

# EDİTÖRLER KURULU/ EDITORIAL BOARD

İmtiyaz Sahibi

Prof. Dr. Veysel ÇOMAKLI

Baş Editör

Doç. Dr. Burcu DEMİR GÖKMEN

Editör Yardımcısı

Dr. Öğr. Gör. Fatma GÜL CAN

## Bölüm Editörleri

Hemşirelik Esasları ve Yönetimi

Prof. Dr. Papatya KARAKURT

Dahiliye Hastalıkları ve Hemşireliği

Prof. Dr. Nuray BİNGÖL

Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği

Doç. Dr. Şenay ARLI

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Doç. Dr. Gamze YILMAZ

Kadın Doğum Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Dr. Öğr. Üyesi. Fatma BAŞARAN

Halk Sağlığı Hemşireliği

Dr. Öğr. Üyesi. Ela VAROL

Psikiyatri Hemşireliği

Doç. Dr. Meryem FIRAT

Beslenme ve Diyetetik Bilimi Editörü

Doç. Dr. Ebru ERDEMİR

Ebelik Bilimi Editörü

Dr. Öğr. Üyesi. Emine Serap ÇAĞAN



Nuh'un Gemisi  
Sağlık Bilimleri  
Dergisi

# EDİTÖRLER KURULU/ EDITORIAL BOARD

Biyoistatistik Editörleri

Doç. Dr. Aycan Mutlu YAĞANOĞLU

Doç. Dr. Yalçın KANBAY

Dil Editörü

Dr. Öğr. Üyesi. Rabia SAĞLAM AKSÜT

Mizanpaj Editörü

Arş. Gör. Dursun Alper YILMAZ

Dergi Sekreteryası

Arş. Gör. Ramazan DENİZ

Arş. Gör. Mehmetcan KEMALOĞLU



---

Nuh'un Gemisi  
Sağlık Bilimleri  
Dergisi

# EDİTÖRLER KURULU/ EDITORIAL BOARD

Prof. Dr. Papatya KARAKURT

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Ramazan DEMİRDAĞ

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Veysel ÇOMAKLI

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Nuray DAYAPOĞLU

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Burcu DEMİR GÖKMEN

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Gamze YILMAZ

Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

Doç. Dr. Ebru ERDEMİR

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Meryem FIRAT

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Şenay ARLI

Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Yalçın KANBAY

Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Aycan Mutlu YAĞANOĞLU

Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Ela VAROL

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Emine Serap ÇAĞAN

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Fatma BAŞARAN

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Fatma GÜL CAN

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Gökhan DEGE

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Gürsel İŞÇİ

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Rabia SAĞLAM AKSÜT

Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Volkan GÖKMEN

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Nuh'un Gemisi  
Sağlık Bilimleri  
Dergisi

# DANIŞMAN KURULU/ ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Ayşe OKANLI

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Papatya KARAKURT

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Serap EJDER APAY

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Burcu DEMİR GÖKMEN

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Gamze YILMAZ

Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

Doç. Dr. Meryem FIRAT

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Şenay ARLI

Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Yalçın KANBAY

Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Ebru ERDEMİR

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Ela VAROL

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Esra ŞENTÜRK

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Tıp Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Emine Serap ÇAĞAN

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Fatma GÜL CAN

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Fatma BAŞARAN

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Hacı Ömer YILMAZ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Nuh'un Gemisi  
Sağlık Bilimleri  
Dergisi

## DANIŞMAN KURULU/ ADVISORY BOARD

Dr. Öğr. Üyesi. Hanife ERBİL

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Jiyan ASLAN CEYLAN

Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. İsmail Mücahit ALPTEKİN

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Kübra GÖKALP

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. M. Salih YILDIRIM

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Metin YILDIZ

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Rabia SAĞLAM AKSÜT

Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Şenay ÖZTÜRK

Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Zehra ÜNAL

Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Nuh'un Gemisi  
Sağlık Bilimleri  
Dergisi

# SAYI HAKEM KURULU/ ISSUE REVIEWER BOARD

Doç. Dr. Şenay Karadağ ARLI

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Gamze YILMAZ

Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Nurhayat Tuğra ÖZER

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Gökhan DEGE

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Sümeyye KEMANECİ

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Taha Gökmen ÜLGER

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Eda GÜLBETEKİN

Iğdır Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Ela VAROL

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Yavuz ÜREN

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Volkan GÖKMEN

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Demet GÜNEŞ

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi. Kader ÖZTÜRK

Ardahan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Dr. Öğr. Gör. Güzel Nur YILDIZ

Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Öğr. Görevlisi. Mehmet Emin ATAY

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Ahmed-i Hani Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Öğr. Görevlisi. Üzeyir SOLAK

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Arş. Gör. Tuğba OLUÇ

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Nuh'un Gemisi  
Sağlık Bilimleri  
Dergisi

# CONTENTS/ İÇİNDEKİLER

## Research Article/ Araştırma Makalesi

- i Hemşirelerin Ekip Çalışması Anlayışının Karşılansayan Bakım Gereksinimleri Üzerindeki Etkisi 1-10  
The Effect of Nurses' Teamwork Approach on Unmet Care Needs  
Afife YURTTAŞ, Tuğçe KABAK SOLAK, Metin YILDIZ, Üzeyir SOLAK

## Research Article/ Araştırma Makalesi

- ii Examining the Relationship Between COVID-19 Fear and Distress and Emotional Eating Behaviour 11-19  
Among University Students: A Post-Pandemic Cross-Sectional Study  
Üniversite Öğrencilerinde COVID-19 Korku ve Sıkıntısı ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkinin  
İncelenmesi: Pandemi Sonrası Kesitsel Bir Çalışma  
Emine KEMALOĞLU

## Review Article/ Derleme Makalesi

- iii Ani Beklenmedik Doğum Sonrası Kollaps'a Güncel Bir Yaklaşım: Terapötik Hipotermi 20-27  
A Current Approach to Sudden Unexpected Postpartum Collapse: Therapeutic Hypothermia  
Buse KAYA, Emine Serap ÇAĞAN

## Olgu Sunumu/ Study Case

- iv İnmeli Hastada Hemşirelik Müdahaleleri: Bir Olgu Sunumu 28-37  
Nursing Interventions in A Patient with Stroke: A Case Report  
Afife YURTTAŞ, Ferhat DAŞBİLEK

## Olgu Sunumu/ Study Case

- v Vertigolu Hastada Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu 38-43  
Nursing Care According to Functional Health Patterns in a Patient with Vertigo: A Case Report  
Neşe AYKUT



## Hemşirelerin Ekip Çalışması Anlayışının Karşılanmayan Bakım Gereksinimleri Üzerindeki Etkisi

### The Effect of Nurses' Teamwork Approach on Unmet Care Needs

Afife YURTTAŞ<sup>1</sup>, Tuğçe KABAK SOLAK<sup>2\*</sup>, Metin YILDIZ<sup>3</sup>, Üzeyir SOLAK<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Erzurum, Türkiye.

<sup>2,4</sup> Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ağrı, Türkiye.

<sup>3</sup> Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sakarya, Türkiye.

#### Özet

Bu araştırma pandemi sürecinde hemşirelerin ekip çalışması anlayışının karşılanmayan bakım gereksinimlerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan bu araştırma, pandemi sürecinde Türkiye'nin doğusunda yer alan bir hastanede Haziran-Eylül 2021 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği", "Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi" kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Araştırmanın örneklemini 155 hemşire oluşturdu. Veri analizleri bilgisayar ortamında SPSS 22 programı kullanılarak yapıldı. Değerlendirme için frekans, ortalama, yüzde, standart sapma hesaplandı. Verilerin normal dağılımı sonucu ikili gruplarda t testi, ikiden fazla olan gruplarda one way anova testi kullanıldı. Araştırmada ilişkinin hesaplanması için normal dağılımlarda kullanılan pearson analizi yapıldı. Araştırmada katılımcıların hemşirelikte ekip çalışması ölçeği toplam puan ortalamasının 3,47±0,58 olduğu bulundu. Karşılanmayan/verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimleri anketi-a'nın puan ortalamasının 1,54±0,95, karşılanmayan/verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimleri anketi-b'nin ortalamasının 3,30±0,63 olduğu belirlendi. Hemşirelikte ekip çalışması ölçeği toplam puan ortalaması ile karşılanmayan/verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimleri anketi-a toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05). Araştırmada hemşirelerin ekip anlayışının iyi düzeyde olduğu, hemşirelerin bakımları "bazen verilmiyor" şeklinde açıkladığı ve karşılanmayan hemşirelik bakımını çoğunlukla "orta bir neden" olarak gördüğü saptandı. Ayrıca araştırmada hemşirelerin ekip çalışması uyumu arttıkça hastaların karşılanmayan bakım gereksinimlerinin azaldığı sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Pandemi, hemşirelik, ekip çalışması, karşılanmayan bakımı

#### Abstract

This research was conducted to determine the effect of nurses' understanding of teamwork on unmet care needs during the pandemic. This descriptive and correlational type of study was conducted in a hospital located in eastern Turkey during the pandemic between June-September 2021. The data of the study were collected using the "Introductory Information Form", "Teamwork Scale in Nursing", and "Unmet Nursing Care Needs Survey" through face-to-face interviews. The sample of the study consisted of 155 nurses. Data analyses were performed using the SPSS 22 program in a computer environment. Frequency, mean, percentage, and standard deviation were calculated for evaluation. As a result of the normal distribution of the data, t-test was used in two groups and one way anova test was used in groups of more than two. Pearson analysis used in normal distributions was used to calculate the relationship in the study. In the study, it was found that the total mean score of the nurses on the nursing teamwork scale was 3,47±0,58. The mean score of the unmet/undelivered nursing care needs survey-a was 1,54±0,95, and the mean score of the unmet/undelivered nursing care needs survey-b was 3,30±0,63. A negative significant relationship was found between the total mean score of the nursing teamwork scale and the total mean score of the unmet/undelivered nursing care needs survey-a (p<0,05). The study found that the nurses' team understanding was at a good level, that the nurses explained the care as "sometimes not provided" and that they mostly saw unmet nursing care as a "moderate reason". In addition, the study concluded that as the nurses' teamwork harmony increased, the unmet care needs of the patients decreased.

**Key Words:** Pandemic, nursing, teamwork, missed care

**Atf için (how to cite):** Yurttaş, A., Kabak Solak, T., Yıldız, M., Solak, Ü. (2024). Hemşirelerin Ekip Çalışması Anlayışının Karşılanmayan Bakım Gereksinimleri Üzerindeki Etkisi. *Nuh'un Gemisi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 1-10.

Gönderi Tarihi: 30.11.2024, Kabul Tarihi: 19.12.2024, Yayın Tarihi: 31.12.2024



## 1. Giriş

Sağlık kuruluşlarında sunulan bakım hizmetlerinin temeli hasta güvenliğinin ve hasta memnuniyetinin sağlanmasına dayanmaktadır (Murt ve Daşlı, 2024; Semiz ve ark., 2023). Dünyayı saran Covid-19 salgını ülkelerin sağlık sistemlerinde sarsıcı etki oluşturmuş ve çok sayıda hastanın kısa sürede enfekte olması, hasta güvenliğinin sağlanmasının önemini ortaya çıkarmıştır (Çevirme ve Kurt, 2020). Hasta güvenliğinin sağlanması, hasta bakım hedeflerini gerçekleştirme ve güvenli bakım sunma bütün sağlık profesyonellerinin sorumlu olduğu bir durumdur (Phillips ve ark., 2006). Covid-19 hastalarında en fazla hastaya bakan rolde olması ve ön cephede bakım vermesi açısından hemşireler birincil sorumlulardır (Çevirme ve Kurt, 2020). Aynı zamanda hasta sayısındaki yüksek artış ve iş yükü karşılığında sağlık personellerinin sayısının yetersiz olması çeşitli hatalara yol açmaktadır (Karasu, 2020). Pandemi sonrası mesleki yıpranmışlık ve psikolojik sorunların artması beraberinde sağlık bakımının artmasını da getirmiştir (da Silva Neto ve ark., 2021; Güdü ve Yayla, 2022; Zhang ve ark., 2020).

Sağlık bakımında karşılaşılan hatalar, ihmal hataları ve tıbbi hatalar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İhmal kaynaklı hataların fark edilmesi daha zor olduğu için sonuçlarında hayati problemlerin meydana gelme olasılığı çok daha yüksek olabilmektedir (Kalisch ve ark., 2011). Bu yüzden hemşirelik hizmetlerinin kalitesi bakımından ihmal kaynaklı hataların öngörülmesi ve önlenmesi büyük önem arz etmektedir. Literatüre göre hemşirelerin ihmal edilen bakımın farkında olduklarını ve kolayca belirleyebildiklerini ifade etmektedir. Fakat bu durumu dile getirmedikleri veya kabul etmedikleri hatta bazı hasta bakım ünitelerinde tartışmaya açık olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle hemşirelerin kendilerini suçlu hissetmeleri veya korku yaşamalarının engellendiği belirtilmektedir (Kalisch, 2006). Ayrıca bu durumun bazı bakımların karşılanmamasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Literatürde “Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı (KHB)” kavramı ilk olarak Kalisch ve Williams (2009) tarafından “gereken bakımın tümünün ya da bir kısmının ihmal edilmesi veya ertelenmesi” olarak ifade edilmektedir (Kalisch ve Williams, 2009). Yapılan çalışmalar da KHB ile tıbbi hatalar, hasta memnuniyetinin azalması, hastane enfeksiyonları, düşmeler, akut miyokard infarktüsü, acil servislerde flebit, basınç yaraları, hastanede kalış süresinin uzaması, mortalite ve morbitide oranının artması arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Bu durumun ise dünya genelinde hastalar ve sağlık sistemleri açısından ciddi güvenlik ve ekonomik sorunlara yol açtığı ifade edilmektedir (Brooks-Carthon ve ark., 2016; Carthon ve ark., 2015; Kalisch, 2016; Lake ve ark., 2016; Schubert ve ark., 2012). Araştırma sonuçları en sık karşılanmayan hemşirelik bakımlarının; hastaların yatak içi mobilizasyonu, ağız bakımı, karşılanmamış ya da geciktirilmiş ilaç uygulamaları olduğunu göstermektedir. Öte taraftan bakımın karşılanmamasının nedenleri; tıbbi ve mesleki prosedürlerin eksikliği, personel yetersizliği ve hasta yoğunluğunun fazla olması gibi hastane ortamının yapısal boyutlarıyla ilgili olduğu belirtilmektedir (Ball ve ark., 2016; Bragadóttir ve ark., 2017; Duffy ve ark., 2018; Jones ve ark., 2015; Kalisch ve ark., 2012; Palese ve ark., 2015; Papastavrou ve ark., 2014; Smith ve ark., 2018).

Ekip çalışması, hasta sonuçlarını ve KHB’yi etkilemesinden dolayı hasta güvenliği bakımından önemli bir etmen olarak değerlendirilmektedir. Literatürde ekip kelimesi, özel birim ekipleri gibi disiplinler arası ekipler olarak ifade edilmektedir (Alexanian ve ark., 2015; Carthon ve ark., 2015; Körner ve ark., 2015). Fakat hemşirelik ekiplerinde, disiplinler arası sağlık ekiplerine göre çeşitli farklılıklar mevcuttur. Disiplinler arası sağlık ekipleri bireysel çalışıp, süreklilik arz eden bir çalışmada olmamakla birlikte toplantılar ile iş birliğini devam ettirmektedir. Hemşirelik ekipleri ise çalışma süresi boyunca beraber çalışmakta ve ekip üyeleri arasındaki iş akışı birbirlerine bağlı olarak etkilenmektedir (Kalisch ve ark., 2010). Sağlık hizmetlerinde hemşirelerin disiplinler arası ve disiplin içi ekip çalışması kaliteli hasta bakımı için kritik önem taşımaktadır (Bragadóttir ve ark., 2017). Hemşirelerin uyumlu bir ekip çalışması içinde olması hem ihmal hatalarının azalmasına hem de bireysel mesleki doyumlarının artmasına katkı sağlayacaktır. Bu durum hastane maliyetlerinde, mortalite ve morbitide oranının azalmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca çalışmanın mesleki ekip çalışmasına uyumun hasta memnuniyeti açısından değerlendirilmesine, hemşirelik ekibi yeni eğitim programlarının oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2. Yöntem/Method

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hemşirelerin ekip çalışması anlayışının karşılanmayan bakım gereksinimlerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

### 2.2. Araştırmanın Soruları

- S1. Hemşirelerin ekip çalışması anlayışı ne düzeydedir?
- S2. Hemşirelerin karşılanmayan bakım gereksinimleri ne düzeydedir?
- S3. Hemşirelerin ekip çalışması anlayışının karşılanmayan bakım gereksinimlerini nasıl etkilemiştir?

### 2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini belirlenen eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 240 hemşire oluşturdu. Yapılan G\* power 3.1.9.2 analizinde %95 güç ve %5 anlamlılık ve büyük etki düzeyine göre olarak 105 hemşireye ulaşılması gerektiği saptandı. Veri toplama aşamasında araştırma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden 155 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturdu.

### 2.4. Verilerin Toplanması ve Veri Araçları

Veri toplamada “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği (HEÇÖ)”, “Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA)” kullanıldı. Veriler Haziran-Eylül 2021 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Hemşirelerin demografik özelliklerini inceleyen araştırmacılar tarafından hazırlanmış 7 adet soru içeren bir formdur.

Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği (HEÇÖ): Kalisch ve ark. tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir (Kalisch ve ark., 2010). Taşkıran ve Baykal (2020) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 5 likert tipte (1=Nadiren, 5=Her zaman) olup; “Güven (7 madde)”, “Ekip uyumu (9 madde)”, “Destek (6 madde)”, “Ekip anlayışı (7 madde)” ve “Ekip liderliği (4 madde)” olmak üzere 5 alt boyut ve 33 maddeden oluşmaktadır. Ekip uyumu alt boyutunda bulunan dokuz madde ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam ortalama puan maksimum 5, minimum 1’dir. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında Cronbach’s Alfa iç tutarlık katsayısı 0,90 bulunmuştur (Taskiran Eskiçi ve Baykal, 2021). Bu çalışmada ise Cronbach’s Alfa iç tutarlık katsayısı 0,93 olarak belirlendi.

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi (KHBA): Anketin Kalisch ve Williams tarafından 2009 yılında geliştirilen, 2012 yılında Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kalisch ve ark., 2012; Kalisch ve Williams, 2009). Anket iki bölüm, 37 maddeden oluşmaktadır. A bölümünde (KHBA\_A); verilemeyen bakım uygulamalarını içeren 21 madde yer almaktadır.

Ölçek “Hiçbir zaman (4 puan), Sıklıkla (3 puan), Bazen (2 puan) ve Nadiren (1 puan)” olmak üzere 4 likert tiptedir. Çalışılan servis için uygun değil ise ve bu tür bir hemşirelik bakımının servisinde verilmesi gerekmiyorsa (örn. hastanın ayağa kaldırılması) “Uygun değil (0 puan)” seçeneği bulunmaktadır. Ortalama puan yükseldikçe bakımın daha fazla karşılanmadığını göstermektedir.

Anketin B bölümünde (KHBA\_B); verilemeyen hemşirelik bakım uygulamalarının verilememe nedenleri yer almaktadır. Ölçek “Önemli (4 puan), bakımın verilememesi için bir neden değil (1 puan)” şeklinde 5 likert tipte değerlendirilmektedir. Ölçeğin KHBA\_A ve KHBA\_B Cronbach’s Alfa iç tutarlık katsayısı sırasıyla 0,95 ve 0,80 bulunmuştur (Kalisch ve ark., 2012). Bu çalışmada ise KHBA\_A ve KHBA\_B Cronbach’s Alfa iç tutarlık katsayısı 0,94 olarak bulundu.

### 2.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan gerekli izinler alındı. Etik izin Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan onay (Yazar katkı sağladığı için yeni etik kurul alınmıştır. Onay tarihi: 09.06.2021 ve Sayı: E.11052- Onay tarihi: 28.01.2022; Sayı: E.31881) alındı. Araştırmaya katılan hemşirelerden, çalışmanın amacını ve yararlarını açıklayan yazılı bilgilendirilmiş olur alındı.

### 2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ağrı ili ile sınırlıdır.

### 2.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Veri analizleri bilgisayar ortamında SPSS 22 programı kullanılarak yapıldı. Katılımcılara yönelik tanıtıcı özellikler tanımlayıcı istatistikler kullanarak (frekans, ortalama, standart sapma, yüzde) değerlendirildi. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Veriler normal dağıldığı için ikili gruplarda t testi, ikiden fazla olan gruplarda one way anova testi kullanıldı. Araştırmada ilişkinin hesaplanması için pearson korelasyon analizi kullanıldı ve p<0,05 değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edildi.

## 3. Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin %61,9’u kadın, %69,7’sinin bekar, %77,4’nün lisans mezunu, %36,1’inin servis hemşiresi, %67,1’in sözleşmeli personel, %81,9’nun ekip çalışması eğitimi almadığı ve yaş ortalamasının 27,25 ± 4,74 (yıl) olduğu saptandı (Tablo 1).

