



# **BİDGE Yayınları**

Riskli Çocuk ve Ailelerde Pediatri Hemşireliği

**Editör:** Doç. Dr. Nevin Uslu

ISBN: 978-625-372-518-1

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 25.12.2024

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

[www.bidgeyayinlari.com.tr](http://www.bidgeyayinlari.com.tr) - [bidgeyayinlari@gmail.com](mailto:bidgeyayinlari@gmail.com)

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /  
Ankara



## İçindekiler

Suçta Sürüklenen Ergenlerde Değişimin Anahtarı: Duygu Düzenleme Becerilerinin Geliştirilmesi.....	5
Nevin USLU.....	5
Gizem BEKTAŞ.....	5
Yenidoğan'da Non-invazif Mekanik Ventilasyon Desteği ve Hemşirelik Bakımı .....	61
Sultan GÜNER BAŞARA.....	61
Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU .....	61
Otizimli Çocuklara Sahip Olan Ailelerle Yapılan Hemşirelik Lisansüstü Tezlerinin İncelenmesi: Sistematik Derleme .....	95
Serap KIRICI.....	95
Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU .....	102
Sultan GÜNER BAŞARA.....	102
Solunum Sistemi Hastalıkları ve Pediatri Hemşireliği .....	118
Meltem PEPE .....	118
Çocuk İstismarı Farkındalığı ve Koruma Yöntemleri.....	184
Meltem PEPE .....	184
Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU .....	229
Sultan GÜNER BAŞARA <sup>2</sup> .....	229
Kronik Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Hemşirelik Bakım Süreci .....	246
Emine BEYAZ .....	246
Yenidoğan Yoğun Bakımlarda Aile Temelli Bakım Yaklaşımları: Aile Entegre Bakım.....	275
Müge SEVAL.....	275
Derya YİĞİT .....	275

Mine BEKTEŞ.....	300
Recep KARA.....	300

# BÖLÜM I

## **Suçta Sürüklenen Ergenlerde Değişimin Anahtarı: Duygu Düzenleme Becerilerinin Geliştirilmesi**

**Nevin USLU<sup>1</sup>**  
**Gizem BEKTAŞ<sup>2</sup>**

### **1. Suçta Sürüklenen Çocuk Kavramı ve Ergenlik**

Çocuk suçluluğu, henüz reşit olmamış bireylerin yasalara aykırı eylemler gerçekleştirmeleri veya suçla karşı karşıya kalmaları durumudur (Bülbül & Doğan, 2016). Oto-kontrolün öğrenildiği çocukluk çağında, dürtüsellik ile hareket etmenin sonucunda suç olabilecek davranışlar meydana gelebilmektedir (Güler, 2017). Fiziksel, zihinsel ve ruhsal açıdan yeni rollerini keşfetmeye çalışan çocuk, kritik dönem olan ergenlik çağında zorlanmaya ve uyum

---

<sup>1</sup> Doç. Dr., Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aile Çalışmaları Tezli Yüksek Lisans Programı, Burdur/Türkiye, Orcid: 0000-0002-8142-0749, nuslu@mehmetakif.edu.tr

<sup>2</sup> Psikolojik Danışman, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aile Çalışmaları Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi, Burdur/Türkiye, Orcid: 0009-0008-6705-5141, 2130201905@ogr.mehmetakif.edu.tr

sorunları yaşamaya başlar. Bu süreçte ailevi, toplumsal ve ekonomik sorunlara maruz kalan çocuklar, yaşam standartlarının altında kalmaya başlar ve kurallara uyma konusunda zorluk yaşayıp suça karışabilmektedirler (Bülbül & Doğan, 2016).

Çocuk suçluluğu içerisinde önyargı barındıran bir kavramdır. Suç eğer belli bir irade ile gerçekleştirilirse suç olarak kabul edilmektedir. Çocuklar yeterince gelişmemiş bir iradeye sahip oldukları için ebeveynler ya da diğer toplumdaki kişilerce sömürülebilmekte ve suçlu konumuna düşürülebilmektedir. Bu açıdan çocuklar suç işlemiş gibi görünseler de aslında istismar edilmektedirler. Çocuk suçluluğu bir bakıma çocuk istismarı olarak kabul edilmelidir (Eryalçın ve Duyan, 2021). Çocuk suçluluğu, 19. Yüzyılda işsizlik ve ahlaki bozulma nedeniyle ortaya çıkmakla birlikte politik, sosyal ve hukuki müdahalelere bağlı olarak tanımlanmakta ve bu konudaki yaptırımlar sürekli güncellenmektedir (Eryalçın ve Duyan, 2021).

Ülkemizde çocuk suçluluğu veya suçlu çocuk kavramı yerine suça sürüklenen çocuk kavramı kullanılmaktadır. “Suçlu çocuk yoktur suça sürüklenen çocuk vardır” ilkesi ile hareket ederek, Çocuk Koruma Kanunu suça sürüklenen çocuğu, “Kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuk” olarak tanımlamıştır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). İlgili kanunda çocuğun suça itilmiş olması vurgulanmakta ve suç eyleminin gerçekleşmesinde en az payın çocukta olduğu sonucuna varılmaktadır (Güler, 2017; Bülbül & Doğan, 2016). Ayrıca çocuk, korunma ihtiyacı olan ve ceza adalet sisteminin öznesi olmayan bir birey olarak da kabul edilmektedir.

Çocukların işlediği suçlar yetişkinlerden farklıdır. Çocuk suçluluğunu klasik ceza hukukunda belirtilen tanımlarla açıklamak mümkün değildir. Çünkü bu kavram sadece hukuksal boyutu olan bir kavram değil beraberinde psiko-pedagojik ve sosyal yönü de olan bir kavramdır. Çünkü çocukluk dönemi belirli gelişim dönemlerinden oluşan bir süreçtir ve bu süreçte bu gelişim dönemlerinin özellikleri dikkate alınmalıdır (Eryalçın ve Duyan, 2021). Bu doğrultuda Türk Ceza Kanunu cezai ehliyeti konusunu, suçun işlendiği tarihten itibaren 0-12, 12-15 ve 15-18 yaş grubu olmak üzere üçe ayırmıştır. Cezai sorumluluk yaşı 12 yaşının tamamlanması ile kazanılmakta, 12-15 yaş grubunda suç fiilinin anlamını ve sonuçlarını anlama, davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı halinde indirimlerle birlikte çocuğa özgü ceza uygulanmakta, 15-18 yaş grubunda ise çocukların cezai sorumlulukları kabul edilerek duruma göre indirimli şekilde ceza uygulanmaktadır (Türk Ceza Kanunu, 2004). Çocuk Koruma Kanunu'nda, çocuklara özgü, özgürlüğü kısıtlayıcı cezaların en son çare olarak kullanılması gerektiği vurgulanmakta ve bunun yerine koruyucu ve önleyici güvenlik tedbirlerinin uygulanması önerilmektedir (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). Bu durum çocukların gelişimsel özellikleri gereği ceza sorumluluğu, çocukluk çağının ceza sorumluluğuna etkileri ile açıklanmaya çalışılmakta; hatta bu gelişimsel yaş aralıkları toplumdan topluma değişmesi sebebiyle cezai sorumlulukları da ülkeden ülkeye değişebilmektedir (Güler, 2017).

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2023 yılında güvenlik birimlerine gelen veya getirilen çocuklar incelendiğinde; 537.583 çocuk olduğu, bu çocuklardan 242.875'inin mağdur, 178.834'ünün

suça sürüklenen, 11.179'unun kabahat işlediği iddia edilen, 84.751'inin bilgisine başvuru, 15.716'sının kayıp çocuk olduğu tespit edilmiştir. Suça sürüklenen çocuklardan yaklaşık 142.894'ünün erkek, 35.940'ının kadın olduğu, karışılan suçların başında yaralamanın geldiği, sırasıyla hırsızlık, pasaport kanununa muhalefet, uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanmak, satmak, satın almak, tehdit ve diğer suçlar olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu çocuklardan 9.893'ünün 11 yaşından küçük, 51.537'sinin 12-14 yaş aralığında, 117.266'sının ise 15-17 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Özellikle ergenlik dönemi suça sürüklenme açısından riskli bir dönemdir. Çünkü ergenlik dönemindeki çocuklar, özerklik arayışları ve risk alma eğilimleri nedeniyle yetişkinlere kıyasla daha saldırgan davranışlar sergilemekte ve suça yönelme olasılıkları daha yüksektir (Bülbül & Doğan, 2016). Delcea ve arkadaşlarının suça karışan çocuklarla yaptıkları çalışmada; çocukların çoğunun 15-16 yaşları arasında ve erkek olduğu, çocukların en sık işlediği suçun ise sırasıyla hırsızlık, ehliyetsiz araç kullanımı, ciddi bedensel yaralama ve soygun suçlarının olduğu belirlenmiştir (2019). Fındıklı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ergen psikiyatri birimine yönlendirilen suça sürüklenen çocukların %87.8'inin erkek olduğu, suç işlemenin 14-17 yaş aralığında arttığı ve en sık 14 yaşında görüldüğü, en çok işlenen suçun ise hırsızlık olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada erkek çocuklarının suça karışmasına yönelik iki nedene vurgu yapılmıştır. Birincisi toplumun kız çocuklarına karşı daha korumacı yaklaşması, ikincisi ise erkek çocuklarının saldırgan davranışlara daha meyilli olmasıdır (Fındıklı ve ark., 2016). Beşer ve arkadaşlarının (2016) çalışmasına göre, erkek cinsiyet, psikiyatrik

tanılar (özellikle davranış bozukluğu), kalabalık aile yapısı, eğitimi bırakma, ebeveyn yasal sorunları, madde kullanımı, göç ve kötü aile ilişkileri gibi bireysel ve çevresel faktörler, çocukların suça yönelimini artırmaktadır.

## **2. Duygu Düzenleme Becerileri**

Duygular, bireylerin çevreleriyle etkileşime girmeleri sonucu oluşmaktadır. Gelişim dönemleri, psikolojik ve çevresel etkenlerin birbirleriyle etkileşimi sonucunda kişinin duyguları ortaya çıkmaktadır. Duygular bilinçli veya bilinçsiz, kültüre göre ya da kişinin kendisine göre şekillenebilmektedir (Weiss ve ark., 2020). Duygu düzenleme, duygusal uyarıcılarla karşılaşıldığında bireyin kendi içinde bulunduğu ortamla uyumlu bir şekilde duygularını düzenleyebilme yetisidir (Gross, 2015a; Gross, 2015b; McRae & Gross, 2020; Springstein & English, 2024). Duygu düzenleme, kişinin hangi duygulara sahip olduğunu, bu duygulara ne zaman sahip olduğunu ve bu duyguları nasıl deneyimlediğini veya ifade ettiğini şekillendirme süreci olarak tanımlanmaktadır (Gross, 2014). Duygu düzenleme becerileri, bireyin sağlıklı sosyal ve duygusal gelişim için kritik olan uyarlanabilir davranışı teşvik etmek amacıyla duyguları yönetmesine olanak tanımaktadır (Morris ve ark., 2017). Bu süreçte birey ya problem çözecek ya da oluşan duruma uyum sağlayacaktır. İnsan ilişkilerinde ve yeni durumlara uyum sağlamada oldukça işe yarayan duygu düzenleme, kişilerin gelişimine de katkı sağlamaktadır. Duygu düzenleme becerisi kazanılmadığı takdirde patolojilerin ortaya çıkmasına sebebiyet verebilmektedir (Güngör, 2019). Duygu düzenleme güçlüklerinin neden olabileceği davranışlar arasında kendisine ve çevresine zarar verebilecek

davranışlar, alkol ve madde kötüye kullanımı yer almaktadır (Güngör, 2019).

Aldao ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışmaya göre, psikopatolojiye karşı koruyucu olduğu geniş ölçüde teorize edilen üç duygu düzenleme stratejisi; yeniden değerlendirme, problem çözme ve kabul etmedir. Psikopatoloji için risk faktörleri olduğu tutarlı bir şekilde tartışılan üç strateji ise bastırma (hem dışavurumsal baskılama hem de düşünce baskılama dahil), kaçınma (hem deneyimsel kaçınma hem de davranışsal kaçınma dahil) ve ruminasyondur. Problem çözme, yeniden değerlendirme ve bilinçli farkındalık (uyumlu duygu düzenleme stratejileri), bireylerin duygularını sağlıklı bir şekilde yönetmelerine ve olumsuz duygularla başa çıkmalarına yardımcı olan yöntemler olarak öne çıkarken, bastırma ve kaçınma gibi stratejiler (uyumsuz duygu düzenleme stratejileri) duygusal sorunları çözmek yerine daha da kötüleştirebilir. Bununla birlikte, bu stratejilerin psikopatolojiyle ne derece ilişkili olduklarının doğrudan bir karşılaştırmasına ihtiyaç vardır (Aldoa ve ark., 2010).

Gross'un duygu düzenleme süreç modeline göre, bireyin mevcut durumu hedeflerine uygun olarak ele alması ve yorumlaması ile duygusal deneyim ve ifadeler ortaya çıkmaktadır. Duygu üretimi ve duygu düzenlemesi, zaman içinde ortaya çıkan karmaşık dinamik süreçler olarak kabul edilmektedir. Bu süreçler, diğer insanların tepki verme biçiminden ve genel durumundan etkilenmektedir. Genel olarak açıklanan süreçler, zamana, kişilerarası bağlama ve çevresel geri bildirimle göre farklılık gösteren çok çeşitli duygu düzenleme dinamiklerini içermektedir. Gross, duygusal düzenlemede beş aşamadan bahsetmektedir. Bunlar; durum seçimi,

durum değişikliği, dikkat dağıtımı, bilişsel değişim ve tepki modülasyonudur. Bu süreçlerin her birinin, uygulanabilecekleri zaman noktasına ve duygu üretme süreci üzerinde sahip oldukları birincil etkiye göre farklılık gösterdiği düşünölmektedir. İlk dört aşama öncöl odaklı olarak kabul edilmekte ve duygular tam olarak ifade edilmeden önce duygu üretme döngüsünü etkilemektedir. Tepki modülasyonunun ise durum seçimi ve dikkat dağıtımı gibi daha önceki süreçler devreye girdikten sonra (örneğin, halihazırda oluşturulmuş duyguları örtmek veya gizlemek) meydana gelen davranışsal ifadelere odaklandığı kabul edilmektedir. (Quoidbach ve ark., 2015; Gross, 2015a; Gross, 2015b; McRae & Gross, 2020; Springstein & English, 2024).

Gross ve Feldman Barrett tarafından önerilen teorik bakış açılarına göre, duyguların zamanla ortaya çıkan çeşitli bölümleri vardır (örneğin, temel, değerlendirme, sosyal inşa). Belirli bir duygu düzenleme biçiminin "iyi" veya "kötü" olduğuna dair önsel bir varsayım yoktur. Ancak, herhangi bir duygu düzenleme stratejisine aşırı derecede güvenmek veya durumsal talepleri ve bağlamı göz ardı etmek olumsuz sonuçlara yol açabilir. Örneğin, duygusal olarak zorlayıcı sosyal durumlardan kaçınmak gibi kalıcı veya kronik durum seçimi, sosyal kaygıya neden olabilir. Öte yandan, dikkat dağıtımı bazı durumlarda kişinin önemli durumsal ve sosyal bilgileri kaçırmasına neden olabilir (Gross, 2015a; Gross, 2015b; McRae & Gross, 2020; Springstein & English, 2024). Gross, duygu düzenlemeyi hem içsel hem de dışsal olarak tanımlamıştır. Duygu düzenleme stratejilerini öncöl odaklı (tepkiden önce) ve yanıt odaklı (tepkiden sonra) olarak ikiye ayırmıştır. Öncöl odaklı düzenleme, tepkiden önce duyguları anlamlandırıp yeniden düzenlemeyi, yanıt

odaklı ise tepkiden sonra duygusal tepkilerin gerçekleşmesini ifade etmektedir (Gross, 2015a; Gross, 2015b; McRae & Gross, 2020; Springstein & English, 2024).

### **3. Ergenlik Döneminde Duygu Düzenleme Becerileri**

Tüm düzenleyici işlevler gibi duygularımızı düzenleme kapasitemiz de erken yaşlardan yetişkinliğe kadar gelişmektedir. Kanıtlar, duygusal kontrolün ergenlik döneminden yetişkinliğe doğru geliştiğini göstermektedir (Schweizer ve ark., 2020; Crowell, 2021). Yapılan çalışmalarda duygu düzenlemenin olumlu yakın ilişkiler, olumlu sosyal davranış, sosyal beceriler, içselleştirme ve dışsallaştırma davranışları, akademik ve mesleki başarıda dahil olmak üzere fiziksel, davranışsal ve zihinsel sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Aldoa ve ark., 2010; Fisk&Friesen, 2012; Morris ve ark., 2017; Winiarski ve ark., 2017; English & Eldesouky, 2020, Hoffman ve ark., 2020).

Gelişimsel teorilere göre küçük çocuklar, bu yetenekleri aşamalı olarak içselleştirmeden önce, duyguları düzenlemek için başlangıçta bakıcılarıyla olan etkileşimlerine güvenirlir. Çocuklar okul öncesi döneme geldiklerinde genellikle ruhsal durumlarını yönetmek için geniş bir davranışsal ve bilişsel strateji repertuarı oluşturmaktadırlar ve bu stratejiler ergenliğe ulaştıkça daha da gelişmektedir. Ancak tüm çocuklar sağlıklı bir duygu düzenleme profili geliştirememekte, bazıları adaptif duygu düzenleme strateji geliştirebilirken bazıları maladaptif duygu düzenleme stratejileri geliştirebilmektedirler (Rogosch ve ark., 2013; Braet ve ark., 2014; Cracco ve ark., 2015; Schäfer ve ark., 2017).

Ergenlik, bireyin kimlik gelişimi ve duygusal olgunlaşma süreçlerinin yoğunlaştığı bir dönemdir. Bu dönemde, hormonal değişimlerin etkisiyle duygular daha yoğun yaşanır ve bu duyguların düzenlenmesi zorlaşabilir. Ergenlik sürecinde sorunlarla karşılaşan ergenlerin ailelerinden öğrendikleri başetme mekanizmalarını, bilişsel esneliği ve problem çözmeyi kullanmaları olasıdır. Bir kriz süreci olabilen ergenlikte gençler sağlıklı olmayan başetme mekanizmalarını sıklıkla kullanabilmekte ve başedemedikleri sorunları yok sayabilmekte ve kaçınmayı kullanabilmektedirler (Bedel ve ark., 2015). Çeşitli duygularla başetmek durumunda kalan ve olumsuz duygular yaşayabilen ergenlerin duygusal regülasyonları bozulabilmektedir (Sarıtaş Atalar & Altan Atalay, 2018). Literatürde ergenlerdeki duygusal düzenleme yaşı ile ilgili farklı çalışma bulguları bulunmakta ve bu konuda kesin bir fikir birliği sağlanamamaktadır. Cracco ve arkadaşlarının (2017) 8-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerle yaptıkları çalışmada, 12-15 yaş arasındaki ergenlerde uyarlanabilir stratejilerin kullanımının azaldığı ve maladaptif stratejilerin kullanımının arttığı bildirilmektedir. Sanchis-Sanchis ve arkadaşlarının çalışmasında 9-12 yaş grubundaki çocukların ve ergenlik öncesi çocukların, duygu düzenleme stratejilerinde 13-16 yaş grubuna göre daha düşük puanlar aldığı belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada kızların küçüklüklerinde erkeklerden daha yüksek puanlar almalarına karşın, büyüdüklerinde erkeklerden daha düşük puanlar alma eğiliminde oldukları saptanmıştır (Sanchis-Sanchis ve ark., 2023).

Ergenlerin duygu düzenleme stratejileri incelendiğinde, içsel işlevsel yöntemlerin en çok tercih edilenler arasında olduğu bulunmuştur (Hendekçi, 2019). Yapılan bir çalışmada; içe yönelim

sorunları olan ergenlerin bilişsel düzenleme stilini, dışa yönelim sorunları olan ergenleri davranışsal düzenleme stilini ve eşzamanlı içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları olan ergenlerin ise maladaptif düzenleme stilini kullandıklarını bildirilmektedir (Brinke ve ark., 2021). Ayrıca ergenlikte belirli stratejilerin (yani, bastırma, ruminasyon ve kaçınma) alışılmış kullanımının artan depresyon ve kaygı oranlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Aldao ve ark., 2010; Larsen ve ark., 2013; Palmer ve ark., 2018; Akbulut, 2018; De France ve ark., 2019). Ergenlikte duygu düzenleme ile ilgili yapılan bir metaanaliz çalışmasında; kaygı ve depresyonun problem çözme, yeniden değerlendirme ve kabul etme ile olumsuz yönde, kaçınma, ruminasyon ve bastırma ile olumlu yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Schäfer ve ark., 2017). Bu çalışma sonuçları, duygu düzenleme süreçlerinin ruhsal bozuklukların gelişiminde ve sürdürülmesindeki rolünü göstermektedir. Ayrıca ergenlerin duygu düzenlemelerinde öz düzenleme eğilimleri değiştiğinde, ergenlerin öz düzenleme yöntemleri de değişebilmektedir. Ergenler bilişsel öz-düzenleme stratejilerini çocuklara göre daha fazla kullanabilmektedir (Compas ve ark., 2017; Larsen & Luna, 2018).

Ergenlikte ebeveynler ve akranlar, temel gelişimsel görevlerden biri olan duygu sosyalleşmesi ve özerk işlevsellik yoluyla ergenlerin duygu düzenlemesinin gelişiminde önemli aktörlerdir. Duygu sosyalleşmesi, bakıcıların duyguları yorumlamanın ve ifade etmenin normatif yollarına aracılık ettiği çok çeşitli sosyal, sözel ve somutlaşmış uygulamaları içeren dinamik bir süreçtir (Cekaite & Ekström, 2019). Araştırmalar, duygusal zekanın temel bileşenlerinden biri olan duygu sosyalleşmesinin gelişiminde ebeveyn-çocuk ilişkisi ve aile ortamının etkili olduğunu göstermiştir

(Morris ve ark., 2017a; Morris ve ark., 2017b). Yapılan farklı çalışmalarda, "pozitif" ebeveyn tutumlarının (bakıcı sıcaklığı, duygusal duyarlılık vb), erken-orta çocukluk döneminde yeniden değerlendirmenin daha sık kullanılmasından ergenlik döneminde daha iyi psikososyal uyum sağlamaya kadar uzanan, gençlerde daha iyi duygu düzenleme sonuçlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Gunzenhauser ve ark., 2014; Morris ve ark., 2017a; Morris ve ark., 2017b; Cui ve ark., 2020). Başka bir çalışmada da 5 yaşındaki pozitif ebeveyn tutum ve davranışlarının, 15 yaşında daha iyi sosyo-duygusal uyumu öngördüğü ve özellikle bu ilişkinin 10 yaşında artan duygusal düzenleme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Perry ve ark., 2020). Pozitif ebeveyn tutumları, hem sağlıklı hem de psikiyatrik tanıları olan gençlerde daha iyi duygu düzenleme ve psikososyal sonuçlar sağlamaktadır (Breaux ve ark., 2018; Boldt ve ark., 2020; Cui ve ark., 2020; Thompson et al., 2020; Zhang ve ark., 2020). Bununla birlikte, ebeveynlerin gençlerin olumlu duygularına verdikleri tepkilerle farklı şekillerde ilişkili olduğu, ebeveynlerin kendi duygu düzenlemeleri ile çocuklarının duygu ifadelerine verdikleri yanıtların da birbiri ile ilişkili olduğu görülmektedir (Nyquist ve ark., 2022). Ayrıca ergenlerin duygu düzenleme nörobiyolojisinde aile ve ebeveynlik davranışlarının rolünün olduğu vurgulanmaktadır (Silvers, 2022; Kerr ve ark., 2022; Lin ve ark., 2024). Ek olarak, düşük sosyoekonomik risk (daha yüksek sosyoekonomik statü ve daha düşük ev kaosu) ve daha olumlu bir aile duygusal bağlamı (ebeveyn duygu düzenlemesi, ebeveyn duygu düzenlemesi, ebeveynlik uygulamaları ve ebeveyn-ergen ilişkisi kalitesi) duygu düzenlemede yıldan yıla artan daha büyük artış ile ilişkilidir (Herd ve ark., 2020). Sosyoekonomik risklerle dolu bir

evde büyümenin getirdiği zorluklar, ergenlik dönemindeki duygu düzenlemeyi olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Ergenlik dönemindeki bir diğer önemli sosyal değişim, akranlarla ilişkilerdir ve romantik ilişkilerin başlamasıdır. Ebeveynlerle ilişkilerden farklı olarak akranlar arasındaki ilişkiler tamamen yataydır ve dışsal duygu düzenlemeyle ilişkilendirilmektedir (Dixon-Gordon ve ark., 2015; Miller-Slough ve Dunsmore, 2016 ). Cinsiyet farklılıkları açısından, arkadaşlarından cezalandırıcı tepkiler (yani ebeveynlerin ergenlerin duygularına maruziyetini azaltan bir ceza) algılayan ergen kızlar, erkeklere göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşamaktadırlar (Miller-Slough ve Dunsmore, 2016). Azpiazu Izaguirre ve arkadaşlarının çalışmasında (2021); arkadaşlardan gelen desteğin ve duygu düzenlemenin de dayanıklılığı açıkladığı, aile ve öğretmenlerin desteğinin de duygu düzenlemeyi yordadığı belirlenmiştir. Duygu düzenleme ve sosyal desteğin ergenlerde yaşam doyumunu dayanıklılık yoluyla dolaylı olarak etkilediği bulunmuştur.

Ergenlik döneminde duygu düzenleme stratejilerinin ve yeteneklerinin gelişiminin tam olarak tanımlanması gerekmektedir. Rothenberg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ergenlerde günlük üzüntü veya öfke artışlarının depresif veya agresif semptomların ortaya çıkma riskini artırabileceği belirtilmektedir. Bununla birlikte çalışmada, günlük üzüntü ve öfkeyi tanımlama ve bunlarla başa çıkma stratejilerinin tüm ergenlere tanıtılması gerektiği vurgulanmaktadır (2019). Özellikle literatürde ergenlik döneminde boylamsal çalışmaların sınırlı olması, duygu düzenleme stratejileri ve yetenekleri kavramları arasındaki ortak bir tanımın olmaması ve

kafa karışıklığının olması literatürdeki konu ile ilgili sınırlılıkların olduğunu göstermektedir.

