışılan birim	Dâhili birimler	125	65.8	24.98±5.89	16.28±3.39	28.97±2.89	21.10±2.81	13.86±2.14	108,41±13,18
	Cerrahi birimler	65	34.2	24.78±4.19	15.89±3.07	28.25±3.50	21.03±2.57	12.80±2.07	106,08±11,49
	Test ve p değeri			t=0.243 p=0.809	t=0.773 p=0.441	t=1.518 p=0.131	t=0.175 p=0.861	t=3.263 p=0.001	t=1.206 p=0.229
Haftalık çalışma saati	40-45 saat	140	73.7	25.15±5.25	15.84±3.42	28.81±3.14	21.05±2.80	13.34±2.13	107,44±12,73
	46-50 saat	31	16.3	24.13±5.93	17.55±2.68	29.10±2.69	21.06±2.68	14.06±2.05	109,19±12,14
	51 ve üzeri	19	10.0	24.47±5.36	16.16±2.54	27.42±3.45	21.32±2.31	13.68±2.54	106,26±13,30
	Test ve p değeri			F=0.529 p=0.590	F=3.560 p=0.030	F=1.956 p=0.144	F=0.079 p=0.924	F=1.493 p=0.227	F=0.360 p=0.698
Bakım verilen hasta sayısı	1-5 hasta	59	31.1	24.08±4.50	15.54±2.82	28.10±3.54	20.98±2.58	13.02±2.18	105,02±11,73
	6-10 hasta	30	15.8	24.30±5.93	16.73±3.82	29.47±3.01	21.63±2.89	14.10±1.95	109,43±12,16
	11 ve üzeri	101	53.2	25.58±5.61	16.33±3.33	28.86±2.84	20.97±2.76	13.59±2.19	108,58±13,19
	Test ve p değeri			F=1.703 p=0.185	F=1.647 p=0.195	F=2.147 p=0.120	F=0.735 p=0.481	F=2.755 p=0.066	F=1.868 p=0.157

F=One way ANOVA, t= Bağımsız örneklem t testi

ortalamlarının cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerden yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile ölçeğin yönetici ile ilişkiler alt boyutu puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). İleri analiz için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre yönetici ile ilişki alt boyutunda haftalık çalışma saati 46-50 saat olan

hemşirelerin puan ortalamalarının, haftalık 40-45 saat çalışan hemşirelerden yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 2).

**Tablo 3. Hemşirelerin “İş Yaşam Kalitesini En Çok Etkilediğini Düşündüğünüz Faktör Nedir” Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı**

İş yaşam kalitesini etkileyen faktörler	n	%
İş yükünün fazla olması	60	31.58
Hemşire sayısının yetersizliği	36	18.95
Çalışma şekli	11	5.79
Bireysel faktörler	17	8.95
Maaş	20	10.53
İletişim	12	6.31
Yönetim	16	8.42
Diğer (hasta ve hasta yakınları ile ilgili faktörler, malzeme azlığı, rol belirsizliği, bulaşıcı hastalık riski)	18	9.47

Hemşirelerin çalışma şekli ve bakım verdikleri hasta sayısı ile ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Hemşirelerin iş yaşam kalitesini en çok etkilediğini düşündükleri faktörler sırasıyla iş yükünün fazla olması (% 31.58), hemşire sayısının yetersizliği (% 18.95) ve maaş (%10.53) şeklinde olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Bu araştırmada hemşirelerin Covid-19 dönemindeki iş yaşam kalitelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Kullanılan ölçekten elde edilebilecek en düşük puanın 35, en yüksek puanın ise 175 olduğu göz önünde bulundurulduğunda hemşirelerin iş yaşamı kalitesi düzeylerin çok yüksek olmamakla birlikte, ortalamanın üzerinde ( $107.61\pm 12.65$ ) olduğu saptanmıştır. Nikeghbal ve ark.(2021) tarafından Covid 19 döneminde yapılan çalışmada, bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde, Covid 19 hastalarına bakım veren hemşirelerin iş yaşam kalitesi puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Nikeghbal, Kouhnavard, Shabani, & Zamanian, 2021). Maqsood ve ark. (2021) tarafından, Covid 19 pandemisinde yoğun bakım ve acil serviste çalışan sağlık personelleri ile yapılan çalışmada ise sağlık profesyonellerinin iş yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur (Maqsood et al., 2021). Farhadi ve ark. (2021)'nın çalışmasında da, Covid 19 servislerinde çalışan hemşirelerin üçte ikisinin iş yaşam kalitesinin düşük bulunduğu belirtilmiştir (Farhadi,

Bagherzadeh, Moradi, Nemati, & Sadeghmoghadam, 2021). Literatürde hemşirelerin iş yaşam kalitesinin yüksek/iyi (Biresaw, Boru, & Yimer, 2020) ve düşük (Bragard et al., 2015) olarak saptandığı çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada iş yaşam kalitesinin ortalamanın üzerinde bulunması, ülkemizde hemşirelerin pandemi öncesinde de fazla iş yükü, yetersiz eleman ve artan hasta sayısı gibi zorlu koşullarda çalışıyor olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada yaşları 31-40 arasında olan hemşirelerin iş algısı alt boyutunda aldıkları puan ortalamaları; yaşları 41 ve üzeri olan hemşirelerden; yaşları 21-30 ile 31-40 arasında olan hemşirelerin destek hizmetleri alt boyutunda aldıkları puan ortalamaları ise yaşlar 41 ve üzeri olan hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, Kaddourah ve ark. (2018) çalışması ile paralellik göstermektedir (Kaddourah, Abu-Shaheen, & Al-Tannir, 2018). Bu sonuçlar, genç hemşirelerin idealist yaklaşımları ile ilişkilendirilebilir. Nitekim Pool ve ark (2013) çalışmasında genç hemşirelerin işle ilgili çeşitli gelişimsel aktivitelere yönelmeye eğilimli oldukları belirtilmiştir (Pool, Poell, & ten Cate, 2013). Ayrıca yaş ilerledikçe hemşirelerin, terfi, çalışma şekli ve ücret gibi konularda beklentilerinin değişmesi ve bu beklentilerin yönetici ya da kurum tarafından karşılanmaması da bu sonuca yol açmış olabilir.

Araştırmaya katılan kadın hemşirelerin, iş koşulları ve iş algısı ile toplam puan ortalamalarının erkek hemşirelerden yüksek olduğu saptanmıştır. Maqsood ve ark. (2021), Kaddourah ve ark. (2018) ile Güçlü ve Kurşun'un (2018) çalışmasında ise erkeklerin iş yaşam kalitesi puanlarının kadınlardan yüksek olduğu bulunmuştur (Güçlü & Kurşun, 2018; Kaddourah et al., 2018; Maqsood et al., 2021). Kowitlawkul ve ark (2019) çalışmasında ise cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında bir farklılık saptanmamıştır (Kowitlawkul et al., 2019). Bu sonuç, kadın hemşirelerin geleneksel olarak ev, aile ve çocuk bakımı gibi sorumlulukları nedeniyle, sosyal ve mesleki yaşamı dengede tutabilme çabasının, kadın hemşireleri motive ettiği ve iş algılarını olumlu etkilediği söylenebilir.

Bekâr ve çocuk sahibi olmayan hemşirelerin iş ortamı alt boyut ortalamalarının diğerlerinden yüksek olduğu saptanmıştır. Güçlü ve Kurşun'un (2018) çalışmasında bekâr hemşirelerin iş yaşam kalitesinin düşük olduğu, çocuk sahibi



olma durumu ile iş yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Güçlü & Kurşun, 2018). Nikeghbal 'ın çalışmasında (Nikeghbal et al., 2021) evli olanların yaşam kalitesi yüksek olarak saptanırken, Alan ve Yıldırım'ın (2015) çalışmasında (Alan & Yıldırım, 2016) ise medeni durum ile iş yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızdaki bu sonuç, bekâr ve çocuk sahibi olmayan hemşirelerin, ev ortamındaki sorumluluğunun evlilere göre daha az olması; evli hemşirelerin iş ortamındayken bile aile üyeleri ile ilgili konuları planlaması zorunluluğunun olması ve sürekli olarak iş ile aile yaşamı arasında dengeyi sağlama çabası ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda lisansüstü mezunu olan hemşirelerin iş algısı puan ortalamalarının lisans mezunu hemşirelerden yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın aksine, Güçlü ve Kurşun'un çalışmasında sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin iş yaşam kalitesi diğer hemşirelerden yüksek bulunmuştur (Güçlü & Kurşun, 2018). Bu çalışmadaki lisansüstü mezunu hemşirelerin iş algısının yüksek çıkması, hemşirelik mesleğini algılamada eğitimin etkisini göstermek açısından olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

Bir-beş yıl arası çalışma deneyimine sahip hemşirelerin iş koşulları puan ortalamaları, mesleki deneyimi 6-10 yıl olanlardan yüksek bulunmuştur. Erenoğlu ve ark (2019)'un çalışma sonuçları da bu bulgu ile paralellik göstermektedir (Erenoğlu, Tambağ, Rana, & Kabakoğlu, 2019). Kaddourah ve ark. (2018) çalışmasında (Kaddourah et al., 2018) 5 yıldan az süredir çalışanların, daha düşük iş yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğu saptanırken, Nayeri, (2011), Wallapa Boonrod, (2009) ve Şen ve ark (2017) 'nın çalışmalarında mesleki deneyim süresi ile iş yaşam kalitesi arasında farklılık saptanmamıştır (Dehghan Nayeri et al., 2011; Şen, Saka, & Evreüz, 2017; Wallapa Boonrod, 2009). Literatürdeki bu sonuçlardan hareketle, çalışma deneyiminin iş yaşam kalitesini farklı şekillerde etkilediği söylenebilir.

Dâhili birimlerde çalışan hemşirelerin destek hizmetleri alt boyutundaki puan ortalamaları cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Erenoğlu ve ark (2019)'un çalışmasında (Erenoğlu et al., 2019), cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin destek hizmetleri alt boyutundaki puan

ortalamalarının düşük olduğu; Güçlü ve Kurşun'un (2018) çalışmasında ise cerrahi yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Güçlü & Kurşun, 2018). Covid-19 pandemisinde acil olmayan cerrahi girişimlerin yapılmadığı/ileri tarihlere ertelendiği ve dâhili birimlerde yatan hasta sayısının cerrahi birimlerden daha çok olduğu bilinmektedir. Dâhili birimlerde çalışan hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısının fazlalığı nedeniyle, hastanenin dâhili birimlere malzeme temininde öncelik vermesi, gerektiğinde ekstra eleman görevlendirmesi gibi destekler sağlıyor olmasından kaynaklanmış olabilir.

Haftalık 46-50 saat çalışan hemşirelerin yönetici ile ilişki alt boyutundaki puan ortalamaları, haftalık 40-45 saat ve 51 saat ve üzerinde çalışan hemşirelerden yüksek olduğu saptanmıştır. Tamer ve Öztürk'ün (2021) çalışmasında (Tamer & Öztürk, 2018) haftalık çalışma saati 46 saat ve üzerinde olan hemşirelerin iş koşulları alt boyutundaki puan ortalaması, 40-45 saat çalışan hemşirelerden düşük olarak saptanmıştır.

#### ***Araştırmanın Sınırlılıkları***

Çalışmanın en önemli sınırlılığı, verilerin Covid-19 pandemi sürecinde toplanmış olmasıdır. Pandemi süreci araştırmacıların bulaş/temas riski, hemşirelerin iş yoğunluğunun fazla olması gibi durumlara neden olmuştur. Ayrıca, araştırmanın tek merkezde gerçekleştirilmiş olması, çalışma süresi altı aydan az olan ve hastanenin ameliyathane ve poliklinik birimlerinde çalışan hemşirelerin araştırmaya dahil edilmemiş olması bu çalışma için bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

#### **SONUÇ**

Bu çalışmada; hemşirelerin iş yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamalarının 107.61 ( $\pm 12.65$ ) olduğu saptanmıştır. Ölçeğin iş ortamı alt boyutunda, bekâr ve çocuk sahibi olmayanların, yönetici ile ilişki alt boyutunda haftalık 46-50 saat çalışan hemşirelerin, iş koşulları alt boyutunda bir-beş yıl arası çalışma deneyimi olan, kadın hemşirelerin puan ortalamalarının yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin iş ortamı ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, evli ve çocuk sahibi olma durumlarına göre esnek vardiyada çalışabilme gibi imkânların sağlanması, yönetici hemşireler ve kurum yöneticileri

tarafından, ödül ve terfi gibi sürekliliği olan ve liyakata dayalı olarak işletilen sistemler aracılığıyla desteklenmesi, çalışmanın başka örneklerde tekrarlanması önerilmektedir.

### Teşekkür

Çalışmaya katılan hemşirelere teşekkür ederiz.

### KAYNAKLAR

- Akter, N., Akkadechanunt, T., Chontawan, R., & Klunklin, A. (2018). Factors predicting quality of work life among nurses in tertiary-level hospitals, Bangladesh. *International nursing review*, 65(2), 182-189.
- Alan, H., & Yıldırım, A. (2016). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 86-98.
- Alimohamadi, Y., Sepandi, M., Taghdir, M., & Hosamirudsari, H. (2020). Determine the most common clinical symptoms in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 61(3), E304.
- Almalki, M. J., FitzGerald, G., & Clark, M. (2012). Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Human resources for health*, 10(1), 1-13.
- Ataç, Ö., Sezerol, M. A., Taşçı, Y., & Hayran, O. (2020). COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyete belirtileri ve uykusuzluk. *Turkish Journal of Public Health*, 18(COVID-19 Special), 47-57.
- Biresaw, H., Boru, B., & Yimer, B. (2020). Quality of nursing work life and associated factors in Amhara Region Referral Hospitals, Northwest Ethiopia: A cross sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13, 100214.
- Bragard, I., Fleet, R., Etienne, A.-M., Archambault, P., Légaré, F., Chauny, J.-M., . . . Dupuis, G. (2015). Quality of work life of rural emergency department nurses and physicians: a pilot study. *BMC research notes*, 8(1), 1-9.
- Brooks, B. A. (2001). Development of an instrument to measure quality of nurses' worklife: University of Illinois at Chicago, Health Sciences Center.
- Dehghan Nayeri, N., Salehi, T., & Ali Asadi Noghabi, A. (2011). Quality of work life and productivity among Iranian nurses. *Contemporary nurse*, 39(1), 106-118.
- Erat, Ş., Korkmaz, M., Çimen, V., & Yahyaoglu, G. (2011). Hemşirelerin iş yaşam kalitesinin motivasyona etkisi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(1), 48-76.
- Erenoğlu, R., Tambağ, H., Rana, C., & Kabakoğlu, H. (2019). Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 181-187.
- Eyitmiş, A. M., Yıldız, C., & Durmuş, A. (2020). Öz yeterlilik ve çalışma yaşam kalitesinin motivasyon üzerine etkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 103-114.
- Farhadi, A., Bagherzadeh, R., Moradi, A., Nemati, R., & Sadeghmoghadam, L. (2021). The relationship between professional self-concept and work-related quality of life of nurses working in the wards of patients with COVID-19. *BMC nursing*, 20(1), 1-8.
- Güçlü, A., & Kurşun, Ş. (2018). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 187-197.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., . . . Gu, X. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*, 395(10223), 497-506.
- Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A. K., & Al-Tannir, M. (2018). Quality of nursing work life and turnover intention among nurses of tertiary care hospitals in Riyadh: a cross-sectional survey. *BMC nursing*, 17(1), 1-7.
- Kowitlawkul, Y., Yap, S., Makabe, S., Chan, S., Takagai, J., Tam, W., & Nurumal, M. (2019). Investigating nurses' quality of life and work-life balance statuses in Singapore. *International nursing review*, 66(1), 61-69.
- Lewis, D., Brazil, K., Krueger, P., Lohfeld, L., & Tjam, E. (2001). Extrinsic and intrinsic determinants of quality of work life. *Leadership in Health Services*.
- Maqsood, M. B., Islam, M. A., Naqvi, A. A., Al Qarni, A., Al-Karaneh, A. F., Iffat, W., . . . Alghamdi, S. (2021). Assessment of quality of work life (QWL) among healthcare staff of intensive care unit (ICU) and emergency unit during COVID-19 outbreak using WHOQoL-BREF. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 29(11), 1348-1354.
- Nikeghbal, K., Kouhnavard, B., Shabani, A., & Zamanian, Z. (2021). Covid-19 effects on the mental workload and quality of work life in Iranian nurses. *Annals of Global Health*, 87(1).
- Öksüz, E., & Malhan, S. (2005). Sağlıkla bağlı yaşam kalitesi kalitemetri: Başkent Üniversitesi.
- Pool, I., Poell, R., & ten Cate, O. (2013). Nurses' and managers' perceptions of continuing professional development for older and younger nurses: A focus group study. *International journal of nursing studies*, 50(1), 34-43.
- Sağlık Bakanlığı. (2022). Genel Koronavirüs tablosu. Retrieved from <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>
- She, J., Jiang, J., Ye, L., Hu, L., Bai, C., & Song, Y. (2020). 2019 novel coronavirus of pneumonia in Wuhan, China: emerging attack and management strategies. *Clinical and translational medicine*, 9(1), 1-7.
- Sirin, M., & Sokmen, S. M. (2015). Quality of nursing work life scale: the psychometric evaluation of the Turkish version. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3).
- Soper, D. S. (2022). A-priori Sample Size Calculator for Multiple Regression [Software]. <https://www.danielsoper.com/statcalc>
- Şahin, D. S., Önal, Ö., Kılınç, A. S., & Sütlü, S. P. (2014). Acil ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Paper presented at the Halk Sağlık Kongresi.
- Şen, M., Saka, G., & Evreüz, Y. (2017). Dicle Üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerde iş yaşamı kalitesi ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(1), 131-144.
- Şirin, M. (2011). Hemşirelik iş yaşamı kalitesi ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Tamer, E., & Öztürk, H. (2018). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(2), 107-119.
- Vagharseyyedin, S. A., Vanaki, Z., & Mohammadi, E. (2011). The nature nursing quality of work life: an integrative review of literature. *Western Journal of Nursing Research*, 33(6), 786-804.

32. Vinopal, J. (2012). The discussion of subjective quality of working life indicators. *Sociológia-Slovak Sociological Review*, 44(3), 385-401.
33. Wallapa Boonrod, R. (2009). Quality of working life: perceptions of professional nurses at Phramongkutklao Hospital. *J Med Assoc Thai*, 92(1), S7-15.
34. Zamanian, Z., Nikeghbal, K., & Ebrahimi, H. (2016). A Survey on the Relationship between Dentists' Workplace conditions and Their Quality of Life in 2014. *Tolooebehdasht*, 14(6), 24-32.



# Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1111404>

## Orijinal Araştırma

# Hastanede Yatan Kronik Hastalığı Olan Çocukların Bakım Kararlarına Katılma Durumları: Çocuklar ve Ebeveynlerin Görüşleri

## Participation in the Care Decisions of Hospitalized Children with Chronic Disease: Views of Children and Parents

Hüsniye ÇALIŞIR<sup>a</sup>, Seher SARIKAYA KARABUDAK<sup>b</sup>, Pelin KARATAŞ<sup>c</sup>, Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU<sup>\*d</sup>

<sup>a</sup> Prof. Dr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

<sup>b</sup> Doç. Dr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

<sup>c</sup> Arş. Gör. Dr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

<sup>d</sup> Arş. Gör. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma kronik hastalığı nedeniyle hastanede yatan 9-18 yaş grubu çocukların; sosyal yaşamda ve hastanede (tanı, tedavi ve bakım uygulamaları sırasında) bilgilendirilme, görüşlerini ifade etme ve kararlara katılma durumlarına ilişkin çocukların deneyimleri, ebeveynlerinin bilgi ve tutumlarını ortaya koymak amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma Temmuz 2015-Haziran 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin pediatri servislerinde yapıldı. Çalışmaya hastanede yatan 9-18 yaş arası 139 çocuk ve onlara bakım veren 139 ebeveyn katıldı. Veriler, Çocuk Bilgi Formu, Ebeveyn Bilgi Formu ve Çocuk Haklarına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği (ÇHETÖ) kullanılarak toplandı.

**Bulgular:** Bu çalışmaya katılan çocukların ifadesine göre büyük çoğunluğunun sosyal yaşamda ebeveyni veya öğretmeni tarafından, hastanede ebeveyni veya sağlık personeli tarafından bilgilendirildiği, görüşünün alındığı ve kararlara katılmasının sağlandığı saptandı. Çocuk Haklarına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği ortanca puanı 297 (min-max, 286-306) olarak bulundu. Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğunun kronik hastalığı nedeniyle hastanede yatan çocuğu hastalık, tedavi ve bakım uygulamaları konusunda bilgilendirdiği saptandı.

**Sonuç:** Bu araştırmaya katılan çocuklar, sosyal hayatlarında ve hastanede bilgilendirilmekte ve çocukların kendileri ile ilgili konularda görüşü alınmaktadır. Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuk haklarına yönelik tutumları olumludur. Araştırmaya katılan ebeveynler, çocuğa hastalık, tedavi ve bakımı konusunda yeterli bilgilendirme yapmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, kronik hastalık, hasta hakları, karar verme.

### ABSTRACT

**Purpose:** This study was carried out to reveal the experiences of the children aged 9-18, who were hospitalized due to chronic diseases, in the social life and in the hospital (during diagnosis, treatment and care practices), to express their opinions and to participate in decisions, and to reveal the knowledge and attitudes of their parents.

**Materials and Methods:** This descriptive study was conducted in the pediatric wards of a university hospital between July 2015 and June 2017. A total of 139 hospitalized children between the ages of 9-18 and 139 caregivers participated in the study. Data were collected using the Child Information Form, the Parent Information Form and the Parental Attitude Scale towards Child Rights (ÇHETÖ).

**Results:** According to the statements of the children participating in this study, it was determined that the majority of them were informed by their parents or teachers in social life, by their parents or health personnel in the hospital, their opinions were taken and they participated in the decisions. The median score of the Parental Attitude Scale towards Child Rights was found to be 297 (min-max, 286-306). It was determined that the majority of the parents participating in the study informed the hospitalized child due to chronic illness about the disease, treatment and care practices.

**Conclusion:** Children participating in this research are informed about their social lives and in the hospital, and their opinions are sought on issues related to them. The attitudes of the parents participating in this study towards children's rights are positive. Parents participating in the research provide adequate information about the child's illness, treatment and care.

**Keywords:** Child, chronic disease, patient rights, decision making.

\* Bu çalışma 02.12.2017 tarihinde Antalya'da düzenlenen 6. Ulusal 1. Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

\*Sorumlu Yazar: Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, TÜRKİYE

e-posta: biircan5@gmail.com

Geliş tarihi:30.04.2022

Kabul tarihi:20.06.2022

## GİRİŞ

Tüm toplumlarda olumsuz koşullardan ilk etkilenen grup çoğunlukla çocuklardır. Çocukları bu olumsuz etkilerden korumaya yönelik en önemli gelişme insan hakları beyannamesinden sonra çocuk haklarının da tanımlanmasıdır. Bu haklar; çocuğun bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal ve ahlaki yönden özgürlük ve saygınlık içinde sağlıklı biçimde gelişebilmesi için konulan hukuk kurallarıdır. Bu kurallar, çocukların en iyi şekilde büyüyüp gelişmesi, şiddet ve yokluktan uzak, sağlıklı bir şekilde gelişmelerini sürdürebildikleri bir çocukluk dönemi sağlanmasını garanti eder (Göksular, 2019). Bu nedenle çocukların ve yasal temsilcilerinin bu hakları bilmesi ve haklara uygun davranması sağlıklı nesillerin oluşmasında önemlidir.

Çocuklar devredilemez insan haklarına sahiptir (Bisogni ve ark, 2015). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin dört temel ilkesinden birisi çocuğun katılım hakkı ve çocuğun görüşlerine saygı gösterilmesini içerir. Bu da en geniş ifadeyle; belirli bir görüş oluşturma yeteneğine sahip her çocuğun, kendini ilgilendiren bütün konularda görüşlerini serbestçe ifade edebilmesi, bu görüşlere yaşı ve olgunluk derecesi göz önüne alınarak gereken önemin verilmesi, ayrıca çocuğun tüm düzeylerde karar alma süreçlerine dahil edilmesi ve fikirlerini ifade etmesinin teşvik edilmesi anlamını taşımaktadır (Karakaş ve Çevik, 2016; Kurt, 2016). Bu bağlamda her ortam ve koşulda çocukların dinlenmesi ve kendilerini etkileyen kararlara dahil edilmesi önemlidir (Kennan ve ark, 2018; Malone ve ark, 2019). Başta aile olmak üzere çocukların, yaşadığı her ortamda, gelişim düzeylerine uygun olarak duygu ve düşüncelerini dinleme, soru sormaya ya da tercihlerini ifade etmeye teşvik etme, görüşlerini dikkate alma ve kararlara katılmasını destekleme önemlidir (Coyne, 2008; Correia, Camilo, Aguiar ve Amarob, 2019; Quay, Coyne, Söderbäck ve Hallström, 2019). Aile, okul ve sosyal ortamda dinlenen, bilgilendirilen, görüşleri alınan ve karara katılması desteklenen çocuk bu durumu benimser ve girdiği her ortamda böyle davranılmasını bekler ve/veya davranmaya çalışır (Kennan ve ark, 2018; Correia, Camilo, Aguiar ve Amarob, 2019). Çocuğun toplumsal yaşamda önemli hakları olduğu kadar kaliteli sağlık hizmeti alma ve kendi sağlık bakımına ilişkin kararlara katılma hakkının olduğu da unutulmamalıdır

(UNICEF Türkiye, 2021). Çocukların sağlık bakımı sürecinde sağlık profesyonelleri, ebeveynler ve çocuklar arasında ortak karar verme alışkanlığının geliştirilmesi önemlidir (Malone ve ark, 2019). Çocukları yaşları, gelişimleri, yetenekleri ve deneyimleri doğrultusunda bilgilendirmek, onların görüşlerini almak ve kararlara katılımını sağlamak gerekir (Weaver ve ark, 2015; Coyne ve ark, 2016a). Sağlık profesyonelleri ve ebeveynleri tarafından dinlenen, bilgilendirilen, görüşleri önemsenen ve kararlara katılması desteklenen çocukların otonomisi, öz etkililiği, öz yönetimi ve sağlık personeline olan güveni daha da artar (Coyne ve ark, 2016a; Brand, Fasciano ve Mack, 2017).

Çocuk ve adölesanlar genellikle hastalık süreci ile ilgili bilgilendirilmek, görüşünü bildirmek ve karar vermeye katılmak istemektedir (Coyne, 2006; Lundberg ve ark, 2021). Fakat bazı çalışmalarda gösterildiği gibi çocuklar bilgilendirilmek ve görüş bildirmek istemelerine rağmen karar verme sürecinde aktif rol almak istemeyebilirler (Coyne, Amory, Kiernan ve Gibson, 2014; Weaver ve ark, 2015; Brand, Fasciano ve Mack, 2017; Wangmo ve ark, 2017). Özellikle kronik hastalıktan dolayı sık sık hastanede yatan çocukların hastalığı hakkında bilgi sahibi olması ve kendisiyle ilgili kararlara katılması, hastalığa uyum sağlamaları açısından önemlidir. Kronik hastalıklarda tedaviye olan uyumsuzluk, semptom kontrolünde sıkıntılıların yaşanmasına ve komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olabilir. Uyumsuzluğu ortadan kaldırmak için çocuk ve aile ile iş birliği içinde olmak ve güven verici ilişki kurmak önemlidir. Çocuğun sağlık personeline ve ebeveynine güvenmesi için etkin iletişimin sürdürülmesi gerekir. Kurulan olumlu iletişim sayesinde çocuğun tedaviye olan uyumu da artırılabilir (Brand, Fasciano ve Mack, 2017; Lundberg ve ark, 2021). Ebeveynler, çocukları için sağlık bakımıyla ilgili kararları verme yetkisine sahip olsa da çocuk ve adölesanın tedaviyle ilgili kararlara katılımı, kronik hastalığı etkili bir şekilde yönetmelerine önemli katkılar sağlayabilir (Miller, 2009). Kararlara katılmanın çocuk üzerindeki önemini farkında olan ebeveynler hastane ortamında çocuğu bilgilendirir, görüşünü alır ve kararlara katılımını destekler (Hemingway ve Redsell,



2011), aynı zamanda sağlık personelinin de çocuğun haklarını gözetmesini beklerler (Hemingway ve Redsell, 2011; Aarthun ve Akerjordet, 2014).

Günümüzde çocuk ve adölesanların tedavi kararlarına katılması gerektiği kabul edilmesine karşın (Adams, Levy ve AAP Council on Children with Disabilities, 2017), sağlık personeli ve ebeveynler, çocuğun kendi sağlığı ile ilgili kararlara ne zaman ve nasıl katılacakları konusunda yeterince bilgi sahibi değildir (Coyne ve Gallagher, 2011; Bisogni ve ark, 2015; Wiering ve ark, 2016). Bunun yanında çocuklar, tedavi kararlarına dahil olmak istediklerini belirtse de karar verme aşamasında çoğu zaman ebeveynlerinin kararlarına güvenmektedir (Weaver ve ark, 2015; Coyne, Amory, Gibson ve Kiernan, 2016b; Brand, Fasciano ve Mack, 2017; Robertson ve ark, 2019). Bu aşamada sağlık personeli çocukları bilgilendirmek, görüşünü almak ve karar verme sürecine dahil etmekle sorumludur (Coyne ve ark, 2016a; Wiering ve ark, 2016; Robertson ve ark, 2019).

Türkiye’de çocukların kendileriyle ilgili konular hakkında sosyal hayat ve hastalık durumunda bilgilendirilmesi, görüşlerinin alınması ve karara katılımları hakkında bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın amacı, kronik hastalığı nedeniyle hastanede yatan 9-18 yaş grubu çocukların; sosyal yaşamda ve hastanede (tanı, tedavi ve bakım uygulamaları sırasında) bilgilendirilme, görüşlerini ifade etme ve kararlara katılma durumlarına ilişkin çocukların deneyimleri, ebeveynlerin bilgi ve tutumlarını ortaya koymaktır.

## YÖNTEM

### Araştırma Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı bir çalışmadır.

### Araştırma Yeri, Zamani ve Örneklem

Çalışmanın örneklemini, Temmuz 2015-Haziran 2017 tarihleri arasında, üçüncü düzey bir hastanenin genel pediatri servislerinde yatan 139 çocuk ve ebeveyn çiftinden oluştu. Örneklem seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden biri olan uygun örnekleme yöntemi kullanıldı.

Araştırmaya dahil etme kriterleri;

- Çocuklar için; 9-18 yaş arasında, bilişsel sorunu olmayan, kronik hastalığından dolayı en az bir kere hastanede yatmış ve en az 24 saattir hastanede yatmakta olan çocuklar. Bu yaş aralığını seçmemizin nedeni, çocukların bilgilendirilme, görüşlerinin alınması ve kararlara katılma deneyimlerini daha objektif olarak ortaya koyabilmesidir.
- Ebeveyn için; çalışmaya alınan çocuklara refakat eden, en az ilkökul mezunu olan ve bilişsel sorunu olmayan anne ya da babalar oluşturdu.

### Veri Toplama Araçları

Veriler, çocuk bilgi formu, ebeveyn bilgi formu ve Çocuk Haklarına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği (ÇHETÖ) kullanılarak toplandı.

*Çocuk Bilgi Formu*, çocukların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, okula gitme durumu), sosyal hayatta ebeveynleri tarafından kararlara katılımının desteklenmesi (gideceği okul, yapacağı aktivite, alınacak kıyafet vb. durumlarda fikrinin alınma durumu) ile tedavi ve bakım sürecinde bilgilendirme, görüşünü alma ve kararlara katılımının desteklenmesine yönelik 18 sorudan oluşmaktadır.

*Ebeveyn Bilgi Formu*: Bu form, ebeveynlerin sosyodemografik (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, çocuk sahibi olma yaşı) özelliklerini ve çocuğun bilgilendirilme, kararlara katılma ve bakım sürecine dahil edilmesine yönelik uygulamalarını içeren 27 sorudan oluşmaktadır.

*Çocuk Haklarına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği (ÇHETÖ)*: Yurtsever Kılıçgün ve Oktay (2011) tarafından geliştirilen Çocuk Haklarına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği, 63 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, anne ve babaların çocuklarının haklarına ilişkin tutumlarını “Bakım ve Korunma” ve “Kendi Kendine Karar Verme” olmak üzere iki temel tutum olarak değerlendirmektedir. “Bakım ve Korunma” tutumu; “Devlet Güvencesi ve Desteği” ve “Bakım ve Koruma” olmak üzere iki alt boyutlu bir yapıya; “Kendi Kendine Karar Verme” tutumu ise tek alt boyutlu bir yapıya sahiptir. “Devlet Güvencesi ve Desteği” alt boyutunda 23 madde, “Bakım ve Koruma” alt boyutunda 15 madde “Kendi Kendine Karar Verme” alt boyutunda 25 madde yer almaktadır. Katılma derecesine göre tümüyle katılıyorum (5



puan), kısmen katılıyorum (4 puan), kararsızım (3 puan), pek katılmıyorum (2 puan), hiç katılmıyorum (1 puan) şeklinde puanlanmaktadır (Yurtsever Kılıçgün ve Oktay, 2011).

- “Devlet Güvencesi ve Desteği” alt boyutunda en düşük 29, en yüksek 115 puan alınabilmektedir; 100 ve altında puan alan ebeveynin “düşük düzeyde”; 101 - 108 puan arasında puan alan ebeveynin “orta düzeyde”; 109 ve üstünde puan alan ebeveynin ise “yüksek düzeyde” devlet güvencesi ve desteği tutumuna sahip olduğu şeklinde yorumlanır.
- “Kendi Kendine Karar Verme” alt boyutunda en düşük 15, en yüksek 75 puan alınabilmektedir; 44 ve altında puan alan ebeveynin “düşük düzeyde”; 45 - 59 puan arasında puan alan ebeveynin “orta düzeyde”; 60 ve üstünde puan alan ebeveynin ise “yüksek düzeyde” kendi kendine karar verme tutumuna sahip olduğu şeklinde yorumlanır.
- “Bakım ve Koruma” alt boyutunda en düşük 95, en yüksek 120 puan alınabilmektedir; 95 ve altında puan alan ebeveynin “düşük düzeyde”; 96 - 109 puan arasında puan alan ebeveynin “orta düzeyde”; 110 ve üstünde puan alan ebeveynin ise “yüksek düzeyde” bakım ve koruma tutumuna sahip olduğu şeklinde değerlendirilir (Yurtsever Kılıçgün ve Oktay, 2011).

Ölçeğin “Devlet Güvencesi ve Desteği” alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa ( $\alpha$ ) = 0,98; “Kendi Kendine Karar Verme” alt boyutunun  $\alpha$  = 0,98; “Bakım ve Koruma” alt boyutunun  $\alpha$  = 0,95 olarak bulunmuştur (Yurtsever Kılıçgün ve Oktay, 2011). Bu çalışmada ise iç tutarlılık katsayısı “Devlet Güvencesi ve Desteği” alt boyutu için Cronbach alfa ( $\alpha$ ) = 0,76; “Kendi Kendine Karar Verme” alt boyutu için  $\alpha$  = 0,82; “Bakım ve Koruma” alt boyutu için  $\alpha$  = 0,78 olarak bulundu.

### Verilerin Toplanması

Veriler, çocuk ve ebeveynlerin uygun oldukları, tedavi ve bakım saati dışında kalan zaman dilimlerinde toplandı. Çocukların verileri yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, ebeveynlerinki ise öz bildirim yoluyla elde edildi.

### Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesi için SPSS 22.0 istatistik programı kullanıldı. ÇHETÖ puanlarının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi ve normal dağılıma uygun olmadığı saptandı ( $p < 0,05$ ). Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, min - max) kullanıldı. Çalışmada  $p < 0,05$  olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için yerel etik kurul (Protokol No:2015/594) ve kurum izni alındı. Çocuklara ve ebeveynlerine araştırma hakkında bilgi verilerek soruları cevaplandırıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden çocuklardan ve ebeveynlerinden yazılı onam alındı.

### BULGULAR

Araştırmaya katılan çocukların yaş ortalaması  $13,29 \pm 2,67$  yıl, %54’ünün cinsiyeti kız ve %95,7’si okula gitmekteydi. Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalaması  $39,05 \pm 5,10$  yıl ve %97,8’i anne idi. Ebeveynlerin %92,8’i evli, anne/baba olma yaş ortalaması  $22,92 \pm 3,50$  yıl ve ortalama 2 çocuğa sahipti. Ebeveynlerin %56,9’u ilköğretim mezunu, %38,1’i çalışmakta ve %92,8’inin sağlık güvencesi vardı. Ebeveynlerin %64’ü çekirdek ailede yaşamaktaydı.

Bu çalışmada çocuklara bilgilendirilme ve kararlara katılımlarına ilişkin yöneltilen sorular sosyal hayat ve hastalık/hastanede yatma süreci olmak üzere iki alanda değerlendirildi. İlk olarak çocukların sosyal hayatlarında bilgilendirilme, görüşünün alınması ve kararlara katılmasına yönelik deneyimleri soruldu. Çocukların büyük çoğunluğu kendisi konuşurken ailesi ve yakınlarının onu dinlediğini (%90,6), ailedeki diğer bireylerin onun odasına girmeden önce kapıyı çaldıklarını (%63,3), evde yapması gereken işlerin zamanına kendisinin karar verdiğini (%54,7) ve gideceği okulu seçme kararına katıldığını (%71,9) belirtti. Yine çocukların önemli bir kısmı sosyal aktiviteye katıldığını (%68,3), aktiviteyi kendisinin seçtiğini (%58,3) ve kıyafet, ayakkabı, oyuncak vb. alınırken fikrinin alındığını (%85,6), öğretmeni ve ebeveyni tarafından okul/sosyal yaşama ilişkin kuralların anlatıldığını (sırasıyla; %79,1 ve %77) belirtti. İkinci olarak,

çocukların hastaneye yatışı süresinde bilgilendirilme, görüşünün alınması ve kararlara katılmasına yönelik deneyimleri soruldu. Çocukların büyük çoğunluğu hastalandığı zaman hastalığının kendisine anlatıldığını (%71,9) ve bu açıklamaları en çok ebeveynlerinin yaptığını belirtti. Çocukların yarısından fazlası hastanede yattığında kendisine hastalık ve hastanede yatış süreci hakkında bilgi verildiğini (%56,8) ve kendisi ile ilgili konularda görüşünün alındığını (%64) ifade etti. Çocukların yarısından fazlası hastane yatışında hemşirelerin servisi tanıttığını (%65,5), servis kurallarını açıkladığını (%66,9) ve ilaçları uygulamadan önce ona hazır olup olmadığını sorduğunu (%56,1) ifade ettiler (Tablo 1).

Tablo 1. Çocukların Bilgilendirilme ve Kararlara Katılma Durumları (n=139)

Değişkenler	n	%
Konuşurken aile/yakınları onu dinler mi?*		
Evet	126	90,6
Aile üyeleri odasına girerken kapıyı çalar mı?*		
Evet	88	63,3
Evde yapacağı işlerin zamanına kendisi karar verir mi?*		
Evet	76	54,7
Gideceği okula karar verirken fikri alındı mı?*		
Evet	100	71,9
Sosyal aktivitelere katılır mı?*		
Evet	95	68,3
Sosyal aktiviteye katılmasına kim karar verir? (n=95)		
Kendisi**	81	58,3
Diğer	14	10,1
Kıyafet veya oyuncak alınırken fikri alınır mı?*		
Evet	119	85,6
Öğretmeni tarafından okul kuralları anlatıldı mı? *		
Evet	110	79,1
Anne/baba/öğretmeni tarafından toplum kuralları anlatıldı mı?*		
Evet	107	77,0
Hasta olduğunda ona hastalığı anlatıldı mı?*		
Evet	100	71,9
Hastalığı kim tarafından anlatıldı? (n=100)		
Anne ve baba	48	34,6
Anne, baba, hemşire ve doktor	24	17,3
Hemşire	19	13,7
Doktor	9	6,5
Hastaneye yattığı zaman hastalığı/ilaçları/ yatacağı süre vb. konularda bilgi verildi mi?*		
Evet	79	56,8
Hastanede yattığı süre boyunca onunla ilgili konularda görüşü alınır mı?*		
Evet	89	64,0
Hastaneye yatışı sırasında hemşire tarafından ona servis tanıtıldı mı?*		
Evet	91	65,5
Hastaneye yatışı sırasında hemşire tarafından ona hastane kuralları anlatıldı mı?*		
Evet	93	66,9
Hemşireler tarafından ilacını alması için hazır olup olmadığı soruldu mu?*		
Evet	78	56,1

\*Çocukların sadece "evet" yanıtları gösterilmiştir.

\*\*Kendim şeklinde yanıt veren grupta 3 çocuk, annesiyle birlikte karar verdiğini ifade etmiştir.

Ebeveynlere, çocuklarını bilgilendirme ve kararlara katılımını desteklemeye yönelik uygulama ve görüşleri sorulduğunda; ebeveynlerin büyük çoğunluğu çocuğa bilmediği konularda bilgi verdiğini (%95), hastalık, tedavisi, bakımını (%96,4), bu süreçte dikkat edeceği noktaları anlattığını (%93,5), hastaneye ilk yatış sırasında hastalık ve hastaneye ilişkin bilgi verdiğini (%87,1) belirtti. Ebeveynlerin

yarıdan fazlası bilgi verirken sabırlı davrandığını (%51,1) ifade etti. Fakat ebeveynlerin çok azı, tedavi ile ilgili kararı çocuğun kendisinin verdiğini (%15,1), doktorunu çocuğun kendisinin seçtiğini (%18,7) belirtirken yaklaşık üçte ikisi hastanedeki aktiviteleri çocuğun kendisinin seçtiğini (%69,8) ve çocuğun tıbbi kayıtlarını görme hakkına sahip olduğunu düşündüğünü (%69,8) belirtti (Tablo 2).

Tablo 2. Ebeveynlerin, Çocuğu Bilgilendirme ve Kararlara Katılımını Destekleme Durumları (n=139)

Değişkenler	n	%
Çocuğa bilmediği konularda bilgi verir mi?*		
Evet	132	95,0
Çocuğa hastalık, tedavisi ve bakımını anlatır mı?*		
Evet	134	96,4
Çocuğa hastalık, tedavi ve bakıma ilişkin dikkat edeceği noktaları anlatır mı?*		
Evet	130	93,5
Çocuğa ilk yatış sürecinde hastalık ve hastaneye hakkında bilgi verdi mi?*		
Evet	121	87,1
Çocuğa bilgi verirken sabırlı mıdır?*		
Evet	71	51,1
Çocuk, hayatı tehlikede olsa bile tedavisine kendisi karar verir mi?*		
Evet	21	15,1
Çocuk, doktorunu kendisi seçer mi?*		
Evet	26	18,7
Çocuk, hastanedeki aktiviteleri kendisi seçer mi?*		
Evet	97	69,8
Çocuk kendisiyle ilgili tıbbi kayıtları görmeli midir?*		
Evet	97	69,8

\*Ebeveynlerin sadece "evet" yanıtları gösterilmiştir.

Ebeveynlerin çocuk haklarına yönelik tutumu ortalanca puanı 297, devlet güvencesi ve desteği ortalanca puanı 111, kendi kendine karar verme tutumu ortalanca puanı 75, bakım ve korunma tutumu 113 ortalanca puanı 73 olarak saptandı (Tablo 3). Bu bulgular ebeveynlerin ÇHETÖ'nin alt ölçeklerin tamamından aldıkları puanların yüksek düzeyde olduğunu gösterdi.

Tablo 3. Çocuk Haklarına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği (ÇHETÖ) ve Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı (n=139)

Ölçekler	Ortanca (25.-75. persentil)	Min	Max
ÇHETÖ	297 (286-306)	223	315
Devlet Güvencesi ve Desteği	111 (107-114)	81	115
Kendi Kendine Karar Verme Tutumu	73 (71-75)	54	75
Bakım ve Korunma Tutumu	113 (106-120)	85	125

## TARTIŞMA

Bu çalışmaya katılan çocukların büyük çoğunluğunun sosyal yaşamlarında yetişkinler tarafından dinlendiği, özel alanına saygı gösterildiği, kendisiyle ilgili konularda karar verdiği/karara katıldığı/fikrinin alındığı, seçme hakkı tanındığı ve yeterli bilgilendirildiği sonucuna ulaşıldı. Çocukların verdiği cevaplara göre ebeveynleri, çocuklarının katılım hakkına önem vermekte, onları sosyal yaşamlarında yeterince bilgilendirmekte, görüşünü almakta ve karar vermelerini desteklemektedirler. Ebeveynler çocuklarının katılım hakkını, onları dinleyerek, kendilerini ilgilendiren konularda fikirlerini

olarak ve özel yaşamlarına saygı göstererek gözetmektedirler. Çocuklara kararlara katılma fırsatının verilmesi ve özel yaşamlarına saygı duyulması, onların kişilik gelişimi için büyük önem taşımaktadır (Dinç, 2015). Çocukların gelişim düzeylerine göre; görüşlerini özgürce ifade etme haklarını kullanmaları, öz saygı geliştirmeleri, iletişim ve karar verme gibi beceriler kazanmalarının her alanda desteklenmesi önemlidir (Coyne, 2008). Toplumsal yaşama bakıldığında, ebeveynler genellikle çocuklarının katılım hakkına saygı duymalarına rağmen genellikle özel yaşama saygı hakkını gözden kaçırmaktadır (Dinç, 2015; Kurtde-Fidan ve Özyayın, 2019). Yukarıdaki bulgulara göre bu çalışmada yer alan ebeveynlerin, çocuklarının otonomi ve özgüvenlerini destekleyerek kişilik gelişimlerine olumlu yönde katkı sağladıkları söylenebilir.

Bu çalışmaya katılan çocukların büyük çoğunluğunun hastalık ve hastaneye yatma sürecinin her aşamasında bilgilendirildikleri ve özellikle ebeveynlerin daha aktif rol üstlendiği sonucuna varıldı. Araştırmada bilgilendirilen çocuk oranına karşın görüşü alınan çocukların oranı beklediğimizden çok altında kaldı. Dikkat çekici bir diğer nokta ise hastalık hakkında bilgilendirmeyi yapan kişiler içinde ebeveynlerin oranı sağlık profesyonellerinden daha yüksekti. Hastalık hakkında bilgilendirmeyi öncelikli olarak sağlık profesyonellerinin yapması, çocuğun daha yalın, doğru ve yeterli bilgi almasını sağladığı gibi kaygısını ve korkusunu azaltabilir. Ayrıca bilgilendirmenin sadece ebeveynler tarafından yapılması durumunda ebeveynlerin kendi endişe, kaygı ya da korkularının bilgilendirme sırasında çocuğu olumsuz etkileme olasılığı da vardır. Yapılan nitel araştırmaların sonuçlarına göre hastanede yatan çocuklar, hastalık, prognoz, tedavi ve bakım hakkında bilgilendirilmeyi (Robertson ve ark, 2019), görüşünün alınmasını ve kararlara katılmayı istemektedirler (Coyne, 2006; Coyne ve Gallagher, 2011; Coyne, Amory, Gibson ve Kiernan, 2016b; Wiering ve ark, 2016; Brand, Fasciano ve Mack, 2017). Yapılan çalışmalarda sağlık personelinin, çocuklarla bilgi paylaşmayı tercih ettikleri (Coyne ve ark, 2016a; Wiering ve ark, 2016), görüşünü aldıkları ve karara katılmasını sağladıkları görülmektedir (Coyne ve Gallagher, 2011; Coyne ve ark, 2014; Wiering ve ark, 2016). Diğer çalışmalardan farklı olarak bu

çalışmada, ebeveynlerin, çocukları hastalık/hastane süreci hakkında bilgilendirme ve çocukların görüşünü almada sağlık personeline göre daha aktif rol oynamalarının nedeni hastane prosedürlerindeki farklılıklar, hasta sayısının fazlalığı, çocukların algıları ve beklentileri ile ilişkili olabilir. Hastane yatışlarında hemşire tarafından servisin tanıtıldığı ve hastane kuralları hakkında bilgilendirildiğini ifade eden çocuk sayısı beklentimizin altında idi. Özellikle çocuğun hastaneye ilk yatışında yapılan bilgilendirmeler, çocukların kontrol duygusunu, karar verme yeteneğini ve sağlık hizmetine olan uyumunu arttırırken, korku ve endişesini azaltabilir (Coyne ve Harder 2011; Hemingway ve Redsell, 2011; Coyne ve ark, 2016a; Malone ve ark, 2019). Hemşirelerin çocukların kendileri ile ilgili kararlara katılımını destekleme sorumlulukları vardır (Coyne, 2008). Bunun için çocukların bireysel ve gelişimsel özelliklerini bilmeleri, etik, yasal ve mesleki boyutları hesaba katmaları gerekir (Coyne, 2008). Hemşirelerin her tıbbi işlem öncesinde çocuğu bilgilendirmesi, gelişimsel düzeyine uygun olarak seçenekler sunması ve tercihlerini dikkate alması önemlidir. Hemşireler hastaneye yatan çocukların kontrol duygusunu ve otonomisini destekleyerek, hastalığı üzerinde söz sahibi olduğunu hissetmelerine, ilerleyen süreçlerde hastalığı ile ilgili karar verme ve öz-yönetim becerilerinin artmasına katkı sağlayabilir (Coyne ve Harder, 2011; Hemingway ve Redsell, 2011; Coyne, Amory, Gibson ve Kiernan, 2016b).