**Tablo 1.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=155)

| Demografik Özellikler                    |                                 | n                          | %    |
|--|---------------------------------|----------------------------|------|
| Cinsiyet                                 | Kadın                           | 96                         | 61,9 |
|  | Erkek                           | 59                         | 38,1 |
| Medeni durum                             | Evli                            | 47                         | 30,3 |
|  | Bekar                           | 108                        | 69,7 |
| Eğitim Düzeyi                            | Lise mezunu                     | 10                         | 6,5  |
|  | Ön lisans mezunu                | 17                         | 11,0 |
|  | Lisans mezunu                   | 120                        | 77,4 |
|  | Lisansüstü mezunu               | 8                          | 5,1  |
| Çalışma pozisyonu                        | Servis Hemşiresi                | 56                         | 36,1 |
|  | Riskli Birim                    | 51                         | 32,9 |
|  | COVID-19 İzolasyon Hemşiresi    | 13                         | 8,4  |
|  | COVID-19 Riskli Birim Hemşiresi | 35                         | 22,6 |
| Çalışma statüsü                          | Sözleşmeli                      | 104                        | 67,1 |
|  | Kadrolu                         | 51                         | 32,9 |
| Ekip çalışması konulu eğitim alma durumu | Evet                            | 28                         | 18,1 |
|  | Hayır                           | 127                        | 81,9 |
|  |                                 | $\bar{X} \pm SS$ (Min-Max) |      |
| Yaş (yıl)                                | 27,25 $\pm$ 4,74 (21-45)        |                            |      |

$\bar{X}$  = Ortalama\*, SS= Standart sapma\*\*, Min= En küçük değer, Max=En büyük değer

Araştırmada, hemşirelerin HEÇÖ toplam puan ortalaması 3,47  $\pm$  0,58 olduğu, güven alt boyutunun 3,72 $\pm$ 0,78, ekip uyumu alt boyutunun 2,91 $\pm$ 0,68, destek alt boyutunun 3,55 $\pm$ 0,80, ekip anlayışı alt boyutunun 3,76 $\pm$ 0,75, ekip liderliği alt boyutunun 3,68 $\pm$ 0,88 olduğu belirlendi. Karşılanmayan/verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimleri anketi-A'nın puan ortalamasının 1,54 $\pm$ 0,95 olduğu belirlendi. Karşılanmayan/verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimleri anketi-B'nin ortalamasının 3,30 $\pm$ 0,63 olduğu saptandı (Tablo 2).

**Tablo 2.** Çalışmadaki Katılımcıların Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi-A ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi-B Toplam Puan Ortalamaları (n=155)

| Ölçekler   | $\bar{X} \pm SS$ | Min  | Max  |
|--|------------------|------|------|
| Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği Toplam Puan Ortalaması          | 3,47 $\pm$ 0,58  | 1,55 | 4,88 |
| Güven alt boyutu   | 3,72 $\pm$ 0,78  | 1,43 | 5,0  |
| Ekip uyumu alt boyutu  | 2,91 $\pm$ 0,68  | 1,0  | 4,67 |
| Destek alt boyutu  | 3,55 $\pm$ 0,80  | 1,17 | 5,0  |
| Ekip anlayışı alt boyutu   | 3,76 $\pm$ 0,75  | 1,14 | 5,0  |
| Ekip liderliği alt boyutu  | 3,68 $\pm$ 0,88  | 1,25 | 5,0  |
| Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi-A | 1,54 $\pm$ 0,95  | 0,0  | 3,86 |
| Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi-B | 3,30 $\pm$ 0,63  | 1,0  | 4,0  |

$\bar{X}$  = Ortalama\*, SS= Standart sapma\*\*, Min= En küçük değer\*\*\*, Max=En büyük değer\*\*\*\*

Katılımcıların hemşirelikte ekip çalışması ölçeği toplam puan ortalaması ile ekip çalışması konulu eğitimi alma durumu arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri anketi-A toplam puan ortalaması ile medeni durum arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri anketi-B toplam puan ortalaması ile demografik özellikler

arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği, Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi-A ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi-B Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=155)

| Demografik Özellikler  |   | Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği |                  |                     | Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi-A |                     | Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi-B |                     |
|------------------------|---|------------------------------------|------------------|---------------------|--|---------------------|--|---------------------|
|                        |   | n                                  | $\bar{X} \pm SS$ | Test p değeri       | $\bar{X} \pm SS$                                       | Test ve p değeri    | $\bar{X} \pm SS$                                       | Test ve p değeri    |
| Cinsiyet               | Kadın                                     | 96                                 | 3,47±0,60        | t=-0,099<br>p=0,921 | 1,44±0,91  | t=-1,785<br>p=0,076 | 3,37±0,59  | t=1,834<br>p=0,069  |
|                        | Erkek                                     | 59                                 | 3,48±0,55        |                     | 1,72±0,99  |                     | 3,18±0,69  |                     |
| Medeni durum           | Evli                                      | 47                                 | 3,43±0,69        | t=-0,628<br>p=0,531 | 1,77±1,01  | t=1,998<br>p=0,047  | 3,30±0,65  | t=-0,025<br>p=0,980 |
|                        | Bekar                                     | 108                                | 3,49±0,53        |                     | 1,44±0,91  |                     | 3,30±0,63  |                     |
| Eğitim düzeyi          | Lise mezunu                               | 10                                 | 3,44±0,55        | F=0,081<br>p=0,970  | 1,30±0,70  | F=1,484<br>p=0,221  | 3,32±0,72  | F=0,265<br>p=0,851  |
|                        | Ön lisans mezunu                          | 17                                 | 3,53±0,65        |                     | 1,87±1,14  |                     | 3,41±0,54  |                     |
|                        | Lisans mezunu                             | 120                                | 3,46±0,59        |                     | 1,55±0,93  |                     | 3,29±0,63  |                     |
|                        | Lisansüstü mezunu                         | 8                                  | 3,52±0,45        |                     | 1,10±0,93  |                     | 3,17±0,75  |                     |
| Çalışma pozisyonu      | Servis Hemşiresi                          | 56                                 | 3,49±0,52        | F=1,468<br>p=0,226  | 1,58±0,87  | F=0,145<br>p=0,933  | 3,28±0,59  | F=0,558<br>p=0,643  |
|                        | Riskli Birim COVID-19 İzolasyon Hemşiresi | 13                                 | 3,51±0,36        |                     | 1,65±1,01  |                     | 3,23±0,61  |                     |
|                        | Riskli Birim Hemşiresi                    | 35                                 | 3,61±0,66        |                     | 1,48±1,05  |                     | 3,42±0,61  |                     |
| Çalışma statüsü        | Sözleşmeli                                | 104                                | 3,50±0,51        | t=0,738<br>p=0,462  | 1,47±0,92  | t=-1,298<br>p=0,196 | 3,30±0,62  | t=-0,149<br>p=0,882 |
|                        | Kadroolu                                  | 51                                 | 3,42±0,70        |                     | 1,69±1,01  |                     | 3,31±0,67  |                     |
| Ekip çalışması eğitimi | Evet                                      | 28                                 | 3,57±0,54        | t=2,128<br>p=0,035  | 1,63±1,03  | t=1,046<br>p=0,297  | 3,25±0,71  | t=-0,893<br>p=0,373 |
|                        | Hayır                                     | 127                                | 3,38±0,61        |                     | 1,47±0,87  |                     | 3,35±0,55  |                     |

t= T testi\*

F= One way anova testi\*\*

Hemşirelikte ekip çalışması ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyutları ile karşılanmayan/verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimleri anketi-a toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Çalışmadaki Katılımcıları Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeği ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi-A ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Anketi-B Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=155)

|  |          | (1)         | (2)         | (3)         | (4)         | (5)         | (6)         | (7)         | (8) |
|--|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----|
| (1) Hemşirelikte ekip çalışması ölçeği                                 | <b>r</b> | 1           |             |             |             |             |             |             |     |
|  | <b>p</b> |             |             |             |             |             |             |             |     |
| (2) Güven alt boyutu   | <b>r</b> | ,784        |             |             |             |             |             |             |     |
|  | <b>p</b> | <b>,001</b> |             |             |             |             |             |             |     |
| (3) Ekip uyumu alt boyutu  | <b>r</b> | ,533        | ,182        |             |             |             |             |             |     |
|  | <b>p</b> | <b>,001</b> | <b>,023</b> |             |             |             |             |             |     |
| (4) Destek alt boyutu  | <b>r</b> | ,861        | ,637        | ,222        |             |             |             |             |     |
|  | <b>p</b> | <b>,001</b> | <b>,001</b> | <b>,005</b> |             |             |             |             |     |
| (5) Ekip anlayışı alt boyutu   | <b>r</b> | ,897        | ,668        | ,260        | ,825        |             |             |             |     |
|  | <b>p</b> | <b>,001</b> | <b>,001</b> | <b>,001</b> | <b>,001</b> |             |             |             |     |
| (6) Ekip liderliği alt boyutu  | <b>r</b> | ,790        | ,534        | ,192        | ,718        | ,780        |             |             |     |
|  | <b>p</b> | <b>,001</b> | <b>,001</b> | <b>,016</b> | <b>,001</b> | <b>,001</b> |             |             |     |
| (7) Karşılanmayan/verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimleri anketi-A | <b>r</b> | - ,329      | -,203       | -,170       | -,358       | -,341       | -,186       |             |     |
|  | <b>p</b> | <b>,001</b> | <b>,011</b> | <b>,034</b> | <b>,001</b> | <b>,001</b> | <b>,021</b> |             |     |
| (8) Karşılanmayan/verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimleri anketi-B | <b>r</b> | - ,047      | -,024       | -,019       | -,100       | -,037       | ,007        | ,055        | 1   |
|  | <b>p</b> | <b>,561</b> | <b>,764</b> | <b>,813</b> | <b>,215</b> | <b>,646</b> | <b>,934</b> | <b>,494</b> |     |

*r*=Pearson Korelasyon katsayısı\*

#### 4. Tartışma

Pandemi sürecinde hemşirelerin ekip çalışması anlayışının karşılanmayan bakım gereksinimlerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada hemşirelerin ekip çalışması orta düzeyde olduğu saptandı. Kaiser ve Westers (2018) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin ekip çalışmasının bu çalışmadan daha yüksek ve iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir (Kaiser ve Westers, 2018). Eskici ve Baykal (2020) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin ekip çalışmasının iyi düzeyde olduğu ifade edilmiştir (Taskiran Eskici ve Baykal, 2021). Literatürde de belirtildiği gibi ekip çalışması hemşirelerde iyi düzeydedir (Kaiser ve Westers, 2018; Taskiran Eskici ve Baykal, 2021). Bunun en büyük sebebi vardiya usulü ve birlikte geçirilen çalışma saatlerinin fazla olması nedeniyle paylaşımlarının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmada hemşirelerin “ekip anlayışı” alt boyutundan en yüksek, “ekip uyumu” alt boyutunda en düşük puanı aldığı belirlendi. Bu sonuç literatür ile paraleldir (Kaiser ve Westers, 2018; Polis ve ark., 2017; Taskiran Eskici ve Baykal, 2021). Bu sonuçlar doğrultusunda ülke fark etmeksizin hemşirelerin hemşirelik ekip oryantasyonun da zorlandığını göstermektedir. Ayrıca; ekip uyumunun düşük olmasının nedeni, hemşirelikte uzmanlığın henüz gelişmediğini, hemşirelerin sürekli olarak yer değişikliğiyle karşı karşıya kaldığını ve eğitimdeki farklılıklardan kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin bakımları “bazen verilmiyor” şeklinde açıkladığı belirlendi. Bu sonuç literatür ile paraleldir (Labrague ve ark., 2022; Tou ve ark., 2020). Literatürde bu çalışmadan farklı olarak Hessels ve ark., (2019) ve Taskiran Eskici ve Baykal (2022) yaptıkları çalışmalarda karşılanmayan hemşirelik bakımı “sıklıkla

verilmiyor” olarak ifade edilmektedir (Hessels ve ark., 2019; Taskiran Eskici ve Baykal, 2022). Bu farklılığın nedeni olarak ülkelerdeki bakım verilen hasta ve hemşire sayısının standart olmaması, kurumsal politika, hemşirelerin mezuniyet ve hizmet içi eğitim düzeylerindeki değişiklikler söylenebilir. Bu çalışmada hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenlerini servislerinde çoğunlukla “orta bir neden” olarak gördüğü belirlendi. Literatüre yer alan çalışmalarda personel yetersizliği, iletişim eksikliği, mesleki sorumlulukta içgörü eksikliği ve yetersiz maddi kaynaklar karşılanmayan hemşirelik bakımının en önemli sebepleri arasında yer almaktadır (Chaboyer ve ark., 2021; He ve ark., 2022; Mills ve Duddle, 2022). Bu çalışmada kaçırılan bakımın düşük çıkmasının nedeni ise çalışmanın yürütüldüğü ilin kültürünün yardım ve bakıma öncelik vermesi olabilir. Ayrıca bu sonuç katılımcıların yaş, deneyim, iş tatmini vb. demografik ve kişilik özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada ekip çalışması eğitimi alan hemşirelerin ekip çalışma düzeyinin daha iyi olduğu belirlendi. Ekip çalışması konusunda eğitim alan hemşirelerin ekip çalışmasına daha uyumlu olduğu görülmektedir. Kalisch ve ark. (2013) yaptığı çalışmada ekip çalışması üzerine verilen eğitimin hemşirelerde ekip çalışması memnuniyetini ve hasta bakımını olumlu etkilediği belirlenmiştir (Kalisch ve ark., 2013). Yılmaz ve Yıldırım (2018) yaptığı çalışmada ekip çalışması ile ilgili eğitim alan hemşirelerin ekip çalışmasına uyumlarının iyi düzeyde olduğu ifade edilmiştir (Yılmaz Türe ve Yıldırım, 2018). Etkili bir ekip çalışması, bakım alan hastalar ve bakım veren hemşireler açısından olumlu etkileri oluşturmaktadır (Bragadóttir ve ark., 2017; Griffiths ve ark., 2018; Jones ve ark., 2015). Hemşire sonuçlarıyla ilgili olarak verimliliği arttırdığı ve kaliteli hasta bakımını sağlamak için farklı hemşirelik becerileri kazandırdığı üzerinde durulmuştur (Kalisch ve Lee, 2010). Bu doğrultuda ekip çalışmasına yönelik hem üniversite eğitiminde hem de mesleğe başladıktan sonra hizmet içi eğitimlerin artırılması ve bu konuda farklı öğretim tekniklerinin kullanılmasının gerekli olduğu ön görülmektedir.

Araştırmada bekar hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım puanlarının daha düşük olduğu belirlendi. Ortalama puan yükseldikçe bakımın daha fazla karşılanmadığını göstermektedir. Bu durum çalışmada bekar hemşire sayısının fazla olması ve ailevi sorumluluğunun daha az olmasından kaynaklanmış olabilir. Diğer taraftan literatürde yer alan çalışmada medeni durum, çalışma pozisyonu, kadro durumu, çalışma yılı ve KHBA bölümleri toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ifade edilmiştir (Taskiran Eskici ve Baykal, 2022). Literatürdeki farklılığın nedeni çalışmanın yapıldığı popülasyonunu sayısının ve yapısının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin ekip çalışması uyumu arttıkça hastaların karşılanmayan bakım gereksinimlerinin azaldığı belirlendi. Literatürde de hemşirelikte ekip çalışmasının karşılanmayan hemşirelik bakımıyla ilişkili olduğu ve ekip çalışmasının hasta sonuçlarını etkilediğinden hasta bakım kalitesini ve memnuniyetini de etkilediği ifade edilmektedir (Bragadóttir ve ark., 2017; Chapman ve ark., 2017; Kohanová ve ark., 2024).

## **Sonuç**

Bu çalışmada;

- Hemşirelerin ekip çalışması orta düzeyde olduğu belirlendi.
- Bu çalışmada hemşirelerin bakımları “bazen verilmiyor” şeklinde açıkladığı belirlendi
- Hemşirelerin ekip çalışması uyumu arttıkça hastaların karşılanmayan bakım gereksinimlerinin azaldığı belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda özellikle hemşirelik ekibine hasta bakım kalitesini içeren simülasyon programlarından oluşan klinik uygulama ve liderlik eğitimlerinin yapılması, ekip içi iletişim, problem çözme ve karar verme becerilerinin güçlendirilmesi önerilebilir. Ekip çalışması stratejilerinin belirlenmesi, hemşirelik ekip üyelerinin izlenmesi, olumlu sonuçların ödüllendirilmesi ve olumsuz sonuçların nedenlerinin araştırılarak engellenmesi önerilebilir. Ülkemiz için ekip çalışmasını ve karşılanmayan bakım gereksinimlerini olumsuz etkileyen hasta-hemşire oranları düzenlenmelidir. Etki ve kaliteli hasta bakımı için gerekli maddi kaynaklar sağlanmalıdır.

## **Teşekkür**

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi'ne akademik veri tabanlarına erişim sağladığı için teşekkür ederiz.

## **Finansman**

Yazarlar araştırma için herhangi bir finansal destek almamıştır.

## **Çıkar Çatışması**

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması yaşamadıklarını beyan etmişlerdir.

## Yazarların Katkıları

Araştırma fikri: A.Y., T.K.S. ; Çalışmanın tasarımı: A.Y., T.K.S, M.Y., Ü.S.; Verilerin toplanması: T.K.S, Ü.S.; Veri analizi: M.Y. ; Verilerin yorumlanması: M.Y., Ü.S. ; Makalenin hazırlanması: A.Y., T.K.S, M.Y., Ü.S.; Gözden geçirme: A.Y., T.K.S, M.Y., Ü.S. ; Yayınlanacak versiyonun son onayı: A.Y., T.K.S, M.Y., Ü.S.

## Kaynakça

Alexanian, J. A., Kitto, S., Rak, K. J., & Reeves, S. (2015). Beyond the team: understanding interprofessional work in two North American ICUs. *Critical Care Medicine*, 43(9), 1880-1886.

Ball, J. E., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Murrells, T., & Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of advanced nursing*, 72(9), 2086-2097.

Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., & Tryggvadóttir, G. B. (2017). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of clinical nursing*, 26(11-12), 1524-1534.

Brooks-Carthon, J. M., Lasater, K. B., Rearden, J., Holland, S., & Sloane, D. M. (2016). Unmet nursing care linked to rehospitalizations among older black AMI patients: a cross-sectional study of US hospitals. *Medical care*, 54(5), 457.

Carthon, J. M. B., Lasater, K. B., Sloane, D. M., & Kutney-Lee, A. (2015). The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 24(4), 255-263.

Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 37(2), 82-91.

Chapman, R., Rahman, A., Courtney, M., & Chalmers, C. (2017). Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 170-181.

Çevirme, A., & Kurt, A. (2020). Covid-19 Pandemisi ve Hemşirelik Mesleğine Yansımaları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 46-52.

Da Silva Neto, R. M., Benjamim, C. J. R., de Medeiros Carvalho, P. M., & Neto, M. L. R. (2021). Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 104, 110062.

Duffy, J. R., Culp, S., & Padrutt, T. (2018). Description and factors associated with missed nursing care in an acute care community hospital. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(7/8), 361-367.

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., Ball, J., & Group, M. C. S. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of advanced nursing*, 74(7), 1474-1487.

Güdü, B. K., & Yayla, E. M. (2022). Koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve tıbbi hata eğilimlerinin belirlenmesi. *Journal of Turkish Society for Rheumatology*, 14.

He, M., Zhu, X., Dong, Y., Zhang, S., Fang, S., Wang, W., Zhang, M., & Sun, J. (2022). Exploring the role of communication in missed nursing care: A systematic review. *Journal of advanced nursing*, 78(12), 4019-4033.

- Hessels, A. J., Paliwal, M., Weaver, S. H., Siddiqui, D., & Wurmser, T. A. (2019). Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse patient events. *Journal of nursing care quality*, 34(4), 287-294.
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International journal of nursing studies*, 52(6), 1121-1137.
- Kaiser, J. A., & Westers, J. B. (2018). Nursing teamwork in a health system: A multisite study. *Journal of nursing management*, 26(5), 555-562.
- Kalisch, B. (2016). Errors of omission: How missed nursing care imperils patients. *Journal of Nursing Regulation*, 7(3), 64.
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of nursing care quality*, 21(4), 306-313.
- Kalisch, B. J., Lee, H., & Salas, E. (2010). The development and testing of the nursing teamwork survey. *Nursing Research*, 59(1), 42-50.
- Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. *Nursing outlook*, 58(5), 233-241.
- Kalisch, B. J., Terzioglu, F., & Duygulu, S. (2012). The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nursing Economics*, 30(1), 29.
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., & Lee, K. H. (2011). Do staffing levels predict missed nursing care? *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), 302-308.
- Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211-219.
- Kalisch, B. J., Xie, B., & Ronis, D. L. (2013). Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. *Nursing research*, 62(6), 405-413.
- Karasu, F. (2020). Koronavirus (COVID-19) Vakaları Artarken Salgının Ön Safındaki Bir Yoğun Bakım Hemşiresi: "Cephede Duran Kahramanlar". *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1), 11-14.
- Kohanová, D., Solgajová, A., & Cubelo, F. (2024). The association of teamwork and missed nursing care in acute care setting: A mixed-methods systematic review. *Journal of Clinical Nursing*.
- Körner, M., Wirtz, M. A., Bengel, J., & Göritz, A. S. (2015). Relationship of organizational culture, teamwork and job satisfaction in interprofessional teams. *BMC health services research*, 15(1), 1-12.
- Labrague, L. J., de Los Santos, J. A. A., & Fronda, D. C. (2022). Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing management*, 30(1), 62-70.
- Lake, E. T., Germack, H. D., & Viscardi, M. K. (2016). Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 535-543.
- Mills, S. L., & Duddle, M. (2022). Missed nursing care in Australia: Exploring the contributing factors. *Collegian*, 29(1), 125-135.