Duygu düzenleme nörofizyolojik, bilişsel, davranışsal ve sosyal bileşenleri içermektedir. Ergenliğin duygu düzenlemenin gelişimi için özel bir dönem olduğu genel olarak kabul edilse de çoklu duygu düzenleme süreçlerinin gelişimsel yönleri hakkında bilgi eksiktir. Çalışmaların çoğu kesitseldir. Bu durum yaş farklılıklarını grup etkileriyle karıştırabilir ve stratejiler, etkililik ve hedefe ulaşma becerileri gibi spesifik süreçlerin yaşla birlikte nasıl değiştiğinin doğrudan araştırılmasına izin vermemektedir. Duygu düzenlemede yer alan farklı süreçler de nadiren açıkça ayırt edilmekte ve sınırlı sayıda strateji araştırılmış durumdadır. Bu nedenle, ergenlerin yeni ve farklı bağlamları deneyimlerken çeşitli stratejileri nasıl harekete geçirdikleri, bu konuda ne kadar etkili oldukları ve ergenlik döneminde diğer yapılarla ilişkili olarak duygu düzenleme yönlerinin nasıl değiştiği konuları hala belirsizliğini korumaktadır (Fombouchet ve ark., 2023).

#### **4. Suça Sürüklenen Ergenlerde Duygu Düzenleme**

Ergen suçluğunda etkili olabilen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; bireysel (cinsiyet, yaş, psikolojik bozukluklar, kalıtsal etkenler), ailesel (aile yapısı, ilişkileri, eğitim düzeyi ve tutumları), çevresel (akran grupları ve eğitim oranı) ve toplumsal (ekonomi, eğitim sistemi ve kültürel normlar/politikalar) faktörlerdir (Nisar ve ark., 2015; Evans ve ark., 2016; Trinidad ve ar., 2020; Bagheri ve ark., 2022; Abhishek & Balamurugan, 2024). Literatürde ergenlerin tutuklanmasıyla ilişkili bireysel statik (ırk/etnik köken, sosyoekonomik durum ve cinsiyet) ve dinamik faktörler (madde kullanımı, saldırganlık, hiperaktivite ve duygu düzenleme)

belirlenmiştir. Her ne kadar bu faktörler bazı tedavi ihtiyaçlarının belirlenmesinde yardımcı olsa da ergenlik dönemindeki suçluluk riskinin dinamik tablosu hala eksiktir (Kemp ve ark., 2017). Dinamik faktörler, tekrar suç işleme olasılığını artırabilen bireylerin ve çevrelerinin değişebilir yönleridir (Mann ve ark., 2010). Dinamik faktörlerin değerlendirilmesi, tekrar suç işleme riskini azaltmak ve tedavi ilerlemesi hakkında fikir vermesi bakımından müdahaleler için hedefler belirlemeye yardımcı olacaktır (Klepfisz ve ark., 2016). Duygusal düzenleme ile ergen suçluluğu arasındaki ilişkinin aydınlatılması, mevcut tedavi seçeneklerini geliştirme ve risk altındaki ergen suçluluğu oranlarını azaltma potansiyeli taşımaktadır.

Ergenlik döneminde gelişim dönemi ile ilgili yaşanan değişimler ergenlerin bazı sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Ergenlerin duygusal olarak yaşadıkları problemler yaşlarına, okula ve ailelerine karşı tutumlarına, zekalarına ve aidiyet hissetmelerine göre farklılık gösterebilmektedir. Bu gelişim kriz sürecinde ehliyetsiz araç kullanmaktan hırsızlık yapmaya kadar değişen yasa dışı davranışlara neden olabilen riskli davranışlar görülebilmektedir (Kahn ve Graham, 2019; Defoe, Rap & Romer, 2022; Skaar, 2024). Ergenlikte hormonların da etkisiyle yaşanan duygusal iniş çıkışlar, başetme ve becerilerdeki yetersizlikler duygu düzenleme becerisinin gelişimini gerektirmektedir. Ancak, ergenlik döneminde bazen yetersiz duygu düzenleme becerileri nedeniyle sorunlar yaşanabilmektedir. Sevgi eksikliği, baskıcı ebeveynlik ve empati eksikliği, ergenlerde toleranssızlık geliştirme riskini arttırabilmekte, öfke kontrolünü olumsuz olarak etkileyebilmekte ve saldırganlığa yol açabilmektedir. Ergenler, hatalı öğrenme ve yanlış

rol modellerinden etkilenerak Şiddet eğilimi gösterebilmektedirler (Kahn ve Graham, 2019; Defoe, Rap & Romer, 2022; Skaar, 2024; Burrows & Kieselbach, 2024). Özellikle duygusal ifade ve yönetim becerileri zayıf olan ergenlerde Şiddet eğilimi daha da belirgin olabilmektedir. Maalesef bu sorunlar, ergenleri Şiddet ve suça yönlendirebilmektedir (Topçuoğlu, 2023). Literatürde suça sürüklenen ergenlerin olumsuz duygularla baş etme, kabul ve tolere etme konusunda daha fazla zorluk yaşadıkları, vicdan iŐleyiŐlerinin farklı ve empatik kapasitelerinin düşük düzeylerde olduğu, utanç ve suçluluk hissetmeye daha az eğilimli oldukları ve sorunlu iğr yeteneğine sahip oldukları bildirilmektedir. Ek olarak, suça sürüklenen ergenlerin duygusal olarak duyarsız oldukları, diğer insanların duygularını anlama konusunda yeterince çaba sarfetmedikleri, duygusal karar vermede daha fazla risk alma eğiliminde olmalarına karşın risk yönetiminde daha az dikkatli oldukları, kurban odaklı olmaktan çok ceza odaklı oldukları belirtilmektedir (Kerig ve ark., 2012; Schalkwijk ve ark., 2016; Poon, 2020; İmrek ve ark., 2023; Garritsen ve ark., 2024).

Bunlara ek olarak, suça sürüklenmiş ergenler sadece adalet sistemine dahil olmakla kalmayıp suç ile birlikte görülen bazı ruhsal sorunlar da yaşayabilmektedirler. Ergenlerde davranış bozukluğu hariç tutulduğunda bile en az bir psikiyatrik bozukluğa sahip oldukları görülmektedir. Bu sorunlar; davranım bozukluğu, psikolojik sıkıntı, posttravmatik stres bozukluğu, öfke, saldırganlık, anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, düşük zeka seviyesi, konuşma bozukluğu, obsesif kompülsif bozukluk, karŐıt gelme karŐıt olma bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığıdır (Falk ve ark., 2014; You ve ark., 2015; Lyu ve ark.,

2015; Beşer ve ark., 2016; Eyüboğlu & Eyüboğlu, 2018; Beaudry ve ark., 2021; Guarnaccia ve ark., 2022; Garritsen ve ark., 2024). Yapılan bir sistematik derleme ve metaregresyon çalışmasında; erkeklerde en çok depresyon ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğunun, kızlarda ise en çok majör depresyon ve postravmatik stres bozukluğunun görüldüğü bildirilmektedir (Beaudry ve ark., 2021). Ayrıca antisosyal davranışlar ve çoklu mağduriyet arasında da bir ilişki vardır. Çoklu mağduriyet yaşayan ergenlerin suç işleme olasılıklarının ve psikolojik sorunlar yaşama eğilimlerinin yüksek olduğu dikkate alınmalıdır (Pires & Almeida, 2023). Bunların dışında suça sürüklenen ergenler adli süreçte de farklı sorunlar yaşayabilmekte ve ikincil travma yaşayabilmektedirler (Keels, 2024). Türkiye’de cezaevlerinde kalan çocuklarla yapılan çalışmada, bazı çocuklar öfkeyi güçlü olma olarak tanımlamakta, çocuklar öfke kontrolünün yaşadıkları çevrede işe yaramayacağını ve suça karıştıklarında duygusal olarak suçluluk ve üzüntü hissettiklerini belirtmektedir (Çadırcıoğlu, 2023). Başka bir çalışmada ise yargılama sürecindeki belirsizliklerin ve duygusal zorlukların, çocukların yaşadığı stresi arttırdığı, çocukların yaşadıkları kaygı ve korkuyu öfke ile ilişkilendirdikleri ve çocukların adli sicillerinin etkilenmesinden endişe duydukları bildirilmektedir (Sağlam & Aral, 2017). Suça sürüklenen ergenlerde bir veya daha fazla ruhsal bozukluğun varlığı, ceza adalet sistemine dahil olma durumunun yaşam boyu sıklığını öngörmekle kalmamakta, aynı zamanda tekrar suç işleme olasılığının arttığını da göstermektedir (Falk ve ark., 2014; Lyu ve ark., 2015; Beaudry ve ark., 2021; Guarnaccia ve ark., 2022; Garritsen ve ark., 2024). Tüm bunlar suça sürüklenen ergenlerde duygu düzenlemede zorluklar yaşanmasına neden olabilmektedir.

Suçta sürüklenen ergenlerin en travmatize olmuş ve en savunmasız gruplar arasında olduğu iyi bilinmektedir (You ve ark., 2015; Sevecke ve ark., 2016; Keels, 2024; Kerig ve ark., 2024; McKenna ve ark., 2024; Schuster ve ark., 2024; Zelechowski ve ark., 2024). Malvaso ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede (2022), ceza hukuku sistemine dahil olan gençlerin, sisteme dahil olmayan gençlere kıyasla en az bir olumsuz veya travmatik olay yaşama olasılığının 12 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Araştırmalar, çocukluk çağı travmasına maruz kalma türü ile sonraki suçlu davranış tipleri ve örüntüleri arasında giderek daha güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Yapılan farklı çalışmalarda çocukluk çağı travmalarının hırsızlık, flört şiddeti, zorbalık, kavga, cinsel suç ve çete katılımı gibi belirli suç ve şiddet davranışları üzerindeki önemli etkisinin olduğunu göstermektedir. Özellikle duygusal, fiziksel ve/veya cinsel istismara uğramış ve çocukluklarında hayvanlara zulüm yapmış çocukların yetişkin olduklarında insanlara karşı suç işleme olasılıkları daha yüksek olduğu görülmektedir (Siegel, 2003; Heide ve ark., 2011; Trentham ve ark., 2018; Leban & Delacruz, 2023; Hesselink, 2023). Yapılan bir çalışmada cinayet suçu işleyen erkek çocuklarının evde ve mahallede maruz kaldıkları, ebeveynleriyle zayıf bağlar kurdukları, hayvanlara karşı zalim oldukları, aldatıcı davranışlar sergiledikleri, yangın çıkarma eylemlerinde buldukları, kurbanlarını boğdukları veya ateşe verdikleri bulunmuştur. Aynı çalışmada kadın çocuk cinayet suçlularının ise yetersiz ebeveyn denetimine sahip oldukları, zayıf öfke kontrol becerileri sergiledikleri, sağlıksız cinsel deneyimler yaşadıkları, okuldan kaçma davranışı sergiledikleri ve cinayet hakkında kafa yordukları belirlenmiştir (Heide ve ark., 2011).

Çocukluk çağı travmaları, özellikle suça sürüklenen ergenler arasında yaygındır ve duygu düzensizliğine yol açmaktadır (Sevecke ve ark., 2016; Tinajero ve ark. 2020). Bu nedenle, ergenlerde suçluluğu ele almak ve önlemek için çocukluk çağı travmaları yaşayan ergenler yüksek riskli olarak değerlendirilmeli ve duygu düzensizliğine yol açacağı dikkate alınmalıdır. Çünkü çocukluk çağı travmalarının suç işleme sonucu dışında tüm yaşamı üzerinde olumsuz etkileri vardır (Hesselink, 2023; Keels, 2024; Kerig ve ark., 2024). Travmanın birincil etkileri ilk olarak nörobiyolojik düzensizliklere (amigdala, hipokampus, prefrontal korteks ve korpus kollosum hacimlerinde azalma, ventral ve dorsal prefrontal korteksteki daha az gri madde hacimleri ve kalınlığı HPA aksında ve glukokortikoid sekresyonunda değişiklik vb) neden olmaktadır. Nörobiyolojik değişiklikler maalesef çocuklarda nöropsikolojik ve bilişsel sorunların da temelini oluşturabilmektedir. Bilişsel, psikolojik, duygusal ve davranışsal düzensizliklere yol açmaktadır. Özellikle nörobiyolojik yetersizlikler nedeniyle bireylerin öz düzenleme ve bilinçli karar verme kapasiteleri azalmaktadır (Nemeroff, 2016; Reilly& Gunnar, 2019; Tinajero ve ark. 2020; Lim ve ark., 2023; Cai ve ark., 2023). Ayrıca çocukluk çağı travmaları, vücutta çeşitli nöroendokrin değişikliklerle birlikte DNA'da değişikliklere neden olmakta ve bu epigenetik değişiklikler kardiyovasküler hastalıklar, obezite, kanser gibi hastalıklar ile birlikte çeşitli psikiyatrik bozuklukların gelişiminde risk oluşturmaktadır. Ayrıca bunlara ek olarak bu değişiklikler, genoma da taşınarak kalıtım yoluyla gelecek nesillere de aktarılabilmektedir (Nemeroff, 2016; Parade ve ark., 2021). Ek olarak çocukluk çağı travmaları; güvensiz bağlanma, sosyal becerilerin bozulması, yaşam

ve uyku kalitesinde azalma, anksiyete, depresyon, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, psikopati, psikoz, flört şiddeti mağduru ya da faili olma, sigara, alkol ve madde kullanımı, kendine zarar verme, intihar girişimi/intihar, evden/okuldan kaçma, cinsel kimlik bozuklukları, erken yaşta cinsel aktiviteye başlama, korunmasız cinsel ilişki, fuhuşa eğilim/fuhuş, anti-sosyal davranışlar, saldırganlık, suça eğilim ve suç işleme ile sonuçlanmaktadır (Sevecke ve ark., 2016; Garofalo ve ark. 2018; Protic ve ark., 2020; Keels, 2024; Kerig ve ark., 2024; McKenna ve ark., 2024; Schuster ve ark., 2024; Zelechowski ve ark., 2024). Genel olarak bu sonuçlar çocukluk çağı travmalarının daha yüksek düzeyde olumsuz duygusallığa yol açtığını göstermektedir. Bununla birlikte, hapsedilen ergenlerin çoğunun daha önce yaşadığı travma ile hapisane ortamı ile birlikte daha fazla yoksunluk yaşaması daha fazla travmatize olmasına neden olabilmektedir (Armour, 2012 ). Bu nedenle, zaten dayanıklılıktan yoksun olan gençlerin hapsedilmesi, psikolojik gelişimi daha da geciktirebilir, normal ergenlik gelişimini engelleyebilir ve potansiyel olarak yetişkinliğe geçişte zorluklara katkıda bulunabilir. Ergenlerin yaşadıkları bu zorluklar, ergenlerin genellikle saldırgan davranışa dönüşen hayal kırıklığı veya duygularla başa çıkma zorlukları yaşama olasılıklarını arttırmaktadır (Wolff & Baglivio 2017; Hodgkinson ve ark., 2021). Suç işleyen ergenlerin karmaşık psikolojik profilleri göz önüne alındığında, bu popülasyonda suç işlemeyi azaltmayı amaçlayan duygu düzenleme müdahalelerin etkinliğini anlamak çok önemlidir. Araştırmalar genellikle antisosyal bireylerin ergenlik gibi erken gelişim aşamalarında müdahaleye daha iyi yanıt verme eğiliminde olduğunu göstermektedir (Salekin, 2015).

## **5. Suça Sürüklenen Ergenlere Yönelik Geliştirilen Duygu Düzenleme Müdahaleleri**

Ergenlik döneminde duygu düzenleme yeteneklerini geliştirmek, gençlerin bu gelişim döneminde karşılaştıkları zorluklar ve fırsatlarla başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır. Duygusal destek eğitim programlarının uygulanmasıyla, çocukların duygusal olarak desteklendikleri ve farkındalıklarının arttığı gözlemlenmiştir. (Sağlam & Aral, 2017). Ergenlik döneminde, riskli davranışlar meydana gelmeden önce duygu düzenleme müdahalelerinin yapılması önemlidir. Bu tür müdahaleler, gençlerin riskle ilgili tutum ve davranışlarını şekillendirmede etkili olabilir. Özellikle doğrudan duygu düzenleme becerilerini hedeflemenin, ruh sağlığı belirtileri olan gençlerde sağlık riski taşıyan davranışları ele almada yararlı bir yaklaşım olduğu görülmektedir.

Ergenlik döneminde duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesi, gençlerin sağlıklı bir şekilde duygularını ifade etmelerine ve olumlu sosyal ilişkiler geliştirmelerine yardımcı olabilir. Ancak, bu becerilerin geliştirilmesinde etkili olan müdahalelerin dikkatli bir şekilde planlanması ve uygulanması gerekmektedir. Suça karışmayan ergenlerde duygu düzenlemeye dayalı müdahalelerin etkililiğini inceleyen çalışmalar, duygusal farkındalığın artmasına ve kaygı ile mutsuzluğun azalmasına katkıda bulunabilecek çeşitli müdahalelerin (bilinçli farkındalık, bilişsel davranışçı yaklaşım, duygulanım düzenleme, müzik terapisi, meditasyon, diyalektik davranış terapisi) etkili olduğunu göstermektedir (Gamsız Tunç & Dursun, 2021; Saccaro ve ark., 2024; Bohus ve ark., 2015; Gratz ve ark., 2015; Kahveci, 2022; Farb ve ark., 2014; Weytens ve ark., 2014; Akbulut, 2018; Bone ve ark.,

2022). Ergenlerle yapılan çalışmalarda, hedef belirleme ve kabul etme gibi psikoeğitim içeren müdahalelerin, akran desteğinin duygu düzenleme üzerinde güçlü etkileri olduğu gözlemlenmiştir (Cui ve ark., 2020; Helland ve ark., 2022, Sahi, Eisenberger & Silvers, 2023). Bir sistematik derleme çalışmasında; olumsuz akran deneyimleriyle karşı karşıya kalan gençlerin sonuçlarını iyileştirmeye hizmet edebilecek müdahale ve nleme çalışmaları (rneğin, okul temelli şiddeti nleme ve sosyo-duygusal öğrenme programları, ebeveynlik uygulamaları) yapılması önerilmektedir (Herd, T& Kim-Spoon, 2021).

Suçlu ocuklarla yapılan müdahalelerde ise duygu düzenlemeden ziyade çoğunlukla suçlu davranışlarda azalmaya odaklanılmıştır. Ancak literatürde suça sürüklenen çocuklarda duygu düzenleme becerilerindeki gelişimden sonra suça karışma ve tekrar suç işleme olasılığının daha düşük olduğu bilinmektedir (Tangney ve ark., 2017; Docherty ve ark, 2022; Danisworo & Wangid, 2022). Ancak suça sürüklenen çocuklarda duygu düzenleme becerilerinin geliştirildiği ve etkilerinin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu alanda duygu düzenleme becerilerinin etkilerini değerlendiren kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Jafari ve arkadaşlarının (2017) Islah ve Rehabilitasyon Merkezinde kalan genç suçlularla yaptıkları çalışmada başetme becerileri eğitiminin duygusal uyum üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Çalışmada deney grubunda duygu düzenleme güçlükleri ortalama puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak önemli farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Çalışma sonrasında,

başa çıkma becerileri eğitimi alan ergenlerin uygun duygu düzenleme tarzında davrandıkları belirlenmiştir.

Suçlu ergenlerde duygu düzenleme ve bağlanma ile ilgili olarak Keiley ve arkadaşları Çoklu Aile Grup Müdahalesi geliştirmişlerdir. Çoklu Aile Grup Müdahalesi'nin geliştirilmesi (Keiley, 2002a ), içeriği (Keiley, 2002b ) ve uygulanması hakkında daha fazla bilgi önceki yayınlarda (Keiley, 2007) bulunmaktadır. Çoklu Aile Grup Müdahalesi, bireylerin ve aile üyelerinin yüksek uyarılmayı (duygusal veya cinsel) tolere etmelerine ve yönetmelerine, alışılmış tepkilerini değiştirmelerine ve maladaptif veya suç teşkil eden davranışları (örneğin cinsel suç işleme, suç işleme, bağımlılık) içermeyen kararlar alabilmeleri için bilişsel işlevlerine yeniden erişim sağlamalarına yardımcı olmak için geliştirilmiştir. İlk olarak, fizyolojik uyarılmanın tırmanmasının ve tüm aile üyeleri kendi alışılmış tepkilerini gösterdiğinde ortaya çıkan etkileşim döngülerinin çeşitli yönlerine odaklanılmaktadır. İkinci olarak, katılımcıların bilişsel süreçleri geri kazanmalarına ve daha az zararlı tepkiler oluşturmalarına olanak sağlamak için bu döngülerin kesintiye uğramasına odaklanılmaktadır. Çoklu aile grubunda; ergenler, aile üyeleri, kolaylaştırıcılar hepsi aynı odada buluşmakta, içerik fizyolojik değişiklikleri fark etme, durma ve hiçbir şey yapmama, korkuya erişme, empati kurma ve savunmasızlık riskini alma gibi mikro becerileri kullanarak fizyolojik ve/veya cinsel uyarılmayı yönetmeye odaklanarak başlamaktadır. Katılımcılara duygusal olarak uyarılmış hissettiklerinde ortaya çıkan belirli fizyolojik deneyimler hakkında sorular sorulmakta ve yoğun duyguları kapatıp katlanmanın bir yolunu bulmalarına yardımcı olunmaktadır. Daha sonra, özellikle bu güçlü olumsuz tepkiyi

besleyen korku hakkında tekrar düşünmeye başlamak için kendilerini yeterince sakinleştirmenin bir yolunu bulmalarına yardımcı olmaktadır. Kullandıkları sakinleştirici prosedürler derin nefes alma, gözlerini kapatma, tamamen hareketsiz durma, oturma veya ağızlarını kapatma olabilmektedir. Buradaki ana odak noktası, nasıl durup bir saniyeliğine hiçbir şey yapmayacaklarıdır. Katılımcılar sakinleştikten sonra, son derece duygusal deneyimleriyle ilgili olan daha savunmasız duyguları keşfetmeleri için yardımcı olmaktadır. Katılımcılar kendilerini daha az uyarılmış ve daha sakin hissettiklerinde, bilişsel becerilerini kullanabilir ve diğer kişinin bakış açısını benimsemeye çalışabilirler, bu da diğer bireylere ve onların bakış açılarına karşı daha fazla empati ve saygı deneyimlemelerini sağlamaktadır. Bu yeni bilgiyle, üzüntü, korku veya utanç gibi kendi daha savunmasız duygularını ifade etme riskini alabilirler. Savunmasız duyguların ifadesi, diğerlerini de benzer şekilde yanıt vermeye davet ederek, dahil olan herkesin fizyolojik uyarılmalarının tırmanmasını azaltır ve uzlaşma için bir alan açar. Katılımcılar daha savunmasız duygularının seviyesinde iletişim kurduklarında, daha fazla bağlantı kurduklarında ve böylece iletişim kurabildiklerinde, aralarında ortaya çıkan güncel veya geçmiş zorlukları tartışabilir ve bazı ortak çözümlere varabilirler.

Çoklu Aile Grup Müdahalesi için kullanılan süreç üç yönlüdür: (a) mikro becerilerin sunumu (fizyolojik değişiklikleri not etmek, durmak ve hiçbir şey yapmamak, korkuya erişmek, empati kurmak ve savunmasızlık riskini almak); (b) katılımcıların uyarıldığı ve alışkanlık kalıplarına katıldığı yakın tarihli bir olayı tartışırken etkileşimli grup terapisi; (c) ve bu olayların gerçekleştiği şekliyle rol

yapma ve mikro becerileri kullandıktan sonra farklı şekilde nasıl gerçekleşebileceğini anlatma (Keiley, 2002a, Keiley, 2002b, Keiley, 2007). Bu müdahale yazarın kendisi tarafından daha sonra farklı zamanlarda uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir. İlki, 2007 yılında uygulanmıştır (Keiley, 2007). Bu müdahale, hapse girmiş ergenlerde tekrar suç işlemeyi azaltmak ve ailelerin zorlayıcı etkileşim kalıplarını duygu düzenleme ve bağlanma perspektifinden değiştirmek için etkili ve uygun fiyatlı bir tedaviye olan ihtiyacı karşılamak üzere geliştirilmiştir. Sekiz haftalık program, Indiana'daki iki gençlik ıslah evinde yürütülmüştür. Çalışmaya 73 ergen ve 67 bakıcı katılmış, çalışma sonuçları öntest-sontest ve 6 aylık izlem ile değerlendirilmiştir. Ergenler ve bakıcılar, ergenlerin dışsallaştırıcı davranışlarının, içselleştirme semptomlarının, alkol ve uyuşturucu kullanımının zamanla önemli ölçüde azaldığını bildirmişlerdir. Ergenlerin ebeveynlerine, özellikle de diğerlerine bağlanmalarının, önemli ölçüde arttığı belirlenmiştir (Keiley, 2007). Keiley'in uyguladığı bir diğer çalışması (2015) da Alabama'daki bir çocuk ıslah evinde cinsel suç işleyen ergenler ve aileleriyle yürütülen sekiz haftalık bir tedavidir. 115 tutuklu erkek ergen ve bakıcılarının katıldığı çalışmada, problem davranışların (içselleştirme, dışsallaştırma) test öncesi ve sonrası dönemde azaldığı, maladaptif duygu düzenlemesindeki önemli azalmaların bu değişiklikleri öngördüğü belirlenmiştir. Ergenlerin terk edilme ve ebeveynlere bağlanma bağımlılığı konusunda bildirdiği kaygının önemli ölçüde arttığı saptanmıştır.

Bir diğer geliştirilen müdahalede Ford ve arkadaşlarının çalışmasıdır (2012). Tam veya kısmi Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) kriterlerini karşılayan 59 suça sürüklenen kız

(yaşları 13-17 yıl) ile bir duygu düzenleme terapisi (Travma Etki Düzenlemesi: Eğitim ve Terapi Rehberi, TARGET) ile ilişkisel destekleyici terapinin (Her Zamanki Gibi Gelişmiş Tedavi) sonuçlarını karşılaştıran randomize klinik bir çalışmadır. TARGET, 12 haftalık bireysel seans içermektedir. Her zamanki gibi geliştirilmiş tedavi prosedürüne kıyasla TARGET grubunda duygu düzenleme çalışması sonrasında öncesine göre bir iyileşme olduğu saptanmıştır (Ford ve ark., 2012).

Houck ve arkadaşlarının çalışması (2016) ise ergenlerin duygu düzenleme becerisi kullanımını artırmak ve riskli davranışları azaltmak amacıyla tasarlanmış bir müdahalenin değerlendirilmesidir. Ruh sağlığı semptomları olan 12-14 yaş arası ergenlere (n = 420; %53 erkek) yönelik 12 oturumdan oluşan Duygu Düzenleme veya Sağlığın Geliştirilmesi Programı uygulanmıştır. Ergenlerin programın sonunda cinsel olarak aktif olma ve kavga gibi diğer riskli davranışlarda bulunma olasılıklarının daha düşük olduğu, duygu düzenleme müdahalesine katılanların duygu düzenleme stratejilerini daha fazla kullandığı ve yoksunluğa karşı daha olumlu tutumlar geliştirdikleri belirlenmiştir.