Ebeveynlerin, çocuklarının fikrini açıkça ifade etmesini, görüşlerini açıklaması ve kararlara katılmasını desteklemek gibi sorumlulukları vardır (Dinç, 2015). Bu araştırmaya katılan ebeveynlerin neredeyse tamamı çocuklarını sosyal hayat, hastane, hastalık, tedavi ve bakım hakkında bilgilendirdiklerini belirtmişlerdir. Bu, çocuk haklarının korunması ve uygulanması bakımından önemli bir sonuçtur. Ebeveynleri tarafından sosyal yaşamlarında bilgilendirilen, görüşü alınan ve kararlara katılımı desteklenen çocuklar hastalık sürecinde de bunu ebeveyninden ve hatta sağlık personelinin bekleyecektir. Kanser gibi ciddi durumlarda ebeveynler bazen hastalık sürecinden olumsuz etkileneceği endişesiyle çocuklarına sınırlı düzeyde bilgi vermekte (Coyne, Amory, Kiernan ve Gibson, 2014), bazen de çocukların karara katılım sürecinde pasif rol almasını veya

önemsiz olan kararlara katılmasını tercih etmektedirler (Coyne, 2014; Coyne, Amory, Gibson ve Kiernan, 2016b; Wiering ve ark, 2016). Oysaki ebeveynlerin, çocuklarına yeterince bilgi vermesi, görüşünü alması ve karar sürecine katılımını desteklemesi, ebeveyn-çocuk arasındaki güven ilişkisinin artmasını sağlayabilir. Araştırmamıza katılan ebeveynler, acil durumlarda kararı ve çocuğu tedavi edecek doktoru seçme kararını kendileri vermektedirler. Bunların her ikisi de kritik karar vermeyi gerektiren durumlar olduğu için çocukların otonomi ve gelişimsel olarak yeterli olmalarını gerektirmektedir. Bu yüzden ebeveynin bu özel durumlar için karar yetkisini kendilerinin kullanmayı tercih etmeleri doğaldır. Ancak acil ve kritik durumlarda karar verirken çocuğu bilgilendirmenin ve karar seçeneklerini çocukla paylaşmanın önemli olduğunu da unutmamak gerekir. Bizim bulgumuz, ebeveynlerin küçük ya da çok önemli olmayan kararlara çocuğun katılmasını tercih ettiğini gösteren çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir (Coyne ve Gallagher, 2011; Coyne, Amory, Kiernan ve Gibson, 2014; Wiering ve ark, 2016). Bu durum, ebeveynin çocuğu koruma ve iyilik halini sürdürmesini sağlamak istemelerinden kaynaklanabilir (Zwaanswijk ve ark, 2007; Coyne, Amory, Kiernan ve Gibson, 2014; Wiering ve ark, 2016). Araştırmamızdaki ebeveynlerin çoğu çocuğun kendi tıbbi kayıtlarını görme hakkına sahip olduğu görüşünü benimsediler. Bu durum ebeveynlerin çocuklarının kendi tıbbi kayıtlarına ulaşma ve bilgilene hakkı olduğunu kabul ettikleri anlamına gelir.

Araştırmamıza katılan ebeveynlerin, devlet güvencesi ve desteği, kendi kendine karar verme tutumu ve bakım ve korunma tutumunun yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Bu sonuç, araştırmaya katılan çocukların ve ebeveynlerin verdiği cevaplarla örtüşmektedir. Ebeveynler, çocuklarını bilgilendirmekte, görüşünü önemsemekte ve karar vermelerini desteklemektedirler. Çocukların katılım hakları açısından oldukça önemli olan bu sonuç, çocuklar için iyi olanın aile ve devlet tarafından sağlanmasını, çocuğun istediği, kendisi için iyi olana karar verebilmesine ve yaşamını/çevresini kontrol edebilmesine olanak sağlar (Yurtsever Kılıçgün ve Oktay, 2011). Yani ebeveynler, çocuğun onlara olan ihtiyacını kabul edip, ona yardım ederken bir yandan da otonomisini

desteklemektedirler. Kronik hastalığı olan çocuk açısından bu durum ele alındığında, ebeveynlerinin bu şekilde tutum izlemesi hastalık sürecinde de çocuk katılım haklarının sürdürülebildiğini göstermektedir. Bu sonuç, Türkiye gibi halen geleneksel ataerkil aile yapısına sahip bir ülkedeki ebeveynlerin çocuk haklarını önemseydiğini göstermesi bakımından önemlidir (Kızılırmak, 2015).

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. İlk olarak, araştırma nedensel ilişkileri ortaya koymamızı engelleyen tanımlayıcı bir tasarımdır. Bu konu ile ilgili daha detaylı bilgi elde etmek ve düşünceleri tam anlayabilmek için nitel araştırmaların yapılması önerilir. İkinci olarak araştırmada gözlemsel yöntemler kullanılmamıştır; bu nedenle çalışma, katılımcıların bireysel görüş ve deneyimlerine dayanmaktadır. Araştırmaya katılanlar ile sadece bir kere görüşülmüştür; hâlbuki bu konudaki görüşler zaman içinde değişebilir. Çocukların katılım haklarını tekrarlı hastane yatışlarında da ele alan uzun süreli çalışmaların yapılması daha farklı sonuçlar sağlayabilir. Örnekle, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında pediatri servisine gelen ve araştırmaya katılmaya gönüllü çocuk ve ebeveynleriyle sınırlıdır. Elde edilen sonuçlar yalnızca bu gruba genellenebilir.

### SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma, hastanede yatan 9-18 yaş arası kronik hastalığı olan çocukların sosyal yaşamlarında öğretmeni ve ebeveyni tarafından, hastanede ise hastalık, bakım ve tedavi hakkında ebeveyni tarafından bilgilendirildiği ve görüşünün alındığı belirlenmiştir. Ebeveynler çocuğa hastalık, tedavi ve bakımı konusunda yeterli bilgilendirme yapmaktadır. Ebeveynlerin çocuk haklarına yönelik tutumları olumludur.

Yapılacak araştırmaların, hastanede yatan çocukların katılım hakkının yanında eğitim, korunma, kültürel vb. haklarını ele alan konulara da yer vermeleri önerilir. Akut hastalığı olan veya tekrarlı hastane yatışları sırasında çocukların ve ebeveynlerinin tutumlarını inceleyen araştırmaların yapılması uygun olabilir. Ayrıca sağlık personelinin bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren araştırmaların yapılması önerilir.



## Teşekkür

Yazarlar, bu çalışmanın başarılı bir şekilde sonuçlanmasını sağlayan katılımcı çocuklara ve ebeveynlere iş birliği yaptıkları için teşekkür etmektedirler.

## KAYNAKLAR

1. Aarthun, A., Akerjordet K. (2014). Parent participation in decision-making in health-care services for children: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22, 177–191.
2. Adams, R.C., Levy, S.E., AAP Council on Children with Disabilities. (2017). Shared decision-making and children with disabilities: pathways to consensus. *Pediatrics*, 139(6), e20170956. doi: 10.1542/peds.2017-0956.
3. Brand, S.R., Fasciano, K., Mack, J.W. (2017). Communication preferences of pediatric cancer patients: talking about prognosis and their future life. *Support Care Cancer*, 25(3), 769–74.
4. Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *J Clin Nurs*, 15(1), 61-71. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x.
5. Coyne, I. (2008). Children's participation in consultations and decision-making at health service level: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1682–9.
6. Coyne, I., Amory, A., Gibson F., Kiernan, G. (2016b) Information sharing between healthcare professionals, parents and children with cancer: more than a matter of information exchange. *Eur J Cancer Care*, 25(1), 141–156.
7. Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G., Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *Eur J Oncol Nurs*, 18(3), 273–80.
8. Coyne, I., Gallagher, P. (2011). Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15–16), 2334–43.
9. Coyne, I., Harder, M. (2011). Children's participation in decision-making: balancing protection with shared decision-making using a situational perspective. *Journal of Child Health Care*, 15(4), 312–19.
10. Coyne, I., O'Mathúna, D.P., Gibson, F., Shields, L., Leclercq, E., Sheaf, G. (2016a). Interventions for promoting participation in shared decision-making for children with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD008970.
11. Correia, N., Camilo, C., Aguiar, C., Amarob, F. (2019). Children's right to participate in early childhood education settings: a systematic review. *Children and Youth Services Review*, 100, 76-88. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.02.031>
12. Dinç, B. (2015). Okulöncesi eğitim kurumuna devam eden çocukların ebeveynlerinin çocuk hakları eğitimi konusundaki görüşleri. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 7-25.
13. Göksular, M. (2019). *Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin çocuklarının sağlık haklarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
14. Hemingway, P., Redsell, S. (2011). Children and young people's participation in healthcare consultations in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 19, 192–198.
15. Karakaş, B., Çevik Ö.C. (2016). Çocuk refahı: çocuk hakları perspektifinden bir değerlendirme. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(3), 887-906.
16. Kennan, D., Brady, B., Forkan, C. (2018). Supporting children's participation in decision making: A systematic literature review exploring the effectiveness of participatory processes. *The British Journal of Social Work*, 48(7), 1985-2002.
17. Kızılırmak, K. (2015). *Ankara il merkezinde yaşayan 61-72 aylar arasında çocuğu olan annelerin, çocuk hakları ve anne olmaya ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
18. Kurt, S.L. (2016). Çocuk haklarına ilişkin temel uluslararası belgeler ve Türkiye uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 16(36), 99-127.
19. Kurtdede-Fidan, N., Özyayın, A. (2019). Ebeveynlerin çocuk haklarına ilişkin metaforik algıları. *Neşşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 9(2), 361-378.
20. Lundberg, V., Eriksson, C., Lind, T., Coyne, I., Fjellman-Wiklund, A. (2021). How children with juvenile idiopathic arthritis view participation and communication in healthcare encounters: a qualitative study. *Pediatric Rheumatology*, 19(1), 1-11.
21. Malone, H., Biggar, S., Javadpour, S., Edworthy, Z., Sheaf, G., Coyne, I. (2019). Interventions for promoting participation in shared decision-making for children and adolescents with cystic fibrosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 23, 5(5), CD012578. Doi: 10.1002/14651858.
22. Miller, V.A. (2009). Parent-child collaborative decision making for the management of chronic illness: a qualitative analysis. *Families, Systems, & Health*, 27(3), 249-66.

23. Quaye, A. A., Coyne, I., Söderbäck, M., Hallström, I.K. (2019). Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. *Journal of clinical nursing*, 28(23-24), 4525–4537. <https://doi.org/10.1111/jocn.15042>.
24. Robertson, E.G., Wakefield, C.E., Shaw, J., Darlington, A-S., McGill, B.C., Cohn, R.J ve ark. (2019). Decision-making in childhood cancer: parents' and adolescents' views and perceptions. *Support Care Cancer*, 27, 4331–4340. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04728-x>
25. UNICEF Türkiye. (2021). *Çocuk haklarına dair sözleşme*. Erişim tarihi: 12.01.2021, <https://www.unicef.org/turkey/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme>
26. Wangmo, T., De Clercq, E., Ruhe, K.M., Beck-Popovic, M., Rischewski, J., Angst, R., ve ark. (2017). Better to know than to imagine: including children in their health care. *AJOB Empir Bioeth*, 8(1), 11-20.
27. Weaver, M.S., Baker, J.N., Gattuso, J.S., Gibson, D.V., Sykes, A.D., Hinds, P.S. (2015). Adolescents' preferences for treatment decisional involvement during their cancer. *Cancer*, 121(24), 4416–4424.
28. Wiering, B.M., Noordman, J., Tates, K., Zwaanswijk, M., Elwyn, G., de Bont, E.S.J.M., ve ark. (2016). Sharing decisions during diagnostic consultations; an observational study in pediatric oncology. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 61-7.
29. Yurtsever Kılıçgün, M., Oktay, A. (2011). Çocuk haklarına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve standardizasyonu. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31, 1-22.
30. Zwaanswijk, M., Tates, K., van Dulmen, S., Hoogerbrugge, P.M., Kamps, W.A., Bensing, J.M. (2007). Young patients', parents', and survivors' communication preferences in paediatric oncology: results of online focus groups. *BMC Paediatr*, 7(35), 1-10.





## Orijinal Araştırma

## Yetişkin Bireylerde Bağırsak Hastalıkları Sıklığının Belirlenmesi Determination of Prevalence of Bowel Disorders in Adults

Kübra Sultan DENGİZ <sup>a</sup>, Filiz HİSAR <sup>b</sup>, Dilek CİNGİL <sup>c</sup>, Zeynep SAÇIKARA <sup>d</sup>

<sup>a</sup> Öğr. Gör., Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, KONYA, TÜRKİYE

<sup>b</sup> Prof. Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, KONYA, TÜRKİYE

<sup>c</sup> Doç. Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, KONYA, TÜRKİYE

<sup>d</sup> Öğr. Gör., Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, KONYA, TÜRKİYE

## ÖZET

**Amaç:** Bağırsak hastalıkları tüm toplumlarda sıklıkla görülmekte, bireylerin günlük yaşamını etkileyerek sağlık sistemine yük oluşturmaktadır. Bu nedenle çalışmanın amacı; yetişkin bireylerin Roma IV tanı kriterlerine göre bağırsak hastalıklarının demografik özellikleri ve bazı sağlık/hastalık özelliklerinin belirlenmesi, bağırsak hastalıklarının temel özelliklerini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı türdeki araştırmaya 18 yaş ve üzeri olan, en az 6 aydır gastrointestinal semptomları devam eden 333 birey katılmıştır. Veriler google form aracılığıyla Haziran 2020- Şubat 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için etik izin ve katılımcı onayları alınmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 37.0 ve %62.2'si kadındır. Roma IV tanı kriterlerine göre en fazla görülen bağırsak hastalığının fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik (%43.8) olduğu; bağırsak semptom sayısının bağırsak hastalıkları, günlük meyve tüketimi ve ekonomik durumla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda fonksiyonel konstipasyon ve fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik anlamlı bulunurken; eğitim durumu lise ve altı olanlarda iritabl bağırsak sendromu, çalışanlarda sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak bozuklukları daha fazladır.

**Sonuç:** Çalışmaya katılanlar arasında en sık fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik tespit edilmiştir. Roma IV kriterlerinin kullanımının büyük örneklemli kesitsel araştırmalarla daha belirgin sonuçlara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Bağırsak Hastalıkları, Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar, Gastrointestinal Semptom, Hemşirelik.

## ABSTRACT

**Purpose:** Intestinal diseases are frequently seen in all societies, affecting the daily life of individuals and creating a burden on the health system. Therefore, the aim of this study is to determine the demographic characteristics and some health/disease characteristics of intestinal diseases according to the Rome IV diagnostic criteria of adult individuals and to evaluate the basic characteristics of intestinal diseases.

**Materials and Methods:** 333 individuals aged 18 years and older and with ongoing gastrointestinal symptoms for at least 6 months participated in the descriptive study. Data were collected between June 2020 and February 2021 via google form. Ethical permission and participant consents were obtained for the conduct of the study.

**Findings:** The mean age of the individuals participating in the study was 37.0 and 62.2% were women. According to the Rome IV diagnostic criteria, the most common bowel disease was functional abdominal bloating/distension (43.8%); It has been determined that the number of intestinal symptoms is related to intestinal diseases, daily fruit consumption and economic status. While functional constipation and functional abdominal swelling/tension were found to be significant in women; Irritable bowel syndrome is more common in those with high school education and below, and functional bowel disorders that cannot be classified in workers

**Conclusion:** Functional abdominal bloating/distension was the most common among the study participants. More specific results are needed with large-sample cross-sectional studies of the use of the Rome IV criteria.

**Keywords:** Bowel Disease, Functional Gastrointestinal Disorders, Gastrointestinal Symptom, Nursing.

\*Sorumlu Yazar: Kübra Sultan DENGİZ

Adres: Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, KONYA, TÜRKİYE

e-posta: [ksdengiz@gmail.com](mailto:ksdengiz@gmail.com)

Geliş tarihi:07.05.2022

Kabul tarihi:13.07.2022

## GİRİŞ

Kronik bir hastalık olan fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar (FGIH), tüm gastrointestinal sistemi etkileyebilen, heterojen bir hastalık grubudur (Can ve Yılmaz, 2015). Bağırsak hastalıkları ise orta ya da alt gastrointestinal sisteme atfedilebilen semptomları olan fonksiyonel gastrointestinal bozukluklardır. Epidemiyolojik araştırmalar dünya nüfusunun %10-20'sinin FGIH'ye sahip olduğunu bildirirken (U. C. Ghoshal ve ark., 2015), Türkiye'de bu oranın %15-20 arasında değiştiği görülmektedir (Kasap ve Bor, 2006). Bu hastalıklar bazı kriterler kullanılarak tanılanmakta ve sınıflandırılmaktadır. Bağırsak hastalıklarının tanılanmasında sadece süresi değil, dışkılama sayısı ve niteliği önem kazanmaktadır. Bağırsak hastalıklarının tespit edilmesi için bazı kriterler geliştirilmiştir ve güncel olarak Roma IV kriterleri kullanılmaktadır (Schmulson ve Drossman, 2017).

Kronik bağırsak bozukluklarını geçici bağırsak semptomlarından ayırmak için, Roma IV kriterlerine göre bir hastanın şikayetlerinin hastaneye başvurmasından altı ay önce başlamış olması ve üç aydır bu şikayetlerinin devam ediyor olması; haftada ortalama en az bir dışkılamanın olması ve rutin tanısal testlerle saptanabilen anatomik ve fizyolojik bir bozukluğun olmaması gereklidir (Drossman, 2016; M. Kaya ve Kaçmaz, 2016). Roma IV kriterlerine göre bağırsak hastalıkları altı sınıfa ayrılmaktadır; irritabl bağırsak sendromu (İBS), fonksiyonel konstipasyon (FK), fonksiyonel diyare (FD), fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik, sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak bozuklukları ve opioide bağlı konstipasyondur. İBS bağırsak hastalıkları arasında en sık görülen türdür (Larussa ve ark., 2019) ve İBS tanısı alan bir hastanın daha sonra Bristol dışkı skalası ile alt tipi değerlendirilmektedir (Nelkowska, 2020; Talley, 2020). Roma IV'de İBS tanısı olan bireyler Bristol dışkı skalasına göre değerlendirilir; tip 3-4-5 ideal olan dışkılamayı, tip 1-2 konstipasyonu (İBS-C), tip 6-7 ise diyareyi (İBS-D), Tip1, Tip 2, Tip 6 ve Tip 7'in aynı anda görülmesi karma tip İBS'yi (İBS-M), skaladaki hiçbirine uymuyorsa sınıflandırılmayan İBS'yi (İBS-U) işaret eder (Lacy ve ark., 2016; Schmulson ve Drossman, 2017).



Şekil 1. Bristol Dışkı Skalası

Bağırsak hastalıkları toplumda karşılaşılan en yaygın hastalıklardan biri olmasına rağmen temelde hastanın semptomlarının kendi yorumuna dayanarak raporlanması nedeniyle tedavi güçlüğü yaratmaktadır (Chuah ve Mahadeva, 2018). İnternet tabanlı çalışma sonuçlarına göre bireylerin kendi bildirimlerine dayalı bağırsak semptomlarının, bağırsak hastalıkları tanı kriterleriyle değerlendirildiği takdirde gerçek vaka sayısının daha az olduğu belirlenmiştir (Jossan ve ark., 2017; Van den Houte ve ark., 2019). Hayatta kalma süresinde azalmaya neden olmayan bağırsak hastalıkları (Ford, Forman, Bailey, Axon ve Moayyedi, 2012) uzmanlık gerektirdiği için üst basamak sağlık kurumlarına başvuruları arttırmaktadır (Linedale ve ark., 2017; Mahadeva, Yadav, Everett ve Goh, 2012). Ayrıca bağırsak hastalıklarının çevresel, psikolojik ve biyolojik faktörlerin karmaşık etkileşimlerinin de bu hastalıkların gelişmesine katkıda bulunduğu bilinmektedir (Van Oudenhove ve ark., 2016).

Bağırsak hastalıkları bireyin uyku süresinde bozulma (Jungyoun Han, Heitkemper ve Jarrett, 2016), yeme alışkanlıklarında değişme (Loogman, 1992), depresyon ve anksiyete (Øverland, Knapstad, Wilhelmsen, Mykletun ve Glozier, 2011), yaşam kalitesinde bozulma (Cassar, Youssef, Knowles, Moulding ve Austin, 2020; Devanarayana, Rajindrajith ve Benninga, 2014) gibi önemli sağlık sorunları oluşturabilmektedir. Bağırsak hastalıkları risk faktörlerini belirleyerek bireye özgü hemşirelik bakımının uygulanması ve

uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi gerekmektedir (Coutts, 2019). Bağırsak hastalıklarına özgü hemşirelik uygulamaları içinse deneysel araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Soon, Pollard, Whorwell ve Vasant, 2022). Bağırsak hastalıklarında hemşire liderliğindeki modeller sayesinde, mevcut tedavilere göre daha ucuz, semptomatik iyileşme, yüksek hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kullanımının azalması ve psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesinin iyileşmesiyle sonuçlandığı belirlenmiştir (Linedale, Mikocka-Walus, Gibson ve Andrews, 2020). Bazen de bireylerin sağlık hizmeti dışında alternatif çözümler aramalarına neden olmaktadır (Giese, 2000) ve bunların kullanımları için ileri kanıtlara ihtiyaç bulunmaktadır. Bağırsak hastalıklarında semptomları belirgin olmayan sevkle gelen hastaların taraması ve tedavilerinin uygulanmasında ise hastalığa özgü eğitilmiş hemşirelerin etkili olduğu bilinmekte (N. Kaya ve Turan, 2011; Sperber ve ark., 2021) ve güncel bilgiye sahip olarak diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapmaları önem taşımaktadır (Kamp, Holmstrom, Luo, Wyatt ve Given, 2020). Bağırsak hastalıklarında uzman bir hemşire liderliğinde sağlık hizmetinin sağlanmasının, hastaların sahip olduğu semptomlarda, semptom şiddetinde ve semptom sıklığında önemli bir azalma olduğunu işaret etmektedir (Moore, Gagan ve Perry, 2014). Bağırsak hastalığına sahip olan hastalarda öncelikli olarak yaşam tarzının ve diyet alışkanlıklarının değiştirilmesi gerekmekte ve bu sebeple semptomları şiddetlendiren faktörlerin tespit edilmesi ve bunlara yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir (Can ve Yılmaz, 2015).

Bağırsak hastalıklarını değerlendiren bazı çalışmalar (Bai ve ark., 2017; Larussa ve ark., 2019; Moore ve ark., 2014; Turan, Atabek Aştı ve Kaya, 2017) olmasına rağmen Mayıs-Ağustos 2019 tarihleri arasında yapılan taramalarda ülkemizde Roma IV tanı kriterlerine göre bağırsak hastalıklarını inceleyen tanımlayıcı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmanın amacı; yetişkin bireylerin bağırsak hastalıklarının sıklığının demografik özelliklere ve bazı sağlık/hastalık özelliklerine göre belirlenmesi ve bağırsak hastalıklarının temel özelliklerinin değerlendirilmesidir.

## **Araştırma Sorusu**

1. Roma IV tanı kriterlerine göre bağırsak hastalıklarının (İrritabl bağırsak sendromu (İBS), fonksiyonel konstipasyon (FK), fonksiyonel diyare (FY), fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik, sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak bozuklukları ve opioid bağlı konstipasyon) görülme sıklığı nedir?
2. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre bağırsak hastalıklarının görülme oranları arasında fark var mıdır?
3. Bireylerin nicel değişkenlere (meyve tüketim miktarı, kurubaklagil tüketim sıklığı, vb.) göre bağırsak hastalıkları görülme durumu arasında fark var mıdır?

## **YÖNTEM**

### **Araştırma Tipi**

Tanımlayıcı türdedir.

### **Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma verileri online olarak Google Formlar aracılığıyla elde edilmiştir.

### **Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Türkiye’de yaşayan 18 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmuştur. Bağırsak hastalığı görülme sıklığı belirlenen bir çalışma olmadığı için literatürde toplumdaki yaygınlığına ilişkin bir bulgu olarak bir çalışmanın bildirdiği fonksiyonel konstipasyon hastalığının görülme sıklığı %33.2 olan (U. Ghoshal, 2017) orandan yararlanılmıştır. “Tablo 1b:P’yi d kadarlık mutlak yüzde puanı içinde %95 güvenle kestirmek için gerekli örneklem büyüklüğü” tablosunda bu oran %30’a yuvarlanarak işaretlenmiş, %95 güven düzeyinde ve %5 rölatif kesinlik dikkate alınarak tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 323 olduğu belirlenmiştir (Lemeshow, Hosmer, Klar ve Lwanga, 2000). Olasılıklı olmayan örneklem seçme yöntemlerinden amaca uygun örnekleme tekniği kullanılmıştır. Online tabanlı ankete 2 152 birey katılmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; bireylerin 18 yaş ve üzeri olması, en az 6 aydır gastrointestinal semptomlarının devam etmesi ve son üç aydır ise bu şikayetlerinin devamlı olmasıdır. Araştırmanın dışlama kriterleri arasında katılımcıların öz bildirimine dayalı

gastrointestinal kanalda herhangi bir yerde kanser olan ya da kanser sonrası remisyonda olan kişiler, gastrointestinal kanalda enfeksiyonu olanlar, yeme bozukluğu olanlar, bariatrik cerrahi geçirenler, bağırsaklarının herhangi bir kısmının rezeksiyonu yapılanlar bulunmaktadır. Online ankete katılanlar arasında bu kriterlere uygun olan 333 bireyin verileri ile analiz yapılmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması için literatür incelemesi sonucunda (Altay & Doğan, 2018; Bengi, 2012; M. Kaya & Kaçmaz, 2016; Ohlsson & Manjer, 2016; Schmulson & Drossman, 2017) “Bağırsak Hastalıkları Bilgi Formu” oluşturulmuştur. Formda sosyodemografik özelliklere ait 10 soru (yaşadığı şehir, yaş, kilo, boy, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, sosyal güvenceye sahip olma durumu, ekonomik durum algısı), beslenme özelliklerine ait 6 soru (günlük ana öğün tüketme durum, günlük ara öğün tüketme durumu, günlük meyve tüketme durumu, haftalık kurubaklagil tüketme durumu, haftalık pilav/makarna tüketme durumu, günlük su tüketme durumu), sağlık/hastalık özelliklerine ait 14 soru (kronik hastalığa sahip olma durumu, varsa sahip olunan kronik hastalığın adı, sürekli kullanılan ilaç, sürekli kullanılan ilacın adı, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, yapıyorsa haftada düzenli fiziksel aktivite gün sayısı, yapıyorsa düzenli fiziksel aktivite süresi, sigara kullanma durumu, kullanıyorsa sigara içtiği süre, kullanıyorsa günde içtiği sigara sayısı, alkol kullanma durumu, kullanıyorsa haftalık alkol tüketme gün sayısı, kullanıyorsa alkol tüketme süresi, çoğunlukla kullanılan tuvalet tipi) ve Roma IV kriterlerine göre bağırsak hastalığı özelliklerine ait 7 soru, ayrıca toplam bağırsak semptom sayısı olmak üzere toplamda 38 sorudan oluşmaktadır.

Bağırsak hastalığı özelliklerine ait soruların tanı algoritması şu şekildedir (Schmulson ve Drossman, 2017):

*İBS için;* son 6 aydır semptomları olan ve son 3 aydır sürekli devam eden haftada en az bir gün tekrarlayan karın ağrısı yaşamak. Ek olarak “büyük abdestimi yapıyorum” ya da “büyük abdestimin görünüşü değişir” cevabını vermek.

*İBS tipi için;* İBS tanısını alanlar arasında, Bristol dışkı skalasına verilen cevaplara göre Tip 1 ya da Tip 2 İBS

konstipasyonu (İBS-C), Tip 6 ya da Tip 7 İBS diyare (İBS-D), Tip1, Tip 2, Tip 6 ve Tip 7 işaretliyse karma tip (İBS-M), hiçbirine uymuyorsa sınıflandırılmayan İBS (İBS-U) tanısını alır.

*Fonksiyonel konstipasyon için;* Semptomların en az 6 ay önce başlamış ve 3 aydır devam ediyor olması ve “Büyük abdestimi yaparken dışkılamamın en az dörtte birinden fazlasında ıkınma/zorlanma olur”, “Büyük abdestimi yaparken dışkılamamın en az dörtte birinden fazlasında topak şeklinde ya da keçi pisliği şeklinde görünüm olur”, “Büyük abdestimi yaparken en az dörtte birinden fazlasında tam boşalmama hissi olur”, “Büyük abdestimi yaparken en az dörtte birinden fazlasında makat bölgemde tıkanma hissi olur”, “Büyük abdestimi yaparken en az dörtte birinden fazlasında kolaylaştırmak için elle müdahale yaparım (ör. parmakla boşaltım, makata elle destek)” cevaplarından birini işaretlemek. Ayrıca “Herhangi bir müshil ilacı kullanmadığım zaman büyük abdestim nadiren yumuşak ya da şekilsiz olur” cevabını işaretlemek ve İBS tanısı almamak.

*Fonksiyonel diyare için;* son 6 aydır semptomları olmak ve “Şiddetli karın ağrısı ve karında şişkinlik şikayeti olmadan, büyük abdestimin dörtte birinden fazlasında yumuşak ya da sulu dışkılama olur. Bu şikayetlerim son 3 aydır devam etmektedir” cevabını işaretlemek, Bristol dışkı skalasında Tip 6 ya da Tip 7 işaretlemek.

*Fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik için;* son 6 aydır semptomları olmak ve “son 3 aydır sürekli devam eden, haftada en az bir gün tekrarlayan, şiddetli karın şişkinliğim/gerginliğim olur” cevabını vermek. Ayrıca fonksiyonel diyare, fonksiyonel konstipasyon ve İBS olmamak.

*Sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak bozuklukları için;* son 6 aydır semptomları olmak ve “kendimi ishal ya da kabız olarak hissetmiyorum; şiddetli karın ağrısı ya da karında şişkinlik şikayetim yok; haftada en az bir gün tekrarlayan karın ağrısı yaşamıyorum. Fakat son 3 aydır devam eden tanımlayamadığım, normal olmayan bağırsak sorunları yaşıyorum.” cevabını vermek. Ayrıca İBS, fonksiyonel konstipasyon, fonksiyonel diyare veya fonksiyonel karın şişkinliği/gerginliği olmamak.



*Opioide bağlı konstipasyonu için;* “Herhangi bir müshil ilacı kullanmadığım zamanlarda, büyük abdestimin şekli nadiren yumuşak ya da şekilsiz olur” cevabını işaretlemek, bu cevap haricinde “büyük abdestimi yaparken dışkılamanın en az dörtte birin aydan fazlasında ıkınma/zorlanma olur”, “büyük abdestimi yaparken dışkılamanın en az dörtte birinden fazlasında topak şeklinde ya da keçi pislği şeklinde görünüm olur”, “büyük abdestimi yaparken en az dörtte birinden fazlasında tam boşalmama hissi olur”, “büyük abdestimi yaparken en az dörtte birinden fazlasında makat bölgesinde tıkanma hissi olur”, “büyük abdestimi yaparken en az dörtte birinden fazlasında kolaylaştırmak için elle müdahale yaparım (ör. parmakla boşaltım, makata elle destek)”, “büyük abdestimi haftada üçten az yaparım.” cevaplarından en az iki tanesini işaretlemek ve İBS olmamak.

### Verilerin Toplanması

Soruların anlaşılabilirliğini ve uygunluğunu tespit etmek amacıyla yüz yüze görüşme tekniğiyle veri toplama öncesinde toplumdan rastgele seçilen 10 bireye anket uygulanmış ve düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulama anketine katılanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Koronavirüs pandemisi nedeniyle yüzyüze yürütülemeyen çalışmanın bilgi formu Google Formlar aracılığıyla hazırlanmış ve Haziran 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında açık kalarak örneklem sayısına ulaşıldığında kapanmıştır (<https://forms.gle/HsRTQmcba2C9ErmQ6>).

### Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri SPSS 25 paket programıyla analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri; bireylerin bağımsız değişkenlerine göre sahip olduğu bağırsak hastalıklarıyla karşılaştırılmasında ki-kare analizi, bireylerin sahip olduğu bağırsak hastalıkları ile bağırsak semptomlarının değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t testi, bireylerin bazı özellikleri (bağımsız değişken) ile bağırsak semptomlarının değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi ve Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Gruplar arası farklılık Tukey testi ve Dunnett T3 testi ile belirlenmiştir. İstatistiksel önemlilik düzeyi %95 ve hata payı 0,05 olarak alınmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülmesinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay, katılımcılardan gönüllü katılım onamı alınmıştır (Karar No: 2020/2588, Karar Tarihi: 05.06.2020).

### BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri, beslenme özellikleri ve sağlık/hastalık özelliklerine ait bilgileri Tablo 1’de yer almaktadır. Bireylerin %62.2’si kadın, %60.7’si evli ve %77.5’i büyükşehirde yaşamaktadır. Yetişkinlerin sadece %23.4’ü düzenli fiziksel aktivite yaparken, haftalık 1-2 adet/porsiyon kurubaklagil tüketenlerin oranı %77.2’dir.

**Tablo 1. Bireylerin Sosyodemografik, Beslenme ve Sağlık / Hastalık Özellikleri (n= 333)**

Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	207	62.2
Erkek	126	37.8
<b>Medeni durum</b>		
Evli	202	60.7
Bekâr	131	39.3
<b>Yaşadığı şehir türü</b>		
Büyükşehir	258	77.5
İl	75	22.5
<b>Eğitim durumu</b>		
Üniversite ve üzeri	240	72.0
Lise ve altı	93	28.0
<b>Gelir getiren işte çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	234	70.3
Çalışmıyor	99	29.7
<b>Sosyal güvenceye sahip olma durumu</b>		
Evet	305	91.6
Hayır	28	8.4
<b>Ekonomik durum algısı</b>		
İyi	84	25.2
Orta	217	65.2
Kötü	32	9.6
<b>Günlük ana öğün tüketme durumu</b>		
Bir	7	2.1
İki	199	59.8
Üç	125	37.5
Diğer/Değişiyor	2	0.6
<b>Günlük ana öğün tüketme durumu</b>		
Bir	154	46.2
İki	115	34.5
Üç	32	9.6
Diğer/Yok/Değişiyor	32	9.6
<b>Günlük meyve tüketme durumu</b>		
Tüketmiyorum.	66	19.8
1-2 adet/porsiyon	232	69.7
3-4 adet/porsiyon	31	9.3
5 adet/porsiyon	4	1.2
<b>Haftalık kurubaklagil tüketme durumu</b>		
Tüketmiyorum.	47	14.1
1-2 adet/porsiyon	257	77.2
3-4 adet/porsiyon	28	8.4
5 adet/porsiyon	1	0.3
<b>Haftalık pilav/makarna tüketme durumu</b>		
Tüketmiyorum.	38	11.4
1-2 adet/porsiyon	206	61.9
3-4 adet/porsiyon	80	24.0
5 adet/porsiyon	9	2.7
<b>Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu</b>		
Evet	78	23.4
Hayır	255	76.6
<b>Sürekli ilaç kullanma durumu</b>		
Evet	100	30.0
Hayır	233	70.0

**Tablo 1. Bireylerin Sosyodemografik, Beslenme ve Sağlık / Hastalık Özellikleri (n= 333) (Devamı)**

Sigara kullanma durumu		
Evet	99	29.7
Hayır	234	70.3
Alkol kullanma durumu		
Evet	49	14.7
Hayır	284	85.3
Kullanılan tuvalet şekli		
Alafranga (oturma pozisyonu)	224	67.3
Alaturka (çömelme pozisyonu)	109	32.7
Ortalama Standart sapma		
Yaş	37.0	11.5
Sürekli kullanılan ilaç sayısı	0.5	1.1
Fiziksel aktivite süresi (dakika)	38.3	20.7

Tablo 2’de çalışmaya katılanların Roma IV kriterlerine göre sahip olduğu bağırsak hastalıkları gösterilmiştir. Bireylerin %43.8’inin fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik şikâyeti bulunmaktadır.

**Tablo 2. Bireylerin Sahip Olduğu Bağırsak Hastalıkları (n= 333)**

	n	%
İrritabl bağırsak sendromu	42	12.6
IBS-Konstipasyon	21	6.3
IBS-Diyare	7	2.1
IBS-Karma	6	1.8
IBS-Sınıflandırılmayan	8	2.4
Fonksiyonel konstipasyon	30	9.0
Fonksiyonel diyare	33	9.9
Fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik	146	43.8
Sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak bozuklukları	43	12.9
Opioide bağlı konstipasyon	27	8.1
<b>TOPLAM</b>	<b>333</b>	<b>100.0</b>

Erkeklerin fonksiyonel diyare olma durumu kadınlara göre anlamlı olarak yüksek iken, fonksiyonel abdominal şişlik/gerginliğe sahip olma durumu kadınlardan daha düşüktür

(p<0.05). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olan bireylerin, lise ve altı olanlara göre İBS yaşama durumu anlamlı olarak yüksektir (p<0.05). Katılımcıların çalışma durumu sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak bozuklukları için anlamlıdır (p<0.05). Ekonomik durumunu orta olarak değerlendiren bireylerin irritable bağırsak hastalığına sahip olma durumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 3).

Katılımcıların bazı özellikleri ile toplam bağırsak semptom sayısı karşılaştırıldığında, sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak bozuklukları ile fonksiyonel diyare bağırsak semptom sayısı ortalaması en düşük bulunmuştur (Tablo 4). Ekonomik durum algısı ile bağırsak semptomları değişkenleri için yapılan tek yönlü varyans analizine göre gruplar arası farklılığın anlamlı olduğu bulunmuş ve ileri analizlerde farklılık Tukey testi ile incelenmiştir. Ekonomik durumunu orta ve kötü olarak algılayan bireylerin bağırsak semptom sayısının ekonomik durumunu iyi olarak algılayan gruptan anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Günlük meyve tüketme durumu ile bağırsak semptomları değişkenleri için yapılan tek yönlü varyans analizine göre gruplar arası farklılığın anlamlı olduğu bulunmuş ve ileri analizlerde farklılık Dunnett T3 testi ile incelenmiştir. Günde 1-2 adet/porsiyon meyve tüketen bireylerin bağırsak semptom sayısının günde 3 ve üzerinde meyve tüketen gruptan anlamlı olarak yüksek olduğu, tüketmeyenler ile anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4). Günlük ara öğün tüketme durumu, haftalık pilav/makarna tüketme durumu ile bağırsak semptomları sayısı karşılaştırılmasında yapılan tek yönlü

**Tablo 3. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sahip Oldukları Bağırsak Hastalıkları (n= 333)**

Sosyodemografik Özellikler	Bağırsak hastalıkları																	
	İrritabl bağırsak sendromu			Fonksiyonel konstipasyon			Fonksiyonel diyare			Fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik			Sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak bozuklukları			Opioide bağlı konstipasyon		
	S	%	Test Değeri / p	S	%	Test Değeri / p	S	%	Test Değeri / p	S	%	Test Değeri / p	S	%	Test Değeri / p	S	%	Test Değeri / p
<b>Cinsiyet</b>																		
Kadın	20	47.6	3.643 <sup>b</sup> /	14	46.7	2.681 <sup>b</sup> /	14	42.4	5.171 <sup>b</sup> /	105	71.9	10.520 <sup>a</sup> /	29	67.4	0.356 <sup>b</sup> /	15	55.6	0.282 <sup>b</sup> /
Erkek	22	52.4	0.056	16	53.3	0.102	19	57.6	0.023	41	28.1	0.001	14	32.6	0.551	12	44.4	0.595
<b>Eğitim durumu</b>																		
Lise ve altı	20	47.6	8.173 <sup>b</sup> /	11	36.7	0.819 <sup>b</sup> /	12	36.4	0.872 <sup>b</sup> /	37	25.3	0.863 <sup>a</sup> /	16	37.2	1.617 <sup>b</sup> /	8	29.6	0.000 <sup>b</sup> /
Üniversite ve üzeri	22	52.4	0.004	19	63.3	0.365	21	63.6	0.351	109	74.7	0.353	27	62.8	0.204	19	70.4	1.000
<b>Medeni Durum</b>																		
Bekâr	16	38.1	0.000 <sup>b</sup> /	15	50.0	1.118 <sup>b</sup> /	11	33.3	0.310 <sup>b</sup> /	49	33.6	3.637 <sup>a</sup> /	22	51.2	2.352 <sup>b</sup> /	13	48.1	0.596 <sup>b</sup> /
Evli	26	61.9	0.994	15	50.0	0.290	22	66.7	0.578	97	66.4	0.057	21	48.8	0.125	14	51.9	0.440
<b>Çalışma durumu</b>																		
Evet	35	83.3	3.243 <sup>b</sup> /	24	80.0	1.026 <sup>b</sup> /	22	66.7	0.076 <sup>b</sup> /	99	67.8	0.754 <sup>a</sup> /	22	51.2	7.611 <sup>b</sup> /	21	77.8	0.450 <sup>b</sup> /
Hayır	7	16.7	0.072	6	20.0	0.311	11	33.3	0.782	47	32.2	0.385	21	48.8	0.006	6	22.2	0.502
<b>Yaşadığı Yer</b>																		
Büyükşehir il	31	73.8	0.169 <sup>b</sup> /	24	23.2	0.014 <sup>b</sup> /	25	75.8	0.001 <sup>b</sup> /	119	81.5	2.419 <sup>a</sup> /	36	83.7	0.730 <sup>b</sup> /	21	77.8	0.000 <sup>b</sup> /
İl	11	26.2	0.681	6	20.0	0.906	8	24.2	0.976	27	18.5	0.120	7	16.3	0.393	6	22.2	1.000
<b>Ekonomik Durum</b>																		
İyi	4	9.5	9.442 <sup>a</sup> /	4	13.3	5.564 <sup>a</sup> /	10	30.3	0.939 <sup>a</sup> /	40	27.4	1.034 <sup>a</sup> /	7	16.3	2.140 <sup>a</sup> /	6	22.2	0.375 <sup>a</sup> /
Orta	30	71.4	0.009	20	66.7	0.062	19	57.6	0.625	94	64.4	0.596	31	72.1	0.343	19	70.4	0.829
Kötü	8	19.0		6	20.0		4	12.1		12	8.2		5	11.6		2	7.4	

<sup>a</sup>-Pearson Chi-Square, <sup>b</sup>-Continuity Correction, <sup>c</sup>-Fisher's Exact Test



Tablo 4. Katılımcıların Bazı Özellikleri ile Toplam Bağırsak Semptom Sayısının Karşılaştırılması (n= 333)

Ekonomik durum	Bağırsak semptom sayısı	$\bar{x} \pm ss$	Test Değeri / df	p
İyi <sup>a</sup>	84	5.88±3.625	F= 3.071 / 2	0.001
Orta <sup>b</sup>	217	7.38±4.008	a < b	
Kötü <sup>b</sup>	32	8.63±3.925		
<b>Günlük meyve tüketme durumu</b>				
Tüketmiyorum <sup>c</sup>	66	7.15±3.306	F= 3.179 / 2	0.043
Günde 1-2 adet/porsiyon <sup>d</sup>	232	7.35±4.156	d > e	
Günde 3 ve üzeri adet/porsiyon <sup>e</sup>	35	5.54±3.649		
<b>İrritabl bağırsak sendromu</b>				
Evet	42	9.88±4.127	t= -4.981 / 331	0.000
Hayır	291	6.72±3.800		
<b>Fonksiyonel konstipasyon</b>				
Evet	30	12.33±3.111	t= -8.250 / 331	0.000
Hayır	303	6.6±3.674		
<b>Fonksiyonel diyare</b>				
Evet	33	5.36±2.447	t= 4.008 / 53.880	0.000
Hayır	300	7.15±3.306		
<b>Sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak bozuklukları</b>				
Evet	43	4.35±3.191	t= 5.075 / 331	0.000
Hayır	290	7.53±3.922		
<b>Opioide bağı konstipasyon</b>				
Evet	27	11.33±3.419	t= -6.040 / 331	0.000
Hayır	306	6.75±3.810		
<b>Haftalık kurubaklagil tüketme durumu</b>				
Tüketmiyorum	47	138.66	$\chi^2= 5.226 / 2$	0.073
1-2 porsiyon	257	170.37		
3 ve üzeri porsiyon	29	183.09		
<b>Haftalık pilav/makarna tüketme durumu</b>				
Tüketmiyorum	38	6.47±4.607	F= 1.692 / 2	0.186
1-2 porsiyon	206	6.98±3.777		
3 ve üzeri porsiyon	89	7.73±4.114		

\*F=Tek yönlü ANOVA, \*\* $\chi^2$ =Kruskal Wallis \*\*\* t: Bağımsız gruplarda t testi, n: kişi sayısı, p<0.05

varyans analizine göre gruplar arası farklılık anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Günlük ana öğün tüketme durumu ve haftalık kurubaklagil tüketme durumu ile bağırsak semptomları sayısı karşılaştırılmasında gruplar arası farklılık anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Bireylerin beslenme özelliklerine göre sahip oldukları bağırsak hastalıkları Ki-Kare analizine göre değerlendirildiğinde, günde iki ana öğün tüketen katılımcıların IBS ve opioide bağımlı konstipasyon olma durumu anlamlı olarak yüksektir (p<0.05). Günde 1-2 adet/porsiyon meyve tüketenlerin fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik hastalığına sahip olma durumu; haftada 1-2 adet kuru baklagil tüketen bireylerin fonksiyonel konstipasyon ve opioide bağı konstipasyona sahip olma durumu anlamlı olarak yüksektir (p<0.05). Pilav/makarnayı haftada 3 ve daha fazla porsiyon tüketenlerin opioide bağı konstipasyona sahip olma oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05). Bireylerin sağlık/hastalık özelliklerine göre sahip oldukları bağırsak hastalığı değerlendirildiğinde; sürekli ilaç kullanmayanların fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik sorununa sahip olma durumu anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Sigara kullananların IBS olma durumu ve sigara kullanmayanların sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak hastalığına sahip olma durumu anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 5).

Tablo 5. Bireylerin Beslenme ve Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre Sahip Oldukları Bağırsak Hastalıkları (n= 333)

	Bağırsak hastalıkları																	
	İrritabl bağırsak sendromu			Fonksiyonel konstipasyon			Fonksiyonel diyare			Fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik			Sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak bozuklukları			Opioide bağı konstipasyon		
	S	%	Test Değeri / p	S	%	Test Değeri / p	S	%	Test Değeri / p	S	%	Test Değeri / p	S	%	Test Değeri / p	S	%	Test Değeri / p
<b>Günlük ana öğün durumu</b>																		
Bir	2	4.8	9.177 <sup>a/</sup>	0	0	2.946 <sup>a/</sup>	2	6.1	1.571 <sup>a/</sup>	5	3.4	2.175 <sup>a/</sup>	1	2.3	0.195 <sup>a/</sup>	0	0	8.014 <sup>a/</sup>
İki	33	78.6	0.010	22	73.3	0.229	19	57.6	0.456	81	55.5	0.337	27	62.8	0.907	23	85.2	0.018
Üç	7	16.7		8	26.7		12	36.4		60	41.1		15	34.9		4	14.8	
<b>Günlük meyve tüketme durumu</b>																		
Tüketmiyorum.	8	19.0	0.651 <sup>a/</sup>	3	10.0	2.117 <sup>a/</sup>	9	27.3	1.549 <sup>a/</sup>	36	24.7	13.296 <sup>a</sup>	5	11.6	4.750 <sup>a/</sup>	2	7.4	2.883 <sup>a/</sup>
1-2 adet/porsiyon	31	73.8	0.722	24	80.0	0.347	20	60.6	0.461	104	71.2	0.001	30	69.8	0.093	22	81.5	0.237
3 ve daha fazla adet/porsiyon	3	7.1		3	10.0		4	12.1		6	4.1		8	18.6		3	11.1	
<b>Haftalık kurubaklagil tüketme durumu</b>																		
Tüketmiyorum.	3	7.1	1.928 <sup>a/</sup>	0	0	12.752 <sup>a</sup>	7	21.2	- / 0.263	27	18.5	5.578 <sup>a/</sup>	2	4.7	3.890 <sup>a/</sup>	0	0	- / 0.024
1-2 porsiyon	35	83.3	0.381	23	76.7	0.002	25	75.8		110	75.3	0.061	36	83.7	0.143	22	81.5	
3 ve daha fazla porsiyon	4	9.5		7	23.3		1	3.0		9	6.2		5	11.6		5	18.5	
<b>Haftalık pilav/makarna tüketme durumu</b>																		
Tüketmiyorum.	4	9.5	3.173 <sup>a/</sup>	3	10.0	2.981 <sup>a/</sup>	4	12.1	1.923 <sup>a/</sup>	17	11.6	4.112 <sup>a/</sup>	8	18.6	3.464 <sup>a/</sup>	4	14.8	8.270 <sup>a/</sup>
1-2 porsiyon	22	52.4	0.205	15	50.0	0.225	17	51.5	0.382	98	67.1	0.128	27	62.8	0.177	10	37.0	0.016
3 ve daha fazla porsiyon	16	38.1		12	40.0		12	36.4		31	21.2		8	18.6		13	48.1	
<b>Sürekli ilaç kullanma durumu</b>																		
Var	10	23.8	0.579 <sup>b/</sup>	6	20.0	1.098 <sup>b/</sup>	13	39.4	1.074 <sup>b/</sup>	54	37.0	5.987 <sup>a/</sup>	13	30.2	0.000 <sup>b/</sup>	6	22.2	0.496 <sup>b/</sup>
Yok	32	76.2	0.447	24	80.0	0.295	20	60.6	0.300	92	63.0	0.014	30	69.8	1.000	21	77.8	0.481
<b>Sigara kullanma durumu</b>																		
Var	22	52.4	10.596 <sup>b</sup>	14	46.7	3.680 <sup>b/</sup>	11	33.3	0.076 <sup>b/</sup>	41	28.1	0.338 <sup>a/</sup>	6	14.0	5.047 <sup>b/</sup>	9	33.3	0.043 <sup>b/</sup>
Yok	20	47.6	0.001	16	53.3	0.055	22	66.7	0.785	105	71.9	0.561	37	86.0	0.025	18	66.7	0.835

a/ Pearson Ki-Kare, b/ Continuity Correction, c/ Fisher's Exact Test

## TARTIŞMA

Bireyler mahremiyet, hastalık tanısı alma korkusu gibi nedenlerle ancak semptomları ilerlediğinde sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Özellikle bağırsakla ilgili hastalıklar erken dönemde tespit edilmediği takdirde; kalıcı olarak bağırsak hareketlerinin yavaşlaması, bağırsak alışkanlıkları rutininin bozulması, inflamatuvar ve kronik bağırsak sorunları, mikrobiotanın azalması ve immun sistemin zayıflamasına kadar geniş yelpazede önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Yirmi dört ülkede yürütülen internet tabanlı çalışma sonuçlarına göre dünya çapındaki kişilerin %40'ından fazlasının yaşam kalitesini ve sağlık hizmeti kullanımını etkileyen bağırsak hastalıklarına sahip olduğu bulunmuştur (Chey, Kurlander ve Eswaran, 2015). Çin'de yapılan bir çalışmada ise katılımcıların en sık sorunu İBS iken, bunu fonksiyonel konstipasyon ve fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik takip etmiştir (Li ve ark., 2021). Niteliksel yapılan bir çalışmada İBS tanısı alan hastaların, hastalığı hakkında bilgi arama davranışı sergilediği, günlük sorunlarla başa çıkmak için hemşirelerden bilgi almak istedikleri, bireysel olarak hastalığıyla ilgilenildiğinde baş etmelerinin arttığı ortaya çıkmıştır (Ringstrom, Sjoval, Simrén ve Ung, 2013).