- Murt, E., & Daşlı, Y. (2024). Hasta Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Önemi: Bir Alan Araştırması. *Turkish Studies-Economics, Finance, Politics, 19*(3).
- Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., Allegrini, E., Bazoli, L., Casson, P., & Marin, M. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and emergency medicine, 10*(6), 693-702.
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International journal of health planning and management, 29*(1), 3-25.
- Phillips, R. L., Dovey, S. M., Graham, D., Elder, N. C., & Hickner, J. M. (2006). Learning from different lenses: reports of medical errors in primary care by clinicians, staff, and patients: a project of the American Academy of Family Physicians National Research Network. *Journal of Patient Safety, 2*(3), 140-146.
- Polis, S., Higgs, M., Manning, V., Netto, G., & Fernandez, R. (2017). Factors contributing to nursing team work in an acute care tertiary hospital. *Collegian, 24*(1), 19-25.
- Schubert, M., Clarke, S. P., Aiken, L. H., & De Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care, 24*(3), 230-238.
- Semiz, B. B., Semiz, T., & Güneş, K. (2023). Sağlık kurumlarında algılanan hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin ölçülmesine yönelik bir araştırma. *Business & Management Studies: An International Journal, 11*(3), 1130-1151.
- Smith, J. G., Morin, K. H., Wallace, L. E., & Lake, E. T. (2018). Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care. *Western journal of nursing research, 40*(6), 779-798.
- Taskiran Eskici, G., & Baykal, U. (2021). The Turkish version of the Nursing Teamwork Survey: A validity and reliability study. *International Journal of Nursing Practice, 27*(3), e12887.
- Taskiran Eskici, G., & Baykal, U. (2022). Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: A multi-hospital cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice, 28*(5), e13050.
- Tou, Y. H., Liu, M. F., Chen, S. R., Lee, P. H., Kuo, L. M., & Lin, P. C. (2020). Investigating missed care by nursing aides in Taiwanese long-term care facilities. *Journal of nursing management, 28*(8), 1918-1928.
- Yılmaz Türe, A., & Yıldırım, A. (2018). Hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 6*(67), 40-52.
- Zhang, W.-r., Wang, K., Yin, L., Zhao, W.-f., Xue, Q., Peng, M., Min, B.-q., Tian, Q., Leng, H.-x., & Du, J.-l. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics, 89*(4), 242-250.

## Examining the Relationship Between COVID-19 Fear and Distress and Emotional Eating Behaviour Among University Students: A Post-Pandemic Cross-Sectional Study

### Üniversite Öğrencilerinde COVID-19 Korku ve Sıkıntısı ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Pandemi Sonrası Kesitsel Bir Çalışma

Emine KEMALOĞLU<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Ağrı İbrahim Çeçen University, Department of Nutrition and Dietetics, Ağrı, Türkiye.

#### Abstract

The COVID-19 pandemic and the measures taken during this period have emerged as significant events inducing notable psychological effects on individuals, with emotional eating behaviour being one of the consequential outcomes. The main purpose of this study is to examine the relationship between COVID-19 fear and distress and eating behaviour. The COVID-19 Related Psychological Distress Scale was utilized to assess the psychological effects of COVID-19, while the Emotional Eating Behaviour Scale was employed to measure emotional eating behaviour. This study was conducted among 460 university students with mean age of 20.6 years, 73.9% were female. The mean score for the COVID-19 Related Psychological Distress Scale among participants was found to be 36.2±7.2, whereas the Emotional Eating Behaviour Scale score was determined as 71.1±19.1. Females had a significantly higher CORPD fear anxiety score than males ( $p<0.001$ ). Compared to non-vaccinated study participants, the CORPD fear anxiety score was significantly higher in vaccinated participants ( $p=0.042$ ). The CORPD suspicion score was significantly correlated with the Emotional Eating Behaviour Scale ( $r: 0.250$ ,  $p<0.001$ ). Total score of Emotional Eating Behaviour, indicating that the adverse psychological effects induced by COVID-19 also negatively affect individuals' eating behaviour. In conclusion, our data demonstrated that COVID-19 fear, and distress were associated with eating behaviour in university students. For this reason, especially during pandemic periods, dietitians should be actively involved in the treatment process and stay in touch with individuals.

**Key Words:** COVID-19, emotional eating, fear, pandemic, eating disorders

#### Özet

COVID-19 salgını ve bu dönemde alınan tedbirler, bireylerde psikolojik etkiler oluşturan önemli olaylar olarak ortaya çıkmış ve bunun sonuçlarından biri de duygusal yeme davranışı olmuştur. Bu çalışmanın temel amacı COVID-19 korku ve sıkıntısı ile yeme davranışı arasındaki ilişkiyi incelemektir. COVID-19'un psikolojik etkilerini değerlendirmek amacıyla COVID-19 İlişkili Psikolojik Sıkıntı Ölçeği, duygusal yeme davranışını ölçmek için ise Duygusal Yeme Davranışı Ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışma; yaş ortalaması 20,6 olan 460 üniversite öğrencisi ile yürütülmüştür ve katılımcıların %73,9'u kadındır. Katılımcıların COVID-19 İlişkili Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puan ortalaması 36,2±7,2, Duygusal Yeme Davranışı Ölçeği puanı ise 71,1±19,1 olarak belirlenmiştir. Kadınların CORPD korku kaygı puanı erkeklerden anlamlı derecede daha yüksektir ( $p<0,001$ ). Aşı olmamış katılımcılarla karşılaştırıldığında, CORPD korku kaygısı puanı aşı olmuş katılımcılarda önemli ölçüde daha yüksektir ( $p=0,042$ ). CORPD şüphe puanı Duygusal Yeme Davranışı Ölçeği ile önemli ölçüde ilişkiliydi ( $r: 0,250$ ,  $p<0,001$ ). Duygusal Yeme Davranışı toplam puanı, COVID-19'un neden olduğu olumsuz psikolojik etkilerin bireylerin yeme davranışlarını da olumsuz etkilediğini göstermektedir. Sonuç olarak, verilerimiz COVID-19 korku ve sıkıntısının üniversite öğrencilerinde yeme davranışıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle özellikle pandemi dönemlerinde diyetisyenlerin de tedavi sürecinde sahada aktif rol alarak bireyler ile iletişim halinde kalması sağlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** COVID-19, duygusal yeme, korku, pandemi, yeme bozuklukları

**Atif için (how to cite):** Kemaloğlu, E. (2024). Examining the relationship between COVID-19 fear and distress and emotional eating behaviour among university students: A post-pandemic cross-sectional study. *Nuh'un Gemisi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 11-19.

Gönderi Tarihi: 11.06.2024, Kabul Tarihi: 23.09.2024, Yayın Tarihi: 31.12.2024

## 1. Introduction

The transition from hunter-gatherer lifestyles to agrarian societies and the commencement of communal living marked the onset of the earliest recorded pandemics in history, with numerous pandemics occurring since then (Piret & Boivin, 2021). The Athenian Plague of 430 B.C. was the earliest known pandemic documented in written sources (Huremović, 2019), while the most recent pandemic event is the Coronavirus disease pandemic (COVID-19) (Ciotti et al., 2020). Predicting the frequency and severity of pandemics thereafter is exceedingly challenging. Pandemics, particularly the COVID-19 pandemic, have not only had significant global impacts on healthcare systems, trade, and the economy but have also affected social life by generating paranoid fears and fostering isolation, leading to notable individual repercussions (Mishra et al., 2020). As of February 2024, with cases continuing to be reported and occasional fluctuations in case numbers occurring, the COVID-19 pandemic (WHO, 2024) has resulted in physical and mental health problems across all segments of society, with these sources of stress also giving rise to negative eating behaviours (Al-Musharaf, 2020). Meeting nutritional needs is not only a biological necessity but also crucial from a psychological standpoint, as one's mental state can influence eating behaviours, and conversely, eating behaviours can affect mental well-being (İnalkaç & Arslantaş, 2018; Demir Gökmen & Yılmaz 2021).

Emotional eating behaviour is defined as a type of eating disorder characterized by excessive eating tendencies in response to negative emotions or stress (Strien, 2018). The COVID-19 pandemic period is also a situation that can induce negative emotions in individuals and trigger emotional eating behaviour. Therefore, the main purpose of this study is to examine the effects of COVID-19 fear and distress on eating behaviour after the active pandemic period and to provide researchers with insight into potential new epidemics.

## 2. Method

### 2.1. Study Design and Participants

The data of this observational and cross-sectional study were collected between April and July 2023. The population of the research consisted of 12,193 students studying at the university where the study was conducted. According to the data of a study conducted with university students on the subject, the COVID-19 fear rate among students was found to be 44% (Akdeniz et al., 2020). In line with these data, sample calculations were made using the OpenEpi analysis program. The sample size was calculated as 368 people with a 95% confidence level ( $\alpha=0.05$ ) and 99% power ( $\beta=0.01$ ). Taking into account a 10% margin of error, the sample size was determined as 405 people. In accordance with the CORPD scale, the study participants should be non-infected with COVID-19. Therefore, the study sample was selected from individuals who could represent this population. Volunteers who were not infected with COVID-19, did not have any chronic or psychological illnesses, had not been diagnosed with an eating disorder, were not using medication/nutritional supplements, and were not on a diet were included in the study. Research data were collected using a virtual snowball sampling method via an online form.

### 2.2. General and Sociodemographic Information

The first section included questions about age, gender, smoking and alcohol use, and vaccination status. Additionally, an item questioning the status of having COVID-19 was added to exclude individuals who had COVID-19 from participating in the study.

### 2.3. COVID-19 Related Psychological Distress Scale (CORPD)

CORPD, developed by Feng et al. (2020), was adapted to Turkish by Ay et al (2022). The scale, which aims to determine the fear and anxiety about COVID-19 of individuals who have not had COVID-19, consists of 12 questions with a 5-point Likert structure. The score that can be obtained from the scale varies between 12-60, and the increase in the total score is associated with COVID-19 fear and anxiety. The scale consists of two subscales: fear-anxiety and suspicion. The Cronbach  $\alpha$  coefficient of the scale is 0,88.

### 2.4. Emotional Eating Scale

The Emotional Eating Behaviour Scale was used to measure emotional eating behaviour (Bilgen and Dönmez, 2018). The scale, which consists of 30 questions with a 5-point Likert structure, has four subscales (eating in response to tension, eating to cope with negative emotions, self-control, and controlling eating in the face of stimuli). The scale gives scores ranging from 30 to 150, with higher scores indicating a high level of emotional eating behaviour. The Cronbach's  $\alpha$  coefficient of the scale is 0,941.

### 2.5. Statistical Analysis

Data analysis was conducted using the SPSS 25.0 software package. The normality assumption of quantitative variables was checked using the Kolmogorov-Smirnov test, and data within the range of -1.5 to +1.5 were assumed

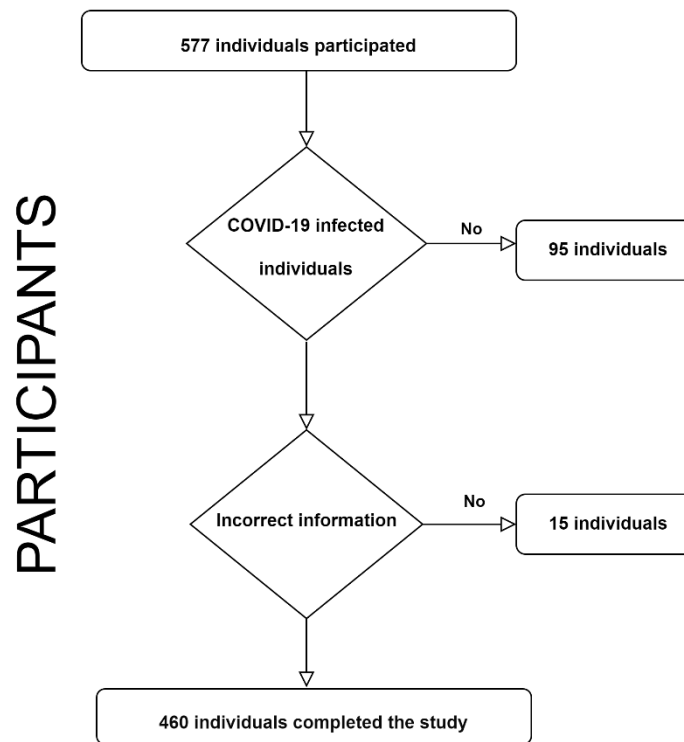
to be normally distributed (Tabachnick, 2013). It was seen that all datasets follow a normal distribution. Descriptive statistics for quantitative variables included mean  $\pm$  standard deviation for normally distributed variables. Descriptive statistics for categorical variables were presented as frequency and percentage. Independent two-sample t-tests were used for comparing normally distributed variables between independent groups. Pearson Correlation Analysis was employed to test the correlation between independent groups. In Pearson Correlation Analysis, the strength of the correlation was interpreted as follows:  $r < 0.2$  very weak or no correlation,  $0.2 \leq r < 0.4$  weak,  $0.4 \leq r < 0.6$  moderate,  $0.6 \leq r < 0.8$  strong and  $0.8 \leq r < 1.0$  very strong. A  $p < 0.05$  were considered as statistically significant.

### 2.6. Ethical Considerations

This study was conducted following the guidelines outlined in the Helsinki Declaration. In the first part of the form, participants were presented with a short text informing them about the research and a section where they could declare their consent to participate research. Ethics commission approval was obtained from the Scientific Research Ethics Committee of Agri Ibrahim Cecen University, with decision number 226, dated 10.11.2022. Additionally, permission to conduct the study was obtained from the university rectorate.

### 3. Results

The study included a total of 460 individuals, of which 340 were female and 120 were male, all of whom were not infected with COVID-19. Figure 1 provides information about the process of including participants in the study.



**Figure 1.** Consort diagram of study participants

The mean score on the CORPD was determined to be  $36.2 \pm 7.2$ , while the mean score on the Emotional Eating Behaviour Scale was found to be  $71.1 \pm 19.1$ . Demographic characteristics of the participants and data regarding scale scores are presented in Table 1.

When the CORPD scale score data were analysed according to gender, both the CORPD fear-anxiety and CORPD total scores were significantly higher for female participants than for males (mean: 17.6 vs 16.1,  $p < 0.001$  and mean: 36.7 vs 34.7,  $p = 0.009$ ). There was no statistically significant difference between the two groups on the Emotional Eating Behaviour Scale (Table 2).

**Table 1.** General Information on demographic characteristics and scale scores (n=460)

|   | $\bar{x} \pm SD$ |            |
|---|------------------|------------|
| <b>Age</b>                                | 20.6±1.6         |            |
|   | <b>n</b>         | <b>(%)</b> |
| <b>Gender</b>                             |                  |            |
| Female                                    | 340              | (73.9)     |
| Male                                      | 120              | (26.1)     |
| <b>Smoke status</b>                       |                  |            |
| Yes                                       | 62               | (13.5)     |
| No  | 383              | (83.3)     |
| I was using it, I quit                    | 15               | (3.3)      |
| <b>Alcohol consumption</b>                |                  |            |
| Yes                                       | 24               | (5.2)      |
| No  | 430              | (93.5)     |
| I was using it, I quit                    | 6                | (1.3)      |
| <b>Vaccination status</b>                 |                  |            |
| Yes                                       | 379              | (82.4)     |
| No  | 81               | (17.6)     |
|   | $\bar{x} \pm SD$ |            |
| <b>CORPD Score</b>                        |                  |            |
| CORPD fear-anxiety                        | 17.2 ± 3.5       |            |
| CORPD suspicion                           | 19.0±4.8         |            |
| CORPD total                               | 36.2±7.2         |            |
| <b>Emotional Eating Behaviour Scale</b>   |                  |            |
| Eating in Response to Tension             | 24.8±8.8         |            |
| Eating to Cope with Negative Emotions     | 21.7±8.3         |            |
| Self-Control                              | 15.6±2.8         |            |
| Controlling Eating in the Face of Stimuli | 8.9±2.5          |            |
| Total Score                               | 71.1±19.1        |            |

*CORPD: COVID-19 Related Psychological Distress Scale,  $\bar{x} \pm SD$ : Mean ± Standard Deviation*

**Table 2.** Data on CORPD and Emotional Eating Behaviour Scale by gender

|   | Female (n=340)   | Male (n=120)     | p*           |
|---|------------------|------------------|--------------|
|   | $\bar{x} \pm SD$ | $\bar{x} \pm SD$ |              |
| <b>CORPD Score</b>                        |                  |                  |              |
| CORPD fear-anxiety                        | 17.6±3.4         | 16.1±3.4         | <b>0.001</b> |
| CORPD suspicion                           | 19.1±4.9         | 18.6±4.7         | 0.31         |
| CORPD total                               | 36.7±7.3         | 34.7±7.0         | <b>0.009</b> |
| <b>Emotional Eating Behaviour Scale</b>   |                  |                  |              |
| Eating in Response to Tension             | 24.9±8.6         | 24.4±9.4         | 0.548        |
| Eating to Cope with Negative Emotions     | 22.1±8.3         | 20.5±8.4         | 0.82         |
| Self-Control                              | 15.7±2.6         | 15.4±3.3         | 0.410        |
| Controlling Eating in the Face of Stimuli | 9.0±2.4          | 8.6±2.5          | 0.177        |
| Total Score                               | 71.8±18.8        | 69.0±19.9        | 0.177        |

CORPD: COVID-19 Related Psychological Distress Scale,  $\bar{x} \pm SD$ : Mean  $\pm$  Standard Deviation, \*Independent Samples Tests

The data on scale scores by participants' vaccination status are presented in Table 3. Upon examining the data in the table, it was observed that individuals who were vaccinated had higher levels of COVID-19 fear and anxiety (p=0.042).

**Table 3.** Data on scale scores by participants' vaccination status

|   | Vaccination      |                  | p*           |
|---|------------------|------------------|--------------|
|   | Yes (n=379)      | No (n=81)        |              |
|   | $\bar{x} \pm SD$ | $\bar{x} \pm SD$ |              |
| <b>CORPD Score</b>                        |                  |                  |              |
| CORPD fear-anxiety                        | 17.3±3.4         | 16.4±3.7         | <b>0.042</b> |
| CORPD suspicion                           | 19.0±4.8         | 18.8±5.1         | 0.674        |
| CORPD total                               | 36.4±7.1         | 35.3±7.8         | 0.209        |
| <b>Emotional Eating Behaviour Scale</b>   |                  |                  |              |
| Eating in Response to Tension             | 24.9±8.7         | 24,3±9,2         | 0.616        |
| Eating to Cope with Negative Emotions     | 21.7±8.4         | 21,6±8,1         | 0.925        |
| Self-Control                              | 15.6±2.7         | 15,9±3,4         | 0.352        |
| Controlling Eating in the Face of Stimuli | 8.9±2.5          | 8,7±2,5          | 0.544        |
| Total Score                               | 71.1±18.9        | 70,6±20,2        | 0.832        |

CORPD: COVID-19 Related Psychological Distress Scale,  $\bar{x} \pm SD$ : Mean  $\pm$  Standard Deviation, \*Independent Samples Tests

The data regarding the correlation between COVID-19 distress and emotional eating behaviour are presented in Table 4. Upon examination of the data in the table, it has been observed that there is a very weak positive correlation between participants' CORPD total scores and emotional eating behaviour (r:0.178, p<0.001). In

addition, while CORPD suspicion was found to be associated with the total and sub-dimension scores of the Emotional Eating Behaviour Scale ( $p < 0.05$ ), only the Controlling Eating in the Face of Stimuli sub-dimension score was found to be weakly associated with the CORPD fear-anxiety score ( $r: 0.208, p: < 0.001$ ).

**Table 4.** The correlation between CORPD and Emotional Eating Behaviour Scale

| CORPD                                     |   | CORPD            | CORPD            | CORPD            |
|---|---|------------------|------------------|------------------|
| Emotional Eating Behaviour Scale          |   | fear-anxiety     | suspicion        | total            |
| Eating in Response to Tension             | r | 0.004            | 0.251            | 0.169            |
|   | p | 0.926            | <b>&lt;0.001</b> | <b>&lt;0.001</b> |
| Eating to Cope with Negative Emotions     | r | -0.012           | 0.221            | 0.142            |
|   | p | 0.795            | <b>&lt;0.001</b> | <b>0.002</b>     |
| Self-Control                              | r | -0.004           | 0.122            | 0.080            |
|   | p | 0.940            | <b>0.009</b>     | 0.087            |
| Controlling Eating in the Face of Stimuli | r | 0.208            | 0.145            | 0.197            |
|   | p | <b>&lt;0.001</b> | <b>0.002</b>     | <b>&lt;0.001</b> |
| Total Score                               | r | 0.023            | 0.250            | 0.178            |
|   | p | 0.619            | <b>&lt;0.001</b> | <b>&lt;0.001</b> |

CORPD: COVID-19 Related Psychological Distress Scale

#### 4. Discussion

Our study was conducted with non-infected university students during the COVID-19 pandemic. The majority of participants were female and vaccinated individuals.