Abdullahi ve Nouri (2024)'nin çalışmasında Tahran Gençlik Islah ve Rehabilitasyon Merkezi'ndeki 12-18 yaş arasındaki Diyalektik Davranış Terapisi uygulanmıştır. Yarı deneysel çalışmada suçlu ergenlerde Diyalektik Davranış Terapisinin kendine zarar verme davranışlarını ve zorbalığı azalttığı, bilişsel duygu düzenlemesini arttırdığı tespit edilmiştir.

Damavandian ve arkadaşlarının (2022), Tahran Ceza İnfaz ve Rehabilitasyon Merkezi'nde suça sürüklenen çocuklarla yaptıkları

çalışmada; Şefkat Odaklı Terapi'ye dayalı 12 haftalık bir program yürütülmüştür. Çalışma sonrasında saldırganlık ve kendine zarar verme davranışlarında önemli bir şekilde azalma, duygusal öz düzenlemede (özellikle uyum ve hoşgörü) iyileşme olduğu ve etkilerin bir aylık takipte de devam ettiği belirlenmiştir (Damavandian ve ark., 2022).

Bu konuda yapılan bir diğer çalışma ise PSYCHOPATHY.COMP çalışmasıdır. Bu çalışma, Şefkat Odaklı Terapi'ye dayalı 20 seanslık bireysel bir müdahale programıdır. Şefkatli bir motivasyonun geliştirilmesi yoluyla, özellikle genç suçlularda psikopatik özellikleri ve antisosyal davranışları azaltmak için tasarlanmıştır. Portekiz Gençlik Gözaltı Merkezleri'ndeki genç suçlularda programın duygu düzenlemesini iyileştirip iyileştiremeyeceği değerlendirilmektedir. Program, kademeli bir değişim stratejisini izleyen dört ardışık modülden oluşmaktadır: (1) zihnimizin temelleri, (2) Şefkat Odaklı Terapi'ye göre zihnimiz, (3) şefkatli zihin eğitimi ve (4) iyileşme, nüksetme önleme ve sonlandırma. Çalışmada duygu düzenlemeye ilişkin sadece gençlerin bildirdikleri veriler değerlendirilmemiş gençlerin kalp atım hızındaki değişiklikler de ele alınmıştır. Çalışma sonrasında gençlerde duygu düzenleme güçlüklerinde azalma ve maladaptif duygu düzenleme stratejilerini kullanmadan iyileşmenin olduğu belirlenmiştir (Sousa ve ark., 2023).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yaklaşımları, davranışsal ve duygusal zorlukları ele almada ve tedavi etmede kanıta dayalı ve etkili tedaviler arasındadır. Hapis geçmişi olan erkek gençler ve hapis, şiddet, duygu düzensizliği ve travma riski taşıyan gençler bu hizmetlere erişimde önemli engellerle karşılaşmaktadır. Uluslararası

alandan tanınan bir kuruluş olan Roca, Inc. (Roca), Massachusetts ve Maryland'de şiddetin merkezindeki gençlerle çalışarak kentsel şiddet konusunda ilerleme kaydeden bir kuruluştur. Roca, müdahale modelinde travma bilgili bir BDT temelli beceri eğitimi ve yaklaşımı kullanarak gençlerin eğitim, istihdam, ebeveynlik ve yaşam becerileri fırsatlarını iyileştirmeye çalışmaktadır. Bu şekilde tekrar suç işleme riskini azaltmayı, travmayı ele almayı ve duygu düzenleme becerilerini artırmayı hedeflemektedir. Roca, 2016 yılında gençlere yönelik bilişsel davranışçı program geliştirme konusunda uzman olan Massachusetts Genel Hastanesi/Harvard Tıp Fakültesi ile ortaklık kurarak, bilişsel davranışçı müdahalelerinin oluşturulmasına rehberlik etmek için kanıta dayalı bir uygulama olarak yürütmüştür. 17-24 yaş aralığındaki yetişkin erkeklerden oluşan çalışmada, duygu düzenlemesinde iyileşme gösteren katılımcıların, duygu düzenlemesinde daha az iyileşme gösteren katılımcılara kıyasla ilişki, aile işleyişi ve öz bakım ile ilgili sıkıntılarda ve madde kullanımında azalma olduğu bulunmuştur. Ayrıca, duygu düzenlemenin farklı yönlerindeki iyileşmenin, iyileşen ilişkiler, iyileşen yaşam stresi, azalan madde kullanımı ve iyileşen sosyal düşünce ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Dumornay ve ark., 2022).

BDT'nin kullanıldığı bir diğer çalışma ise GOAL çalışmasıdır. GOAL, ebeveyn eğitimi de içeren, 12-17 yaş arasındaki ergen kızlara yönelik 20 seanslık, 10 haftalık bir programdır. Bu çalışmada, cinsiyete duyarlı bir BDT müdahalesi kullanılmıştır. Çalışmanın bulguları programın suç oranlarını ve madde kullanımını azalttığını gösterse de duygu düzenleme berilerinde etkili olmadığını göstermiştir (Walker ve ark., 2019).

Ülkemizde Ceza İnfaz Kurumlarında kalmakta olan ergenlerin öfke duygularını kontrol edebilme becerilerini artırmak, kendilerine ve çevrelerine yönelik şiddet eğilimini azaltmak amacıyla yapılan BDT odaklı bir çalışmada, ARDIÇ-Öfke Kontrol modülü kullanılmıştır. Öfke Kontrol modülü; model alma, alternatif çözüm yolları üretebilme, ABC modeli hakkında psiko-eğitim sağlama, motivasyon kazandırma, psikodrama oyunları ile eğitim verme gibi bilişsel davranışçı teknikleri benimseyen ve 10 oturumdan oluşan bir grup çalışması programıdır. Çalışma, 15-18 yaş aralığındaki 8 erkek ergenle gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonrasında ergenler, arkadaşları arasındaki iletişimin ve aileleri ile ilişkilerinin pozitif yönde değiştiğini ve iletişim becerilerinin geliştiğini ifade etmiştir. Ergenler, çalışma sonrasında öfke duygusunu daha kolay tanımlayabildiklerini ve saldırgan davranışları sergilemekten kaçındıklarını belirtmişlerdir (Çadırcıoğlu, 2023).

BDT dışında kullanılan bir diğer yöntem sanat terapisi dir. U-Seman ve Chethiyar'ın çalışmasında (2021), 13-18 yaş arasındaki suçlu ergenler arasındaki saldırgan davranışları azaltmak için 10 haftalık bir sanat terapisi müdahale olarak kullanılmıştır. Deney grubunda kontrol grubuna göre öfkede önemli bir azalma olduğu tespit edilmiştir (U-Seman& Chethiyar, 2021).

Suçta sürüklenen çocuklarda kullanılan bir diğer müdahale yöntemi ise kum oyunu terapisi dir. Çalışma, 15-19 yaş arasındaki on suçlu kız çocuğunda kum oyunu terapisinin duygusal netlik ve beyin dalgası indeksleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek için yapılmıştır. Kum oyunu terapisinden sonra deney grubunun duygusal netliğinin ve öz düzenlemeyle ilgili beyin dalgası indekslerinin önemli ölçüde arttığı belirlenmiştir. Çalışmanın

bulguları kum oyunu terapisinin, suçlu kız çocuklarının duygusal netliklerini geliştirerek ve beyin dalgası indekslerini değiştirerek, kişisel gelişim yoluyla gerçekliğe uyum sağlama yeteneklerini geliştirdiğini göstermektedir (Lee & Jang, 2013).

Suçta sürüklenen ergenlere yönelik geliştirilen bir diğer müdahale Gestalt teorisine dayalı danışmanlık programıdır. Gestalt teorisine dayalı danışmanlık uygulamasının ortaokul öğrencilerinde suç işleme davranışı üzerine etkisinin değerlendirildiği yarı deneysel çalışmada, müdahale grubundaki öğrencilerde, suç işleme davranışlarında önemli bir azalma, duygusal düzenleme, çatışma çözme becerileri ve öz farkındalıkta artma olduğu belirlenmiştir (Tanjung & Koto, 2023).

Tas ve Arabacının yaptığı çalışmada (2020) da bir psikoeğitim programının suça sürüklenen çocuklar üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Çalışma, bir psikiyatri hastanesinin çocuk ergen psikiyatrisi kliniklerinde tedavi gören, 12-15 yaş arasındaki suça sürüklenen ergenlerle yürütülmüştür. Çalışma sonrasında psikoeğitim programının, ergenlerin sosyal duygusal öğrenme beceri puanlarını arttırdığı ancak duyguları yönetme becerilerinde önemli bir değişiklik olmadığı bulunmuştur (Tas& Baysan Arabacı, 2020).

Suçlu çocuklarda kullanılan bir diğer müdahale yöntemi ise genç suçluların ahlaki gelişimine odaklanan müdahalelerdir. Gençlik suçluluğunun ahlaki gelişimde gecikmelerle ilişkilendirildiği ve bu kapsamda ahlaki yargı, empati ve öz farkındalık (suçluluk ve utanç) gibi alanlarda gecikmeler olduğu gösterilmektedir (Heynen be ark., 2020). O'neill yaptığı çalışmada, kızların ergenlik döneminde erkeklere göre daha yüksek düzeyde empati gösterdiği ve bu

farklılıkların ergenlik öncesi dönemde ortaya çıktığı bildirilmektedir. Empati, suçla ters orantılıdır, dolandırıcılık ve hırsızlığın habercisidir, ancak şiddet içeren suçları öngörmemektedir. Empatinin suç üzerindeki etkisine kısmen aracılık ettiği ve bu nedenle cinsiyet farkının, empatik ifadeyi yöneten cinsiyet normlarına bağlılıkla açıklanabileceği savunulmaktadır (2020). Empati müdahaleleri, duygu düzenleme becerilerine önemli katkılar sağlamakta ve antisosyal davranışı ve suç oranlarını potansiyel olarak azaltmaktadır (Hein ve ark., 2018; Trivedi-Bateman ve Crook, 2020). Ahlaki yargıyı hedefleyen müdahalelerin ahlaki yargı üzerinde anlamlı ve orta büyüklükte bir etki gösterdiği ancak suçluluk tekrarı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. (Heynen ve ark., 2023).

Son olarak, çocuk suçluluğunda mindfulness temelli müdahaleler ele alınmıştır. Farkındalık (Mindfulness) müdahalesinin, duyuları, duyguları ve düşünceleri içeren zihinsel süreçleri teşvik ettiği ve inhibisyon kontrolü ile yakından ilişkili beyin devrelerini etkilediği belirtilmektedir. Mindfulness eğitimine katılan genç suçluların inhibisyon kontrolünün iyileştiği ve dolayısıyla şiddetli davranışları azaltmada olumlu bir etkisi olduğu saptanmıştır (Ron-Grajales ve ark., 2021). Tao ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise mindfulness temelli bir müdahalenin agresifliği azaltmada orta düzeyde, klinik örneklerde daha yüksek düzeyde bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (2021).

## KAYNAKLAR

Abdullahi, R., & Nouri, T. (2024). Dialectical behavior therapy: impact on self-harming behaviors, bullying, and cognitive emotion regulation in delinquent teenagers. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 5(5),14-20.

Abhishek, R., & Balamurugan, J. (2024). Impact of social factors responsible for Juvenile delinquency–A literature review. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 102.

Akbulut, C. A. (2018). Depresyonun duygu düzenleme süreçlerinin. *Klinik Psikiyatri*, 21,184-192.

Akçalı, N. (2020). *Çocuk gelişimi birimine getirilen adli vakalardaki ergenlerin umutsuzluk ve duygu düzenleme durumlarının incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi)*. İnönü Üniversitesi Saplık Bilimleri Enstitüsü.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.

Armour, C. (2012). Mental Health in prison: a trauma perspective on importation and deprivation. *International Journal of Criminology and Sociological Theory*, 5(2), 886-894.

Azpiazu Izaguirre, L., Fernández, A. R., & Palacios, E. G. (2021). Adolescent life satisfaction explained by social support, emotion regulation, and resilience. *Frontiers in Psychology*, 12, 694183.

Bagheri, M., Moazami, S., Nejad, A. A., & Mansouri, S. M. (2022). Examining social and psychological factors that affect

juvenile delinquency. *Journal of Positive School Psychology*, 6(7), 292-300.

Baglivio, M. T., Wolff, K. T., DeLisi, M., Vaughn, M. G., & Piquero, A. R. (2016). Effortful control, negative emotionality, and juvenile recidivism: An empirical test of DeLisi and Vaughn's temperament-based theory of antisocial behavior. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(3), 376-403.

Barnett, A. P., Houck, C. D., Barker, D., & Rizzo, C. J. (2022). Sexual minority status, bullying exposure, emotion regulation difficulties, and delinquency among court-involved adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(3), 471-485. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01542-9>

Bedel, A. Ulubey, E. (2015). Ergenlerde Başa ıkma stratejilerini aıklamada bilişsel esnekliğin rolü, *Elektronik Sosyal BilimlerDergisi*, 14(55), 291-300

Beaudry, G., Yu, R., Långström, N., & Fazel, S. (2021). An updated systematic review and meta-regression analysis: Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(1), 46-60.

Beşer Gördeles, N., Baysan Arabacı, L., & Uzunoğlu, G. (2016). Türkiye'de bir bölge psikiyatri hastanesinde tedavi olan suç a itilmiş ocuk profilleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 317-324.

Bohus, M., Linehan, M., & Neacsiu, A. (2015). Dialectical behavior therapy skills: an intervention for emotion dysregulation. *Handbook of Emotion Regulation*, 2, 491-507.

Boldt, L. J., Goffin, K. C., & Kochanska, G. (2020). The significance of early parent-child attachment for emerging regulation: A longitudinal investigation of processes and mechanisms from toddler age to preadolescence. *Developmental Psychology*, 56(3), 431.

Braet, C., Theuwis, L., Van Durme, K., Vandewalle, J., Vandevivere, E., Wante, L., ... & Goossens, L. (2014). Emotion regulation in children with emotional problems. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 493-504.

Brazão, N., Rijo, D., Salvador, M. D. C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Promoting emotion and behavior regulation in male prison inmates: A secondary data analysis from a randomized controlled trial testing the efficacy of the growing pro-social program. *Law and Human Behavior*, 42(1), 57.

Breaux, R. P., McQuade, J. D., Harvey, E. A., & Zakarian, R. J. (2018). Longitudinal associations of parental emotion socialization and children's emotion regulation: The moderating role of ADHD symptomatology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 671-683.

Brinke, L. W., Menting, A. T., Schuiringa, H. D., Zeman, J., & Deković, M. (2021). The structure of emotion regulation strategies in adolescence: Differential links to internalizing and externalizing problems. *Social Development*, 30(2), 536-553.

Burrows, S., & Kieselbach, B. (2024). Adolescent health indicators: violence measures are critical to include. *Journal of Adolescent Health*, 74(6), S29-S30.

Bülbül, S., & Doğan, S. (2016). Suça sürüklenen çocukların durumu ve çözüm önerileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, s. 59: 31-6.

Cekaite, A., & Ekström, A. (2019). Emotion socialization in teacher-child interaction: Teachers' responses to children's negative emotions. *Frontiers in Psychology*, 10, 452248.

Cai, J., Li, J., Liu, D., Gao, S., Zhao, Y., Zhang, J., & Liu, Q. (2023). Long-term effects of childhood trauma subtypes on adult brain function. *Brain and Behavior*, 13(5), e2981.

Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., ... & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939.

Cooley, J., & Fite, P. (2016). Peer victimization and forms of aggression during middle childhood: the role of emotion regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 535-546.

Cracco, E., Van Durme, K., & Braet, C. (2015). Validation of the FEEL-KJ: an instrument to measure emotion regulation strategies in children and adolescents. *PloS one*, 10(9), e0137080.

Cracco, E., Goossens, L., & Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 26, 909-921.

Crowell J. A. (2021). Development of Emotion Regulation in Typically Developing Children. *Child and Adolescent Psychiatric*

*Clinics of North America.* 30(3), 467–474.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.04.001>

Cui, L., Criss, M. M., Ratliff, E., Wu, Z., Houlberg, B. J., Silk, J. S., & Morris, A. S. (2020). Longitudinal links between maternal and peer emotion socialization and adolescent girls' socioemotional adjustment. *Developmental Psychology*, 56(3), 595.

Çadircioğlu, D. Ç. (2023). Suça sürüklenen çocuklarla bilişsel davranışçı öfke kontrolü: bir grup çalışması. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, s. 6(11), 7-18.

Çoban, S. (2015). Türkiye'de risk altındaki çocuklar ve çocuk suçluluğu üzerine bir değerlendirme. *Sosyoloji Konferansları*, 52(2), 791-810.

Çocuk Koruma Kanunu. (2005, Temmuz 15). *Çocuk Koruma Kanunu*. Ankara: Resmi Gazete.

Damavandian, A., Golshani, F., Saffarinia, M., & Baghdasarians, A. (2022). Effectiveness of compassion-focused therapy on aggression, self-harm behaviors, and emotional self-regulation in delinquent adolescents. *Monthly Journal of Psychological Science*, s. 21(112), 797-817.

Danisworo, D. L., & Wangid, M. N. (2022). The influence of family harmony and emotional regulation ability on juvenile delinquency. *European Journal of Education Studies*, 9(6).

Defoe, I. N., Rap, S. E., & Romer, D. (2022). Adolescents' own views on their risk behaviors, and the potential effects of being labeled as risk-takers: A commentary and review. *Frontiers in Psychology*, 13, 945775. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.945775>

De France, K., Lennarz, H., Kindt, K., & Hollenstein, T. (2019). Emotion regulation during adolescence: Antecedent or outcome of depressive symptomology?. *International Journal of Behavioral Development*, 43(2), 107-117.

Delcea, C., Muller-Fabian, A., Radu, C.-C., & Perju-Dumbrava, D. (2019). Juvenile delinquency within the forensic context. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 27(4), 366-372.

DeLisi M., Vaughn M. G. (2014). Foundation for a temperament-based theory of antisocial behavior and criminal justice system involvement. *Journal of Criminal Justice*, 42(1), 10–25. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2013.11.001>

Desatnik, A., Bel-Bahar, T., Nolte, T., Crowley, M., Fonagy, P., & Fearon, P. (2017). Emotion regulation in adolescents: An ERP study. *Biological Psychology*, s. 129, 52-61.

Dixon-Gordon, K. L., Aldao, A., & De Los Reyes, A. (2015). Emotion regulation in context: Examining the spontaneous use of strategies across emotional intensity and type of emotion. *Personality and Individual Differences*, 86, 271-276.

Docherty, M., Lieman, A., & Gordon, B. L. (2022). Improvement in emotion regulation while detained predicts lower juvenile recidivism. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 20(2), 164-183.

Dumornay, N. M., Finegold, K. E., Chablani, A., Elkins, L., Krouch, S., Baldwin, M., Youn, S. J., Marques, L., Ressler, K. J., & Moreland-Capuia, A. (2022). Improved emotion regulation following a trauma-informed CBT-based intervention associates

with reduced risk for recidivism in justice-involved emerging adults. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 951429. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.951429>

English T., Eldesouky L. (2020). We're not alone: Understanding the social consequences of intrinsic emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 43–47.

Eryalçın, M., & Duyan, V. (2021). Suça sürüklenen çocuk ve gençler (Vol. 120). Yeni İnsan Yayınevi.

Evans, S. Z., Simons, L. G., & Simons, R. L. (2016). Factors that influence trajectories of delinquency throughout adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 45, 156-171.

Eyüboğlu, M., & Eyüboğlu, D. (2018). Suça sürüklenen çocuklarda psikiyatrik bozukluklar, sosyodemografik özellikler ve risk faktörleri. *Klinik Psikiyatri*, 21, 7-14.

Falk, D., Thompson, S. J., & Sanford, J. (2014). Posttraumatic stress among youths in juvenile detention. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 11(4), 383–391. <https://doi.org/10.1080/10911359.2014.897111>

Farb, N., Irving, J., Anderson, A., & Segal, Z. (2014). Mindfulness interventions and emotion regulation. J. J. Gross içinde, *Handbook of Emotion Regulation* (s. 2, 548-567). The Guilford Press.

Fındıklı, E., Altun, H., Sınır, H., & Şahin, N. (2016). Suça sürüklenen çocukların suç türleri, sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Adlı Tıp Dergisi*, 30(2), 12-16.

Fisk G. M., Friesen J. P. (2012). Perceptions of leader emotion regulation and LMX as predictors of followers' job satisfaction and organizational citizenship behaviors. *The Leadership Quarterly*, 23(1), 1–12.

Fombouchet, Y., Pineau, S., Perchee, C., Lucenet, J., & Lannegrand, L. (2023). The development of emotion regulation in adolescence: What do we know and where to go next?. *Social Development*, 32(4), 1227-1242.

Ford, J. D., Steinberg, K. L., Hawke, J., Levine, J., & Zhang, W. (2012). Randomized trial comparison of emotion regulation and relational psychotherapies for PTSD with girls involved in delinquency. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(1), 27-37.

Ford, J. D., & Blaustein, M. E. (2013). Systemic self-regulation: A framework for trauma-informed services in residential juvenile justice programs. *Journal of Family Violence*, 28, 665-677.

Ford, JD (2023). Çocuklar için gelişimsel olarak uygun bir travma tanısına neden ihtiyacımız var: Gelişimsel travma bozukluğuna ilişkin 10 yıllık bir güncelleme. *Çocuk ve Ergen Travması Dergisi* , 16 (2), 403-418.

Gamsız Tunç, Ö., & Dursun, A. (2021). Genç yetişkinlere yönelik duygu düzenleme müdahaleleri:sistematiik gözden geçirme. *Ihlara Eğitim Araştırmaları Dergisi*, s. 6(2), 191-212.

Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2018). Difficulties in emotion regulation and psychopathic traits in violent offenders. *Journal of Criminal Justice*, 57, 116-125.

Garritsen, K., Janković, M., Masthoff, E., Caluwé, E., & Bogaerts, S. (2024). The Role of dynamic risk and protective factors in predicting violent recidivism: intellectual ability as a possible moderator?. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 68(2-3), 207–234. <https://doi.org/10.1177/0306624X221079695>

Gratz, K., Weis, N., & Tull, M. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion in Psychology*, 3, 85-90.

Gross J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In Gross J. J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3-20). New York, NY: Guilford Press.

Gross, J. J. (2015a). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.

Gross, J. J. (2015b). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130-137.

Guarnaccia, C., De Vita, E., Sortino, L., & Giannone, F. (2022). Links between adverse childhood experiences, psychopathological symptoms and recidivism risk in juvenile delinquents. *European Journal of Criminology*, 19(5), 1040-1059.

Gunzenhauser, C., Fäsche, A., Friedlmeier, W., & von Suchodoletz, A. (2014). Face it or hide it: Parental socialization of reappraisal and response suppression. *Frontiers in Psychology*, 4, 72529.

Güçlü, S. (2016). Çocukluk ve çocukluğun sosyolojisi bağlamında çocuk hakları. *Sosyoloji Dergisi*, s. 1-22.

Güler, G. (2017). Suça sürüklenen çocukların biyopsikososyal değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, s. 3(3), 220-224.

Güngör, N. (2019). *Suçta sürüklenen çocuk/ergenlerde duygu düzenleme ile iletişim biçimleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler (Yüksek Lisans Tezi)*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tanjung, H., & Koto, B. Y. (2023). Effectiveness of Gestalt Theory-Based Counseling in Reducing Delinquency Among Junior High School Students. *Acta Psychologia*, 2(2), 40-48.

Hay C., Widdowson A., Young B. C. (2018). Self-control stability and change for incarcerated juvenile offenders. *Journal of Criminal Justice*, 56, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2017.08.008>

Heide, K. M., Solomon, E. P., Sellers, B. G., & Chan, H. C. (2011). Male and female juvenile homicide offenders: An empirical analysis of US arrests by offender age. *Feminist Criminology*, 6(1), 3-31.

Hein, S., Roder, M., & Fingerle, M. (2018). The role of emotion regulation in situational empathy-related responding and prosocial behaviour in the presence of negative affect. *International Journal of Psychology*, 53(6), 477–485.

Helland, S., Mellblom, A., Kjobli, J., Wentzel-Larsen, T., Espenes, K., Engell, T., & Kirkoen, B. (2022). Elements in mental

health interventions associated with effects on emotion regulation in adolescents: a meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, s. 49,1004-1018.

Hendekçi, A. (2019). Sosyodemografik açıdan farklı özellikteki adolesanların duygu düzenleme durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, s. 22(4), 259-266.

Herd, T., King-Casas, B., & Kim-Spoon, J. (2020). Developmental Changes in Emotion Regulation during Adolescence: Associations with Socioeconomic Risk and Family Emotional Context. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(7), 1545–1557.

Herd, T., & Kim-Spoon, J. (2021). A Systematic Review of Associations Between Adverse Peer Experiences and Emotion Regulation in Adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(1), 141–163.

Hesselink, A. (2023). Adverse childhood experiences (ACEs) and the link to antisocial, delinquent, and criminal behaviors. In *Criminal Behavior-The Underlyings, and Contemporary Applications*. IntechOpen.

Heynen, E., Hoogsteder, L., Van Vugt, E., Schalkwijk, F., Stams, G. J., & Assink, M. (2023). Effectiveness of moral developmental interventions for youth engaged in delinquent behavior: a meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 0306624X231172648.

Hodgdon, H. B. (2009). Child maltreatment and aggression: the mediating role of moral disengagement, emotion regulation, and emotional callousness among juvenile offenders. Temple University.

Hodgkinson, R., Beattie, S., Roberts, R., & Hardy, L. (2021). Psychological resilience interventions to reduce recidivism in young people: A systematic review. *Adolescent Research Review*, 6(4), 333-357.

Hoffmann J. D., Brackett M. A., Bailey C. S., Willner C. J. (2020). Teaching emotion regulation in schools: Translating research into practice with the RULER approach to social and emotional learning. *Emotion*, 20(1), 105–109.

Houck, C., Hadley, W., Barker, D., Brown, L., Hancock, E., & Almy, B. (2016). An emotion regulation intervention to reduce risk behaviors among at-risk early adolescents. *Prevention Science*, s. 17(1), 71-82.

Huffman, L. G., Oshri, A., & Caughy, M. (2020). An autonomic nervous system context of harsh parenting and youth aggression versus delinquency. *Biological Psychology*, 156, 107966. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2020.107966>

İmrek, Y., Öztürk, Y., Balta, B., Taşkan, M., Göl, G., & Tufan, A. (2023). Emotion regulation, theory of mind, and attachment to parents and peers among Turkish adolescent offenders and victims: a single-center, cross-sectional, case–control study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, s. 33(4).