Çalışma sonuçlarında iyi düzeyde ekonomik duruma sahip olmanın ve günde 3 ve üzeri adet/porsiyon meyve tüketenlerin bağırsak semptom sayısına sahip olma durumu anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Doğal posa kaynakları olarak bilinen pilav/makarna ve kuru baklagil için haftalık tüketme durumu ile bağırsak hastalıkları semptom sayısı ise anlamlı bulunmamıştır. Vücudun yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmek için sağlıklı bağırsak hareketleri oldukça önemlidir. Bu nedenle bağırsak hastalığına sahip bireylerin meyve, sebze kuru baklagil, tam tahıl ürünleri gibi posa içeriği yüksek besinler tüketmesi, alkol, kafein, sigaradan uzak durmaları gerekmektedir (Kutluay Merdol, 2021). Fonksiyonel bağırsak hastalıkları, toplumda sık görülmektedir ve ancak bütünsel bir yaklaşımla -lifli ve posalı beslenme, sıvı alımının artırılması ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri- önlenmesi ya da tedavisi mümkündür (Dedeli ve Pakyüz, 2016; Özcan ve Saka, 2018). Bağırsak hastalıklarında semptomları şiddetlendiren aşırı yemek yemek, kolonda gaz

yapımını arttıran yiyecek ve içecekler, cerrahi girişimler ve stres vb. faktörlerden kaçınmak gerekmektedir (Bilgiç, Dilek, Arslan Avcı ve Ünal, 2016; Çakmak Bulut, 2015). Bir çalışmada bireylerin alternatif sağlık bakımı almak için gevşeme terapisi, şifalı otlar, yaşam tarzı diyetleri, megavitaminler, masaj, balık yağı tüketimi gibi uygulamalara başvurduğunu göstermiştir (Giese, 2000). Bu alanda çalışan hemşirelerin bireylerin bağırsak hastalıkları hakkında risk faktörlerini bilmesi, hastaların kullanabileceği alternatif tedavilerden ayırt edebilmesi, kanıta dayalı bir girişim yapabilmesi açısından önemlidir. Konstipasyon hastalarında masaj uygulamasının randomize kontrollü bir çalışma ile etkili olduğunu bilen bir hemşire bu uygulamayla fonksiyonel konstipasyonu olan hastanın semptomlarını azalttığını, yaşam kalitesini arttırdığını bilecektir (Turan ve Atabek Ast, 2016). Ayrıca hemşirenin sağlık eğitimcisi ve danışmanlık rolleri bakımından gereklidir.

Katılımcıların %67.3'ünün alafrağa tuvalet kullanması bağırsak hareketlerini olumsuz etkilediği yönündeki görüşü desteklemektedir. Vücut pozisyonları arasındaki farkların dışkılama üzerindeki etkilerinin altında yatan mekanizmalar belirsizliğini korurken; çömelme pozisyonunu kullanmak yerine oturma pozisyonu kullanmanın kalça fleksiyonunu artırması ve böylece dışkılama için daha az zorlanmayı gerektirmektedir (Sakakibara ve ark., 2010; Weerts ve ark., 2019). Bunun yanında bağırsak semptom sayısının tüm bağırsak semptomlarında anlamlı bulunması Van den Houte et al., (2019)'nin bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Yaşlılarla yürütülen bir çalışmada bağırsak semptom sayısı arttıkça yaşam kalitelerinin bozulduğu saptanmıştır (Nazim, 2019). Bunun yanı sıra prospektif bir kohort çalışmasında İBS'li hastaların zaman içinde %30'unun 5 yıllık bir takip döneminden sonra Roma III kriterlerine göre semptom gelişiminin azaldığı gösterilmiştir. Bununla birlikte, gastrointestinal semptom şiddetindeki azalmanın yaşam kalitesini veya yaşam memnuniyetini etkilemediği belirtilmiştir (Akbayram, 2021).

Fiziksel hareketlilikte azalmaya bağlı olarak, bireylerin bağırsak hastalıkları yaşaması olasılığı da artmaktadır. Çalışma

sonuçlarına göre katılımcıların sadece %23.4'ü fiziksel olarak aktiftir. Bireylerin fiziksel olarak aktif hale gelmesi ile bağırsak hastalıkları önlenebilecek ve böylece sağlık maliyetlerini azaltacağı öngörülmektedir (Sakakibara ve ark., 2010). IBS ile düzenli egzersiz yapmamak arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Chang ve ark., 2012). Bunların yanında dünyada en sık görülen bağırsak hastalığı olan İBS'de eşlik eden diğer sorunlar yorgunluk ve karın ağrısı şikayetleridir. Hemşirenin karın ağrısı ve psikolojik sıkıntıyı azaltmak için öz yönetim becerileri geliştirme gibi müdahalelerle bağırsak hastalıklarının ek semptomlarının azaltılabileceği öngörülmektedir (Han, Jarrett ve Heitkemper, 2020). Bağırsak hastalıkları değiştirilebilen çevresel koşullar haricinde ilerleyen yaş gibi değiştiremediğimiz genetik faktörlerden de etkilenmektedir. Yaşlılarda çeşitli nedenlerle konstipasyon ve İBS yaşayan bireylerin çoğunlukta olduğu ve artan yaşla birlikte hastalıkların görülme sıklığının arttığı bilinmektedir (Lee ve ark., 2016; Pan, Chang, Su ve Tsai, 2016; Sakakibara ve ark., 2010). Roma III kriterlerine göre yapılan bir çalışmada IBS alt tipleri arasında en fazla diyare baskın tip olduğu (Lee ve ark., 2016), ancak IBS tanı kriterlerinin değişmesi nedeniyle çalışmamızdaki bulgunun farklı olduğu düşünülmektedir. Yine bağırsak hastalıklarının cinsiyete göre kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu literatürde görülmektedir (Sperber ve ark., 2021; Van den Houte ve ark., 2019). Bu bulgular göz önüne alındığında bizim çalışmamızdaki yaş ortalamasının düşük olması ( $37 \pm 11.5$ ) bağırsak hastalıkları konusunda risk tablosunu daha da kritik hale getirmektedir. Yani, toplumda yaşayan bireylerin doğumda beklenen yaşam süresi düşünüldüğünde bir birey ömrünün yarısını bağırsak hastalığıyla mücadele ederek geçirmek zorunda kalacaktır ki bu çok dikkat çekicidir. Ayrıca kadın cinsiyette olanların herhangi bir bağırsak hastalığına sahip olma durumu (%59.1) erkeklerle benzer bulunmuştur.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri COVID-19 pandemi döneminde sosyal medya aracılığıyla bireylere ulaşılarak toplandığı için sonuçlar Türkiye'ye genellenememektedir. Dışlama kriteri olarak belirlenen hastalığa sahip bireylerin öz bildiriminin doğru olduğu kabul edilmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Roma IV tanı kriterlerine göre bağırsak hastalığı en fazla fonksiyonel abdominal şişlik/gerginlik olduğu; bağırsak semptom sayısının bağırsak hastalıklarıyla, meyve tüketimi ve orta ekonomik düzeyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre Roma IV kriterlerinin yaygın kullanımının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Özellikle birinci basamaktaki hemşireler için bağırsak semptomlarıyla gelen hastanın ilk değerlendirmesinin yapılması; fiziksel aktivite, beslenme, kronik hastalık takibi gibi konularda eğitim ve danışmanlık yapması için bağırsak hastalıklarının sıklığını ve özelliklerini bilmesi yararlı olacaktır. İkinci ve üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin bağırsak hastalıkları konusunda uzmanlaşması, ileri tedavilerde liderlik yapması hastanın semptomlarını azaltabilir. Ayrıca daha yüksek kanıt düzeyi açısından Roma IV tanı kriterlerinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak tasarlanmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

## KAYNAKLAR

1. Akbayram, H. T. (2021). Irritable bowel syndrome: Prevalence and associated factors in a faculty of medicine in Southeast of Turkey. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(4), 655–660.
2. Altay, D. ve Doğan, Y. (2018). Functional constipation in health care professionals at a university hospital. *Erciyes Medical Journal*, 40(4), 218–221.
3. Bai, T., Xia, J., Jiang, Y., Cao, H., Zhao, Y., Zhang, L., ... Hou, X. (2017). Comparison of the Rome IV and Rome III criteria for IBS diagnosis: A cross-sectional survey. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 32(5), 1018–1025.
4. Bengi, G. (2012). Kronik konstipasyon hasta değerlendirme ve yaşam kalitesi ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/kronik-konstipasyon-hasta-degerlendirme-ve-yasam-kalitesi-olcegi-toad.pdf> adresinden erişildi.
5. Bilgiç, Ş., Dilek, F., Arslan Avcı, H. S. ve Ünal, A. (2016). Bir huzurevinde yaşayan yaşlıların konstipasyon durumları ve etkileyen faktörler. *International Journal of Basic and Clinic Medicine*, 4(1), 9–16.
6. Can, G. ve Yılmaz, B. (2015). İrritabl barsak sendromunun tanı ve tedavisinde yaklaşımlar. *Güncel Gastroenteroloji*, 19(3), 171–181.

7. Carmichael, S. L., Mehta, K., Raheel, H., Srikantiah, S., Chaudhuri, I., Trehan, S., ... Darmstadt, G. L. (2019). Effects of team-based goals and non-monetary incentives on front-line health worker performance and maternal health behaviours: A cluster randomised controlled trial in Bihar, India. *BMJ Global Health*, 4(4), e001146.
8. Cassar, G. E., Youssef, G. J., Knowles, S., Moulding, R. ve Austin, D. W. (2020). Health-related quality of life in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology Nursing*, 43(3), E102–E122.
9. Chang, F.-Y., Chen, P.-H., Wu, T.-C., Pan, W.-H., Chang, H.-Y., Wu, S.-J., ... James, F. E. (2012). Prevalence of functional gastrointestinal disorders in Taiwan: Questionnaire-based survey for adults based on the Rome III criteria. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 21(4), 594.
10. Chey, W. D., Kurlander, J. ve Eswaran, S. (2015). Irritable bowel syndrome: A clinical review. *Jama*, 313(9), 949–58.
11. Chuah, K.-H. ve Mahadeva, S. (2018). Cultural factors influencing functional gastrointestinal disorders in the East. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 24(4), 536–543.
12. Coutts, A. (2019). Nursing management of irritable bowel syndrome. *Nursing Standard.*, 34(5), 76–81.
13. Çakmak Bulut, B. (2015). Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarda kişilik özellikleri, savunma düzenekleri ve öfke. [http://dspace.baskent.edu.tr/bitstream/handle/11727/2621/DR.BERNA\\_BULUT\\_CAKMAK\\_TEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.baskent.edu.tr/bitstream/handle/11727/2621/DR.BERNA_BULUT_CAKMAK_TEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y) adresinden erişildi.
14. Dedeli, Ö. ve Pakyüz, S. Ç. (2016). Bağırsak hastalıkları altıncı yaşam bulgusu mudur? *Clinical and Experimental Health Sciences*, 6(3), 135–139.
15. Devanarayana, N. M., Rajindrajith, S. ve Benninga, M. A. (2014). Quality of life and health care consultation in 13 to 18 year olds with abdominal pain predominant functional gastrointestinal diseases. *BMC Gastroenterology*, 14(1), 150.
16. Drossman, D. (2016). Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262–1279.
17. Ford, A. C., Forman, D., Bailey, A. G., Axon, A. T. R. ve Moayyedi, P. (2012). Effect of dyspepsia on survival: a longitudinal 10-year follow-up study. *American Journal of Gastroenterology*, 107(6), 912–21.
18. Ghoshal, U. (2017). Chronic constipation in Rome IV era: The Indian perspective. *Indian Journal of Gastroenterology*, 36(3), 163–173.
19. Ghoshal, U. C., Gwee, K.-A., Chen, M., Gong, X. R., Pratap, N., Hou, X., ... Choi, M.-G. (2015). Development, translation and validation of enhanced asian Rome III questionnaires for diagnosis of functional bowel diseases in major asian languages: A Rome Foundation-Asian Neurogastroenterology and Motility Association Working Team Report. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 21(1), 83–92.
20. Giese, L. A. (2000). A study of alternative health care use for gastrointestinal disorders. *Gastroenterology Nursing*, 23(1).
21. Han, C. J., Jarrett, M. E. ve Heitkemper, M. M. (2020). Relationships between abdominal pain and fatigue with psychological distress as a mediator in women with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Nursing*, 43(1), 28–39.
22. Jossan, N., Simren, M., Sperber, A. D., Aziz, I., Whitehead, W. E., Törnblom, H. ve Palsson, O. S. (2017). Health care utilization for rome IV irritable bowel syndrome: A three-country survey in the general population. *Gastroenterology*, 152(5), S68.
23. Jungyoun Han, C., Heitkemper, M. M. ve Jarrett, M. E. (2016). Fatigue measures in noncancer gastrointestinal disorders: A critical review. *Gastroenterology Nursing*, 39(6).
24. Kamp, K., Holmstrom, A., Luo, Z., Wyatt, G. ve Given, B. (2020). Factors influencing received social support among emerging adults with inflammatory bowel disease: A cross-sectional study. *Gastroenterology Nursing*, 43(6), 429–439.
25. Kasap, E. ve Bor, S. (2006). Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. *Güncel Gastroenteroloji*, 10(2), 165–168.
26. Kaya, M. ve Kaçmaz, H. (2016). Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel barsak hastalıklarının yeniden değerlendirilmesi. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(4), 393–407.
27. Kaya, N. ve Turan, N. (2011). Konstipasyon ciddiyet ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye Klinikleri*, 31(6), 1491–501.
28. Kutluay Merdol, T. (2021). Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklarda beslenmenin önemi ve diyetisyenin rolü. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 49(3), 1–6.
29. Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M. ve Spiller, R. (2016). Bowel disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1393–1407.
30. Larussa, T., Rossi, M., Suraci, E., Marasco, R., Imeneo, M., Abenavoli, L. ve Lizza, F. (2019). Use of complementary and alternative medicine by patients with irritable bowel syndrome according to the Roma IV criteria: A single-center Italian survey. *Medicina (Kaunas)*, 55(2), 46–60.
31. Lee, E.-H., Kwon, O., Hahm, K. B., Kim, W., Kim, J. II, Cheung, D. Y., ... Joo, M. K. (2016). Irritable bowel syndrome-specific health-related quality of life instrument: development and psychometric evaluation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 1–9.

32. Lemeshow, S., Hosmer, J. D., Klar, J. ve Lwanga, S. (2000). Sağlık araştırmalarında örneklem büyüklüğünün yeterliliği (1.baskı.). Ankara: Hacettepe Taş Kitabevi.
33. Li, C., Xu, J., Yin, D., Zhang, Y., Shan, D., Jiang, X. ve Shang, L. (2021). Prevalence and trigger factors of functional gastrointestinal disorders among male civil pilots in China. *Scientific Reports*, 11(1), 2021.
34. Linedale, E. C., Mikocka-Walus, A., Gibson, P. R. ve Andrews, J. M. (2020). The potential of integrated nurse-led models to improve care for people with functional gastrointestinal disorders: A systematic review. *Gastroenterology Nursing*, 43(1), 53–64.
35. Linedale, E. C., Shahzad, M. A., Kellie, A. R., Mikocka-Walus, A., Gibson, P. R. ve Andrews, J. M. (2017). Referrals to a tertiary hospital: A window into clinical management issues in functional gastrointestinal disorders. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 1(3), 84–91.
36. Loogman, E. A. (1992). Nutritional Assessment in Nursing. *Gastroenterology Nursing*, 14(4), 189–194.
37. Mahadeva, S., Yadav, H., Everett, S. M. ve Goh, K.-L. (2012). Economic impact of dyspepsia in rural and urban malaysia: A population-based study. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 18(1), 43–57.
38. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, S. M. ve Spiller R. (2016). Rome IV functional gastrointestinal disorders – disorders of gut-brain interaction. *Bowel Disorders*. (D. Drossman, L. Chang, W. Kellow, J. Tack, W. Whitehead ve The Rome IV Committees, Ed.)The Rome Foundation (Volume 2.). Raleigh, NC: The Rome Foundation.
39. Moore, J., Gagan, M. ve Perry, R. (2014). The benefits of a nurse-led service in the identification and management of symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Nursing*, 37(6), 416–423.
40. Nazim, G. (2019). Yaşlı bireylerde gastroenteral semptom sıklığı ve yaşam kalitelerine etkisinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
41. Nelkowska, D. D. (2020). Treating irritable bowel syndrome through an interdisciplinary approach. *Annals of Gastroenterology*, 33(1), 1–8.
42. Ohlsson, B. ve Manjer, J. (2016). Physical inactivity during leisure time and irregular meals are associated with functional gastrointestinal complaints in middle-aged and elder subjects. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 51(11), 1299–307.
43. Øverland, S., Knapstad, M., Wilhelmsen, I., Mykletun, A. ve Glozier, N. (2011). Do gastrointestinal complaints increase the risk for subsequent medically certified long-term sickness absence? The HUSK study. *BMC Gastroenterology*, 11(1), 88.
44. Özcan, B. A. ve Saka, M. (2018). Fonksiyonel konstipasyonu olan yetişkin bireylerin posa, sıvı ve vitamin mineral alımlarının değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46(3), 220–229.
45. Pan, C.-H., Chang, C.-C., Su, C.-T. ve Tsai, P.-S. (2016). Trends in irritable bowel syndrome incidence among Taiwanese adults during 2003–2013: A population-based study of sex and age differences. *PloS One*, 11(11), e0166922.
46. Ringstrom, G., Sjøvall, H., Simrén, M. ve Ung, E. J. (2013). The importance of a person-centered approach in diagnostic workups of patients with irritable bowel syndrome: A qualitative study. *Gastroenterology Nursing*, 36(6), 443–451.
47. Rinninella, E., Cintoni, M., Mele, M. C. ve Gasbarrini, A. (2019, Ekim). Irritable Bowel Syndrome (IBS) and Non-Celiac Gluten Sensitivity (NCGS): where is the culprit hiding? Nutritional tips for gastroenterologists. *Nutrients*. Switzerland.
48. Sakakibara, R., Tsunoyama, K., Hosoi, H., Takahashi, O., Sugiyama, M., Kishi, M., ... Yamanishi, T. (2010). Influence of body position on defecation in humans. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 2(1), 16–21.
49. Schmulson, M. J. ve Drossman, D. A. (2017). What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil.*, 23(2), 151–163.
50. Soon, C. Y., Pollard, C., Whorwell, P. J. ve Vasant, D. H. (2022). Insights into the holistic needs of patients with functional gastrointestinal disorders via a nurse-led neurogastroenterology helpline service. *Gastroenterology Nursing*, Letter to(000), 1–2.
51. Sperber, A. D., Bangdiwala, S. I., Drossman, D. A., Ghoshal, U. C., Simren, M., Tack, J., ... Palsson, O. S. (2021). Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*, 160(1), 99-114.e3.
52. Stasi, C., Caserta, A., Nisita, C., Cortopassi, S., Fani, B., Salvadori, S., ... Bellini, M. (2019). The complex interplay between gastrointestinal and psychiatric symptoms in irritable bowel syndrome: A longitudinal assessment. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 34(4), 713–719.
53. Talley, N. J. (2020). What causes functional gastrointestinal disorders? A proposed disease model. *J Gastroenterol.*, 115(1), 41–48.
54. Turan, N. ve Atabek Ast, T. (2016). The effect of abdominal massage on constipation and quality of life. *Gastroenterology Nursing*, 39(1), 48–59.
55. Turan, N., Atabek Aştı, T. ve Kaya, N. (2017). Nörořürjü yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda konstipasyon ve hemşirelik bakımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 73–78.



- 
56. Van den Houte, K., Carbone, F., Pannemans, J., Corsetti, M., Fischler, B., Piessevaux, H. ve Tack, J. (2019). Prevalence and impact of self-reported irritable bowel symptoms in the general population. *United European Gastroenterology Journal*, 7(2), 307-315.
57. Van Oudenhove, L., Levy, R. L., Crowell, M. D., Drossman, D. A., Halpert, A. D., Keefer, L., ... Naliboff, B. D. (2016). Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: How central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1355-1367.
58. Weerts, Z. Z. R. M., Vork, L., Mujagic, Z., Keszthelyi, D., Hesselink, M. A. M., Kruijmel, J., ... Masclee, A. A. M. (2019). Reduction in IBS symptom severity is not paralleled by improvement in quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, 31(8), e13629.



# Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1116121>

## Orijinal Araştırma

# Examining the Level of Collaboration Among Nurses Working in Intensive Care Units Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşireler Arasındaki İş Birliği Düzeyinin İncelenmesi

Şenay YİĞİT AVCI <sup>ID</sup><sup>a</sup>, Dilek YILMAZ <sup>ID</sup><sup>\*.b</sup>

<sup>a</sup> *Yüksek Lisans Öğr.* Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, BURSA, TÜRKİYE

<sup>b</sup> *Doç. Dr.* Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, BURSA, TÜRKİYE

## ABSTRACT

**Aim:** This study was conducted to examine the levels of nurse-nurse collaboration among nurses working in intensive care units.

**Method:** The population of the research consisted of 100 nurses working in intensive care units of a university hospital between November 2021 and February 2022. The sample of the research consisted of 85 nurses who voluntarily agreed to participate in the study. Data were collected using a "Nurse Introduction Form" and the "Nurse-Nurse Collaboration Scale". In the analysis of data, descriptive statistics, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test were used.

**Results:** 74.1% of the nurses participating in the study were female. The mean age was 32.14±5.83; the mean duration of employment in the profession was 8.94±6.08 years; the mean duration of employment in the intensive care unit was 7.54±5.83 years. Of the nurses, 40% worked in the Anesthesia Intensive Care Unit; 91.8% had a bachelor's degree; 65.9% were married; 82.4% worked in shifts; 48.2% were satisfied with the intensive care unit they worked in; 62.4% stated that they did not want to change the unit they worked in; 80% thought that nurse-nurse collaboration was adopted in the unit they worked. The mean total score of the nurses on the "Nurse-Nurse Collaboration Scale" was 3.00±0.28. As a result of the statistical analysis, the mean total Nurse-Nurse Collaboration Scale score of nurses who were satisfied with the intensive care unit they worked in and who did not want to change it was found to be significantly higher compared to other nurses (p<0.05).

**Conclusion:** As a result, it was seen that the level of nurse-nurse collaboration among intensive care nurses was high. In line with these results, it is recommended to organize and periodically repeat in-house training programs, provide opportunities to support nurses' participation in team decisions under the leadership of manager nurses, make initiatives to increase the collaboration level of nurses by the hospital management, and repeat the research by considering different variables in a larger sample in order to improve the communication skills of intensive care nurses.

**Keywords:** Nurse, Nurse-Nurse Collaboration, Collaboration, Intensive Care Nurse.

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hemşire- hemşire iş birliği düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini, Kasım 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 100 hemşire oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 85 hemşire oluşturdu. Araştırma verilerinin toplanmasında "Hemşire Tanıtım Formu" ve "Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği" kullanıldı. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U" testi ve "Kruskal Wallis" testi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hemşirelerin %74.1'i kadın olup, yaş ortalaması 32.14±5.83 yıl, meslekte çalışma süresi ortalaması 8.94±6.08 yıl, yoğun bakımda çalışma süresi ise 7.54±5.83 yıl olarak bulundu. Hemşirelerin %40'ı Anestezi Yoğun Bakımı'nda çalıştığını, %91.8'i lisans mezunu olduğunu, %65.9'u evli olduğunu, %82.4'ü nöbetli vardiya şeklinde çalıştığını, %48.2'si çalıştığı yoğun bakım ünitesinden memnun olduğunu, %62.4'ü çalıştığı üniteyi değiştirmeyi istemediğini ve %80'i çalıştığı birimde hemşire-hemşire iş birliğinin uygulandığını düşündüğünü ifade etti. Araştırmaya katılan hemşirelerin "Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği" toplam puan ortalaması 3.00±0.28 olarak hesaplandı. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; çalıştığı yoğun bakım ünitesinden memnun olan ve değiştirmeyi düşünmeyen hemşirelerin Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği toplam puan ortalaması diğer hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0.05).

**Sonuç:** Yapılan bu çalışma sonucunda; yoğun bakım hemşirelerin hemşire-hemşire iş birliği düzeylerinin yüksek olduğu görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda; yoğun bakım hemşirelerinin iletişim becerilerini geliştirmek için kurum içi eğitimlerin düzenlenmesi ve belli aralıklarla tekrarlanması, yönetici hemşireler önderliğinde hemşirelerin ekip içi ortak kararlara katılımını destekleyici fırsatların sunulması, hastane yönetimi tarafından hemşirelerin iş birliği düzeylerini arttırmaya uygulamaların yapılması ve araştırmanın daha geniş bir örneklemede farklı değişkenleri de ele alarak tekrarlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, Hemşire-Hemşire İş Birliği, İş Birliği, Yoğun Bakım Hemşiresi.

\* Bu çalışma 7-8 Mart 2022 tarihinde gerçekleşen 2.Uluslararası Ege Sağlık Alanları Sempozyumu (UESAS'22)'nda sözel bildiri (online) olarak sunulmuştur.

\*Sorumlu Yazar: Dilek YILMAZ

Adres: Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Bursa, TÜRKİYE

e-posta: [dilekk@uludag.edu.tr](mailto:dilekk@uludag.edu.tr)

Geliş tarihi:22.05.2022

Kabul tarihi:07.07.2022

## INTRODUCTION

In the delivery of today's health services, collaboration has an important role in providing quality care and patient safety. Collaboration is defined as interpersonal relations between colleagues based on sharing authority, power, decision making, knowledge, and experiences (Dougherty and Larson, 2010; Mulvale et al., 2016; Unaç Koçak, 2019). Collaboration between nurses is explained as a process that includes the relations and interactions within the healthcare team working together to achieve a common goal (patient) and including members from different fields (Dougherty and Larson, 2010; Mulvale et al., 2016; Unaç Koçak, 2019).. Collaboration between nurses is considered a determinant of nursing ability as well as a standard of nursing practice (Çalışkan Alkan, 2020). The basic elements of collaboration between nurses are awareness of roles and responsibilities, mutual trust and respect, teamwork, sharing the process, professionalism, problem-solving, effective communication skills, and willingness to collaborate (Aktaş, 2020; Lemetti, 2019).

Nurses, who constitute the most basic component of the healthcare process, have an important place in the patient care process and are a part of the team that provides holistic and safe care to patients. Nurses are considered people who interact with all employees during the care process and are responsible for the collaboration that occurs throughout the care process (Çelik Durmuş and Yıldırım 2016). The collaboration process in care is expressed as a process that provides a shared communication and decision-making among collaborators where there is no hierarchical relation and is respect for others' characteristics, and healthy life goal for patients (Şahbaz and Çelik Durmuş, 2021). In this entire process, the collaboration between nurses is considered to be one of the most important indicators in the management of events and competent nursing practices (Gustavsson, 2021; Şahbaz and Çelik Durmuş, 2021).

In collaboration, which requires effective teamwork, communication and working conditions must also be good. In studies, it was stated that the level of communication and collaboration is low and the stress level is high in teams with

poor working conditions (Çakıcı, 2020; Dougherty and Larson, 2010; Eyi, 2016). Nurses, who spend the most time with patients, can also continuity in patient care by collaborating with other members of the health care team (Dougherty and Larson, 2010; Eyi, 2016; Hatip, 2017; Yağız, 2019). In the literature, it was emphasized that the tendency for medical errors is low in teams in which the collaboration between nurses is good and the level of professionalism is high (Çakıcı, 2020; Dougherty ve Larson, 2010; Gustavsson, 2021; Hatip, 2017; Şahbaz and Çelik Durmuş, 2021).

According to the studies conducted on collaboration between nurses, Dougherty and Larson (2010) found that collaboration between nurses working in the intensive care unit could prevent 86% of medical errors before they occur. In the same study, they emphasized that an increase in the collaboration between nurses would make it easier to ensure patient safety. Moore et al. (2019) stated in their study that it is important to include collaborative teamwork in the curriculum of nursing faculty education and provide the opportunity to practice in clinical practice (Moore et al., 2019). In the study conducted by Ylitörmänen et al. (2019), the level of collaboration among Finnish and Norwegian nurses was compared and it was seen that there was a positive perception in both countries. However, it was stated that Finnish nurses were more willing to work collaboratively on conflict management. In the study of Unaç Koçak (2019), it was determined that the increase in the level of collaboration between nurses positively affected their job satisfaction. As a result of the study conducted by Aktaş (2020) with nurses working in Adana, it was stated that some variables of nurses affect collaboration among colleagues. Similar results were reached in the study conducted by Durmuş and Yıldırım (2016). As a result of research conducted by Hatip and Seren (2021) in a university hospital, it was determined that nurses' nurse-nurse collaboration levels were generally above the average.

When the studies in the literature are examined, a limited number of studies was reached in our country examining the level of collaboration among nurses and the factors affecting it. For this reason, it is necessary to examine

the variables affecting the collaboration levels of nurses and determine the factors that prevent collaboration. In this context, it was thought that determining the level of collaboration between nurses working in intensive care units, which are considered the most intensive areas of care, and the affecting variables will be of importance in terms of providing the opportunity to make positive interventions for the safety of patients. Compared to other studies, this study was conducted in a university hospital, only intensive care nurses were included in the sample, and the study highlights the relationship between nurse satisfaction and level of collaboration. These features make this study an original work. For this reason, the findings obtained from this study will contribute to the literature. In this direction, this study aimed to examine the level of collaboration among nurses working in intensive care units and determine the affecting factors.

### Research Questions

1. What is the level of nurse-nurse collaboration among intensive care nurses?
2. Do independent variables such as gender, marital status, education level, type of intensive care unit, satisfaction with the intensive care unit, and status of receiving training on nurse-nurse collaboration affect levels of nurse-nurse collaboration among intensive care nurses?

## METHOD

### Research Type

This descriptive study aimed to examine the nurse-nurse collaboration levels of nurses working in intensive care units.

### Research Place

The research was carried out with nurses working in Anesthesia and Reanimation, General Surgery, Cardiovascular Surgery, and Neurosurgery intensive care units affiliated with Bursa Uludağ University Applied Research Center for Health (SUAM). Anesthesia and Reanimation Intensive Care Unit affiliated with SUAM has 13 beds; General Surgery Intensive Care Unit has 7 beds; Cardiovascular Surgery Intensive Care

Unit and Neurosurgery Intensive Care Unit have 8 beds each. Approximately 100 nurses work in these intensive care units.

### Research Population and Sample

The population of the research consisted of 100 nurses working in intensive care units of Bursa Uludağ University Health Application and Research Center between November 2021 and February 2022. In the study, it was aimed to reach the entire universe. No sample selection was made. The sample of the study consisted of 85 nurses who voluntarily agreed to participate in the study (Participation rate: 85%).

### Data Collection Tools

In the study, data were collected using a Nurse Introduction Form and the Nurse-Nurse Collaboration Scale.

### Nurse Introduction Form

The form was developed by researchers and includes questions about age, gender, marital status, education level, duration of employment in the profession and intensive care, intensive care unit, weekly working hours and working style, the status of choosing the department voluntarily, and satisfaction with the department (Aktaş, 2020; Çelik Durmuş and Yıldırım, 2016; Çelik Durmuş et al., 2018; Hatip and Seren, 2021; Koçak, 2019).

### Nurse-Nurse Collaboration Scale (NNCS)

The scale was developed by Dougherty and Larson (2010) in the USA. In 2016, a Turkish adaptation, validity, and reliability study was carried out by Çelik Durmuş and Yıldırım (2016) in a group of nurses working with a bachelor's degree who had been working in a clinic. The validity and reliability study was repeated in another nurse sample by Temuçin et al. (2019). The scale consists of 5 subdimensions and 25 items. These subdimensions are conflict management, communication, process sharing, coordination, and professionalism. In this four-point Likert type scale, the response options are strongly disagree (1), disagree (2), agree (3), and strongly agree (4) for each item and an increase in the total scale score indicates good communication between nurses. The total scale score is calculated by averaging the scores of all 25 items. The lowest score obtainable from the

scale is one and the highest score is four. An increase in the scale score indicates that the collaboration between nurses is good (Temuçin et al., 2019). The Cronbach alpha reliability coefficient for the entire original scale was 0.89 (Temuçin et al., 2019). In this study, the Cronbach alpha reliability coefficient was calculated as 0.79.

### Data Collection Method

The nurses were informed that all of the data would be used for scientific study and that the answers would not affect their professional lives. Nurses who agreed to participate in the study were informed about the study and their consent was taken. Then, data collection forms were distributed to each participant nurse by the researcher. Attention was paid that the time in which the forms were filled in did not affect the working hours of the nurses (they were asked to fill in the forms at home or during free times such as lunch breaks and tea breaks and return them). The forms were taken back from the nurses and evaluated. The nurses filled out the questionnaires in 15 minutes on average. During the collection of research data, COVID-19 protection measures (such as wearing a mask during the interviews, washing hands before and after distributing questionnaires, etc.) were taken.

### Data Evaluation

Statistical analysis of the research data was made in the Statistical Package for Social Science (SPSS) 23.0 package program. In the analysis of data, the data did not show normal distribution with descriptive statistics; therefore, “Mann-Whitney U” test was used to compare the scale scores of two independent groups and the “Kruskal Wallis” test was used to compare the scale scores of three or more independent groups. Statistical significance was taken as 0.05.

### Ethical Aspects

The necessary approval (Dated 10.27.2021, Decision no: 2021-09) was received from Bursa Uludağ University Health Sciences Research and Publication Ethics Committee, and verbal consent was taken from the nurses participating in the research. Moreover, written permission was taken from the authors, who conducted the Turkish validity and reliability

study of the Nurse-Nurse Collaboration Scale (NNCS), via e-mail.

## RESULTS

Of the nurses participating in the study, 74.1% were female; 65.9% were married; 91.8% had a bachelor's degree. The mean age was  $32.14 \pm 5.83$  years. The mean duration of employment of the nurses in the profession was  $8.94 \pm 6.08$  years and the mean duration of employment in the intensive care unit was  $7.54 \pm 5.83$  years. Of the nurses, 40% worked in Anesthesia Intensive Care; 48.2% worked 40 hours a week; 82.4% worked in shifts; 48.2% were satisfied with the intensive care unit they worked in; 62.4% did not want to change the unit they worked in; 72.9% did not receive training on nurse-nurse collaboration, and 80% thought that nurse-nurse collaboration was achieved in the unit they worked in (Table 1).

**Table 1. Distribution of Nurses' Sociodemographic Characteristics**

		Age (Year)	32.14±5.83
		Duration of Employment in the Profession (Year)	8.94±6.08
		Duration of Employment in the Intensive Care Unit (Year)	7.54±5.83
		n	%
Gender	Male	22	25.9
	Female	63	74.1
Marital Status	Married	56	65.9
	Single	29	34.1
Education Level	Vocational school of health	1	1.2
	Bachelor's	78	91.8
	Master	5	5.8
	Doctorate	1	1.2
Type of Intensive Care Unit	Anesthesia and Reanimation Intensive Care	34	40.0
	General Surgery Intensive Care	20	23.5
	Cardiovascular Surgery Intensive Care	17	20.0
	Brain and Nerve Surgery Intensive Care	14	16.5



**Table 1. Distribution of Nurses' Sociodemographic Characteristics (Continue)**

Weekly Total	40 hours	41	48.2
Working Hours	48 hours	25	29.4
	40-48 hours	19	22.4
Working Type	Days, continuous	13	15.3
	Nights, continuous	2	2.3
	Work on duty	70	82.4
Satisfaction with the Unit	Yes	41	48.2
	No	10	11.8
	Partially	34	40.0
Thinking about Changing the Unit	Yes	32	37.6
	No	53	62.4
Receiving Training on Nurse-Nurse Collaboration	Yes	23	27.1
	No	62	72.9
Achievement of Nurse-Nurse Collaboration in the Unit	Yes	68	80.0
	No	17	20.0

When the mean subdimension and total scores of the NNCS were examined, the mean score of the nurses was 3.26±0.41 for the conflict management subdimension, 2.79±0.33 for the communication subdimension, 2.85±0.48 for the process sharing subdimension, 2.95±0.46 for the coordination subdimension, 3.17±0.43 for the professionalism subdimension. The mean total scale score was 3.00±0.28 (Table 2).

**Table 2. Distribution of Mean Total NNCS and Subdimension Scores**

NNCS and Its Subdimensions	Mean	Standard deviation	Median	Minimum	Maximum
Conflict Management	3.26	0.41	3.25	2.25	4.00
Communication	2.79	0.33	2.75	1.75	3.75
Process Sharing	2.85	0.48	2.75	1.50	4.00
Coordination	2.95	0.46	3.00	2.00	4.00
Professionalism	3.17	0.43	3.00	2.00	4.00
Total	3.00	0.28	2.96	2.48	3.78

The sociodemographic characteristics of the nurses and the distribution of the mean scores on NNCS and its subdimensions are presented in Table 3. As a result of the statistical analysis, the mean “process sharing” subdimension score of the nurses who voluntarily chose the department they worked in, the mean “coordination” subdimension score of the

nurses who received training on nurse-nurse collaboration, and the mean “process sharing and professionalism” subdimensions scores of the nurses who thought that nurse-nurse collaboration was achieved in the unit they worked in were statistically significant compared to other nurses (p<0.05). In addition, the mean “process sharing, professionalism, and total NNCS” scores of the nurses who did not want to change the department they worked in and were satisfied with the unit they worked in were significantly higher compared to the other nurses (p<0.05). On the other hand, there was no statistically significant difference between the variables of gender, marital status, education level, and intensive care unit and the mean scores on NNCS and its subdimensions (p>0.05).

**Table 3. Distribution of Nurses' Sociodemographic Characteristics and Mean Scores on NNCS and Its Subdimensions**

Variables	Conflict Management	Communication	Process Sharing	Coordination	Professionalism	Total NNCS Score
<b>Gender</b>						
Female	3.25±0.41	2.77±0.34	2.86±0.46	2.95±0.48	3.14±0.43	2.99±0.28
Male	3.29±0.42	2.84±0.30	2.82±0.55	2.94±0.42	3.24±0.45	3.03±0.28
Statistical Analysis	Z: -0.766 p: 0.444	Z: -0.624 p: 0.535	Z: -0.375 p: 0.708	Z: -0.102 p: 0.919	Z: -0.911 p: 0.362	Z: -0.532 p: 0.595
<b>Marital Status</b>						
Married	3.21±0.43	2.79±0.31	2.85±0.44	2.87±0.41	3.14±0.39	2.97±0.26
Single	3.34±0.380	2.79±0.36	2.85±0.56	3.10±0.53	3.21±0.51	3.06±0.31
Statistical Analysis	Z: -1.358 p: 0.175	Z: -0.322 p: 0.747	Z: -0.85 p: 0.932	Z: -1.983 p: 0.047	Z: -0.687 p: 0.492	Z: -1.075 p: 0.282
<b>Education Level</b>						
Vocational school of health	2.75±	3.00±	2.75±	2.40±	3.00±	2.78±
Bachelor's	3.27±0.42	2.79±0.33	2.84±0.48	2.94±0.44	3.16±0.43	3.00±0.27
Master	3.10±0.13	2.75±0.35	3.00±0.68	2.88±0.65	3.10±0.48	2.96±0.40
Doctorate	3.50±	2.50±	3.25±	4.00±	4.00±	3.45±
Statistical Analysis	K-W: 3.542 p: 0.315	K-W: 2.445 p: 0.485	K-W: 1.717 p: 0.633	K-W: 4.477 p: 0.214	K-W: 3.262 p: 0.353	K-W: 2.757 p: 0.431
<b>Willingness to Choose the Department</b>						
Yes	3.25±0.41	2.83±0.29	2.97±0.46	3.04±0.52	3.21±0.42	3.06±0.30
No	3.27±0.42	2.75±0.35	2.76±0.49	2.88±0.40	3.14±0.45	2.96±0.26
Statistical Analysis	Z: -0.207 p: 0.836	Z: -1.405 p: 0.160	Z: -1.227 p: 0.026	Z: -1.334 p: 0.182	Z: -0.406 p: 0.684	Z: -1.523 p: 0.128
<b>Thinking about Changing the Unit</b>						
Yes	3.18±0.40	2.74±0.42	2.60±0.47	2.85±0.35	2.96±0.35	2.87±0.22
No	3.30±0.42	2.82±0.25	3.00±0.43	3.01±0.51	3.29±0.44	3.08±0.28
Statistical Analysis	Z: -1.175 p: 0.240	Z: -0.607 p: 0.544	Z: -3.460 p: 0.001	Z: -1.251 p: 0.211	Z: -2.803 p: 0.005	Z: -3.429 p: 0.001
<b>Receiving Training on Nurse-Nurse Collaboration</b>						
Yes	3.38±0.37	2.82±0.40	2.80±0.59	3.14±0.37	3.14±0.56	3.06±0.27
No	3.21±0.42	2.77±0.30	2.87±0.44	2.87±0.47	3.18±0.38	3.08±0.28
Statistical Analysis	Z: -2.274 p: 0.112	Z: -0.754 p: 0.451	Z: -0.319 p: 0.750	Z: -2.899 p: 0.004	Z: -0.050 p: 0.960	Z: -1.162 p: 0.245
<b>Achievement of Nurse-Nurse Collaboration in the Unit</b>						
Yes	3.26±0.41	2.86±0.40	2.91±0.44	2.97±0.46	2.83±0.38	3.03±0.29
No	3.23±0.45	2.77±0.31	2.60±0.55	2.94±0.46	3.25±0.41	2.98±0.28
Statistical Analysis	Z: -0.186 p: 0.853	Z: -1.435 p: 0.151	Z: -1.451 p: 0.016	Z: -0.423 p: 0.672	Z: -3.495 p: 0.000	Z: -1.324 p: 0.185

**Table 3. Distribution of Nurses' Sociodemographic Characteristics and Mean Scores on NNCS and Its Subdimensions (Continue)**

Type of Intensive Care Unit						
Anesthesia and Reanimation ICU	3.22±0.43	2.75±0.36	2.81±0.52	3.00±0.53	3.03±0.43	2.96±0.30
General Surgery ICU	3.25±0.37	2.88±0.24	2.98±0.33	2.89±0.46	3.28±0.37	3.05±0.22
Cardiovascular Surgery ICU	3.23±0.45	2.70±0.23	2.80±0.56	2.98±0.43	3.16±0.47	2.98±0.28
Brain and Nerve Surgery ICU	3.39±0.41	2.85±0.41	2.82±0.48	2.85±0.31	3.35±0.41	3.05±0.29
Statistical Analysis	K-W: 1.901	K-W: 4.250	K-W: 3.795	K-W: 7.603	K-W: 0.917	K-W: 3.012
	p: 0.593	p: 0.236	p: 0.284	p: 0.055	p: 0.821	p: 0.390
Satisfaction with the Unit						
Yes	3.34±0.39	2.82±0.28	3.04±0.45	3.06±0.48	3.33±0.45	3.12±0.29
No	3.02±0.47	2.75±0.54	2.45±0.53	2.82±0.45	2.86±0.31	2.78±0.14
Partially	3.23±0.41	2.75±0.31	2.74±0.40	2.84±0.42	3.06±0.38	2.93±0.23
Statistical Analysis	K-W: 3.813	K-W: 0.680	K-W: 11.344	K-W: 5.358	K-W: 9.412	K-W: 15.469
	p: 0.149	p: 0.712	p: 0.003	p: 0.069	p: 0.009	p: 0.000

Z: Mann-Whitney U Test, K-W: Kruskal Wallis Test

## DISCUSSION

Nurses involved in the healthcare team are the health professionals who spend the most time with patients. For this reason, it is important for nurses working in health institutions to collaborate and be up for collaboration in order to provide safe and high-quality care and treatment (Jacqueline, 2018; Türe Yılmaz and Yıldırım, 2018). Collaborative work of nurses, especially in intensive care units, has a direct impact on the quality of care and may reduce the infection and mortality rates of patients with life-threatening conditions (Al-Ajarmeh et al., 2021; Kim et al., 2015). In this direction, as a result of this study which was conducted to determine the nurse-nurse collaboration levels of nurses working in intensive care units and the affecting variables, it was found that the mean total NNCS score of the nurses was  $3.00 \pm 0.28$ . In the evaluation of the scale, item-total score averages were used. Therefore, considering that the lowest score obtainable from the scale is one and the highest score is four, it was observed that the level of collaboration among intensive care nurses was above average. This result shows that nurses in intensive care units usually have a positive perception of their collaborative situation.

In the study conducted by Hatip and Seren (2021) with nurses in a university hospital, the mean NNCS score of nurses was found to be  $3.14 \pm 0.46$  and it was determined that their

level of collaboration was above average. In the study conducted by Aktaş (2020) to evaluate the nurse-nurse collaboration of nurses working in internal medicine units, it was determined that the mean total NNCS score of the nurses was  $3.09 \pm 0.33$ . As a result of a study conducted by Çelik Durmuş et al. (2018) with 859 nurses working in different hospitals, the mean score of level of collaboration among nurses was found to be  $3.09 \pm 0.39$  and it was stated that the level of collaboration was high. When the above study results were compared, it was seen that our study results are similar to those in the literature. Sheehan (2016) emphasized that in cases where collaboration is not sufficient, job satisfaction and, accordingly, the quality of care may decrease. In this direction, the high level of collaboration among nurses working in intensive care units, which are considered the areas where care and treatment are most intense, is considered a positive result. In line with the above-mentioned studies, the high level of collaboration among the nurses who participated in our study brought to mind the possibility that they had a high level of satisfaction with the unit they worked in. Furthermore, the fact that the majority had a bachelor's degree and that the sample was in the young age group suggested that they did not experience burnout much.

Dougherty (2009) explained collaboration under five sub-headings: conflict management/problem-solving, communication, coordination, process sharing, and professionalism. When the nurses participating in the study were examined in terms of their mean scores on the subdimensions of NNCS, it was determined that the highest mean score was reached on the "conflict management" subdimension ( $3.26 \pm 0.41$ ) and this score was higher than the mean total scale score. Similar results were found in the studies of Aktaş (2020) and Çelik Durmuş (2015). On the other hand, some studies reported that the nurses received the lowest score on the problem-solving subdimension (Al-Ajarmeh et al., 2021; Çelik Durmuş et al. 2018; Koçak, 2019; Tadayon et al., 2020). It was thought that this difference between these studies and our study may be due to the differences in samples. Conflict may arise in the work environment as a result of various factors such as complexity in the work environment, various role expectations, limitations in the decision-making

process, limited resources, unclear work boundaries, and personality differences, possibly leading to many effects on nurses such as stress, job dissatisfaction, and burnout (Erdenk, 2017; Johansen, 2016; Labrague et al., 2018). Furthermore, conflict among nurses is associated with insufficient collaboration, lack of communication, and destructive behaviors and has the potential to negatively influence teamwork (Kim et al., 2015). Developing problem-solving/conflict management skills, which are the focus of nursing practice, is important in terms of quality patient care (Koçak, 2019). For this reason, the fact that the nurses participating in the research scored above the average on the “conflict management” subdimension reveals that the level of collaboration among nurses is high and that they adopt a more constructive collaborative attitude in practice.

It was determined that the nurses included in the study had the lowest mean score on the “communication” subdimension ( $2.79 \pm 0.33$ ). In the studies of Aktaş (2020) and Hatip and Seren (2021), similar results were obtained. Communication ranks first among the factors that negatively affect nurse-nurse collaboration in the clinical setting. Effective communication between members of the healthcare team is very important in terms of timely information-sharing. Effective team communication is a vital aspect of nursing practices associated with improved patient outcomes (Aktaş, 2020; Apker et al., 2006). Communication problems between the healthcare team are the main causes of practical and medical errors. These mistakes lead to prolongation of the hospitalization period, an increase in mortality and morbidity, and legal problems due to the damage suffered by patients and their relatives (Reeves, 2017; Ylitörmänen, 2019). Moreover, in cases where effective communication is not achieved, the quality of patient care and the service provided are affected adversely. Therefore, effective communication between nurses is very important (Türe Yılmaz and Yıldırım, 2018). In addition, communication problems between nurses negatively affect nurse-nurse collaboration. For this reason, the fact that the nurses participating in the study reached the lowest score on the communication subdimension is considered a very thought-provoking finding.