Upon evaluating the obtained results, it was found that the CORPD scores of females were higher compared to males. Consistently, similar findings have been reported both in the original version of the scale and its adapted Turkish version, indicating that females experience higher levels of COVID-19 psychological distress (Ay et al., 2022; Feng et al., 2020, Demir Gökmen & Sarıboğa 2021). Numerous studies have also confirmed our findings, suggesting that fear of COVID-19 is more severe among females (Alsharawy et al., 2021; Andrade et al., 2022; Broche-Pérez et al., 2022).

There are two main situations that cause individuals to fear during the pandemic period: the negative effects of the disease and distrust of vaccines (McNeil & Purdon, 2022). This situation has made individuals hesitant about whether to get vaccinated or not. The data we obtained show that the majority of individuals participating in the study were vaccinated. In addition, our study found that individuals with high levels of fear and anxiety about COVID-19 were more willing to get vaccinated. This shows that fear and distrust of the negative effects of the disease are more dominant than vaccine distrust. There are studies in the literature that provide similar results to our findings (Bendau et al., 2021; McNeil & Purdon, 2022).

The data we obtained confirmed our H1 hypothesis and concluded that there is a relationship between COVID-19 psychological distress and emotional eating behaviour even after the pandemic period. In particular, it was concluded that the CORPD sub-doubt dimension score is related to the emotional eating behaviour total score and sub-dimension scores and has an impact on the eating behaviour of individuals. In addition, the positive correlation between the eating in response to stimuli sub-dimension of the emotional eating behaviour scale and the CORPD total score and sub-dimension scores shows that the COVID 19 epidemic is an important stimulus that can affect the emotional eating behaviour of individuals. Many studies on the subject conducted during the pandemic period have obtained results similar to our findings (Dominte et al., 2022; Pak et al., 2022; Yoldas Iktac et al., 2022). Dominte et al., (2022) concluded in their study on adult women that fear of COVID-19 and negative emotional reactions were associated with emotional eating behaviour. Pak et al. (2022), who conducted a study on adults aged 18-67, showed that emotional eating was positively associated with intolerance of uncertainty, fear of COVID-19, and depression. Similarly, a study conducted on adults found a relationship between fear of COVID-

19 and emotional eating behaviour. However, this relationship disappeared when confounding factors were eliminated (Yoldas Ilktac et al., 2022). Although the studies conducted do not directly include the same population as our study, they are similar in terms of being an adult group.

Upon evaluating the data presented above, it can be observed that numerous studies have been conducted regarding the psychological effects of COVID-19 and emotional eating behaviour, yielding similar results. Publications on this topic rapidly increased since the onset of the COVID-19 pandemic, followed by a gradual decline in interest thereafter. The collection of study data two years after the onset of the pandemic, and its similarity to data obtained in the early stages of the pandemic, is significant. This suggests that the effects of the pandemic on psychology and eating behaviour are not short-term, but rather associated with long-term adverse health outcomes of the pandemic.

## 5. Conclusion

Our results showed that COVID-19 fear and anxiety were associated with emotional eating behaviour among university students. Our article also emphasizes that during pandemic periods, individuals are not only in physical danger but also face significant psychological problems. In this context, in future pandemics, the process should be evaluated from every aspect, and instead of only finding solutions to vital problems, the issue should be evaluated more comprehensively and from all aspects and solution suggestions should be offered. In particular, the long-term effects of the measures taken and quarantine practices on individuals should be investigated and the data obtained should be taken into consideration when making decisions.

Having psychologists and dietitians in the field at least as much as doctors and nurses during pandemic and quarantine periods can be an effective strategy in reducing the long-term negative effects of the pandemic. Individual nutrition counselling that can be given to individuals during pandemic periods will be effective in preventing various nutritional problems, especially emotional eating behavior. More importantly, before the pandemic occurs - during routine periods - individuals and the public should be educated and made aware of nutrition. A conscious public that has received nutrition education can exhibit correct nutritional behavior in special situations such as pandemics and contribute to the reduction of active workload during the pandemic period. Future research should further address the long-term psychological effects of the pandemic and its impact on eating behaviours. Such information will contribute to the development of supportive and preventive measures to improve the psychological well-being of individuals during the epidemic.

## Acknowledgments

I would like to thank my student Elif Ebru Çifçi, who helped in the data collection phase of the research.

## Disclosure statement

The author report there are no competing interests to declare.

## Funding details

This work was supported by the TUBITAK under Grant 1919B012111215.

## 6. References

Akdeniz, G., Kavakci, M., Gozugok, M., Yalcinkaya, S., Kucukay, A., & Sahutogullari, B. (2020). A survey of attitudes, anxiety status, and protective behaviours of the university students during the COVID-19 outbreak in Turkey. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 555894. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00695>

Al-Musharaf, S. (2020). Prevalence and predictors of emotional eating among healthy young Saudi women during the COVID-19 pandemic. *Nutrients, 12*(10), 2923. <https://doi.org/10.3390/nu12102923>

Alsharawy, A., Spoon, R., Smith, A., & Ball, S. (2021). Gender differences in fear and risk perception during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology, 12*, 689467. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.689467>

Andrade, E. F., Pereira, L. J., Oliveira, A. P. L. D., Orlando, D. R., Alves, D. A. G., Guillarducci, J. D. S., & Castelo, P. M. (2022). Perceived fear of COVID-19 infection according to sex, age and occupational risk using the Brazilian



version of the Fear of COVID-19 Scale. *Death Studies*, 46(3), 533–542. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1809786>

Ay, T., Oruç, D., & Özdoğru, A. A. (2022). Adaptation and evaluation of COVID-19 related Psychological Distress Scale Turkish form. *Death Studies*, 46(3), 560–568. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1873459>

Bendau, A., Plag, J., Petzold, M. B., & Ströhle, A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and related fears and anxiety. *International Immunopharmacology*, 97, 107724. <https://doi.org/10.1016/j.intimp.2021.107724>

Broche-Pérez, Y., Fernández-Fleites, Z., Jiménez-Puig, E., Fernández-Castillo, E., & Rodríguez-Martin, B. C. (2022). Gender and fear of COVID-19 in a Cuban population sample. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(1), 83–91. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00343-8>

Bilgen, S. Ş. (2018). Development of the Turkish Emotional Eating Scale: A validity and reliability study. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W. C., Wang, C. B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(6), 365–388. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>

COVID-19 cases | WHO COVID-19 dashboard. (n.d.). Retrieved March 6, 2024, from <https://data.who.int/dashboards/COVID19/cases?n=c>

Demir Gökmen, B., & Sariboğa, Y. (2021). Hemşirelerde Koronafobi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 372–381. <https://doi.org/10.26453/otjhs.888006>

Dominte, M. E., Swami, V., & Enea, V. (2022). Fear of COVID-19 mediates the relationship between negative emotional reactivity and emotional eating. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(5), 462–467. <https://doi.org/10.1111/sjop.12828>

Feng, L. S., Dong, Z. J., Yan, R. Y., Wu, X. Q., Zhang, L., Ma, J., & Zeng, Y. (2020). Psychological distress in the shadow of the COVID-19 pandemic: Preliminary development of an assessment scale. *Psychiatry Research*, 291, 113202. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113202>

Gökmen, B. D., & Yılmaz, G. (2021). Evaluation of psychological well-being among adolescents: A cross-sectional study of correlation between food addiction and cognitive behavioral physical activity. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 31(4), 379–385. <https://doi.org/10.5152/pcp.2021.21225>

Huremović, D. (Ed.). (2019). *Psychiatry of pandemics: A mental health response to infection outbreak*. Springer.

İnalkaç, S., & Arslantaş, H. (2018). Emotional eating. *Archive Source Review Journal*, 27(1), 70–82. <https://doi.org/10.17827/aktd.336860>

McNeil, A., & Purdon, C. (2022). Anxiety disorders, COVID-19 fear, and vaccine hesitancy. *Journal of Anxiety Disorders*, 90, 102598. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102598>

Mishra, N. P., Das, S. S., Yadav, S., Khan, W., Afzal, M., Alarifi, A., ... & Nayak, A. K. (2020). Global impacts of pre-and post-COVID-19 pandemic: Focus on socio-economic consequences. *Sensors International*, 1, 100042. <https://doi.org/10.1016/j.sintl.2020.100042>

- Pak, H., Süsen, Y., Denizci Nazlıgöl, M., & Griffiths, M. (2021). The mediating effects of fear of COVID-19 and depression on the association between intolerance of uncertainty and emotional eating during the COVID-19 pandemic in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–15. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00489-z>
- Piret, J., & Boivin, G. (2021). Pandemics throughout history. *Frontiers in Microbiology*, 11, 631736. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.631736>
- Strien, T. V. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (6. baskı). Boston, MA: Pearson.
- Yoldaş İlktac, H., Savcı, C., & Çil Akıncı, A. (2022). Nutritional behaviour during the COVID-19 pandemic: The association of fear and sleep quality with emotional eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(7), 2673–2683. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01409-3>

## Ani Beklenmedik Doğum Sonrası Kollaps'a Güncel Bir Yaklaşım: Terapötik Hipotermi

### A Current Approach to Sudden Unexpected Postpartum Collapse: Therapeutic Hypothermia

Buse KAYA<sup>1\*</sup>, Emine Serap ÇAĞAN<sup>2</sup>

<sup>1\*</sup> Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü, İzmir, Türkiye.

<sup>2</sup> Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ağrı, Türkiye.

#### Özet

Ani beklenmedik doğum sonrası kollaps; doğumda iyi durumda ve iyi postnatal adaptasyona sahip, rutin doğum sonrası bakıma alınan ve yaşamının ilk yedi günü içinde beklenmedik şekilde kollaps gelişen term ya da terme yakın (>35 hafta gebelik) yenidoğanları tanımlayan bir patolojidir. Son yıllarda ani beklenmedik doğum sonrası kollapsa alternatif bir tedavi yöntemi olarak terapötik hipotermi tartışılmaktadır. Terapötik hipotermi, yaşamın ilk altı saati içinde başlatılan ve 72 saat boyunca sürdürülen, beyin hasarından sonraki günlerde oluşan nöronal kaybın devam etmesini önlemek amacıyla beyni bazal sıcaklığın birkaç derece altına, 33 °C ile 34 °C arasındaki hedef sıcaklığa soğutmaya amaçlayan ve orta ila şiddetli hipoksik iskemik ensefalopatili bebeklerde standart haline gelmiş bir tedavidir. Fakat, bu tedavi yönteminin ani beklenmedik doğum sonrası kollapsa yönelik etkinliği, potansiyel yararları ve zararları halen yeteri kadar araştırılmamıştır. Bu çalışma, terapötik hipotermi prosedürünü açıklamayı ve ani beklenmedik doğum sonrası kollaps sonrası terapötik hipotermi uygulamasına yönelik güncel literatürü derlemeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmada literatür derlemesi amacıyla, Google Scholar ve PubMed veri tabanları kullanılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ani beklenmedik doğum sonrası kollaps, terapötik hipotermi, yenidoğan

#### Abstract

Sudden unexpected postpartum collapse is a pathology that describes term or near-term (>35 weeks gestation) newborns who are in good condition at birth and have good postnatal adaptation, are taken to routine postpartum care, and collapse unexpectedly within the first seven days of life. In recent years, therapeutic hypothermia has been discussed as an alternative treatment method for sudden unexpected postnatal collapse. Therapeutic hypothermia is a standard treatment for infants with moderate to severe hypoxic ischemic encephalopathy that is initiated within the first six hours of life and maintained for 72 hours, aims to cool the brain to a target temperature of 33°C to 34°C, a few degrees below basal temperature, in order to prevent the continuation of neuronal loss that occurs in the days following brain damage. However, the efficacy, potential benefits, and harms of this treatment method for sudden unexpected postpartum collapse have not yet been sufficiently investigated. This study aims to describe the therapeutic hypothermia procedure and review the current literature on the application of therapeutic hypothermia after sudden unexpected postpartum collapse. In this study, Google Scholar and PubMed databases were used for literature compilation.

**Key Words:** Sudden unexpected postnatal collapse, therapeutic hypothermia, newborn

**Atf için (how to cite):** Kaya, B., Çağan E. S., (2024). Ani beklenmedik doğum sonrası kollaps'a güncel bir yaklaşım: terapötik hipotermi. *Nuh'un Gemisi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 20-27.

Gönderi Tarihi: 23.10.2024, Kabul Tarihi: 01.12.2024, Yayın Tarihi: 31.12.2024

## 1. Giriş

Terapötik hipotermi (TH), hipoksik iskemik ensefalopati (HİE)li yenidoğanlarda önerilen bir tedavidir. Son yıllarda HİE kapsamında olmayan, beyin hasarı mağduru olan ve şu ana kadar kendilerine özgü bir tedavi uygulanmayan hastalarda TH uygulanması değerlendirilmektedir. Bunlardan biri de ani beklenmedik doğum sonrası kollaps (ABDSK)'tır (Bedetti, 2023). ABDSK, doğumda iyi durumda ve iyi postnatal adaptasyona sahip (spontan nefes alma, 5. dakika apgar skoru 8 veya daha fazla), rutin doğum sonrası bakıma alınan ve yaşamının ilk yedi günü içinde beklenmedik şekilde kollaps gelişen term ya da terme yakın (>35 hafta gebelik) yenidoğanları tanımlayan bir patolojidir. ABDSK'li yenidoğanlar; aralıklı pozitif basınçlı ventilasyonla resüsitasyona ve sürekli yoğun bakıma ihtiyaç duymaktadırlar (Robertson, 2017; Filippi ve ark., 2017; Brito ve ark., 2021; Bedetti ve ark., 2022). ABDSK belirtileri; asfiksi, apne, bradikardi, kas tonüsünde azalma, solgunluk, siyanoz ve solunumun durması şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Herlenius ve Kuhn, 2013; Garofalo ve ark., 2018; Addison, 2019; Wang ve ark., 2021; Brito ve ark., 2021). ABDSK'nin etiopatolojisi, temelde doğum ile birlikte fetal hayattan uterus dışı yaşama geçişin, yaşamın ilk saatlerinde yenidoğanı daha savunmasız hale getirmesi ile açıklanmaktadır (Parmigiani ve de Hoffer, 2017). İnsidansı yüz bin canlı doğumda 3 ila 133 olan ABDSK, literatürde nadir tanımlansa da yenidoğanın hayatını ciddi derecede tehlikeye sokmaktadır (Jenik ve ark., 2020; Säker Förlossningsvård, 2021; Marincova, 2023). ABDSK vakalarının yaklaşık yarısı ölüm veya ciddi bir engellilik ile sonuçlanmaktadır (Monnelly ve Becher, 2018; BAPM, 2022). ABDSK sonrasında TH, 2000'li yılların başından beri bir tedavi yöntemi olarak önerilmektedir. Fakat, bu yöntemin etkinliği, potansiyel yararları ve zararları halen yeteri kadar araştırılmamıştır (BAPM, 2020; Bedetti ve ark., 2022). Bu çalışma, TH'nin sağlıkta kullanım alanını, TH prosedürünü açıklamayı ve ABDSK sonrası TH uygulamasına yönelik güncel literatürü derlemeyi amaçlamaktadır.

## 2. Yöntem

Bu çalışmada ABDSK sonrası TH uygulamasına yönelik güncel literatürün derlenmesi amacıyla Google Scholar ve PubMed veritabanları kullanılmıştır. Bu veri tabanlarında "sudden unexpected postnatal collapse" ve "therapeutic hypothermia" anahtar kelimeleri kullanılarak 2013-2024 yılları arasında yapılan çalışmalar incelenmiştir.

## 3. Terapötik Hipotermi

TH, yaşamın ilk altı saati içinde başlatılan ve 72 saat boyunca sürdürülen, beyni bazal sıcaklığın birkaç derece altına (33 °C ile 34 °C arasındaki hedef sıcaklık) soğutmayı amaçlayan bir tedavidir. TH, beyin hasarından sonraki günlerde oluşan nöronal kaybın devam etmesini önlemek amacıyla orta ila şiddetli HİE'li bebeklerde standart haline gelmiş bir tedavi yöntemidir (Filippi ve ark., 2017; BAPM, 2020; Garcia-Alix ve Arnaez, 2022; NWNODN, 2022; Bedetti, 2023). Miad ve prematüre yenidoğan hayvan modellerinde yapılan önceki çalışmalar, hipoksik-iskemik hasardan hemen sonra soğumanın, beyin enerji harcamasının azalması ve nöropatolojik ve fonksiyonel sonuçların iyileşmesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Meert ve ark., 2016). Bu hayvan çalışmaları, doğum asfiksisine bağlı HİE'li yenidoğan insanda TH'nin klinik deneyleri için temel oluşturmuş ve bu popülasyonda TH kullanımını öneren güncel kılavuzların ortaya çıkmasına yol açmıştır (Meert ve ark., 2016; Bedetti, 2023). Literatür yenidoğanda doğum asfiksisi vakalarına yönelik olarak TH'nin ve işbirlikçi nöroprotektif yaklaşımın başlatılmasının ardından; akut perinatal asfiksi veya neonatal ensefalopatiji takiben engellilik oranının keskin bir şekilde azaldığını desteklemektedir. Çalışmalar, TH'nin 18 aya kadar mortalite veya majör nörogelişimsel engelliliğin birleşik sonuçlarında istatistiksel ve klinik anlamda bir azalma ile sonuçlandığını göstermektedir. Fakat düşük ve orta gelirli ülkelerde TH ile ilişkili araştırmaların yetersiz kalitesi ve kapsamlı takip eksikliği, TH'nin güvenliği ve etkinliğine dair yeterli kanıt sağlamamaktadır (Lehtonen ve ark., 2017).

TH, ölüm riskinin ve gelişimsel engelliliğin azaldığını gösteren randomize kontrollü çalışmalara dayanarak, intrapartum orta ve şiddetli hipoksik-iskemik ensefalopati (HİE)li miadında doğan yenidoğanlar için standart tedavi haline gelmiştir (Meert ve ark., 2016; Monnelly ve Becher, 2018). Perinatal dönemde meydana gelen asfiksial bir olaydan kaynaklanan HİE, dünya çapında önemli bir ölüm ve kalıcı nörolojik engellilik nedenidir (Garcia-Alix ve Arnaez, 2022). TH, HİE'li yenidoğanlar için önerilmektedir. HİE sıklıkla; yenidoğanda kardiyak arreste yol açan ve apne, renk değişikliği, kas tonusunda belirgin değişiklik, boğulma ve öğürme gibi kombinasyonlarla karakterize edilen yaşamı tehdit eden görünür olay (apparent life threatening event-ALTE) sonrası meydana gelen bir patolojidir (Meert ve ark., 2016). TH uygulanan orta-şiddetli HİE'li bebeklerin neredeyse yarısı tedaviye rağmen yaşamını yitirmekte veya engellilikle hayatta kalmaktadır. Ek olarak, özellikle HİE yaygınlık oranlarının yüksek olduğu düşük-orta gelirli ülkelerde TH uygulamasının küreselleşmesi halen beklenmektedir (NWNODN, 2022). Jefferies ve arkadaşları (2022) tarafından BAPM tarafından 2020 yılında yayınlanan Neonatal Ensefalopati için Terapötik Hipotermi Uygulama Çerçevesi (Therapeutic Hypothermia for Neonatal Encephalopathy Framework for Practice) doğrultusunda Birleşik Krallık'ta temel TH tavsiyelerinin

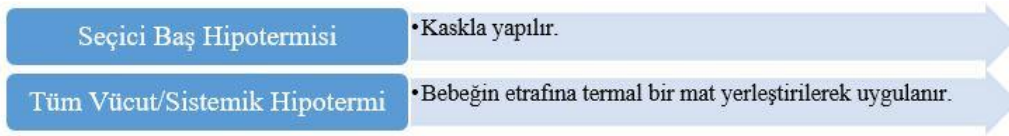
karşılınıp karşılanmadığının incelendiği çalışma sonucunda, TH'yi başlatma kararının %89 oranında bir danışman tarafından verildiği ve karar aşamasında %67,3 oranında ebeveynlerle yapılan bir görüşme belgelendiği sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada rektal ateş takibinin %95 oranında yapıldığı, altı saat içinde çekirdek sıcaklığa %73,3 oranında ulaşıldığı, özel bakım ve yerel yenidoğan birimlerinin %50'sinin TH ve amplitüd EEG'yi tetikleyebildiği, yenidoğanların %77,4'üne TH sonrası 5-15. günler arasında MR çekildiği, iki yıllık takip verileri mevcut olan yenidoğanların %67'sinin nörolojik gelişiminin normal olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Jefferies ve ark., 2022). Mevcut TH uygulamasıyla, HİE'ye bağlı ölüm oranı klinik çalışmalarda %25'ten %9'a, engellilik oranı da %20'den yaklaşık %16'ya düşürülmüştür (BAPM, 2020). HİE'li yenidoğanlarda bakım standardı olan TH'nin uygulanması için HİE'nin doğru şekilde tespit edilmesi çok önemlidir. HİE tanısının konulmasında aşağıdaki faktörler dikkate alınmalıdır:

- Uterus rüptürü geçmişi
- Fetal/intrapartum distress veya asidoz öyküsü
- Düşük Apgar skorları ve/veya resüsitasyon gerektiren solunumun gecikmiş başlangıcı
- Ensefalopati belirtileri
- Çoklu organ tutulumu
- Laktat seviyesi ( $\geq 12$  mmol/L)
- Ensefalopatinin diğer olası nedenlerinin dışlanması (NWNODN, 2022).

Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde, TH uygulanmasına yönelik prosedürler, mevcut literatür doğrultusunda HİE'li yenidoğanlara yönelik önerilerle birlikte derlenmiştir (Filippi ve ark., 2017).

#### 4. Terapötik Hipotermi Yöntemleri

TH, seçici baş hipotermisi ve tüm vücut/sistemik hipotermi olarak iki farklı şekilde yapılabilmektedir (Şekil 1). Her iki TH yöntemi, bebeğin sıcaklığına göre bir sıcaklık düzenleme sistemine bağlıdır (Bedetti, 2023).



Bedetti, 2023

Şekil 1. Terapötik hipotermi yöntemleri

#### 5. Terapötik Hipotermi Prosedürü

Yenidoğan yoğun bakım ünitesine önemli perinatal hipoksi-iskemi özellikleriyle kabul edilen en az 35 haftalık gebelikteki tüm bebekler için HİE değerlendirmesi yapılmalıdır (Kriter A). Bu, B/C kriterlerini değerlendirmek için serebral fonksiyonun izlenmesini içermelidir. Bir bebeğin Kriter A'yı karşılaması, bilinç düzeyinde azalma ve/veya başka bir nörolojik anormallik ve/veya beyin fonksiyonu izlem anormallikleri (Kriter B/C) sergilemesi durumunda YYBÜ'de TH başlatılmalıdır (NWNODN, 2022). Yenidoğanda TH uygulanmasıyla ilgili bazı temel tavsiyeler aşağıda yer almaktadır:

1. TH'yi başlatma kararı, bir danışman ve bebeğin ebeveynleri/vasileri ile tartışılmalıdır.
2. TH, 36+0/40 haftalık bebeklerin bakımında standarttır.
3. TH, yenidoğan yoğun bakım ortamında uygulanmalıdır.
4. Soğutma, yalnızca kalp hızı ve oksijen saturasyonu dahil olmak üzere kardiyorespiratuvar stabilize sağlandıktan sonra düşünülmelidir.
5. TH yönetimi  $<33,5$  °C soğutmanın önlenmesiyle birlikte sürekli rektal sıcaklık izlemeyi içermelidir. Beyin sıcaklığının bir göstergesi olarak intrakorporeal sıcaklığı ölçmek için rektal bir termometre kullanılır.
6. TH'nin başlatılmasının ardından çekirdek hedef sıcaklığa altı saat içerisinde ulaşılmalıdır.
7. Orta ila şiddetli ensefalopatisi olan bebeklere ilk fırsatta TH önerilmelidir. Hafif HİE'li bebeklerde başlangıçta normotermi sürdürülmeli ancak bebek dikkatle izlenmelidir.

8. Özel bakım ve yerel yenidoğan birimleri, tedavi uygunluğunu doğrulamak için TH'yi başlatabilmeli ve amplitüd entegre elektroensefalografi (EEG)'yi kullanabilmelidirler.

9. TH uygulanan bebekler, 5-15. günler arasında (tercihen 5-7. günler) MR'ye girmeli ve ikinci yılda standart bir nörogelişimsel değerlendirmeye tabi tutulmalıdırlar.

10. Randomize kontrollü çalışma kanıtının yokluğunda 36. haftanın altındaki bebekler ve ABDSK olan bebeklerde TH dikkatle düşünülmelidir (BAPM, 2020; Jefferies ve ark., 2022; NWNODN, 2022; Swiss Society of Neonatology, 2023).

Soğutma sonrası bebek, yeniden ısıtılmaktadır. Yeniden ısıtma yavaş olmalı ve bebeğin vücut sıcaklığı 36,5 °C'ye ulaşana kadar sıcaklık, 0,5 °C/saatlik olmak üzere kademeli olarak artırılmalıdır (Bedetti, 2023).

## 6. Destekleyici Yönetim-İzleme

TH ve yeniden ısıtma dönemi boyunca bebek izlenmelidir. İzleme aşağıdaki parametreleri içermelidir (Tablo 1) (NWNODN, 2022; Royal Hospital for Women, 2024):

**Tablo 1.** TH Sonrası İzlem Parametreleri

| Sürekli İzlem             | Saatlik İzlem             |
|---------------------------|---------------------------|
| İnvaziv kan basıncı       | Oksijen saturasyonu       |
| Solunum                   | Sıcaklık (cilt ve rektal) |
| Elektrokardiyografi (EKG) | Kalp hızı                 |
|                           | Kan basıncı               |
|                           | Solunum hızı              |
|                           | İdrar çıkışı              |

HİE'li yenidoğanlara yönelik öneriler TH'nin, ağır hasta yenidoğanların bakımı konusunda deneyimli birimlerde, TH konusunda özel olarak eğitilmiş personel tarafından uygulanmasını içermektedir (Filippi ve ark., 2017).

## 7. Terapötik Hipotermi Kontrendikasyonları ve Olumsuz Etkileri

Terapötik hipotermi için kontrendike durumlar şunlardır:

- Uzun vadede kötü prognoza sahip olduğu doğrulanmış majör konjenital veya kromozomal anormallikler
- Resüsitasyona ya da yoğun bakıma yanıt vermeyen şiddetli HİE'li can çekişen bebekler
- Perinatal beyin travmasının ensefalopatinin nedeni olarak güçlü bir şekilde şüphelenildiği bebekler (NWNODN, 2022; Royal Hospital for Women, 2024)

TH, pankreasın insülin duyarlılığını ve insülin salgısını azaltarak hiperglisemiye neden olabilmektedir. Yeniden ısınma sırasında insülin duyarlılığı yeniden sağlandığında hipoglisemi gelişebilmektedir (Meert ve ark., 2016).

## 8. ABDSK Sonrası Terapötik Hipotermi

TH genellikle gestasyonel yaş  $\geq 36$  hafta, kronolojik yaş  $\leq 6$  saat,  $\text{pH} \leq 7,0$  veya göbek kordonu kanında veya ilk kez alınan kanda baz açığı  $\geq 16$  mmol/L ve fizik muayenede orta ila şiddetli ensefalopatisi olan yenidoğanlarda uygulanmaktadır. Fakat, bu kriterleri karşılamayan yenidoğanlarda da TH kullanımı bildirilmiştir (Meert ve ark., 2016). Örneğin literatürde ABDSK'nin tedavi edilmesi için TH'nin uygulandığı çalışmalar yer almaktadır (Meert ve ark., 2016; Echeverria-Palacio ve ark., 2019). ABDSK, HİE kriterlerinin dışında yer alan bir patolojidir. Örneğin düşük Apgar skoru, ABDSK kriterlerinden biri değildir. Fakat, kriterlerin dışında olmasına rağmen HİE'de standart bakım haline gelen TH, ABDSK'yi takiben neonatal ensefalopatisi olan bebekler için de yakın zamanda düşünülmüştür (Filippi ve ark., 2017). Literatürde doğum sonrası serviste veya yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yaşamın ilk 72 saati içinde önemli resüsitasyon gerektiren ABDSK yaşayan bebekler için TH düşünülebileceği savunulmaktadır (NWNODN, 2022). Bu nedenle TH, bazı yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde terapötik bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Bunun nedeni, neonatal HİE ile ABDSK'de görülen hipoksik-iskemik hasar arasındaki patofizyolojik benzerliktir (Brito ve ark., 2021). ABDSK'nin neden olduğu beyin hasarı, hem klinik hem de nöroradyolojik açıdan HİE ile benzerdir (Bedetti, 2023). ABDSK yaşayan yenidoğanların bir bölümünde akut hava yolu tıkanıklığından kaynaklanan kısa süreli şiddetli hipoksik-

iskemik bir hasara sahip olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında TH'den fayda görmenin teorik bir olasılığı vardır (Monnelly ve Becher, 2018). Bu olasılığın kabul edilmesiyle birlikte ABDSK sonrası TH'nin avantajları randomize klinik çalışmalarla gösterilememiştir ve ABDSK sonrası TH uygulanan yenidoğanlara ilişkin veriler ile bunların uzun dönem nörolojik gelişim sonuçları sınırlıdır (BAPM, 2020; Bedetti ve ark., 2022). ABDSK sonrası TH uygulanan bebeklere ilişkin az sayıda vaka bildirimi vardır. Bununla birlikte bildirilen kısa vadeli sonuçlar değişkendir ve uzun vadeli veriler eksiktir (Monnelly ve Becher, 2018). ABDSK sonrası TH uygulamasına yönelik çalışmalar mevcut olsa da uygulamanın yararlarını destekleyen kanıt sayısı sınırlı ve randomize kontrollü çalışma yoktur (Herbozo ve ark., 2016; Monnelly ve Becher, 2018; Pearlman ve Paul, 2020; Brito ve ark., 2021; Bedetti, 2023). Randomize çalışmanın olmamasının yanında, literatürde bazı yazarlar ABDSK yaşayan bebeklerde TH'yi öneren çalışmalarını sunmuşlardır (Herbozo ve ark., 2016; Bedetti ve ark., 2022; Bedetti, 2023;). Bu nedenle ABDSK yaşayan hastalarda TH uygulanmasına yönelik yapılan gözlemsel çalışmalardan elde edilen ön sonuçların cesaret verici olduğu savunulmaktadır (Bedetti ve ark., 2023). ABDSK tedavisinde TH uygulanmasına yönelik kanıtlar yeterli düzeyde olmamakla birlikte, ALTE nedeniyle kardiyak arrest yaşayan daha büyük bebeklere fayda sağlayıp sağlayamayacağı da net olarak bilinmemektedir. Meert ve arkadaşları (2016) tarafından ALTE nedeniyle hastane dışında kardiyak arrest geçiren bebeklerde TH'nin güvenliğini ve etkinliğini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada, TH uygulanan bebeklerde hayatta kalma oranının %19,2 ile mortalitenin hala yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Meert ve ark., 2016). ABDSK sonrası TH uygulamasının, yenidoğanda önemli bir hipoksik iskemik olay ve nörolojik anormallik kanıtı durumunda düşünülebileceği savunulmaktadır. Bu kanıt, TH için olağan uygunluk ve değerlendirme kriterleri kullanılarak aranmalıdır. ABDSK vakalarında TH, yalnızca ilk hipoksik hasar arasındaki aralığın 6 saat veya daha az olduğu durumlarda düşünülmelidir (NWNODN, 2022). ABDSK'nin nadir görülen bir patoloji olması, patofizyolojisi hakkındaki belirsizlik ve nedenlerin çokluğuna ilişkin bilgi eksikliği, ABDSK sonrası TH uygulamasının sonuçlarına yönelik kesin bir çalışma tasarlanmasının önünde engel oluşturmaktadır (Monnelly ve Becher, 2018; Brito ve ark., 2021; Bedetti ve ark., 2022). Brito ve arkadaşları (2021) tarafından TH uygulanan ABDSK vakalarının analiz edilmesi amacıyla yapılan çalışmada; ABDSK sonrası TH uygulanan yenidoğanlarda orta ile şiddetli ensefalopati ve şiddetli asidoz gözlemlenmiş, yenidoğanların %95'inde elektroensefalogramda değişiklikler ve %46'sında ciddi beyin hasarı paternleri kaydedilmiş ve ölüm oranı %50 olarak kaydedilmiştir (Brito ve ark., 2021). Bedetti ve arkadaşları (2022) tarafından TH uygulanan dört ABDSK vakasının sonuçlarının ve ABDSK sonrası TH uygulamasına ilişkin literatürün incelendiği çalışma sonucunda; dört ABDSK vakasının üçünde TH sırasında poligrafik EEG'nin normalleştiği ve nörogelişimsel sonucun normal olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmanın literatür incelemesinde ise TH uygulaması sonrası ölüm oranının %28, nörogelişimsel bozulma oranının ise %33 olduğu saptanmıştır (Bedetti ve ark., 2022). Herbozo ve arkadaşları (2016) tarafından yaşamının 40. saatinde ABDSK yaşayan ve sonrasında TH uygulanan yenidoğanın incelendiği olgu sunumunda; TH'den 12 saat sonra yenidoğanda klinik nöbetler gözlemlendiği, yenidoğanın nörolojik durumunun giderek iyileştiği ve tekrarlanan EEG'de serebral aktivitelerin normale döndüğü belirlenmiştir. Ek olarak yenidoğanların giderek daha uyanık ve duyarlı hale geldikleri, 14. günde tam oral beslenmeye ulaştıkları ve 25. günde taburcu edildikleri belirtilmiştir (Herbozo ve ark., 2016). Filippi ve arkadaşları (2017) tarafından İtalya'da üçüncü basamak bir yenidoğan yoğun bakım ünitesinde TH uygulanmaya başlamasından önce (2008-2010) ve sonraki (2011-2014) iki dönemde ABDSK prevelansının karşılaştırıldığı çalışma sonucunda; ABDSK prevelansının istatistiksel olarak anlamlı fark olmaksızın 100 bin canlı doğumda 5,3'ten 15,5'e yükseldiği saptanmıştır (Filippi ve ark., 2017). Wang ve arkadaşları (2021) tarafından ABDSK sonrası TH uygulanan bir yenidoğanın incelendiği olgu sunumunda; 72 saat boyunca TH uygulanan yenidoğanın bilincinin giderek netleştiği, tepkileri ve kas tonusunun geliştiği, kasılmalarının azaldığı, iyi beslenebildiği ve emmesinin güçlü olduğu, yaşamının 10. gününde taburcu edildiği, yaşamının 33. gününde ise yaşamını yitirdiği belirtilmiştir (Wang ve ark., 2021).

## 9. Sonuç

TH'nin, miadında doğan asfiksili bebeklerde ölümü, ciddi serebral lezyonları ve engellilikleri azalttığı kanıtlanan bir tedavi yöntemi olmasının yanında, ABDSK sonrası kullanımına ilişkin kanıt düzeyi yetersizdir. HİE'li bebeklerde standart bir tedavi haline gelen TH'nin uygulama alanının, ABDSK yaşayan yenidoğanları kapsayacak şekilde genişletilmesi konusunda henüz bir fikir birliğine varılmamıştır. TH, ABDSK sonrası nörolojik sonucu iyileştirmek için tek olası tedavi yöntemi olarak gözükmekte fakat, uygulamaya yönelik doğrudan bilimsel kanıt bulunmamaktadır. ABDSK sonrası TH, yenidoğanın sağlığını yükseltme konusunda umut verici bir araç olma potansiyeli taşımakla birlikte, bu konudaki kanıtların artması gerekmektedir.

## Yazarların Katkısı

Konu seçimi: BK; Tasarım: BK,ESÇ; Planlama: BK,ESÇ; Veri toplama ve analiz: BK,ESÇ; Makalenin yazımı: BK,ESÇ; Eleştirel gözden geçirme: ESÇ.

## Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında ve yazarlar ile herhangi bir kurum ya da kuruluş arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## Kaynakça

Addison, C. (2019). Nurses' knowledge of sudden unexpected postnatal collapse (SUPC) and safe newborn positioning (Doküman No: casednp1554989784669556) [Doktora tezi, Case Western Reserve University-Cleveland]. OhioLink.

Bedetti, L. (2023). Use of Therapeutic Hypothermia in routine clinical practice and long-term neurodevelopmental follow-up in infants with neonatal encephalopathy: findings from an Italian Network [Doktora tezi, University of Modena and Reggio Emilia-Modena]. IRIS Unimore.

Bedetti, L., Lugli, L., Garetti, E., Guidotti, I., Roversi, M. F., Casa, E. D., Miselli, F., Bariola, M. C., Di Caprio, A., Pugliese, M., Ferrari, F., & Berardi, A. (2022). Sudden unexpected postnatal collapse and therapeutic hypothermia: What's going on?. *Children*, 9(12), 1-10. <https://doi.org/10.3390/children9121925>

British Association of Perinatal Medicine (BAPM). (2022). Sudden and unexpected postnatal collapse: A BAPM framework for reducing risk, investigation and management. 13.09.2024 tarihinde <https://www.bapm.org/resources/sudden-and-unexpected-postnatal-collapse-supc> adresinden alındı.

British Association of Perinatal Medicine (BAPM). (2020). Therapeutic hypothermia for neonatal encephalopathy: A BAPM framework for practice. 13.09.2024 tarihinde <https://www.bapm.org/resources/237-therapeutic-hypothermia-for-neonatal-encephalopathy> adresinden alındı.

Brito, S., Sampaio, I., Dinis, A., Proença, E., Vilan, A., Soares, E., Pinto, F., Tome, T., & Graça, A. M. (2021). Use of therapeutic hypothermia in sudden unexpected postnatal collapse: a retrospective study. *Acta Medica Portuguesa*, 34(6), 442-450. <https://doi.org/10.20344/amp.13767>

Echeverria-Palacio, C. M., Agut, T., Arnaez, J., Valls, A., Reyne, M., & Garcia-Alix, A. (2019). Neuron-specific enolase in cerebrospinal fluid predicts brain injury after sudden unexpected postnatal collapse. *Pediatric Neurology*, 101, 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2019.02.020>

Filippi, L., Laudani, E., Tubili, F., Calvani, M., Bartolini, I., & Donzelli, G. (2017). Incidence of sudden unexpected postnatal collapse in the therapeutic hypothermia era. *American Journal of Perinatology*, 34(13), 1362-1367. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603678>

Garcia-Alix, A., & Arnaez, J. (2022). Neuron-specific enolase in cerebrospinal fluid as a biomarker of brain damage in infants with hypoxic-ischemic encephalopathy. *Neural Regeneration Research*, 17(2), 318-319. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.317972>



- Garofalo, N. A., Newkirk, E. A., Noto, J. L., Filler, L. E., Smith, M. M., & Hageman, J. R. (2018). An innovative educational program for the prevention of sudden unexpected postnatal collapse (SUPC) of newborns. *Neonatology Today*, 13(11), 3-16.
- Herbozo, C., Church, P., & Ng, E. (2016). Case 1: A newborn infant with cardiac arrest. *Paediatrics & Child Health*, 21(2), 67-69. <https://doi.org/10.1093/pch/21.2.67>
- Herlenius, E., & Kuhn, P. (2013). Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: A review of cases, definitions, risks, and preventive measures. *Translational Stroke Research*, 4(2), 236-247. <https://doi.org/10.1007/s12975-013-0255-4>
- Jefferies, K., Fry, R. E., & Adams, E. (2022). 709 Review of network management for neonatal hypoxic ischaemic encephalopathy (HIE); comparison against the British Association of Perinatal Medicine (BAPM) framework for practice. *Archives of Disease in Childhood*, 107(Suppl 2), A160. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-rcpch.259>
- Jenik, A., Rivarola, M. R., Grad, E., Rea, M., & Rossato, N. E. (2020). Recomendación para disminuir el riesgo de colapso súbito e inesperado posnatal. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 118(3), 107-117. <https://doi.org/10.5546/aap.2020.S107>
- Lehtonen, L., Gimeno, A., Parra-Llorca, A., & Vento, M. (2017). Early neonatal death: A challenge worldwide. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 22(3), 153-160. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.006>
- Meert, K., Telford, R., Holubkov, R., Slomine, B. S., Christensen, J. R., Dean, J. M., Moler, F. W., & Therapeutic Hypothermia after Paediatric Cardiac Arrest (THAPCA) Trial Investigators. (2016). Exploring the safety and efficacy of targeted temperature management amongst infants with out-of-hospital cardiac arrest due to apparent life threatening events. *Resuscitation*, 109, 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.09.026>
- Marincova, L. (2023). Prevence náhlého neočekávaného postnatálního kolapsu novorozence z pohledu těhotných žen a ošetrovatelského personálu porodního sálu pečujícího o novorozence [Lisans tezi, University of South Bohemia-České Budějovice]. [Theses.cz](https://theses.cz).
- Monnelly, V., & Becher, J. C. (2018). Sudden unexpected postnatal collapse. *Early Human Development*, 126, 28-31. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.09.001>
- North West Neonatal Operational Delivery Network (NWNODN). 2022. Hypoxic ischaemic encephalopathy (HIE) guideline. 12.09.2024 tarihinde <https://www.neonatalnetwork.co.uk/nwnodn/wp-content/uploads/2022/01/GL-ODN-03-HIE-Cooling-V0.7-Final.pdf> adresinden alındı.
- Parmigiani, S., & de Hoffer, L. (2017). Sudden unexpected postnatal collapse: Analysis of some clinical cases and their diagnostic approach. *Annals of Clinical Case Reports*, 2, 1-5.
- Pearlman, S. A., & Paul, D. A. (2020). Sudden unexpected postnatal collapse during early breastfeeding and skin-to-skin care. *The Journal of Pediatrics*, 220, 269. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.01.003>
- Robertson, S. (2017). A literature review of the physiological effects of early postpartum skin-to-skin contact and the risk of sudden unexpected postnatal collapse for healthy, term neonates (Doküman No: 8b703870-9fc6-

4205-939b-bbc10d5a21a6) [Yüksek Lisans tezi, The University of North Carolina-Chapel Hill]. Carolina Digital Repository.