Jafari, E., Ghazanfarian, F., Aliakbari, M., & Kamarzarin, H. (2017). The effectiveness of coping skills' Training on emotional regulation in delinquent adolescents. *Psychological Achievements*, 24(1), 97-110.

Kahveci, S. Ö. (2022). Duygu düzenlemede farkındalık temelli stres azaltma programının kullanımı. E. Akbaş içinde, *Sağlık & Bilim 2022 Hemşirelik 3* (s. 99). İstanbul: Efe Akademi Yayınları.

Keels, M. (2024). Responding to the Trauma That Is Endemic to the Criminal Legal System: Many Opportunities for Juvenile Prevention, Intervention, and Rehabilitation. *Annual Review of Criminology*, 7(1), 329-355

Keiley, M. K. (2002a). Attachment and affect regulation: A framework for family treatment of conduct disorder. *Family Process*, 41(3), 477-493.

Keiley, M. K. (2002b). The development and implementation of an affect regulation and attachment intervention for incarcerated adolescents and their parents. *The Family Journal*, 10(2), 177-189.

Keiley, M. K. (2007). Multiple-family group intervention for incarcerated adolescents and their families: A pilot project. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(1), 106-124

Keiley, M. K., Zaremba-Morgan, A., Datubo-Brown, C., Pyle, R., & Cox, M. (2015). Multiple-family group intervention for incarcerated male adolescents who sexually offend and their families: Change in maladaptive emotion regulation predicts adaptive change in adolescent behaviors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(3), 324-339.

Kemp, K., Thamotharan, S., Poindexter, B., Barker, D., Tolou-Shams, M., & Houck, C. D. (2017). Emotion regulation as a predictor of juvenile arrest. *Criminal Justice and Behavior*, 44(7), 912–926. <https://doi.org/10.1177/0093854817695842>

Kerig, P. K., Bennett, D. C., Thompson, M., & Becker, S. P. (2012). “Nothing really matters”: Emotional numbing as a link between trauma exposure and callousness in delinquent youth. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 272-279.

Kerig, P. K., Ford, J. D., Alexander, A. R., & Modrowski, C. A. (2024). Interventions for trauma-affected youth in the juvenile justice system: An overview of diagnostic, ethical, and clinical challenges and evidence-based treatments. *Psychological Injury and Law*, 1-22.

Kerr, K. L., Ratliff, E. L., Cosgrove, K. T., Bodurka, J., Morris, A. S., & Kyle Simmons, W. (2019). Parental influences on neural mechanisms underlying emotion regulation. *Trends in Neuroscience and Education*, 16, 100118.

Klepfisz, G., Daffern, M., & Day, A. (2018). Understanding dynamic risk factors for violence. In *Dynamic Risk Factors* (pp. 123-136). Routledge.

Larsen, J. K., Vermulst, A. A., Geenen, R., van Middendorp, H., English, T., Gross, J. J., ... & Engels, R. C. (2013). Emotion regulation in adolescence: A prospective study of expressive suppression and depressive symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 33(2), 184-200.

Larsen, B., & Luna, B. (2018). Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higher-order cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 94, 179-195.

Leban, L., & Delacruz, D. J. (2023). Adverse childhood experiences and delinquency: Does age of assessment matter?. *Journal of Criminal Justice*, 86, 102033.

Lee, S. M., & Jang, M. (2013). Effects of sandplay therapy on the emotional clarity and brain indexes related to self-regulation of female delinquent juveniles. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy*, 4(1), 1-8.

Lim, L., Hart, H., Howells, H., Mehta, M. A., Simmons, A., Mirza, K., & Rubia, K. (2019). Altered white matter connectivity in young people exposed to childhood abuse: a tract-based spatial statistics (TBSS) and tractography study. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 44(4), E11–E20.

Lin, S. C., Pozzi, E., Kehoe, C. E., Havighurst, S., Schwartz, O. S., Yap, M. B. H., Zhao, J., Telzer, E. H., & Whittle, S. (2024). Family and parenting factors are associated with emotion regulation neural function in early adolescent girls with elevated internalizing symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10.1007/s00787-024-02481-z.

Lyu, S. Y., Chi, Y. C., Farabee, D., Tsai, L. T., Lee, M. B., Lo, F. E., & Morisky, D. E. (2015). Psychological distress in an incarcerated juvenile population. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*, 114(11), 1076–1081. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2014.03.011>

Malvaso, C. G., Cale, J., Whitten, T., Day, A., Singh, S., Hackett, L., ... & Ross, S. (2022). Associations between adverse childhood experiences and trauma among young people who offend: A systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(5), 1677-1694.

Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse*, 22(2), 191-217.

McKenna, N. C., & Anderson, V. R. (2024). Pathways to— But Not Through? Revisiting the Trauma and Recidivism Relationship Among System-Involved Youth. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 15412040241232896.

McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion* (Washington, D.C.), 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>

Miller-Slough, R. L., & Dunsmore, J. C. (2016). Parent and friend emotion socialization in adolescence: Associations with psychological adjustment. *Adolescent Research Review*, 1, 287-305.

Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houlberg, B. J. (2017a). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 11(4), 233-238.

Morris, A. S., Houlberg, B. J., Criss, M. M., & Bosler, C. D. (2017b). Family context and psychopathology: The mediating role

of children's emotion regulation. *The Wiley Handbook of Developmental Psychopathology*, 365-389.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Applying Lessons of Optimal Adolescent Health to Improve Behavioral Outcomes for Youth, Kahn, N. F., & Graham, R. (Eds.). (2019). *Promoting Positive Adolescent Health Behaviors and Outcomes: Thriving in the 21st Century*. National Academies Press (US).

Nemeroff, C. B. (2016). Paradise lost: The neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89(5), 892–909.

Nisar, M., Ullah, S., Ali, M., & Alam, S. (2015). Juvenile delinquency: The Influence of family, peer and economic factors on juvenile delinquents. *Applied Science Reports*, 9(1), 37-48.

Nyquist, A. C., & Luebke, A. M. (2022). Parents' Beliefs, Depressive Symptoms, and Emotion Regulation Uniquely Relate to Parental Responses to Adolescent Positive Affect. *Family Process*, 61(1), 407–421. <https://doi.org/10.1111/famp.12657>

O’Neill, K. K. (2020). Adolescence, Empathy, and the Gender Gap in Delinquency. *Feminist Criminology*, 15(4), 410-437. <https://doi.org/10.1177/1557085120908332>

Palmer, C., Oosterhoff, B., Bower, J., Kaplow, J., & Alfano, C. (2018). Associations among adolescent sleep problems, emotion

regulation, and affective disorders: Findings from a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research*, s. 96, 1-8.

Parade, S. H., Huffhines, L., Daniels, T. E., Stroud, L. R., Nugent, N. R., & Tyrka, A. R. (2021). A systematic review of childhood maltreatment and DNA methylation: candidate gene and epigenome-wide approaches. *Translational Psychiatry*, 11(1), 134.

Perry, N. B., Dollar, J. M., Calkins, S. D., Keane, S. P., & Shanahan, L. (2020). Maternal socialization of child emotion and adolescent adjustment: Indirect effects through emotion regulation. *Developmental Psychology*, 56(3), 541.

Piquero, A. R., Jennings, W. G., & Farrington, D. P. (2010). On the malleability of self-control: Theoretical and policy implications regarding a general theory of crime. *Justice Quarterly*, 27(6), 803-834.

Pires, A. R., & Almeida, T. C. (2023). Risk factors of poly-victimization and the impact on delinquency in youth: A systematic review. *Crime & Delinquency*, 00111287221148656.

Poon, K. (2020). Evaluating dual-process theory of decision-making in Chinese delinquent adolescents. *Australian Psychologist*, 55(3), 257-268.

Protic, S., Wittmann, L., Taubner, S., & Dimitrijevic, A. (2020). Differences in attachment dimensions and reflective functioning between traumatized juvenile offenders and maltreated non-delinquent adolescents from care services. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104420.

Quoidbach, J., Mikolajczak, M., & J. Gross, J. (2015). Positive interventions: an emotion regulation. *Psychological Bulletin*, s. 1-40.

Reilly, E. B., & Gunnar, M. R. (2019). Neglect, HPA axis reactivity, and development. *International Journal of Developmental Neuroscience: The Official Journal of The International Society for Developmental Neuroscience*, 78, 100–108.

Rezaei, S., PourHadi, S., & Shabahang, R. (2019). Relationship of Perceived Parenting Styles with Self-Control Capacity and Affective Self-Regulation Among Delinquent Adolescents. *Caspian Journal of Neurological Sciences*, 5(2), 56-65.

Rodriguez, C., Tucker, M., & Palmer, K. (2016). Emotion regulation in relation to emerging adults' mental health and delinquency: a multi-informant approach. *Journal of Child and Family Studies*, s. 25, 1916-1925.

Rogosch, K. S. J. C. D. FA (2013). A longitudinal study of emotion regulation, emotion lability-negativity, and internalizing symptomatology in maltreated and nonmaltreated children. *Child Development*, 84, 512-527.

Ron-Grajales, A., Sanz-Martin, A., Castañeda-Torres, R. D., Esparza-López, M., Ramos-Loyo, J., & Inozemtseva, O. (2021). Effect of mindfulness training on inhibitory control in young offenders. *Mindfulness*. 12(7), 1822-1838.

Rothenberg, W., Di Guinta, L., Lansford, J., Lunetti, C., Fiaconaro, I., Basili, E., . . . Cirimele, F. (2019). Daily associations between emotions and aggressive and depressive symptoms in adolescence: The mediating and moderating role of emotion

dysregulation. *Journal of Youth and Adolescence*, s. 48(11), 2207-2221.

Saccaro, L., Giff, A., De Rossi, M., & Piguet, C. (2024). Interventions targeting emotion regulation: A systematic umbrella review. *Journal of Psychiatric Research*, s. 174, 263-274.

Sağlam, M., & Aral, N. (2017). Yargılama süreci devam eden suça sürüklenen çocuklara yönelik hazırlanan destek eğitim programının çocukların duygu ve düşüncelerine etkisinin incelenmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, s. 10(50), 572-588.

Sahi, R. S., Eisenberger, N. I., & Silvers, J. A. (2023). Peer facilitation of emotion regulation in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 101262.

Salekin, R. T. (2015). Forensic evaluation and treatment of juveniles: Innovation and best practice. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/14595-000>

Sanchis-Sanchis, A., Grau, M. D., Moliner, A. R., & Morales-Murillo, C. P. (2020). Effects of age and gender in emotion regulation of children and adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11, 497592.

Sarıtaş Atalar, D., & Altan Atalay, A. (2018). Ergenlik Döneminde Duygu Düzenleme ve Ruh Sağlığı: Ana-Babanın ve Mizacın Rolü. B. T. içinde, *Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar* (s. 84-90). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Schalkwijk, F., Stams, G. J., Stegge, H., Dekker, J., & Peen, J. (2016). The Conscience as a Regulatory Function: Empathy, Shame,

Pride, Guilt, and Moral Orientation in Delinquent Adolescents. *International Journal of offender Therapy And Comparative Criminology*, 60(6), 675–693. <https://doi.org/10.1177/0306624X14561830>

Schweizer, S., Gotlib, I. H., & Blakemore, S. J. (2020). The role of affective control in emotion regulation during adolescence. *Emotion* (Washington, D.C.), 20(1), 80–86. <https://doi.org/10.1037/emo0000695>

Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth And Adolescence*, 46, 261-276.

Schuster, I., Larran, J., Zhai, J., Ye, L., Lu, J., Liu, Y., & Hein, S. (2024). Trajectories of positive and negative affect and state hope and their relationship with mental health among male adolescents in a juvenile correctional institution in China. *Current Psychology*, 1-14.

Sevecke, K., Franke, S., Kosson, D., & Krischer, M. (2016). Emotional dysregulation and trauma predicting psychopathy dimensions in female and male juvenile offenders. *Child and Adolescent Psychiatry And Mental Health*, 10, 1-13.

Siegel LJ. *Criminology*. 8th ed. Canada: Thomson Wadsworth; 2003

Silvers J. A. (2022). Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current Opinion In Psychology*, 44, 258–263. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.09.023>

Skaar, N. R. (2024). Confirmation of a Reconceptualized Definition and Measure of Adolescent Risk Behavior: Adolescent Viewpoints. *Journal of Adolescent Research*, 39(3), 746-769. <https://doi.org/10.1177/07435584211064566>

Sousa, R., Ribeiro da Silva, D., Petrocchi, N., Gilbert, P., & Rijo, D. (2023). At the heart of change: Differences in young offenders' HRV patterns after the delivery of the PSYCHOPATHY. COMP program. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1032011.

Springstein, T., & English, T. (2024). Distinguishing emotion regulation success in daily life from maladaptive regulation and dysregulation. *Personality And Social Psychology Review*, 28(2), 209-224.

Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 52(3), 216-224.

Tas, G., & Baysan Arabacı, L. (2020). Suça sürüklenmiş ergenlere verilen psikoeğitimin sosyal duygusal öğrenme ve duygu yönetimi becerilerine etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, s. 23, 476-485.

Tangney J. P., Dobbins A. E., Stuewig J. B., Schrader S. W. (2017). Is there a dark side to mindfulness? Relation of mindfulness to criminogenic cognitions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(1), 1415–1426

Tao, S., Li, J., Zhang, M., Zheng, P., Lau, E. Y. H., Sun, J., & Zhu, Y. (2021). The effects of mindfulness-based interventions on

child and adolescent aggression: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 12, 1301-1315.

Thompson, S. F., Zalewski, M., Kiff, C. J., Moran, L., Cortes, R., & Lengua, L. J. (2020). An empirical test of the model of socialization of emotion: Maternal and child contributors to preschoolers' emotion knowledge and adjustment. *Developmental Psychology*, 56(3), 418.

Tinajero, R., Williams, P. G., Cribbet, M. R., Rau, H. K., Silver, M. A., Bride, D. L., & Suchy, Y. (2020). Reported history of childhood trauma and stress-related vulnerability: Associations with emotion regulation, executive functioning, daily hassles and pre-sleep arousal. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 36(4), 405–418.

Topçuoğlu, S. (2023). Ergenlerde duygu regülasyonu. *İnteraktif Bilim: Disiplinlerarası Araştırma ve İncelemeler Dergisi*, s. 2, 10-49.

Trentham, C. E., Hensley, C., & Policastro, C. (2018). Recurrent childhood animal cruelty and its link to recurrent adult interpersonal violence. *International Journal of Offender Therapy And Comparative Criminology*, 62(8), 2345-2356.

Trinidad, A., Vozmediano, L., & San-Juan, C. (2020). Environmental factors in juvenile delinquency: A systematic review of the situational perspectives' literature. *Reviewing Crime Psychology*, 240-266.

Trivedi-Bateman, N., & Crook, E. L. (2022). The optimal application of empathy interventions to reduce antisocial

behaviour and crime: a review of the literature. *Psychology, Crime & Law*, 28(8), 796-819.

Türk Ceza Kanunu. (2004, 10 12). *Türk Ceza Kanunu*. Ankara: Resmi Gazete.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri*. TÜİK: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Güvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2023-53674>

U-Seman, N.A.B.C., & Chethiyar, S.D.M. (2021). Effectiveness of Intervention Based Art Therapy (AT) Module on Aggressive Behaviour Among Delinquent Adolescents . *South Asian Journal of Social Sciences and Humanities*, 2(6), 60–71. <https://doi.org/10.48165/sajssh.2021.2605>

Vazsonyi A. T., Mikuška J., Kelley E. L. (2017). It's time: A meta-analysis on the self-control-deviance link. *Journal of Criminal Justice*, 48, 48–63. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2016.10.001>

Walker, S. C., Duong, M., Hayes, C., Berliner, L., Leve, L. D., Atkins, D. C., Herting, J. R., Bishop, A. S., & Valencia, E. (2019). A tailored cognitive behavioral program for juvenile justice-referred females at risk of substance use and delinquency: A pilot quasi-experimental trial. *PloS one*, 14(11), e0224363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224363>

Weytens, F., Luminet, O., Verhoshadt, L., & Mikolajczak, M. (2014). An Integrative Theory-Driven Positive Emotion Regulation Intervention. *PLoS One*, s. 9(4): e95677.

Weiss, N. H., Thomas, E. D., Schick, M. R., Reyes, M. E., & Contractor, A. A. (2022). Racial and ethnic differences in emotion regulation: A systematic review. *Journal Of Clinical Psychology*, 78(5), 785-808.

Winiarski, D. A., Schechter, J. C., Brennan, P. A., Foster, S. L., Cunningham, P. B., & Whitmore, E. A. (2017). Adolescent physiological and behavioral patterns of emotion dysregulation predict multisystemic therapy response. *Journal of Emotional And Behavioral Disorders*, 25(3), 131-142.

Wolff, K. T., & Baglivio, M. T. (2017). Adverse childhood experiences, negative emotionality, and pathways to juvenile recidivism. *Crime & Delinquency*, 63(12), 1495-1521.

You, S., & Lim, S. A. (2015). Development pathways from abusive parenting to delinquency: The mediating role of depression and aggression. *Child Abuse & Neglect*, 46, 152-162.

Zamani, S. D., Taremian, F., & Motamed, N. (2018). Relationship of personality factors, emotion regulation, antisocial cognition, mental health and life fields on juvenile delinquency behaviors. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*, 26(115), 92-106.

Zastrow, C. (2010). *Sosyal Hizmet Giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.

Zelechowski, A. D., Bohner, J., & Perry, B. D. (2024). Beyond recidivism: reconceptualizing success through relational health for trauma-exposed youth experiencing juvenile justice involvement. *Frontiers in Psychology*, 15, 1263451.

Zhang, X., Gatzke-Kopp, L. M., Fosco, G. M., & Bierman, K. L. (2020). Parental support of self-regulation among children at risk for externalizing symptoms: Developmental trajectories of physiological regulation and behavioral adjustment. *Developmental Psychology*, 56(3), 528.

## BÖLÜM II

### Yenidoğan'da Non-invazif Mekanik Ventilasyon Desteği ve Hemşirelik Bakımı

Sultan GÜNER BAŞARA  
Bircan KAHRAMAN BERBEROğLU

#### Giriş

#### Mekanik Ventilasyon

Solunum sıkıntısı yenidoğan döneminin önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (Ekhaguere & ark., 2022; Harshini & ark., 2020) aynı zamanda term ve preterm bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerine (YYBÜ) sık yatış nedenleri arasında yer alır. Yenidoğanda siyanoz, burun kanadı solunumu, hırıltı, solukluk, apne, raller ve/veya ronküs ile beraber solunum seslerinde azalma, dakikada 60'dan fazla olan solunum hızı, inleme, interkostal çekilme ve retraksiyon solunum işlevinin yetersiz olduğunu gösteren belirti ve bulgulardır (Rijal & Shrestha, 2018; Özkeçeci & Karagöl, 2021). Ayrıca solunum sıkıntısı bulguları ile birlikte kan gazında  $pH < 7.20$ -

7.25, PaCO<sub>2</sub>>60mmHg, PaO<sub>2</sub><50-60 mmHg ve palsoksimetre ve monütörde SpO<sub>2</sub>< %80 değerleri gelişmektedir. Özellikle pretermelerde merkezi sinir sistemi ve solunum sistemi tam gelişmemiş olması nedeniyle solunum kontrolü ve akciğer işlevlerinde daha büyük sorunlar ortaya çıkar. Yüzey gerilimini azaltıcı etkisi ile alveoler kollapsı önleyerek gaz alışverişini sağlayan, surfaktan eksikliğine bağlı komplians azdır, alveoller gerektiği şekilde açık tutulamaz ve fonksiyonel rezidüel kapasite düşüktür. Fetal akciğer sıvısının emilimindeki güçlükler, solunum kaslarındaki güçsüzlük ve hava yollarının kapanmaya eğilimli olması solunumun preterm bebek tarafından yapılmasını zorlaştırmaktadır (Humberg & ark., 2020; Dassios, Vervenioti & Dimitriou, 2022; Ramaswamy, Abiramalatha & Roehr, 2022; Özkeçeci & Karagöl, 2021).

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon (MV) desteği sık uygulanan tedavi yöntemlerinden olup solunum fonksiyonu yetersiz veya hiç olmayan bebeklerde solunumu desteklemek, alveolar oksijenizasyonu ve biriken karbondioksit atılımını sağlamak için kullanılan önemli bir tedavi yöntemidir (Sangsari & ark., 2022). Mekanik ventilasyonda hedef, kabul edilebilir bir oksijen yüzdesinde (F<sub>1</sub>O<sub>2</sub><0.60) kabul edilebilir bir oksijenasyondur Mekanik ventilasyonun etkin bir şekilde uygulanmaya başlanması ile solunum yetersizliğine bağlı ölüm oranı belirgin olarak azalmıştır (Carvalho & ark., 2018). Yenidoğanın MV desteği farklı yöntemlerle uygulanabilmektedir. Bu yöntemlerden biri olan hacim kontrollü ventilasyonda gerekli basınçtan bağımsız olarak her solunumda bebeğe belirli bir tidal volüm uygulanmaktadır. Diğer bir yöntem olan basınç kontrollü

ventilasyonda ise önceden belirlenmiş basınca ulaşana kadar gereken gaz hacmi hastaya verilmektedir. Yüksek hızlı ventilasyonlarda belirlenen hacim temel olarak çok yüksek solunum hızlarıyla (180-900/dakika) sağlanmaktadır. Yenidoğan ventilasyonunda önceki yıllarda basınç kontrollü ve zaman döngülü ventilatörler tercih edilirken, günümüzde hacim garantili ve yüksek frekanslı ventilatörler de kullanılmaktadır. Hacim kontrollü modlar gerekli basınçtan bağımsız bir tidal volüm oluşturmaktadır, bu nedenle, akciğerler daha az uyumlu olduğunda, ventilatör ayarlanan hacmi elde etmek için daha yüksek tepe basıncı sağlamaktadır (Greenough & ark., 2016; Gupta & Janakiraman, 2018; Grazioli, Karam & Rimensberger, 2015). Günümüzde mekanik ventilasyon İnvazif mekanik ventilasyon (İMV) ve non-invazif mekanik ventilasyon (NİMV) şeklinde uygulanmaktadır. Yenidoğanlarda invazif mekanik ventilasyon, ciddi akciğer yaralanmalarına yol açabilir. Uzun süreli veya aşırı basınçla yapılan ventilasyon, akciğerlerde barotravma (yüksek basınç sonucu zarar), volümetrik travma (aşırı hava miktarının akciğerlere verilmesi) ve oksijen toksisitesine yol açabilmektedir. Prematüre bebeklerde antioksidan sistemler geç geliştiği için akciğer hasarlanması daha fazla olmaktadır. Aşırı hipoksi akciğer iltihabına, yaygın alveoler yaralanmalara, ilerleyici pulmoner hasara ve ölüme neden olabilir. Bu durumlar, solunum distresine neden olan temel sorunları kötüleştirebilir ve akciğerlerin iyileşmesini engelleyebilir. Bu nedenle, son yıllarda akciğer koruma stratejileri yoğun bir şekilde incelendiğinde özellikle entübasyon ve mekanik ventilasyon uygulamalarının morbidite ve mortaliteyi etkileyecek komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olması günümüzde

NİMV desteğinin daha sık tercih edilmesini sağlamaktadır (van Kaam & ark., 2021; Williams & Greenough, 2021; Carvalho & ark., 2018).

*Tablo 1: Yenidoğanda Solunum Güçlüğü Nedenleri*

Solunum Sistemi İle İlgili Nedenler	Solunum Sistemi Dışı Nedenler
<p>Üst Solunum Yolları İle ilgili</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koanal Atrezi</li> <li>2. Konjenital Stridor</li> <li>3. Laringotrakeomalazi</li> </ol>	<p>Metabolik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipoglisemi</li> <li>2. Hipotermi</li> <li>3. Metabolik Asidoz</li> </ol>
<p>Akciğerler ile ilgili</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respiratuvar Distres Sendromu (RDS)</li> <li>2. Hava Kaçağı sendromu</li> <li>3. Yenidoğanın Geçici Takipnesi</li> <li>4. Mekonyum Aspirasyonu Sendromu</li> <li>5. Persistant Pulmoner Hipertansiyon</li> <li>6. Pulmoner Kanama</li> <li>7. Pnömoni</li> <li>8. Pulmoner Agenezi</li> <li>9. Akciğer Kistleri</li> <li>10. Atelaktazi</li> </ol>	<p>Kardiyak</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doğumsal Kalp Hastalıkları</li> <li>2. Kalp Yetmezliği</li> </ol>
	<p>Serebral</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kanama</li> <li>2. Ödem</li> <li>3. İlaç etkisi</li> </ol>
	<p>Hematolojik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akut Kan Kaybı</li> <li>2. İkiizden İkize Transfüzyon</li> <li>3. Polisitemi</li> </ol>
	<p>Diğer</p> <p>Trakea-özefajial Fistül</p> <p>Diafragma Hernisi</p>

*Kırımı, E. (2007). Solunum güçlüğü olan yenidoğana yaklaşım, Aktüel Tıp Dergisi, , 19(11):87-98.*

## **Noninvazif Mekanik Ventilasyon**

Nazal noninvazif mekanik ventilasyon (NİMV), solunum yetersizliği nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) yatan prematüre bebeklerin solunumunu entübe etmeden desteklemede kullanılan ve günümüzde invazif mekanik ventilasyondan fazla tercih edilen önemli bir tedavi yöntemidir (Mahmoud & ark., 2022; Fu & ark., 2024). Spontan solunumu olan bebeklerde nazal NİMV üst hava yolu direncinin düşmesi ve obstüriktif apnenin azaltılması, akciğer hacminin korunması, oksijenasyonun artırılması ve akciğer solunum işinin azaltılmasında önemli solunum desteği sağlar (Shi & ark., 2020). Spontan solunumunun olması durumunda yenidoğanın burnu deliklerine yerleştirilen kanül veya burun ve ağızda içine alabilen maske aracılığı ile ısıtılmış ve nemlendirilmiş hava belli bir basınç altında verilmektedir (Imbulana & ark., 2018; Razak ve Patel, 2020). Günümüzde nazal NİMV ve özellikle devamlı hava yolu basıncı (CPAP) uygulaması, solunum problemi olan prematüre bebeklerin tedavisinde öncelikli uygulanan yöntemdir (Herting, Hartel ve Gopel, 2020). Non-invazif mekanik ventilasyon; nazal CPAP, yüksek akışlı nazal kanül, nazal iki taraflı pozitif hava basıncı, invazif olmayan aralıklı pozitif basınçlı ventilasyon, senkronize invazif olmayan nazal aralıklı pozitif basınçlı ventilasyon, invazif olmayan yüksek flow ventilasyon olarak uygulanabilmektedir (Mahmoud ve ark., 2020)

Konvensiyonel mekanik ventilasyon ile karşılaştırıldığında nazal NİMV barotravma, mortalite, morbidite ve bronkopulmoner displazi (BPD) insidansını önemli derecede azaltmaktadır (Alessi, 2018; Bashir & ark., 2019). Fakat preterm yenidoğanlarda erken

dönemde nazal NİMV uygulanması; pnömotoraks, abdominal distansiyon, pulmoner kan akımı direnci ve kardiyak out-putta düşme, nazal travma ve nazal yaralanma gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir (Boel & ark., 2017; Shehadeh, 2020; Nasef, Rashed & Aly, 2020). Nazal NİMV sırasında preterm bebeklerde bir araştırmada %20-60 oranında yüz ve %68 oranında burunda basınç yaralanması meydana geldiğini belirtmektedir (Dai & ark., 2020). Diğer bir araştırmada ise preterm bebeklerde nazal NİMV uygulanmasına bağlı burunda basınç yaralanma insidansı %20-100 arasında değiştiği yönündedir (Imbulana & ark., 2018). Burun yaralanması septal nekrozdan septal düşmeye kadar gidebilmektedir. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerde nazal yaralanmalar sıklıkla ilk 48-72. saatte ve çoğunlukla septumda gelişmektedir (Ota, Davidson & Guinsburg, 2013; Solanki & Bhil, 2019). Yenidoğanın gestasyon yaşının <32 hafta, doğum kilosunun <1500 gr ve tedavi süresinin beş günden fazla olması cilt yaralanmalarında artışa neden olmaktadır (Khan & ark., 2017; Haymes, 2020).