The concept of process sharing refers to the autonomous and effective participation of nurses in the decision-making process in the team in order to increase the quality of patient care and provide professional satisfaction. Sharing responsibilities in this way not only increases the quality of care but also increases nurses' collaboration and job satisfaction (Koçak, 2019). In this research, the mean score on the process sharing subdimension point was significantly higher among nurses who voluntarily chose the unit they worked in, who thought that collaboration was achieved in the unit they worked, who did not think of changing the department they worked in, and who were satisfied with the unit they worked in compared to the other nurses (respectively;  $p: 0.026$ ,  $p: 0.016$ ,  $p: 0.001$ ,  $p: 0.003$ ). As a result of the study conducted by Koçak (2019) to determine the effect of nurse-nurse collaboration of nurses working in a university hospital on their job satisfaction levels, it was determined that the nurses who were satisfied with the department they worked in and who stated that they collaborated in the clinic they worked in had significantly higher scores on NNCS and its subdimension compared to other nurses. In our study, it was seen that the difference, which was found to be significantly higher, was only in the process sharing subdimension. Although there are differences between the studies, the fact that nurses are satisfied with the unit they work and collaborate is considered a positive development indicating that their interpersonal communication increases, that the effective decision-making process is supported within the team, and that collaboration is ensured.

As a result of this study, it was seen that the mean coordination subdimension score of the nurses who received training on collaboration was significantly higher than that of the other nurses ( $p: 0.004$ ). In the study of Koçak (2019), in which a similar scale was used, it was concluded that the nurses who received training on collaboration had higher mean scores on BBCS and its subdimensions compared to other nurses. In the same study, it was stated that the collaboration training given to the nurses affected the collaboration level positively. In the literature, collaboration is briefly explained as enabling nurses to coordinate patient care with other health professionals (Aydemir, 2018; Aktaş, 2020). Implementation of nursing activities requires effective coordination. Therefore,

the study underlines that the training received on nurse-nurse collaboration has a very important role in increasing teamwork, coordination skills, and collaboration among nurses.

In the changing and developing world, many business and professional groups have started to need professional people in order to increase quality and efficiency and have attached importance to professionalism (Çalışkan Alkan, 2020). Nursing is a profession consisting of science and art. Today, advances in health care technologies and social and political changes have affected many fields as well as nursing and necessitated professionalism. The importance of professionalism in the nursing profession, which is affected by many changes and developments, is increasing day by day (Yılmaz and Karaman, 2021). The mean professionalism subdimension scores of the nurses who thought that collaboration was achieved in the unit they worked and who were satisfied with the unit they worked were found to be higher than the other nurses (respectively;  $p: 0.000$ ,  $p:0.009$ ). This result is similar to the findings of the study conducted by Koçak (2019). Nurses should demonstrate their professional knowledge and skills while working in collaboration with other health professionals in providing patient care (Orchard, 2010). For this reason, nurses are expected to exhibit a more collaborative attitude in professional practices. According to the results obtained in the study, it can be said that the nurses' satisfaction with the unit they work in and the implementation of collaboration are important parameters in the positive attitude of nurses towards collaboration.

According to the results obtained in this study, it was seen that the variables of gender, marital status, education level, and type of intensive care unit in which intensive care nurses worked did not affect the mean scores on NNCS and its subdimensions ( $p>0.05$ ). It is striking that there are differences between the results of the relevant studies. In some studies, nurses' education level, the unit they work in (Çavuşoğlu and Gün, 2022; Koçak, 2019), gender (Aktaş, 2020; Çavuşoğlu and Gün, 2022; Çelik Durmuş et al., 2018; Sheehan, 2016) and marital status (Aktaş, 2020; Al-Ajarmeh et al., 2021; Çelik Durmuş et al., 2018; Sheehan, 2016) did not affect nurses' collaboration levels. These study results are consistent with the

results of our study. On the other hand, in some studies, some factors such as education level of nurses (Aktaş, 2020; Çavuşoğlu and Gün, 2022; Çelik Durmuş et al., 2018; Karadaş et al., 2022), gender (Al-Ajarmeh et al., 2021; Ylitörmänen et al., 2019), the unit they work in (Aktaş, 2020; Al-Ajarmeh et al., 2021; Çelik Durmuş et al., 2018; Karadaş et al., 2022; Tadayon et al., 2020; Ylitörmänen et al., 2019) were found to affect nurses' collaboration levels. These differences between the above-mentioned study findings and our study results might be due to variables such as the sample, country, and working conditions. In addition, the facts that the number of male nurses participating in our study was low, that the majority of nurses had a bachelor's degree, that only nurses working in intensive care units were included in the sample, and that the nurses fulfilled similar responsibilities in the units may have affected the level of collaboration among nurses.

### Strengths and Limitations

The fact that the rate of participation in the research was 85% and that the study was carried out in intensive care units were the strengths of the research. The limitations of the research are that the research was conducted in a single center; the questions in the data collection forms were based on nurses' statements; the reasons for nurses' satisfaction with the unit they worked in and the physical and psychological problems they experienced were not questioned.

### CONCLUSION

In conclusion, it was observed that the nurse-nurse collaboration levels of nurses working in intensive care s were above the average. When the collaboration levels of the nurses were examined, it was found that the highest mean score was obtained on the "conflict management" subdimension and the lowest mean score was obtained on the "communication" subdimension. It was also seen that the variables of satisfaction with the department where the nurses work, voluntarily choosing the department they work, receiving training on collaboration, and achieving nurse-nurse collaboration in the unit they work in positively affect the level of collaboration of nurses. In line with these results, it is recommended to organize in-house training sessions and repeat them regularly in order to improve the communication skills of intensive care nurses,



provide opportunities to support the participation of nurses in team decisions under the leadership of manager nurses, organize motivational activities to increase the level of collaboration among nurses, support the participation of nurses in scientific meetings such as congresses, symposiums courses, take measures (such as improving working hours and reducing the number of patients per nurse) to increase nurses' job satisfaction, and carry out further research in larger samples with in-depth analysis.

## REFERENCES

1. Aktaş, S. (2020). Hemşire-Hemşire İş Birliğinin Değerlendirilmesi: Adana Örneği. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana.
2. Al-Ajarmeh, D. O., Rayan, A. H., Eshah, N. F., & Al-Hamdan, Z. M. (2021). Nurse–nurse collaboration and performance among nurses in intensive care units. *Nursing in Critical Care*, doi: 10.1111/nicc.12745.
3. Apker J., Propp K.M., Ford W.S.Z., Hofmeister N. (2006). Collaboration, credibility, compassion and coordination: professional nurse communication skill sets in health care interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180-189. doi: 10.1016/j.profnurs.2006.03.002
4. Aydemir Gedük E. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258. doi: 10.17681/hsp.358458
5. Çakıcı, N. (2020). Hekim hemşire iş birliği ve iş doyumları arasındaki ilişki. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*. 9(2), 175-180. doi: 10.17100/nevbitelk.697252
6. Çalışkan Alkan, M. (2020). Hemşirelerin profesyonellik tutumlarının hemşireler arası iş birliğine etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı, Yozgat.
7. Çavuşoğlu, E., & Gün, M. (2022). Covid-19 küresel salgını sürecinde iç hastalıkları kliniklerinde hemşire-hemşire iş birliğinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 9(1), 47-56. doi: 10.54304/SHYD.2022.71463
8. Çelik Durmuş, S., & Yıldırım, A. (2016). Adaptation to Turkish of nurse-nurse collaboration scale. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3521-3528. doi:10.14687/jhs.v13i2.3990
9. Çelik Durmuş, S., Ekici, D., & Yıldırım, A. (2018). The level of collaboration amongst nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 65(3), 450-458. doi: 10.1111/inr.12440
10. Dougherty M.B., & Larson, E.L. (2010). The nurse-nurse collaboration scale. *Journal of Nursing Administration*, 40 (1), 17-25. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181c47cd6
11. Erdenk N., & Altuntaş S. (2017). Do personality traits of nurses have an effect on conflict management strategies? *Journal of Nursing Management*, 25(5), 366-374. doi: 10.1111/jonm.12474
12. Eyi, S., Kanan, N., Akyolcu, N., Akın, M. L., & Acaroğlu, R. (2016). Ameliyat sırasında uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2), 159-170. doi: 10.5455/pmb.1-1439904928
13. Gustavsson K., Börjesson E., Björklund M., Munck B. (2021). Interprofessional collaboration in connection with a medical ship: nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3506-3516. doi: 10.1111/jocn.15853.
14. Hatip Ö., Seren A.H. (2021). Bir üniversite hastanesinde hemşireler arasındaki iş birliğinin hemşirelerin iş doyum düzeyleri üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 181-194.
15. Jacqueline R. (2018). Effective communication improves patient safety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(2), 223-225. doi: 10.1016/j.jopan.2018.01.003
16. Johansen M.L., Cadmus E. (2016). Conflict management style, supportive work environments and the experience of work stress in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 211-218. doi: 10.1111/jonm.12302
17. Karadaş, A., Doğu, Ö., & Kaynak, S. (2022). The effect of nurse-nurse collaboration level on job satisfaction. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 7(1), 128-135. doi: 10.4274/cjms.2021.2959
18. Karam M., Brault I., Van Durme T., Macq J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70-83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002.
19. Kim W., Nicotera A.M., McNulty J. (2015). Nurses' perceptions of conflict as constructive or destructive. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2073-2083. doi: 10.1111/jan.12672
20. Kirsebom, M., Wadensten, B., & Hedström, M. (2013). Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 886–895. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06077.x
21. Labrague L.J., Al Hamdan Z., McEnroe-Petitte, D.M. (2018). An integrative review on conflict management styles among nursing professionals: implications for nursing management.



- Journal of Nursing Management, 26(8), 902-917. doi: 10.1111/jonm.12626
22. Lemetti, T., Stolt, M., Rickard, N., & Suhonen, R. (2015). Collaboration between hospital and primary care nurses: a literature review. *International Nursing Review*, 62, 248–266. doi: 10.1111/inr.12147
  23. Lemetti T., Voutilainen P., Stolt M., Eloranta S., & Suhonen R. (2019). Older patients' experiences of nurse-to-nurse collaboration between hospital and primary health care in the care chain for older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 600-608. doi: 10.1111/scs.12653
  24. Liao C., Qin Y., He Y., & Guo Y. (2015). The nurse- nurse collaboration behavior scale: development and psychometric testing. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(4), 334-339. doi: 10.1016/j.ijnss.2015.10.005
  25. Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*. 28(6), 1-8. DOI: 10.3109/13561820.2014.934338
  26. Moore, J., Prentice, D., Crawford, J., Lankshear, S., Limoges, J., & Rhodes, K. (2009). Collaboration among registered nurses and practical nurses in acute care hospitals: A scoping review. *Nursing Forum*. 54(3), 376-385. doi: 10.1111/nuf.12339.
  27. Mulvale, G., Embrett, M., & Razavi, S. D. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, 17(1), 1-13. doi: 10.1186/s12875-016-0492-1
  28. Orchard, CA. (2010). Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 248-257. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01072.x
  29. Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1-48. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3
  30. Sheehan, S. (2016) Collaborating for better outcomes: exploring the link between nurse-nurse collaboration and nurse job satisfaction. (Master Thesis). Graduate Program in Nursing York University, Toronto.
  31. Şahbaz, F. & Çelik Durmuş, S. (2021). Collaboration among nurses and tendency to make medical error of nurses working in a university hospital: a descriptive cross sectional study. *International Journal of Disciplines Economics & Administrative Sciences Studies*, 7(35), 857-864. doi: 10.26728/ideas.524
  32. Tadayon, A., Heidarzadeh, M., & Aghamohammadi, M. (2020). Nurses-nurses professional collaboration status from the nurses' viewpoints in critical care units of Ardabil educational hospitals. *Journal of Health and Care*, 21(4), 272-282. doi: 10.29252/jhc.21.4.272
  33. Temuçin, E., Dolu, İ., & Kargin, M. (2019). Hemşire-hemşire işbirliği ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 1-7. doi: 10.17681/hsp.379895
  34. Türe Yılmaz, A., & Yıldırım, A. (2018). Hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6 (67), 40-52.
  35. Unaç Koçak, H. (2019). Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin iş doyumunu düzeylerine etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir.
  36. Yağız, ME. (2019). Hemşireler ile hekimler arasında iş birliği ve bu iş birliği düzeyinin hekimlerin ve hemşirelerin iş doyumları düzeyine etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
  37. Yılmaz, D., & Karaman D. (2021). Hemşirelikte profesyonelleşme. Hemşireliğe giriş. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
  38. Ylitörmänen, T., Turunen, H., Mikkonen, S., & Kvist T. (2019). Good nurse-nurse collaboration implies high job satisfaction: A structural equation modelling approach. *Nursing Open*, 6(3), 1-8. doi: 10.1002/nop2.279



# Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1104374>

## Orijinal Araştırma

### Investigation of The Usage of Traditional and Complementary Medicine by Patients With Diabetic Foot Wounds

### Diyabetik Ayak Yarası Gelişen Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarını Kullanma Durumlarının İncelenmesi

Demet GÜMÜŞ <sup>a</sup>, Sakine BOYRAZ ÖZKAVAK <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> MSc. Aydın Adnan Menderes University, Faculty of Nursing, AYDIN, TURKEY

<sup>b</sup> Prof. Dr. Aydın Adnan Menderes University, Faculty of Nursing, AYDIN, TURKEY

#### ABSTRACT

**Aim:** Diabetic foot is a frequent complication of diabetic patients due to susceptibility to infection, peripheral artery disease and neuropathy.

**Method:** The research was conducted as a descriptive and cross-sectional type of study with 180 patients with diabetic foot ulcer in order to determine their use of traditional and complementary medicine for wound healing. Data were collected using the "Structured Questionnaire". In the evaluation of the data; Pearson Chi-Square, Student's t-test, Fisher's Exact test and descriptive statistics were used.  $p < 0.05$  was considered significant.

**Results:** Participants; it was seen that the mean age was  $61.5 \pm 10.6$ , 59.4% of them were primary school graduates, 85% of them were married and 73.3% of them were male. 35% of patients reported using at least one traditional and complementary method for foot ulcers. While using herbal products, St. John's Wort, olive oil, pine, aloe vera extract and onion; among the manipulative and mind-body methods, it was determined that praying, applying vaseline and ice to the wound were used the most. It was determined that 82.5% of the patients using traditional and complementary medicine methods used these methods without informing their physicians.

**Conclusion:** Patients who use traditional and complementary medicine methods without informing their physicians are at risk of infecting the wound and delaying its treatment. Therefore, it is important that the healthcare team caring for a diabetic foot ulcer question and educate each patient about traditional and complementary medicine practices.

**Keywords:** Diabetes, Diabetic Foot Ulcer, Wound Healing, Traditional and Complementary Treatment

#### ÖZET

**Amaç:** Diyabetik ayak, diyabetli hastalarda, enfeksiyona yatkınlık, periferik arter hastalığı ve nöropatiye bağlı sık gelişen bir komplikasyondur.

**Yöntem:** Çalışma, tanımlayıcı-kesitsel tipte ve diyabetik ayak yarası olan hastaların, yarada kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini saptamak amacıyla 180 hasta ile gerçekleştirilmiştir. "Yapılandırılmış Soru Formu" kullanılarak veriler toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; Pearson Chi-Square, Student t-testi, Fisher's Exact test ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların; yaş ortalamasının  $61.5 \pm 10.6$ , %59.4'ünün ilkokul mezunu, %85'inin evli ve %73.3'ünün erkek olduğu görülmüştür. Hastaların %35'i, ayak yaraları için en az bir geleneksel ve tamamlayıcı yöntemi kullandığını bildirmiştir. Bitkisel ürünlerden, sarı kantaron, zeytin yağı, çam, aloevera özütü ve soğan kullanılırken; manipülatif ve zihin-beden yöntemlerinden en çok dua etme, yaraya vazelin ve buz uygulamanın kullanıldığı saptanmıştır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanan hastaların %82.5'inin hekimlerine bilgi vermeden bu yöntemleri kullandıkları saptanmıştır.

**Sonuç:** Hekimlerine haber vermeden geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanan hastaların, yarayı enfekte etme ve tedavisini geciktirebilme riskleri bulunmaktadır. Bu nedenle, diyabetik ayak yarasına bakım veren sağlık ekibinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları konusunda her hastayı sorgulaması ve eğitim vermesi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabet, Diyabetik Ayak Yarası, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi.

☆ This study was presented as an Oral Presentation at the 12th National Wound Congress held in Antalya on 14-17 December 2017.

\*Sorumlu Yazar: Sakine BOYRAZ ÖZKAVAK

Adres: Aydın Adnan Menderes University, Faculty of Nursing, AYDIN, TURKEY

e-posta: [smemis@adu.edu.tr](mailto:smemis@adu.edu.tr)

Geliş tarihi: 15.04.2022

Kabul tarihi: 18.07.2022

## INTRODUCTION

Diabetes is a global public health problem that significantly affects the quality of life of individuals. It is one of the most important causes of blindness, renal failure, and lower extremity amputations (World Health Organization, 2016). Peripheral neuropathy, peripheral arterial disease, and foot ulcers due to the proclivity to infections and related amputations are frequently seen in individuals with diabetes (International Diabetes Federation [IDF], 2015; Public Health Institution of Turkey, 2014).

It is estimated that all patients with diabetes have a risk of developing diabetic foot ulcers by 12-15% throughout their lives. It has been seen that 50-70% of non-traumatic foot amputations are related to diabetes. In the next 3-5 years after the first amputation, half of the patients undergo amputation for the other leg. It was reported that relative death risk increases approximately 2.5 fold in diabetic individuals who are diagnosed with a new foot ulcer (Turkey Endocrinology and Metabolism Society, 2017). According to the Ministry of Health data, the number of amputations in our country is approximately 12,000 per year. An important part of this is diabetes-related amputations (Saltoğlu, Kılıçoğlu, Baktıroğlu, Oşar-Siva and Aktaş, 2015).

In the National Consensus Report, diagnosis, treatment, and prevention of diabetic foot ulcer and infections include medical therapies such as correct antibiotic selection, surgical interventions, wound debridement, revascularization, reconstruction, wound care, metabolic control, foot load relief, and negative pressure application (Saltoğlu et al., 2015).

Due to cultural characteristics, there are complementary methods which are used instead of medicine or used additionally in our country. The use of methods that are objected by many medical professionals is increasing day by day (Bulduklu, 2015). These methods are called "complementary", "traditional" or "alternative medicine" when they cover the spectrum of health practices that are not in the country's own tradition and are not included in the current health system (Tokaç, 2013). According to the Complementary and Alternative Medicine (CAM) Center of the American National Institutes of Health, CAM approaches; tried to explain

their activities in different disease groups by dividing them into five groups as "cognitive-behavioral approaches", "manipulative approaches", "energy approaches", "alternative medical systems" and "biological approaches" (<http://nccam.nih.gov/health/whatisacam>).

Some herbs covered in "biological approaches" are used by patients with diabetic foot ulcers for the treatment of their wounds. Most of these products used do not contain enough studies that they heal diabetic foot ulcer. Unconscious and disproportionate use of these herbs can lead to serious infections, as well as cause foot/limb loss as a result of misuse. Studies on the use of traditional and complementary medicine methods in patients with diabetic foot ulcers in the world have not been reached. The information to be obtained from the studies on this subject will guide the researchers and clinical staff in determining the information needs of the patients about the use of traditional and complementary medicine methods and planning their education.

### Study Questions

In the research, answers to these questions were sought.

1. Do patients with diabetic foot ulcer use traditional and complementary methods for wound healing?
2. Which traditional and complementary method/methods are used by patients?

## METHOD

### Research Place

This cross-sectional and descriptive research was conducted in "Nazlı-Selim Eren Chronic Wounds and Infections Care Unit" of the Practice and Research Hospital of Aydın Adnan Menderes University. This unit is located within the hospital, has 7 rooms, and provides service 7/24. In the unit, the service is provided by a multidisciplinary team (a faculty member physician, two resident physicians, and six nurses).

### Research Population and Sample

Therefore, no sample selection was made and 180 patients who applied the unit between October 2016 and June

2017 with diabetic foot diagnosis and who met the inclusion criteria (being at the age of 18 years and over, having type 2 diabetes, having active diabetic foot ulcer, trying to heal the wound by using a traditional and complementary method, and volunteering to participate) were included in the study.

### Data Collection Tools

The data of the research were collected using the “structured questionnaire” prepared based on the literature knowledge (Berk, Dokumacı ve Kaymaz, 2015; Dedeli ve Karadakovan, 2011; Erdoğan, Atik ve Çınar, 2014; Gülgün, 2014; Güngörmüş ve Kıyak, 2012; Kılıç, Şentürk ve Göriş, 2015; Kılıçarslan, 2012; Kramlich, 2014; Ö. Owayolu ve N. Owayolu, 2013). Before using the form, opinions of experts (four nursing instructors and one physician) who were experienced on diabetes/diabetic foot about the content of the questionnaire were taken and the questionnaire was rearranged according to the recommendations. In addition, a preliminary application was conducted with 10 patients who were not included in the sample and the form was finalized.

This form consists of three parts.

The first part consists of 2 open-ended and 7 closed-ended questions that examine the sociodemographic (age, sex, place of residence, educational status, etc.) characteristics of the participants. The second part consists of 1 open-ended (diabetes year) and 5 closed-ended (medicines used in the treatment of diabetes, regular attendance to diabetes examinations, comorbid health problems) questions which examine the health status of the participants.

The third part consists of 2 open-ended questions which examine the use of traditional and complementary treatment methods by patients with diabetic foot ulcer (How long have you been using non-pharmacological treatment methods for your foot ulcer? In your opinion, which traditional/complementary method you used was not useful?) and 15 closed-ended questions (the methods used and information sources).

The structured questionnaire was implemented to the patients who received inpatient treatment in the wound care unit after necessary explanations were made and their verbal

consent was obtained. Some of the participants filled in the form by themselves. For the rest of the participants (illiterate, etc.) who asked for help, the questions were read by the researcher.

### Data Evaluation

All the data were analyzed using SPSS 18.0 package program. Frequency tables and descriptive statistics were used in the analysis of the findings. The significance level was accepted as 0.05 for the intergroup differences and  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

### Ethical Aspects

Prior to the research, necessary ethical approval was obtained from the Noninvasive Clinical Trials Ethics Committee of Adnan Menderes University Faculty of Medicine (Protocol No: 2016/960) and from the hospital. The participants were informed about the purpose of the study and that the data obtained will be used for scientific purposes and their verbal consent was obtained.

### RESULTS

This study was conducted with 180 patients with diabetic foot ulcer who applied to the wound care unit which admits patients all over Turkey and provides service 7/24. The mean age of the participants (N=180) was  $61.5 \pm 10.6$  (min:33, max:88), 73.3% were male, 85% were married, 59.4% were primary school graduates, and 25% were self-employed (Table 1).

**Table 1. Distribution of Participants' Demographic Characteristics (N=180)**

Descriptive Information	N	%
Age ( $61,54 \pm 10,6$ ) (Min: 33, Max:88)		
<b>Sex</b>		
Female	48	26.7
Male	132	73.3
<b>Marital Status</b>		
Married	123	85
Single	57	15
<b>Educational Status</b>		
Illiterate	15	8.3
Literate	3	1.7
Primary school	107	59.5
Secondary School	17	9.4
High school	22	12.2
University	16	8.9
<b>Occupation</b>		
Retired	4	2.2
Officer	18	10
Private Sector	38	21.1
Self-employment	45	25
Housewife	43	23.9
Farmer	32	17.8

**Table 1. Distribution of Participants' Demographic Characteristics (N=180) (Continue)**

<b>Place of Longest Residence</b>		
Village	47	26.1
District	87	48.3
City Center	46	25.6
<b>Income Status</b>		
Income Less Than Expenses	95	52.8
Income Equal to Expenses	81	45
Income More Than Expenses	4	2.2
<b>Health Insurance</b>		
None	3	1.7
Social Security Institution	166	92.1
Health Card for Uninsured	10	5.6
Private Health Insurance	1	0.6
<b>Current Working Status</b>		
Non-employed	63	35
Employed	18	10
Retired	99	55

40% of the participants stated that they had diabetes for 10 years or less and 56.1% of them stated that they used insulin. It was determined that 51.1% of the participants had regular diabetes examinations and that 72.2% had previously received foot ulcer treatment. It was found that 70% of the participants had other health problems besides diabetes (42.8% had hypertension, 28.9% had cardiac problems, 16.7% had a chronic renal failure) and that 51.7% came from other cities (Table 2).

**Table 2. Health Status of the Participants (N=180)**

	N	%
<b>Diabetes years</b>		
10 years and less	72	40
11-20 years	56	31.1
21-30 years	44	24.4
31 years and over	8	4.4
<b>Diabetes treatment</b>		
Oral antidiabetic	32	7.8
Insulin treatment	101	56.1
Oral antidiabetic+insulin	43	23.9
<b>Regular diabetes examinations</b>		
No	88	48.9
Yes	92	51.1
<b>Previous treatment for diabetic foot</b>		
No	41	22.8
Yes	139	77.2
<b>Other accompanying diseases*</b>		
None	54	30
Hypertension	77	42.8
Cardiac problems	52	28.9
Chronic renal failure	30	16.7
Other**	26	14.6
<b>Provinces where they came from for diabetic wound treatment</b>		
Urban area	87	48.3
Rural area	93	51.7

\*More than one options were marked

\*\*Cholesterol (n=3), asthma (n=6), COPD (=2), respiratory failure (n=1), bronchitis (n=2), stroke (n=1), Parkinson (n=2), guatr (n=3), rheumatoid arthritis (n=2), leukemia (n=1), schizophrenia (n=1).

It was determined that 35% (n=63) of the patients who participated in the study applied traditional and complementary therapies to heal their diabetic foot wounds. 65% (n=117) of the participants were found to be aware of the traditional and complementary methods used in the treatment of diabetic foot ulcers.

The herbal methods, one of the traditional and complementary treatment methods, used by the participants were "St. John's wort" (85%), "olive oil extract" (16.1%), "aloe vera extract" (3.2%), "pine extract" (3.2%), "onion" (3.2%) and others (12.8%), respectively. The mind-body medical and manipulative approaches used by the patients were ice application on the wound (3.2%), topical application of Vaseline (4.8%), and praying (4.8%) (Table 3).

**Table 3. Distribution of Traditional/Complementary Treatment Methods Used by Participants (N=63)**

	N	%
<b>Herbal Methods</b>		
St. John's wort	54	85.7
Olive oil extract	10	16.1
Aloevera extract	2	3.2
Pine extract	2	3.2
Onion	2	3.2
Other*	8	12.8
<b>Ice application on foot wound</b>		
Before medical treatment	2	3.2
<b>Topical application of vaseline on wound</b>		
Before medical treatment	3	4.8
With medical treatment	1	1.6
<b>Praying</b>		
Before medical treatment	1	1.6
With medical treatment	3	4.8
<b>Other**</b>		
	4	6.4

\*Flax seed (n=1), hibiscus (n=1), black cumin (n=1), lavender oil (n=1), lemon juice (n=1), dried fig (n=1), henna with olive oil (n=1), granulated sugar (n=1).

\*\*Foot massage (n=1), ozone treatment (n=1), hirudin therapy (n=1), cologne (n=1).

It was determined that 82.5% (n=52) of the participants did not inform their physicians that they used traditional and complementary medical practices.

When the demographic characteristics of the participants and their usage of traditional and complementary treatment were compared, a significant difference was found between the working status and the status of using traditional and complementary treatment ( $\chi^2=5.99$ ;  $p<0.019$ ). According to this, it was found that 61.1% of those who were employed and 32.1% of those who were not employed used a method (Table 4).



**Table 4. Comparison of Participants' Demographic Characteristics and Their Status of Using Traditional and Complementary Treatment**

	Users	Non-users	X <sup>2*</sup>	p
	N (%)	N (%)		
<b>Sex</b>				
Female	20 (41.7)	28 (58.3)	1.27	0.258
Male	43 (32.6)	89 (67.4)		
<b>Working Status</b>				
Employed	11 (61.1)	7 (38.9)	<b>5.99</b>	<b>0.019</b>
Non-employed	52 (32.1)	110 (67.9)		
<b>Educational Status</b>				
Primary school and below	45 (36)	80 (64)	0.18	0.672
Secondary school and above	18 (32.7)	37 (67.3)		
<b>Place of Residence</b>				
District-village	49 (36.6)	85 (63.4)	0.56	0.452
City center	14 (30.4)	32 (69.6)		
<b>Income Level</b>				
Equal or less	61 (34.7)	115 (65.3)	-	0.613
High	2 (50)	2 (50)		
<b>Diabetes Medicine</b>				
Insulin	48 (33.3)	96 (66.7)	0.87	0.348
Other	15 (41.7)	21 (58.3)		

\*PearsonChi-Square, Fisher'sExact test

There was no significant difference found between participants' sex, educational status, place of residence, income level, and status of using medicine for diabetes and their status of using of traditional and complementary treatment ( $p>0.05$ ).

## DISCUSSION

It was determined that two out of five participants had diabetes for 10 years or less (40%), that three out of four had previously received foot ulcer treatment (72.2%), that more than half used insulin (56.1%) and had regular diabetes examinations (51.1%) (Table 2). Although it has been a long time for the participants to be diagnosed with diabetes, it was important that a large part of them applied with a recurrent foot ulcer. In the literature, there is no exact time reported for the development of diabetes-related foot ulcer complication. This may be due to the fact that patients are diagnosed with diabetes in the late period. In this context, according to the IDF atlas reported in 2017, 212.4 million people (half of all people with diabetes) were unaware of the disease because of asymptomatic course of the disease in the first years and one in two adults could not be diagnosed with diabetes. In the study conducted by Acar and Kacıra (2017), 132 patients who developed diabetic foot ulcers were followed up for 20 months on average; 110 of them had lower extremity amputation for the first time; 22 underwent reamputation due to the recurrent foot ulcer. In the same study, the mean duration of diabetes was found to be 10.5 years in the amputation group and 11.5 years

in the reamputation group. The study results support our findings.

According to IDF (2017), diabetes is the leading cause of cardiovascular diseases, blindness, chronic renal failure, and lower extremity amputation. In this study, it was determined that more than half of the participants (70%) had other health problems besides diabetes (Table 2).

In this study, one-third of the participants (35%) were determined to use traditional and complementary methods to heal foot ulcers. This is an important finding since the delay in receiving service from the specialist wound care team increases the possibility of wound infection and delays wound healing. In the study conducted by Martin et al. (2017) with 30 patients with a diabetic foot ulcer, it was reported that 60% of the patients used complementary and alternative treatment methods for foot ulcers.

Two out of three patients in this study were found to be aware of some traditional and complementary methods in the treatment of diabetic foot ulcer (65%). In the study conducted by Kaynak and Polat (2014) with 285 diabetic patients, it was reported that the ratio of the usage of complementary and alternative treatment was 48.1% and that all users used herbal applications.

In this study, the participants were found to prefer "herbal methods" and "mind-body medical and manipulative approaches" as traditional and complementary methods. When the most used local herbal methods in foot ulcer were examined; it was determined that more than four out of five (85%) used St. John's wort and that about one out of five (16.1%) used olive oil extract. On the other hand, aloe vera extract (3,2%), pine extract (3,2%), onions (3,2%), and other (12,8%) methods were found to be used less. There was no study found on the use of St. John's wort by patients with a diabetic foot ulcer.

In the study conducted by Gül and Dinler (2016) to identify medicinal and aromatic plants commonly used in wound healing, *Asplenium scolopendrium* (hart's-tongue), *Hypericum perforatum* (St. John's wort), *Plantago major* (white man's foot, broadleaf plantain), *Lysimachia verticillaris* Srengel

(lysimachia), Rumexcrispus (lamb's ear) were reported to be commonly used by patients.

Yucel et al. (2017) applied St. John's wort oil extract for wound care and treatment in a patient with stage 2 pressure ulcer in the intensive care unit. This was the first case study that reported the useful effects of St. John's wort on the pressure wounds. As a result, they reported that St. John's wort oil extract had an important effect on the treatment of pressure wounds.

In a randomized double-blind study conducted with 40 patients with diabetic foot ulcers, placebo gel was applied to 20 patients in the control group and plantaveragel (aloe vera and plantago major) was applied to 20 patients in the study group. As a result of the study, it was reported that there was a significant decrease in the ulcer surfaces of those who received plantavera gel application compared to the control group (Najafian, Khorasani, Najafi, Hamed and Mahjour, 2018).

In this study, mind-body medical and manipulative approaches were found to be less preferred. The methods applied included topical application of Vaseline, praying, and ice application (Table 3). There is a limited number of study conducted in our country to determine the traditional and complementary methods used by patients to diabetic ulcer healing. In the study conducted by Martin et al. (2017), it was reported that 67% of diabetic foot patients used lard oil, 22% used honey, and 11% applied cupping.

In this study, it was determined that most of those (82.5%, n=52) who used traditional and complementary medicinal applications did not inform their physicians. This is an important problem. Similar to our study, it has been reported that most of the parents (69.2%) using traditional and complementary methods in children with Type 1 diabetes mellitus did not inform their healthcare professional (Arıkan, Sivrikaya ve Olgun, 2009).

When the demographic characteristics of the participants and their usage of traditional and complementary treatment were compared, a significant difference was found between the working status and the status of using traditional and complementary treatment ( $\chi^2=5.99$ ;  $p<0.019$ ). According

to this, it was found that two-thirds (61.1%) of those who were employed and one-third (32.1%) of those who were not employed used a method (Table 4). It is an interesting finding that those who were employed used more traditional and complementary treatment methods. We believe that being influenced by the social environment (friends, relatives, etc.) is more effective in this group.

## CONCLUSION

Considering the results obtained from this study, two-thirds of the participants were aware of some traditional and complementary methods in the treatment of diabetic foot ulcer; however, only one-third of them used traditional and complementary methods in the treatment of diabetic foot ulcer. The most used herbal methods were St. John's wort and olive oil extract. However, it was determined that most of the patients did not inform their physicians about this situation.

In conclusion, specialized team members should question the patient when taking anamnesis in terms of the use of traditional and complementary methods. Patients' reasons for using these treatment methods and the importance of informing physicians should be emphasized.

## REFERENCES

1. Acar, E., & Kacıra, B. K. (2017). Predictors of lower extremity amputation and reamputation associated with the diabetic foot. *The journal of foot and ankle surgery*, 56(6), 1218-1222.
2. Arıkan, D., Sivrikaya, S. K., Olgun, N. (2009). Complementary alternative medicine use in children with type 1 diabetes mellitus in Erzurum, Turkey. *Journal of clinical nursing*, 18(15), 2136-2144.
3. Berk, A., Dokumacı, A., & Kaymaz, M. (2015). Yara iyileşmesi ve diyabetik yara tedavisinde kullanılan tıbbi bitkiler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(3).
4. Bulduklu, Y. (2015). Hedef kitle bağlamında tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. *Selçuk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 1(37), 607-627.
5. Dedeli, Ö., & Karadakovan, A. (2011). Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula Dd*, 1(1), 23-32.
6. Erdoğan, Z., Atik, D. Ö., & Çınar, S. (2014). Kronik böbrek yetmezliğinde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4), 773-789.

7. Gül, V., & Dinler, B. S. (2016). Kumru (Ordu) yöresinde doğal olarak yetişen bazı tıbbi ve aromatik bitkiler. *Ziraat Fakültesi Dergisi*, 11(1), 146-156.
8. Gülgün C., P., D. (2014). Akciğer Kanseri Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Yaşam Kalitesi, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 71.
9. Güngörmüş, Z., & Kıyak, E. (2012). Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ağrı Dergisi*, 24(3), 123-129.
10. International Diabetes Federation. (2015). *Diabetes Atlas Seventh Edition*.
11. International Diabetes Federation. (2017). *Diabetes Atlas Eighth Edition*.
12. Kaynak, İ., & Polat, Ü. (2017). Diabetes mellitus'lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi. *Genel Tıp Dergisi*, 27(2).
13. Kılıç, Z., Şentürk, A., & Görüş, S. (2015). Kronik hastalığı olan bireylerde uyku sorunlarında tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımı. *Spatula DD*, 5(2), s69-77.
14. Kılıçarslan, M. (2012). Akciğer kanseri hastalarında tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanımı (Uzmanlık Tezi), Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, 87.
15. Kramlich, D. (2014). Introduction to complementary, alternative, and traditional therapies. *Critical Care Nurse*, 34(6), s50-56.
16. Martin Ç, Bağlı B.S., Yücel S. (2017). Diyabetik ayak yaralı hastaların tamamlayıcı alternatif tedavi kullanım durumlarının araştırılması. 12. Ulusal Yara Kongresi, Antalya, 46.
17. Najafian, Y., Khorasani, Z. M., Najafi, M. N., Hamed, S. S., Mahjour, M., & Feyzabadi, Z. (2019). Efficacy of aloe vera/plantago major gel in diabetic foot ulcer: a randomized double-blind clinical trial. *Current drug discovery technologies*, 16(2), 223-231.
18. Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. (2013). Onkolojide semptom yönetiminde kullanılan kanıt temelli tamamlayıcı yöntemler ve etkileri. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 83-98.
19. Public Health Institution of Turkey. (2014). *Turkey diabetes program 2015-2020*, Ankara.
20. Saltoğlu, N., Kılıçoğlu, Ö., Baktıroğlu, S., Oşar-Siva, Z., Aktaş, Ş., Altındaş, M., ... & Yılmaz, T. (2015). Diyabetik ayak yarası ve infeksiyonunun tanısı, tedavisi ve önlenmesi: ulusal uzlaşma raporu.
21. Tokaç M. (2013). Geleneksel tıbbi akademik yaklaşım: GETTAM. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. 28, 82-85.
22. Turkey Endocrinology and Metabolism Society. (2017). *Diabetes Mellitus and its complications, diagnosis, treatment and follow-up guide*, Ankara, 9, 149-157.
23. World Health Organization. *Global Report on Diabetes*. 2016.
24. Yücel, A., Kan, Y., Yesilada, E., & Akın, O. (2017). Effect of St. John's wort (*Hypericum perforatum*) oily extract for the care and treatment of pressure sores; a case report. *Journal of ethnopharmacology*, 196, 236-241.
25. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>. Erişim Tarihi: 18.07.2022



## Derleme

## Kronik Hastalıklarda Hayvan Destekli Terapi Animal Assisted Therapy In Chronic Diseases

Rahşan ÇEVİK AKYIL <sup>a</sup>, Beyza Nur ŞENGÜL <sup>\*,b</sup>

<sup>a</sup> Prof.Dr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

<sup>b</sup> Uzm. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Disiplinler arası Doktora Programı, AYDIN, TÜRKİYE

## ÖZET

Kronik hastalıklar hem ülkemizde hem de dünyada giderek artmakta olan 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunlarından biridir. Kronik hastalıklar yaşam boyu bakım gerektiren, kişilerin yaşam kalitesini etkileyen çoğu zaman ilerleyici hastalıklardır. Bu süreçte hastanın fonksiyonel yeteneklerini en üst düzeyde tutmak, hastalık ile uyumunu sağlamak ve semptomların gelişmesini önlemek için multidisipliner yaklaşımların kullanılması gerekmektedir.

Hayvan destekli terapi, insan-hayvan etkileşimine dayanan, kronik hastalıklar ve ruhsal bozukluklara bağlı fiziksel veya psikolojik sorunları olumlu yönde etkileyen alternatif bir terapi türüdür. Dünyada giderek kullanımı artmakta olan hayvan destekli terapi; kardiyovasküler hastalıklar, solunum hastalıkları, kanser, demans ve inme gibi kronik hastalıklarda önemli tamamlayıcı, alternatif terapi çeşitlerinden biridir. Hayvan destekli terapinin, sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde, kronik hastalıkların getirdiği psikolojik, sosyal ve fiziksel yükün hafifletilmesinde önemli etkileri bulunmaktadır. Konuyla ilgili çalışmaların artırılmasına ve geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu derleme ile hayvan destekli terapi ve kronik hastalıklarda etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Alternatif ve tamamlayıcı terapi, Hayvan Destekli Terapi, Kronik Hastalıklarda Pet Terapi

## ABSTRACT

Chronic diseases are one of the most important health problems of the 21st century, which is increasing both in our country and in the world. Chronic diseases are often progressive diseases that require lifelong care and affect the quality of life of people. In this process, multidisciplinary approaches should be used in order to keep the functional abilities of the patient at the highest level, to ensure compliance with the disease and to prevent the development of symptoms.

Animal-assisted therapy is an alternative treatment type based on human-animal interaction that positively affects physical or psychological problems related to chronic diseases and mental disorders. Animal-assisted therapy, which is increasingly used in the world; It is one of the important complementary and alternative treatments in chronic diseases such as cardiovascular diseases, respiratory diseases, cancer, dementia and stroke. Animal-assisted therapy has important effects in the protection and development of health and in alleviating the psychological, social and physical burden of chronic diseases. There is a need to increase and develop studies on the subject. In this review, it is aimed to examine the effects of animal assisted therapy and chronic diseases.

**Keywords:** Alternative and complementary therapy, Animal Assisted Therapy, Pet Therapy in Chronic Diseases

\* Bu çalışma 22.04.2022 tarihinde 3.Uluslararası 5. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

\*Sorumlu Yazar: Beyza Nur ŞENGÜL

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Disiplinler arası Doktora Programı, AYDIN, TÜRKİYE

e-posta: [beyzanursengul1995@gmail.com](mailto:beyzanursengul1995@gmail.com)

Geliş tarihi:02.02.2022

Kabul tarihi:25.04.2022

## GİRİŞ

Kronik hastalıklar olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıklar; genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin kombinasyonunun bir sonucu olarak ortaya çıkarlar ve uzun süreli olma eğilimindedirler. Kronik hastalıklar sebebiyle her yıl Dünya’da 41 milyon insan ölmektedir ve bu da dünyadaki tüm ölümlerin %71’ine eşittir (World Health Organization [WHO], 2018). Her yıl 30-69 yaşları arası, 15 milyon insan bir kronik hastalık nedeni ile hayatını kaybetmekteyken; kardiyovasküler hastalıklar nedeni ile yılda 17,9 milyon, kanser nedeni ile 9 milyon, solunum yolu hastalıkları nedeniyle 3,9 milyon ve diyabet nedeniyle 1.6 milyon kişi ölmektedir (WHO, 2018).

Kronik durumun şekli ve evresi teknolojik olanaklara bağlı olarak farklılık gösterir. Hastalık yönetimi; önleme, tanı koyma, akut atakların tedavisi ve hasta eğitimi gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Hastaların, fonksiyonel yeteneklerinin en üst düzeyde kullanılmasının desteklenmesi ve yetersizlikleri ile uyumlarını sağlamak için multidisipliner yaklaşımların kullanılması önemlidir (Gülseven ve Oğuz, 2014). Hastalığın bireylerin yaşamındaki olumsuz etkilerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak adına rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi önemli bir diğer husustur (Akın, 2013).

Dünyada giderek artan bir şekilde rehabilitasyon terapisinde yer alan hayvan destekli terapi (HDT), rehabilitasyon hemşireliği alanında da bakımın amaçlarına ulaşılmasında destek sağlamaktadır. Günümüzde birçok ülkede uygulanan tamamlayıcı ve nonfarmakolojik terapi uygulamalarından biri haline gelen HDT, son on beş yıldan bu yana da Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırması’nda (NIC) yer almaktadır (Nursing Interventions Classification [NIC], 2004).

Hayvan destekli terapi, belirli bir hedefe yönelik uygulanan terapi prosedürünün ayrılmaz parçası olan bir müdahale programıdır. Hayvanların sevgi, dikkat, eğlence ve rahatlama sağlamak amaçlı kullanımını kapsar (NIC, 2004). Bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarının iyileştirilmesinde destekleyici bir yöntemdir (Matuszek, 2010). Hayvan destekli terapi bu tür programları tanımlamada sıklıkla

kullanılan genel bir ifadedir. Bu programın gelişmesi devam ettikçe daha fazla disiplinin katılımı ile farklı tanımlar kullanılmıştır (İncazlı, Özer ve Yıldırım, 2016). Uluslararası İnsan-Hayvan Etkileşimi Örgütleri Birliği (International Association of Human Animal Interaction Organizations [IAHAIO]), Mart 2013’de dâhil edilen Hayvan Destekli Aktivite (Animal Assisted Activity [AAA]) için “IAHAIO Tanımları ve Hayvanların Sağlığı İçin Kılavuzlar” başlıklı bir bildiri yayınlamıştır (Fine, Tedeschi ve Elyoye, 2014). Hayvan Destekli Müdahale (Animal Assisted Intervention [AAI]), insanlarda terapötik kazanımlar amacıyla kasıtlı olarak sağlık, eğitim ve insan hizmetindeki hayvanları kapsayan bir hedefe yönelik ve yapılandırılmış müdahale şeklinde tanımlamıştır. Hayvan destekli müdahaleler, Hayvan Destekli Terapi (Animal Assisted Therapy [AAT]), Hayvan Destekli Eğitim (Animal Assisted Education [AAE]) veya belirli koşullar altında Hayvan Destekli Aktivite (Animal Assisted Activity [AAA]) gibi insan-hayvan ekiplerini içeren tanımlardır (IAHAIO, 2014). Köpekler, kediler, gine domuzları, tavşanlar ve atlar, insanlar için terapi olarak kullanılan bazı hayvan türlerindedir. İnsan-hayvan ilişkisi duygusal davranışsal veya fiziksel sorunlardan ötürü toplumda izole olan kişilere fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlıkları yönünden yarar sağlar. Bunun dışında yunusları ve akvaryumları izlemenin de pratik yararları olduğu tanımlanmıştır (Easton ve Beck, 2014; Morisso, 2007).

HDT ilgili yapılmış çeşitli araştırmaların sonuçları sayesinde birbirlerini destekleyerek farklı etki mekanizmalarının devreye girmesiyle gerçekleştiği bulunmuştur. Bu birbirlerini destekleyen ve güçlendiren mekanizmaların şu şekilde gruplandırılabilirdiği belirtilmektedir:

1. Affektif-duygusal mekanizma: Hayvan Terapisinin büyük kısmının temel aldığı insan-hayvan bağının en önemli eylem yolu, duygusal mekanizmadır. Duygusal bağ ne kadar kuvvetli olursa, faydalı sonuçlar da o kadar güçlü olur. Rahatlatıcı tepki verme çeşitli biyokimyasal yollarla çalışır. Nörohipofizden kaynaklanan bir uyarı zincirinin etkisi altında geliştirilmiş glikokortikoid hormonların immünodepresif etkilere sahip ve kronik



infektif hastalıklardan korunmada rol oynadığı bilinmektedir.

2. Psikolojik uyarılma: İnsan-hayvan ilişkisi, sosyal davranış ve ilişki mekanizmaları, ayrıca karakter özellikleri ve bilişsel yönler gibi insan ruhunun çeşitli alanlarını içeren yoğun bir uyarıcıdır. Anoreksi ve letarji gibi pek çok hastalıkta hayvan beslenmesine önem verilmesi sayesinde hasta olan hayvan sahibinin de beslenmesi desteklenmiş olur.
3. Oyun mekanizması: Hasta bir kişi bir kedi ile oynarken veya köpek davranışlarına güldüğünde, savunma sisteminin geliştiği dolayısıyla iyileşme potansiyellerinin arttığı bildirilmiştir. Ayrıca oyun oynamak, fazlaca hareket etmeye neden olan en iyi spordur.
4. Psikosomatik Mekanizma: Psikolojinin beden sağlığını etkilediğine ve fiziksel hastalıkların çoğunun psikolojik bir bileşenin bulunduğu dair artan bir kanıt vardır. Duygusal, psikolojik uyarıcı ve oyun mekanizmalarıyla, psikosomatik etkiler de gerçekleşmektedir.
5. Fiziksel mekanizma: HDT fiziksel bileşeni kuşkusuz önemlidir ve birçok durumda uygulanır. Hipoterapi, yunuslarla su oyunları veya kişinin kendi köpeği ile yürüyüş yapması örnek verilebilir.
6. Diğer- İlişkili mekanizmalar: Bireylere göre değişkenlik gösteren kişisel mekanizmalar sayılabilir.

Bu mekanizmalar, ayrı ayrı tanımlansa da işleyiş bakımından birbirinden bağımsız düşünülemez (Ballarini, 2003).

Bu derleme ile kardiyovasküler hastalıklar, solunum hastalıkları, demans, inme ve kanser gibi rehabilitasyon gerektiren kronik hastalıklarda önemli tamamlayıcı, alternatif terapi çeşitlerinden biri olan hayvan destekli terapinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### **Hayvan Destekli Terapinin Kardiyovasküler Sistem Sağlığına Etkisi**

Hayvan destekli terapi kapsamında kalp yetmezliği sebebiyle hastanede yatış yapan hastalara bir terapi köpeği tarafından gerçekleştirilen ziyaretin kardiyopulmoner basınç ve nörohormon seviyelerinde iyileştirme ve kaygıda genel bir

düşüş gerçekleştirdiği bildirilmiştir (Cole, Grawlinski, Steers ve Kotlerman, 2007). Yapılan başka bir çalışmada evcil hayvan terapisinin kan basıncını ve kalp atış hızını önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur. (Krause-Parello ve Kolassa, 2016). Literatürde kedi, köpek okşamanın, bir akvaryumda tropikal balıkları izlemenin ve hatta evcil bir boa yılanını okşamanın bile kan basıncını azalttığı bildirilmiştir (Herzog, 2011).