Royal Hospital for Women. (2024). Hypoxic-ischaemic encephalopathy (HIE) in infants  $\geq$  35 weeks gestation. 12.09.2024 tarihinde

[https://www.seslhd.health.nsw.gov.au/sites/default/files/groups/Royal\\_Hospital\\_for\\_Women/Neonatal/Medical/RHW%20CLIN070%20Hypoxic%20Ischaemic%20Encephalopathy%20\(HIE\)%20in%20Infants%20equal%20to%20or%20greater%20than%2035%20Weeks%20Gestation.pdf](https://www.seslhd.health.nsw.gov.au/sites/default/files/groups/Royal_Hospital_for_Women/Neonatal/Medical/RHW%20CLIN070%20Hypoxic%20Ischaemic%20Encephalopathy%20(HIE)%20in%20Infants%20equal%20to%20or%20greater%20than%2035%20Weeks%20Gestation.pdf) adresinden alındı.

Säker Förlossningsvård. (2021). Övåntad postnatal kollaps Personalinformation. 12.09.2024 tarihinde <https://wp.lof.se/wp-content/uploads/SUPC-Ovantad-postnatal-kollaps.pdf> adresinden alındı.

Swiss Society of Neonatology. (2023). Support of adaptation and resuscitation of the newborn infant: Revised recommendations of the Swiss Society of Neonatology. 12.09.2024 tarihinde [https://www.neonet.ch/application/files/5317/1473/1308/Richtlinien\\_Neugeborenen\\_Reanimation\\_ENG\\_V5\\_20240423.pdf](https://www.neonet.ch/application/files/5317/1473/1308/Richtlinien_Neugeborenen_Reanimation_ENG_V5_20240423.pdf) adresinden alındı.

Wang, B. B., Kan, Q., Zou, Y. S., Cheng, R., & Zhou, X. G. (2021). Sudden unexpected postnatal collapse in a neonate. Chinese Journal of Contemporary Pediatrics, 23(3), 283-287. <https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2012020>

## İnmeli Hastada Hemşirelik Müdahaleleri: Bir Olgu Sunumu Nursing Interventions in A Patient with Stroke: A Case Report

1.Uluslararası Sağlık Bilimlerinde Vaka Analizi ve Olgu Sunumu Kongresinde Sözel Bildiri Olarak Sunulmuştur.

Afife YURTTAŞ<sup>1</sup>, Ferhat DAŞBİLEK<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzurum, Türkiye.

<sup>2\*</sup> Munzur Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Tunceli, Türkiye.

### Özet

İnme, hem fiziksel hem de psikolojik bozulmalara yol açan, sağlık bakım maliyetlerini artıran ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik bir durumdur. İnme sonrası dönem, bireyin eski sağlığına kavuşması ve kendi bakımını sürdürebilmesi açısından kritik bir aşamadır. Bu süreçte, bireyin fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri nedeniyle ihtiyaçları artmakta ve bu nedenle bireysel bakıma olan talep yükselmektedir. Bu olguda, aniden gelişen konuşma güçlüğü, bulantı, kusma, sağ tarafta (kol ve bacakta) his kaybı şikayetleri ve yutkunma zorluğu gelişmesi sonucu hastaneye başvuru yapılmıştır. 18-29 Aralık 2023 tarihlerinde nöroloji kliniğine yatırılıp hastaya hemşirelik bakımı, komplikasyonların önlenmesi ve gelişebilecek komplikasyonların en az indirilmesi için girişimlerde bulunulmuştur. İnme sonrası görülen birçok komplikasyona hemşirenin hazırlıklı olması ve erken müdahale etmesi hasta için hayati önem arz etmektedir. Olguda, günlük yaşam aktivitelerinde karşılaşılan zorluklar ve bu zorluklara yönelik ayrıntılı bir hemşirelik bakım planı sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik bakımı, inme, olgu analizi

### Abstract

Stroke is a chronic condition that leads to both physical and psychological deterioration, increases health care costs and negatively affects quality of life. The post-stroke period is a critical stage for the individual to regain his/her former health and to be able to maintain his/her own care. In this process, the needs of the individual increase due to physiological and psychological changes and therefore the demand for individual care increases. In this case, the patient was admitted to the hospital with complaints of sudden difficulty in speaking, nausea, vomiting, loss of sensation on the right side (arm and leg) and difficulty in swallowing. The patient was admitted to the neurology clinic between December 18-29, 2023 and nursing care was provided to prevent complications and attempts were made to minimize the complications that may develop. It is vital for the patient that the nurse is prepared for many complications seen after stroke and intervenes early. In the case, problems in activities of daily living and a comprehensive nursing care plan for these problems were included.

**Key Words:** Nursing care, stroke, case report

**Atf için (how to cite):** Yurttaş, A., Daşbilek F., (2024). İnmeli hastada hemşirelik müdahaleleri: Bir olgu sunumu. *Nuh'un Gemisi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 28-37.

Gönderi Tarihi: 28.10.2024, Kabul Tarihi: 12.12.2024, Yayın Tarihi: 31.12.2024

## 1. Giriş

Dünya çapında, serebrovasküler kazalar (inme) ikinci önde gelen ölüm nedeni ve üçüncü önde gelen engellilik nedenidir (Bal ve Koç, 2020). Beyin damar hastalığına bağlı olarak ani bir şekilde başlayan ve 24 saatten uzun süren fokal nörolojik belirtiler gösteren inme, aynı zamanda bunama ve depresyonun önemli bir nedenidir (Molu, 2017). İnme vakalarının %60-80'i iskemik, %20-40'ı ise hemorajik inme olarak sınıflandırılmaktadır (Aslan, 2012). İnmenin en önemli değiştirilebilir risk faktörlerinden biri hipertansiyondur. Sistolik ve diyastolik kan basıncındaki artış, koroner olaylar ve inme riski arasında güçlü bir ilişki vardır (Alankaya, 2019). İnme nedeniyle hayatını kaybeden her 10 kişiden 4'ü, kan basınçları kontrol altında olsaydı kurtulabilirdi (Feigin et al., 2017). İnme geçmişi olan bireylerde ikinci bir inme geçirme riski artmakta olup, 60 yaş üstündeki bireyler arasında ikinci en yaygın ölüm nedeni, 15-59 yaş grubunda ise beşinci sırada yer almaktadır. Her yıl dünya genelinde yaklaşık 3 milyon kadın ve 2.5 milyon erkek inme nedeniyle yaşamını yitirmektedir (Koç, 2012). Amerikan Kalp Birliği, gelecekte inme vakalarının artacağını tahmin etmektedir (Feigin ve ark., 2017). İnme, yüksek ölüm riski taşıyan beyin bölgelerini ve çevresini etkiler. Etkilenmiş beyin bölgesine bağlı olarak, konuşma, kas gücü, koordinasyon, denge, görme veya hafıza kaybı gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Bazı hastalar bu durumdan tamamen iyileşirken, diğerleri ağır özürlemlikle yaşamlarına devam etmektedir (Çalışkan ve Özer, 2021).

İnme, hem fiziksel hem de psikolojik bozulmalara yol açan, sağlık hizmetleri maliyetlerini artıran ve yaşam kalitesini düşüren kronik bir durumdur. İnme sonrası dönem, bireyin eski sağlığına dönmesi ve kendi bakımını sürdürebilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu süreçte, bireyin fizyolojik ve psikolojik değişikliklerine bağlı olarak ihtiyaçları artmakta ve bireysel bakım gereksinimi çoğalmaktadır (Akyol ve ark., 2003; Karabudak, 2014; Mozaffarian ve ark., 2016). İnme sonrası yaşanan kısıtlamalar, hastaların engellilik durumu ve öz yeterlilik düzeylerini etkileyebilir. Yaşam kalitesi, engellilik ve öz yeterlilik düzeyleri, hastaların fiziksel ve psikososyal zorluklarla başa çıkabilmeleri açısından büyük önem taşımaktadır (Sturm ve ark., 2004; Aypay, 2010; Topçu, 2017).

Hemşireler, inme geçiren hastaların acil servise kabulünden başlayarak, hastanede kaldıkları süre boyunca ve taburculuk sonrası rehabilitasyon programlarında, bakım ve tedavi süreçlerinin her aşamasında hastayla birlikte yer alır. Bu nedenle, hastayı en iyi tanıyan ve yakından izleyen sağlık profesyonelleri hemşirelerdir (Aslan, 2012; Çalışkan ve Karadakovan, 2021).

Bu olgu sunumunun amacı, inme tanısı alan hastanın mevcut durumunu ve hemşirelik girişimleri açıklayıcı bir şekilde sunmaktır.

## 2. Olgu Sunumu

23.12.2023-29.12.2023 tarihleri arasında nöroloji kliniğinde yatarak tedavi gören olgunun verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile bakım verme süresi boyunca toplanmıştır. Hastadan, bilgilendirilmiş onam alınarak görüşmenin başlatıldığı olgu otuz dokuz yaşındaki kadın hasta, aniden gelişen konuşma güçlüğü, bulantı, kusma, sağ tarafta (kol ve bacakta) his kaybı şikayetleri ve yutkunma zorluğu ile Türkiye'nin doğusundaki bir devlet hastanesinin acil servisine başvurmuştur. Olgumuz hastaneye başvurduğunda kan şekeri 210 mg/dl'dir. Nörolojik değerlendirme sonucunda, Glaskow Koma Skalası değeri 14 olarak belirlenmiştir. Ekstremitelerde ise sağ kol ve sağ bacak 2/5, sol kol ve sol bacak ise 5/5 kuvvetindedir. Sublingual (nitrogliserin 1x5 puff) ilaç uygulanmıştır. Damar yolu sol taraftan açılan hasta tomografi görüntülemeye alınmış tomografi görüntülemeye hastada suprasellar sistemanın hipofizer fossaya uzanımı, mastoidit ve mastoid effüzyon tespit edilmiş ve hasta erken müdahale ve tedavi için doğudaki bir üniversite hastanesine sevki 112 aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

Üniversite hastanesinde SVH tanısı ile Nöroloji Kliniği'ne yatırılmıştır. Olgunun geçirilmiş nörolojik bir hastalığı yoktur. Annede hipertansiyon öyküsü vardır. Hasta 10 yıldır guatr tedavisi (Euthyrox 1x50mg oral) görmektedir. Sigara ve alkol kullanımı yoktur. Olgu yedi gündür Nöroloji Kliniği'nde yatmaktadır. Olgunun konuşması anlaşılır değil ve yutma güçlüğü yaşamaktadır. Hastaya üriner inkontinans nedeni ile üriner kateterizasyon ve gaita inkontinans nedeni ile hasta bezi uygulanmıştır. Olgunun beslenmesi nazogastrik sonda (NG) aracılığıyla mama (İmpact Glutamin) ve su ile yapılmaktadır. Hasta gün boyu uyumakta zorlanmaktadır.

**Tablo 1.** Olgunun İlk Beş Gün Vital Bulguları

|                     | 18.12.2023   | 19.12.2023   | 20.12.2023  | 21.12.2023   | 22.12.2023   |
|---------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| Vücut Sıcaklığı     | 36,5 °C      | 36,9 °C      | 36,3 °C     | 37,1 °C      | 37,5 °C      |
| Solunum             | 22/dk        | 20/dk        | 20/dk       | 18/dk        | 22/dk        |
| Nabız               | 86/dk        | 93/dk        | 76/dk       | 81/dk        | 88/dk        |
| Kan Basıncı         | 170/110 mmHg | 140/100 mmHg | 140/90 mmHg | 150/100 mmHg | 190/100 mmHg |
| Oksijen Satürasyonu | %92          | %93          | %92         | %91          | %94          |

**Tablo 2.** Olgunun NG'den Beslenme Planı

|   |   |
|---|---|
| Kliniğe yatışından itibaren ilk üç gün= 40 cc mama+40 cc su/Saat<br>08-23 saatleri arası (her saat başı)  | <b>24 saatte total:</b> 640 cc mama+640 cc<br>su  |
| Kliniğe yatışının üçüncü gününden sonra= 90 cc mama+40 cc su/Saat<br>08-23 saatleri arası (her saat başı) | <b>24 saatte total:</b> 1620 cc mama+640<br>cc su |

**Tablo 3.** Olgunun Bir Günlük Tedavi Planı

| İlaç Adı/Doz       | Veriliş Yolu | Sıklık | Saat     |
|--------------------|--------------|--------|----------|
| Nexium 40 mg flk   | IV           | 1x1    | 06       |
| Clexane 0,6 cc     | SC           | 2x1    | 10-22    |
| Ecopirin 100 mg tb | PO           | 1x1    | 14       |
| Beloc 50 mg tb     | PO           | 1x1    | 08       |
| Ator 10 mg tb      | PO           | 1x1    | 20       |
| Asist amp          | IV           | 3x1    | 06-14-22 |
| Desefin 1gr flk    | IV           | 2x1    | 10-22    |
| Nootropil amp      | IV           | 3x2    | 06-14-22 |
| Dramamine amp      | IV           | 2x1    | 10-22    |

\*amp=ampul \*flk=flakon \*mg=miligram \*tb=tablet \*gr=gram \*IV=intravenöz \*SC=subcutan

**Tablo 4.** Olgunun Nöroloji Kliniğine Yatışındaki Laboratuvar Bulguları

|  |             |                    |                                  |            |
|--|-------------|--------------------|----------------------------------|------------|
| *RBC (Aspartat Aminotransferaz)                  | 4,06        | 10 <sup>3</sup> ul | Potasyum                         | 3,8 mmol/L |
| WBC (White Blood Count, Lökosit)                 | 8,33        | 10 <sup>3</sup> ul | TSH (Tiroid Uyarıcı Hormon)      | 2,06 mIU/L |
| PLT (Trombosit)                                  | 312         | 10 <sup>3</sup> ul | *Serbest T3 (Triiyodotironin)    | 2,2 ng/Dl  |
| *HCT (Hematokrit)                                | 34,8 %      |                    | **ALT (Alanin Aminotransferaz)   | 41,4 U/L   |
| Ürik Asit  | 2,49 mg/dl  |                    | **Glukoz                         | 208 mg/Dl  |
| **CRP (C-Reaktif Protein)                        | 43,79 mg/dl |                    | *Üre (serum)                     | 7 mg/Dl    |
| MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration) | 33,9 g/dl   |                    | **AST (Aspartat Aminotransferaz) | 53,3 U/L   |
| *Homosistein                                     | 4,25 umol/L |                    | Sodyum (Na)                      | 140 mmol/L |
| **Troponin                                       | 2,3 pg/ml   |                    |                                  |            |

\*Normal değerden düşük \*\*Normal değerden yüksek

### 3. Hemşirelik Müdahaleleri

Genellikle iskemik infarkt sonrası ilk dört gün içinde görülen intrakranial basınç artışı önlemek, akut inme durumunda kritik öneme sahiptir (Kirkevold, 2010). İnmenin ilk altı saatlik akut döneminde kan basıncı, kan şekeri, oksijen saturasyonu ve vücut sıcaklığının izlenmesi ve kaydedilmesi gerekmektedir (Theofanidis ve Gibbon, 2016). Hastamız, sevk edildiği hastanede rekanalizasyon tedavisi almış ve bu tedavi sonrasında ilk iki saat boyunca her 15 dakikada bir, iki ila altı saat arasında 30 dakikada bir, altı ila 24 saat süresince ise her saat başı vital bulgular izlenmiştir. Ayrıca hasta için nörolojik izlem takibi de gerçekleştirilmiştir.

Genel olarak, inme sonrası hemşirelik müdahaleleri, hipertansiyonun sebep olabileceği ikincil beyin hasarını önlemek, farinks kaslarında oluşabilecek felç nedeniyle hava yollarını korumak, hayati bulguları izlemek, aynı zamanda sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanmasına ve atelettazi ile zatürre gibi komplikasyonların oluşumunu engellemek üzerine odaklanmaktadır (Uzuner ve ark., 2015).

İnme hastalarına uygun pozisyon verilmesi, aspirasyon riskini azaltmak, oksijen saturasyonu seviyelerini korumak ve etkilenen tarafta basınç ülseri oluşumunu önlemek açısından son derece önemlidir (Ropper ve ark., 2011). İnme durumunda, hava yolu, solunum ve dolaşımın izlenmesi ve güvenliğinin sağlanması hava yolu tıkanıklığı, aspirasyon, pnömoni ve atelettazi riskini azaltmak için kritik öneme sahiptir (Boyraz, 2015).

Öksürük ve yutma reflekslerindeki bozulmanın yanı sıra, yutak ve dil kaslarında tonus kaybı, üst hava yollarının tıkanıklığına yol açmakta ve ağızdaki sekresyonların kontrolünü zorlaştırmaktadır (Woodward ve Mestecky, 2013; Çakmak, 2019).

İnme durumunda yüksek kan basıncı, hem önemli bir risk faktörü hem de akut dönemde belirgin bir bulgu olarak karşımıza çıkar. Hipotansiyon ve hipovolemisi bulunan inmeli hastalarda, organ fonksiyonlarını sürdürmek ve sistemik perfüzyonu sağlamak için gerekli tedbirler alınmalıdır. Eğer hastalarda kan basıncının düşük olmasına yol açan eşlik eden hastalıklar mevcutsa, kan basıncının %15 oranında düşürülmesiyle hipertansiyon tedavisinin güvenli olduğu görülmektedir (Ertürk ve ark., 2017).

Birçok çalışma, hipergliseminin, inme sonrası nöronal hasarın artmasına yol açtığını göstermiştir (Kilkeyold, 2010; Aslan, 2012; Palli ve ark., 2017; Çakmak, 2019). Ancak, hem yüksek hem de düşük kan şekeri seviyeleri ile inme sonrası nörolojik ya da tıbbi komplikasyonlar belirgin bir şekilde gelişmiş olsa da, inme sonrası kan şekeri yönetimi için standart bir kılavuz bulunmamaktadır (AHA, 2018). İnmeden sonraki ilk üç gün boyunca, hem diyabeti olan hem de olmayan kişilerde inmeli hastalarda kan glikozu dalgalanmaları gözlemlenmiştir. Bu nedenle, inmeli hastalarda ilk günlerde kan glikozunun dikkatli bir şekilde izlenmesi önemlidir (Demir, 2019; Öztürk ve Güngör, 2020).

Akut iskemik inmeli hastalarda, ilk üç gün boyunca saatte 100 mL oranında %0.9 sodyum klorür uygulanmasının güvenli olduğu bildirilmiştir; sıvı tedavisi almayan hastalarda nörolojik bozulmalar gözlemlenmiştir. Bu sıvının, kollateral yetersizliği ya da pıhtının yayılımını önlediği düşünülmektedir (Alankaya, 2019).

Ateş, inmenin kötü seyir gösterebileceğine işaret eder. Literatürde ateşin düşürülmesinin kesin olarak prognozu iyileştirdiği ile ilgili kesin bir bilgi mevcut olmamakla birlikte, hipertermiden kaçınılması gerektiği, çünkü bunun infarkt hacminde artışa yol açabileceği vurgulanmaktadır (Palli ve ark., 2017).

İnme geçiren hastalarda, bilinç değişiklikleri, yutma fonksiyonu bozukluğu, ağır afazi, motor kayıplar ve uygun pozisyonun sağlanamaması gibi durumlar, bilişsel yetilerin kısıtlanması, iletişim problemleri ve depresyon sonucunda besin alımında azalmaya yol açarak malnütrisyon riskini artırmaktadır. Bu nedenle, tüm hastalar malnütrisyon riski açısından değerlendirilmelidir ve 72 saat içinde hedeflenen günlük kalori ve protein alım düzeylerine ulaşılması hedeflenmelidir (Vural ve ark., 2004; Topçuoğlu ve ark., 2020). İnme hastalarının doğru şekilde beslenmesi ve yeterli kalori alımının sağlanması, klinik iyileşmeyi destekleyerek hem hastaların hem de bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmaktadır (Topçu, 2017).

Disfaji, yetersiz beslenme riski taşıyan hastalar için önemli bir konudur. Akut iskemik inmeli hastalarda, rejim ve oral ilaç tedavisine başlanmadan önce, aspirasyon riski taşıyan hastaların tespit edilmesi gereklidir. Bu taramayı eğitilmiş sağlık çalışanları veya konuşma dili patoloğu gerçekleştirebilir. Tüm inme hastaları için oral alım güvenliği açısından disfaji taramasının 24 saat içinde tamamlanması önerilmektedir. Eğer hastaların beslenmesi disfaji nedeniyle kısıtlı ise, başlangıçta nazogastrik tüp kullanımı uygundur ve yedi gün içinde beslenmenin sağlanması önemlidir (Özakgöl ve Aştı, 2018; Çalışkan ve Özer, 2021).

Disfaji durumunda ince sıvılar kısıtlanmalı ve kıvamı artırılmış sıvı içeren beslenme ürünleri tercih edilmelidir. Kıvamlı gıdaların seçiminde, bu gıdaların daha yoğun ve yapışkan yapıları sayesinde ağız içinde daha iyi kontrol edilebilmesi ve düşük hızlarda yutulabilmesi, aspirasyon riskini azaltacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, su gibi ince sıvı alımının kısıtlanması, zamanla dehidratasyona yol açabilir. İnme sonrası ince sıvı alacak hastalarda oral hijyenin korunması, pnömoni riski açısından önem taşır. Su içmeden önce ağız florasının temizliği, suyun aspire edilmesi durumunda pnömoni riskini azaltan en önemli faktördür (Horasan, 2012; Savcı, 2020).