İnvazif olmayan mekanik ventilasyonun başarısında hemşirelik bakımı oldukça önemlidir (Özkeçeci & Karagöl, 2021; Haymes, 2020). Mekanik ventilasyon uygulanan bebeklerin hemşirelik bakımında amaç, mekanik ventilasyon desteği almaya bağlı enfeksiyon, uzun süre mekanik ventilasyon uygulaması sonucu BPD, subglotik darlık, nörogelişimsel problemler ve doku hasarı gibi komplikasyonları önlemektir (Joseph, 2015; El-Garhy & ark., 2020). Hemşirelik bakımında doku hasarı oluşmadan koruyucu önlemlerin alınması büyük önem taşımaktadır (Sarı ve Atalay, 2016). Nazal NİMV esnasında cilt yaralanmalarını azaltacak ve engelleyecek hemşirelik bakım stratejilerini destekleyecek kanıt ve hemşirelik

bakımına ilişkin standart uygulama oldukça sınırlıdır (Başara, Çalışır & Türkmen, 2024).

Bebeklerde kullanılan Non-invazif mekanik ventilasyon modları;

1. Nasal Continuous Positive Airways Pressure (NCPAP)
  - a. Sabit akışlı NCPAP: Bubble CPAP, ventilatör kaynaklı NCPAP
  - b. Değişken akımlı NCPAP
2. Bi-level Positive Airway Pressure (BiPAP)
3. Nasal Aralıklı Positive Pressure Ventilasyon (NIPPV)
4. Nasal Yüksek Frekanslı Ventilasyon (NHFV)
5. Yüksek Isı Nemlendirme Akımlı Nazal Kanül (Heated Humidified High Flow Nasal Cannula-HHFN) Terapi
6. Düşük Akımlı Nazal Kanül (Low Flow Nasal Cannula - LFNC) Terapi (Boel ve ark, 2017).

*İkili ve Kısa Burun Kanülü ile CPAP Uygulaması:* Günümüzde yenidoğanlarda en sık kullanılan CPAP uygulama yöntemidir. Kullanılan malzemenin farklı biçimlerde tasarlanmış şekilleri olsa da hepsinin ortak özelliği 1-2 cm'lik iki kısa ve yumuşak kanülünün olmasıdır. İkili kısa burun kanülünde, tekli burun kanülüne göre direnç daha azdır. Her iki burun deliğinden de basınç verilmesi nedeniyle ikili kısa burun kanülü ile uygulanan CPAP'in daha etkili olduğu bildirilmektedir. En çok görülen sorun bu araçların tıkanması ve kıvrılmasıdır. Bebekler ağızlarını açtığında ve ağladıklarında basınç kaybına yol açarlar.

*Nazal Kanül ile CPAP yöntemi:* Pratik ve ucuz bir sistem olarak dikkati çekmektedir. Özel hazırlanmış ürün: Ram kanül veya Nazal oksijen kanülleri kısaltılarak tasarlanmıştır.

*Tekli ve Kısa Burun Kanülü ile CPAP Uygulaması:* Kısaltılmış trakeal tüpün tek bir burun deliğinden 1-2 cm içeriye itilmesi ile uygulanır. Burun deliğinin dışında kalan tüp uzunluğu da 3 cm kadardır. Uygulaması oldukça kolaydır ancak verilen basınçlı hava diğer burun deliğinden kaçabilir. İkili ve kısa burun kanülüne göre direnç daha fazladır.

*Uzun Nazofaringeal Kanül ile CPAP Uygulaması:* Trakeal tüpün kısaltılarak tek bir burun deliğinden geçirilip farikse yerleştirilmesi ile uygulanır. Yüksek direnç ve basınçtaki azalma nedeniyle ikili ve kısa burun kanülüne göre etkisi daha azdır. Tüpün burun içerisine sokulması gereken kısım daha uzundur. Kullanılan tüp ne kadar uzun ise hava yolu direnci de o kadar artar.

*Burun Maskesi ile CPAP Uygulaması:* Etkinliği konusunda yeterli veri yoktur. Burun deliklerinde daha az travma yaptığı düşünülmektedir. Yerleştirmek oldukça güçtür ve daha fazla basınç uygulamak gerekir. İnvazif olmayan araçlar olmalarına rağmen sadece düşük basınçlarda uygulanabilirler ve 1500 gr altındaki bebeklerde uygulanamazlar



*Şekil 1. Uzun Nazofarenjial Kanül*

<https://turkish.alibaba.com/g/neonate-endotracheal-tube.html>



*Şekil 2. Nazal Maske*

[www.medicalexpo.com](http://www.medicalexpo.com)



*Şekil 3. Nazal Kanül*

[www.greatgroup.com](http://www.greatgroup.com)

## **Non-invazif Mekanik Ventilasyon Uygulanan Yenidoğan Bebeğın Hemşirelik Bakımı**

Noninvaziv mekanik ventilasyon solunum patolojisinin yönetiminde hayati destek sağlamaktadır. Bu, invaziv ventilasyona alternatif bir tekniktir ve bronkopulmoner displazi gibi diğerkomplikasyonların oluşumunu azaltmayı hedeflemektedir. Prenatal steroidlerin, pulmoner sürfaktanın ve CPAP'ın uygulanması, son birkaç yılda yenidoğan ölümlerinin azalmasında önemli katkı sağlamaktadır. Hemşirelik bakımı, invazif olmayan ventilasyonda başarınının temel dayanağıdır. Bu nedenle, bunun nasıl

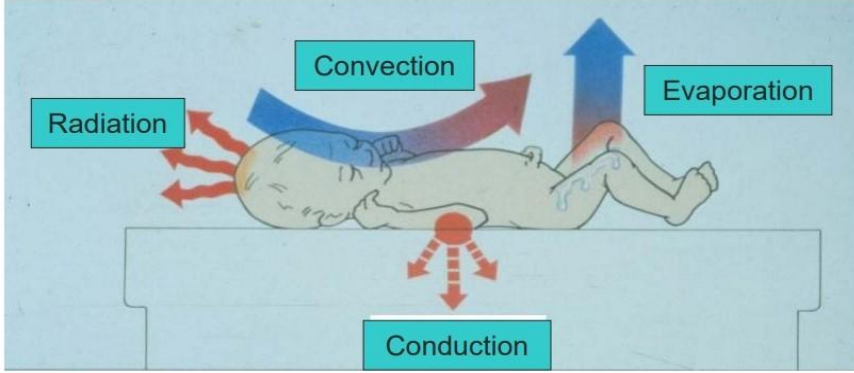
gerçekleştirileceğini, temel özelliklerini, uygun bakımı, ayrıca ortaya çıkabilecek en sık görülen komplikasyonları ve teknik sorunları bilmek önemlidir (Mostafa, El-Khedr & Ibrahiem, 2024; Li & ark., 2021 ). Mekanik ventilasyon uygulanan bir bebeğe bakan hemşireler birçok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Uzmanlaşmış bakım, güvenli ve etkili bakım sağlamada önemli bir husustur ve bakımın ana yönleri ile, termoregülasyon, hava yolu açıklığı, stabil hemodinamik durum, büyüme ve gelişimin sürdürülmesi için yeterli beslenmeyi içerir bunun yanında mekanik ventilasyon desteği almaya bağlı enfeksiyon, uzun süre mekanik ventilasyona bağlı kalma sonucu kronik akciğer hastalığı, subglotik darlık, nörogelişimsel problemler gibi komplikasyonlarda başedilmesi gerekmektedir (Joseph, 2015; Flanagan, 2016; Rocha & ark., 2018). Nazal NİMV desteği alan yenidoğanın devamlı olarak, oksijen saturasyonu, solunum sayısı, kalp tepe atımı, oksijen konsantrasyonu (PiO<sub>2</sub>), her saat solunum yükü dahil bütün vital bulguların takibinin yanı sıra, uygulanan basınç, gaz akışı, verilen havanın nemlendirilmesi ve ısıtılması, nemlendiricideki su seviyesi, pronglarının doğru yerleşimi, devre ve pronglarda birikmiş yoğunlaşma kontrol edilmeli ve fazla su boşaltılmalı, septal columellar bütünlüğü, orogastrik tüp yerleşimi ve abdominal distansiyon izlenmelidir (Rocha & ark., 2018; Queensland Clinical Guideline, 2021).

### **Cilt Sıcaklığının Korunması (Termoregülasyon)**

Yenidoğan bebeklerin vücut ağırlığına oranla daha büyük yüzey alanı olduğundan hipotermi kolay gelişir (Oranges & ark., 2015). Özellikle prematüre bebeklerde deri ve subkutan fascia ısının merkezden yüzeye akışına karşı yetersiz bariyer oluşturur ve doğum

ağırlığı 1000 gr altındaki bebeklerde evaporasyon ile ısı kaybı erişkinlerdekinden 8-10 kat fazladır (Demissie & ark., 2018). Neonatal hipotermi mortalite ve morbidite riskini arttıran küresel bir sorundur. Normal sağlıklı bir bebekte vücut ısısı 36.5°C-37,5°C arasındadır (Wilson & ark., 2016; Ramaswamy & ark., 2022). Isı stabilitesindeki azalmanın, hipoksiye bağlı ölüm ve hipotansiyon gibi uzun vadeli fizyolojik etkiler neden olabilir (Demissie & ark., 2018). Dünya Sağlık Örgütü yenidoğanlar için vücut ısısını 36- 36,4 °C ye kadar hafif hipotermi, 32-35.9° C 'ye kadar orta hipotermi, 32°C' den düşük olanları ağır hipotermi olarak sınıflandırmaktadır (Soares & ark., 2019). Yenidoğanda ısı kaybına neden olan dört mekanizma vardır; evaporasyon (buharlaştırma), radyasyon, konveksiyon (taşınma), kondüksiyon (iletim). Hipotermi gelişen bebekte oksijen tüketimine bağlı solunum sıkıntısı gelişmektedir, yenidoğanın doğumdan sonra doğum oda ısısı term yenidoğanlar için minimum 25°C, prematürelere için 26-28°C ve devamlı kalınacak oda sıcaklığının 25-26°C olması gerekmektedir (Carns & ark., 2018, El-Atawi & ark., 2018). Kuvözler bebeğin ısısının regülasyonu ve ısı kaybının önlenmesi için önemli aletlerdir. Genellikle çift duvarlı kuvözler kullanılarak radyan ısı kaybı engellenir, bebekte kullanılan servokontrollü deri problemleri deri ısısını 36,5°C de tutmak için kuvöz içi çevre ısısını ayarlar ve bu durum bebekte en az oksijen tüketimine neden olur. Prematüre bebeklerde sıcaklık ile birlikte kuvöz içi nemde sağlanmalıdır (%70-%90) ve birinci haftadan sonra düşürülmelidir (%50 dek adım adım), özellikle 27. GH dan küçük bebeklerde kuvöz içi nem oranı %80 olmalıdır (Rashid & ark., 2023; Vilinski & Sheridan, 2014). Carns ve arkadaşları (2018) nazal CPAP alan yenidoğanlarda hipotermiminin

etkilerini retrospektif olarak inceledikleri çalışmada CPAP tedavisi sırasında bebeklerin %50 den fazlasında hipotermi gelişmiştir ve taburcu olmak için sağ kalımın üç değişkene; ortalama sıcaklık, tedavi şekli ve ortalama solunum hızına dayandığı belirtilmektedir.



*Şekil 4. Yenidoğanda ısı kaybına neden olan dört mekanizma*

*Carns, J., Kawaza, K., Quinn, M. K., Miao, Y., Guerra, R., Molyneux, E., ... & Richards-Kortum, R. (2018). Impact of hypothermia on implementation of CPAP for neonatal respiratory distress syndrome in a low-resource setting. PLoS One, 13(3), e0194144.*

## **Hava Yollarının Güvenliği**

Noninvaziv mekanik ventilasyon sırasında nazal kanüllerin yerinden çıkması bebekte akut hipoksi, bradikardi ve hava yollarında travma gibi komplikasyonlara yol açar. Nazal kanüllerin yerinden çıkmasının sık görülen nedenleri arasında bebeğin ajite olması, mekanik ventilasyon süresininin uzaması, tüp tespitlerinin tükürük veya sekresyonlarla ıslanıp yapışkanlığını yitirmesi gibi nedenler sayılabilir. Bu durumun önlenmesi için düzenli takip oldukça önemlidir (Atasay, Akın & Alan, 2016). Bebeğe verilen hava ısıtılıp nemlendirilmezse hava yollarında nekroz, hipotermi ve silier

aktivitede azalma görülür (Alanazi & ark., 2023). Bebeğe verilecek hava ve oksijen karışımı mutlak nemlendirilmelidir aksi takdirde sekresyonlar kuruyarak solunum yollarını tıkar. Supraglotik alanın atlanmasından dolayı özellikle ETT ve trakeostomi yoluyla desteklenen bebeklerde, verilen gazın, 33 mgH<sub>2</sub>O / L'den yüksek mutlak bir nemde verilmesi tavsiye edilir. Yapılan çalışmalarda silier aktivitenin, nispi nem oranı %70'in altına düştüğünde azaldığı, verilen havanın vücut sıcaklığına yakın ısıda ve nem oranı da %75'in üzerinde olduğunda normal silier aktivite sağlanabildiği, sıcaklığın 32-34°C arasında olması gerektiği bilinmektedir (Doctor & ark., 2017).

### **Aspirasyon**

Swett ve arkadaşları (2017), gestasyon haftası 29-30, postnatal 3. günde olan ve n CPAP tedavisi alan 16 yenidoğanın aspirasyonu sırasında kalp tepe atımı ve solunum hızlarının değişmediği ve satürasyon değerlerinin her işlem sonrasında düştüğünü tespit etmişlerdir. Nazal aspirasyon rutin bakımın bir parçası olmamalıdır, fakat dikkatli takip ile ağız içi aspirasyonu gerekli ise nazikçe aspire edilmelidir. Oksijen gereksiniminde artma, solunumun artması, apne, solunum sıkıntısı ve hipoaktifleşme, sekresyonların artmasında bebeğin aspirasyon ihtiyacına dikkatli bir şekilde karar verilmesi gereken durumlardır, aspirasyondan birkaç dakika sonra bebeğin genel durumu iyiye gitmiyor ise tıbbi değerlendirmenin yapılması gerekmektedir (Khan ve ark, 2017; Fedor, 2017; Clinical guideline, 2019; Kenner & ark., 2022). Oral aspirasyon daha sık gerekebilir, nazal aspirasyon aspirasyon gerekiyor ise sekresyonu nazik bir şekilde aspire edilmelidir. Nazal kanül temizlenmeli ve her vardiya başında nazal kanüllerin bir kez açıklığı kontrol edilmeli.

Aspiratör basıncı 100 mmHg ayarlanmalı ve aspiratör kateteri bebeğin kilosuna göre seçilmeli (Garzotto & ark., 2019; Queensland Clinical Guideline, 2021).



*Şekil 5. Nazal maske NIMV*

<https://www.imgrumweb.com/hashtag/nCPAP>

## **Pozisyon**

Noninvaziv ventilasyon tedavisi alan bebekler için pozisyonlama, yalnızca solunum cihazlarının en uygun şekilde yerleştirilmesini değil, aynı zamanda bu cihazları aylarca kullanması gerekebilecek bebeklerde şekil bozukluklarının önlenmesini içinde son derece önemlidir. Günümüzde geliştirilen nazal kanüller noninvaziv ventilasyonun etkinliğini sağlarken aynı zamanda bebeğin gelişimsel olarak uygun pozisyonda tutulmasına olanak sağlamaktadır. Ancak, bebeğin haftalar veya aylar boyunca noninvaziv ventilasyonda kalması gerektiği durumlarda, yaş ve klinik duruma bağlı olarak güvenli pozisyonlama için çeşitli

seçeneklere ihtiyaç duyulabilir. Ayrıca, kafatası şekillenmesi veya burun delikleri üzerindeki basınca bağlı olarak ara sıra cihaz değişiklikleri yapılması ve bebeğin büyümesiyle birlikte nazal kanül boyutlarının zaman zaman değiştirilmesi gerekebilir. Özellikle başta meydana gelen şekil değişikliğinin uzun süre aynı pozisyon nedeniyle olduğu bildirilmektedir. Nazal NİMV uygulamasında prematüre bebeklerin prone pozisyonda daha iyi uydukları ve nazal prongların yerinde tutabildiği ifade edilmektedir. Aynı zamanda prone pozisyonunda bebeklerde oksijenlenmenin daha iyi olduğu, daha az stres belirtisi yaşadıkları ve daha derin uyudukları bildirilmektedir (Flanagan, 2016). Prematüre bebeklerin prone pozisyonunda kardiyorespiratuvar sorunların giderilmesinde etkili olduğunu ispatlamıştır ve apnenin daha az görüldüğü bilinmektedir (Hassan, Mohamed & Mohamed, 2020). Bebeğin boynunda aşırı ekstansiyon veya fleksiyon olmamasına dikkat edilmelidir. Özellikle prematüre bebeklerin pozisyon yönetimi çeşitlendirilmiş olmalıdır. Hemşireler, tek bir pozisyonda ısrar etmek yerine, bebeklerin benzersiz fizyolojik koşullarına göre pozisyonu ayarlamalıdır. Bu, sekelleri azaltmaya ve uzun süreli hastanede yatış sırasında iyileşme ve büyümelerini desteklemeye yardımcı olacaktır (Yang & Zhang, 2023).

## **Beslenme**

Nazal NİMV veya İMV tedavisi enteral beslenmeye engel teşkil etmez ve çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde ve prematüre bebeklerde gastroözefajial reflü riskini arttırmamaktadır (Kumar & ark, 2017). NİMV uygulaması sırasında mide dilatasyonu görülebilir. Aşırı abdominal distansiyon, orogastrik tüp gastrik dekompresyonla giderilir, ancak bu komplikasyon çoğu zaman

enteral beslenmenin azaltılması hatta kesilmesine ve bebeğin sayısız karın grafisi çektirmesine neden olabilir Mide sekresyonları ve beslenmenin aspirasyon riskini önlemek için takılan orogastirik sondanın açık drenaja alınması gerekmektedir ve CPAP daki bebeklerin önemli bir kısmı, orogastrik beslenmeyi iyi tolere etmektedir ((Barnes, Herbert & Bonilha, 2023). CPAP'daki bebeğin oral beslenmesi çoğu yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yaygın haldedir ancak bu uygulamanın yenidoğanın yutma mekanizması üzerine etkisi araştırılmamıştır. Yutma ve nefes alma arasında çok yakın bir ilişki vardır ve bebekler CPAP alma esnasında ağızdan beslenmeye başlamanın güvenliği ile ilgili tartışmalar vardır ve beslenme esnasında trakeal aspirasyon riski önemli ölçüde artmaktadır (Ferrara ve ark, 2017). Aspirasyon riskini azaltmak için özellikle beslenme, verilen havanın taşınması gibi durumların yakından izlenmesi gerekmektedir, beslenme esnasında yatağın başının yükseltilmesi, yenidoğanın konumlandırılması ve verilen besinin yavaş verilmesi önemlidir (Fedor, 2017).

## **Ağrı**

Günümüzde bebeklerde ağrıyı azaltmak için kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler farmakolojik yöntemlere göre daha ucuz, kolay uygulanabilir, güvenlidirler ve bu yöntemler farmakolojik uygulamalar ile kombine edilerek de kullanılabilirler (Thirunavukarasu et al., 2022). Yenidoğan ve bebeklerde sıklıkla kanguru bakımı, kundaklama, besleyici olmayan emme, koku (anne, anne sütü, aromatik kokular), sukroz, glukoz ve anne sütü, müzik terapi, masaj, beyaz gürültü ve akupunktur olmak üzere çeşitli farmakolojik olmayan yöntemler kullanılır (Hatfield et al., 2019; Corrigan et al., 2020; Shah et al., 2023). Ağrı normal bir fizyolojik

tepkidir. Ancak yenidoğanların sözel ifadelerinin olmaması nedeniyle ağrıyı değerlendirmek zordur. Ağrının giderilmesinde ilk basamak ağrının değerlendirilmesidir. Yenidoğanlarda ağrıyı değerlendirmek için çeşitli ağrı ölçekleri kullanılmaktadır.; Prematüre Bebek Ağrı Profili (PIPP), Yenidoğan Bebek Ağrı Ölçeği (NIPS) ve CRIES ölçeği en yaygın kullanılan ölçeklerdir (Özçevik & Ocakçı, 2019).

Günümüze kadar yapılan araştırmalarda yenidoğanların ağrıyı davranışsal ve fizyolojik yollarla gösterdikleri belirlenmiştir. (Akcan ve Polat, 2017). Nazal NİMV özellikle burun yaralanmasına neden olarak şiddetli ağrıya neden olabilir, bu durum NİMV'nin etkinliğini zayıflatabilir. Ayrıca, bu bebeklerin konforu ve ağrı yönetiminin optimize edilmesi zorunludur; bu, yalnızca solunum desteğinin etkinliği ve toleransını artırmakla kalmaz, aynı zamanda ilerleyen nörogelişimsel sonuçlarını korumaya da yardımcı olur. Ağrıyı azaltmak ve konforu iyileştirmek için kullanılan farmakolojik olmayan stratejiler açısından NIMV sırasında kullanılan cihazlar ve kanüllerin konfor ve ağrı üzerindeki etkisine odaklanılmalıdır (Tauzin & Durrmeyer, 2019). Göktürk ve Sarılioğlu (2024) araştırmalarında CPAP uygulanan bebeklerde beyaz gürültü dinletmenin ağrı ve stres üzerinde olumlu etki yarattığını bildirmektedir. Başka bir araştırmada ayak masajının CPAP uygulanan bebeğin ağrı puanlarını düşürdüğü yönündedir (Masoumi & ark., 2023). Ayrıca bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım verilmesi, vanilya aroması koklatılması ve girişimler sırasında anne-baba tarafından elle kundaklama uygulanması da etkin diğer yöntemler arasında bulunmaktadır (Türk Neonatoloji Derneği, 2021).

## Cilt Bakımı

Yenidoğan cildinin hassas, kırılğan ve incedir ve özel bakıma ihtiyacı vardır. Cildin fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için korunması, transepidermal su kaybı oluşumunun engellenmesi gerekir. Özellikle prematüre bebeklerin cildinin immatür olması, küvöz içi nem ve sıcaklık, pozisyon değişiminin sayısı, basınç yaralanmalarının gelişmesini etkilemektedir (Rahma & Lane, 2022; Kelly-O'Flynn, Mohamud & Copson, 2020). Nazal NİMV'de nazal kanüllerin nazal septum üzerine aşırı basınç oluşturması nedeniyle, burunda kanama, septal ciltte kalıcı hiperemi, epidermal ülser ve plastik cerrahinin müdahale etmesini gerektiren nekrotik ülser, travma gelişmektedir ve septum en fazla yaralanan bölgedir; uygun bakım yapılamazsa kalıcı deformiteler de oluşabilmektedir (Chen & ark., 2017).

Literatürde nazal NİMV uygulanmasında prematüre yenidoğanların burnunda meydana gelen basınç yaralanmalarının önlenmesine yönelik kanıta dayalı çalışmalar incelendiğinde, koruyucu örtü, arayüz olarak maske ve kanül kullanımı, maske ve kanül arasında rotasyon yapılan uygulamaların karşılaştırıldığı görülmektedir (Bonfim & ark., 2014; Newnam & ark., 2015; Chandrasekaran & ark., 2017; Kumar & ark., 2017; Bashir & ark., 2019). Maske aracılığı ile nazal NİMV uygulanan yenidoğanların septum ve filtrumda, kanül aracılığı ile uygulanan yenidoğanlarda ise nasal septum ve burun iç duvarlarda travma gözlemlenebilir (Ilhan & Bor, 2020)). Maske kullanımının kanül kullanımına göre burun yaralanma oranı ciddi derecede düşürebilmektedir (Chandrasekaran & ark., 2017; Bashir & ark., 2019; Kumar & ark., 2017). Kanül ve maskenin dönüşümlü kullanıldığı NİMV

uygulamalarda ise çok düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda daha az burun yaralanması meydana gelmektedir ve yenidoğanın doğum kilosu arttıkça yaralanma riski azalmaktadır (Magalhães & ark, 2022; Haymes, 2020). Yenidoğan için gerekli olan hava basıncının sağlanmasında kanül ve maskenin dönüşümlü kullanımı gerekmektedir. Ayrıca kullanılan kanül ve maske tipi (tek kullanımlık olması vb.) nazal yaralanma için bir risk faktörü değildir (Fong, 2024). Nazal NİMV uygulanmasında bebeğin kilosuna uygun hidrokolloid örtü kullanılan uygulamalarda nazal yaralanmanın daha az geliştiği ve yaralanmaların hafif ve orta dereceli olarak nazal septum ve burun deliklerinde olduğu bilinmektedir (Nguyen, 2021; Imbulana & ark., 2018 ).