İsveç'te 39.995 katılımcının dahil edildiği bir çalışmada, evcil hayvan sahibi olmayanların evcil hayvan sahiplerine göre kardiyovasküler hastalıklar, yüksek tansiyon, diyabet hastalıklarından kaynaklı daha sık semptom ve/veya zorluk bildirdiği belirtilmiştir (Müllersdorf, Granström ve Sahlqvist, 2010). Allen A. ve arkadaşlarının (2002) 240 evli çift üzerinde yaptığı çalışmada, evcil hayvan sahiplerinin anlamlı derecede düşük kan basıncı, daha düşük kan basıncı reaktivitesine ve stresörlerden daha hızlı toparlanmaya sahip olduğu bulunmuştur. Abate ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, kalp yetmezliği olan hastalarda köpek destekli ambulasyonun güvenli ve etkili olduğu ve de hastanede kalış süresini azalttığı ve böylece kronik kalp yetmezliği bakım maliyetlerini düşürmede etkili olduğu bildirilmiştir. Yapılan 12 yıllık bir takip çalışmasına göre, köpek sahiplerinde daha düşük kardiyovasküler hastalık riski olduğu ve köpek sahibi olmanın, genel popülasyonda düşük ölüm oranıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Mubanga ve ark., 2017). Friedmann ve Thomas (1995), çalışmalarında evcil hayvan sahipliğinin, insan dışı sosyal desteğin akut miyokard enfarktüsü sonrası hastalarda 1 yıllık sağ kalım üzerinde olumlu etkileri olduğunu bulmuşlardır. Literatürde koroner kalp hastalığı risk faktörünün evcil hayvan sahiplerinde sahip olmayanlara göre önemli ölçüde daha düşük olduğu, yaşlı evcil hayvan sahiplerinde, sahip olmayanlara kıyasla daha düşük serum trigliserid seviyeleri olduğu belirtilmiştir (Wells, 2009). Huzurevinde demans hastalarıyla yapılmış bir başka çalışmada hayvan destekli terapinin kan basıncı yanı sıra hastaların davranışları üzerinde olumlu bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Thomson, 2020).

### **Hayvan Destekli Terapinin Kanser Hastalıklarına Etkisi**

Kanser hastalarının büyük bir bölümü hastalık sürekliliği boyunca depresyon, kaygı, dozları yüksek

olabilecek yorgunluk, ağrı, dahil olmak üzere geniş bir çeşitlilikte sorunlu ve engelleyici semptomlar yaşarlar (Carlson ve ark., 2004). Semptomatik belirtilerde azalma için kanser tedavisine tamamlayıcı terapi eklenmesinin etkili ve maliyeti düşürme konusunda faydalı olabileceği literatürde bildirilmektedir (Block, 2010). Kanser hastaları için yaygın olarak kullanılan tamamlayıcı terapiler arasında akupunktur, aromaterapi, görüntü, masaj, meditasyon, müzik terapisi, besin takviyeleri, reiki, terapötik dokunuş, yoga ve su terapisi sayılabilir. Bunların yanı sıra hayvan destekli terapi, kanser hastaları tarafından kullanılan, tanınmış ve kanıtlanmış bir tamamlayıcı terapidir. Depresyon, kaygı, yorgunluk, ağrı gibi sorunlu ve engelleyici semptomların her biri terapi köpeği ziyaretleri dahil olmak üzere tamamlayıcı terapinin eklenmesiyle hedeflenebilir ve geliştirilebilir (Markus, 2012). Huzurevindeki kanser hastalarında yapılan bir çalışmada terapi köpeklerinin stresi azaltmada etkili olduğu ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir (Turnbach, 2014).

Yapılan bir araştırmada, HDT' nin meme kanseri sonrası tanı konusuna danışmanlıkta katılımı ve duyguların ifadesini artırmakta faydalı olduğu, meme kanseri hastalarında HDT' nin sıkıntı duygularını iyileştirebileceği ve sakinlik duygularını destekleyebileceği vurgulanmıştır. Ayrıca meme kanseri hastalarında yalnızlığı ve ajitasyonu azaltma, sağlık profesyonelleri ile iletişimi artırma ve etkileşimi kolaylaştırma potansiyeline sahip olduğu bildirilmiştir (White ve ark., 2015). Trembath (2015) çalışmasında, hayvan destekli müdahalenin kanser hastalarında yaşam kalitesini iyileştirdiğinden ve bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğundan bahsetmiştir. Pediatri servisindeki kanser hastalarında yapılan bir çalışmada, hayvan destekli terapinin çocuklar üzerinde de yarar sağladığı bildirilmiştir (Moreira, Gubert ve Sabino, 2016). Onkolojik tedavi alan çocuklarda hayvan destekli terapinin uygulandığı ve etkililiğinin araştırıldığı bir çalışmada müdahale neticesinde hastane ortamına daha iyi adaptasyon, iştah artışı, ağrıda hafifleme, invaziv prosedürlerin kabulü, artan iyilik hissi, daha az acı çekme ve artan motivasyon bildirilmiştir (Silva & Oso'rio, 2018).

Kanser tedavisinde HDT yaşam kalitesini artırıcı, semptomları azaltıcı etkilerinin yanı sıra aynı zamanda

hastalıkları önceden tespit edilmesinde de yararları olduğu görülmektedir. Kolorektal kanser tanısı almamış kişilerin örneklerinin köpeklere koklatıldığı çalışmada, köpeklerin kanseri koklayarak tanıyabildikleri görülmektedir (Sonoda ve ark., 2010). Başka bir çalışmada mesane kanseri olan hastalardan alınan idrar örneklerinin köpeklere koklatıldığı ve kanseri tespit edebildikleri belirlenmiştir (Wells, 2009).

### **Hayvan Destekli Terapinin Demansa Etkisi**

Yaşam süresinin giderek uzaması, yaşlı nüfusun genel popülasyon içinde artmasıyla birlikte halk sağlığı problemi olarak görebileğimiz demans; progresif, nörodejeneratif bir hastalıktır. Demans hastasının bakımında esas amaçlar; işlevselliğin korunması, engelinin azaltılması, var olan yetenek ve durumların korunması adına çevre ve ilişkilerin düzenlenmesi, süreçle meydana gelen kayıpların telafisi, bireyselliğin korunarak yaşam kalitesinin sürdürülebileceği terapötik ortamın sağlanmasıdır (Akyar, 2011). Demans hastalığının tedavisi ve bakımında farmakolojik yöntemlere alternatif ve ek olarak nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasına ve geliştirilmesine ihtiyaç vardır (Nordgren ve Engström, 2013).

Orta ve şiddetli demansı olan yaşlılarda yapılan çalışmada, 5 aylık bir HDT seansı sonrasında hastaların nöropsikiyatrik semptomlarında iyileşme olduğu rapor edilmiştir (Tournier, Vives ve Postal, 2017). Demans hastalarında yapılan bir diğer çalışmada, HDT' nin demansa bağlı gelişen ajitasyon ve saldırganlığı azalttığı, yaşam kalitesi üzerine olumlu bir etkisi olduğu belirlenmiştir (Michelle ve ark., 2019). Demanslı, huzurevinde kalan yaşlı bireylerde HDT' nin sosyal, davranışsal psikolojik etkilerinin bakıldığı çalışmada, hastaların daha sık sosyal etkileşimde buldukları (dokunma vücut hareketleri gibi), HDT ile yaşlıların daha fazla pozitif duygular besledikleri belirlenmiştir (Wesenberg, Mueller, Nestmann ve Holthoff-Detto, 2018). HDT ve demans hastalığı semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışmada, özellikle HDT' nin bireylerdeki depresyonu önemli ölçüde azalttığı rapor edilmiştir (Park ve ark., 2020). İsveç'te dört farklı huzurevinde demanslı hastalarla yapılan bir çalışmada, hayvan destekli müdahalenin yaşam kalitesi üzerinde olumlu ve teşvik edici yönde etkisi olduğu sonucuna

ulaşmıştır (Nordgren ve Engström, 2013). Köpek destekli terapinin demans hastaları üzerindeki etkilerini inceleyen başka bir çalışmada, HDT' nin yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirlenmiş, demans hastalarında hastalık yükünü azaltabilmek için HDT' nin kullanılması önerilmiştir (Kårefjärd ve Nordgren, 2018). Hayvan destekli terapi; sosyal, psikolojik etkilerinin yanı sıra besin alımını da etkilemektedir. Akvaryum balıklarının besin alımına etkisinin incelendiği bir çalışmada, Alzheimer hastalarının iki hafta içerisinde besin alımının arttığı, besin takviyelerine olan ihtiyacın azaldığı ve vücut ağırlıklarının arttığı bulunmuştur (Edwards ve Beck, 2002). Bir başka çalışmada, Alzheimer gündüz bakımevindeki şiddetli alzheimer hastalarından oluşan örnekleme hayvan destekli aktiviteler ile, bir kontrol aktivitesine kıyasla kaygı ve üzüntüde azalma ve pozitif duygularda ve motor aktivitede bir artış ile ilişkilendirilmiştir (Mossello ve ark., 2011). Oyuncak ve robot hayvanların da demans hastalarının ilgisini çekerek onları mutlu edebildiği de bildirilmektedir (İncəzlı, Özer ve Yıldırım, 2016).

### **Hayvan Destekli Terapinin İnme Hastalığında Etkisi**

Gelişmiş ülkelerde, kalp damar hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırada gelen ölüm nedeni iken, dünyada ikinci sırada görülen ölüm nedeni olarak karşımıza çıkan inme (felç), toplumda yaygın olarak görülen bir rahatsızlıktır (Tekeli ve Şenol, 2013). İnme sonrası hastalarda bağımlılık gelişmesi %20 oranındadır ve inmenin ardından hastalarda depresyon, kaygı durum bozukluğu, demans, psikoz, mani, patolojik emosyonlar, çevreye karşı ilgisizlik ve katastrofik reaksiyon gelişebilir (Gencer ve Hocaoğlu, 2019). Hasta, hasta yakınları ve bakım verenleri için zorlu ve yoğun etkileri olması sebebiyle inme sonrası rehabilitasyon önemli bir konudur. Hayvan destekli terapi, inme öyküsü bulunan hastalarda gelişen semptomlar ve bağımlılık durumu için etkili bir terapi aracı olabilir (Fujisawa, Kumasaka ve Arakida, 2019).

Nörorehabilitasyon amaçlı hayvan destekli terapinin incelendiği çalışmada, hastaların sosyal işlevselliğinin arttığı, stres ve kaygı düzeylerinin azaldığı, özellikle Multiple skleroz ve inme hastalarında spastisitenin azaldığı rapor edilmiştir (Lasa ve ark., 2015). Nörorehabilitasyon uygulanan hastalarda

yapılan bir başka çalışmada, HDT'nin kişinin sosyal davranışlarını olumlu yönde etkilediği, motivasyon ve memnuniyetinin arttığı belirlenmiştir (Hediger, Thommen, Wagner, Gaab ve Hund-Georgiadis, 2019). Afazili hastalarda yapılan bir çalışmada, geleneksel terapi sonrasında uygulanan HDT'nin hastaların stres düzeyini azalttığı, terapi seanslarında daha motive oldukları bulunmuştur (Macauley, 2006). İnme öyküsü olan hastalarda hippoterapinin (at yardımıyla terapi) yürüyüş ve denge üzerine etkilerinin olumlu sonuçları olduğu, kişilerin yürüyüş ve adımlarındaki asimetri oranının azaldığı belirtilmiştir (Lee, Kim ve Yong, 2014). İnme sonrası hippoterapi uygulanan hastalara yapılan bir başka çalışmada, yürüyüş eğitiminde olumlu etkileri olduğu rapor edilmiştir (Beinotti, Correia, Christofolletti ve Borges, 2010).

### **Hayvan Destekli Terapinin Solunum Sistemi Üzerine Etkisi**

Ülkemizde ve dünyada en sık hastaneye yatış ve ölüm sebeplerinden olan solunum sistemi hastalıklarının bakım ve hastalık yükünü azaltmak adına bütüncül bir yaklaşım olarak hayvan destekli terapiler önerilebilir (Lancet, 2020; Türkiye İstatistik Kurumu, 2020). Evcil hayvan terapisi müdahalelerinin hastanede yatan hastaların fizyolojik, davranışsal ve duygu durum sonuçlarını ve deneyimlerini iyileştirip iyileştirmediğini belirlemek amacıyla 59 hasta ile yapılmış bir çalışmada, terapi sonrası hastalarda ağrı, solunum hızı ve olumsuz ruh hali durumunda önemli düşüş olduğu ve algıladıkları enerji düzeylerinde artış meydana geldiği sonucuna ulaşılmıştır. Evcil hayvan terapisi, hastalarda gerilim/endişe, yorgunluk/ataletin azalması ve genel ruh halinin iyileşmesi için destek sağlar (Coakley ve Mahoney, 2009). Holleman ve ark. (2016)'a göre, akciğer nakli olan hastalarda nakil ile ilgili devam eden önemli tıbbi komplikasyonlar olsa bile hayvan destekli terapi hastanede kalış sürelerini olumlu yönde etkileyen, akciğer nakli sonrası güvenli bir terapidir. Nakil sonrası hayvan destekli terapi ile bütünsel bir yaklaşımın ağrıyı azalttığı, ruh hali ve egzersiz motivasyonunu artırdığı kanıtlanmıştır. Bununla birlikte bir köpeğin yalnızca duygusal yardımcı değil aynı zamanda fiziksel aktiviteye de yardımcı olarak şiddetli kardiyak veya pulmoner bozukluğu olan hastalarda nefes almayı iyileştirmek için kısa mesafe yürüyüşleri ile günlük yürüme hedefini

gerçekleştirmeye katkıda bulunabileceği bildirilmiştir (Matuszek, 2010).

İnme sonrası köpekler kullanılarak hayvan destekli terapinin kullanıldığı deneysel bir çalışmada terapi sonrasında hastalarda solunum fonksiyonu değişkenlerinde değişimler gözlenmiş ve pulmoner fonksiyonlarında (1 saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim, zorunlu hayati kapasite, tepe ekspiratuar akış, maksimum inspiratuar basınç, maksimum ekspiratuar basınç) önemli bir artış olduğu belirtilmektedir (An ve Park, 2021).

## SONUÇ

Hayvan destekli terapi, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları, kanser, demans ve inme gibi tedavisi yaşam boyu süren, semptomları yaşam kalitesini etkileyen kronik hastalıklarda önemli bir nonfarmakolojik, tamamlayıcı, alternatif terapi çeşitlerinden biridir. Hayvan destekli terapinin sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde, kronik hastalıkların getirdiği psikolojik, sosyal ve fiziksel yükün hafifletilmesinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bu sebeple hayvan destekli terapilerin kullanımının yaygınlaştırılması, tedavi düzenleyicilerin hayvan destekli terapileri farmakolojik yöntemlere birer alternatif ve/veya tamamlayıcı olarak görmeleri birey ve toplum sağlığı açısından önemli bir rol oynamaktadır. Bu alandaki çalışmaların artırılmasına ve geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Abate, S., Zucconi, M. ve Boxer, BA. (2011). Impact of canine-assisted ambulation on hospitalized chronic heart failure patients' ambulation outcomes and satisfaction: a pilot study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26 (3), 224-230. doi: 10.1097/JCN.0b013e3182010bd6
2. Akın, S. (2013). *Kronik hastalıklar ve bakım*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
3. Akyar, İ. (2011). Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 79-88
4. Allen, A., Blascovich, J. ve Mendes, WB. (2002). Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. *Psychosom Med.*, 64, 727-739.
5. An, HJ. ve Park, SJ. (2021). Effects of animal-assisted therapy on gait performance, respiratory function, and psychological

- variables in patients post-stroke. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 1-13. doi:10.3390/ijerph18115818
6. Ballarini, G. (2003). Pet therapy animals in human therapy. *Conference Report Acta Bio Medica*. 74, 97-100.
7. Beinotti, F., Correia, N., Christofolletti, G. ve Borges, G. (2010). Use of hippotherapy in gait training for hemiparetic post-stroke. *Arq Neuropsiquiatr*, 68(6), 908-913.
8. Block, KI. (2010). Cost savings with clinical solutions: the impact of reforming health and health care economics with integrative therapies. *Integrative Cancer Therapies*, 9(2), 129-135.
9. Carlson, LE., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., MacRae, JH., Martin, M., Pelletier, G., Robinson, J., Simpson, JS., Specca, M., Tillotson, L. ve Bultz, BD. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British journal of cancer*, 90(12), 2297-2304. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601887>
10. Coakley, AB. ve Mahoney, EK. (2009). Creating a therapeutic and healing environment with a pet therapy program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(3), 141-146. doi:10.1016/j.ctcp.2009.05.004
11. Cole, KM., Gawlinski, A., Steers, N. ve Kotlerman, J. (2007). Animal-assisted therapy in patients hospitalized with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 16, 575-588.
12. Deborah, LW. (2009). The effects of animals on human health and well-being, *Journal of Social Issues*, 65(3), 523-543.
13. Easton, MR. ve Beck, A. (2014). *Rehabilitasyon hemşireliği*. Çeviri: Dizer B. Mauk LK., Nobel Akademi.
14. Edwards, NE. ve Beck, AM. (2002). Animal-assisted therapy and nutrition in Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research*. 24(6), 697-712.
15. Fine, AH., Tedeschi, P. ve Elvove, E. (2014). Forward thinking: The evolving field of human-animal interactions. *Handbook on Animal-Assisted Therapy Foundations and Guidelines for Animal-Assisted Interventions*. 21-35.
16. Friedmann, E. ve Thomas, SA. (1995). Pet ownership, social support, and one-year survival after acute myocardial infarction in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). *The American journal of cardiology*, 76(17), 1213-1217. [https://doi.org/10.1016/s0002-9149\(99\)80343-9](https://doi.org/10.1016/s0002-9149(99)80343-9)
17. Gençer, A. ve Hocaoglu, Ç. (2019). İnme sonrası nöropsikiyatrik durumlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(4), 419-437.
18. Gülseven, B. ve Oğuz, S. (2014). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi.
19. Hediger, K., Thommen, S., Wagner, C., Gaab, J. ve Hund-Georgiadis, M. (2019). Effects of animal-assisted therapy on



- social behaviour in patients with acquired brain injury: a randomised controlled trial. *Scientific Reports*, 9(5831), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-42280-0>
20. Herzog, H. (2011). The impact of pets on human health and psychological well-being: fact, fiction, or hypothesis? *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 236-239. doi: 10.1177/0963721411415220
  21. Hiroko, F., Kumasaka, T. ve Arakida, M. (2019). Influence of animal assisted therapy using dog for patients with stroke and examination of nursing care. *International Medical Journal*, 26(2), 126-134.
  22. Holleman, K., Holland, T., West, L. ve Snyder, L. (2016). The positive outcomes for patients receiving animal assisted therapy. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 35, 342. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healun.2016.01.980>
  23. International Association of Human Animal Interaction Organizations, (2014). *The IAHAIO Whitepaper*, Erişim Tarihi: 20.05.21, Web adresi: <https://iahaio.org/best-practice/white-paper-on-animal-assisted-interventions/>.
  24. İncazlı, SB., Özer, S. ve Yıldırım, Y. (2016). Rehabilitasyon hemşireliğinde hayvan destekli uygulamalar. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 88-93. doi:10.5505/bsbd.2016.98700
  25. Kårefjärd, A. ve Nordgren, L. (2018). Effects of dog-assisted intervention on quality of life in nursing home residents with dementia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(6), 433-440.
  26. Krause-Parello, CA. ve Kolassa, J. (2016). Pet therapy: enhancing social and cardiovascular wellness in community dwelling older adults, *Journal of Community Health Nursing*, 33(1), 1-10.
  27. Lancet. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Global Health Metrics*, 396(10258), 1204-1222. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
  28. Lasa, S., Bocanegra, NM., Alcaide, R., Arratibel, A., Donoso, E. ve Ferrero, G. (2015). Animal assisted interventions in neurorehabilitation: a review of the most recent literature. *Neurologia*, 30(1), 1-7.
  29. Lee, C., Kim, S. ve Yong, M. (2014). Effects of hippotherapy on recovery of gait and balance ability in patients with stroke. *The Society of Physical Therapy Science*. 26, 309-311.
  30. Macauley, BL. (2006). Animal-assisted therapy for persons with aphasia: a pilot study. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 43(3), 357-366.
  31. Markus, DA. (2012). Complementary medicine in cancer care: Adding a therapy dog to the team. *National Library of Medicine*, 16, 289-291.
  32. Matuszek, S. (2010). Animal-facilitated therapy in various patient populations. *Holistic Nursing Practice*, 24(4), 187-203.
  33. Michelle, LY., Nancy, EE., Elizabeth, R. ve Alan, B. (2019). Animal-Assisted Intervention and Dementia: A Systematic Review. *Clinical Nursing Research*, 28(1), 9-29.
  34. Moreira, RL., Gubert, FA. ve Sabino, LMM. (2016). Assisted therapy with dogs in pediatric oncology: relatives' and nurses' perceptions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1122-1128.
  35. Morriss, M. (2007). Health benefits of animal-assisted interventions. *Complementary Health Practice Review*, 12(1), 51-62.
  36. Mossello, E., Ridolfi, A., Mello, A. M., Lorenzini, G., Mugnai, F., Piccini, C., Barone, D., Peruzzi, A., Masotti, G. ve Marchionni, N. (2011). Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care. *International psychogeriatrics*, 23(6), 899-905. <https://doi.org/10.1017/S1041610211000226>
  37. Mubanga, M., Byberg, L., Nowak, C., Egenvall, A., Magnusson, PK. Ingelsson, E. ve Fall, T. (2017). Dog ownership and the risk of cardiovascular disease and death – a nationwide cohort study. *Scientific Reports*, 7, 15821
  38. Müllersdorf, M., Granström, F. ve Sahlqvist, L. (2010). Aspects of health, physical/leisure activities, work and socio-demographics associated with pet ownership in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 53-63. doi: 10.1177/1403494809344358
  39. Nordgren, L. ve Engström, G. (2013). Animal-assisted intervention in dementia: effects on quality of life. *Clinical Nursing Research*, 23(1), 7-19.
  40. Nursing Interventions Classification (4th ed.), (2004). Erişim Tarihi: 30.06.2015. Web adresi: <http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Metodolog%C3%ADa%20Enfermera/labeldefinicions-NIC.pdf>.
  41. Park, S., Bak, A., Kim, S., Nam, Y., Kim, Hs., Yoo, DH. ve Moon, M. (2020). Animal-assisted and pet-robot interventions for ameliorating behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Biomedicines*, 8(6), 150.
  42. Silva, NB. ve Osorio, FL. (2018). Impact of an animal-assisted therapy programme on physiological and psychosocial variables of paediatric oncology patients. *PLoS ONE*, 13(4), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194731>
  43. Sonoda, H., Kohnoe, S., Yamazato, T., Satoh, Y., Morizono, G., Shikata, K., Morita, M., Watanabe, A., Morita, M., Kakeji, Y., Inoue, F. ve Maehara, Y. (2010). Colorectal cancer screening with odour material by canine scent detection, *Colon*, 60, 814-819.



44. Tekeli, H. ve Şenol, M. (2013). Nörolojik hastalıklar ve yanlış uygulamalar. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 4(3).
45. Thomson, KD. (2020). Animal-Assisted Therapy and Quality of Life in Patients with Dementia. *Doctoral project, University of St Augustine for Health Sciences*. doi:<https://doi.org/10.46409/sr.CDZZ6449>
46. Tournier, I., Vives, MF. ve Postal, B. (2017). Animal-assisted intervention in dementia. *Swiss Journal of Psychology*, 76 (2), 51-58.
47. Trembath, F. (2015). Animal-assisted intervention for people with cancer. *HABRI Central Briefs*, 17, 1-5.
48. Turnbach, A. (2014). The effect of dog-assisted therapy on cancer patients in hospice care. *Mount Saint Mary College Journal of Psychology Research Proposals*.4, 7-12.
49. Türkiye İstatistik Kurumu. (2020, Haziran 24). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019*. Türkiye İstatistik Kurumu Web Sitesi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
50. Wells, DL.(2009). The Effects of Animals on Human Health and Well-Being. *Journal of Social Issues*, 65(3), 523—543.
51. Wesenberg, S., Mueller, C., Nestmann, F. ve Holthoff-Detto, V. (2018). Effects of an animal-assisted intervention on social behaviour, emotions, and behavioural and psychological symptoms in nursing home residents with dementia. *Psychogeriatrics*, 19(3), 219-227.
52. White, JH., Quin, M., Garland, S., Dirkse, D., Wiebe, PP., Hermann, M. ve Carlson, LE., (2015). Animal-Assisted Therapy And Counseling Support For Women With Breast Cancer: An Exploration Of Patient's Perceptions, *National Library of Medicine*, 14(5) 460-467.
53. World Health Organization, (2018). *Noncommunicable disease*. Erişim tarihi: 13.04.2021, Web adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.



# Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1090637>

## Derleme

### Uzaktan Öğretim Sürecinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulamasını Değerlendirmede Bir Ölçüm Aracı Örneği: Hipotetik Vaka Analizi

### An Example of A Measurement Tool in Evaluating The Practice of Psychiatric Mental Health Nursing Course in The Distance Education Process: Hypothetical Case Analysis

Saliha HALLAÇ <sup>a,\*</sup>, Kerime BADEMLİ <sup>b</sup>, Sultan TAŞ BORA <sup>c</sup>, Yeliz KARAÇAR <sup>d</sup>, Ahmet GÖKTAŞ <sup>e</sup>

<sup>a</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, ANTALYA, TÜRKİYE

<sup>b</sup> Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, ANTALYA, TÜRKİYE

<sup>c</sup> Arş. Gör. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, ANTALYA, TÜRKİYE

<sup>d</sup> Arş. Gör. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, ANTALYA, TÜRKİYE

<sup>e</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, BİTLİS, TÜRKİYE

## ÖZET

COVID-19 pandemisi, 2019 yılının sonlarına doğru dünya çapında yayılım göstererek birçok değişimi beraberinde getirmiştir. Özellikle eğitim alanında meydana gelen değişim, uygulamalı derslerin yürütüldüğü hemşirelik eğitimi önemli ölçüde etkilemiştir. Ülkemizde 23 Mart 2020’de başlatılan uzaktan öğretim süreci, uygulamalı derslerin yürütüldüğü hemşirelik eğitiminde öğrencilerin katılımını sağlayacak alternatif ders yürütme teknikleri ve ölçme değerlendirme yöntemlerinin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu yöntemlerden biri olan vaka analizi hem eğitim hem de ölçme ve değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (RSHH) dersi, “Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları” ve “Hemşirelik Süreci” doğrultusunda yürütülmekte ve Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve Peplau, Orlando ve Travelbee’nin kuramları kullanılmaktadır. Bu makalede sunulan hipotetik vaka analizi, uzaktan öğretim sürecinde RSHH dersinde bir ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Bu kapsamda bu makalenin amacı uzaktan öğretim sürecinde RSHH dersi uygulamasını değerlendirmede bir ölçüm aracı olarak kullanılan hipotetik vaka örneğini sunmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hipotetik vaka analizi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Uzaktan öğretim.

## ABSTRACT

The COVID-19 pandemic, which spread worldwide at the end of 2019, brought many changes. Especially the change in the field of education has had a significant impact on the nursing education in which applied courses are carried out. The distance education process, which started on March 23, 2020 in our country, brought with it the necessity of developing alternative course instruction techniques, assessment and evaluation methods that will enable the participation of students in nursing education where applied courses are conducted. Case analysis, which is one of the most important of these methods, is used both as an education and measurement and evaluation tool. Psychiatric Mental Health Nursing course is conducted in line with "Psychiatric Nursing Practice Standards" and "Nursing Process" and Gordon's Functional Health Patterns Model and Hildegard E. Peplau, Ida Jean Orlando and Joyce Travelbee's theories are used. The hypothetical case analysis presented in this article was used as a measurement tool in the Psychiatric Mental Health Nursing course in the distance education process. In this context, the aim of this article is to present a hypothetical case example used as a measurement tool in evaluating the Psychiatric Mental Health Nursing course application in the distance education process.

**Key words:** Distance education, Hypothetical case analysis, Psychiatric Mental Health Nursing.

\*Sorumlu Yazar: Saliha HALLAÇ

Adres: Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, ANTALYA, TÜRKİYE

e-posta: [saliha.alkan@gmail.com](mailto:saliha.alkan@gmail.com)

Geliş tarihi:21.03.2022

Kabul tarihi:03.06.2022

## GİRİŞ

COVID-19 pandemisi ile birlikte eğitim alanında yaşanan değişimler kuramsal uygulamalı derslerin ağırlıklı olarak yürütüldüğü hemşirelik eğitimini önemli ölçüde etkilemiştir (Şanlı, Uyanık ve Ünsal Avdal, 2021). Türkiye’de Yükseköğretim Kurulu kararı ile hemşirelik eğitimi uzaktan öğretim yöntemleri ile sürdürülmüştür (YÖK, 2020a) (YÖK, 2020b). Hemşirelik eğitiminde uzaktan öğretime geçiş dünyada ve ülkemizde hemşirelik eğitiminde özellikle uygulamalı derslerde öğrencilerin katılımını teşvik edecek alternatif ders yürütme teknikleri ve ölçme değerlendirme stratejileri geliştirilmesini gerektirmiştir (Jackson ve ark., 2020; HEMDEK 2020; Şanlı ve ark., 2021). Ancak kaynak sınırlılığı, alt yapı yetersizliği ve yasal nedenlerden dolayı yetersiz kaldığı bildirilmiştir (Morin, 2020). Bununla birlikte hemşirelikte kuramsal uygulamalı derslerin uzaktan yürütülmesi, öğrencilerin adil olarak değerlendirilmesi de dahil olmak üzere birçok sorunu beraberinde getirmiştir (Boz Yüksekdağ, 2021). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (RSHH) dersi ile ilgili yapılan bir çalışmada hemşirelik sürecinin öğretiminde vaka analizlerine daha fazla yer verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Taşdemir ve Kızılkaya, 2013). Klinik uygulamaların öğretiminde yaygın şekilde kullanılan vaka analizi yöntemi hem eğitim hem de ölçme ve değerlendirme aracı olarak etkin bir şekilde kullanılmaktadır (Altınbaş ve Derya İster, 2020).

Hipotetik vaka analizi, kuram ve uygulama arasında geçişi sağlamak amacıyla gerçek vakalardan yola çıkılarak geliştirilen bir yöntemdir. Öğrencilerde karar verme ile ilgili olarak belli tutum ve davranışların kazandırılmasında ya da belli konularda bir öngörü edinilmesinde oldukça yararlıdır. Özellikle planlama, örgütleme, koordinasyon, yürütme-karar verme ve kontrol ile ilgili aktivitelerin incelenmesinde rahatlıkla kullanılabilen bir yöntemdir. Vaka analizleri bir taraftan öğrencide belirli koşullar altında belli prensiplerle nasıl karar vereceğini işlerken, bir taraftan da yeni durumlarda nasıl düşüneceğine örnek oluşturacak uygulamaları göstermeyi amaçlamaktadır (Abaan, 1999). Vakaların hipotetik düşünmeyi destekleyecek şekilde yapılandırılması, sorunun görünen boyutlarının ötesine geçip çözüme ilişkin yollar belirlenmesini sağlamalıdır. Hipotetik düşünme, günlük

hayatta ya da eğitim öğretimde karşılaşılan bir sorunu çözmek için olası çözüm yolları geliştirip bunları belirli bir düzene göre uygulamayı sağlayan varsayımsal bir düşünme sürecidir. Hipotetik vaka analizi eleştirel düşünme, uygun klinik yargıda bulunma ve güçlü değerlendirme becerilerinin kullanılması öğrenme sürecini hızlandırmaktadır. Bununla birlikte hemşirelik bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi, sınıfta ve klinik alanlarda zaman ve çaba gerektirmektedir. Vaka temelli öğretme ve öğrenme stratejileri, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği öğrencilerine hem gerekli bilgiyi edinme hem de klinik muhakeme becerilerini geliştirme konusunda yardımcı olmaktadır (Thomas, O’connor, Albert, Boutain ve Brandt, 2001). Dolayısıyla uzaktan öğretimde hipotetik vaka analizin kullanımı öğrencilere teorik derslerde öğretilen kuramsal bilgiyi pratik bilgiyle bütünleştirilmesine ve öğrencilerin klinik karar verme süreçlerinde kullanılmak üzere hatırlanacak uygun bilgi organizasyonuna katkı sağlamaktadır (Dutra, 2013; Furnes, Kvaal ve Høye, 2018). Vaka analizlerinin yapılandırılmasında genellikle bakıma bilimsel yaklaşım getiren araçlar olarak hemşirelik kuramları ve onlara temellendirilmiş hemşirelik süreci kullanılmaktadır (Akduran ve Arslan Özkan, 2014). Bu bağlamda psikiyatri hemşireliği öğretiminde kullanılan vaka analizlerinin, alanla ilgili kuramların ve hemşirelik sürecinin entegrasyonu yapılandırılması problem çözme sürecine bilimsel ve teorik bir alt yapı sağlamaktadır. Bu nedenle, RSHH dersinin uygulamasında bakım planında Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve Hildegard E. Peplau, Ida Jean Orlando ve Joyce Travelbee’nin kuramları kullanılmaktadır (Townsend ve Morgan, 2017).

Lisans eğitiminde kuramsal uygulamalı olarak yürütülen RSHH dersi öğrencilere, “Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları” (ANA, APNA ve ISPN, 2014) ve “Hemşirelik Süreci” doğrultusunda birey ve ailenin ruh sağlığını geliştirici, ruhsal hastalıkları önleyici ve iyileştirici hemşirelik bakımı verme becerisi kazandırmaktadır. Bu dersin laboratuvar ve klinik uygulamalarında, öğrenciler uygulama becerilerini geliştirme fırsatı bulmaktadırlar. Bu nedenle uygulamaların, öğrenme hedeflerine uygun olarak

yapılandırılması ve süreçte karşılaşılan güçlüklerin belirlenmesi, uygun öğretim yöntemlerinin sürece entegre edilmesi açısından önem taşımaktadır. RSHH dersinin ölçme ve değerlendirilmesinde, ödev/proje ve performans tabanlı değerlendirme araçları, günlük ve haftalık periyodik ödevler, çoktan seçmeli ve açık uçlu soruların yer aldığı sınavlar, problem çözme temelli değerlendirmeler, teori ve uygulama için kontrol listeleri ve vaka analizleri kullanılmıştır. Bu kapsamda bu makalenin amacı 2020-2021 Eğitim Öğretim Dönemi Güz Yarıyılında uzaktan öğretim sürecinde RSHH dersi uygulamasını değerlendirmede bir ölçüm aracı olarak hipotetik vaka örneğini sunmaktır. Dersin yürütülmesinde ve ölçme değerlendirmede üniversitenin ve fakültenin uzaktan eğitim öğretim ile ilgili kararları esas alınmıştır (<https://oidb.akdeniz.edu.tr/yonetmelik-ve-yonergeler/751>; <http://hemsirelik.akdeniz.edu.tr/mezuniyet-oncesi-egitim/yonetmelik-ve-yonergeler/>). Dersler senkron şekilde çevrimiçi yürütülmüştür. Öğrencilerin ders materyallerini sistem üzerinden doküman ve video kayıtları ile takip etmeleri sağlanmıştır. Derste kullanılan tüm materyaller anabilim dalı öğretim elemanları tarafından geliştirilmiş ya da kaynak kullanılarak entegre edilmiştir. Dersin yürütülmesinde katılımlı öğretim yöntemleri kullanılmıştır. Laboratuvar ve uygulama konuları genel olarak durum analizleri, vaka tartışmaları, örnek durum çalışmaları, öğrenim rehberleri ve alandan konuk hemşirelerin yer aldığı deneyim paylaşımlarını içermektedir. Durum analizi için psikiyatri hemşireliği uygulamalarını yansıtan makaleler kullanılmıştır. Temel amaç öğrencilerin makaleleri yöntembilim ve yazım açısından değerlendirmeleri değil, psikiyatri hemşireliği uygulamaları ve bakım sonuçlarını tartışabilmeleri ve uygulamaya yönelik öneri geliştirebilmeleridir. Ders kapsamında kullanılan “Öğrenim Rehberleri” psikiyatri hemşireliği becerilerine yönelik olup sistem üzerinden öğrenciler ile tartışılmıştır (<http://hemsirelik.akdeniz.edu.tr/psikiyatri-hemsireligi-anabilim-dali-formlari/>). Örnek durum çalışmaları kapsamında; eko harita, genogram, öykü alma ve ruhsal durum değerlendirilmesi, gözlem yapma ve kayıt örneği, hasta-hemşire görüşmesi ve kayıt örneği, hasta hemşire etkileşiminde yardım edici teknikler, eşleştirilmiş öğrenciler ile senkron sınıf içi kısa görüşme örnekleri, grup dinamikleri ile ilgili grup ve

alt grup video izleme ve tartışma, psikiyatri hemşireliği uygulamalarında yasal ve etik konuları (zorla yatış/ gönüllü yatış, psikiyatrik ilaç kullanma, sır saklama- gizlilik, vb) ele alınmış olup, senkron olarak ilgili yönergeler doğrultusunda tartışılmıştır. Vaka tartışmaları, anabilim dalı öğretim elemanları tarafından daha önce geliştirilmiş ve kullanılmış olan vakalar olup fakülte bünyesinde gerçekleştirilmiş olan öz gelişim seminerleri kapsamında “Hemşirelik Sürecinin Öğretimi ve Kullanımında Ortak Dil Oluşturma” konulu seminerler ve vaka örneği üzerinden netleştirilmiş olan ortak ilkeler dikkate alınarak düzenlenmiştir. Bu doğrultuda altı vaka tartışması gerçekleştirilmiştir. Her bir vaka için, veri toplama, zihinsel algısal alan-ruhsal durum değerlendirilmesi, eko harita, genogram, gözlem, görüşme, hemşirenin düşünce ve yorumları, hipotez oluşturma, tanılama, hemşirelik bakım planı (gerçek/risk/ sağlığı geliştirme iyilik hali hemşirelik tanısı/kollobratif tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme) şeklinde hazırlanmış vakalar üzerinden senkron olarak ilgili yönergeler doğrultusunda tartışılmıştır (<http://hemsirelik.akdeniz.edu.tr/psikiyatri-hemsireligi-anabilim-dali-formlari/>). Dersin başarı değerlendirilmesinde teorik dersler, laboratuvar uygulamaları ve sınıf içi uygulamalar için farklı ölçme araçları kullanılmıştır. Uygulama ödevi kapsamında öğretim elemanları tarafından hipotetik bir vaka oluşturulması ve bunun üzerinden belli bir katkı oranına göre değerlendirilmesi kararı alınmıştır. Bu bağlamda bu makalede, ölçüm aracının oluşturulması ve ölçüm aracının değerlendirilmesi olmak üzere iki aşamadan söz edilecektir.

### **Ölçüm aracının oluşturulması ve değerlendirilmesi**

Bu makalede adı geçen hipotetik vakanın uygulamanın değerlendirilmesinde başarı oranına katkısı %15 olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda “Hipotetik Vaka Analizi: Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireyin Hemşirelik Süreci Sistemi Yoluyla Bakımı” konulu ölçüm aracı iki aşamalı olarak oluşturulmuştur. Ödevin kapsamı, dersi alan öğrencilerin kendilerine verilen hipotetik vaka üzerinden problem çözme yöntemi olan hemşirelik süreci sistemini kullanarak bakım planı oluşturmaları ve oluşturacakları bakım planı için verilen basamaklara uygun çalışmaları beklenmiştir (Buleçek ve ark.,

2017; Carpenito ve Moyet, 2010; Townsend ve Morgan, 2017). Ölçüm aracının oluşturulmasında konu, dayanak, başarı notuna katkısı, ödevin verildiği tarih, ödevin teslim tarihi, ödevin kapsamı, ödev hazırlama ilkeleri başlıklarını içeren yapılandırılmış ödev yönergesi ile hipotetik vaka ve ilgili sorular öğrencilere sistem üzerinden ödev olarak verilmiştir. Sorular vakada verilen bilgileri “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli” ne göre ilgili örüntülere göre yerleştirmeyi, zihinsel algısal alan örüntüsü içerisinde verilen bilgileri ruhsal durum değerlendirmesi yönergesine göre değerlendirmeyi, eko harita, genogram çizme, hipotez oluşturma-tanılama, gözlem raporu değerlendirme, etkileşim raporu örneği değerlendirme, etik durum analizi ve belirlenmiş bir “gerçek tanı”, bir “risk tanı” ve bir “sağlığı geliştirme iyilik hali hemşirelik tanısı” için bakım planı oluşturmayı içermektedir. Ölçüm aracının (hipotetik vaka) değerlendirilmesi aşamasında, standart ve objektifliği arttıracak nitelikte, yanıt anahtarı üzerinde puanlamalara yer verilmiştir. Ayrıca değerlendiricilere rehber olması amacıyla ilgili alanlara açıklık sağlayacak nitelikte açıklamalar yazılmıştır. Her bir sorunun yanıt anahtarı, mümkün olan ve gelebilecek her türlü yanıtı içerecek ve değerlendirecek şekilde oluşturulmuştur.

### Birinci aşama: Ölçüm aracının oluşturulması

**Bireyin/Hastanın Adı Soyadı:** A.B.

**Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:** A.A

**Kurum/Klinik:** Psikiyatri Kliniği

**Yatış Tarihi:** 15.11.2020

**Tıbbi Tanısı:** Alkol Kullanım Bozukluğu

**İlk Görüşme ve Kabul Tarihi:** 22.11.2020

A. Bey 61 yaşında, erkek, bekar, ortaokul mezunu, emekli işçidir ve günlük nakliye işlerinde çalışmaktadır. A. Bey yalnız yaşamaktadır ve bazı günler sokakta yattığını ifade etmiştir. Polikliniğe “uykusuzluk, elde titreme, terleme, huzursuzluk ve vücudunda böceklerin gezindiğini ifade etmesi” şikayetleriyle başvurmuştur ve 15.11.2020 tarihinde yatışı yapılmıştır. A. Bey ortaokul döneminde arkadaş ortamında bira içerek alkole başladığını ve günde bir paket sigara kullandığını ifade etmektedir. Son 1 aydır günlük 1 paket sigara, 10 şişe bira, 2 şişe şarap, bunları bulamadığında da ispirto ve kolonya içtiğini ifade eden A. Bey, son iki gündür herhangi bir şey kullanmadığını belirtmiştir. Vücudunda böcekler gezindiği için uyuyamadığını, gündüz ve geceleri iki-üç saat olmak üzere düzensiz

uyuduğunu ve huzursuzluk yaşadığını belirtmiştir. Normal doğum ile dünyaya gelmiş, 5 yaşına kadar anne sütü emmiş, ailenin ilk çocuğu olup ortaokulda ders başarısı iyi ancak öğretmen ve arkadaşlarıyla arası kötülmüş. A. Bey, anne ve babasının sürekli tartıştığını ve problemleri evliliklerinin olduğunu, aile içindeki sorunlar ve ekonomik nedenlerle ortaokuldan sonra eğitimine devam edememiş, evin geçimini sağlamak için farklı işlerde çalışmıştır. A. Bey, çocukluğunda mahallede diğer çocuklarla kavga ettiğini, zaman zaman ailesiyle tartışıp evden kaçtığını, gençken girdiği işlerde uzun süreli çalışmadığını ve çalıştığı yerdeki kişilerden borç alması sebebiyle sorunlar yaşadığını söylemiştir. Askerliğini Edirne’de 24 ay yapmış, bu süreçte 2 kez firar etmiştir. Bu firarların sebebinin ise askerde alkol alamaması ile açıklamaktadır. Bunların yanı sıra A. Bey 18-21 yaşlarında askere gitmeden önce cezaevinde yattığını belirtmiştir. A. Bey’in babaannesi Diyabetes Mellitus (DM) ve dedesi alkol bağımlılığı, yüksek tansiyon (HT) nedeniyle, anneannesi DM ve dedesi kalp hastalığından kaynaklı nedenlerle vefat etmiştir. A. Bey’in babası 2001 yılında 75 yaşında kanser, annesi 2011 yılında 70 yaşında koroner kalp yetmezliği tanısı kaynaklı nedenlerle vefat etmiştir. A. Bey’in erkek kardeşi de 2003 yılında 30 yaşında hipertansiyon kaynaklı nedenlerle vefat etmiştir. Hayatta olan kız kardeşi B Hanım’ın (50) kendisine maddi ve manevi hiçbir desteği olmadığı için görüşmediklerini belirtmiştir. A. Bey, 2015 yılında, AMATEM’de yatarak tedavi olduktan sonra 6 ay temiz kalmıştır. Sonrasında 2018 yılında tekrar yataklı tedavi olmuş ve 7 ay temiz kalmıştır. Son olarak 2020 yılında da AMATEM’de tedavi olmuş ve 4 ay temiz kalmıştır. Temiz kaldığı dönemlerde ara ara içtiğini, en fazla bir hafta temiz kalma süresi olduğunu, boşuna alkol kullanmadığını, kullanıyorsa da bir sıkıntısı olduğunu, sokakta birileriyle tartıştığını söylemiştir. A. Bey, “Ben istesem bırakırım, ama beni bırakmıyorlar, sokakta üstüme geliyorlar, canımı sıkıyorlar, iş yerimde paramı vermiyorlar, evde de kimse yok duvarlar üstüme üstüme geliyor, ben içmeyeyim de kim içsin, zaten canım istediğinde bırakıyorum, dört ay beş ay hiç içmedim.” demiştir. Konuşması normal hızdadır. Alkol bağımlılığı tanısı dışında kesinleşmiş psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır. A. Bey’in kliniğe yattığı gün muayenesinde ağız içinde yara tespit edilmiş, gününbirlik cerrahi ile alınmış ve biyopsiyeye gönderilmiştir. A. Bey kullandığı ilaçlar; diazepam 5 mg tablet (1x1), ketiapin fumarat 25 mg tablet (1x1), naltrexon 50 mg tablet (1x1), Bevitab B12 tablet (1x1)’dir. A. Bey klinik içinde ilaç saatinde suyunu alıp gelmektedir ve ilacını aldıktan sonra ağız kontrolü yaptırmaktadır. Klinik kurallarına uymaktadır. Günaydın toplantılarına istekli olarak katılmakta ancak kendiliğinden söz almamakta, spor etkinliklerine ise katılmak istememektedir. Kitap okuma saatlerinde diğer hastalarla birlikte oturmayıp, kitap alıp kendi odasında tek başına okumaktadır. İşe yöneltme toplantılarında alışveriş yapma görevine çıkma konusunda ısrarcı davranmaktadır. Görev verilmediğinde hemşirelerle çatışıp sesini yükseltmekte, bu durumu hastane yöneticisine şikayet



edeceğini söyleyerek toplantıyı terk etmektedir. A. Bey ailesini kaybetmesi ve kardeşiyle bağlarının kopması nedeniyle kendisini yalnız hissettiğini ve bir yere ait hissetmediğini söylemiştir. Yapılan görüşmede “Bey” diye hitap edilmesine sinirlenerek “beylik düşmüş de bana mı kalmış, bey bey deyip durmayın, bey olsam benim burada ne işim var” diyerek gözleri dolmuş ve görüşmeyi yarıda kesmiştir. Sıkıntı ve stres yaratan durumlarda hastaneye yatmadan önce alkol başvurduğunu, hastaneye yatışıyla birlikte bunun değiştiğini, solunum egzersizleri yaparak ve gazete, kitap okuyarak kafasını dağıttığını ifade etmiştir. A. Bey yapılan görüşmede hastane yemeklerini beğenerek yediğini, işsizlik yaşamadığını ifade etmiştir. Ön dişleri olmadığı için konuşmakta zorlanmaktadır. Yüz, boyun ve ensede belirgin kızarıklık, saçlarda kısmi dökülme mevcuttur. Klinikte düzenli olarak tıraş olup, kıyafetlerini günlük değiştirmektedir. Uykusunun düzensiz olduğunu ifade etmiştir. Uykusuzluk şikayetlerinin yattığı güne göre azaldığını, uyku ilacı olarak 7-8 saat uyumaya başladığını belirtmiştir. Uyku problemleriyle baş etmek için Dr. isteminde verilen ketiapin fumarat kullanmaktadır. Kitap ve gazete okumayı sevdiğini, bundan mutluluk duyduğunu ifade etmiştir. Erkek olmayla ilgili olarak “İnsan insandır. Erkek ya da kadın olmak fark etmez. Erkekliğin verdiği bir şey yok.” cevabını vermiştir. Ailesiyle ilişkileri sorulunca; “aile benim için çok önemli ama bir türlü aile kurmayı da aile olmayı da başaramadım.” demiştir.

**Yaşamsal Bulgular:** 22.11.2020 tarihinde 08.30’da Nabız: 84 atım/dk. Kan basıncı: 120/80 mmHg’dir. 20.30’da Nabız: 84 atım/dk. Kan basıncı: 120/80 mmHg’dir. Yapılan görüşmede A. Bey, “tedavi sürecinde neler öğrendiniz?” sorusuna “ayık olmanın önemini, hangi durumlarda polikliniklere başvuracağımı öğrendim. Alkol almak istersem, rüyama girerse, yemek yiyemezsem, uykularım bozulursa hemen en yakın sağlık kurumuna başvuracağımı biliyorum. Bu illete tekrar başlamamak için elimden geleni yapacağım. Bunu yapabileceğime inanıyorum. Yeter ki bana fırsat verin.” demiştir. Ancak bu görüşmeden kısa bir süre sonra hafta sonu izninden döndüğünde, A. Bey’in oda arkadaşı olan hasta kendisinden alkol kokusu almış ve bunu sağlık ekibine söylemiştir. Bunun üzerine A. Bey ile oda arkadaşı arasında tartışma çıkmış ve A. Bey çevredeki eşyalara vurmaya başlamıştır. A. Bey, “Çarşıda eski patronumu görmüştüm, tartıştık, ben de rahatlamak için bir markete girdim. Yalnızca bir kutu bira içtim” demiştir. Bunun üzerine A. Bey’in hekimi tarafından taburcu edilmesi konusu gündeme gelmiştir. Kararı verirken hekim, hemşirenin ve hastanın görüşünü almamıştır. Karar hastaya doğrudan hekim tarafından iletilmiştir. Ancak A. Bey, her insanın hata yapabileceğini bu nedenle taburcu olmak istemediğini söylemektedir.