**Tablo 5.** Olguya Yönelik Bakım Planı (Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre)

| Hemşirelik Tanısı  | Amaç   | Hemşirelik Girişimleri   |
|--|--|--|
| <p>✓ Periferik venöz kateter bulunmasına,</p> <p>✓ CRP: 43,79 mg/L olmasına,</p> <p>✓ Hastanede yatış süresine,</p> <p>✓ Bağışıklık sistemini baskılayan ilaç kullanımının olmasına,</p> <p>✓ Üriner kateterinin olmasına bağlı</p> <p><b>Enfeksiyon Riski</b></p>   | <p>Hasta, enfeksiyonun belirtisi ve bulgularını tanıyacağını ve bu durumla karşılaştığında ne yapması gerektiğini ifade edecektir.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hastaya enfeksiyon bulguları olan ateş, taşikardi, kızarıklık ve hassasiyet gibi belirtiler öğretilir.</li> <li>Hastaya doğru el yıkama teknikleri hakkında eğitim verilir.</li> <li>Enfeksiyonun önlenmesinde beslenmenin rolü anlatılır.</li> <li>İV müdahaleler öncesinde evrensel korunma yöntemlerine ve aseptik tekniklere özen gösterilir.</li> <li>Hastanın yaşam bulguları düzenli olarak izlenir.</li> <li>Hasta, yeterli protein ve kalori alımına özen göstermesi için teşvik edilir.</li> <li>Hasta, deri ve üriner sistem enfeksiyon belirtileri konusunda izlenir ve bu belirtiler hakkında bilgilendirilir.</li> <li>Hastanın kateter bölgeleri, kızarıklık, şişlik, hassasiyet ve ağrı açısından dikkatle takip edilir.</li> </ul> |
| <p>✓ Hastanın gün içerisinde kusmasına bağlı halsizlik ve yorgunluk tarif etmesine,</p> <p>✓ Baş dönmesinin olmasına,</p> <p>✓ Antikoagülan ilaç kullanıyor olmasına,</p> <p>✓ Motor ve duyu fonksiyonlarda yaşanan kayıba bağlı</p> <p><b>Travma Riski</b><br/><b>Kanama Riski</b><br/><b>Düşme Riski</b></p> | <p>Hasta, kendi güvenliğini sağlamak için alması gereken önlemleri bilerek, hastane koşullarında travmalardan korunacak, düşme riskiyle ilgili önlemleri tanıyacak ve kanama riskinin belirtilerini fark edip bildirecektir.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın vital bulguları düzenli olarak izlenir.</li> <li>Kusma ve halsizlik durumlarının riskli olduğu hasta ile paylaşılır.</li> <li>Hastanın halsiz olduğu durumlarda ani hareketlerden kaçınması ve hareketlerini kontrollü şekilde yapması gerektiği anlatılır.</li> <li>Hastanın yataktan ani kalkmaması gerektiği, önce yatağa karşısına bakarak oturması ve kendini iyi hissettiğinde yavaşça kalkması</li> </ul>   |

## İletişim

- ✓ Konuşma gücüne bağlı **Sözel İletişimde Bozulma**

Hastanın, kendini sözlü veya sözsüz yollarla ifade etme becerisinin geliştirilmesi ve etkili iletişim kurabilmesinin sağlanması hedeflenir.

## Solunum

- ✓ Yutma refleksinde bozulmaya bağlı **Aspirasyon Riski**

Aspirasyon oluşumunun engellenmesi.

gerektiği açıklanır.

- Hastanın hemşire bankosuna yakın bir odada kalması sağlanır.
- Hastaya acil bir durum veya düşme ile ilgili bir olay yaşandığında hemşire çağrı zilini kullanması gerektiği öğretilir.
- Hastaya kanama riski ile ilgili belirtiler (diş eti kanaması, burun kanaması, dışkıda koyu siyah ya da açık kırmızı renk kan vb.) anlatılır ve bu tür belirtilerle karşılaşıldığında hekime veya hemşireye bildirmesi gerektiği söylenir.
- Hastanın yaralanma durumunda hekime veya hemşireye haber vermesi gerektiği belirtilir.
- Hastanın anlaşılması için yeterli zaman ayrılır.
- Hasta ve yakınlarının iletişimle ilgili duygularını paylaşabilmesi sağlanır.
- Kağıt-kalem, el işaretleri ve bilgisayar gibi alternatif iletişim yöntemleri geliştirilir.
- Hastanın sözsüz iletişim tekniklerini, örneğin beden dili, baş hareketleri ve dokunmayı kullanması teşvik edilir.
- Konuşma terapisti ile işbirliği yapılarak, konuşmanın düzenlenmesine yönelik öneriler ve egzersizler sağlanır.
- Ziyaret saatleri öncesinde hastanın dinlenmesi sağlanarak, konuşmak için gerekli çabayı gösterebilmesi desteklenir.
- Hasta, aspirasyon belirtileri ve bulguları olan dispne, taşipne, taşikardi, öksürme, akciğer seslerindeki değişiklikler gibi durumlar açısından değerlendirilir.
- Aspirasyon belirtileri görüldüğünde hasta aspirasyon yapılır.
- Yutma refleksi bozulmuş olan hastanın biriken sekresyonları aspirasyon ile temizlenir.
- Yutma refleksi geri dönene kadar hasta oral yolla beslenmez.
- Ağız hijyenine dikkat edilir.
- Enteral beslenme sırasında hasta Fowler pozisyonunda tutulur ve beslenme tamamlandıktan sonra 30 dakika daha bu pozisyonda kalması sağlanır.



**Beslenme**

- ✓ Yutmada bozulmaya bağlı **Gereksiniminden Az Beslenme Riski**

Hastanın en uygun beslenme düzeyine ulaşmasını sağlamak.

- Yutma refleksinin geri gelip gelmediği kontrol edilir ve yutma refleksi geri dönene kadar hasta oral yolla beslenmez.
- Nutrisyon ekibiyle işbirliği yapılarak hastanın hangi beslenme yoluyla ve hangi ürünle beslenmesi gerektiği belirlenir.
- Beslenme sırasında hastanın aspirasyon riskini engelleyecek uygun bir pozisyon sağlanır.
- Hastanın yeterli sıvı alımı sağlanır ve kilo takibi yapılır.

**Kişisel Temizlik ve Giyinme**

- ✓ Motor ve duyu fonksiyonlarda yaşanan kayba bağlı **Öz Bakım Eksikliği**

Hastanın en üst seviyede katılımını sağlayarak öz bakım eksikliklerini gidermek

- Hastanın öz bakımına katılma yeteneği (yatak banyosu, ağız bakımı, perine bakımı, giyinme, tuvalet ihtiyacı) belirlenir.
- Hasta, bağımsızlığını artırma konusunda cesaretlendirilir.
- Hastanın öz bakım aktivitelerini bağımsız bir şekilde gerçekleştirmesi sağlandıkça, gerekli araç ve gereçler ulaşabileceği yerlere yerleştirilir ve yalnızca gerektiğinde öz bakım uygulamalarında yardım edilir.
- Öz bakım uygulamaları sırasında hastanın duyu kaybı yaşadığı bölümleri ihmal etmesi engellenir.
- Hasta, öz bakım uygulamalarını yeterince bağımsız bir şekilde yapamayacak durumda ise, bu işlemler hemşire tarafından gerçekleştirilir.

**Hareket**

- ✓ Motor ve duyu fonksiyonlarda yaşanan kayba bağlı **Fiziksel Mobilitede Bozulma**

Hastanın, başarabildiği en yüksek düzeyde hareket etmesini sağlamak ve hareketsizliğe bağlı komplikasyonları önlemek.

- Hastanın hareket kapasitesi değerlendirilir.
- Herhangi bir kontrendikasyon yoksa, hastanın etkilenmemiş ekstremitelerine aktif, etkilenmiş olanlara ise pasif egzersiz yaptırılır.
- Hasta, yatak kenarlıklarından destek alarak yataktan kalkması konusunda cesaretlendirilir.
- Hastanın durumu uygunsa, hareket etmesine yardımcı olunur veya yürüteç, baston gibi araçlar kullanması sağlanır.
- Hareket aktivitesinden önce hastanın yeterli şekilde dinlenmesi sağlanır.
- Hastanın eklemlerinde hareketsizliğe bağlı kontraktür, ekstansiyon, fleksiyon, iç ya da dış rotasyon, deri bütünlüğü bozulma risklerine karşı koruyucu pozisyonlar verilir.

|                           |   |   |  |  |
|---------------------------|---|---|--|--|
| <b>Çalışma ve Eğlence</b> | ✓ Fiziksel mobilite ve sözel iletişimde bozulmaya bağlı <b>Boş Zamanlarını Değerlendirme Aktivitesinde Eksiklik</b> | Hastanın zamanlarını değerlendirebileceği aktiviteler belirlenir ve bu aktivitelerin hasta ve yakınları tarafından gerçekleştirilmesi sağlamak. | boş                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta ve ailesinin günlük yaşamlarında gerçekleştirdikleri aktiviteler belirlenir.</li><li>• Bu aktivitelerden hastane ortamında yapılabilecek olanlar saptanır.</li><li>• Hasta ve ailesiyle birlikte bir aktivite planı oluşturulur.</li><li>• Günlük programın düzenlenmesinde ziyaretçi saatleri, banyo zamanı gibi konularda hasta ve ailesiyle işbirliği yapılır.</li></ul>  |
| <b>Uyku</b>               | ✓ Hastane ortamına bağlı <b>Uyku Örüntüsünde Bozulma</b>  | Hastanın normal uyku düzenini sağlama.  | Hastanın normal uyku düzenini sağlama. | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın gündüzleri uyanık kalması sağlanır.</li><li>• Hastanın uyumadan önce yaptığı uygulamalar öğrenilir ve devam ettirilir.</li><li>• Mümkünse, hastanın tedavisi gece uykusunu bölmeyecek şekilde düzenlenir.</li><li>• Uyumaya uygun, sakin ve loş ışıklı bir ortam oluşturulur.</li><li>• Hastanın hastalık sürecine bağlı stresinin uyumasına engel olmaması için destek sağlanır ve baş etmesi teşvik edilir.</li></ul> |

#### 4. Sonuç

İnmede etkili hemşirelik bakımının amacı, inme hastasının hızlı bir şekilde değerlendirilmesi, uygun teşhis ve erken müdahale sağlanmasıdır. Bu süreçte, bakımın rutin kontrollerinin (kan basıncı, vücut ısısı ve kan glikoz düzeyi) yapılması, havayolu açıklığının sağlanması ve sürdürülmesi, günlük bakım aktivitelerinin gerçekleştirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve gelişebilecek sorunların en aza indirilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca, yeti kaybının önlenmesi, postural kontrolün sağlanması ve beslenme, mobilite gibi fonksiyonların en üst düzeye çıkarılmasıyla bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal ve mesleki açıdan en iyi duruma ulaşması amaçlanmaktadır (Aslan, 2012; Molu, 2017; Alankaya, 2019).

İnme hastalarında hemşirelik bakımı, hava yolu açıklığını sağlamak, solunum seslerini izlemek, aspirasyon riskini yönetmek, kan oksijen seviyelerini takip etmek, sıvı-elektrolit dengesini gözlemlemek, sık kan basıncı kontrolleri yapmak ve bilinç düzeyini izlemekle devam eder. İnme sonrası gelişebilecek çeşitli komplikasyonlara (epileptik nöbet, yeniden kanama, bilinç değişiklikleri, solunum zorluğu, ağrı, kusma, ödem vb.) karşı hemşirenin hazırlıklı olması ve erken müdahale etmesi, hastanın sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (Akyol ve ark., 2003; Vural ve ark., 2004; Topçu, 2017; Savcı, 2020).

İnmeli hastalarda hemşirelik müdahaleleri, hastanın klinik durumunu stabilize etmek, komplikasyonları önlemek ve rehabilitasyon sürecini desteklemek açısından kritik öneme sahiptir. Hemşirelerin, acil durum yönetimi, hasta eğitimi ve aile desteği konularındaki rolleri, hastaların iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkilemektedir. Bu müdahaleler, hemşirelerin uzmanlık bilgileri ve klinik becerileri sayesinde inme sonrası yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik önemli bir katkı sunmaktadır.

Ayrıca, multidisipliner bir yaklaşımla hemşirelerin diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapması, hastaların ihtiyaçlarına yönelik daha kapsamlı ve etkili bakım planlarının geliştirilmesini sağlar. Bu sayede, inme geçiren bireylerin hem fiziksel hem de psikososyal iyilik halleri desteklenir. Sonuç olarak, inme hastalarında uygulanan hemşirelik müdahaleleri, bireylerin sağlığını koruma ve iyileştirme açısından vazgeçilmez bir bileşendir.

#### Teşekkür

Atatürk Üniversitesi'ne akademik veri tabanlarına erişim sağladığı için teşekkür ederiz.

#### Yazarların Katkısı

Araştırma fikri: AY; Çalışmanın tasarımı: AY,FD; Çalışma için verilerin toplanması: FD; Çalışma için veri analizi: AY,FD; Çalışma için verilerin yorumlanması: AY,FD; Makalenin hazırlanması: AY,FD; Önemli entelektüel içerik için eleştirel olarak gözden geçirilmesi: AY; Yayınlanacak versiyonun son onayı: AY.

## Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması yaşamadıklarını beyan etmişlerdir.

## Kaynakça

- American Heart Association/American Stroke Association. (2018). 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke*, *49*, e46–e99. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000158>
- Akyol, A., Özpoğaç, B., Boztürk, Y., & Çakıcı, K. (2003). İnmeli hastaların özbakım güçlerinin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, *19*(1–3), 35–45.
- Alankaya, N. (2019). İnme sonrası yeti yitimi ve rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, *23*(3), 195–201.
- Aslan, N. (2012). Serebrovasküler olay sonrası immobil olgularda hemşirelik bakımı ile anatomik ve fonksiyonel değişikliklerin değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Aypay, A. (2010). The adaptation study of the General Self-Efficacy (GSE) Scale to Turkish. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *11*(2), 113–131.
- Bal, C., & Koç, Z. (2020). İskemik İnme Geçiren Bireyin NANDA-I'ya Göre Hemşirelik Tanıları, NIC Hemşirelik Girişimleri ve NOC Çıktıları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, *12*(3), 443–456. <https://doi.org/10.5336/nurses.2019-70124>
- Boyraz, S. (2015). İnmede akut dönem bakımı ve komplikasyonların önlenmesi. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, *1*(1), 13–21.
- Çakmak, V. (2019). Disfajisi olan inme hastasında serbest su kullanımı. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, *25*(2), 74–78.
- Çalışkan, T., & Karadakovan, A. (2021). İnme sonrası erken dönem epileptik nöbet geçiren bir olgunun Kolcaba'nın konfor kuramına göre değerlendirilmesi. *KSU Medical Journal*, *16*(2), 290–295. <https://doi.org/10.17517/ksutfd.758967>
- Çalışkan, T., & Özer, S. (2021). Güçlendirme modelinin kullanımına örnek bir olgu çalışması: İnme rehabilitasyonu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *24*(3), 389–394. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.784976>
- Demir, H. (2019). İnmeli bireylerde öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi (Yüksek lisans tezi, T.C. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Ertürk, A. Y., Demir, T., & Bıçakçı, Ş. (2017). İntravenöz trombolitik tedavi alan iskemik inme hastalarında akut ve kronik hipergliseminin hastanede yatış süresi, kısa ve uzun dönem prognoz üzerine etkisi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, *23*(1), 4–28. <https://doi.org/10.4274/tnd.01212>
- Feigin, V. L., Norrving, B., & Mensah, G. A. (2017). Global burden of stroke. *American Heart Association*, *120*(3), 439–448. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308413>

- Horasan, N. (2012). Beslenme. İçinde: A. Aştı T. & A. Karadağ (Editörler), *Hemşirelik esasları: Hemşirelik bilimi ve sanatı* (s. 901–912). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Karabudak, R. (2014). İNME. *Türk Nöroloji Derneği (TND) Beyin Yılı Aktiviteleri*, 1–2.
- Kirkevold, M. (2010). The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: An extended theoretical account. *ANS. Advances in Nursing Science*, 33(1), E27–E40. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181cd837f>
- Koç, A. (2012). İnme’de günlük yaşam aktiviteleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54, 1–7.
- Molu, B. (2017). İskemik İnme Geçiren Bireyin Roy Adaptasyon Modeline Göre Hemşirelik Bakımı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 167–178. [https://doi.org/10.1501/Asbd\\_0000000069](https://doi.org/10.1501/Asbd_0000000069)
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., et al. (2016). Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), e38–e360. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>
- Özaktül, A. A., & Aştı, T. A. (2018). İnme hastalarının ailelerine verilen eğitimin hasta ve yakınlarının yaşam kalitesi, anksiyete düzeyi ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. *Nöroloji ve Beyin Cerrahisi Hemşireliği*, 7(2), 56–63. <https://doi.org/10.15225/PNN.2018.7.2.1>
- Öztürk Ş., & Göngör, L. (2020). T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, akut iskemik inme tanı ve tedavi rehberi. <https://shgm.saglik.gov.tr/TR-64370/akut-iskemik-inme-tani-ve-tedavi-rehberi-yayinlanmistir.html>
- Palli, C., Fandler, S., Doppelhofer, K., et al. (2017). Early Dysphagia Screening by Trained Nurses Reduces Pneumonia Rate in Stroke Patients: A Clinical Intervention Study. *Stroke*, 48(9), 2583–2585. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018157>
- Savcı, C. (2020). Disfaji Gelişen Akut İnmeli Hastalarda Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(3), 423–429. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.478025>
- Sturm, J. W., Donnan, G. A., Dewey, H. M., et al. (2004). Determinants of handicap after stroke: The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, 35(3), 715–720. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000117573.19022.66>
- Theofanidis, D., & Gibbon, B. (2016). Nursing interventions in stroke care delivery: An evidence-based clinical review. *Journal of Vascular Nursing*, 34(4), 144–151. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2016.07.001>
- Topçu, S. (2017). İnmeli hastalarda öz etkililik ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

## Vertigolu Hastada Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

### Nursing Care According to Functional Health Patterns in a Patient with Vertigo: A Case Report

5. ISPEC Uluslararası Modern Bilimsel Araştırmalar Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

Neşe AYKUT<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ağrı, Türkiye.

#### Özet

Vertigo, vestibüler sistem, görme sistemi ve somatosensöriyel sistem arasındaki uyumsuzluk sonucunda gelişir. Baş dönmesi terimi ile sıkça karıştırılabilmektedir; ancak vertigo, baş dönmesinin bir alt sınıflandırmasında kabul edilmektedir. Prevalansı gittikçe artmakta olup kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Farklı tipleri olan vertigonun, belirtileri, tedavi tipleri de bu tiplere göre değişiklik göstermektedir. Vertigosu olan hastanın hemşirelik bakımında amaç; hasta güvenliğini tehlikeye atacak düşmelerin, dengesizliklerin ve bayılmaların önüne geçmek, hastanın anksiyetesini azaltmak, tetikleyicileri ve tedavi yöntemlerini anlamasını sağlamaktır. Hemşirenin vertigoyu tanımlaması ve dengesizlik durumundan ayırt etmesi önemlidir. Bu olguda baş dönmesi, mide bulantısı, baş ağrısı ve bayılma şikayetleri ile önce acile, daha sonra nöroloji polikliniğine başvuran hasta tartışıldı. Hasta Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli rehberliğinde geliştirilen eğitim modülü kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaya Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA-North American Nursing Diagnosis Association) tanılarından "düşme riski, yaralanma riski, etkisiz bireysel baş etme, anksiyete, bilgi eksikliği" tanıları konuldu, hemşirelik bakımı verildi ve sonuçlar değerlendirildi.

**Anahtar Kelimeler:** Baş dönmesi, Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli, hemşirelik bakımı, vertigo

#### Abstract

Vertigo develops as a result of incompatibility between the vestibular system, visual system and somatosensory system. It can often be confused with the term dizziness; however, vertigo is accepted as a sub-classification of dizziness. Its prevalence is increasing and it is seen more in women than men. The symptoms and treatment types of vertigo, which have different types, also vary according to these types. The aim of nursing care of the patient with vertigo; The aim is to prevent falls, imbalances and fainting that will endanger patient safety, to reduce the patient's anxiety, and to ensure that he understands the triggers and treatment methods. It is important for the nurse to define vertigo and distinguish it from imbalance. In this case, the patient who first applied to the emergency room and then to the neurology clinic with complaints of dizziness, nausea, headache and fainting was discussed. The patient was evaluated using the training module developed under the guidance of Gordon's functional health patterns model. The patient was diagnosed with the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) diagnoses of "risk for fall, risk for injury, ineffective coping, anxiety, deficient knowledge", nursing care was provided, and the results were evaluated.

**Key Words:** Dizziness, Gordon's functional health patterns model, nursing care, vertigo

**Atf için (how to cite):** Aykut, N. (2024). Vertigolu Hastada Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Nuh'un Gemisi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 38-43.

Gönderi Tarihi: 30.11.2024, Kabul Tarihi: 19.12.2024, Yayın Tarihi: 31.12.2024

## 1. Giriş

Vertigo; genellikle, hareketsiz durumdayken hareket algısı ya da kafa hareketi ile bozulan anormal hareket hissi olarak tanımlanır. Bu hareket kişinin kendi bedeninin ya da çevrenin dönmesi veya sallanması olarak algılanabilir. Bu his dış çevrenin döndüğü algısına sebep olan dış vertigo olarak adlandırılan vestibüler görsel bir semptomdur. Özetle vertigo, vestibüler sistemin işlev bozukluğu ile ortaya çıkmaktadır (Oğuz ve ark., 2023; Hackenberg ve ark., 2023; Pfeiffer ve ark., 2019).