*Şekil 6. Nazal NİMV burun yaralanmaları*

<https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/piper/neonatal-cpap-learning-package.pdf>

Nazal NİMV esnasında cilt yaralanmalarını azaltacak ve engelleyecek hemşirelik bakımını destekleyecek bakıma yönelik kanıt dayalı uygulamalar sınırlıdır (Pascual & ark., 2022). Hemşirelik bakımında amaç, yenidoğanın hastaneye kabul edilışinden itibaren risk değerlendirilmesi ve doku hasarı oluşmadan koruyucu önlemlerin alınmasıdır (Sarı ve Atalay, 2016). Nazal NİMV uygulanmasına bağlı yenidoğanda gelişen burun

yaralanmalarını önleyici müdahaleler dört noktaya dayanmaktadır: (1) risk değerlendirmesi, (2)cilt bakımı, (3)beslenme ve (4) basınç yönetimi (Ergün & Aktaş, 2024). Pediatri de basınç ülseri riskini değerlendirmek için kullanılan değerlendirme araçlarından yenidoğan hastalar için uygun olan az sayıda ölçüm aracı vardır (August ve diğerleri, 2013). Yenidoğan Cilt Durum Değerlendirmesi (Neonatal Skin Condition Score), Yenidoğanın Basınç Yaralanma Riski ve Değerlendirme Aracı (Neonatal Infant Pressure Injury Risk and Assessment Tool), Yenidoğan Cilt Riski Değerlendirme Ölçeği (Neonatal Skin Risk Assessment Scale) ve Neonatal Q Basınç Ülseri Riski Değerlendirme Ölçeği (Neonatal Braden Q Scale) günümüzde kullanılan ölçeklerdir (Baltacı & ark., 2020; Molina & ark., 2017; Lund, 2004).

Yenidoğanın cilt değerlendirilmeli (3-6 saatte bir), cilt temizliğinin sadece ılık su, pamuk kompresleri veya yumuşak bir malzeme ile yapılmalıdır (Molina & ark., 2017; Alessi, 2018).Yenidoğanın kilosuna uygun boyutta kanül ve maske seçilmeli, kanül ile septum arasında yaklaşık 2 mm mesafenin korunması sağlanmalıdır. Septum ve filtrum üzerine dolaşımı hızlandırmak amaçlı hafif masaj yapılmalı (her 3-4 saatte bir). Düzenli olarak prong ve maske rotasyon sağlanmalıdır. Ayrıca burun derisi, septum ve filtrumun hidrojel ile yağlanması yara oluşumunu azaltmaktadır (Nguyen, 2021; Jabraeili & ark., 2017). Yenidoğana verilen havanın ısıtılmış (32-34°C) ve nemlendirilmiş (%75'in üzerinde) olmasına dikkat edilmelidir (Pant & Sood, 2023).

## Kaynaklar

Akcan, E., Polat, S. (2017). Yenidoğanlarda Ağrı ve Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *ACU Sağlık Bil Deg.* (2):64-69.

Alanazi, S. M. H., Alanazi, I. Z., Almazyad, L. T., Alanazi, M. A., Alanazi, S. A., Alenezi, H. M., ... & Alanazi, R. A. K. (2023). Overview of Respiratory Care of the Neonate, Review Article. *Archives of Pharmacy Practice*, 14(2-2023), 153-162.

Alessi, S. (2018). Evidence Regarding the Use of Bubble Continuous Positive Airway Pressure in the Extremely Low Birth-Weight Infant. *Advances in Neonatal Care*: 13(3); p.199-207.

Atasay, B., Akın, İ. M., & Alan, S. (2016). Respiratory distress and management strategies in the newborn. *Respiratory Management of Newborns*, 31, 95.

Baltacı, N.Y., Can, N., Yalaz, M., Erol, E.K., Uygur, Ö., Terek, D...& Kültürsay, N. (2020). Basınç Ülseri Risk Değerlendirmesinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Neonatal Braden Q Ölçeği. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 10(2), 94-103. doi:10.5222/buchd.2020.87049

Barnes, C., Herbert, T. L., & Bonilha, H. S. (2023). Parameters for orally feeding neonates who require noninvasive ventilation: A systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 32(4), 1714-1733.

Bashir, T., Murki, S., Kiran, S., Reddy, V.K., Oleti, T.P. (2019). 'Nasal mask' in comparison with 'nasal prongs' or 'rotation of nasal mask with nasal prongs' reduce the incidence of nasal injury in preterm neonates supported on nasal continuous positive airway

pressure (nCPAP): A randomized controlled trial. *PLoS One*. 31;14(1):e0211476.

Başara, S. G., Çalışır, H., & Türkmen, M. K. (2024). Effectiveness of Using Checklist in Preventing Facial, Nasal and Head Pressure Injuries in Preterm Infants in Nasal Noninvasive Mechanic Ventilation: A Quasi-Experimental Study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 10-1097.

Boel, L., Broad, K., Chakraborty, M. ( 2017). Non-invasive Respiratory Support in Newborn Infants, Symposium: Neonatology. *Pediatrics and Child Health*,28:1

Bonfim, F.S.F., Vasconcelos, M.G.L., Sousa, N.F.C., Silva, C.D.V., Leal, L.P. (2014). Nasal Septum Injury in Preterm Infants Using Nasal Prongs. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.22(5):826-33.

Carns, J., Kawaza, K., Quinn, M. K., Miao, Y., Guerra, R., Molyneux, E., ... & Richards-Kortum, R. (2018). Impact of hypothermia on implementation of CPAP for neonatal respiratory distress syndrome in a low-resource setting. *PLoS One*, 13(3), e0194144.

Carvalho, C. G., Procianoy, R. S., Neto, E. C., & Silveira, R. C. (2018). Preterm Neonates with Respiratory Distress Syndrome: Ventilator-Induced Lung Injury and Oxidative Stress. *Journal of immunology research*, 2018(1), 6963754.

Chandrasekaran, A., Thukral, A., Sankar, M.J., Agarwa, R., Paul, V.K., Deorari, A.K. (2017). Nasal Masks or Binasal Prongs for Delivering Continuous Positive Airway Pressure in Preterm Neonates—A Randomised Trial, *Eur J Pediatr*, 176:379–386.

Chen, C.Y., Chou, A., Chen, Y., Chou, H., Tsao, P., Hsieh, W. (2017). Quality improvement of nasal continuous positive airway pressure therapy in neonatal intensive care unit. *Pediatrics and Neonatology*, 58(3), 229-235.

Clinical guideline. (2019). Management of an Infant on the Children's Ward requiring Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), [www.eoneonatalpccsicnetwork.nhs.uk](http://www.eoneonatalpccsicnetwork.nhs.uk)

Corrigan, M. J., Keeler, J. R., Miller, H. D., Bertha, A. B. K., Fowler, S. B. (2020). Music therapy and retinopathy of prematurity screening: using recorded maternal singing and heartbeat for post exam recovery. *J Perinatol*, 40(12):1780-1788. doi: 10.1038/s41372-020-0719-9.

Dai, T., Lv, L., Liu, X., Chen, J., Ye, Y., Xu, L. (2020). Nasal pressure injuries due to nasal continuous positive airway pressure treatment in newborns: a prospective observational study. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 47(1), 26-31. doi: 10.1097/WON.0000000000000604

Dassios, T., Vervenioti, A., & Dimitriou, G. (2022). Respiratory muscle function in the newborn: a narrative review. *Pediatric research*, 91(4), 795-803.

Demissie, B. W., Abera, B. B., Chichiabellu, T. Y., & Astawesegn, F. H. (2018). Neonatal hypothermia and associated factors among neonates admitted to neonatal intensive care unit of public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC pediatrics*, 18, 1-10.

Demtse, A. G., Pfister, R. E., Nigussie, A. K., McClure, E. M., Ferede, Y. G., Tazu Bongor, Z., ... & Muhe, L. M. (2020).

Hypothermia in preterm newborns: impact on survival. *Global pediatric health*, 7, 2333794X20957655.

Doctor, T.N., Foster, J.P., Stewart, A., Tan, K., Todd, D.A., McGrory, L. (2017). Heated and humidified inspired gas through heated humidifiers in comparison to non-heated and non-humidified gas in hospitalised neonates receiving respiratory support. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD012549

Ekhaguere, O. A., Okonkwo, I. R., Batra, M., & Hedstrom, A. B. (2022). Respiratory distress syndrome management in resource limited settings—Current evidence and opportunities in 2022. *Frontiers in pediatrics*, 10, 961509.

El-Atawi, K., Elhalik, M., Kulkarni, T., Zakaria, A., Abdelsamed, A., & Alexander, L. (2018). The first sixty minutes in preterm neonates' life: Predicted morbidities and interventions. *J Pediatr Neonatal Care*, 8(2), 00311.

El-Garhy, S. H. A., Ouda, W. E. S., Ismail, S. S., & Moneim, S. E. A. A. (2020). Quality of Nursing Care Provided to Neonates Undergoing Mechanical Ventilation: An Assessment Study. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 7(2), 356-365.

Ergün, K., & Aktaş, E. (2024). Evaluating the Effectiveness of Brief Training for Neonatal Intensive Care Nurses on the Prevention of Medical Device-Related Nasal Pressure Injury. *Advances in Skin & Wound Care*, 37(3), 1-7.

Fedor, K. L. (2017). Noninvasive respiratory support in infants and children. *Respiratory care*, 62(6), 699-717.

Fedor, K.L. (2017). Noninvasive Respiratory Support in Infants and Children. *Respir Care*, 62(6):699–717.

Ferrara, L., Bidiwala, A., Sher, I., Pirzada, M., Barlev, D., Islam, S., ... & Hanna, N. (2017). Effect of nasal continuous positive airway pressure on the pharyngeal swallow in neonates. *Journal of Perinatology*, 37(4), 398-403.

Flanagan, K. A. (2016). Noninvasive ventilation in premature neonates. *Advances in Neonatal Care*, 16(2), 91-98.

Flanagan, K. A. (2016). Noninvasive ventilation in premature neonates. *Advances in Neonatal Care*, 16(2), 91-98.

Fong, S. Y. V. L. (2024). Strategy of interface rotation to reduce nasal trauma in preterm neonates under non-invasive ventilation. *Journal of Neonatal Nursing*, 30(3), 205-213.

Fu, Y., Li, X., Yu, Y., Li, R., & Shi, T. (2024). Summary of the best evidence for the prevention of nasal injury in preterm infants with nasal noninvasive ventilation. *Translational Pediatrics*, 13(2), 224.

Garzotto, F., Zaccaria, M., Vidal, E., Ricci, Z., Lorenzin, A., Neri, M., ... & Ronco, C. (2019). Choice of catheter size for infants in continuous renal replacement therapy: bigger is not always better. *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(3), e170-e179.

Göktürk, G., & Sarılioğlu, A. (2024). Effect of white noise during nasal continuous positive airway pressure application on newborn's pain and stress levels, physiological parameters, and crying durations: A randomized controlled study. *Journal of Pediatric Nursing*, 78, e330-e337.

Grazioli, S., Karam, O., & Rimensberger, P. C. (2015). New generation neonatal high frequency ventilators: effect of oscillatory frequency and working principles on performance. *Respiratory care*, 60(3), 363-370.

Greenough, A., Rossor, T. E., Sundaresan, A., Murthy, V., & Milner, A. D. (2016). Synchronized mechanical ventilation for respiratory support in newborn infants. *Cochrane database of systematic reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003668.pub4>

Gupta, S., & Janakiraman, S. (2018). Volume ventilation in neonates. *Paediatrics and Child Health*, 28(1), 1-5.

Harshini, B. P., Ananda Kumar, T. S., Kumar, G. V., & Khan, I. (2020). An etiological study of respiratory distress in neonates in a tertiary care medical college hospital. *Pediatric Rev Int J Pediatr Res*, 7(1), 22-26.

Hassan, A., Mohamed, F., & Mohamed, N. (2020). Effect of Different Body Positions on Cardiorespiratory Parameters of Preterm Neonates Undergoing Mechanical Ventilation. *American Journal of Nursing Research*, 8(4), 463-470.

Hatfield, L. A., Murphy, N., Karp, K. & Polomano, R. C. A. (2019). Systematic review of behavioral and environmental interventions for procedural pain management in preterm infants. *J. Pediatr. Nurs.*, 44, 22–30. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1755652>

Haymes, E. (2020). The effects of continuous positive airway pressure (CPAP) on nasal skin breakdown. *Journal of Neonatal Nursing*; 26 : 37-42.

Humberg, A., Fortmann, I., Siller, B., Kopp, M. V., Herting, E., Göpel, W., ... & German Neonatal Network, German Center for Lung Research and Priming Immunity at the beginning of life (PRIMAL) Consortium. (2020, August). Preterm birth and sustained inflammation: consequences for the neonate. In *Seminars in immunopathology* (Vol. 42, pp. 451-468). Springer Berlin Heidelberg.

Ilhan, O., & Bor, M. (2020). Randomized trial of mask or prongs for nasal intermittent mandatory ventilation in term infants with transient tachypnea of the newborn. *Pediatrics international*, 62(4), 484-491.

Imbulana, D.I., Louise, S., Dawson, J.A. et al. (2018). A Randomized controlled trial of a barrier dressing to reduce nasal injury in preterm infants receiving binasal noninvasive respiratory support. *J Pediatr*, 201, 34-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.05.026>

Jabraeili, M., Mahallei, M., Arshadi, M., Mohammadpooras, A., Shamshiri, M., Salimi, Z., Karimipoor, S. (2017). The Efficacy of a Protocolized Nursing Care on Nasal Skin Breakdown in Preterm Neonates Receiving Nasal Continuous Positive Airway Pressure. *Int J Pediatr*, 5(1),37, pp.4217-4225.

Joseph, R. A. (2015). Prolonged mechanical ventilation: challenges to nurses and outcome in extremely preterm babies. *Critical Care Nurse*, 35(4), 58-66.

Joseph, R.A. (2015). Prolonged mechanical ventilation: challenges to nurses and outcome in extremely preterm babies. *Crit Care Nurse*, 35(4):4. doi:10.4037/ccn2015396.

Kelly-O'Flynn, S., Mohamud, L., & Copson, D. (2020). Medical adhesive-related skin injury. *British Journal of Nursing*, 29(6), S20-S26.

Kenner, C., & Boykova, M. V. (2022). *Neonatal nursing care handbook: an evidence-based approach to conditions and procedures*. Springer Publishing Company. pp. 508-510.

Khan, j., Sundaram, V., Murki, S., Bhatti, A., Saini, S.S., Kumar, P. (2017). Nasal injury and comfort with jet versus bubble continuous positive airway pressure delivery systems in preterm infants with respiratory distress. *Eur J Pediatr*, 176:1629–1635.

Kumar, R.K., Singhal, A., Vaidya, U., Banerjee, S., Anwar, F. and Rao, S. (2017). Optimizing Nutrition in Preterm Low Birth weight infants—Consensus Summary. *Frontiers in Nutrition*, 4: 20.

Li, P., Ji, J., Yu, M., Zhu, L., & Fang, J. (2021). The effect of preventive nursing on the duration of mechanical ventilation and the incidence of complications in neonates with respiratory distress syndrome. *Int J Clin Exp Med*, 14(1), 530-538.

Lund CH, Osborne JW. (2004). Validity and reliability of the neonatal skin condition score. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 33(3):320-7. doi: 10.1177/0884217504265174.

Magalhães PAF, D'Amorim ACG, Oliveira EFALD, Ramos MEA, Mendes APDDA, Barbosa JFDS, Reinaux CMA. Rotating nasal masks with nasal prongs reduces the incidence of moderate to

severe nasal injury in preterm infants supported by noninvasive ventilation. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2022 ; 34 : 247-254.

Mahmoud, R. A., Schmalisch, G., Oswal, A., & Roehr, C. C. (2022). Non-invasive ventilatory support in neonates: an evidence-based update. *Paediatric respiratory reviews*, 44, 11-18.

Masoumi, Z., SeyedBagheri, S., Bakhtar, B., & Sadeghi, T. (2023). The effect of foot reflexology before suctioning on pain and SPO2 in neonates under nasal CPAP hospitalized in the NICU. *Journal of Neonatal Nursing*, 29(3), 540-544.

Molina, P.G., López, A.A., María, S., Rodríguez, G., Paya, C.B., Carmen, M., Dolz, R., Lopez, E.B. (2017). Neonatal pressure ulcers: prevention and treatment. *Research and Reports in Neonatology*:7 pp.29–39.

Mostafa, A. E. I., El-Khedr, S. M., & Ibrahiem, M. Y. (2024). Nurses' Performance Regarding Non-Invasive Ventilation of Neonates and its Relation to Associated Pressure Injuries. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 32(1), 226-245.

Nasef, N., Rashed, H. M., & Aly, H. (2020). Practical aspects on the use of non-invasive respiratory support in preterm infants. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 7(1), 21-27.[neonatology.org.tr](http://neonatology.org.tr)

Newnam, K.M., McGrath, J.M., Salyer, J., Estes, T., Jallo, N., Bass, W.T. (2015). A Comparative Effectiveness Study of Continuous Positive Airway Pressure-Related Skin Breakdown

When Using Different Nasal İnterface in The Extremely Low Birth Weight Neonate. *Applied Nursing Research*, 28, 36-41.

Nguyen, C. V. B., Nguyen, T. T., Pham, T. T. T., Lam, S. T. H., Pham, A. L., Tran, D. N., & Tran, T. D. (2021). Effectiveness of hydrocolloid nasal dressing pads in preventing nasal ulceration in preterm infants using non-invasive ventilation. *MedPharmRes*, 5(4), 46-51.

Oranges, T., Dini, V., & Romanelli, M. (2015). Skin physiology of the neonate and infant: clinical implications. *Advances in wound care*, 4(10), 587-595.

Ota, N.T., Davidson, J., Guinsburg, R. (2013). Early nasal injury resulting from the use of nasal prongs in preterm infants with very low birth weight: a pilot study. *Rev Bras Ter İntensiva*, 25(3):245-250.

Özçevik, D., & Ocakçı, A. F. (2019). Yenidoğanda ağrı: değerlendirme, yönetim ve hemşirenin rolü. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 18(1), 18-26.

Özkeçeci, C. F., & Karagöl, B. S. (2021). Mekanik ventilatördeki yenidoğan bebeğın bakımı. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 22(1), 73-79.

Pant, D., & Sood, J. (2023). Ventilation and Ventilatory Modes in Neonates. In *Clinical Anesthesia for the Newborn and the Neonate* (pp. 259-290). Singapore: Springer Nature Singapore.

Pascual, A., & Wielenga, J. M. (2022). Nasal pressure injuries among newborns caused by nasal CPAP: An incidence study. *Journal of Neonatal Nursing*.

Queensland Clinical Guideline. (2021). Respiratory distress and CPAP, (Tarihinde 12.12.2024 <https://www.health.qld.gov.au/qcg/publications#neonatal>)

Rahma, A., & Lane, M. E. (2022). Skin barrier function in infants: update and outlook. *Pharmaceutics*, *14*(2), 433.

Ramaswamy, V. V., Abiramalatha, T., & Roehr, C. C. (2022). Addressing the lack of clarity about administering surfactant in preterm infants with respiratory distress syndrome treated with noninvasive respiratory support. *JAMA pediatrics*, *176*(2), 121-122.

Ramaswamy, V. V., de Almeida, M. F., Dawson, J. A., Trevisanuto, D., Nakwa, F. L., Kamlin, C. O., ... & Liley, H. G. (2022). Maintaining normal temperature immediately after birth in late preterm and term infants: a systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*, *180*, 81-98.

Rashid, F. L., Basem, A., Hussein, A. K., Al-Obaidi, M. A., & Hamida, M. B. B. (2023). Advancements and Innovations in Thermodynamics for Infant Incubators: A Review. *International Journal of Heat & Technology*, *41*(6).

Razak, A., & Patel, W. (2020). Nasal mask vs binasal prongs for nasal continuous positive airway pressure in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Pulmonology*, *55*(9), 2261-2271.

Rijal, P., & Shrestha, M. (2018). Scenario of Neonatal Respiratory Distress in Tertiary Hospital. *Journal of Nepal Health Research Council*, *16*(2), 131-135. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v16i2.1566>

Rocha, G., Soares, P., Gonçalves, A., Silva, A. I., Almeida, D., Figueiredo, S., ... & Guimarães, H. (2018). Respiratory care for the ventilated neonate. *Canadian respiratory journal*, 2018(1), 7472964.

Sangsari, R., Saeedi, M., Maddah, M., Mirnia, K., & Goldsmith, J. P. (2022). Weaning and extubation from neonatal mechanical ventilation: an evidenced-based review. *BMC pulmonary medicine*, 22(1), 421.

Sarı, Ç., Altay, N. (2016). Yenidoğanlarda Basınç Ülseri Gelişimini Önlemeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *J Contemp Med*. 6,138-147.

Shah PS, Torgalkar R, Shah VS. (2023) Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD004950. DOI: 10.1002/14651858.CD004950.pub4.

Shehadeh, A. M. (2020). Non-invasive respiratory support for preterm infants following extubation from mechanical ventilation. A narrative review and guideline suggestion. *Pediatrics & Neonatology*, 61(2), 142-147.

Shi, Y., Muniraman, H., Biniwale, M., & Ramanathan, R. (2020). A review on non-invasive respiratory support for management of respiratory distress in extremely preterm infants. *Frontiers in pediatrics*, 8, 270.

Soares, T., Pedroza, G. A., Breigeiron, M. K., & Cunha, M. L. C. D. (2019). Prevalence of hypothermia in the first hour of life of

premature infants weighing  $\leq$  1500g. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190094.

Solanki, J. R., & Bhil, D. L. (2019). Comparative study of nasal mask versus nasal prong in terms of nasal septal necrosis for delivering nasal continuous positive airway pressure in newborns with respiratory distress. *Indian Journal of Child Health*, 601-604.

Sweet, M., Armbruster, D., Bainbridge, E., Reiner, B., Tan, A., Chipps, E. (2017). A Pilot Study of Responses to Suctioning Among Neonates on Bubble Nasal Continuous Positive Airway Pressure. *Advances in Neonatal Care*, 17(6):3-11.

Tauzin, M., & Durrmeyer, X. (2019). Managing neonatal pain in the era of non-invasive respiratory support. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 24, No. 4, p. 101004). WB Saunders.

Thirunavukarasu, A. J., Hassan, R., Savant, S. V., & Hamilton, D. L. (2022). Analgesia for retinopathy of prematurity screening: A systematic review. *Pain Practice*, 22(7), 642-651.

Türk Neonatoloji Derneği. (2021). Yenidoğan Döneminde Ağrı ve Tedavisi Rehberi Güncellemesi, Yenidoğanda ağrı tedavisi,: s.11-22.

van Kaam, A. H., De Luca, D., Hentschel, R., Hutten, J., Sindelar, R., Thome, U., & Zimmermann, L. J. (2021). Modes and strategies for providing conventional mechanical ventilation in neonates. *Pediatric research*, 90(5), 957-962.

Vilinsky, A., & Sheridan, A. (2014). Hypothermia in the newborn—an exploration of its cause, effect and prevention. *British Journal of Midwifery*, (22), 8.

Williams, E. E., & Greenough, A. (2021). Lung protection during mechanical ventilation in the premature infant. *Clinics in Perinatology*, 48(4), 869-880.

Wilson, E., Maier, R. F., Norman, M., Misselwitz, B., Howell, E. A., Zeitlin, J., ... & Fenton, A. (2016). Admission hypothermia in very preterm infants and neonatal mortality and morbidity. *The Journal of pediatrics*, 175, 61-67.

Yang, L., Fu, H., & Zhang, L. (2023). A systematic review of improved positions and supporting devices for premature infants in the NICU. *Heliyon*, 9(3).

## BÖLÜM III

### **Otizimli Çocuklara Sahip Olan Ailelerle Yapılan Hemşirelik Lisansüstü Tezlerinin İncelenmesi: Sistemantik Derleme**

**Serap KIRICI<sup>1</sup>**

#### **Giriş**

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), tekrarlayıcı iletişim, sosyal kısıtlılık ve kısıtlı davranışlarla karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (Zengin Akkuş ve ark., 2021). OSB'nin bulguları genellikle kişide üç yaşından önce ortaya çıkmakta olup, bütün yaşam boyunca devam etmektedir (Chen ve ark., 2015). Otizmin evrensel düzeyde yaygınlığı her geçen yıl git gide artmakta ve bu durum otizimli birey ve ailelerine yönelik yapılan araştırmaları daha önemli hale getirmektedir. Zira otizm yalnızca bireyin değil tüm aile üyelerinin iyilik durumunu da ciddi derecede etkileyen bir

---

<sup>1</sup> Öğretim Görevlisi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

bozukluktur. Başta bakım ile ilgili yükler aileler üzerindeki sosyal ve psikolojik yüklerle beraber aile dinamiklerini değiştirmekte ve bütün bunlar yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Tooper ve Özman, 2024). Belirli süre sonunda çocuğunun özel durumunu kabullenmeye başlayan ebeveynler çocuklarının bakımlarını en iyi seviyeye nasıl getirecekleri, eğitim ve gelişimlerini nasıl destekleyecekleri hususunda stres yaşamaktadır (Cengiz ve ark., 2021). Çalışmalar otizimli çocuğu olan ailelerin, diğer engelli ve normal gelişim gösteren çocukların ailelerinden daha çok ebeveynlik stresi yaşadığını göstermektedir. Bu stres çoğunlukla çocuklarının gereksinimlerini karşılamanın güçlükleriyle ilişkilidir (Ooi ve ark., 2016). Bu nedenle ebeveynlerin içinde buldukları güçlüklerin anlaşılması açısından otizimli çocuklara sahip olan ailelerle yapılan hemşirelik lisansüstü tezlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## **Gereç ve Yöntem**

Araştırma, 1-10 Nisan 2023 tarihleri arasında konu ile ilgili lisansüstü tezlerin retrospektif olarak taranması şeklinde gerçekteştirilmiştir. Veriler Yüksek Öğretim Kurulu'nun (YÖK) web sayfasında yer alan tez arşivi linkinden (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>) yararlanarak "otizimli çocuk, hemşire, aile" kelimesi kullanılarak tarama yapıldı.

## **Çalışmaya dâhil edilme kriterleri**

Tezlerin 2014-2024 yılları arasında hemşirelik alanında Türkiye'de yapılmış olması, yayınlanmış olması, yayın dilinin Türkçe olması, onaylanmış ve tam metin erişimine izin verilen, çalışmanın otizimli çocuklara sahip aile üyeleriyle yapılmış nicel tasarımıli araştırmalar olması olarak belirlenmiştir.