#### **Hemşirenin Düşünce ve Yorumları**

A. Bey’in düzensiz bir işinin olması, aile bağlarının olmaması, yalnız yaşamaması, düzenli bir ev yaşamının olmaması A. Bey’i alkole bağımlı hale getirmiştir. Hayatında yaşadığı yoksunluğu alkole dindirme çabası içine girmiştir ve bunun sonucunda da kendini durduramaz hale gelmiştir. A. Bey’in tedavi olmak ile ilgili motivasyonu, güdülenmesi olduğunu göstermekle birlikte klinik içi aktivitelere katılım ve aktif rol alma konusundaki sınırlılığı bir taraftan tedaviye uyumun göstergesi iken bir taraftan bu konuda güçlendirilmeye ve desteklenmeye ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir. Daha önceki hastane yatışlarında aldığı bilgileri kullanmadığını düşündüğüm için “Etkisiz Bireysel Baş Etme” ve aynı zamanda bu bilgileri kullanmaya istekli olduğu için de “Sağlığın yönetiminde güçlenmeye hazır oluş” hemşirelik tanılarını almaya karar verdim. Tedaviden sonra tekrar eski haline dönmemesi için kendine yeni uğraşlar bulması veya eskisinden farklı ve temiz bir çevre edinmesi bir çözüm yolu olabilir.

**Tetikleyici faktörler:** Son iki gündür alkol almama, ekonomik güçlükler, çevresi ile çatışmalı ilişkiler, yalnız olması.

**Yatkınlık oluşturuvcu faktörler:** A. Bey’in dedesinde alkol bağımlılığı öyküsü olması, 5 yaşına kadar annesinin memesini emmesi, ailede düşük sosyo-ekonomik durum, anne ve babanın problemlili bir evliliği olması ve sürekli tartışma yaşanması, ailenin ilk çocuğu olup evin geçimini sağlamak için farklı işlerde çalışması, birinci derece yakınlarını kaybetmesi.

#### **Sorular**

**Soru 1.** Vakaya ait verileri “Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre yapılandırılmış olan Psikiyatri Hemşireliği AD veri toplama formunda uygun alanlara yerleştiriniz (10 pn).

**Soru 2.** Vakaya ait zihinsel algısal fonksiyonlar örüntüsünde yer alan verileri dikkate alarak yapılmış olan “Ruhsal Durum Değerlendirmesi”ne ilişkin değerlendirmelerinizi belirtiniz. Uygun bulmadığınız noktalar için uygun olan değerlendirme şeklini yazınız. Lütfen bu alanı sadece eksiklikler ve hatalar üzerinden değil, uygun ve doğru olanları da dikkate alarak bütüncül olarak değerlendiriniz. (10 pn).

#### **Zihinsel-Algısal Fonksiyonlar (Ruhsal Durum Değerlendirmesi)**

**Genel görünüm:** A. Bey’in giyimi hastane kurallarına uygundur. Kot pantolon ve tişört giymiş, saçları taranmış ve sakal tıraşı olmuştur. Saçlarda kısmi dökülme mevcuttur ve rengi beyazdır. Hastada hipervaskülarizasyon vardır. Dik bir şekilde ve ayaklarını yere sürterek yürümektedir. Konuşurken konuya bağlı olarak zaman zaman göz teması kurmamaktadır. A. Bey’in ön dişleri olmaması sebebiyle söylediklerinin büyük bir kısmı anlaşılmamaktadır. Ancak tekrar

etmesi istendiğinde tekrar etmektedir. Ses tonu ortama uygundur. Görüşmelerde konuya ilgisiz ama kibar bir tutum göstermektedir.

**Bilişsel fonksiyonlar:** Hemşireyle planladıkları görüşmeyi hatırlaması uzak bellekte bozulma olmadığını göstermektedir. Bulmaca çözerken ortamın gürültüsünden ve çevresel faktörlerden etkilenmemesi odaklanma konusunda herhangi bir sorun yaşamadığının göstergesidir. Kendisinin kim olduğunu ifade etmesi ve hemşireleri tanıması kişiye yönelimini, hastanede olduğunu ifade etmesi yere yönelimini, 15.11.2020 tarihinde bir hafta önce hastaneye yattığını söylemesi zaman yönelimi olduğunu göstermektedir. Toplanan veriler üzerine herhangi bir duysal ve algısal alanda bozukluğu tespit edilmemiştir.

**Düşünce:** Düşüncede herhangi bir anormallik saptanmamıştır.

**Duygulanım:** Kendisine “Bey” diye hitap edilmesine aniden sinirlenip, sonrasında gözleri dolmuş ve görüşmeyi yarıda kesmiştir. Bu bir güzel aldırma örneğidir. Anksiyete, öfori, künt duygulanım, donuk duygulanım, anhedoni, aleksitimi, elasyon, panik-korku, ambivalans, ajitasyon A. Bey’de gözlenmemiştir.

**Konuşma:** Ön dişleri olmadığı için konuşmakta zorlanmaktadır. Anlaşılmadığı zaman tekrarlamaktadır. A. Bey alkol konusu açıldığında savunmaya geçerek konuşmakta başka konularda ise ya kısa cevap vermekte ya da cevap vermemektedir. A. Bey’de konuşma yoksulluğu mevcuttur. Basınçlı konuşma, Afazi, Disfazi gözlenmemiştir.

**Davranış:** Herhangi bir bozukluk gözlenmemiştir.

**Özel beceri ve yeterlik:** Kitap ve gazete okumayı sevdiğini söylemiştir, klinikte sık sık bulmaca çözerken vakit geçirdiği gözlenmiştir. Gözlemler sonucunda hesaplama ve okuma-yazma yeteneğinde herhangi bir bozulma saptanmamıştır. “Beylik düşmüş de bana mı kalmış, bey bey deyip durmayın, bey olsam benim burada ne işim var” ifadesi yöresel bir deyişi doğru yerde kullanabildiğini göstermektedir.

**Soru 3.** Vakaya ilişkin Genogramı (Soyağacı) çiziniz (7 pn).

**Soru 4.** Vakaya ilişkin Eko Haritayı (Aile- Çevre Etkileşimi Haritası) çiziniz (3 pn).

**Soru 5.** Aşağıdaki gözlem raporunu, gözlem yapma ve kaydetme ilkeleri doğrultusunda değerlendiriniz (10 pn).

Okudum Hemş. BC imza	Tarih:30.11.2020 Hastanın Adı: A.B PSİKİYATRİ SERVİSİ HEMŞİRE GÖZLEM RAPORU
----------------------------	---

Okudum Dr. DE İmza	A Bey, 08.40’da görüldüğünde salonda oturmuş ve gazete okuyordu. Üzerinde dün giydiği çizgili tişört ve gri pantolon vardı. Sakal tıraşını olmuştur ve kıyafetleri ortam ısısına uygundu. Durumunda herhangi bir farklılık yoktu. Saat 09.00’da Günaydın Toplantısı’na katıldı. Toplantıda kendisine söz verilince görüşlerini belirtti. Toplantının ardından salona geçip gazete okumaya devam etti ve sabah sporuna katılmayacağını belirtti. Neden katılmayacağı sorulduğunda, bugün zaten gidiyorum, dedi. Spor aktivitesi bittikten sonra bahçeye çıktı, sigara içti. Ardından tekrar salona döndü ve bulmaca çözmeye başladı. Bulmaca çözerken yanına başka bir hasta gelip oturdu. Öğle yemeği saati geldiğinde yemeğini alıp, masaya oturdu. Yemeğini dökerek hata dökmeden yiyordu. 13.30’da planlanan görüşmeye katılmak yerine, bahçede sigara içiyordu. Görüşme olduğu hatırlatıldıktan sonra görüşmeye geldi. “Taburcu olacaksınız, neler hissediyorsunuz?” sorusu sorulduğunda, “her insan hata yapabilir, kendimi gitmeye hazır hissetmiyorum” dedi. A.Bey, kısa cevaplar veriyordu. Ön dişlerinin olmaması konuşmasını etkiliyor gibiydi ve bundan dolayı üzülmediğini düşünüyor. Aynı soru birkaç kez daha sorulunca, anlaşılmadığından dolayı daha net bir ses tonuyla cevap veriyordu. Görüşmeyi sonlandırdıktan sonra tekrar salona döndü. A. Bey, 14.20’de taburcu olacağı sırada doktordan reçetesini aldı ve doktorun açıklamasını dinlemeden klinikten ayrıldı.
Okudum Hemş. FG imza	
Okudum Hemşire HK imza	
Okudum Öğr. Hemş. JK İmza	
	Hemşire A.A.

**Soru 6.** Etkileşim raporu örneğinde dördüncü, beşinci ve altıncı satırdaki boşlukları uygun şekilde doldurunuz (3 pn).

**Soru 7.** Aşağıdaki etkileşim raporu örneğini görüşme yapma ve kaydetme ilkelerini dikkate alarak değerlendiriniz (7 pn).

ETKİLEŞİM RAPORU		
Hastanın Adı Soyadı: A. B.	Görüşmeyi Yapan Kişi: A.A	Tarih: 25.11.2020
Görüşme Konusu: Alkolü bırakma ve yeniden başlama süreci		Görüşme Yeri: Görüşme odası
Görüşme Amacı: A. Bey’in alkol bırakma ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi		Görüşme Süresi: 15’
S	Hemşirenin Tepkisi	Hastanın Tepkisi
1	Merhaba A. Bey, beni hatırladınız mı?	Evet, hatırladım görüşme yapacaklık (Gülümsemedi)
2	Bugün, alkolü bırakma ve yeniden başlama süreciniz ile ilgili konuşacağız.(Bilgi verme)	Olur konuşalım. (Gözlerime bakıyordu)
3	Evet, daha önce 3 kez yataklı tedavi almışsınız. Bunlar sonrasında da birkaç ay temiz kalma dönemleriniz olmuş. Biraz bu konudan bahsetmek ister misiniz? (Keşfetme)	Ben istesem bırakırım, ama beni bırakmıyorlar, sokakta üstüme geliyorlar, canımı sıkıyorlar, iş yerimde paramı vermiyorlar, evde de kimse yok duvarlar üstüme üstüme geliyor, ben içmeyi de kim için, sen söyle. Zaten canım istediğinde bırakıyorum, beş ay hiç içmediğim oldu. (Göz teması kuruyordu)
		A. Bey’in görüşmeyi hatırlaması ve gülümsemesi bana istekli olduğunu düşündürdü. Bu beni de motive etti. Bu yüzden görüşme konusunu hatırlatarak başladım. A. Bey’in gözlerime bakması, bana görüşmeyi yapabileceğimizi düşündürdü. Önceki yataklı tedaviler sonrası nüksleri hatırlatarak tedaviye yönelik algılarını keşfetmek istedim. İstesem bırakırım demesi ve gözlerini kaçırması tedaviye motivasyonu olduğunu düşündürdü. Görüşme amacına uygun devam ediyordu, hasta onu alkol almaya teşvik eden birçok neden saymıştı. Hiçbiriyle baş edemediğini düşünmüştüm. “Etkisiz Bireysel Baş Etme” hemşirelik tansimi koymayı planladım. Anlatmayı sürdürmesi için “kendi sözcükleriyle yineleme” tekniğini kullanmaya karar verdim.

4	<b>Boşluğu doldurunuz.</b> ..... (.....)	Evet, haklı değil miyim? Kimseye güvenim kalmadı son çalıştığım yerden paramı alamadım. Alabilseydim borçlarımı kapatacaktım. Borçlularla kavga ettim. Zor anımda kimse yok, ben de kafamı toplamak için birkaç arkadaş var onlar bana ısmarıyor, oturup içiyoruz. (Gözlerini kaçırıyor, bahçeden geçenlere bakıyordu)	Maddi zorluklarından bahsetmişti, en çok bu konunun canını sıktığını düşündüm. Alkol almasının maddi zorluklara, zorlukların da alkol almasına yol açtığı bir döngüye girdiğimi düşündüm. Arkadaşlarıyla alkol aldığından sosyal desteğinin onun yaşamına olumlu bir katkısı olmadığını düşünerek, aile desteğini sormak istedim. Ailesiyle bir ilişkisi olup olmadığını anlamak için kapsamın yanıtlanması tekniğini kullanmaya karar verdim.
5	Evide kimse yok, duvarlar üstüne geliyor dediniz. Yalnız yaşıyoruz diye biliyorum. Söylediklerinizden ailenizin sizi aramadığını ve görüşmediğinizi anlıyorum. (Kapsamın yanıtlanması)	Kim gelecek, anam babam öldü zaten, bir kız kardeşim kaldı geriye. O da bana destek olmuyor. Borç istedim vermedi, bana ders verme kardeşim. Kimse bana akıl öğretmesin. (Göz teması kuruyor, hızlı soluk alıp veriyordu)	Kardeşiyle de maddi sorunlar yüzünden kavga ettiğini söylemişti .....teknigi yoluyla bunun ilişkilerini etkileyen bir sebep olduğunu fark etmesini istedim. <b>Cümle içindeki boşluğa ilgili tekniğin adını yazınız.</b>
6	Arkadaşlarınızla da borç yüzünden aranız bozulmuştu, aynı şeyi kardeşinizle de yaşamışsınız..... <b>Tekniğin adını yazınız</b>	Çünkü herkes akıl satıyor. Kimsenin aklına ihtiyacım yok. Öyle kolay olsaydı ohooo (Göz temasını kesik, uzaklara bakıyordu, alni kırıştırdı)	..... <b>Boş bırakılan bu alana değerlendirmenizi yazınız.</b>
7	Öyle kolay olsaydı dediniz. Ne hissediyorsunuz? (Duygulara Yoğunlaşma)	Nasıl, şu anda mı?	Sorumu anlamadığımı düşünerek duygulara yoğunlaşmaya devam ettim.
8	Yani insanların size fikir vermesi, ne yapacağınızı söylemesi sizi öfkeliyor mu? Ya da sanki anlaşmadığınızı düşünüyor gibisiniz. (Duygulara Yoğunlaşma)	Anlamıyorlar hemşire hanım, anlamıyorlar Yalnızım, hiçbir yere ait değilim yeri geliyor sokakta yatıyorum (Gözleri dolmuştu, dudakları titriyordu).	Ağlamasına şaşırırım, ancak nasıl baş edeceğimi bilemiyordum. Sokakta yattığımı söylemesi beni derinden üzdü ve rahatsız etti. Tek aile desteği kardeşi olduğu için kardeşi ile ilişkisi hakkında biraz daha konuşmak istiyordum. A. Bey'i üzeceğini ve beni reddedeceğini düşündüğümde görüşmeyi sonlandırmaya karar verdim. Daha sonraki görüşmede aile baş etmesinde güçlenmeye hazır oluşu ele almayı planladım.
9	A. Bey, sizinle alkolü bırakma ve yeniden başlama sürecinizi konuştuk. Bir sonraki görüşmemizde ikili ilişkilerinizdeki sorunları konuşalım. (Özetleme, Planlama)	Teşekkürler, olur bakarız.	"Bakarız" demesinden konuya ilgisiz kaldığını düşündüm. Geçiştirir gibi yanıt verdiğini hissettim. Ancak görüşme amacıma kısmen de olsa ulaşmıştım.

**Soru 8.** "Duyusal algılamada bozulma" hemşirelik tanısı için hipotez oluşturma sürecini oluşturunuz (5 pn).

**Soru 9.** "Etkisiz bireysel bşetme", "Başkalarına yönelik şiddet riski" ve "Sağlığın yönetiminde güçlenmeye hazır oluş" tanılarının ilişkin bakım planını hazırlayınız (30 pn).

**Soru 10.** A. Bey'in hafta sonu izninde alkol almış olması ve klinikte bir başka hasta ile tartışması sonucu taburculuk kararı alınmasını etik ilkeler ve hastanın tedavi süreçleri bağlamında tartışınız (10 pn).

## İkinci aşama: Ölçüm aracının değerlendirilmesi

### Yantı 1. Sağlık algısı- Sağlık Yönetimi

Sağlık Öyküsü: Hastaneye yatış / Kuruma başvuru nedeni: 20.11.2020 tarihinde yatışı yapılan A. Bey, "uykusuzluk, elde titreme, terleme, huzursuzluk ve vücudunda böceklerin gezindiğini ifade etmesi" şikayetleriyle başvurmuştur.

Hastaneye yatışa neden olan Şimdiki problemin başlama zamanı ve şekli: A. Bey, son iki gündür herhangi bir şey kullanmadığını belirtmiştir. Vücudunda böcekler gezindiği için uyuyamadığını, gündüz ve geceleri 2-3 saat olmak üzere düzensiz uyduğunu ve huzursuzluk yaşadığını belirtmiştir.

Geçmiş sağlık öyküsü: A. Bey ortaokul döneminde arkadaş ortamında bira içerek alkol ve sigaraya başlamıştır. A. Bey,

2015 yılında, AMATEM'de yatarak tedavi olduktan sonra 6 ay temiz kalmıştır. Sonrasında 2018 yılında tekrar yataklı tedavi almış ve 7 ay temiz kalmıştır. Son olarak 2020 yılında da AMATEM'de tedavi olmuş ve 4 ay temiz kalmıştır.

Aile Sağlık Öyküsü: A. Bey'in babaannesi DM ve dedesi alkol bağımlılığı, yüksek tansiyon nedeniyle, anneannesi DM ve dedesi kalp hastalığı kaynaklı nedenlerle vefat etmiştir. A. Bey'in babası 2001 yılında 75 yaşında kanser, annesi 2011 yılında 70 yaşında koroner kalp yetmezliği tanısı kaynaklı nedenlerle vefat etmiştir. A. Bey'in erkek kardeşi de 2003 yılında 30 yaşında hipertansiyon kaynaklı nedenlerle vefat etmiştir.

Çevresel koşullar: A. Bey yalnız yaşamaktadır ve bazı günler sokakta yattığını ifade etmiştir. Emekli işçi olan A. Bey, günlük nakliye işlerinde çalışmaya devam etmektedir.

Alışkanlıkları: Alkol ve sigaraya 13-16 yaşlarında başlamış ve son 1 aydır günlük 1 paket sigara, 10 şişe bira, 2 şişe şarap, bunları bulamadığında da ispirto ve kolonya içtiğini ifade etmiştir.

Mevcut Risk Faktörleri: Kendisine ve çevreye zarar verici davranış mevcuttur. A. Bey hafta sonu izninden döndüğünde, oda arkadaşı olan hasta kendisinden alkol kokusu almış ve bunu sağlık ekibine söylemiştir. Bunun üzerine A. Bey ile aralarında tartışma çıkmıştır. A. Bey, "Çarşıda eski patronumu görmüştüm, tartıştık, ben de rahatlamak için bir markete girdim. Yalnızca bir kutu bira içtim" demiştir. Bunun üzerine taburcu edilmesi konusu ekipte gündeme gelmiştir. Ancak A. Bey, her insanın hata yapabileceğini bu nedenle taburcu olmak istemediğini söylemektedir.

Bireyin Terapötik Müdahalelere Uyumu: A. Bey klinik içinde ilaç saatinde suyunu alarak gelmekte, ilacını aldıktan sonra ağız kontrolü yaptırmakta ve klinik kurallarına uymaktadır. Günaydın toplantılarına istekli olarak katılmakta ancak kendiliğinden söz almamakta, spor etkinliklerine grupla kitap okuma saatine katılmamakta odasında tek başına kitap okumaktadır. İşe yöneltme toplantılarında alışveriş görevi için ısrarcı davranmakta, görev verilmediğinde hemşirelerle çatışmaktadır. Tedavi süreci ile ilgili yapılan planlı görüşmede "Bu illete tekrar başlamamak için elimden geleni yapacağım.

Bunu yapabileceğime inanıyorum. Yeter ki bana fırsat verin” şeklinde ifadeleri vardır. İzne çıktığında alkol kullanması her ne kadar bundan pişman da olsa tedaviye uyum ile ilgili güçlüğünü göstermektedir. Tedavi olmak ile ilgili motivasyonu olmakla birlikte klinik içi aktivitelere katılım ve aktif rol alma konusundaki sınırlılığı bir taraftan tedaviye uyumun göstergesi iken, bir taraftan bu konuda güçlendirilmeye ve desteklenmeye ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

**Roller-İlişkiler-Gelişimsel Özellikler:** A. Bey, normal doğum ile dünyaya gelmiş, 5 yaşına kadar annesini emmiş, ailenin ilk çocuğu olup orta okulda ders başarısı iyi ancak öğretmen ve arkadaşlarıyla arası kötüymüş. Anne ve babasının sürekli tartıştığını ve problemleri bir evliliklerinin olduğunu, aile içindeki sorunlar ve ekonomik nedenlerle ortaokuldan sonra eğitimine devam edememiş, evin geçimini sağlamak için farklı işlerde çalışmıştır. Çocukluğunda mahallede diğer çocuklarla kavga ettiğini, zaman zaman ailesiyle tartışıp evden kaçtığını, gençken girdiği işlerde uzun süreli çalışmadığını ve çalıştığı yerdeki kişilerden borç alması sebebiyle sorunlar yaşadığını söylemiştir. 18-21 yaşlarındayken askere gitmeden önce cezaevinde yattığını, askerliğini 24 ay yaptığını ve iki kez alkol alamadığı için firar ettiğini belirtmiştir. Anne, baba ve erkek kardeşi vefat etmiş, kız kardeşi ile maddi ve manevi hiçbir desteği olmadığı için görüşmediğini söylemiştir.

**Stres-Baş Etme:** A. Bey temiz kaldığı dönemlerde ara ara içtiğini, en fazla bir hafta temiz kalma süresi olduğunu, boşuna alkol kullanmadığını, kullanıyorsa da bir sıkıntısı olduğunu, sokakta birileriyle tartıştığını söylemiştir. A. Bey, “Ben istesem bırakırım, ama beni bırakmıyorlar, sokakta üstüme geliyorlar, canımı sıkıyorlar, iş yerimde paramı vermiyorlar, evde de kimse yok duvarlar üstüme üstüme geliyor, ben içmeyeyim de kim içsin, zaten canım istediğinde bırakıyorum, beş ay hiç içmedim.” demiştir. Sıkıntı ve stres yaratan durumlarda hastaneye yatmadan önce alkole başvurduğunu, hastaneye yatışıyla birlikte bunun değiştiğini, solunum egzersizleri yaparak ve gazete, kitap okuyarak kafasını dağıttığını ifade etmiştir. İzne çıktığında patronu ile tartışma sonrası alkol kullanması, klinikte diğer bir hasta ile tartışması etkisiz baş etme göstergesidir.

**Beslenme-Metabolizma:** A. Beyin kliniğe yattığı gün muayenesinde ağız içinde yara tespit edilmiş, gününbirlik cerrahi ile alınmış ve biyopsiye gönderilmiştir. A. Bey yapılan görüşmede hastane yemeklerini beğenerek yediğini, iştahsızlık yaşamadığını ifade etmiştir. Ön dişleri olmadığı için konuşmakta zorlanmaktadır.

**Boşaltım:** Veri yok ancak hastanın normal alışkanlıklarını öğrenebilir. Gözlemlerini yazabilirdi.

**Aktivite-Egzersiz- Kendine Bakım:** A. Bey’in yüz, boyun ve ensede belirgin kızarıklık, saçlarda kısmi dökülme mevcuttur. Klinikte düzenli olarak tıraş olup, kıyafetlerini günlük değiştirmektedir. 22.11.2020 08.30 N:84 atım/dk. KB: 120/80 mmHg

**Uyku-Dinlenme:** Uykusunun düzensiz olduğunu ifade etmiştir. Uykusuzluk şikayetlerinin yattığı güne göre azaldığını, uyku ilacı alarak 7-8 saat uyumaya başladığını belirtmiştir. Uyku problemleriyle baş etmek için ketiapin fumarat kullanmaktadır.

**Cinsellik-Üreme:** 61 yaşında yalnız yaşıyor. Evlilik ya da partneri olduğuna ilişkin herhangi bir bilgi olmamakla birlikte yakın ilişkiler kuramadığı biliniyor. Erkek olmayla ilgili olarak “İnsan insandır. Erkek ya da kadın olmak fark etmez. Erkekliğin verdiği bir şey yok.” cevabını vermiştir.

**Değerler-İnançlar:** A Bey ailesini kaybettiğinden ve kardeşiyle bağının da kopması nedeniyle kendisini yalnız hissettiğini ve bir yere ait hissetmediğini söylemiştir. Ailesiyle ilişkileri sorulunca; “aile benim için çok önemli ama bir türlü aile kurmayı da aile olmayı da başaramadım.” demiştir. Erkek olmayla ilgili olarak “İnsan insandır. Erkek ya da kadın olmak fark etmez. Erkekliğin verdiği bir şey yok.” cevabını vermiştir

**Kendini Algılama-Benlik Kavramı:** A. Bey kendisine “Bey” diye hitap edilmesine sinirlenerek “beylik düşmüş de bana mı kalmış, bey bey deyip durmayın, bey olsam benim burada ne işim var” diyerek gözleri dolmuş ve görüşmeyi yarıda kesmiştir.

**Yanıt 2.** Uygun bulmadığımız noktalar için uygun olan değerlendirme şeklini yazınız. Lütfen bu alanı sadece eksiklikler ve hatalar üzerinden değil, uygun ve doğru olanları da dikkate alarak bütüncül olarak değerlendiriniz (Örüntü içerisinde yer alması beklenen bilgiler, içerik, yazım şekli, o



alanla ilgili semptomun ne olduğu, doğru ifade edilip edilmediği ve o semptomun varlığına işaret eden bulgular, gözlemler vb). Değerlendirmede dikkate alınacak noktalar; örüntü içerisindeki her bir alana ilişkin yazım şekli değerlendirilir. Bu değerlendirme; o alanla ilgili semptomun ne olduğu, doğru ifade edilip edilmediği ve o semptomun varlığına işaret eden hastadaki sözlü-sözsüz ifadeleri, hemşirenin gözlem ve değerlendirmelerini kapsamaktadır. Her bir alan için ruhsal durum değerlendirmesi kapsamında olması gereken ancak yazılmamış ya da genel geçer şekilde yazılmış ifadeler değerlendirilir. Her bir semptom “artma”, “azalma” ve “bozulma” yönündeki oluş şekli ile açıkça ifade edilmesi beklenir.

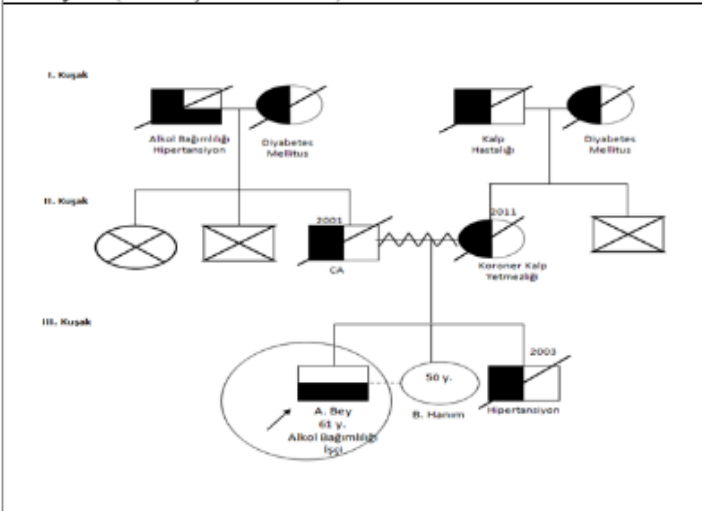
Genel görünüm: Hastanın giyimi, hastane kuralları yanı sıra mevsime uygunluğu, temizliği açısından da değerlendirilmelidir. Öyküde kıyafetlerini günlük değiştirdiği söylendiğine göre hijyeni iyidir. Yanı sıra ne giydiğini betimlemiş olması doğrudur. Saç özellikleri ve sakal hijyeni belirtilmiştir. “Hastada hipertansiyon mevcuttur” denilmiş ancak bölgesi belirtilmemiştir. Postürü ve göz teması ile ilgili bilgiler verilmiştir. Genel görünümle ilgili birçok yönden değerlendirme yapıldığı görülmektedir. Konuşma özellikleri genel olarak verilmiştir, ses tonu artma-azalma yönünden yüksek, alçak, tek düze veya titrek şeklinde yapılmalıdır. Hastanın görüşmeciyeye karşı tutumu sosyabilitesini anlatır, vakada uygun şekilde ifade edilmiştir.

Özel beceri ve yeterlik: Vakada bu alan ile ilgili herhangi bir bilgi belirtilmemiştir.

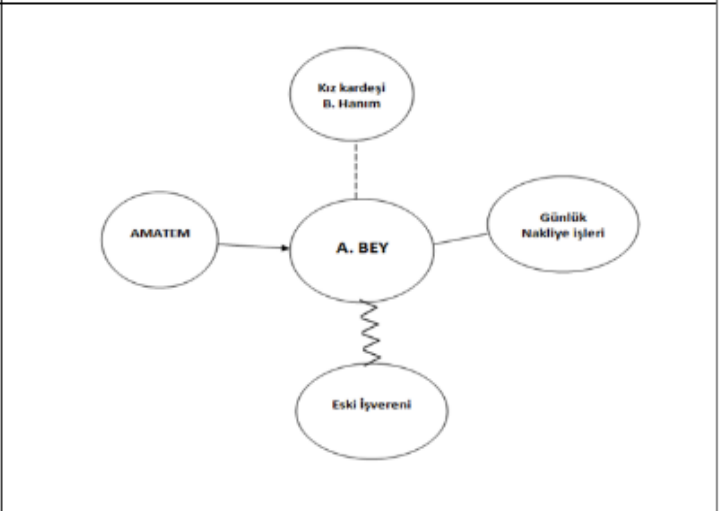
Bilişsel fonksiyonlar: Bilinç değerlendirmesi verilmemiştir. Hasta, alkol kullanımının bırakılması nedeniyle ilk yatış esnasında halüsinasyonun eşlik ettiği delirium tablosu göstermektedir. Ruhsal durum değerlendirmesinin yapıldığı tarihte ise bilinci açıktır. Yönelim; kişi, yer, zaman boyutlarıyla doğru şekilde değerlendirilmiştir. Duyusal ve algısal alanda bozukluk olmadığı belirtilmiştir. Ancak öyküde hastanın vücudunda böceklerin gezindiğini hissettiğini ifade etmesi dokümental halüsinasyonu olduğunu göstermektedir. Uzak bellek değerlendirmesi uygun değildir, yıllar önce öğrenilen bilgiler, tarihsel olaylarla ilgili soru sorulmalıdır. Ayrıca anlık ve yakın bellek değerlendirmesi yapılmamıştır. Kalabalık ortamda bulmaca çözmeye devam etmesi, dikkat ve konsantrasyonunun bozulmadığını göstermektedir. Bu değerlendirme doğrudur. Yargılama ve içgörü değerlendirmesi yapılmamıştır. Hastanın “Aile benim için çok önemli ama bir türlü aile kurmayı da aile olmayı da başaramadım.” demesi öznel yargılamanın bozulmadığını göstermektedir. “Bu illete tekrar başlamamak için elimden geleni yapacağım...” demesi hastalığa ve içinde bulunduğu duruma iç görüşü olduğunu göstermektedir.

Düşünce: “Düşüncede herhangi bir anormallik saptanmamıştır” ifadesi açık olmayan genel bir ifadedir. Düşüncedeki değişimler; düşünce yapısı, süreci ve içeriği açısından değerlendirilmelidir. Düşünce yapısında “ben içmeyeyim de kim içsin” ve “beylik düşmüş de bana mı

**Yanıt 3. Genogram: Değerlendirmede; üç kuşak gösterimi, kişilerin isimleri, indeks olgu, sembollerin gösterimi, hastalıklar, ölüm doğum tarihi, ilişkiler, birlikte yaşayan bireyler (daire içine alınması) dikkate alınacaktır.**



**Yanıt 4. Eko Harita (Aile- Çevre Etkileşimi): Yanıtları değerlendirmede; semboller, ilişkiler ve ilişkilerin yönleri dikkate alınacaktır.**





kalmış” gibi sözleri soyut düşünme yeteneğinin varlığını göstermektedir. “Ben istesem bırakırım, ama beni bırakmıyorlar, sokakta üstüme geliyorlar, canımı sıkıyorlar, iş yerimde paramı vermiyorlar, evde de kimse yok, duvarlar üstüme üstüme geliyor, ben içmeyeyim de kim içsin, zaten canım istediğinde bırakıyorum, beş ay hiç içmedim” demesi düşünce içeriğinde alkolle ilgili konuların varlığını göstermektedir. Alkol dışındaki konularda çok fazla konuşmaması ve toplantılarda kendiliğinden söz almaması düşünce içeriği ile ilgili sınırlı bilgi vermektedir.

Duygulanım: Kendisine “Bey” diye hitap edilmesine aniden sinirlenip, sonrasında gözleri dolmuş ve görüşmeyi yarıda kesmiştir. Bu güzel aldırma değil, labil duygulanıma örnektir. Duygudurum değerlendirilmemiştir. İstekleri ekip tarafından karşılanmayınca öfkelenen hasta “irritabl duygudurum” göstermektedir. Aileye, patronlarına, sağlık ekibine ve diğer yatan hastaya karşı yönlendirdiği öfkesi hostile olduğunu göstermektedir. Ancak hastanın “kardeşi desteklemediği için görüşmediğini, buna karşılık yalnız hissettiğini ayrıca aileye çok önem verdiğini” söylemesi öfke ve özlem duygularının bir arada bulunduğunu düşündürmektedir. Bu durum hastada ambivalans olduğuna işaret etmektedir. Bu yönü ile hatalı değerlendirme söz konusudur. Gözlemediğini ifade ettiği semptomları yazmasına gerek yoktur.

Konuşma: Alkol dışındaki konularda çok fazla konuşmaması ve toplantılarda kendiliğinden söz almaması düşünce içeriğinde fakirleşme/azalmaya paralel olarak konuşmada azalma/konuşma yoksulluğu olduğunu göstermektedir. Bu uygun bir değerlendirmedir. Konuşma hızı, artma azalma yönünden değerlendirilmelidir. Bu hastada konuşmanın normal hızda olduğu belirtilmiştir. Konuşma hızı ile ilgili normalin açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Tane tane akıcı şekilde belirtilmesi gerekirdi. Gözlenemedi şeklinde yazmaya gerek yoktur.

Davranış: “Herhangi bir bozukluk gözlenmemiştir” genel bir ifadedir, davranışta bir değişim gözlenmese bile davranış şekli tanımlanmalıdır. A. Bey dik bir şekilde ve ayaklarını yere sürterek yürümektedir. Psikomotor faaliyetlere ilişkin değerlendirmeye yer verilmemiştir. Yemek yeme, spor yapma,

uğraşı yapma, kitap okuma vb yalnızca katılım belirtilmiş ancak psikomotor hareketler açıklanmamalıydı. A. Bey’in, iş yöneltme toplantılarında alışveriş yapma görevine çıkma konusunda ısrarcı davranması ve hemşirelerle çatışması, tehdit etmesi ve toplantıyı terk etmesi agresyon örneğidir.

**Yanıt 5.** Gözlem yapma ve kaydetme ilkeleri doğrultusunda değerlendirme yapılması beklenmektedir.

1. Gözlem “Hemşire Gözlem Raporu” formuna yazılmıştır.  Uygun
2. Gözlem kağıdında tarih, hasta adı soyadı, hemşire adı soyadı, yazılmıştır.  Uygun
3. Gözlemin şifri yazılmamıştır. Yazması gerekiyordu. Uygun değil.
4. Gözleminde hastanın ilk ve son görüldüğü saatler belirtilmiştir.  Uygun
5. Tıbbi terim kullanılmamıştır.  Uygun
6. “Ön dişlerinin olmaması konuşmasını etkiliyor gibiydi ve bundan dolayı üzülüğünü düşünüyorum” diyerek yorum yapılmıştır. Uygun değil. Gözlemlerde yorum yapılmamalıdır.
7. “Sorduğumda” vb. öznel ifadeler yerine “sorulduğunda” vb. nesnel ve geçiş ifadeleri kullanılması uygundur.  Uygun
8. Kısaltma kullanılmamıştır.  Uygun
9. Hasta dışındaki kişilere ait gözlemler yazılmıştır. (Bulmaca çözerken yanına başka bir hasta gelip oturdu.) Sadece hastaya ait gözlem kaydedilir. Üçüncü şahısların gözlemleri yazılmaz. Uygun değil.
10. Genel ifadelerden kaçınılmalıdır. “Durumunda herhangi bir farklılık yoktu.” Uygun değil.
11. Önemli olduğu düşünülen ifadeler tırnak içerisinde belirtilmelidir. “Toplantıda kendisine söz verilince görüşlerini belirtti.” yazılmıştır. Bu yeterli bir yazım şekli değildir. Günaydın toplantısı vs. gibi etkinliklerde ifade edilenler önemli olup, doğrudan tırnak içinde verilmelidir,

bu şekilde “etkinlik katılımı” ve “düşünce içeriği” alanlarına yönelik de hemşireye fikir verir. Uygun değil.

12.Türkçe yazım kurallarına uyulmamıştır. (“öğle” değil “öğlen”, “yiyordu” yerine “yedi”, çünkü geçmiş zaman anlatıyor, hasta ifadesi tırnak işareti içine alınmamış, (Neden katılmayacağı sorulduğunda, Bugün zaten gidiyorum, dedi) Uygun değil.

13.İki ayrı paragraf yapılmıştır. Sonradan herhangi bir ekleme yapılmaması için paragraf ve satır boşlukları bırakılmaz. Uygun değil.

14.Yazarken hata yapılmış ve karalanmıştır. Üzeri tek bir çizgi ile çizilerek “hata” yazmak yeterlidir. Uygun değil.

15.Gözlem yaparken gözlem alanlarını dikkate alarak bireyi bütüncül ve sistematik olarak değerlendirme yapılmamıştır.

16.Yüzeysel bir gözlem olmuştur (eksik alanlar; yüz ifadesi, duygulanım, motor davranış, yemeğin ne kadarı yendi, uyku, yeme içme, ziyaret saati ve ziyaretçilere karşı tutumu, tedaviye tepkisi) Uygun değil.

17.Gözlem gün içinde zaman akışına uygun olarak yazılmıştır.  Uygun

18.Önceki gün ya da şift ile karşılaştırma yapılması uygun değildir. (Üzerinde dün giydiği çizgili tişört ve gri pantolon vardı) Uygun değil.

19.Hemşire ad soyad ve imzasını belirtmiş,  Uygun

20.Gözlem bittikten sonra imza ile arasında satır boşluğu bırakmıştır. Satır boşluğu bırakmadan son satırın sağ köşesinden yazılmalıdır. Uygun değil.

21.Gözlemin yan tarafında gözlemi okuyan ekip üyeleri okudum diyerek paraflarını atmışlardır.  Uygun

#### **Yanıt 6.** Etkileşim raporu boşluklarla ilgili yanıtlar

4. satır boşluk yanıt: Ben içmeyeyim de kim içsin, dediniz. (Kendi sözcükleri ile yineleme); 5. satır boşluk yanıt: Bağlantı kurma tekniği; 6. satır boşluk yanıt: Bağlantı kurma tekniği / A. Bey’in aynı şeyleri tekrarladığını düşünmüştüm. Başkalarını suçlama ve durumlardan şikâyet etmeye meyilli olduğunu düşündüm. Biraz kendine yönelmesini istediğimden duygulara yoğunlaşma tekniğini kullandım

#### **Yanıt 7.** Etkileşim raporu değerlendirme

1.Görüşmenin kaydedildiği form, görüşmenin konusu, görüşmenin amacı, görüşmenin yeri ve süresi: Görüşme “Etkileşim Raporu Formu”na kaydedilmiştir. Görüşmenin konusu, amacı uygundur ancak yeri ve süresi (Bahçe, 15 dk) uygun değildir. İdeal olan görüşme odasında ortalama 40-45 dakikadır. Görüşmenin başlangıcında görüşme süresi ile ilgili hastaya bilgi verilmemiştir.

2.Görüşmenin oryantasyon ve tanışma evresi: Bu evrede hasta hemşire tanışır, profesyonel bir ilişki vardır. Hemşire hasta ile selamlaşmış, planlı görüşme olduğu için kendini tanıtmamıştır. Görüşmeye doğrudan “beni hatırladınız mı?” şeklinde soru sorarak başlaması uygun değildir. Devam eden görüşme olduğundan “Bu gün sizinle geçen hafta planladığımız gibi... hakkında konuşacağız” şeklinde kısa bir giriş yapmıştır.

3.Çalışma Evresi: Terapötik teknikler uygun şekilde kullanılmıştır. Hemşire hastada gerginlik yaratan durumlar üzerinde durmuştur. İç görü geliştirme ve yapıcı savunma mekanizmaları konusunda herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Hastanın davranış değişikliği geliştirme ve başa çıkmalarının yetersiz olduğunu fark ederek destekleme konusunda planlama yapmıştır. Ancak hasta duygularını ifade etmeye başladığında ve ağladığında hemşire ne yapacağını bilemeyip hızlı bir sonlandırmaya geçmiştir. “... Öfkeleniyor mu?” derken yönlendirici soru sormuştur. Onun yerine keşfetme/duygulara yoğunlaşma, açıklama tekniklerinden biri kullanılacak fark edilen öfke duygusu ortaya çıkarılabilir. Bu bağlamda gelen yanıtlar uygun olarak değerlendirilir.

4.Sonlandırma Evresi: Hemşire hastaya görüşmenin sonuna geldiğini belirtmeden ve özetleme yapmadan hızlı bir sonlandırma yapmıştır. Sadece mevcut görüşme konusu “alkolü bırakma ve yeniden başlama süreciniz ile ilgili konuştuk” şeklinde genel ele alınmıştır. Bu uygun değildir. Hastanın görüşmeye ilişkin duygu ve düşünceleri, kendisini o an nasıl hissettiği ile ilgili bir değerlendirme yapılmamıştır. Bir sonraki görüşme için planlama uygun şekilde yapılmamıştır. Planlama hastayla birlikte yapılmalıdır. Konuşmak istediği konu, öncelikleri ve gereksinimlerinin ne olduğunu belirlemek ve hastayla birlikte sonraki görüşme konusuna karar vermek

hastadaki iş birliği ve bağlılığı artırır. Planlamada görüşme gün ve saati belirlenmemiş sadece hemşire tarafından belirlenen konu hastaya söylenmiştir.

5.Hemşirenin değerlendirilmesi: Hemşire, bireyin tepkilerini uygun değerlendirmeli, kendini değerlendirmeli (duygu, düşünce, sözsüz tepki vb.), kullandığı tekniğin amacını açıklamalı ve planlamaların gerekçesini açıklamalıdır. Bu görüşmede değerlendirme aşamasında hemşire bu ilkelere dikkat etmiştir. Ancak bilgi zemini üzerinden yorumlarını daha iyi yapabiliirdi. Bağımlılığa ortaya çıkarı etmenlerden bu hasta için ekonomik zorluklar, aile ve sosyal desteklerin eksikliği, kayıplar, yalnızlık ilişkilerde çatışma, üzerlerin daha iyi bir değerlendirme yapılabilirirdi.

**Yanıt 8. “Duyusal algılamada bozulma” hemşirelik tanısı için hipotez oluşturma süreci**

1.adım: Objektif ve Subjektif Verilerin Gruplandırılması	
<b>Objektif Veri:</b> Yantılarda bütün objektif veriler kaydedilmelidir.	<b>Subjektif Veri:</b> Yantılarda bütün subjektif veriler kaydedilmelidir.
<b>2. adım: Fonksiyonel Sağlık Örüntülerini Belirleme</b>	
5 yaşına kadar anne sütü emmesi, Çocuklukta aile için çalışmaları, Düşük sosyoekonomik durum, Kız kardeşiyle çatışma - <b>Distansiyon</b> aile için süreç	Uykusuzluk- <b>Uyku ve Dinlenme Biçimi</b> Vücutta böcek gezindiğini hissetme- <b>Bilişsel Algılama Biçimi</b>
Evden kaçma, Cezaevine girme, Askerden kaçma öyküsü, Yaklaşık 40 yıldır alkol kullanımı, Bazı günler sokakta yaşama. Sesini yükseltmesi/ tartışması/tehdit etmesi)- <b>Baş Etme ve Stres Toleransı</b>	Hastaneden çıkıp hafta sonu izninde alkol almama (“Çarşıda eski patronumu görmüştüm, tartıştık, ben de rahatlamak için bir markete girdim. Yalnızca bir kutu bira içtim”), Stresle baş edememe (“Ben istesem bırakırım, ama beni bırakmıyorlar, sokakta üstüne geliyorlar, canımı sıkıyorlar, iş yerimde paramı vermiyorlar, evde de kimse yok duvarlar üstüne üstüne geliyor, ben içmeyi de kim için, zaten canım istediğinde bırakıyorum, dört ay beş ay hiç içmedim.”) - <b>Baş Etme ve Stres Toleransı</b>
Babaanne DM ve Dede alkol bağımlılığı, HT (vefat etmiş), Anneanne DM, dede kalp hastalığı (vefat etmiş), Baba kanser (vefat etmiş), Anne koroner kalp yetmezliği (vefat etmiş), Erkek kardeş HT (vefat etmiş), Yüz, boyun ve emsende hipervaskülarizasyon, Etkinliklere katılmama veya terk etme- <b>Sağlığı Algılaması Ve Sağlık Yönetimi</b>	Erkek olmayla ilgili olarak “İnsan insandır. Erkek ya da kadın olmak fark etmez. Erkelğin verdiği bir şey yok.” ifadesi- <b>Cinsellik ve Üreme Biçimi</b>
Eldetitrete, Terleme, Ağzı içi yara, Ön dişlerinin olmaması- <b>Beslenme ve Metabolik Durum</b>	Huzursuzluk, Kendisini yalnız hissetme, bir yere ait hissetmeme, Kendisine “Bey” diye hitap edilmesine sinirlenerek “beylik düşmüş de bana mı kalıyor, bey bey deyip durmayın, bey olsam benim burada ne işim var” ifadesi- <b>Kendini Algılama</b>
<b>3.adım NANDA Hemşirelik Tanılarını gözden geçirme (Tanım, vazar notu)</b>	
Bilişsel Algısal Alanındaki Hemşirelik Tanılar gözden geçirildiğinde bu vaka için “Duyusal Algılamada Bozulma (Spesifik)” tanısının uygunluğu değerlendirildi. Tanımı: Bireyin, dış dünyadan gelen uyarınlara bozuk, çarpık yaantı vermesi ya da hiç yanıtlanmaması durumudur	Aileyle ilgili “aile benim için çok önemli ama bir türlü aile kurmayı da aile olmayı da başaramadım.” ifadesi- <b>Roller ve İlişki Biçimi</b>
<b>4.adım Etiyolojik Faktörler ve Tanımlayıcı özelliklerin kaydedilmesi</b>	
<b>Etiyolojik Faktörler</b> Alkol kullanımına bağlı sıvı-elektrolit dengesizliği, iki gündür alkol almamaya bağlı yoksunluk, evde yalnız olmasına bağlı izolasyon. Aşırı stres algısı (ben içmiyorum de kim için, demesi), Günlük nakliye işleri yapması nedeniyle yorgunluk yaşama, Bazı günler sokakta yatmasına bağlı gürültü, ışıklar, aşırı hareketlilik	<b>Tanımlayıcı özellikler</b> Vücudunda böceklerin gezindiğini ifade etmesi, Huzursuzluk, sinirlilik, diğer kişilerle iletişim problemi yaşaması (arkadaşlar, işverenler, kız kardeşi), Vücudunda böcekler gezindiği için dairesiz uyuduğunu ifade etmesi
<b>5.adım: Karar: Duyusal Algılamada Bozulma gerek bir tanı olarak geçerli kılınır.</b>	

**Yanıt 9. “Etkisiz bireysel baş etme” tanısına ilişkin bakım planını hazırlayınız.**

Tarih/Pr. No	TANILAMA	PLANLAMA	Girişimler
22 Kasım	<b>Hemşirelik Tanıları (SGHHT/G-R)</b> Kolloratif Problemler (PK)	<b>Amaç/ Sonuç Kriterleri</b>	<b>Girişimler</b>
1	<b>Problem: Etkisiz Bireysel Baş etme</b> Etiyolojik faktörler: (1 pn) 2 tane yazınız Yıllardır süren alkol bağımlılığı Yalnız yaşaması Kardeşi ile ilişkilerinde kopukluk nedeniyle aile desteğinin olmaması Anne babasının ve bir kardeşinin vefat etmiş olması Zaman zaman dışarıda yaşaması, koku evde kullanılması yaşaması Askerden firar etme öyküsü <b>Tanımlayıcı kriterler (1.5pn) 3 tane yazınız</b> Tıkırlı yatışlarını olması Tedavi sorunu kısa süre temiz kaldından sonra tekrar alkol kullanmaya başlaması 2-3 saat süreli huzursuzluk yaşadığını ifade etmesi “İstersen bırakırım ama beni rahat bırakmıyorlar, canımı sıkıyorlar, evde de kimse yok duvarlar üstüne üstüne geliyor” şeklinde ifadelerinin olması Klinikte hastaya tartışma ve etrafı vırpıp çarpması Aktivitelere katılımını sınırlı olması Grup dışında kitap okuması	<b>Not:</b> Gelen yanıtları değerlendirmede amaç ve sonuç kriterleri için zamanlaması, öznesi belli, ölçülebilir, ulaşılabılır, açık ve net ifadeler olması dikkat alınacak. Aynı anda birden fazla eylem olmayacak, hasta için oluyurum olması olacak. <b>Amaç: (1 pn)</b> A. Bireyin yatışı süre içerisinde bağımlılığı ile etkili baş etme davranışlarını öğrenerek kullanabilmesi <b>Sonuç kriterleri: (2.5 pn)</b> 5 tane kriter belirleyiniz A. bey, Bağımlılık ile ilgili içme dertüsü geldiğinde ortaya çıkabilecek belirtileri bilecek Bağımlılık ile ilgili içme dertüsü geldiğinde ortaya çıkan belirtileri ve tepkilerini tanıyacak İki gün içerisinde etkili işlevsel baş etme stratejilerini kendine uygun olanlara karar verebilecek Zorlanış durumlarla karşılaştığında karar verdiği uygun yöntemleri kullanacak Yatışı süre boyunca kendine ya da başkalarına yönelik yıkıcı davranışlardan uzak duracak Yatışı süre boyunca gerekli durumlarda (işeme isteği geldiğinde, ofeksin kontrol etmede zorlandığında, kaygısı arttığında) sağlık çalışanlarından yardım isteyebilecek Aktivitelere katılım, kendi kendine rahatlama yöntemlerini kullandından sonrası fiziksel ya da ruhsal olarak rahatlığında artış olduğunu ifade edebilecek Klinikte yatışı süre boyunca klinik aktivitelere aktif katılım gösterecek İki gün içerisinde Gevşeme egzersizlerini öğrenerek kullanacak	<b>8 tane girişim belirleyiniz (4 pn)</b> Not: Gelen yanıtları değerlendirilmede Girişimler cinsiyete, yaşa, fiziksel, ruhsal, duygusal duruma, tedavi programına, amaçlara yönelik, kurum politikalarına, yasal mevzuata uygun olarak kaydedilmeli olmalı. Genel geçer olmayan girişimler değerlendirilmeyecek. Eğitim ve görüşmeler için Yer zaman süre ve içerik belirtilecek. Süre ve sıklık gerektiren için bu alanda saatler sıklıklar yer alacak A. beyin bağımlılığı sürecini nasıl algıladığı değerlendirilecek. Alkol isteğine bağlı hastada görülür belirtiler hastaya öğretilcek (zaman, süre, yer, içerik belirtilecek) Baş etmede sağlığı çalışanlarından yardım istemesi için cesaretlendirilecek. Stres olguların durumlarına karşı hastanın duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilecek. Diğer hastalarla etkileşimde bulunması için cesaretlendirilecek. Klinik içi aktivitelere katılımı sağlanacak. (Aktivitelere zaman sıklık belirtilmeli olacaktır) A. beyin baş etme yöntemleri araştırılacak. Uygun savunma mekanizmaları desteklenecek. Duygularını sözel olarak ifade etmesi için cesaretlendirilecek. Öfke duygularını daha yapıcı bir şekilde dışarı vurması için desteklenecek. Klinik içi aktivitelere katılması için hastaya yardım edilecek. Daha öncesi yatış deneyimlerini, pısmarlıklarını, üzerine görüşme yapılacak. zaman, süre, konu, içerik) A. beyin gevşeme teknikleri öğretilcek. (Zaman, süre, konu, içerik) A. beyin kaslarını gevşetme ve gevşetme duyularına odaklanmasını vurgulanacak. A. beyin nefes egzersizleri öğretilcek. ( zaman, süre, konu, içerik) Mevcut sosyal ve diğer destek kaynakları daha geniş araştırılacak. Destek sistemleri ile bağlantı kurulacak, kurumsal sağlanacak. Ek destek kaynakları üzerine tartışılacak. Kontrolsüz bir şekilde eyleme geçmeden önce hastaya kendi kendine “dur ve düşün” demesi öğretilcek. Bilişsel Davranışçı diğer yöntemlerle gelebilir.