Baş dönmesi (dizziness) ve vertigo terimleri bazen birbirinin yerine kullanılsa da vertigo belirli bir hissi tanımlar ve baş dönmesinin geniş semptomunun bir sınıflandırması olarak kabul edilir (Pfeiffer ve ark., 2019). Bireyler baş dönmesini, gerçek baş dönmesi (vertigo), bayılacakmış gibi olma (presenkop), dengesizlik (unsteadiness) ve sersemlik hissi (light-headness) gibi birçok farklı semptom ve duyguyu tanımlamak amacıyla kullanırlar (Çelebisoy 2013).

Vertigo ve dizziness, baş ağrısından sonra hekime başvuruda en sık yakınmadır. Son on yılda, nüfus temelli epidemiyolojik çalışmalar baş dönmesi ve vertigonun görülme oranının yüksekliğine dair kanıt sağlamıştır. Baş dönmesinin (vertigo dahil), büyük nüfus temelli çalışmalarda her yıl yetişkinlerin yaklaşık %15 ila %20'sinden fazlasını etkilediği belirtilmektedir. Vestibüler vertigo, baş dönmesi şikayetlerinin yaklaşık dörtte birini oluşturur ve %5'lik 12 aylık prevalansı ve %1,4'lük yıllık insidansı vardır. Günlük pratikte bu yakınmalarla çok sık karşılaşıldığı için bu şikayetlerle gelen hastaların iyi değerlendirilerek yönlendirilmesi gerekmektedir (Neuhauser, 2016).

Baş dönmesi olan hastanın hemşirelik bakımında amaç; hasta güvenliğini tehlikeye atacak düşmelerin, dengesizliklerin ve bayılmaların önüne geçmek, hastanın anksiyetesini azaltmak, tetikleyicileri ve tedavi yöntemlerini anlamasını sağlamaktır (Pfeiffer ve ark., 2019). Hemşirenin hareket bozukluğunu tanımlayan vertigo ve dengesizliği tanımlaması, iki terimi ayırt etmesi açısından önemlidir. Hemşire, baş dönmesi semptomu yaşayan her hastadan ayrıntılı öykü almalıdır (Oğuz ve ark., 2023). Yaşam bulguları izlenmeli, hastanın değerlendirmesi yapılırken baş hareketinin veya pozisyondaki değişikliğin baş dönmesine neden olup olmadığı sorgulanmalıdır (Oğuz ve ark., 2023; Muncie ve ark., 2017).

Bu olgu sunumunda, hemşirelik bakımının amaçları; düşme ve yaralanma riskini azaltmak, yaşam kalitesini yükseltmek, bilgi eksikliğini gidererek hasta ve ailesinin eğitimidir. Olgu, bireyleri biyo-psiko-sosyal boyutta ele alan Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli ile değerlendirildi. Bu model bireylerin gereksinimlerini sistematik ve standardize ederek, bilgi toplamayı ve bilginin analiz edilmesini sağlayan 11 fonksiyonel alanda açıklamaktadır (Gordon, 1994). Bu fonksiyonlar birbirleriyle ilişkilidir. Bu model, hasta/sağlıklı bireyden veri toplamayı standardize etmek ve hemşirelik tanısını belirlemeyi kolaylaştırmak amacıyla Marjory Gordon tarafından geliştirilmiştir (Gordon, 1982). Hasta FSÖ modeli rehberliğinde geliştirilen eğitim modülü kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu modül hemşirelik sürecinin her bir aşamasının incelendiği bir modüldür (Enç ve ark., 2015). Hemşirelik bakımı ise Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA-North American Nursing Diagnosis Association) tanıları ve hemşirelik girişimleri (Gürhan ve ark., 2019; Kaya ve ark., 2018) kullanılarak sunulmuştur. Hasta çalışma hakkında bilgilendirildi. Çalışmaya katılmaya istekli olduğuna dair bilgilendirilmiş sözlü onam alındıktan sonra çalışmaya dahil edildi.

### Olgu Sunumu

28 yaşında olan kadın hasta, bekar ve bir kurumda memur olarak çalışmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık problemi yaşamamış olup kronik bir hastalığı bulunmamaktadır.

İş yerinde baş dönmesinin ardından baygınlık geçirmesi üzerine ambulansla acil servise getirilmiştir. G.O. son 3 haftada baş dönmesi, mide bulantısı ve kulakta dolgunluk yaşadığını ve son günlerde ise baş ağrılarının arttığını, aralıklarla iştme kaybı yaşadığını belirtmiştir. Acilde sadece tam kan tahlillerine bakılan hastaya "Bayılma- Senkop" ön tanısı konularak, 500 ml 0.9 NaCl izotonik tedavisi uygulandıktan sonra nöroloji polikliniğine gitmesi önerilerek taburcu edilmiştir.

Baş dönmesi, bulantı- kusma ve bayılma şikayetleri devam eden hasta, 1 hafta sonra nöroloji polikliniğine başvurmuştur. Hastadan MR istenmiş olup "Bulantı ve Kusma" ön tanısı ile Dramamine 50 mg 12 tablet (1×1) şeklinde reçete edilip, MR sonuçlarından sonra tekrar polikliniğe gelmesi istenmiştir. MR sonuçlarından sonra hekim tarafından hastaya "Baş Dönmesi/ Vertigo" tanısı konularak Vasoserc Bid 24 Mg 30 Tablet (2×1) ve Dramamine 50 mg 12 tablet (1×1) şeklinde reçete edilmiştir. Hasta 3 ay süreyle takip edilmiş olup, bu süre içerisinde hastaya hemşirelik bakımı verilmiştir.

## Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Değerlendirilme

|  |   |
|--|---|
| <b><u>1. Sağlığı algılama-sağlığın yönetimi:</u></b> | Hasta 1 aydan uzun bir süredir aralıklarla baş dönmesi ve bulantı yaşadığını ve bunun son 3 haftada giderek arttığını ifade etti. Bu durumu iş yerindeki yoğun çalışmaya bağladığı için hastaneye başvurmamıştır. İş yerinde yaşadığı yoğun baş dönmesi sonucunda baygınlık geçirdiği için iş arkadaşları tarafından ambulansla hastaneye getirilen hastanın semptomlara yönelik bilgi eksikliği mevcuttur. Hasta 10 yıl önce düşme sonucunda kafasını çarptığını ve alın bölgesine dikiş atıldığını belirtti. Hastanın ek bir hastalığı bulunmamaktadır. |
| <b><u>2. Beslenme ve metabolik durum:</u></b>        | Boyu 166 cm, kilosu 63 kg olan G.O. beden kitle indeksi (BKİ) 22,9 (normal) olarak hesaplandı. Hasta iş yerindeki yoğunluktan dolayı beslenme düzeninde aralıklarla bozulmalar olduğunu ifade etti. Günlük su tüketimi 1,5-2 lt olan hasta tuz tüketiminin günde 2 gr kadar olduğunu belirtti.  |
| <b><u>3. Boşaltım:</u></b>                           | Hastanın bağırsak alışkanlığı normal olup, günde bir kez dışkılama yapmaktadır. Distansiyonu bulunmamaktadır. İdrar yaparken herhangi bir sorun yaşamamaktadır.   |
| <b><u>4. Aktivite-egzersiz:</u></b>                  | Günlük yaşam aktivitelerinin çoğunu yapmakta sorun yaşamadığını ifade eden G.O. son 1 ayda aralıklarla yaşadığı baş dönmelerinden dolayı ayaktayken iş arkadaşlarının yardımı ile oturtulduğunu ifade etti. Ayrıca kimsenin olmadığı anlarda yaşadığı baş dönmelerinden dolayı bir yerlere tutunarak yürüdüğünü ifade etti. Baş dönmesinden sonra baygınlık geçirip burnunu çarptığı için burun kanaması yaşadığını belirtti. Eğilip yerden bir şey almaya çalıştığında baş dönmesi yaşadığını da ifade etti.   |
| <b><u>5. Uyku-istirahat:</u></b>                     | Hasta günde 6-8 saat uyduğunu, uykuya dalmada sorun yaşamadığını ifade etti.  |
| <b><u>6. Bilişsel- algısal:</u></b>                  | Hastanın yer, zaman, kişi oryantasyonu vardır. Miyop için gözlük kullandığı belirlendi. Gözlüksüz bilgisayar ekranına baktığında baş dönmesinin arttığını ifade etti.   |
| <b><u>7. Kendini algılama:</u></b>                   | İletişimde ve kendini ifade etmekte sorun yaşamamaktadır. Baş dönmelerinin olduğu günlerde yorgun olduğunu ifade etti. “Sağlığınızla ilgili en önemli korkunuz nedir?” diye sorulduğunda “Bu hastalığın hayatım boyunca devam edecek olması ve iş yerimdeki yoğunluktan dolayı tekrarlamalar olma olasılığı beni endişelendiriyor.” cevabını vererek endişeli olduğunu ifade etti.  |
| <b><u>8. Rol –ilişki şekli:</u></b>                  | Anne, baba ve kardeşlerden oluşan çekirdek ailede yaşadığı belirten G.O. aile içi ilişkilerinin çok iyi olduğunu belirtti. Kız kardeşinin hemşire olduğu ve bu süreçte ondan yardım aldığını, çoğunlukla bu durumu onunla konuştuğunu ifade etti. Baş dönmelerinin yoğun olduğu dönemlerde iş yerindeki işlerini aksattığını düşündüğü için üzüldüğünü belirtti. Hafta sonu evde annesine yardım edip temizlik yaptığı zaman eğilme hareketlerinden dolayı baş dönmesi yaşadığını belirten hasta bu durumun kendisini üzdüğünü ifade etti.                |
| <b><u>9. Cinsellik ve üreme:</u></b>                 | Bekar olan G.O.’nun cinsel yaşamında bir sorunu olmadığını belirlendi.  |
| <b><u>10. Baş etme, stres toleransı:</u></b>         | Baş dönmesinin hayatını olumsuz etkilediğini ifade eden G.O. bu durumun kendisinde strese neden olduğunu belirtti. Baş dönmesine neden olacak davranışlardan ve hareketlerden kaçındığını, iş yerindeki arkadaşlarının bu konuda kendisine yardımcı olduğunu; evde ise kız kardeşi ve annesinin bu konuda yardımcı olduğunu ifade etti.   |
| <b><u>11. Değer-inanc:</u></b>                       | G.O. baş dönmesinin yoğun olduğu zamanlarda namaz kılarken zorluk yaşadığını ifade etti. İlaçlarını düzenli kullanınca baş dönmelerinin azalacağını ve namazını rahatlıkla kılacağını düşündüğünü belirtti.   |

## Hemşirelik Bakım Planı

### **Hemşirelik Tanısı 1: Düşme Riski** (Alan 11. Güvenlik/Korunma)

**Etyolojik faktörler:** Baş dönmesi

**Beklenen hasta sonuçları:** Hastada düşmenin görülmemesi, hastanın güvenliğinin sağlanmış olması

#### **Hemşirelik Girişimleri**

- Gece banyo veya lavaboya giden koridorda ışıklandırma yapılır.
- Telefon, gözlük, gibi bireyin sık kullandığı eşyalarının kolay ulaşılabilir konumda olması sağlanır.
- Bireyin ihtiyacı olduğunda yardım istemesi gerektiği açıklanır.
- Çalışma ortamı veya ev ortamı düşme riskine göre dizayn edilir.
- Yürümede dengesizlik ve denge problemi olan hastalar için yürüyüş ve dengeyi arttırmaya yönelik egzersiz programları fizyoterapist eşliğinde uygulanır.
- Baş dönmesine neden olabilecek ani hareketlerden kaçınması öğretilir.
- Hasta İTAKİ Düşme Riski ölçeği ile değerlendirilir.

#### **Değerlendirme**

- Hemşirelik girişimleri uygulanarak hastanın düşme riski İtaki düşme riski puanı 16'dan 10'a düşürüldü, gerekli ortam düzenlemeleri ile hastanın güvenliği sağlandı.

### **Hemşirelik Tanısı 2: Yaralanma Riski** (Alan 11. Güvenlik/Korunma)

**Etyolojik faktörler:** Baş dönmesi, düşme, baygınlık geçirme

**Beklenen hasta sonuçları:** Hastada yaralanmanın gözlenmemesi

#### **Hemşirelik Girişimleri**

- Çarpma, düşme ve yaralanmalara karşı dikkatli olması için ortam düzenlemesi yapılır.
- Geceleri ışıkla odalarda yeterli aydınlatma sağlanır.
- Dışarıda ışık parlamasını azaltmak için güneş gözlüğünü vb. kullanması gerektiği açıklanır.
- Hastanın yatak kenarında oturup dinlendikten sonra ayağa kalkması öğretilir.
- Sıvı volüm kaybı, uzun süreli yatak istirahati, valsalva manevrası kullanımı gibi durumlar bireylerde düşerek yaralanma riskine neden olabileceği için bu etmenlere bağlı durumlar gözden geçirilir.

#### **Değerlendirme**

- Hemşirelik girişimleri uygulanarak hastanın yaralanma riski en aza indirilmeye çalışıldı, sorunun hala devam ettiği belirlendi.

### **Hemşirelik Tanısı 3: Etkisiz Başetme** (Alan 9. Baş etme- stres toleransı)

**Etyolojik faktörler:** Vertigo hastalığı, kendisine yönelik olumsuz inançlar

**Beklenen hasta sonuçları:** Olumlu baş etme girişimleri göstermesi, korku ve endişelerinin giderilmesi

#### **Hemşirelik Girişimleri**

- Destekleyici bakım sağlayarak vakit geçirilir.
- Duyguların ifade edilebilmesi için birey cesaretlendirilir.
- Gerçekçi bir değerlendirme sunulur.
- Bireyin önceden karşılaştığı sorunları nasıl çözdüğü ile ilgili düşünmesi, şimdiki sorununda da bunları uygulayıp uygulayamayacağı tartışılır.
- Baş dönmesini tetikleyici olmayacağı düşünülen aktiviteler (denge egzersizi, ergoterapi, yürüyüş vb) için günlük en az 30 dakika zaman ayırabilmesi için cesaretlendirilir.
- Baş dönmesine sebep olmayacak ya da tetiklemeyecek şekilde bazı gevşeme aktiviteleri (ergoterapi, meditasyon vb) için zaman ayırması gerektiği söylenir.
- Baş dönmesine neden olmayacak stres yönetimi tekniklerini öğrenmek ve kullanmak için fırsatlar sunulur.
- Kendisini ifade edebileceği yakınlarından destek alması konusunda bilgilendirilir.
- İlaçları nasıl kullanacağı konusunda bilgilendirme yapılır.

#### **Değerlendirme**

- Hemşirelik girişimleri uygulanarak hastanın durumla baş etmeye hazır olduğu görüldü ve hasta kendisini daha iyi hissettiğini söyledi.



**Hemşirelik Tanısı 4: Anksiyete** (Alan 9. Baş Etme/Stres Toleransı)

**Etyolojik faktörler:** Baş dönmesi, ilaç kullanımı

**Beklenen hasta sonuçları:** Hastanın korku ve endişelerinin giderilmesi

**Hemşirelik Girişimleri**

- Anksiyete düzeyi belirlenir (hafif, orta, şiddetli).
- Mevcut baş etme mekanizmaları desteklenir.
- Konuşmasına ve kendini ifade etmesine izin verilir.
- Kişisel alana saygı gösterilir.
- Bir çözüm bulma konusunda güvence sağlanır.
- Vertigo sorununu sıklıkla yaşayan bireylerde şiddetli anksiyete ve panik oluşabilir bu durumlarda kişinin yanında birinin bulunması sağlanmalıdır.
- Ailesinden veya yakın arkadaşlarından destek sistemleri oluşturulur ve anksiyetesi konusunda destek olunması sağlanır.
- Özellikle baş dönmesinin tetiklenmesine neden olan uyaranların azaltılması, sessiz ve hafif ışıklandırılmış bir ortam, anksiyeteyi azaltabilir.

**Değerlendirme**

- Hemşirelik girişimleri uygulanarak hastanın korku ve endişeleri giderildi.

**Hemşirelik Tanısı 5: Bilgi Eksikliği** (Alan 5. Algılama/Kavrama)

**Etyolojik faktörler:** İlaç kullanımı, hastane başvurusunun geç olması

**Beklenen hasta sonuçları:** İlaçlarını düzenli kullanacağını söylemesi, gerektiğinde hekim kontrolüne gideceğini ifade etmesi

**Hemşirelik Girişimleri**

- İlaç tedavisinin dozu, kullanım şekli, yanlış kullanımı, yan etkileri konusunda bilgilendirme yapılır.
- İlaçla etkileşim oluşturabilecek diğer ilaçlar veya besinler varsa bunlara yönelik bilgilendirme yapılır.
- Baş dönmesi yan etkisi olan ilaçlar hakkında bilgilendirme yapılır.
- Bireyin durumuna göre baş dönmesine sebep olan tetikleyiciler konusunda kişi bilgilendirilir.
- Vertigo hakkında sözlü/ yazılı materyaller kullanılarak bilgi verilir.
- Baş dönmesine neden olabilecek hareketler hakkında bilgilendirme yapılarak, bu hareketlerden kaçınması sağlanır.
- Baş dönmesinin yoğun olduğu dönemlerde dinlenme periyotları yapması sağlanır.
- Tuz tüketimini günlük 2 gr altında tutması konusunda bilgi verilir.
- Kafein tüketimi fazlaysa azaltması sağlanır.
- Vestibüler egzersizlerin uygulanma şekli konusunda bilgilendirme yapılır.

**Değerlendirme**

- Hemşirelik girişimleri uygulanarak hastanın bilgi eksikliği giderildi, hastalık yönetimi konusunda hasta bilgilendirildi.

## 2. Sonuç

Sonuç olarak vertigo sık görülen bir durum olup, ilaç tedavisine uyum olmadığı zaman yaşam kalitesini düşüren, yaralanma riskini artıran ve anksiyeteye neden olan bir hastalıktır. Bu çalışmada, vertigoya bağlı hastanın yaşadığı sorunların çözümüne odaklanarak Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ile NANDA hemşirelik tanıları kullanılarak hemşirelik bakımı planlandı. Alınacak önlemler ve uygulanacak hemşirelik girişimleri sayesinde vertigoya bağlı düşen yaşam kalitesinin yükseltilebileceği görülmüştür. Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ile ana sorunları kısa sürede belirlemek hemşireler için önemlidir. Ayrıca bu model, hemşirelik bakımında profesyonelliğin artmasını sağlayarak hemşirelik bakımını sistematik bir hale getirmektedir.

Bu çalışmanın hem hemşirelere hem de hemşirelik öğrencilerine bir rehber niteliğinde olması, benzer vakalarda profesyonel hemşirelik bakımı sunmalarında kolaylık sağlaması beklenmektedir. Verilen hemşirelik bakımı, olguya özgü olduğu için sınırlı hemşirelik tanısına yer verilmiştir ve bu durum olgu makalesinin

sınırlılığını oluşturmaktadır. Konuya yönelik olgu sunumları ve çalışmalar çeşitlendirilerek literatürün zenginleşmesi sağlanmalıdır.

### Çıkar Çatışması

Yazar herhangi bir çıkar çatışması yaşamadığını beyan etmişlerdir.

### Kaynakça

Çelebisoy, N. (2013). Vestibüler sistem anatomi ve fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology-Special Topics*, 6(2), 1-9.

Enç, N., Uysal, H., & Öz Alkan, H. (2015). Kardiyovasküler uygulama öğrenci eğitim modülü. İçinde: N. Enç & G. Can (Editörler), *İç hastalıkları hemşireliği uygulama öğrenci eğitim modülü* (2. baskı, s. 103–108). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: process and application* (3. baskı). Mosby. <http://books.google.com/books?id=bUFtAAAAMAAJ>

Gordon, M. (1982). Functional health patterns. İçinde: *Nursing diagnosis: process and application* (s. 81). New York: McGraw-Hill.

Gürhan, N., Görgülü Polat, Ü., & Eren Fidancı, B. (2019). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı: Bakım Planlanmasında Kanıtı Dayalı Rehber* (s. 121–355, 794–79). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Hackenberg, B., O'Brien, K., Döge, J., Lackner, K. J., Beutel, M. E., Münzel, T., Wild, P. S., Pfeiffer, N., Chalabi, J., Matthias, C., & Bahr-Hamm, K. (2023). Vertigo and its burden of disease: Results from a population-based cohort study. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 8(6), 1624–1630. <https://doi.org/10.1002/liv.2.1169>

Kaya, H., & Acaroğlu, R. (2018). *Hemşirelik Tanıları: Tanımlar ve Sınıflandırma 2015–2017* (s. 205–247). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Muncie, H. L., Sirmans, S. M., & James, E. (2017). Dizziness: Approach to evaluation and management. *American Family Physician*, 95(3), 154–162. PMID: 28145669.

Neuhauser, H. K. (2016). The epidemiology of dizziness and vertigo. İçinde: *Handbook of Clinical Neurology*, 137, 67–82. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63437-5.00005-4>

Oğuz, S., Ünver, V., Çamcı, G., & Kocatepe, V. (2023). *Semptom Yönetimi ve Hemşirelik*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.

Pfeiffer, M. L., Anthamatten, A., & Glassford, M. (2019). Assessment and treatment of dizziness and vertigo. *The Nurse Practitioner*, 44(10), 29–36. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000579744.73514.4b>