## **Bulgular**

Yapılan tarama sonucunda ilk etapta 24 teze ulaşıldı, fakat tezlerden 7'sinin başlık ve özetinin çalışma konumuzla uyumlu olmaması, tezlerden 1'inin nicel araştırma tasarımında olmaması ve tezlerden 4'ünün yayın dilinin Türkçe olmaması sebebiyle çalışmaya 13 tez dâhil edildi. Çalışmaların 12'sinin yüksek lisans tezi, 3'ünün de doktora tezi olduğu belirlenmiştir. Çalışmaların yayın yıllarına bakıldığında (2015, 2016, 2020) yıllarına ait bir yayın, (2023) yılına ait iki yayın, (2001) yıllarına ait üç yayın ve (2022) yıllarına ait dört bulunmaktadır. Bu çalışmaların tanımlayıcı (n=9), kesitsel (=1) ve deneysel (=2) türde olduğu anlaşılmaktadır. Tezler kronolojik sıraya ve lisansüstü seviyeye göre incelenmiştir (Tablo 1).

*Tablo 1. Tezlere İlişkin Bilgiler*

<b>Yazar/Yıl</b>	<b>Tezin adı</b>	<b>Türü</b>	<b>Çalışma tipi</b>
Ölmez, H., 2015	Otistik çocukların ebeveynlerinde görülen psikolojik belirtiler ve yaşanan güçlüklerin belirlenmesi	Yüksek lisans	Tanımlayıcı
Şıkşık, G., 2016	Otizmlı çocuğa sahip ebeveynlerin otizm algıları ve aile özellikleri ile benlik saygıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi	Yüksek lisans	Tanımlayıcı
Atar, K., 2020	Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların annelerinin bakım yükü ve bakım gereksinimleri	Yüksek lisans	Tanımlayıcı
Akkaya, Ç., 2021	Otizmlı çocukların annelerinde ebeveyn rolüne ilişkin kendilik algısı, sosyal destek ve depresif belirtiler	Yüksek lisans	Kesitsel
Vural, B., 2021	Çocuğu otizm spektrum bozukluğu tanısı almış ebeveynlerde ebeveyn yeterlilik ölçeğinin uyarlaması ve ebeveyn öz yeterliğini yordayan faktörler	Doktora	Tanımlayıcı
Yılmaz, G., 2021	Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların beslenme davranışlarının annelerin yaşam kalitesine etkisi	Yüksek lisans	Tanımlayıcı
Karpuzluk, A., 2022	Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğa sahip annelerin ebeveynlik stresi ve çocuk sahibi olma motivasyonları	Yüksek lisans	Tanımlayıcı
Şahin Büyük, D., 2022	Otizmlı çocuğu olan ebeveynlere yönelik güçlendirme programının ebeveynlerin öz yeterlik, bakım yükü ve stres düzeylerine etkisi	Doktora	Deneyisel
Şanlı, M.E., 2022	Otizm spektrum bozukluğuna sahip çocukların ebeveynlerine verilen pozitif psikoterapi temelli eğitimin stresle başa çıkma, anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi	Doktora	Deneyisel
Çiğdem, C.S., 2022	Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların ebeveynlerine uygulanan güçlendirme psikoeğitiminin psikolojik dayanıklılık ve ebeveyn öz-yeterliğine etkisi	Yüksek lisans	Tanımlayıcı
Onur, E.C., 2023	Otizm spektrum bozukluğu tanısı olan çocuğa sahip ebeveynlerin çocukları için geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanım durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi	Yüksek lisans	Tanımlayıcı
Orgun, M., 2023	Otizm spektrum bozukluğu tanısı olan çocuğa sahip annelerin aleksitimi düzeyleri ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi	Yüksek lisans	Tanımlayıcı

## **Tartışma ve Sonuç**

Ölmez (2015)'in çalışmasında ebeveynlerin genel olarak yüksek düzeyde psikolojik belirti gösterdikleri belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Araştırmaya katılan ebeveynler otizmlili çocuğa bakarken yaşadıkları güçlükler "çocuğun geleceği hakkında endişelenme", "kendine zaman ayıramama" ve "günlük yaşamını sürdürmede" ilk sırada yer almaktadır. Şıkşık (2016)'ın çalışmasında ebeveynlerin otizmlili çocuklarına ilişkin görüşlerini ebeveynin, anne ya da baba olma durumu etkilememektedir ( $p>0.05$ ). Babaların aile işlevleri annelere göre daha sağlıklı bulunmuştur. Atar (2020)'ın çalışmasında annenin yaş, eğitim seviyesi, ayrımcılık/dışlanma yaşama durumu ve aile eğitimi/danışmanlık alma durumu gibi değişkenlerin bakım verme yükünü etkilediği belirlenmiştir. Bu değişkenlerin annenin bakım yükünü arttırdığı sonucuna varılmıştır. Akkaya (2021)'nin çalışmasında otizmlili çocuğu olan annelerinin en olumsuz algıya sahip olduğu ebeveynlik rolleri ile ilgili alanın rol dengeleme olduğu, annelerin %46'sının depresyon yönünden risk altında olduğu, sosyal destek algısı yüksek olan annelerde depresyon riskinin azaldığı ve ebeveynlik rolünden aldıkları doyum artmaktadır. Vural (2021)'in çalışmasında ebeveyn öz yeterlilik ölçeğinin Türk kültürü için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Ayrıca iyimserlik, kendini toparlama gücü ve oxford mutluluk puanlarının artması ebeveyn yeterliliğini arttırmaktadır. Ebeveyn yeterliliği üzerinde en etkili faktörün kendini toparlama gücü olduğu saptanmıştır. Yılmaz (2021)'in çalışmasında otizmlili çocukların anneleri çocuklarının beslenme davranışından etkilendiklerini, olumsuz beslenme davranışı olan otizmlili çocukların annelerinin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde

etkilendiği sonucu ortaya çıkmıştır. Karpuzluk (2022)'un çalışmasında katılımcıların ebeveynlik stres düzeyi orta derecede yüksek ve ocuk sahibi olma motivasyonları düşük düzeyde bulunmuştur. Annenin yaşı, eğitim seviyesi, otizmli çocuğun doğum sırası ve başka ocuk sahibi olma kararı, ebeveynlik stres düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilediği belirlenmiştir. şahin Büyük (2022)'n çalışmasında otizmli çocuğu olan ebeveynlere yönelik uygulanan güçlendirme programının ebeveynlerin öz yeterliliğini artırıp stresini azaltarak ve aileyi güçlendirdiği fakat bakım yükünü etkilemediği belirlenmiştir. şanlı (2022)'nın çalışmasında pozitif psikoterapi temelli eğitimin otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuğu olan ebeveynlerin depresyon ve anksiyete düzeylerini düşürmede ve stresle başa çıkma becerilerini artırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Çiğdem (2022)'in çalışmasında güçlendirme psikoeğitim programının otizm spektrum bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin ebeveyn öz-yeterlilik ve psikolojik dayanıklılık düzeyini artırdığı belirlenmiştir. Onur (2023)'un çalışmasında annelerin, %73.2'si geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanırken çocuğun hekimine danıştığı, %78.0'ı kullanımdan yarar gördüğünü, %27.5'i geleneksel ve tamamlayıcı tedavi konusunda bilgi sahibi olduğu ve bilgi kaynağının %29.3'n özel eğitim ğretmenlerinin oluşturduğu belirtmişlerdir. Orgun (2023)'un çalışmasında annelerin aleksitimi ve yaşam kalitesi arasında negatif yönlü ilişki olduğu, annelerin aleksitimi puan ortalamaları yükseldikçe yaşam kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir.

## Kaynaklar

Cengiz, S., Yıldız, M. N., & Peker, A. (2021). Özel gereksinimli çocuğa sahip ebeveynler ile tipik gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynlerin stres ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(36), 2940-2956.

Akkuş, P. Z., Saygan, B. B., Bahadur, E. İ., Cak, T., & Özmert, E. (2021). Otizm spektrum bozukluğu tanısı ile yaşamak: Ailelerin deneyimleri. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, 15(4), 272-279.

Toper, F., & Özkan, Y. (2022). Otizimli Çocuğa Sahip Ailelerin Finansal Yüklerine İlişkin Deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(4), 1027-1048.

Chen, M.H., Wei, H.T., Chen, L.C., Su, T.P., Bai, Y.M., Hsu, J.W., Huang, L.E., Chang, W.H., Chen, T.J., & Chen, Y.S. (2015). Autistic spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and psychiatric comorbidities: A nationwide study. *Res Autism Spectr Disord*, 10: 1-6.

Ooi, K.L., Mehmood, Y.S., Khan, S. A., & Tahir. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5(12), 745-762.

# BÖLÜM I

## Serebral Palsili Çocuklarda Refleksolojinin Uygulanması

**Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU<sup>1</sup>**  
**Sultan GÜNER BAŞARA<sup>2</sup>**

### Giriş

Serebral palsy (SP), anne karnında ya da yenidoğan döneminde gelişmekte olan beyinde meydana gelen, kalıcı hasar nedeniyle ortaya çıkan ancak ilerleyici olmayan, hareket ve duruş gelişimini etkileyerek aktivite kısıtlılıklarına yol açan bir rahatsızlıktır (Chambers & Chambers, 2020; Ferriero & Arn, 2020; Himmelmann & Panteliadis, 2018). SP'li çocuklar, hareket, duruş ve kas tonusunda bozuklukların yanı sıra, motor ve duyuşal problemler ile

---

<sup>1</sup> Arş. Gör. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın/Türkiye, Orcid: 0000-0003-2920-4819, biircan5@gmail.com

<sup>2</sup> Dr.Öğr. Üyesi., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tokat/Türkiye, Orcid: 0000-0002-0665-5396, sgune6377@hotmail.com

bunlara bağlı ikincil sorunlar da yaşayabilir. Bu çocuklarda epilepsi, zihinsel gerilik, işitme ve görme bozuklukları, duyuşal-motor algı problemleri, ağrı, davranışsal sorunlar ve diğer vücud sistemlerine ilişkin rahatsızlıklar oldukça yaygındır. Ayrıca, beyindeki hasara bağlı olarak disfaji, beslenme paternindeki bozukluklar, kusma, kronik kabızlık, uyku sorunları ve salya akıntısı gibi problemlere de sıkça rastlanmaktadır (Himmelman & Panteliadis, 2018; Chambers & Chambers, 2020; Ferriero & Arn, 2020). Bu tür ikincil sorunlar, SP’li bir çocuğa sahip ailelerin yaşamını büyük ölçüde etkileyerek ebeveynler üzerinde ciddi bir stres kaynağı oluşturur. Ebeveynler, çocuklarının yaşam boyu sürecek bu rahatsızlığı nedeniyle, kendi bakım verememe durumlarında çocuğun öz bakımının yeterince karşılanamayacağı endişesi gibi zor kabul edilebilecek ve üstesinden gelinmesi g problemlerle karşılaşırlar. Gün boyunca çocuğunun ihtiyaçlarını karşılayan bir annenin gece boyunca dinlenememesi de ruhsal olarak yıpranmalarına neden olur. Yapılan araştırmalar, SP’li çocuğu olan ailelerin, normal gelişen çocuğu olan ailelere kıyasla daha yüksek stres seviyelerine sahip olduğunu ve zihinsel sağlıklarının daha fazla etkilendiğini ortaya koymuştur (Wayte & ark, 2012; Guillamn & ark, 2013; Himmelman & Panteliadis, 2018; Ferriero & Arn, 2020). Aileler, çocuklarının yaşadığı sorunlara yönelik yaşam boyu farklı tedavi yöntemleri arayışında olurlar. SP rehabilitasyonunda, geleneksel tedavi yaklaşımlarına ek olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri de aileler tarafından sıklıkla tercih edilmektedir. Yapılan bir çalışmada, nörolojik sorunu olan çocukların alternatif yöntemleri sık kullandığı ve bu yöntemler arasında refleksoloji uygulamasının nc sırada olduğu belirtilmiştir (Low & ark, 2008).

Refleksoloji, yetişkinler üzerinde farklı problemlere yönelik uygulanmış ve bu uygulamaların sonuçları raporlanmıştır. Multipl skleroz, perimenstrüel yakınmalar, astım, gibi durumların yanı sıra, ağrı, yaşam kalitesi, yorgunluk, anksiyete, uyku düzeni ve hipertansiyonu olan hastalarda refleksoloji çalışıldığı görülmektedir (Özdemir, 2011; Yılar, 2014; Alan, 2015; Avcı, 2015; Aydın, 2015; Doğan, 2015; Gözüyeşil, 2015; Metin, 2015; Ünal, 2015; Bakır, 2016; Kizir, 2016; Kurt, 2016; Polat, 2016; Güven, 2017; Esmel-esmel & ark, 2017; Zengin, 2017; McCullough & ark, 2018; Rameznibadr & ark, 2018; Shahsavari & ark, 2018; Kapila & ark, 2019; Silverdale, 2019; Büyükbayram & Ayık, 2021). Refleksolojinin SP'li çocuklar arasında oldukça yaygın bir kullanım alanı olmasına rağmen, bu yöntemin SP'li çocuklar üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Hasta ve sağlıklı yetişkinler üzerinde yapılan çalışmaların olumlu etkileri göz önüne alındığında, refleksolojinin SP'li bir çocuğun adım atmasına, konuşma yeteneğinin gelişmesine, algısının artmasına, spastisitenin azalmasına, kabızlık probleminin çözülmesine ve yeme-içme süreçlerinin kolaylaştırılmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda, bu bölüm SP'li çocuklarda refleksoloji uygulamasının etkilerini incelemek amacıyla ele alınmıştır.

## **Serebral Palsi**

SP, etiyojisi, türleri ve şiddeti açısından farklılıklar gösteren, kalıcı ve yaşam boyu süren bir rahatsızlıktır. Beynin motor bölgelerinde oluşan lezyonlar nedeniyle gelişir ve çocukların normal gelişim süreçlerini etkileyerek motor fonksiyon ve postür bozukluklarına neden olur. SP, en yaygın nörogelişimsel

yetersizliklerden biridir (Chambers & Chambers, 2020; Milićević, 2022).

SP'li çocuklarda motor gelişimin primer unsuru olan motor fonksiyonlar, lezyonun şiddetiyle orantılı olarak gecikir ve sorunlu bir şekilde gelişir (Chambers & Chambers, 2020; Ferriero & Arn, 2020; Himmelman & Panteliadis, 2018). İlk bakışta ana sorun motor problemlerdir. Ancak motor problemlerin yanı sıra SP'ye epileptik nöbetler, bilişsel engellilik, diş, görme, işitme, solunum, gastrointestinal, üriner, kas-iskelet, oral motor, uyku ve davranış sorunları ile ağrı ve disfaji gibi sorunlar eşlik edebilir (Himmelman & Panteliadis, 2018; Chambers & Chambers, 2020). SP, birçok sistemi etkileyen bir rahatsızlık olup, rehabilitasyon süreci; medikal ve cerrahi tedavi yöntemleri, fizyoterapi, ergoterapi, alçı, ortez ve diğer yardımcı cihazlar, konuşma ve dil terapisi, rekreasyonel aktiviteler, okul desteği, eğitim ve psikososyal yaklaşımlar gibi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir (Himmelman & Panteliadis, 2018).

## **Refleksoloji**

Refleksoloji, rahatlamayı artırmak için belirli refleks noktalarına basınç uygulayarak yapılan, bütünsel iyileştirme sağlayan ve enerji dengesini yeniden kurmayı hedefleyen tamamlayıcı bir terapi yöntemidir (Magill & Berenson, 2008; Yüksel 2021). Refleksoloji, salgı bezleri, vücut bölgeleri ve organlar ilişkili refleks noktalarına elle uygulanarak yapılan, kişinin ellerine, ayaklarına ve kulaklarına dokunarak vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardımcı olan bir tekniktir (Livanelioğlu ve Günel, 2009; Yalçın, 2017). Bu yaklaşıma göre, kulaklar, eller ve ayak tabanlarında her vücut bölümüne karşılık gelen bir sinir noktası

bulunur. Her organın, kulaklarda, ellerde ve ayak tabanlarında yer alan bu sinir noktalarına yapılan uyarılar ilgili bölgeyi harekete geçirir (Yalçiner, 2017).

Uygulayıcılar, genellikle daha kolay erişilebilir, daha duyarlı ve daha geniş alanlara sahip olduğu için ayaklar ile çalışmayı tercih ederler. Ancak ayak masajı ile refleksoloji birbirinden farklıdır. Refleksolojide kullanılan teknikler, klasik masajdan farklı olup, solucan hareketini andıran bir yönelimle yapılır (Gözüyeşil, 2015). Tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak kullanılan refleksoloji, vücudun kendi iyileşme mekanizmasını aktive ederek fizyolojik bir rahatlama sağlar. Refleks noktalarına elle yapılan uyarılarla sinirler ve kan dolaşımı uyarılır, bu da refleksolojinin temel prensibini oluşturur. Refleksoloji, holistik bir dengeleme tedavisi olarak tanımlanır (Yalçiner, 2017).

Refleksoloji, yan etkisi olmayan ve invaziv olmayan, bütünsel bir tedavi yöntemidir. Tanı koymak ya da hastalığı tek başına tedavi etmek için kullanılmaz. Ana amacı, hastalığın yol açtığı ikincil sorunları hafifletmek, rahatlama sağlamak ve vücudun dengeyi yeniden kurmasına yardımcı olmaktır (Wang & ark., 2008). Ucuz, etkili ve kolay uygulanabilen bir yöntem olup, hemşirelik girişimi olarak da kullanılabilir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011; Dikmen, 2023).

Ülkemizde tamamlayıcı tedavilerle ilgili yapılan çalışmaların sayısı sınırlıdır. Bu durum, tamamlayıcı tedavilere olan güven eksikliğinden, bu tedavilerin yeterince bilinmemesinden ve uygulayıcı profesyonel sayısının az olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, tamamlayıcı tedavi kullanımıyla ilgili net veriler yoktur

(Cole & Shanley, 2002; Özçelik & Fadıloğlu, 2009). Hemşireler tarafından kullanılan tamamlayıcı tedaviler üç gruba ayrılmıştır (Cole & Shanley 2002; Khorshid & Yapucu, 2010). Refleksoloji, hemşirelerin doğrudan uygulama yapabildikleri terapiler arasında birinci grupta yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ne göre (tarih: 27 Ekim 2014, sayı: 9158) bu tür uygulamalar yalnızca Bakanlıkça yetkilendirilmiş ünitelerde, sertifikalı tabipler ve diş tabipleri tarafından yapılabilir. Ayrıca, bu alanda temel eğitimi olan sağlık çalışanları, sertifikalı tabiplere yardımcı olabilirler. Aynı yönetmeliğin eklerinde ise, refleksoloji uygulamasının sertifikalı tabipler ve tabip gözetimindeki sertifikalı sağlık meslek mensupları tarafından yapılabileceği belirtilmektedir (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 2014). 19/04/2011 tarihinde yayımlanan 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi'nin görev, yetki ve sorumlulukları arasında hemşirelerin, bireylerin kullandığı ilaçlar, bitkiler, vitaminler, alternatif tedaviler ve besinsel destekler gibi alternatif uygulamaları değerlendirebileceği belirtilmiştir. Ayrıca hemşirelerin masaj, manevi destek, anksiyeteyi azaltma, gevşeme teknikleri ve terapötik dokunma gibi hemşirelik girişimlerini uygulama yetkisine sahip oldukları da ifade edilmiştir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değeriklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011). Hemşirelerin bu alanda kendini geliştirmesi, tamamlayıcı tedavileri öğrenmesi ve hastalarına uygulayabilmesi önemlidir (Karayağız Muslu & Öztürk, 2008; Akkuş Topçu, 2009; Turan & ark., 2010; Çevik, 2013; Büyükbayram & Ayık, 2021; Dikmen, 2023).

Son yıllarda yapılan araştırmalar, refleksolojinin yorgunluk, uykusuzluk, anksiyete, depresyon, dispne, migren ağrıları, romatizmal kas ağrıları, spazmlar, bulantı, kusma, kabızlık ve bazı üriner sistem sorunlarını gibi sorunları azalttığını, multiple skleroz gibi nörolojik kökenli hastalıklarda uygulanan rehabilitasyon sürecini desteklediğini, kanser ağrıları ile kemoterapinin yan etkilerini hafiflettiğini, doğumu kolaylaştırdığını, doğum sürecindeki yakınmaları azalttığını, premenstrüel sendrom ve dismenore yakınmalarını hafiflettiğini ve bebeklerde infantil koliği hafiflettiğini göstermektedir (Aydın, 2015; Alan, 2015; Avcı, 2015; Bakır, 2016; Esmel-esmel & ark, 2017; Gözüyeşil, 2015; Güven, 2017; Kapila & ark, 2019; Koç, 2013; Kurt, 2016; Özdemir, 2011; Polat, 2016; Rameznibadr & ark, 2018; Shahsavari & ark, 2018; Silverdale, 2019; Ünal, 2015; Yılar, 2014; Yılmaz, 2014; Zengin, 2017; Büyükbayram & Ayık, 2021).

### **Refleksoloji Uygulaması**

Refleksoloji seansı 30 ila 60 dakika arasında sürer. Bu yöntemde, parmaklar veya yardımcı araçlar kullanarak ayak tabanındaki refleks noktalara çeşitli şekillerde basınç uygulanır. Basınç derin olmalı, ancak acı vermemelidir. Uygulama öncesinde, ayağın pasif hareketlerle gevşemesi ve ısınması sağlanır, ardından başparmak ile ayak tabanı taranır. Çalışma yapılacak bölgelere temel uygulama tekniklerinden bir ya da birkaçı kullanılabilir. Nokta sayısı fazla olduğunda, tüm teknikleri uygulamak zaman alabilir, bu nedenle bir ya da birkaç teknikle çalışma yapılabilir. Refleksoloji herhangi bir parmağın kenarıyla basınç uygulanarak gerçekleştirilir (Wang & ark., 2008).

Refleksoloji uygulamalarında farklı basınç teknikleri kullanılır; başparmak, parmak hareketleri, ovma, sıvazlama ve sıkma bunlar arasındadır (Koç, 2013). En uygun pozisyon, kişinin rahatlığına göre seçilir ve genellikle sırt üstü ya da kucakta uygulanır (Doğan, 2015). Uygulama odasının sıcaklık ve ışığı uygun olmalıdır. Uygulayıcının tırnakları, parmak boyunu geçmemelidir (Gözüyeşil, 2015). Uygulama genellikle önce bir ayakta yapılır, ardından diğer ayağa geçilir (Koç, 2013). Basınç şiddeti kişiye göre değişir; yetişkinlerde daha kuvvetli, çocuklarda orta derecede, bebeklerde ise hafif derece basınç uygulanır (Wilhelm, 2009; Özdemir, 2011). Bebeklerde doku hasarını önlemek için basınç bebeğin duyarlılığına göre ayarlanır. Eller yıkanır, sıcaklık için sürtülür ve çıplak ellerle uygulanır (Orhan, 2016). Yenidoğanlar için basınç nazik olmalı ve seanslar kısa tutulmalıdır. Başparmak ve işaret parmağı gibi parmaklar kullanılır, başka bir yardımcı araç gerekmez (Orhan, 2016).

## **Sonuç**

SP'li bir çocuğun adım atma, konuşma, algılama, spastisite, kabızlık ve yeme-içme sorunları gibi birçok problemi aynı anda barındırdığı için bu çocukların sorunlarını tamamen çözmek zordur ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Literatürde SP'li çocuklar için tedavi yöntemleri bulunsa da, aileler, geleneksel yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda alternatif tedavi arayışına girerler. Bu da, onları duygusal olarak rahatlatır (Bower, 2009; Majnemer & ark, 2013; Gözüyeşil, 2015; Yalçiner, 2017).

Refleksoloji, motor bozuklukların yanı sıra birçok problemin görüldüğü SP'li çocuklarda kullanılmasına rağmen, bu çocuklar üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır

(Gözüyeşil, 2015). Hasta ve sağlıklı yetişkinler üzerinde yapılan çalışmaların olumlu etkileri göz önüne alındığında, refleksoloji ile SP'li bir çocuğun adım atması, konuşabilmesi, algısının artması, spastisitenin azalması, kabızlığın düzelmesi ve yeme-içmenin kolaylaşması sağlanabilir. SP'li çocuklarda nörogelişimsel tedavi yaklaşımlarına ek olarak uygulanan refleksoloji, uyku, konstipasyon, salya problemi, motor beceriler, yaşam kalitesi ve aile etkilenimi gibi SP'ye bağlı eşlik eden sorunlar üzerinde olumlu etki gösterebilir.

## **Kaynaklar**

Akkuş Topçu S. (2009). Hemşirelik uygulamaları ve eğitiminde tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6(2):5-9.

Alan, H. (2015). Jinekolojik Kanser Hastalarında Kemoterapi Tedavisi Sürecinde Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Egzersizleri Ve Refleksolojinin Ağrı, Yorgunluk, Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi; Randomize Kontrol Çalışması. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Avcı, N. (2015). Total Abdominal Histerektomi Ameliyatı Sonrası Ağrının Ve Anksiyetenin Azaltılmasında Refleksolojinin Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Aydın Y. (2015). Aşırı Aktif Mesane Şikayeti Olan Kadınlarda Refleksolojinin Etkinliği. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bakır E. (2016). Romatoid Artritli Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı Ve Uyku Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bower E. (2009). Finnie's handling the young child with cerebral palsy at home.

Büyükbayram, Z., & Ayık, D. B. (2021). Türkiye’de refleksoloji uygulaması ile ilgili yapılan hemşirelik tezlerinin incelenmesi: bir sistematik derleme. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 3(1), 25-37.

Chambers, H.G., & Chambers, R. (2020). Introduction to the cerebral palsies. Philip D. Nowicki (Ed). *Orthopedic Care of Patients with Cerebral Palsy* içinde. (1.bs., pp. 1-12). İsviçre: Springer.

Cole A, & Shanley E. (2002). Complementary therapies as a means of developing the scope of professional nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 1171-1176.

Çevik K. (2013). Hemşirelikte tamamlayıcı ve alternatif tedavi: Refleksoloji. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*;29(2):71-82.

Dikmen, R. (2023). Hemşirelikte Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Uygulamalarına İlişkin Eğitim ve Yönetmelik Durumu. *Doğal Yaşam Tıbbi Dergisi*, 5(1), 6-13.

Doğan HD. (2015). Multiple Sklerozlu Hastalara Uygulanan Refleksolojinin Ağrı, Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Esmel-esmel N, Tomas-Esmel E, Tous-Andreu M, Bove-Ribe A, & Jimenez-Herrera M. (2017). Reflexology and polysomnography: Changes in cerebral wave activity induced by reflexology promote N1 and N2 sleep stages, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28:54-64.

Ferriero, K., & Arn, P. (2020). Abnormalities and congenital malformations as a cause of cerebral palsy. Freeman Miller, Steven Bachrach, Nancy Lennon, & Margaret E. O'Neil (Ed). *Cerebral Palsy* (Second Edition) içinde. (1.bs.,pp. 37-44). İsviçre: Springer.