**Yanıt 9 devamı. “Başkalarına yönelik şiddet riski” tanısına ilişkin bakım planını hazırlayınız.**

Tarih/Pr. No	TANILAMA	PLANLAMA	Girişimler
22 Kasım	<b>Hemşirelik Tanıları (SGHHT/G-R)</b> Kolloratif Problemler (PK)	<b>Amaç/ Sonuç Kriterleri</b>	<b>Girişimler</b>
2	<b>Problem: Başkalarına yönelik şiddet riski</b> Etiyolojik faktörler: (2 pn) 2 tane yazınız Alkol bağımlılığı olması Çocukluğunda diğer çocuklara karşı zıyan etmesi Karan zaman ailesiyle tartışması Öfkesi verimedeğinde benzerlerine çatışması Bir diğer hasta ile tartışması Bey şiddetle hitap edilmesine sinirlenmesi <b>Tanımlayıcı kriterler (1.5pn)</b> Risk tanıma tanımlayıcı kriterler olmaz. Tanımlayıcı kriter yazın öğretici puan almaz.	<b>Not:</b> Gelen yanıtları değerlendirilmede amaç ve sonuç kriterleri için zamanlaması, öznesi belli, ölçülebilir, ulaşılabılır, açık ve net ifadeler olması dikkat alınacak. Aynı anda birden fazla eylem olmayacak, hasta için oluyurum olması olacak. <b>Amaç: (1 pn)</b> A. beyin başkalarına yönelik şiddet içeren davranışlarını öğrenerek kullanabilmesi <b>Sonuç kriterleri: (2.5 pn)</b> 5 tane kriter belirleyiniz A. bey, Saldırgan olmayan davranışlar gösterecek Aniden yükseltilen sesle bağlanmayacak Şiddet eğilimini artıran faktörleri tanımlayacak Şiddetle yol açan duyguları davranışları tanımlayacak Şiddetle neden olan durumları kontrol edebilecek Duygularını ya da davranışlarını kontrol edebildiğini gösteren davranışları sergileyebilecek Öfke ile baş etmede etkili yöntemleri bilecek. Öfke ile baş etmede etkili yöntemlerden en az bir tanesini uygulayabilecek Duygu ve düşüncelerini uygun şekilde sözel olarak ifade edebilecek Hasta klinik kurullarını bilecek ya da kurullara uyacak	<b>Not:</b> Gelen yanıtları değerlendirilmede Girişimler cinsiyete, yaşa, fiziksel, ruhsal, duygusal duruma, tedavi programına, amaçlara yönelik, kurum politikalarına, yasal mevzuata uygun olarak kaydedilmeli olmalı. Genel geçer olmayan girişimler değerlendirilmeyecek. Eğitim ve görüşmeler için Yer zaman süre ve içerik belirtilecek. Süre ve sıklık gerektiren için bu alanda saatler sıklıklar yer alacak 8 tane girişim belirleyiniz (4 pn) Hastaya klinik kurulları anlatılacak. Klinik kurullarına yansımaları gerektiği vurgulanacak. Hasta tek kişilik odaya alınacak. Kendisine ya da başkalarına zarar verme girişimi olursa tereddüt uygulanacak. Büden stresine hasta ile terapötik ilişki ve iletişim sürdürülecek. A. beyin sakin ve güven verici yaklaşımla bulunarak duygu ve düşüncelerini rahat ifade edebilmesi sağlanacak. A. beyin şiddetli yönelen davranışları üzerinde konuşulacak ve şiddetle yol açan duyguları/davranışları tanımlaması sağlanacak. A. beyin şiddetli yönelen davranışları bulunmasına yol açan nedenler değerlendirilecek. A. beyin kendisine ve başkasına zarar vermesini engellemek için çevre düzenlenmesi yapılacak. Şiddet içeren davranışları kullanılabilecek potansiyel silah objeler ortadan kaldırılacak. A. beyin şiddetli eğilimini artıran faktörleri tanımlayabilmesi için görüşme planlanacak. A. beyin öncesi saldırı öyküsünü ve hissettiklerini anlatması için cesaretlendirilecek. A. beyin öfke ile baş etmede kullanılabilecek etkili ve etkili yöntemler anlatılacak. A. beyin öfke ile baş etme yöntemlerinden en az bir yöntemini uygulaması yapılacak. A. beyin hissetmeden önceki şiddetli gözlem yapılacak. A. beyin motor aktivitesi ve davranışları gözlemlenecek. Riskli davranışları tanımlanacak. A. beyin şiddet davranışında bulunması durumunda yardımcı ve güvenlik personeli ile müdahale edilecek. Diğer hastalar ortadan uzaklaştırılacak. Güç kullanılması gereken durumlarda yeterli personel hazır bulundurulacak. Şiddet durumunda gerekli görüldükçe kurumsal politikalar dikkate alınarak doktor istemi ile fiziksel koruma tedbirleri uygulanacak. Teşvi kullanılmadık durumlarda A. beyin yakın bakım uygulamaları uygulanacak. Yakından gözleme devam edilecek. Teşvi uygulanması durumunda, teşvite bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonlar değerlendirilecek.

**Yanıt 9 devamı. “Sağlığın yönetiminde güçlenmeye hazır oluş” tanısına ilişkin bakım planını hazırlayınız.**

Tarih/Pr. No	TANILAMA	PLANLAMA	Girişimler
22 Kasım	<b>Hemşirelik Tanıları (SGHHT/G-R)</b> Kolloratif Problemler (PK)	<b>Amaç/ Sonuç Kriterleri</b>	<b>Girişimler</b>
3	<b>Problem: Sağlık yönetiminde güçlenmeye hazır oluş</b> Etiyolojik faktörler: (1 pn) (2 tane yazınız) Klinikte yapılan aile bağımlılığı tedavisinin etkinliği A. beyin klinikte verilen psikososyal bakıma istekli olması A. beyin alkol bağımlılığı tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olması A. beyin, aileye öncesi yatışlarında olumlu sonuçları olması <b>Tanımlayıcı kriterler (1.5pn) (3 tane yazınız)</b> Ayık olmasını önemini, hangi durumlarda polikliniklere başvuracağını bildiğini ifade etmesi. Alkol almak istemesi, ritüme girerse, yemekte yiyememesi, uykularını bozularsa benzeri en yakın sağlık kurumuna başvuracağını biliyor olması. Bu illete tekrar başlamaması için elinden geleni yapacağını. Bunu yapabileceğine inanıyor olması. Yeter ki bana fırsat verir” gibi ifadelerle bulunması Bu yatışında edindiği bilgileri kullanmaya istekli olduğunu ifade etmesi. Terapötik aktivitelere katılması (Balınca otlama, gazete okuma, kitap okuma vb) Bağımlılığın yönetimine yönelik arzuyu ve isteğini ifade etmesi	<b>Not:</b> Gelen yanıtları değerlendirilmede amaç ve sonuç kriterleri için zamanlaması, öznesi belli, ölçülebilir, ulaşılabılır, açık ve net ifadeler olması dikkate alınacak. Aynı anda birden fazla eylem olmayacak, hasta için oluyurum olması olacak. <b>Amaç: (1 pn)</b> A. Bireyin sağlığını yönetmede sürdürülebilir kararlı olması <b>Sonuç kriterleri: (2.5 pn)</b> 5 tane kriter belirleyiniz A. bey, Tedavi, bakım ve taburculuk sürecinde edindiği bilgileri ifade edebilecek Sağlığını geliştirme konusunda edindiği bilgileri yaşamında kullanabilececek. Polikliniğe hangi durumlarda başvuracağını bilecek Yatış sürecinde edindiği bilgileri kullandığında tekrar başlamaması için hastanın gösterdiği çabaları desteklenecek. Alkol kullanımını tekrar başlamaması konusunda kararlı olduğunu ifade edebilecek	<b>Not:</b> Gelen yanıtları değerlendirilmede Girişimler cinsiyete, yaşa, fiziksel, ruhsal, duygusal duruma, tedavi programına, amaçlara yönelik, kurum politikalarına, yasal mevzuata uygun olarak kaydedilmeli olmalı. Genel geçer olmayan girişimler değerlendirilmeyecek. Eğitim ve görüşmeler için Yer zaman süre ve içerik belirtilecek. Süre ve sıklık gerektiren için bu alanda saatler sıklıklar yer alacak 8 tane girişim belirleyiniz (4 pn) A. Bireyin sağlığını ve sağlığı geliştirme konusunda yapabileceği uygulamalar anlatılacak. -Düzenli bir şekilde spor yapması -Sağlık kontrollerini düzenli bir şekilde yaptırması -Beslenmesine ve beslenme şekline dikkat etmesi -Sosyal faaliyetlere bulunması -Sağlık sorunlarına ve ilaç istediği geldiğinde doktora başvurması -Öz bakımını düzenli olarak yerine getirmesi Stres yönetimini başarılı bir şekilde uygulayabilmesi A. beyin sağlığını yönetimi ile ilgili bilgi düzeyi sorgulanacak. Sağlığın yönetimine ilişkin olumlu uygulamaları desteklenecek (teşvi, bilgi düzeyi, tezetirik ve algılanan faydalar tartışılacak) Terapötik rejimi yönetmek için ve bağımlılığın tekrar başlamaması için hastanın gösterdiği çabaları desteklenecek. A. beyin göçü yerinden göçmeden önceki amaçları görüşme yapılacak. Hastanın göçü yerleri desteklenecek. Alkolle tekrar başlamaması için A. beyin işbirliği yapılarak planlamalara katılım sağlanacak. A. beyin sosyal destek almama için sosyal desteğini arttırmaya yönelik cesaretlendirilecek. Planlanan eğitimler ile ilgili broşürler hazırlanacak. Bir örneği A. beyin verilecek. A. beyin sağlık kontrollerine düzenli gelmesi konusunda desteklenecek.

**Yanıt 10.** A. Bey'in hafta sonu izninde alkol almış olması ve klinikte bir başka hasta ile tartışması sonucu taburculuk kararı alınmasını etik ilkeler ve hastanın tedavi süreçleri bağlamında tartışınız.

1. Adım: Durumun ortaya konulması: A Bey'in tedavi olma sürecinde hafta sonu izninde yaşadığı zorlantı/çatışma sonrası alkol alması ve taburculuğa karar verilmesi

2. Adım: Etik olarak öne çıkan kök değerlerin belirlenmesi: Bu vakada A beyin öz denetimini sağlayamayarak alkol alması nedeniyle taburcu edilmesi tedavinin kesintiye uğramasına ve sonlanmasına neden olduğu için "zarar vermeme ve yararlılık" ilkeleri ile ancak hastanın tedavi programına uymayarak kendi davranışının sorumluluğunu üstlenmesi ve başkalarının tedavi olma hakkı göz önünde bulundurulduğunda kaynakların uygun kullanımı açısından "adalet" ilkesini öne çıkarmaktadır.

3. Adım: Bağımlılık zemininde tedavi süreçlerinin değerlendirilmesi: Bağımlılıklarda biyopsikososyal değişimler nedeniyle hastanın öz denetimi, öz yeterliği ve başa çıkmaları zayıflamış olup, hastanın karar verme süreçleri bu bağlamda etkilenmiştir. Bakım ve tedavide hastanın tedavi olmaya karar vermesi, katılımı, iş birliği ve uyumu bu anlamda önemlidir. Tedavi olmaya ve iyileşmeye karar verme farkındalık ve kendini tanımanın, hayır diyebilmenin önemli bir yansıması olup iç görüyü ve yüksek düzeyde muhakemeyi gerektirir. Hastaların tedavi sürecine alınması kendi kararı, yakınlarının desteği, ya da ülkemizde zorunlu yatış ile ilgili bir mevzuat olmamasına karşın kolluk gücü ya da mahkeme kararıyla gözetim ve klinik karar verme açısından uygulanan bir sistemdir. Kararın kaynağı ve nedeni her ne olursa olsun ülkemizde hastane toplum temelli modelin kullanıldığı düşünülürse, hastalar poliklinikten ayaktan tedavi ve izlem ya da yatarak tedavi süreçlerine dahil olabilir. Yatarak tedavi olmada ruhsal hastalıklar/ ruhsal sorunlar nedeniyle artan hasta sayılarına karşın sınırlı yatak kapasiteleri olduğu düşünüldüğünde hem mesleki hem etik açıdan kaynakların uygun ve adil kullanımı, yararlılık, zarar vermeme, özerkliğe saygı ön plana çıkmaktadır. Bu anlamda hastaların yatışlarına karar vermede öncelikleri ve aciliyeti belirleyerek karar vermeyi gerektiren bir durum söz konusudur. Her ne kadar kliniğe yatış kararı hemşireye ait bir karar olmasa da

taburculuk hekim, hemşire, hasta ve hasta yakınının görüşlerini, iyileşme kriterlerine ve hasta sonuçlarına ulaşmayla verilecek bir karardır.

4. Adım: A Beyin tedavi süreciyle ilgili programın ve uyumun değerlendirilmesi/ mesleki değerler açısından gözden geçirme: Bu vakada A beyin kliniğe yatış ve tedavi olmaya ilişkin motivasyonu belirgin olmakla birlikte tedavi programına sınırlı uyumu, alışveriş ve başkanlık görevlerinde ısrarcılığı (manüplatif özelliği gereği) ve en önemlisi izinli çıktığında yaşadığı zorlantılı/çatışmalı durum sonrasında öz denetimini koruyamaması, maladaptif başa çıkma olarak tekrar alkol alması, içme dürtüsünü kontrol edemediğini ve henüz yeterince başa çıkmada güçlenemediğinin de bir göstergesi olarak düşünülmelidir. Psikiyatrik ortamlarda izinli çıkma aslında hastanın tedavi programının bir parçası olup, hastaya kısmi sosyalleşme ve kendi ortamı içerisinde kısmi bir sürede terapötik ortam içindeki kazanımlarını kendi kendine kullanabilme, değerlendirebilme fırsatı veren ve bireyi güçlendirmeye -güçlenmeye hazırlamada önemli bir fırsattır. Hasta bu yolla adım adım iyileşmeye ve bakım sonuçlarına ulaşarak taburculuğa hazırlanır. Bu nedenle A beyin izin sürecindeki uyumu ve tedavi programına uyumlu davranmaması hekimi için erken taburculuk kararını uygulamaya ve yatarak tedavi programını sonlandırmaya yönlendiren bir hasta davranışı olmuştur. Ayrıca bu vakada hasta davranışı kaynaklı bir etik durum olmakla birlikte ikinci olarak dikkate alınması gereken nokta; taburculuk kararını hekimin hemşirelerin ve hastanın görüşünü de almadan karar vermesidir.

5. Adım: Seçeneklerin ortaya konulması: Bu aşamada üç sonuç vardır: Taburculuk kararı kesin verilebilir, istisnai bir durum hasta motivasyonu dikkate alınarak yatışa devam kararı alınabilir, taburculuk kararı verilerek ayaktan tedavi yoluyla izleme devam edilmesi ve verilecek kararda hemşire ve hastanın katılımının -iş birliğinin sağlanmasıdır. A beyin sağlık öyküsünde yıllar içerisinde çeşitli kereler yatış, tedavi olma temiz kalma sürelerinin kısa olması ve devam eden bağımlılık öyküsünün olması, tedavi programındaki sınırlı uyumu dikkate alındığında taburculuk kararı alınması uygun bir karardır. İstisnai durum belki ancak hastanın gerçek anlamdaki



motivasyon yüksekliği ile kullanılabilir. Ancak bu etik açıdan “buzda kayma” riski oluşturabileceğinden diğer hastalar tarafından suistimal edilebileceğinden yatarak tedavinin sonlanıp, ayaktan tedavi yoluyla izlemin yapılması yine hasta yararını koruyucu bir davranıştır. Sonuç olarak hastanın tedavisi bütünüyle kesilmemiştir. Hekimin kendi başına taburculuk kararı almasına ilişkin; hemşirenin kararı hekim kararıyla uyumlu olacak olsa dahi ya da böylesi durumlar için klinikte belirlenmiş ortak bir karar olsa dahi hekimin ekibin bir üyesi olarak hemşireyi de hastayı da kararın içine katması ve iş birliği yapması önemlidir. Aynı zamanda hastanın reddedilme, terkedilme, yalnızlığa itilme gibi negatif duygular yaşamasını engelleyici, aksine tedavi programının ve uyumun ne kadar önemli olduğu konusunda hastanın iç görü kazanmasını sağlayıcı bir yaklaşım olabilir. Hekim bu kararı tek başına alarak hastanın bu gelişimi ve farkındalığı yaşama şansını elinden almıştır. Hemşirenin de bu noktada görüşme yaparak bu konuyu ele alması ilişkiyi sağlıklı ve terapötik bir şekilde sonlandırması açısından önemli olabilir.

6. Adım: Sonuç: Yararlılık ve zarar vermeme ilkeleri ile adalet ilkesi öne çıkmış olup, kaynakların uygun kullanımını sağlamak amacıyla hem adalet ilkesi açısından tedavi olmayı bekleyen başka hastalar için fırsat yaratma ve onların yararlanmasını sağlama. Zarar vermeme ilkesinin hasta kararının alınmaması ve hemşire tarafından ilişkinin sonlandırılmasına yönelik terapötik bir görüşme yapılamaması hastada reddedilme, cezalandırılma, itilmişlik duygusu yaratmasına neden olabileceğinden bu ilke göz ardı edilmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak hemşirelik bakımının öğretilmesi ve kaydı ile ilgili ölçüm araçlarının oluşturulması ve değerlendirme süreci; hemşirelik felsefesi doğrultusunda kuramsal bilgiler üzerine temellendirilmiş, hemşirelik eğitimi, uygulaması ve araştırmaları için önemli unsur olarak düşünülmelidir. Bu bağlamda; bu makalede verilen hipotetik vaka, RSHH dersinin uygulamasının öğretimi ve değerlendirmesinde örnek bir vaka ve ölçüm aracı olarak yararlı olabilir. Hipotetik vaka oluşturma yoluyla daha fazla ölçme-değerlendirme çalışmalarının yapılması önerilebilir.

Kaynak gösterilmek koşuluyla vaka, vakaya ilişkin sorular ve yanıtlar derslerde ve tartışmalarda kullanılabilir.

## Teşekkür

Bu makalede yer alan hipotetik vaka, sorular ve yanıtlar yazarlar tarafından oluşturulmuş olup, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalının diğer öğretim elemanlarının görüşleri ve onayı alınarak son şekli verilmiştir. Makale olarak yayınlanması konusunda tüm öğretim elemanlarının onayı alınmıştır. Yazarlar, tüm öğretim elemanlarına teşekkür eder.

## KAYNAKLAR

1. Abaan, S. (1999). Hemşirelik yönetimi eğitiminde vaka tartışmaları : Bir sınıf deneyimi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 4(1), 63-75.
2. Akduran, F., Arslan Özkan, H. (2014). Hemşirelikte kavramsal ve kuramsal çalışmaların tarihsel gelişim süreci. (Ed. Arslan Özkan, H.). İstanbul: Akademi Basın Ve Yayıncılık .
3. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Lisans anabilim dalı formları, Erişim tarihi: 18.03.2022, <http://hemsirelik.akdeniz.edu.tr/psikiyatri-hemsireligi-anabilim-dali-formlari/>
4. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Yönetmelik ve yönergeler, Erişim tarihi: 18.03.2022, <http://hemsirelik.akdeniz.edu.tr/mezuniyet-ocesicegitim/yonetmelik-ve-yonergeler/>
5. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Yönetmelik ve yönergeler. Erişim tarihi: 18.03.2022, <https://oidb.akdeniz.edu.tr/yonetmelik-ve-yonergeler-751>
6. Altınbaş, Y., Derya İster, E. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin vakaya dayalı öğretim tekniğine ilişkin görüşleri: nitel bir çalışma. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 295-303, <https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.786162>
7. American Nurses Association/American Psychiatric Nurses Association/International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (ANA/APNA/ISPN). (2014). Psychiatric-mental health nursing. Scope and Standards of practice. (2nd ed.). Silver Spring, MD: ANA.
8. Boz Yüksekdağ, B. (2021). Covid-19 pandemisi döneminde öğrenme ve uzaktan hemşirelik eğitiminde paradigma değişimi. Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi -AUAD, 73, 61-73.
9. Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Wagner, C., Erdemir, F., Kav, S., & Yılmaz, A. A. (Eds.). (2017). Hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC). Nobel Tıp Kitabevleri.
10. Carpenito-Moyet, L. J. (2010). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. (Çeviren F Erdemir). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
11. Dutra, D. K. (2013). Implementation of case studies in undergraduate didactic nursing courses: A qualitative study. BMC Nursing, 12(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-15>
12. HEMDEK. (2020). 10.04.2020 tarihli Hemşirelik Dekanlar Konseyi Toplantısı. Hemşirelik Fakülteleri Dekanlar Konseyi. (Erişim tarihi: 18.03.2022), <http://hemdek.org/wp-content/uploads/2020/04/10.04.2020-HEMDEK-Toplantı-Kararları.pdf>



13. Jackson, D., Bradbury-Jones, C., Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S., ve Smith, G. D. (2020). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2041-2043. <https://doi.org/10.1111/jocn.15257>
14. Morin, K. H. (2020). Nursing education after COVID-19: Same or different? *Journal of Clinical Nursing*, 29(17-18), 3117-3119. <https://doi.org/10.1111/jocn.15322>
15. Şanlı, D., Uyanık, G., Ünsal Avdal, E. (2021). COVID-19 Pandemi Sürecinde Dünyada Hemşirelik Eğitimi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 55-63.
16. Taşdemir, G., Kızılkaya, M. (2013). Evaluation of NANDA nursing diagnoses of healthcare college final year students during the clinical application of the mental health and disease nursing course. *Journal of Human Sciences*, 10(1), 246-257.
17. Thomas, M. D., O'connor, F. W., Albert, M. L., Boutain, D., Brandt, P. A. (2001). Case-Based Teaching and Learning Experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(5), 517-531. <https://doi.org/10.1080/01612840121084>
18. Townsend, M. C., Morgan, K. I. (2017). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. FA Davis.
19. YÖK. (2020a, March 18). YÖK Üniversitelerde Uygulanacak Uzaktan Eğitime İlişkin Açıklama. Erişim tarihi: 10.10.2021, <https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2020/universitelerde-uygulanacak-uzaktan-egitime-iliskin-aciklama.aspx>
20. YÖK. (2020b, April 10). YÖK Hemşirelik Programlarındaki Öğrencilere Uzaktan Eğitim İmkânı. Erişim tarihi: 10.10.2021, <https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2020/hemshirelik-programlarindaki-ogrencilere-uzaktan-egitim-imkani.aspx>



# Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.975030>

## Derleme

# Pedriatrik COVID-19 Enfeksiyonu ve Hemşirelik Yaklaşımı: Güncel Gelişmeler Pediatric COVID-19 Infection and Nursing Approach: Current Developments

Esra EKMEKÇİ <sup>ID</sup>\*,<sup>a</sup>, Güzide ÖZDEN AKCAN <sup>ID</sup><sup>b</sup>, Didem KURAP ÖCEBE <sup>ID</sup><sup>c</sup>, Rabiye GÜNEY <sup>ID</sup><sup>d</sup>,  
Esra ŞEVKETOĞLU <sup>ID</sup><sup>e</sup>

<sup>a</sup> Arş. Gör. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İSTANBUL, TÜRKİYE

<sup>b</sup> Hemşire, İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL, TÜRKİYE

<sup>c</sup> Arş. Gör. Üsküdar Üniversitesi, İSTANBUL, TÜRKİYE

<sup>d</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İSTANBUL, TÜRKİYE

<sup>e</sup> Prof. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL, TÜRKİYE

## ÖZET

Yeni Koronavirüs Hastalığı 2019 yılı sonunda ortaya çıkmış ve küresel bir pandemiye dönüşmüştür. Pandeminin başlangıcında her yaşta insanı etkileyen bu enfeksiyonun çocuklarda yetişkinlere göre çok hafif seyrettiği bildirilmiştir. Ancak son yapılan araştırmalarda, multisistem enflamatuvar sendromu ile daha ağır seyreden tabloların da olduğu görülmüştür. Hastalığın şiddeti pediatrik grupta özellikle bir yaş altında daha fazladır. Buna karşın pediatrik vakalarda hastalığın tedavisine yaklaşım hala belirsizliğini korumaktadır. Çocuklara uygulanan farmakolojik tedaviler yetişkin çalışmalarına dayandırılmaktadır. Semptomlara yönelik uygun hemşirelik bakımı iyileşmede önemlidir. İmmünsuprese çocukların koronavirüs hastalığı için risk altında olduğu ve hastalığı daha şiddetli geçireceği öngörülmektedir. Hastalıktan korunmada çocuklarda yetişkinlerden daha hafif geçirilmesine rağmen akut enfeksiyonu takiben multisistem enflamatuvar sendrom gelişebilmesi ve altta yatan tıbbi sorunları olan çocuklarda ciddi hastalık riski nedeniyle aşılama önemli olup ülkemizde 12 yaş ve üzeri çocuklara aşı yapılmaktadır. Okul çağındaki çocuklar arasında hastalık bulaşma riskinin azaltılması ve korunmanın sağlanmasında okul hemşirelerinin süreci etkin şekilde yönetmeleri önemlidir. Bu derlemede, çocuklarda Yeni Koronavirüs Hastalığı'nın etiyolojisi, belirti ve bulguları, tedavisi, hemşirelik bakımı ve korunma yolları konusunda güncel bilgilerin verilmesi amaçlanmıştır.

## ABSTRACT

The new Coronavirus Disease appeared at the end of 2019 and turned into a global pandemic. It has been reported that this infection, which affects people of all ages at the beginning of the pandemic, is very mild in children compared to adults. But recent studies have shown that there are more severe tables with multisystem inflammatory syndrome. The severity of the disease is greater in the pediatric group, especially under one year of age. However, the approach to the treatment of the disease in pediatric cases remains unclear. Appropriate nursing care for symptoms is important in recovery. Immunosuppressed children are at risk for coronavirus disease and are predicted to have the disease more severe. Although the disease is milder in children than in adults, vaccination is important because of the risk of developing multisystem inflammatory syndrome following acute infection and the risk of serious illness in children with underlying medical problems, and children aged 12 years and older are vaccinated in our country. It is important that school nurses manage the process effectively in reducing the risk of disease transmission among school-age children and providing protection. In this review, it is aimed to provide up-to-date information on the etiology, signs and symptoms, treatment, nursing care and prevention methods of New Coronavirus disease in children.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19; Çocuk Bakımı; Hemşirelik Bakımı

**Keywords:** Child Care; COVID-19; Nursing Care

\*Sorumlu Yazar: Esra EKMEKÇİ

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İSTANBUL, TÜRKİYE

e-posta: [esra.ekmekci@sbu.edu.tr](mailto:esra.ekmekci@sbu.edu.tr)

Geliş tarihi:27.07.2021

Kabul tarihi:06.05.2022

## GİRİŞ

İlk kez Aralık 2019 tarihinde Çin'in Wuhan kentinde bir grup hastada kaynağı bilinmeyen pnömoni vakalarının tespit edilmesiyle gündeme gelen Yeni Koronavirüs Hastalığı kısa sürede tüm dünyaya yayılarak küresel bir pandemiye dönüşmüştür. Kaynağı henüz kesin olarak belirlenemeyen hastalığı ilk geçirenlerin çoğunun Huanan deniz ürünleri pazarını ziyaret ettiği anlaşılmıştır (Park,2020). Açıklanamayan pnömonilere neden olan ajan yapılan incelemeler sonucunda şiddetli akut solunum sendromu koronavirüsü 2 (SARS-CoV-2) olarak tanımlanmıştır (Lu ve Shi, 2020). Söz konusu enfeksiyonun hızlı bir şekilde Çin'de yayılmasından sonra Tayland, Japonya ve Güney Kore'den ilk vakalar bildirilmeye başlanmıştır. Üç aydan az bir süre içinde 114 ülkeye yayılan bu enfeksiyon daha sonra DSÖ tarafından Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) olarak tanımlanmış ve 11 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan edilmiştir (Choi, Kim, Kang, Kim ve Cho 2020; Park,2020). Aynı tarihte ülkemizde de ilk vakanın görüldüğü T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2021a). Güncel durumda DSÖ verilerine göre total vaka sayısı 173.609.772 ve ölü sayısı 3.742.653'e ulaşmıştır. Aşı uygulamalarının artmasıyla vaka artış hızında yavaşlama görülmeye başlanmıştır (World Health Organization [WHO], 2021a).

## Epidemiyoloji

Pandeminin başlangıcında COVID-19'un çocuklarda nadir görüldüğü bildirilmiş ve ilk vaka 20 Ocak 2020 tarihinde Shenzhen'de 10 yaşında bir erkek çocuğunda tanımlanmıştır (Choi ve ark., 2020). Liu ve ark. (2020)'nin yaptığı retrospektif çalışma, çocuklarda SARS-CoV-2 enfeksiyonlarının salgının erken dönemlerinde meydana geldiğini ortaya koymuştur. Bu çalışmada 7-15 Ocak 2020 tarihleri arasında solunum yolu enfeksiyonuyla Wuhan'da hastaneye yatan 366 çocuk incelenmiş ve altı çocuğun COVID-19 tanısı aldığı belirlenmiştir. Çalışmada bildirilen hasta çocuklardan biri yoğun bakımda yatmış ve immün globülin, antiviral ve antibiyotik tedavisi uygulanmıştır. Hastanede yatan bu çocuklar 5-13 gün arasında iyileşerek taburcu olmuştur (Liu ve ark., 2020). Ludvigsson'un bildirdiğine göre Zhang tarafından

Çince yayımlanan bir makalede, Ocak-Mart 2020 tarihleri arasında 44.672 onaylanmış COVID-19 vakasının yaklaşık %2'sini 0-19 yaş arası çocukların oluşturduğu ve bu çocukların %0.9'unun 10 yaş altında olduğu rapor edilmiştir (Ludvigsson, 2020).

Güncel rakamlara bakıldığında çocuk vakalarının oranının ilk bildirilenlerden daha fazla olduğu görülmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) Mart 2021 itibariyle çocuk vakaların toplam vaka sayısının %13.3'ünü oluşturduğunu ve çocuk vakalarının sayısının toplam 3,341,608'e ulaştığını bildirmiştir. COVID-19 çocuk vakalarının %0.1-2.1'inin hastaneye yatma ile sonuçlandığı ve COVID-19'a bağlı çocuk ölümlerinin toplam ölümlerin %0.00-0.19'unu oluşturduğu rapor edilmiştir (American Academy of Pediatrics [AAP],2021a). Laboratuvar onaylı çocuk vakaların oranını %13 olarak bildiren araştırmacılar bulunmaktadır (Deville, Song ve Oulette, 2021a). T.C. Sağlık Bakanlığı'nın son yayımladığı 19-25 Ekim 2020 tarihli COVID-19 Haftalık Durum Raporu'nda 22.885 hastanın 15 yaş ve altındaki yaş grubunda olduğu bildirilmiştir. Ayrıca 15 yaş altı çocuklarda şimdiye kadar 15 ölüm bildirilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020b).

Araştırmalara göre pediatrik COVID-19 enfeksiyonu tüm çocukluk dönemlerinde görülebilmektedir. Leidman ve ark. (2021) çocuk vakaların %17.4'ünün 0-4 yaş, %25.7'sinin 5-10 yaş, %18.6'sının 11-13 yaş ve %38,3'ünün 14-18 yaş grubunda olduğunu belirlemiştir (Leidman ve ark., 2020). Enfekte 20 yaş altı çocuklarda hastaneye yatış oranı %2.5-4.1 arasında değişmektedir. Hastaneye yatan çocukların yaklaşık %33'ü yoğun bakıma, %6'si invazif mekanik ventilasyona ihtiyaç duymaktadır (Deville ve ark., 2021a). Bir yaş altında hastaneye yatışın diğer pediatrik yaş gruplarına göre daha yaygın olduğu ve hastalığın daha şiddetli geçirildiği çalışmalarla ortaya konulmuştur (Ludvigsson, 2020). Hastalıktan kız ve erkek çocuklar eşit şekilde etkilenmektedir (Deville ve ark., 2021a). ABD'de yapılan bir çalışmada, 12 Şubat-31 Temmuz 2020 tarihleri arasında CDC'ye bildirilen SARS-CoV-2 ile ilişkili olarak hayatını kaybeden 21 yaş altı 121 hastanın %63'ünün erkek, %10'unun <1 yaşında,

%20'sinin 1-9 yaşları arasında ve %70'inin 10-20 yaş arasında olduğu bildirilmiştir. 121 hastanın 91'i (%75) altta yatan bir tıbbi duruma sahip olup, 79'u (%65) hastaneye kaldırıldıktan sonra ve 39'u (%32) ise evde ya da acil serviste hayatını kaybetmiştir (Bixler ve ark., 2020). 12-17 yaş arasındaki çocuklar için risk faktörleri vücut kitle indeksi  $\geq 85$ . yüzdeler dilim, orak hücre anemisi, doğuştan veya edinilmiş kalp hastalığı, nörogelişimsel bozukluklar (ör. serebral palsi), tıbbi sorunlarla ilişkili olarak teknolojik araçlara bağımlılık (ör. trakeostomi, gastrostomi veya COVID-19 ile ilgisi olmayan pozitif basınçlı ventilasyon) ve kontrol için günlük ilaç tedavisi gerektiren kronik solunum sistemi hastalığı (ör. astım, reaktif hava yolu hastalığı) olarak bildirilmiştir (Deville ve ark., 2021b).

COVID-19'da bulaşma doğrudan kişiden kişiye solunum yolu ile meydana gelmektedir (McIntosh, 2021). Enfekte kişilerin solunum sekresyonlarında bulunan virüsün duyarlı kişinin müköz membranlarıyla temas etmesi sonucunda bulaşma oluşmaktadır. Bu nedenle enfeksiyonun damlacık yoluyla bulaştığı kabul edilmektedir (Palmore ve Simith, 2021). Yakın mesafede bulunan (iki metreden az) ve enfeksiyonu olan bir kişi öksürdüğünde, hapşırduğunda veya konuştuğunda solunum salgılarıyla salınan virüs, solunum yoluna girdiğinde veya mukoza zarlarıyla doğrudan temas ettiğinde başka bir kişiye bulaşabilir (McIntosh, 2021). Havada uzun süre asılı kalan ve daha uzak mesafelere ulaşabilen daha küçük enfekte partiküller ile bulaş olabileceği tahmin edilmektedir. Diğer yandan kontamine yüzeylere dokunma yoluyla bulaş meydana gelebilmekte ve anneden bebeğe geçiş oluşabilmektedir (Palmore ve Simith, 2021; Sheth, Shah ve Bhandari 2020). Sheth ve ark.'nın (2020) 39 araştırma değerlendirdiği derlemede, COVID-19 pozitif olan 326 anneden doğan çocuklara bakıldığında 23 yenidoğanın pozitif olduğu saptanmıştır (Sheth ve ark.,2020). CDC' nin verilerine göre COVID-19 pozitif olan annelerin %0.96' sını gebelik kaybı yaşamış olup canlı doğan 49.602 bebeğin 4778'i preterm doğmuştur (Center for Disease Control and Prevention [CDC],2022).

Tüm yaş grubundaki çocuklar hastalığı başkalarına bulaştırabilir. Enfekte çocuklardaki nazofarengeal yük

yetişkinlerdekine benzer oranda ya da daha yüksektir. Ancak bulaştırma oranı bilinmemektedir. Asemptomatik çocuklardan da bulaşma meydana gelebilir (Deville ve ark., 2021a). Hastalığın erken evrelerinde bulaştırıcılık riski daha yüksektir (McIntosh, 2021). COVID-19'da virüse maruziyet (enfekte olma) ile semptomların başlaması arasındaki süre olan inkübasyon süresi ortalama 5-7 gündür, ancak 14 güne kadar çıkabilmektedir. Bazı enfekte kişiler "presemptomatik" dönemde, semptomların başlamasından 1-3 gün önce bulaştırıcı olabilir. Semptomatik hastalarda bulaştırıcılık süresi herhangi bir semptomun başlangıcından itibaren 8 gün olarak tahmin edilmektedir (World Health Organization [WHO],2021b).

### **Etiyoloji ve Patogenez**

SARS-CoV-2, insanları enfekte eden CoV ailesinin yedinci üyesi olup genetik dizilimi SARS-CoV ile  $\geq 70\%$  benzerlik göstermektedir. Diğer dört insan koronavirüsü üst solunum yolu enfeksiyonlarına neden olurken, SARS-CoV and MERS-CoV atipik pnömoniye yol açabilmektedir. Farklı enfeksiyon alanlarının nedeni alt solunum yolunda dipeptidil peptidaz 4 ve anjiyotensin dönüştürücü enzim 2'nin (ACE2) varlığı ile ilişkilidir. Bunlar MERS-CoV ve SARS-CoV'un yüzeysel sivri (S) glikoproteini için insandaki ana reseptörlerdir (Li, Liu, Yu, Tang S.ve Tang C., 2020). S proteini, koronavirüslerin konakçı hücrelere girmesine aracılık eden viral proteindir (Lu, Xiang ve Wing-Kin Wong, 2020). SARS-CoV-2 S, insan ACE2'sine SARS-CoV S'ten yaklaşık 10-20 kat daha yüksek ilişki ile bağlanabilmektedir. SARS-CoV-2 konakçının farklı bölgelerdeki hücrelerine giriş için SARS-CoV ile aynı reseptörü (ACE2) kullanmaktadır (Lu ve Shi,2020; Li ve ark, 2020). ACE2 ileum ve kolondan emici enterositler ve özefagus üst epitel hücreleri ile akciğerin AT2 hücrelerinden eksprese edilen yüzey molekülüdür. Bu molekül ayrıca kalp, böbrek, arter ve testis hücrelerinde de bulunmaktadır. ACE2'nin eksprese edilme seviyesi erkeklerde kadınlara göre, Asya popülasyonunda Avrupa, Amerika ve Afrika popülasyonuna göre önemli ölçüde daha yüksektir (Lu ve Shi, 2020; Lu ve ark., 2020). Çocuklarda yetişkinlere göre ACE2'nin matüritesi ve fonksiyonu daha düşük olduğu için 2019-nCoV'a daha az duyarlı olacağı tahmin edilmektedir.

SARS-CoV-2, ACE2 reseptörleri aracılığıyla alveolar epitel hücrelerine girdikten sonra hızla çoğalır ve güçlü bir bağışıklık yanıtını tetikler. Bu da sitokin fırtına sendromları ve pulmoner doku hasarına neden olur. Hiperkitokinemi olarak da bilinen sitokin fırtına sendromları, mikrobik enfeksiyonlara aşırı bir yanıt olarak pro-enflamatuvar sitokinlerin kontrolsüz üretimi ile karakterize bir grup bozukluktur. Bu bozukluk akut solunum sıkıntısı sendromunun (ARDS) ve çoklu organ yetmezliğinin en önemli sebebidir (Li ve ark., 2020; Diao ve ark., 2020). Viral enfeksiyonlara karşı immün yanıt sitotoksik T hücrelerinin aktivasyonuna bağlıdır. Bu nedenle COVID-19 hastalarının iyileşmesinde virüslü hücreleri öldürerek enfeksiyonu temizleyen, sayıları ve fonksiyonları artan T hücreleri önemli bir yere sahiptir. COVID-19 tanılı hastaların total T hücresi, CD4+ ve CD8+T düzeylerinin azaldığı, mevcut hücrelerin ise işlevsel olmadığı görülmüştür. Ayrıca yoğun bakım hastalarında T hücrelerinin sayısı ile bazı sitokinler (IL-10, IL-6 ve TNF- $\alpha$ ) arasında negatif bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (Diao ve ark., 2020).

### Klinik Belirti ve Bulgular

COVID-19'un klinik seyri genellikle çocuklarda yetişkine oranla daha hafif olmaktadır, ancak ciddi vakalarla da karşılaşılabilir (Lu ve Shi, 2020; Choi ve ark., 2020). Hastalığın şiddetini sınıflandırmada merkezi siyanoz, dispne ve oksijen saturasyonunun %92'nin altında olması göz önünde bulundurulmaktadır (Ludvigsson, 2020). Hastalığın şiddetine göre çocuklarda COVID-19 hafif veya orta, şiddetli ve kritik olmak üzere üç düzeyde sınıflandırılmaktadır. Hafif veya orta dereceli hastalarda yeni veya artmış bir oksijen gereksinimi yoktur. Durumu şiddetli olan hastalarda yeni veya artmış ventilasyon desteği ihtiyacı olmaksızın (noninvasif veya invaziv) ilave oksijen için yeni gereksinim veya başlangıçtan itibaren artan bir gereksinim söz konusudur. Kritik hastalarda ise noninvasif veya invaziv mekanik ventilasyona ihtiyaç duyulmaktadır. Bu hastalarda aynı zamanda sepsis, multiorgan yetmezliği veya hızla kötüleşen bir klinik tablo mevcuttur (Lu ve Shi, 2020; Deville ve ark., 2021b).

COVID-19'un belirti ve bulguları çocuklarda ve yetişkinlerde benzerdir, ancak semptomların sıklığı değişmektedir. Belirlenen ilk pediatrik vaka asemptomatik

olup ilk tomografisinde buzlu cam opasitesi mevcuttur (Choi ve ark., 2020). Ancak COVID-19'da çocuklarda çeşitli klinik belirtiler görülebilir. Ateş, titreme ve öksürük en sık rastlanan semptomlardır (Deville ve ark., 2021a) Hoang ve ark.'nın (2020) 26 ülkeden 7780 pediatrik hastanın bulgularını incelediği sistematik derlemede, hastaların %59,1'inde ateş, %55,9'unda öksürük görüldüğü ve %19,3'ünün asemptomatik olduğu bildirilmiştir (Hoang ve ark., 2020). Çocuklarda ateşin genellikle 39°C'nin altında olduğu rapor edilmektedir (Ludvigsson, 2020).

Çocukta virüse maruz kaldıktan sonra genellikle 3-7 gün içinde ateş ve solunum semptomları ortaya çıkmaktadır. Çocukta görülebilecek diğer belirtiler baş ve boğaz ağrısı, burun akıntısı, miyalji, bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, nefes darlığı, koku ve tat kaybıdır. Ancak gastrointestinal semptomlar solunum semptomları başlamadan önce görülebilir (Park, 2020; Lu ve Shi, 2020; Deville ve ark., 2021a). Patel'in (2020) 2914 pediatrik hastayı değerlendirdiği bir sistematik derlemede; hastaların şikâyetlerine bakıldığında %48'inde öksürük, %47'sinde ateş, %28,6'sında boğaz ağrısı, %13,7'sinde üst solunum yolu problemleri, %7,8'sinde bulantı/kusma ve %10,1'nde ishal görüldüğü belirlenmiştir (Patel, 2020). Diğer yandan Burke ve ark. (2020) hastane yatışı olmayan 18 yaş altındaki çocuklarda en az bir gastrointestinal sistem sorunu bulunduğunu bildirmiştir (Burke ve ark., 2020). Pediatrik COVID-19 hastalarında ilaveten huzursuzluk, halsizlik, iştahsızlık, kötü beslenme ve azalmış aktivite gibi sistemik belirtiler ve 12 aydan küçük bebeklerde beslenme güçlüğü ve bronşiolit görülebilir (Choi ve ark., 2020; Ludvigsson, 2020; Deville ve ark., 2021a).

COVID-19 çocuklarda genelde hafif seyretmekte ve hastalığın semptomları genellikle 7-10 gün içinde düzelmektedir. Çocuklarda wheezing COVID-19'un sık rastlanan bir belirtisi değildir (Lu ve ark., 2020; Henderson ve ark., 2021). Daha ciddi vakalarda dispne ve siyanoz hastalık ilerledikçe, çoğunlukla da hastalığın ilk haftasından sonra ortaya çıkmaktadır. Hastalarda pnömoni gelişebilir ve solunum yetmezliğine kadar ilerleyebilir. Ağır vakalarda, septik şok, metabolik asidoz, geri dönüşümsüz kanama ve pıhtılaşma bozukluğu, akut renal yetmezlik, ensefalopati ve kalp



yetmezliği oluşabilir (Choi ve ark., 2020; Ludvigsson, 2020). Chaoi ve ark.'nın (2020) aktardığına göre, Chen ve ark. ilk şiddetli pediatrik vakanın 13 aylık bir erkek çocuğu olduğunu, hastada başvuru sırasında pnömoni, şok, ARDS (Akut Respiratuvar Distres Sendromu) ve renal yetmezlik meydana geldiğini bildirmiştir. Bu hastanın özgeçmişinde bir hastalık olmadığı, altı gün boyunca kusma ve diyare şikâyetlerinin bulunduğu saptanmıştır. Hastada ayrıca ateş, dispne ve oligüri belirlenmiştir (Choi ve ark., 2020). Evde takip edilen vakalarda ebeveynlere şiddetli solunum sıkıntısı, nefes almada güçlük (bebeklerde hırıltı, merkezi siyanoz, emzirememe, göğüste ağrı veya baskı, dudaklarda veya yüzde morarma, herhangi bir sıvıyı içememe veya içememe ve şokla ilişkili bulgular (örn. soğuk, nemli, benekli cilt, konfüzyon, uyandırmada güçlük ve önemli ölçüde azalmış idrar çıkışı) görülmesi durumunda hastaneye başvurmaları hatırlatılmalıdır (Deville ve ark., 2021b).

COVID-19'da çocuklardaki laboratuvar bulguları değişkendir. Genellikle tam kan sayımı normal olup lökopeni, nötropeni, lenfositopeni meydana gelebilir. Ayrıca hastada CRP, prokalsitonin, kreatinin kinaz, serum aminotransferazlar ve laktat dehidrojenazda (LDH) yükselme olabilir. Ciddi derecede hasta çocuklarda akut böbrek hasarı ve böbrek disfonksiyonuna işaret eden kreatininde yükselme gibi bulgular ortaya çıkabilir (Deville ve ark., 2021a).

COVID-19 varyantlarından olan Delta ve Omicron varyantının çocuklar üzerindeki etkisini inceleyen Lang ve ark. yaptıkları çalışmada beş yaş altı 79,592 çocuk çalışmaya alınmış ve Delta varyantının baskın olduğu çocuklara göre Omicron varyantının baskın olduğu çocuklarda daha az ölçüde enfeksiyonla ilişkili sorunlar gözlenmiştir (Lang ve ark., 2022).

Bazı çocuklarda COVID-19 enfeksiyonu ile ilişkili multisistem inflamatuvar sendrom (MIS-C) meydana gelebilmektedir. Bu sendrom ilk kez İngiltere'de 2020 yılı Nisan ayında tamamlanmamış Kawasaki hastalığı veya toksik şok sendromuna benzer bir tablonun rapor edilmesiyle gündeme gelmiştir. Daha sonra 2020 yılı mayıs ayı ortalarında ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) yeni bir COVID-19 başvuru şekli olarak MIS-C'yi duyurmuştur (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2020a; Son

ve Friedman, 2021; T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020c). CDC'nin yayınladığı son verilere göre 6.851 MIS-C vakası tanımlanmış olup bu vakaların 59'u ölmüştür. MIS-C tanımlanan çocukların yarısı 5-13 yaş grubu arasında ve %60'ı erkek cinsiyetinde görülmüştür. Otorite kuruluşlar tarafından MIS-C'ye ilişkin bazı tanı kriterleri (Tablo 1) belirlenmiştir (Henderson ve ark., 2021). MIS-C ile ilgili olarak çok fazla bilinmeyen nokta bulunmakta ve araştırmalar halen devam etmektedir.

**Tablo 1. Multisistem İnflamatuvar Sendrom Vaka Tanımı**

Kriterler	İngiltere Kralliyet Pediatri ve Çocuk Sağlığı Koleji	Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (CDC)	DSÖ
Yaş	Tüm çocuklar (Yaş kriteri bulunmamaktadır.)	<21 yaş	0-19 yaş
Vücut sıcaklığı	Kalıcı ateş ( $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ )	24 saatlik ateş ( $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ )	3 gün ve daha fazla görülen ateş
Semptomlar	1. Tekli ya da çoklu organ yetmezlikleri 2. Ek özellikler	1. Hastaneye yatış gerektiren şiddetli hastalık 2. İki ya da daha fazla organın etkilenmesi	Aşağıdaki listede en az 2 tanesinin bulması gerekmektedir; 1. Döküntü, konjunktivit ve mukokutanöz inflamasyon 2. Hipotansiyon veya şok 3. Kardiyak tutulum 4. Koagülopati 5. Akut GI semptomlar
Enflamasyon	Aşağıdakilerden 3 tanesi bulunmalıdır; 1. Nötrofili 2. CRP'de artış 3. Lenfopeni	Aşağıdakilerden 1 veya daha fazlasının görülmesi gerekmektedir. 1. $\uparrow$ CRP 2. $\uparrow$ ESR 3. $\uparrow$ Fibrinojen 4. $\uparrow$ Prokalsitonin 5. $\uparrow$ D-dimer 6. $\uparrow$ Ferritin 7. $\uparrow$ LDH 8. $\uparrow$ IL-6 9. Nötrofili 10. Lenfopeni 11. Hipoalbuminemi	Aşağıdakilerden herhangi birinin bulunması gerekmektedir; 1. $\uparrow$ ESR 2. $\uparrow$ CRP 3. $\uparrow$ Prokalsitonin
Covid-19 ile ilişkisi	PCR ile pozitif veya negatif olması	1. PCR ile pozitif 2. Serolojiye göre pozitif 3. Antijen testi ile pozitif; 4. Önceki 4 hafta içinde COVID-19 maruziyeti	1. PCR ile pozitif 2. Antijen testi ile pozitif 3. Serolojiye göre pozitif 4. COVID-19 teması
Diğer durumlar	Diğer enfeksiyonlar	Alternatif tanısının olmama durumu	Belirgin bir mikrobiyal nedeninin olmaması

## Tedavi

Ağır veya kritik bir düzeyde alt solunum yolu enfeksiyonu olan pediatrik COVID 19 hastalarının genellikle hastaneye yatarak tedavi edilmesi gerekmektedir. Durumu ciddi olmayan çocuklarda ise immunsupresif tedavi görme gibi riskli bir durum varsa hastaneye yatırılmasına gereksinim

duyulabilmektedir (Deville ve ark., 2021b). Çocuklarda önerilen COVID-19 tedavisi oksijen tedavisi ve bakteriyel süper enfeksiyonlar için antibiyotikler de dahil olmak üzere destekleyici tedavidir. Ancak antiviral tedaviden de yararlanılabilmektedir (Ludvigsson, 2020; Carlotti, Carvalho, Johnston, Rodriguez ve Delgado, 2020). COVID-19'lu çocukların çoğu, şiddetli hastalığı olanlar bile, genellikle destekleyici bakımla iyileşir. Rutin destekleyici bakım önlemleri; oksijen tedavisi ve solunum desteği, sıvı-elektrolit desteği, pnömoniye yönelik olarak yapılan testler ve kültür sonucuna göre antibiyotik tedavisi, tromboflaksi sağlanması, sitokin salınım sendromunu gösteren hipotansiyon (kan basıncı izlemi), giderek artan hipoksemi (SpO<sub>2</sub>) ve biyomarkerların izlenmesidir. Eşlik eden bakteriyel enfeksiyonlar genellikle seyrek görülmektedir. Bu hastalarda genellikle istenen laboratuvar tetkikleri C-reaktif protein (CRP), D-dimer, ferritin, laktat dehidrojenaz (LDH) ve interlökin-6 (IL-6)'dır (Deville ve ark., 2021b; Goldenberg ve ark., 2020).

Çocuklarda COVID-19 tedavisinde antiviral ilaçların etkinliğine yönelik araştırmalar henüz sınırlı olduğu için tedaviye ilişkin öneriler erişkin çalışmaları doğrultusunda uzman görüşlerine dayalı olarak geliştirilmektedir (Deville ve ark., 2021b; Tezer ve Demirbağ, 2020). COVID-19 çocuklarda çoğunlukla hafif bir seyir izlediğinden destekleyici tedavi yeterli olmakta ve antiviral tedavisine gereksinim duyulmamaktadır (Chiotos ve ark., 2021). Ancak özellikle ağır vakalar için salgının başlangıcından itibaren pek çok antiviral ilaç gündeme gelmiş ve bu ilaçların kullanımına ilişkin öneriler sürekli güncellenmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı tedavi rehberinde hastalığın ilerlemesi durumunda favipiravirin 15 yaş üzeri çocuklarda kullanılabileceğinden bahsedilmiştir. Oseltamivir kullanımı ise önerilmemektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020c).

Bazı uzmanlar antiviral tedavisi olarak mekanik ventilasyona veya ekstrakorporeal membran oksijenasyonuna (ECMO) ihtiyaç duyulmayan ancak oksijen gereksinimi olan ağır hasta çocuklarda, tercihen varsa bir klinik araştırmanın parçası olarak remdesivir kullanımını önermiştir. Bu uzmanlar ayrıca remdesivirin invaziv veya noninvaziv mekanik ventilasyon veya ECMO gerektiren kritik hastalığı olan

çocuklar için de düşünülebileceğinden söz etmiştir. Remdesivir FDA tarafından da COVID-19 tedavisinde önerilen tek ilaçtır (National Institutes of Health [NIH], 2021). Bununla birlikte, DSÖ'nün 17 Aralık 2020 tarihli rehberinde, COVID-19 nedeniyle hastanede yatan hastaların tedavisinde remdesivir kullanımını önermemektedir. DSÖ ayrıca remdesivir kullanımı düşünüldüğünde bu ilacın karaciğer (alanin aminotransferaz [ALT]> başlangıçta normalin 5 katı) veya renal (tahmini glomerüler filtrasyon hızı [eGFR] <30 mL / dak) sorunu olanlarda kontrendike olduğunun akılda tutulması gerektiğini vurgulamıştır. Diğer yandan, DSÖ tedavi rehberinde COVID-19 hastalarında lopinavir veya ritonavirin kullanılmaması yönünde görüş bildirilmiştir (WHO, 2021c).

Salgının başlangıcında hidrosiklorokin hastalığın ilerlemesini yavaşlattığı ve semptomların süresinin kısalttığı bildirilmekle birlikte daha sonra yapılan çalışmalarda etkin olmadığı gösterildiğinden Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi acil kullanım iznini yürürlükten kaldırmıştır (Chiotos ve ark., 2021; Tezer ve Demirbağ, 2020). Benzer şekilde DSÖ de hastalığın şiddeti ne olursa olsun bu ilacın kullanımını önermemektedir (WHO, 2021c). Ayrıca hidrosiklorokin ile azitromisin eş zamanlı kullanımı da rutin olarak önerilmemektedir. Hem azitromisin, hem de hidrosiklorokin Q-T aralığını uzatıp, ventriküler taşikardi oluşabilir. Bu nedenle özellikle QT'yi uzatan başka bir klinik durumu olan hastalarda azitromisin kullanılmamalıdır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020c; Tezer ve Demirbağ, 2020).

COVID-19'da glukokortikoidler, interferonlar, intravenöz gama globulin, timozin alfa-1, timopentin, levamizol, siklosporin A ve konvelesan plazma tedavisi uygulanabilen diğer tedavilerdir (Ludvigsson, 2020). Glukokortikoidler COVID-19'un immün aracı komplikasyonları için kullanılabilmektedir (Deville ve ark., 2021b). DSÖ sistemik kortikosteroidlerin şiddetli ve kritik COVID-19 hastalarında kullanımını tavsiye etmektedir (WHO, 2021c). Yetişkin hastalarda glukokortikoidlerin kullanımı mortalitede azalma ile ilişkilendirilmesine rağmen, çocuk çalışmaları devam etmekte olup yararları ve riskleri belirsizdir (Deville ve ark., 2021b).

Pasif bağışıklık transferi olarak tanımlanan konvalesan plazma tedavisi hedef organların hasarını azaltmada ve patojenleri doğrudan nötralize etmede kullanılmaktadır. Başta H1N1 influenza virüsü salgını, SARS-CoV-1 salgını ve MERS-CoV salgını olmak üzere yakın geçmişte başarı ile uygulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü 2020d). 23 Ağustos 2020'de de FDA (Food and Drug Administration), COVID-19 nedeniyle hastanede yatan yetişkin hastaların tedavisi için konvalesan plazma acil kullanım izni yayınlamıştır ve enfeksiyona karşı etkili bir tedavi yöntemi olduğundan bahsetmiştir (Food and Drug Administration [FDA],2020).

Yetişkin hastalarda güvenle uygulanan konvalesan plazma tedavisinin çocuklarda etkinlik ve güvenliği ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü 2020d). Bu nedenle yaygın olarak kullanılmamaktadır. Kritik hastalarda plazma tedavisi denenilen sınırlı sayıda merkez vardır. Çocuklarda konvalesan plazma tedavisinin etkinliği ile ilgili yapılan üç çalışma hastalığın erken dönemlerinde olan ve henüz endojen antikorlar üretmemiş hastalarda konvalesan plazma tedavisinin etkin olabileceğinden bahsetmiştir (Schwartz ve ark., 2020; Balashov ve ark., 2020; Diorio ve ark., 2020). Ancak konvalesan plazma tedavisi ile ilgili kontrollü bir çalışma bulunmamaktadır. Küçük kontrolsüz çalışmalar tedavinin etkinliğini kanıtlamak ve spesifik bir tedavi protokolü oluşturmak için yetersizdir.

Astımı kontrol altında olmayan erişkin COVID-19 hastalarında entübasyon oranı ve mekanik ventilasyon süresi daha uzun olduğu bildirildiği için SARS-CoV-2 virüsüne maruziyetten kaçınmak önemlidir. Bu hastalarda inhale glukokortikoidler, oral glukokortikoidler ve biyolojik ajanların (örn., omalizumab, mepolizumab, ve diğerleri) kullanımının COVID-19 salgını sırasında devam ettirilmesi gerekmektedir (Fanta, 2021). Benzer şekilde Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB'ler) kullanan çocukların hipotansiyon, akut böbrek hasarı gibi tedaviyi bırakmak için başka bir nedeni yoksa bu ilaçların kullanımına devam edilmelidir. Bu ilaçların COVID-

19 tablosunu olumsuz etkileyeceğine dair herhangi bir kanıt bulunmamaktadır (South, Brady ve Flynn, 2020).

MIS-C gelişen çocuklarda ise tedavide hastaya seftriakson ile vankomisin veya klindamisin (toksin aracı hastalık varlığında) başlanılmaktadır. Bu vakalarda miyokard tutulumu görülebilmesi nedeniyle kardiyak enzimler, EKG ve ekokardiyografik inceleme ile kardiyak monitörizasyon takibi önemlidir. MIS-C bulunan vakalarda IVIG (2 gr/kg) ve aspirin (50-80 mg/kg/g) tedavileri uygulanmalıdır. Aynı zamanda MIS-C gelişen çocuklarda sitokin fırtınası durumunda daha az komplikasyonu olması nedeniyle anakinra tedavisi tercih edilmektedir (Son ve Friedman, 2021; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü 2020c).

### **İmmüsuprese Hastalarda COVID-19**

İmmüsupresif tedavi gören çocukların COVID-19 için risk altında olduğu ve bu çocuklarda COVID-19'un daha şiddetli seyredebileceği düşünülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü 2020c; Minotti, Tirelli, Barbieri, Giaquinto ve Dona, 2020; Lee ve ark., 2020). Bağışıklık sistemi baskılanmış COVID-19 hastalarının genel rakamlara göre çok az olduğu görülmektedir (Minotti ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmada, bağışıklığı baskılanmış hastaların genel popülasyona oranla daha fazla şiddetli akciğer hastalığı için risk altında olmadığı ve COVID-19'un klinik seyrinin hafif olduğu bildirilmiştir (Tannuri U., Tannuri ACA., Cordon ve Miyatani, 2020).

COVID-19 pandemi sürecinin organ nakli gibi hayati önem taşıyan tedavileri başlatmak veya sürdürmek konusunda engel olmaması gerektiği düşünülmekte ve nakil yapılacak çocuklarda kadavra vericilerin organlarının nakledilmesi Amerikan Organ Nakli Derneği tarafından önerilmektedir (Feldman ve ark., 2020; Minotti ve ark., 2020). Solid organ transplantasyon alıcılarının alt solunum yolu enfeksiyonunun normal gruba göre daha hızlı ilerlediği ve korona grubu virüslerin transplantasyon hastalarında kötü sonuçlara yol açtığı bilinmektedir. Bundan dolayı COVID-19'un transplantasyon hastaları üzerindeki etkisi hafife alınmamalıdır (Menon ve ark., 2020). Yapılan çalışmalarda immüsupresyon tedavisi alan ve organ nakli gerçekleşmiş olan çocukların COVID-19 tanısı sonrası uygun tedavilerle iyileştikleri ortaya

konulmuştur (Heinz ve ark., 2020; Minotti ve ark., 2020; Morand ve ark., 2020).

Transplant hastalarının ve immünsüpresif ilaç alan diğer hastaların rutin olarak COVID-19 testinin yapılması önerilmektedir (Jarmolinski ve ark., 2020; Zhong ve ark., 2020). COVID-19'lu solid organ nakli alıcıları için tedavi hastanın aldığı immünsüpresan konsantrasyonu, bağışıklık durumu ve yan etkilere göre kapsamlı bir değerlendirmeden sonra ayarlanmalıdır (Zhong ve ark., 2020).

### Psikolojik Sorunlar

COVID-19 pandemisi, çocukların günlük rutinlerinde ve sosyal hayatlarında önemli değişimler yaratmıştır (Dalton, Rapa ve Stein, 2020). Pandeminin yayılmasını önlemek amacıyla dünyanın dört bir yanında devletler eğitim kurumlarını geçici olarak kapatmış ve bu durum yüz milyonlarca öğrenciyi etkilemiştir (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2020). Eğitim kurumlarının uzun süre kapalı kalması, çocukların açık hava etkinliklerinden ve gün ışığından mahrum kalmalarına neden olduğu gibi salgın hakkında doğrudan bilgi eksikliği ve ekranları ile yüz yüze ilişkilerin tamamen yokluğu nedeniyle psikolojik sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Di Giorgio, Di Riso, Mioi ve Cellini, 2020). Yue ve ark.'nın (2020) çevrim içi anket kullanarak yaptıkları bir çalışmada, evde izole olan çocukların %1,84'ünün orta düzeyde anksiyete, %2,22' nin depresyon yaşadığı ve %3.16'nın travma sonrası stres bozukluğu için tanı kriterlerini karşıladığı ortaya konmuştur (Yue, Zang, Le ve An, 2020). COVID-19 nedeniyle ebeveynlerden birinin hastaneye yatması ve buna bağlı ebeveyn kaybı da çocukların ruh sağlığı üzerinde uzun vadeli olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Liu, Bao Huang, Shi ve Lu, 2020). İki yaşından küçük çocuklar bile ebeveynlerinin yokluğunda huzursuz davranışlar sergileyebilir (Dalton ve ark., 2020). Özellikle anneden ayrılma ve depresyon belirtileri görülmesi halinde ebeveyn desteği mutlaka sunulmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü 2020c).

Sağlık çalışanları yetişkin hasta popülasyonuna bakmak için taleplere yetişmeye çalıştığı bu süreçte çocukların acil psikolojik ihtiyaçları gözden kaçırılmamalıdır (Dalton ve

ark., 2020). Hemşireler çocukların normal ve anormal davranışlarını ayırt etmeyi öğrenmeli ve ruh sağlığı sorunlarının erken tanımlanması için hemşirelere hizmet içi eğitimler verilmelidir (Liu ve ark., 2020). Dünya nüfusunun %42'sini oluşturan çocuklar ve adölesanlar için pandeminin anlık ve uzun vadeli psikolojik etkilerini görmezden gelmek daha büyük sorunlara kapı aralamaktadır (Dalton ve ark., 2020).

### Korunma

#### *Anne Sütü ile Beslenme*

Anne sütü, bebeklerin her türlü ihtiyacını eksiksiz bir şekilde karşılayan en ideal ve önemli besin kaynağıdır (AAP, 1997). Anne sütünün bulaşıcı hastalıklara karşı etkili olduğu bilinmektedir. Çünkü anneden alınan antikolar doğrudan bebeğe geçer ve bağışıklık kazanılmasını sağlar. Bu yüzden de COVID-19 pozitif veya şüpheli tüm vakalarda önlem alınarak emzirme süreci devam ettirilmelidir (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2020; WHO, 2020a). Ancak anne sütü veren hastanın dikkat etmesi gereken konular bulunmaktadır:

- Emzirme ya da süt sağma işleminden önce eller yıkanmalıdır.
- Emzirme işlemi esnasında maske kullanılmalıdır.
- Eğer süt sağma işlemi gerçekleştirilecekse süt sağma cihazı parçalarına temas etmeden önce elle yıkanmalı ve her kullanımdan sonra süt sağma cihazının parçaları temizlenmelidir.
- Hastalık varsa ve kişi kendini kötü hissediyorsa donör insan sütü ya da süt sağma işlemi ile beslenme devam ettirilmelidir (CDC, 2020b).

CDC anne sütü devamını önermekle birlikte; anne sütü ile ilgili yeterli araştırmanın olmadığını ve anne sütünden hastalığın geçmeyeceğine dair kesin bir yargının bulunmadığını belirtmektedir (CDC, 2020b). Yapılan kısıtlı çalışmalarda; Covid-19 tanılı annelerin sütünde virüsün bulunmadığı tespit edilmiştir. O nedenle anne sütünün kesilmemesi önerilmektedir. Ancak tedavi süresince Lopinavir/Ritonavir etken maddeli ilaçlar kullanılması durumunda ilaçların anne sütüne geçtiği bilinmektedir. Bu



durumda anne sütünün verilmemesi önerilmektedir (Chen ve ark., 2020; Salvatori ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020).

### Sağlıklı ve Güvenli Okul Ortamı

DSÖ Mayıs 2020’de COVID-19 döneminde okulların açılması ve yapılması gerekenler hakkında sosyal önlemlere ek olarak rehber hazırlamıştır (WHO, 2020b). Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) tarafından yayınlanan rehberlerde de COVID-19 döneminde okullarda uyulması gereken kurallar yer almaktadır (AAP, 2020b; T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020e). Referans kurumların önerilerine göre; okullarda temassız ateş ölçer, tek kullanımlık veya yıkanabilir bez maske, sıvı sabun ve el antiseptiği veya en az %70 alkol içeren kolonya bulundurulmalıdır. Toplu kullanım alanlarında kişilerarası ve okul sıraları arası en az 3 adım, ideal olarak 1 metre (6 adım) mesafe olacak şekilde ayarlama yapılmalıdır. Masalar arasındaki mesafe 6 adımdan daha az ise, yüz korumaları teşvik edilmelidir (WHO,2020b; AAP,2020b; T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020e). Sınıflarda oturma düzeni yüz yüze gelecek şekilde değil çapraz olmalıdır. Öğrencilerin teması azalmak için her gün aynı yerde oturması sağlanmalıdır Okullarda velilere öğrencide hastalık belirtileri görüldüğünde veya çocuğun ailede belirtileri bulunan bir kişi ile temasta olması durumunda okula göndermeyeceğini ve okulu bilgilendireceğine dair “Bilgilendirme Formu ve Taahhütname” imzalatılmalı ve bir kopyası ebeveynlerde olmalıdır. COVID-19 pozitif öğrenci varlığında ilgili sınıf kapatılıp ve 24 saat havalandırılarak temizliği yapılmalıdır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020e).

Yapılan çalışmalar enfeksiyonun çocukların çoğuna hane halkından bulaştığı belirlenmiştir. Bu durum kısıtlayıcı önlemler nedeniyle çocukların zamanının çoğunu evde geçirmesiyle açıklanmaktadır. Ayrıca düzensiz maske kullanımına bağlı olarak öğretmenlerden ve okul personelinden bulaş da bildirilmiştir (Deville ve ark., 2021a). 12 yaş ve üzeri çocuklar, öğretmenler ve okul personeli maske takmalıdır. Maskeler nemlendikçe ve kirlendikçe değiştirilmelidir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020e).

DSÖ’nün çocuklar için maske kullanımı önerileri şunlardır (WHO,2021d):

- 5 yaş ve altındaki çocukların maskeyi uygun bir şekilde kullanmak için özerkliği gerekmektedir. Yaşayacağı uyum zorlukları ve gelişimsel özellikleri nedeniyle bu yaş grubundaki çocuklara maske önerilmemektedir.
- 6-11 yaş arasındaki çocuklar için, maske kullanma kararına risk temelli bir yaklaşım önerilmiştir. Çocuğun bulunduğu bölgedeki bulaşma yoğunluğu ve bu yaş grubunda enfeksiyon ve bulaşma riskine ilişkin güncellenmiş veriler / mevcut kanıtlar; toplum ve nüfusun özellikle çocuklarla ve çocuklar arasındaki sosyal etkileşimlerini etkileyen inançlar, gelenekler, davranışlar veya sosyal normlar gibi sosyal ve kültürel çevre; çocuğun uygun maske kullanımına uyma kapasitesi ve uygun yetişkin gözetiminin mevcudiyeti gibi gereklilikler ve riskler incelenerek yaklaşım uygulanmalıdır.
- 12 yaş ve üzeri adölesanlar maske kullanılmalıdır.
- Bağışıklığı baskılanmış ya da kistik fibrozlu pediatrik hastalar maske kullanılmalıdır.
- Gelişimsel sorunları, engelleri veya diğer özel sağlık sorunları olan herhangi bir yaş grubundaki çocuklar için maske kullanımı zorunlu olmamalı ve çocuğun ebeveyni, velisi, eğitimcisi ve/veya tıbbi sağlayıcısı tarafından çocuğa özgü olarak değerlendirilmelidir.
- Çocuğun maskeyi tolere etmede güçlüğe yol açan ciddi bir bilişsel veya solunum bozukluğu olması durumunda çocuk maske takmak için zorunlu tutulmamalıdır.

### COVID-19 Aşıları

2022 Şubat itibari ile 144 adet aşı klinik geliştirme aşamasında ve 195 adet aşı ise pre-klinik aşamasında yer almaktadır. İlk toplu aşılama programı Aralık 2020'nin başlarında başlamış olup 2022 Şubat itibariyle 3.583.487.418 kişiye en az 1 aşı dozu uygulanmıştır (WHO,2021e).

COVID-19 aşısının güvenliği ve immünolojik etkileri üzerinde çalışmalar tamamlandıktan sonra çocukları kapsayacağı öngörülmektedir. Hastalığın çocuklarda yetişkinlerden daha hafif geçirilmesine rağmen akut enfeksiyonu takiben multisistem enflamatuvar sendrom (MIS-C) gelişebilmesi, altta yatan tıbbi sorunları olan çocuklarda ciddi hastalık riski ve COVID-19'u önleme isteği aşı



çalışmalarının devam etmesi için zorlayıcı nedenlerdir. Yetişkin çalışmalarına benzer şekilde, çocuklarda bu çalışmalarını güvenle yürütmenin zaman alması beklenmektedir. Aşı denemelerinin küçük çocuklardan önce adölesanlarda ve daha büyük çocuklarda başlatılması (Anderson ve ark., 2020) özellikle 16 yaş ve üzeri bireylerin aşılması (CDC, 2021) önerilmektedir. COVID-19 ile ilişkili hastaneye yatışların çoğu yaşlı erişkin grupta görülmesine rağmen hastaneye yatış gerektiren ciddi hastalıklar ile ilişkili yatışlar ise 12-17 yaş arası çocuklar da dâhil olmak üzere tüm yaş gruplarında görülmüştür. FDA 10 Mayıs 2021 tarihinde COVID-19 aşılardan Pfizer-BioNTech aşısının acil kullanımının 12-15 yaş arası kişileri kapsamamasını önermiştir. CDC'nin Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi ise 12 Mayıs 2021'de bu yaş grubu için aşılama önermiştir (CDC, 2021). Klinik çalışmalar Pfizer BioNTech aşısının 12-15 yaş aralığındaki çocuklarda COVID-19'un semptomlarını önlemede %100 etkili olduğunu göstermiştir. Hastalıktan korunmanın yüksek oranlarda olması için 21 gün arayla aşının iki dozu da tamamlanmalıdır. Aşı uygulandıktan sonra çocuklar 15-30 dakika süreyle gözlem altında tutulmalıdır CDC' nin son aşılama verilerine bakıldığında Pfizer-BioNTech aşısı dünyada 5-11 yaş gurubu çocuklara uygulanmaktadır (CDC, 2020c). Aynı zamanda aşının Amerika'da 5 yaş altı çocuklarda da uygulanması yönünde çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde ise 12 yaş üzeri tüm çocuklar aşılanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2022).

### Hemşirelik Bakımı

Günümüzde çocuklarda COVID-19 enfeksiyonunun tedavi ve bakımına yönelik olarak kanıt seviyesi yeterli bilimsel bilgiler bulunmamaktadır. Bu nedenle çocuklarla ilgili COVID-19 bakım ve tedavi önerileri erişkin hastaların verilerine göre değerlendirilmekte ve çocuk hastanın durumuna göre planlanmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020c). Bu hastaların hemşirelik bakımına yönelik olarak literatürde yer alan öneriler aşağıda sıralanmıştır;

- Hasta yoğun bakıma/acil servise kabul edildikten sonra COVID-19 olabileceği düşünülen şüpheli ve kesin vakalara

standart, damlacık ve temas izolasyonu önlemleri alınmalıdır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020c).

- Eğer gerekli ise; solunum fonksiyonları monitorize edilmelidir (Farsi, Jabrelli, Moharrami ve Malakouti, 2020).
- Hastalarda kapalı aspirasyon sistemi kullanılmalıdır (Carlotti ve ark., 2020).
- Hastalarda solunum sıkıntısı varlığında prone pozisyon uygulanmalıdır (Carlotti ve ark., 2020).
- Hastada sıvı-elektrolit dengesinin izlemine, ağrı değerlendirilmesi ve yönetimine ilişkin temel hemşirelik bakım yaklaşımları uygulanmalıdır (Safadi, 2020; Tezer ve Demirbağ, 2020).
- İlaç uygularken hastalara EKG monitörizasyonu yapılmalıdır. Komplikasyonlar açısından gözlemlenmelidir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020c).
- Aerosolizasyona neden olabilecek işlemler (entübasyon, ekstübasyon, trakeal aspirasyon, balon maskeyle ventilasyon, öksürme hapşırma, yüksek akımlı nazal kanülasyon, nebülizatör ile ilaç uygulaması, kardiyopulmoner resüsitasyon, ventilatör setinin bütünlüğünü riske atan herhangi bir girişim) sırasında hasta odasında ihtiyaç duyulan sağlık personeli dışında kimse olmamasına özen gösterilmelidir (Alhazzani ve ark., 2020).
- Anne ve bebeğin özellikle doğumdan hemen sonra beraber kalmaları ve kanguru bakımının devam etmesi sağlanmalıdır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020c).
- Yeni doğum yapmış olan annenin COVID-19 testi pozitif ise yenidoğana hemen test yapılmalıdır. Bebek sonucu ne olursa olsun semptomu olmayan anne ve yenidoğan birlikte önlemler alınarak izole edilebilir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020c).
- Yenidoğanlar COVID-19'a ait belirtiler gösteriyorsa, yoğun bakım servisinde tek kişilik, mümkünse negatif basınçlı izolasyon odalarına alınarak bakımları sürdürülmelidir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2020c).
- Çocuğun hastaneye yatış sürecinde olan aileye duygusal destek sağlanmalıdır ve gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır (Farsi ve ark., 2020).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan kısıtlı çalışmalar sonucunda çocukların yetişkinlere oranla hastalığa daha az yakalandığı görülmektedir. Ancak araştırmalar arttıkça zamanla bazı verilerde farklılıklar görülmektedir. Hastalıkla ilgili bilimsel verilerin yeterli olmaması hemşirelik uygulamalarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle çocuk vakalarla ilgili çalışmaların artırılması ve literatüre katkı sağlaması önerilmektedir. Okul hemşireleri COVID-19 pandemi süresince ilgili literatürü takip etmeli, acil durum planı oluşturmalı ve okulda uyulması gereken kuralların kontrolü ile gerekli önlemlerin alınmasını sağlamalıdır (National Association of School Nurses, [NASN], 2021).

## KAYNAKLAR

- Alhazzani, W., Möller, M. H., Arabi, Y. M., Loeb, M., Gong, M. N., Fan, E., Oczkowski, S., Levy, M. M., Derde, L., Dzierba, A., Du, B., Aboodi, M., Wunsch, H., Cecconi, M., Koh, Y., Chertow, D. S., Maitland, K., Alshamsi, F., Belle-Cote, E., Greco, M., ... Rhodes, A. (2020). Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Critical Care Medicine*, 48(6), e440–e469. doi: 10.1007/s00134-020-06022-5.
- American Academy of Pediatrics(AAP)(2021a). Children and COVID-19: State Level Data Report. Erişim linki: <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-state-level-data-report/>
- American Academy of Pediatrics. (1997). Breastfeeding and the use of human milk. Work Group on Breastfeeding. *Pediatrics*, 100(6), 1035-9. doi: 10.1542/peds.100.6.1035.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2021b). COVID-19 Guidance for Safe Schools. Erişim linki: <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/covid-19-planning-considerations-return-to-in-person-education-in-schools/>
- Anderson, E. J., Campbell, J. D., Creech, C. B., Frenck, R., Kamidani, S., Munoz, F. M., Nachman, S., & Spearman, P. (2021). Warp Speed for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccines: Why Are Children Stuck in Neutral?. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 73(2), 336–340. doi: 10.1093/cid/ciaa1425.
- Balashov, D., Trakhtman, P., Livshits, A., Kovalenko, I., Tereshenko, G., Solopova, G., Petraikina, E., Maschan, A., & Novichkova, G. (2021). SARS-CoV-2 convalescent plasma therapy in pediatric patient after hematopoietic stem cell transplantation. *Transfusion and apheresis science: official journal of the World Apheresis Association: Official Journal of the European Society for Haemapheresis*, 60(1), 102983. doi: 10.1016/j.transci.2020.102983.
- Bixler, D., Miller, A. D., Mattison, C. P., Taylor, B., Komatsu, K., Peterson Pompa, X., Moon, S., Karmarkar, E., Liu, C. Y., Openshaw, J. J., Plotzker, R. E., Rosen, H. E., Alden, N., Kawasaki, B., Siniscalchi, A., Leapey, A., Drenzek, C., Tobin-D'Angelo, M., Kauerauf, J., Reid, H., ... Pediatric Mortality Investigation Team (2020). SARS-CoV-2-Associated Deaths Among Persons Aged <21 Years - United States, February 12–July 31, 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(37), 1324–1329. doi: 10.15585/mmwr.mm6937e4.
- Burke, R. M., Killerby, M. E., Newton, S., Ashworth, C. E., Berns, A. L., Brennan, S., Bressler, J. M., Bye, E., Crawford, R., Harduar Morano, L., Lewis, N. M., Markus, T. M., Read, J. S., Rissman, T., Taylor, J., Tate, J. E., Midgley, C. M., & Case Investigation Form Working Group (2020). Symptom Profiles of a Convenience Sample of Patients with COVID-19- United States, January-April 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(28), 904–908. doi: 10.15585/mmwr.mm6928a2.
- Carlotti, A., Carvalho, W. B., Johnston, C., Rodriguez, I. S., & Delgado, A. F. (2020). COVID-19 Diagnostic and Management Protocol for Pediatric Patients. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 75, e1894. doi: 10.6061/clinics/2020/e1894..
- Centers for Disease Control and Prevention(CDC) (2022). Data on COVID-19 during Pregnancy: Birth and Infant Outcomes. Erişim linki: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#pregnant-birth-infant>
- Centers for Disease Control and Prevention(CDC) (2020a). Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Associated with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Erişim linki: <https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00432.asp>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020b). Coronavirus disease (COVID-19) and breastfeeding. Erişim linki: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/maternal-or-infant-illnesses/COVID-19-and-breastfeeding.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Hospitalization of adolescents aged 12–17 years with laboratory-confirmed COVID-19 — COVID-NET, 14 States, March 1, 2020–April 24, 2021. Erişim linki: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm7023e1-H.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020c). COVID-19 Vaccines for children and teens. Erişim linki: [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/vaccines/toolkits/COVID-19-Vaccine-for-Preteens\\_Teens-508.pdf](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/vaccines/toolkits/COVID-19-Vaccine-for-Preteens_Teens-508.pdf)
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., Li, J., Zhao, D., Xu, D., Gong, Q., Liao, J., Yang, H., Hou, W., & Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet (London, England)*, 395(10226), 809–815. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3.
- Chiotos, K., Hayes, M., Kimberlin, D. W., Jones, S. B., James, S. H., Pinninti, S. G., Yarbrough, A., Abzug, M. J., MacBrayne, C. E., Soma, V. L., Dulek, D. E., Vora, S. B., Waghmare, A., Wolf, J., Olivero, R., Grapentine, S., Wattier, R. L., Bio, L., Cross, S. J., Dillman, N. O., ... Nakamura, M. M. (2021). Multicenter Interim Guidance on Use of Antivirals for Children With Coronavirus Disease 2019/Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, 10(1), 34–48. doi: 10.1093/jpids/piaa115.

17. Choi, S. H., Kim, H. W., Kang, J. M., Kim, D. H., & Cho, E. Y. (2020). Epidemiology and clinical features of coronavirus disease 2019 in children. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 63(4), 125–132. doi: 10.3345/cep.2020.00535.
18. Dalton, L., Rapa, E., & Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 4(5), 346–347. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30097-3.
19. Deville, E., Song, E. & Ouelette, C.P. (2021a). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Clinical manifestations and diagnosis in children. In: Edwards MS, editors. UpToDate.2021.
20. Deville, E., Song, E. & Ouelette, C. P. (2021b). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Management in children. In: Edwards MS, editors. UpToDate.2021.
21. Di Giorgio, E., Di Riso, D., Mioni, G., & Cellini, N. (2020). The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID-19: an Italian study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–12. Advance online publication. doi: 10.1007/s00787-020-01631-3.
22. Diao, B., Wang, C., Tan, Y., Chen, X., Liu, Y., Ning, L., Chen, L., Li, M., Liu, Y., Wang, G., Yuan, Z., Feng, Z., Zhang, Y., Wu, Y., & Chen, Y. (2020). Reduction and Functional Exhaustion of T Cells in Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Frontiers in immunology*, 11, 827. doi: 10.3389/fimmu.2020.00827.
23. Diorio, C., Anderson, E. M., McNeerney, K. O., Goodwin, E. C., Chase, J. C., Bolton, M. J., Arevalo, C. P., Weirick, M. E., Gouma, S., Vella, L. A., Henrickson, S. E., Chiotos, K., Fitzgerald, J. C., Kilbaugh, T. J., John, A., Blatz, A. M., Lambert, M. P., Sullivan, K. E., Tartaglione, M. R., Zambrano, D., ... Teachey, D. T. (2020). Convalescent plasma for pediatric patients with SARS-CoV-2-associated acute respiratory distress syndrome. *Pediatric Blood & Cancer*, 67(11), e28693. doi: 10.1002/pbc.28693.
24. Fanta, C.H. (2021). An overview of asthma management. In: Wood RA, Bochner BS, editors. UpToDate.2021.
25. Farshi, R.M., Jabraeili, M., Moharrami, N., & Malakouti, J. (2020). Nursing care in a child with coronavirus disease 2019: A case study. *Hormozgan Med J.*, 24(4),1-5. doi: 10.5812/hmj.108040
26. Feldman, A. G., Adams, M. A., Wachs, M. E., Abzug, M. J., Pratscher, L., Jackson, W. E., Pomfret, E. A., & Sundaram, S. S. (2020). Successful non-directed living liver donor transplant for an infant with biliary atresia during the COVID-19 pandemic. *Pediatric Transplantation*, 24(8), e13816. doi: 10.1111/ptr.13816.
27. Goldenberg, N. A., Sochet, A., Albisetti, M., Biss, T., Bonduel, M., Jaffray, J., MacLaren, G., Monagle, P., O'Brien, S., Raffini, L., Revel-Vilk, S., Sirachainan, N., Williams, S., Zia, A., Male, C., & Pediatric/Neonatal Hemostasis and Thrombosis Subcommittee of the ISTH SSC (2020). Consensus-based clinical recommendations and research priorities for anticoagulant thromboprophylaxis in children hospitalized for COVID-19-related illness. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH*, 18(11), 3099–3105. doi: 10.1111/jth.15073.
28. Heinz, N., Griesemer, A., Kinney, J., Vittorio, J., Lagana, S. M., Goldner, D., Velasco, M., Kato, T., Lobritto, S., & Martinez, M. (2020). A case of an Infant with SARS-CoV-2 hepatitis early after liver transplantation. *Pediatric Transplantation*, 24(8), e13778. doi: 10.1111/ptr.13778.
29. Henderson, L. A., Canna, S. W., Friedman, K. G., Gorelik, M., Lapidus, S. K., Bassiri, H., Behrens, E. M., Ferris, A., Kernan, K. F., Schultert, G. S., Seo, P., Son, M., Tremoulet, A. H., Yeung, R., Mudano, A. S., Turner, A. S., Karp, D. R., & Mehta, J. J. (2021). American College of Rheumatology Clinical Guidance for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated With SARS-CoV-2 and Hyperinflammation in Pediatric COVID-19: Version 2. *Arthritis & rheumatology (Hoboken, N.J.)*, 73(4), e13–e29. doi: 10.1002/art.41616.
30. Hoang, A., Chorath, K., Moreira, A., Evans, M., Burmeister-Morton, F., Burmeister, F., Naqvi, R., Petershack, M., & Moreira, A. (2020). COVID-19 in 7780 pediatric patients: A systematic review. *EClinicalMedicine*, 24, 100433. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100433.
31. Jarmoliński, T., Matkowska-Kocjan, A., Rosa, M., Olejnik, I., Gorczyńska, E., Kałwak, K., & Ussowicz, M. (2021). SARS-CoV-2 viral clearance during bone marrow aplasia after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation-A case report. *Pediatric Transplantation*, 25(5), e13875. doi: 10.1111/ptr.13875.
32. Wang, L., Berger, N. A., Kaelber, D. C., Davis, P. B., Volkow, N. D., & Xu, R. (2022). COVID infection severity in children under 5 years old before and after Omicron emergence in the US. medRxiv: The preprint server for health sciences, 22269179. doi: https://doi.org/10.1101/2022.01.12.22269179
33. Lee, H., Mantell, B. S., Richmond, M. E., Law, S. P., Zuckerman, W. A., Addonizio, L. J., Lee, T. M., & Lytrivi, I. D. (2020). Varying presentations of COVID-19 in young heart transplant recipients: A case series. *Pediatric Transplantation*, 24(8), e13780. doi: 10.1111/ptr.13780. PMID: 32542914; PMCID: PMC7323105.
34. Leidman, E., Duca, L. M., Omura, J. D., Proia, K., Stephens, J. W., & Sauber-Schatz, E. K. (2021). COVID-19 Trends Among Persons Aged 0-24 Years- United States, March 1-December 12, 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 70(3), 88–94. doi: 10.15585/mmwr.mm7003e1.
35. Li, H., Liu, S. M., Yu, X. H., Tang, S. L., & Tang, C. K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *International journal of Antimicrobial Agents*, 55(5), 105951. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105951.
36. Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 4(5), 347–349. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30096-1
37. Liu, W., Zhang, Q., Chen, J., Xiang, R., Song, H., Shu, S., Chen, L., Liang, L., Zhou, J., You, L., Wu, P., Zhang, B., Lu, Y., Xia, L., Huang, L., Yang, Y., Liu, F., Semple, M. G., Cowling, B. J., Lan, K., ... Liu, Y. (2020). Detection of Covid-19 in Children in Early January 2020 in Wuhan, China. *The New England Journal of Medicine*, 382(14), 1370–1371. doi: 10.1056/NEJMc2003717.
38. Lu, Q., & Shi, Y. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) and neonate: What neonatologist need to know. *Journal of Medical Virology*, 92(6), 564–567. doi: 10.1002/jmv.25740
39. Lu, X., Xiang, Y., Du, H., & Wing-Kin Wong, G. (2020). SARS-CoV-2 infection in children- Understanding the immune responses and controlling the pandemic. *Pediatric allergy and immunology: official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 31(5), 449–453. doi: 10.1111/pai.13267.



40. Ludvigsson, J.F. (2020). Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr.*, 109(6),1088-1095. doi: 10.1111/apa.15270.
41. McIntosh, K. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention In: Hirsch MS, editors. UpToDate.2021.
42. Menon, J., Shanmugam, N., Patel, K., Hakeem, A., Reddy, M. S., & Rela, M. (2020). Awareness and concerns about novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) among parents of pediatric liver transplant recipients. *Pediatric Transplantation*, 24(8), e13805.doi: 10.1111/petr.13805.
43. Minotti, C., Tirelli, F., Barbieri, E., Giaquinto, C., & Donà, D. (2020). How is immunosuppressive status affecting children and adults in SARS-CoV-2 infection? A systematic review. *The Journal of Infection*, 81(1), e61–e66. doi: 10.1016/j.jinf.2020.04.026.
44. Morand, A., Roquelaure, B., Colson, P., Amrane, S., Bosdure, E., Raoult, D., Lagier, J. C., & Fabre, A. (2020). Child with liver transplant recovers from COVID-19 infection. A case report. *Archives de Pediatrie: Organe Officiel de la Societe Francaise de Pediatrie*, 27(5), 275–276. doi: 10.1016/j.arcped.2020.05.004.
45. National Association of School Nurses (NASN). (2021). Advocacy and leadership for inclusion in the planning process. Erişim linki: <https://schoolnurseset.nasn.org/covid19ref/glossary/advocacy-and-leadership-or-inclusion-in-the-planning-process>
46. National Institutes of Health (NIH). (2021). COVID-19 Treatment Guidelines. Erişim linki: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapeutic-management/>
47. Palmore, T.N. & Smith, B.A. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Infection control in health care and home settings In: Sexton DJ, editors. UpToDate.2021.
48. Park, S. E. (2020). Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome -coronavirus-2 (SARS-CoV-2; Coronavirus Disease-19). *Clinical and Experimental Pediatrics*, 63(4), 119–124. doi: 10.3345/cep.2020.00493
49. Patel, N. A. (2020). Pediatric COVID-19: Systematic review of the literature. *American Journal of Otolaryngology*, 41(5), 102573.doi: 10.1016/j.amjoto.2020.102573.
50. Safadi M. (2020). The intriguing features of COVID-19 in children and its impact on the pandemic. *Jornal de Pediatria*, 96(3), 265–268. doi: 10.1016/j.jpmed.2020.04.001.
51. Salvatori, G., De Rose, D. U., Concato, C., Alario, D., Olivini, N., Dotta, A., & Campana, A. (2020). Managing COVID-19-Positive Maternal-Infant Dyads: An Italian Experience. *Breastfeeding medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 15(5), 347–348.doi: 10.1089/bfm.2020.0095.
52. Schwartz, S. P., Thompson, P., Smith, M., Lercher, D. M., Rimland, C. A., Bartelt, L., Park, Y. A., Weiss, S., Markmann, A. J., Raut, R., Premkumar, L., Kuruc, J., & Willis, Z. (2020). Convalescent Plasma Therapy in Four Critically Ill Pediatric Patients With Coronavirus Disease 2019: A Case Series. *Critical Care Explorations*, 2(10), e0237.doi: 10.1097/CCE.0000000000000237.
53. Sheth, S., Shah, N., & Bhandari, V. (2020). Outcomes in COVID-19 Positive Neonates and Possibility of Viral Vertical Transmission: A Narrative Review. *American Journal of Perinatology*, 37(12), 1208–1216. doi: 10.1055/s-0040-1714719.
54. Son, M.B. & Friedman K. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) management and outcome. In: Fulton DR, Kaplan SL, Sundel R, Randolph AG, editors. UpToDate.2021
55. South, A. M., Brady, T. M., & Flynn, J. T. (2020). ACE2 (Angiotensin-Converting Enzyme 2), COVID-19, and ACE Inhibitor and Ang II (Angiotensin II) Receptor Blocker Use During the Pandemic: The Pediatric Perspective. *Hypertension (Dallas, Tex.: 1979)*, 76(1), 16–22. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15291.
56. Tannuri, U., Tannuri, A., Cordon, M., & Miyatani, H. T. (2020). Low incidence of COVID-19 in children and adolescent post-liver transplant at a Latin American reference center. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 75, e1986. doi: 10.6061/clinics/2020/e1986.
57. Tezer, H. & Demirdağ. B. (2020). Novel coronavirus disease (COVID-19) in children. *Turk J Med Sci*. 50(SI-1): 592-603.
58. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. (2020b). COVID-19 Haftalık Durum Raporu 26.10.2020-30.10.2020. Erişim linki: <https://COVID19.saglik.gov.tr/TR-68443/COVID-19-durum-raporu.html>
59. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. (2020c). COVID-19 Çocuk Hasta Yönetimi ve Tedavisi. Erişim linki: <https://COVID19.saglik.gov.tr/Eklenti/38596/0/COVID-19rehbericocukhastayonetimivedavipdf.pdf>
60. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. (2020d). COVID-19 İmmün (Konvalesan) Plazma Tedarik ve Klinik Kullanım Rehberi. Erişim linki: <https://shgmkhanizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/39167/0/COVID-19-immun-plazma-rehberi-v5.pdf>
61. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. (2020e). COVID-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi. Erişim linki: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40340/0/covid-19salginyonetimivecalismarehberipdf.pdf>
62. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü (2021a). COVID-19 Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. Erişim linki: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid19rehberigenelbilgilerpidemiyolojivetanipdf.pdf>
63. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü (2022). COVID-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu. Erişim linki: [https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77694/sikca-sorulan-sorular.html?Sayfa=4&gclid=CjwKCAiA6seQBhAFeiwAvPqu1-pcVCmClonYZ4ZaUJlJQeMdBi9IULZ04foZ XKTE58M53Z IZ12DThoCFsMQAvD\\_BwE](https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77694/sikca-sorulan-sorular.html?Sayfa=4&gclid=CjwKCAiA6seQBhAFeiwAvPqu1-pcVCmClonYZ4ZaUJlJQeMdBi9IULZ04foZ XKTE58M53Z IZ12DThoCFsMQAvD_BwE)
64. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (2020). Education: From disruption to recovery. Erişim linki: <https://en.unesco.org/COVID19/educationresponse>.
65. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2020). Coronavirus disease (COVID-19): What parents should know. Erişim linki: <https://www.unicef.org/stories/novel-coronavirus-outbreak-what-parents-should-know>
66. U.S. Food and Drug Administration (FDA). (2020). Investigational COVID-19 Convalescent Plasma: Guidance for Industry. Erişim linki: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/investigational-COVID-19-convalescent-plasma>

67. Wang, S. S., Zhou, X., Lin, X. G., Liu, Y. Y., Wu, J. L., Sharifu, L. M., Hu, X. L., Rong, Z. H., Liu, W., Luo, X. P., Chen, Z., Zeng, W. J., Chen, S. H., Ma, D., Chen, L., & Feng, L. (2020). Experience of Clinical Management for Pregnant Women and Newborns with Novel Coronavirus Pneumonia in Tongji Hospital, China. *Current Medical Science*, 40(2), 285–289. doi: 10.1007/s11596-020-2174-4.
68. World Health Organization (WHO) (2020a). Breastfeeding advice during the COVID-19 outbreak. Erişim linki:
69. <http://www.emro.who.int/nutrition/nutrition-infocus/breastfeeding-advice-during-COVID-19-outbreak.html>
70. World Health Organization (WHO) (2020b). Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19. Erişim linki: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>
71. World Health Organization (WHO). (2021a). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-79. Erişim Linki: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200408-sitrep-79-COVID-19.pdf?sfvrsn=4796b143\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200408-sitrep-79-COVID-19.pdf?sfvrsn=4796b143_2)
72. World Health Organization (WHO). (2021b). COVID-19 Clinical management 2021. Erişim Linki: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1\(2021\)](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1(2021)).
73. World Health Organization (WHO). (2021c). Therapeutics and COVID-19 Living Guideline 2020. Erişim Linki: <https://www.who.int/publications/i/item/therapeutics-and-covid-19-living-guideline>
74. World Health Organization (WHO). (2021d). Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19. Erişim linki: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296520/retrieve>.
75. World Health Organization (WHO) (2021e). Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines. Erişim Linki: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-COVID-19-candidate-vaccines>
76. Yue, J., Zang, X., Le, Y., & An, Y. (2020). Anxiety, depression and PTSD among children and their parent during 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak in China. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–8. Advance online publication. doi: 10.1007/s12144-020-01191-4.
77. Zhong, Z., Zhang, Q., Xia, H., Wang, A., Liang, W., Zhou, W., Zhou, L., Liu, X., Rao, L., Li, Z., Peng, Z., Mo, P., Xiong, Y., Ye, S., Wang, Y., & Ye, Q. (2020). Clinical characteristics and immunosuppressant management of coronavirus disease 2019 in solid organ transplant recipients. *American journal of transplantation : official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*, 20(7), 1916–1921. doi: 10.1111/ajt.15928.