Gözüyeşil Y. (2015). Refleksoloji. Başer, M., Taşcı, S. (Ed.), Kanıta Dayalı Rehberleriyle *Tamamlayıcı ve Desteleyici Uygulamaları* içinde (s.89-95) Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Guillamón N, Nieto R, Pousada M, Redolar D, Muñoz E, & Hernández E. (2013). Quality of life and mental health among parents of children with cerebral palsy: the influence of self-efficacy and coping strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1579-1590.

Güven E. (2017). Elektif Sezaryen Olan Hastalarda Post-Operatif Ağrı Ve Anksiyetenin Azaltılmasında Refleksolojinin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 19/04/2011 Tarihli 27910 Sayılı Resmi Gazete, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Görev, Yetki ve 68 Sorumlulukları, Hemşirelik Girişimleri [İnternet]. Erişim adresi:<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/reflexology-school-for-midwives>, Reflexology school for midwives (Erişim tarihi:04.11.2024)

Himmelmann, K., & Panteliadis C.P. (2018). Clinical characteristics. Panteliadis (Ed). *Cerebral Palsy: A Multidisciplinary Approach, (Third Edition)* içinde. (10.bs., pp. 75-89). İsviçre: Springer

Kapila AK, Her A, Knife N, Chaplin P, & Patel A. (2019). A prospective Cohort Study on the Impact of Reflexology in Patients

with Breast Cancer Using the MYCaW Scale, *Clinical Breast Cancer*, 1-8.

Karayağız Muslu G, & Öztürk C. (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51:62-7.

Khorshid L, & Yapucu Ü. (2010). Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8: 124-130.

Kızır Y. (2016). Koroner Anjiyografi Planlanan Hastalarda Refleksolojinin Anksiyete Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Koç T. (2013). Süt Çocuğunda Refleksoloji Tekniğı İle Uygulanan Ayak Masajının Akut Ağrıya Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kurt S. (2016). Onkoloji Hastalarında Periferal Nöropatinin Yönetiminde Refleksolojinin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Livanelioğlu A, & Günel M. (2009). *Serebral Palside Fizyoterapi*. Ankara: Yeni Özbek Matbaası, 219-109.

Low, E., Murray, D., O'Mahony, O., & Hourihane, J.B. (2008). Complementary and alternative medicine use in Irish paediatric patients. *Irish Journal of Medical Science*, 177(2), 147-150

Magill L, & Berenson S. (2008). The conjoint use of music therapy and reflexology with hospitalized advanced stage cancer

patients and their families. *Palliative and Supportive Care*, 6(03), 289-296.

Majnemer A, Shikako-Thomas K, Shevell MI, Poulin C, Lach L, & Schmitz N. (2013). Complementary and Alternative Medicine Treatments in Adolescents With Cerebral Palsy. *Journal of Child Neurology*, 28(11), 1443-1447.

McCullough JEM, Liddle SD, Close C, & Sinclair M. (2018). Reflexology: A Randomised Controlled Trial Investigating The Effects on Beta-Endorphin, Cortisol and Pregnancy Related Stress, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31:76-84.

Metin ZG. (2015). Romatoid Artritli Hastalarda Aromaterapi Masaji ve Refleksoloji Uygulamalarının Ağrı ve Yorgunluğa Etkileri. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Milićević, M. (2022). Functional and environmental predictors of health-related quality of life of school-age children with cerebral palsy: A cross-sectional study of caregiver perspectives. *Child: Care, Health and Development*. 49(1),1–11. doi.org/10.1111/cch.13007

Orhan, İ. (2016). Temel Refleksoloji Notları, 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi Bildiri Kitabı, 24-26 Kasım 2016, s. 9-14. Antalya.

Özçelik H, & Fadıoğlu Ç. (2009). Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 24: 48-52.

Özdemir G. (2011). Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Refleksolojinin Yorgunluk, Ağrı Ve Krampa Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öztürk R. (2015). Abdominal Histerektomi Sonrası Refleksolojinin İyilik Haline Etkisi. Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015.

Polat H. (2013). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Uygulanan Refleksolojinin Dispne Ve Yorgunluğa Etkisi. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Rameznibadr F, Amini K, Hossaingholipor K, & Faghihzadeh S. (2018). The impacts of foot reflexology on anxiety among male candidates for coronary angiography: A three-group single-blind randomized clinical trial, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32:200-204.

Shahsavari H, Abad MEE, & Yekaninejad MS. (2018). The effects of foot reflexology on Anxiety and Physiological Parameters among Candidates for Bronchoscopy: A Randomized Controlled Trial, *European Journal of Integrative Medicine*, 12:177–181

Silverdale N. (2019). Massage and Reflexology for post-Operative Cancer Cystectomy Patients: Evaluation of a Pilot Service, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 34:109–112.

Turan N, Öztürk A, & Kaya N. (2010). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 3(1):93-8.

Ünal KS. (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Ayak Refleksolojisi Uygulamasının Konstipasyona Etkisi. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Wang MY, Tsai PS, Lee PH, Chang WY, & Yang CM. (2008). The efficacy of reflexology: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (5), 512-520.

Wayte S, McCaughey E, Holley S, Annaz D, & Hill CM. (2012). Sleep problems in children with cerebral palsy and their relationship with maternal sleep and depression. *Acta Paediatrica*, 101:618-23.

Wilhelm Z.A. (2009). Adım Adım Sağlık: *Refleksoloji*. (4.baskı). İstanbul: Dharma Yayınları.

Yalçın B. (2017). *Batı klinik refleksoloji*, Hastalık Bozukluk Ve Engellilerde Refleksoloji Uygulamaları.

Yılar Z. (2014). Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına Ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yılmaz FA. (2014). Ayak Refleksolojinin Dismenore Ve Okul Performansına Etkisi. Doktora Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yüksel, H. (2021). Tamamlayıcı tıp uygulamaları: Refleksoloji. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 2(3), 56-66.

Zengin L. (2017). Kemoterapi Alan Hastalarda Uyku Hijyeni Eğitimi Ve Refleksolojinin Uyku Kalitesine ve Yorgunluğa Etkisi. Doktora Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

## **BÖLÜM IV**

### **Solunum Sistemi Hastalıkları ve Pediatri Hemşireliği**

**Meltem PEPE**

#### **Giriş**

Solunum sistemi, homeostatik denge kapsamında hücre ve dokuların ihtiyaç duyduğu oksijeni dolaşıma kazandırırken, atık ürün olan karbondioksidin de vücuttan uzaklaştırılmasını sağlamaktadır. Solunum sistemi gerek anatomik yapısı gerekse hastalıkları dolayısıyla üst ve alt solunum yolları olmak üzere iki bölümde incelenmektedir. Göğüs boşluğunun dışında kalan, burun, farenks, larenks, trakeanın üst kısmı üst solunum yollarını; göğüs kafesi içerisinde kalan trakeanın alt kısmı, bronş, bronşiol ve alveollerin bulunduğu kısımlar ise alt solunum yollarını oluşturmaktadır (Vagas & Akgül, 2009).

Çocukluk dönemi yaşamsal dönem içerisindeki 0-18 yaş grubu dönemi kapsamakta ve solunum sistemi yetişkin bir bireyle kıyaslandığında özellikle erken bebeklik, çocukluk dönemlerinde

anatomik ve fizyolojik açılardan değerlendirildiğinde birçok farklılık göze çarpmaktadır. Çocuk solunum sisteminin yetişkinlerden farkları aşağıdaki gibidir;

- Bebekler yaklaşık olarak dört aya kadar sadece burun solunumu yapmakta ve ağız solunumunu gerçekleştirememektedir
- Dil göreceli olarak daha büyüktür ve bu durum hava yolu obstrüksiyonu için risk oluşturabilmektedir
- Epiglot kıkırdak yapısı daha kısa ve kalındır
- Yetişkinlere kıyasla larinks daha yukarıda ve huni şeklinde gözlenmektedir
- Larinks, trakea ve bronşlarda duvar kalınlığı yaklaşık on sekiz yaşına kadar, lümen çapına kıyasla daha ince gözlemlenirken bu durum aynı zamanda hava yollarında kollaps riskini de artırmaktadır
- Bronşlar eşit açı ile akciğerlere giriş göstermektedir
- Abdomen içi organlar ve mediastinal yapılar büyüklüklerinden dolayı solunumu etkileyebilmektedirler
- Solunum yolları yetişkinlere kıyasla daha kısa olduğu için herhangi bir patojenin ilerleyişi çok daha hızlı olabilmektedir
- Yenidoğan ve erken çocukluk dönemlerinde, interkostal kaslar henüz tam gelişmediği için zayıf ve toraks daha çok kıkırdak hâkimiyetindedir. Bu durum

ise diyafragma etkinliğinde artışla birlikte abdominal solunumun görülmesine sebep olmaktadır

- Sistemde görülen bu farklılıklar ve immatürite çocuklarda solunum sistemi hastalıklarının görülme sıklığında artışa sebep olmaktadır (Flibotte & Gokulakrishnan, 2018; Hay & ark., 2020; Carlo, 2021).

Solunum sisteminin ilk organı burundur fakat farenks yapısı sayesinde burun solunumu yapılamadığı durumlarda ağız da solunuma yardımcı olabilir. Çocukları ağız solunumu yapmaya iten sebepleri inceleyen çalışmalarda obstrüktif, habitual ve anatomik sebepler olmak üzere başlıca üç sebep kategorize edilmektedir. Obstrüktif sebeplerde; havayollarının burun alanında direnç artışı veya normal hava akışının tıkanmasıyla ağız solunumu görülmektedir. Obstrüktif sebeplere bağlı olarak ağız solunumu yapan bireyler genellikle uzun, dar yüzlü ve nazofarengeal pasajlı ektomorf kişilerdir. Habitual sebeplere bağlı olarak ağız solunumu sürdüren çocuklarda tıkanık sebeplerinin ortadan kaldırılmasına rağmen alışkanlıklardan dolayı halen ağız solunumunun sürdürüldüğü görülmektedir. Anatomik yapısal bozukluklara bağlı olarak sıklıkla kısa üst dudak varlığı sebebiyle, dudağın kapatılmasında normalden daha fazla efor gerekliliği olan kişilerde yine benzer şekilde ağız solunumu görülmektedir (Sim & Finn, 2008; Doğan, 2020; Carlo, 2021). Ağız solunuma katkı sağlayabilirken aynı zamanda ağız ve burun solunumunun bazı farklılıkları bulunmakta ve burun solunumunun sağladığı avantajlarla birlikte daha sağlıklı bir solunum şekli sağladığı görülmektedir.

Ağız solunumuna kıyasla burun solunumu;

- Burun solunumunun daha derin solunum yapma imkânı sağlarken, derin solunumla birlikte diyafram kasılmasının desteklendiği, akciğer bazlı havalanma alanlarının ve bütün bu işleyişle birlikte ise oksijenlenmenin arttırıldığı,
- Dilin konumunun belirlenmesiyle birlikte buna bağlı olarak konuşmayı ve telaffuzun düzenlenmesi,
- Orofasiyal kasların koordinasyonunun düzenlenmesi,
- Yetersiz kraniofasiyal gelişimin önlenmesi için yardımcı olunması,
- Mukus üretimi düzenlenmesi ve beraberinde horlamanın azalması,
- Nefes almayla birlikte akciğere nakledilecek olan havanın nemlendirme ve ısıtılmasının sağlanması,
- Solunumla ilişkili alanlar ve bağışıklık için birer tehdit unsuru oluşturabilecek toz, polen gibi allerjenler ya da bakteri, virüs gibi mikroorganizmaların yavaşlatılarak etkisiz hale getirilmesi ve atılımlarının sağlanması,
- Koku algılanmasının sağlanması,
- Diş arkının oluşumunun daha sağlıklı tamamlanması gibi avantajlar sağlamaktadır (Flibotte & Gokulakrishnan, 2018; Hay & ark., 2020; Doğan, 2020)

Ağız ya da burun yoluyla solunum sağlayan çocuklar için avantaj ve dezavantaj durumlarının incelendiği çalışmalarda; ağız solunumu yapan çocukların daha çok huzursuz uyku, terleme, uykunun kalitesinin düşmesinden dolayı gündüz uyku hali, sinirlilik, baş ağrısı, akademik performansın olumsuz etkilenmesi, ağız kuruluğu, kötü nefes, daha kolay yorulma, beslenme alışkanlıklarında değişiklik, üst solunum yolu enfeksiyonları sıklığında artış, üst solunum yollarında akıntı gibi problemlerin daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Chambi-Rocha & ark., 2018; Doğan, 2020).

Çocuklarda görülen solunum sistemi farklılıkları onların büyüme ve gelişmesi için gerekli yapılar olsa da zaman zaman onların aleyhine olacak şekilde solunum yolu hastalıklarının sık görülmesine, alt hava yollarına enfeksiyonun hızlı ilerleyişine de olanak tanımaktadır. Bu gelişimsel farklarla birlikte solunum sistemi hastalıkları çocuklarda en sık görülen sistem hastalıklarındandır. Dünyada halen beş yaş altı ölüm sebeplerinde %20 gibi bir rakamla pnömoni gözlenirken, özellikle bu rakamlardaki yüksekliğin gelişmemiş ülkelerden kaynaklandığı bildirilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ, 2022). Türkiye’de 0-6 ve 7-14 yaş grubunda yer alan çocuklarda her iki grup için de üst solunum yolu enfeksiyonun oldukça sık görüldüğü; oranların ise sırasıyla %35,9 ile %29,4 olduğu tespit edilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK, 2019). Çocuklarda görülen solunum yolu enfeksiyonlarının etyolojisinde sıklıkla; A grubu beta hemolitik streptokok, stafilokok, hemofilus influenza, klamidya trachomatis, mikoplazma pnömoni gibi bakteriyel ya da respiratuar sinsitiyal virüs gibi viral nedenlere rastlanmaktadır. Çocuklarda solunum sistemini etkileyen

hastalıkların başında; sinüzit, nazofarenjit, tonsillit, farenjit, otitis media(üst solunum yolu enfeksiyonu kaynaklı), krup, bronşiolit, astım ve pnömoninin geldiği görülmektedir (Conk & ark., 2018). Solunum sistemi hastalıkları sıklıkla viral kaynaklı olarak geliştiği için tedavisinde tamamlayıcı alternatif tedavilerin benimsenmesi farmakolojik yükü azaltarak kişiye destek sağlamaktadır. Çocuklarda geçirilen üst solunum yolu enfeksiyonlarında uygulanan tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) girişim sıklığı incelendiğinde ülke bazında; Afrika'da %80, Kanada %70, Avustralya %48, Amerika %42, Belçika %38 olarak veilmektedir (DSÖ, 2005). Ülkemizde bu durum değerlendirildiğinde %9-93.7 gibi çok geniş bir aralık karşımıza çıkmaktadır (Topaloğlu & ark., 2013; Cırık & Efe, 2017). Ülkemizde TAT kullanım sıklığı ve durumunu değerlendiren bir başka çalışmada; ebeveynlerin sıklıkla (%95.1) TAT' ye ilişkin uygulamalara başvurduğu, bu ebeveynlerin %92.1'inin farmakolojik tedaviye başlamadan önce TAT uygulamalarını başlattığı, çocukları ÜSYE geçiren ebeveynlerin %86'sının çocuğuna TAT uyguladığı, TAT' ı tercih eden ebeveynlerin %73.3'ünün ise tıbbi yöntemlerin faydası olmadığını ya da ilaç kullanmak istemediği için TAT uygulamalarına başvurduğu saptanmıştır (Hazır & Bozkurt, 2020). Sağlık bakanlığı'nın da sıklıkla vurguladığı akılcı ilaç kullanımı konusuyla da ilişkili olacak şekilde çoğu kez antibiyotikler yanlış kullanılmaktadır. Bu yanlış kullanım sıklıkla solunum sistemi hastalıklarında gerçekleşmektedir (Brink & ark., 2004; Rudge & Holmes, 2016; Güngör & ark., 2019). Bu konuda kişilerin bilinç düzeyleri de önem taşımaktadır. Üst solunum yolu enfeksiyonlarında antibiyotik kullanımı ile ilgili gerçekleştirilen bir araştırmada; ebeveynlerin

çoğunun (%90-95) çoklu semptom olmadan yalnızca ateş, öksürük ya da boğaz ve kulak ağrısı gibi durumların varlığında antibiyotik kullanımı gerekmediğini düşündükleri, buna rağmen soğuk algınlığı/grip ve tek başına sulu /yeşil burun akıntısı gibi durumlarda ise %41-48' inin antibiyotik kullanımına başvurdukları görülmüştür (Yaşar, 2019). Birinci basamak ve hastanelerde çalışan bütün hemşirelere bu bilinçlendirme konusunda önemli görevler düşmektedir. Özellikle pediatri hemşireleri karar verme mekanizmaları gelişmekte olan çocuklar için savunucu rolleri başta olmak üzere bütün rollerini aktif bir şekilde kullanmalı ve çocuklar için optimal bakımı sağlamalıdır. Pediatri hemşireleri sağlıkta sürdürülebilirlik için bakımın devamlılığını benimsemeli ve bakımda aile merkezli bakımı tercih etmelidirler (Hazır & Bozkurt, 2020).

## **1. Nazofarenjit**

Nazofarenjit, çocukluk döneminde sıklıkla soğuk algınlığı olarak ifade edilen, üç aydan başlayarak üç yaşa kadar olan çocuklarda sık görülen hastalıktır. Hastalık tüm yıl boyunca görülse de diğer solunum sistemi hastalıkları gibi kış aylarında hastalığın insidansı artış göstermekte ve çocuklar yıl içerisinde 5-8 kez nazofarenjit olabilmektedirler (Akşit, 2002).

### **1.1. Etiyoloji**

Nazofarenjitin etiolojisinde %80 virüsler yer almaktadır. Hastalıkta 200' den fazla virüs çeşidi etyoloji olarak gösterilse de en sık rinovirüsler karşımıza çıkmaktadır. Rinovirüs haricinde hastalıkta, respiratuar sinsitiyal virüs, adenovirüs, influenza virüsler, coxsackievirüsler ve parainfluenza virüsler de etyoloji

olabilmektedirler. Bakteriyel nazofarenjit etyolojisinde ise en sık A grubu streptokoklar olmak üzere, korinobakteriyum difteri, mikoplazma pnömoni, nayseria menenjit, nayseria gonore yer almaktadır (Ertuğrul & Tanman, 2002; Erol & ark., 2017).

## **1.2. Fizyopatoloji**

Nazofarenks bölgesi nazal kavite kökünde yer alırken yumuşak damak ve kafatası ile de sınırlandırılmaktadır. Nazofarenks ve çevre dokularda görülen enflamasyonla birlikte submukozada ödem ve vazodilatasyon da görülmektedir. Ödem sebebiyle nazal konjesyon, sekresyonların hava akımına engel olması ile de nefes alıp vermede güçlük görülmektedir (Conk & ark., 2018).

## **1.3. Klinik belirtiler**

Hastalıkta birçok belirti görülebileceği gibi aşağıdaki belirtiler sıktır:

- Burun tıkanıklığı,
- Rinitis,
- Hapşırma,
- Nazal akıntı,
- Öksürük,
- Ateş (Üç güne kadar devam edebilmektedir),
- Boğaz ağrısı,
- Huzursuzluk ve keyifsizlik.

Hastalık bebeklerde emmeyi engelleyecek kadar sık nazal obstrüksiyon gelişmesine sebep olmaktadır. Daha büyük çocuklarda

ise burun ve farenks bölgesinde kuruluk, irritasyon görülmesi hastalığın başlangıç belirtilerindedir. Ardından birkaç saat içerisinde aksırma, ürperme hissi, kas ağrıları, burun akıntısı, öksürük görülmeye başlamakta ve zaman zaman bu şikâyetlere baş/boğaz ağrısı, iştahsızlık, hafif ateş belirtileri de eşlik etmektedir. Hastalıkta akut dönem 2 ila 4 gün devam ederken aynı zamanda hastalığa bağlı ishal ve kusma da görülebilmektedir (Akşit, 2002; Törüner & Büyükgönenç, 2017; Hay & ark., 2020; Carlo, 2021).

#### **1.4. Tanı**

Nazofarenjitin tanılanmasında fizik muayenenin yapılması ve hastanın öyküsü yeterli olmaktadır. Lökosit sayısı ve ateşi normal sınırlarda seyreden çocuklarda hastalıkla ilgili yukarıda değinilmiş olan bulguların varlığı tanı koymada yeterlidir (Akşit, 2002).

#### **1.5. Tedavi**

Spesifik bir tedavisi bulunmayan viral nazofarenjit hastalığında zaman zaman antibiyotik kullanılmaktadır. Fakat viral enfeksiyonlarda antibiyotik kullanımının etkisizliği ve doğru olmadığı Sağlık Bakanlığı' nca (SB) bildirilmektedir. Antibiyotiklerin yanlış kullanımı maddi kayıplar ve antibiyotik direnci gelişmesine de zemin hazırlamaktadır (SB, 2020). Antihistaminik ilaçların zaman zaman nazofarenjitin tedavisinde kullanıldığı görülse de mukoz membranlarda kuruluğa sebebiyet verdiği için kullanımı önerilmemektedir. Hastalığın verdiği rahatsızlıklar ve özellikle ateşi düşürme amaçlı antipiretik ilaçlar kullanılmaktadır. Bebek ve çocuklarda tuzlu burun damlalarının rahatsızlık süresince 3-4 saatte bir tekrarlı kullanımı nazal konjesyonu azaltmaktadır. Özellikle bebeklerde beslenme öncesinde

bu işlemin gerçekleştirilmesi emzirme işlemini kolaylaştırmaktadır. Çocuklarda beslenme öncesi öksürüğü baskılamak için de öksürük baskılayıcı ajanlar kullanılabilir (Törüner & Büyükgöncü, 2017; Flibotte & Gokulakrishnan, 2018).

### **1.6. Nazofarenjit, faranjit ve sinüzitte hemşirelik girişimleri**

Nazofarenjit takip ve tedavinin sıklıkla evde sürdürüldüğü bir solunum sistemi rahatsızlığıdır. Bu sebeple hasta çocuğun ihtiyaç duyacağı bakım ve girişimlerin uygulayıcıları ebeveynler olacağı için, hemşireler sıklıkla eğitim ve danışmanlık üzerine odaklanmalıdır. Bu süreçte pediatri hemşireleri çocuk ve aileyi kapsamlı bir şekilde tanımlanmalı, ihtiyaç ve imkana yönelik bir eğitim planlanmalıdır. Eğitim esnası ve sonrasında aile hastalık ve bakımla ilgili sorular sormada cesaretlendirilmelidir. Eğitim planlanırken nazofarenjitli bir çocuğa ait toplanması gereken bilgiler:

- Çocuğun semptomlarının başlama süresi, sıklığı, derecesi ile ilgili bilgiler,
- Çocuğun beslenme ve sıvı alım durumu,
- Ateş ve öksürük varlığının sorgulanması,
- Nazal sekresyonun durumu, rengi ve derecesi,
- Solunum distresinin sorgulanmasıdır (Conk & ark., 2018).

Eğitimci ve danışman rolü ile bir hemşire, aşağıdaki bilgiler ışığında eğitimi yürütür ve geri dönüt doğrultusunda danışmanlığı sürdürür:

- Küçük bebeklerde burun solunumu gerçekleştirildiği için özellikle beslenme öncesi burun temizliğinin yapılması önemlidir. Beslenmeden/emzirmeden 15-20 dk öncesinde serum fizyolojik damlatıldıktan sonra aspirasyon işlemi gerçekleştirilerek burun temizliği sağlanabilir.
- Sekresyonların drenajı ve solunumun rahatlatılması için uygun yatış pozisyonu ayarlanmalıdır.
- Bebek/çocuklarda dehidratasyonun önlenmesi ve sekresyon atılımının kolaylaştırılması için yeterli sıvı alımı planlanmalıdır. Sıvı alımı arttırılırken aynı zamanda AÇT (Aldığı çıkardığı takibi) yapılmalıdır.
- Solunum fonksiyonlarında güçlük görülmesi halinde evde uygulanabilecek buhar yöntemleri ile ilgili bilgi verilmelidir.
- Çocuk eğitimi algılayabilecek yaşta ise hijyen eğitimi verilmelidir. Mümkün mertebe tek kullanımlık eşyalar ya da kişiye özel kullanımı olan eşyalar (kağıt havlu, havlu, sabun vs.) bu dönemde tercih edilmelidir.
- Çocuk kreş veya okula gidiyorsa hastalık süresince bulaş riskinden dolayı okula ara verilmelidir.
- Ateş varsa; ailelere ateş takibinin nasıl yapılacağı, müdehale edilmesi gereken sınırlar, ateşin yükseldiği zamanlarda yapılması gereken girişimler, uzmana başvurulması gereken durumlarla ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.

- Aile ile iletişim içerisinde, ihtiyaçlar ve geri dönütler doğrultusunda danışmanlık verilmelidir (Çavuşoğlu, 2013; Törüner & Büyükgöneç, 2017).

Nazofarenjit sıklıkla viral kaynaklı geliştiği için tedavide antibiyotik kullanımı gerektirmemektedir. Çocuklarda görülen solunum sistemi hastalıklarında kullanılacak antibiyotik tedavisi için ebeveynlerin tutum ve davranışlarına yönelik değerlendirme yapan bir çalışmada; ebeveynlerin %81 gibi büyük bir çoğunluğunda, antibiyotik kullanımına ilişkin tedaviyle ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, ebeveynlerin bir çoğunun antibiyotik kullanımı gerekmediğini düşünmelerine rağmen, yarısına yakınının halen grip / soğuk algınlığı gibi durumlarda antibiyotiğe başvurduğu görülmüştür (Yaşar, 2019). Bu çalışmada da görülmektedir ki ebeveynlerin nazofarenjit gibi üst solunum yolu hastalıklarının tedavileri konusunda bilgi eksiklikleri bulunmaktadır. Pediatri hemşireleri çocukta uygun tedaviyi desteklemek için ebeveynlere yönelik eğitimler planlaması ve uygulaması da gerekmektedir. Üst solunum yolu enfeksiyonlarında kanıta dayalı uygulamaları değerlendiren bir çalışmada; korunmada ekinazyza, probiyotikler ve çinkonun etkili olduğu, vitamin C' nin koruma amaçlı kullanımında mega dozlar gerektirdiği için önerilmediği ve semptom başlangıcı sonrasında yararlı olmayacağı, sarımsakla ilgili gerçekleştirilen çalışmaların ise yetersizliğinden dolayı kanıtın bulunmadığı fakat korunmada etkili olabileceği, çinkonun ise semptomlar başladıktan sonra görülme sürelerini kısaltabileceği konusunda etkinliği belirtilmektedir (Akan, 2012). Pediatri hemşireleri araştırmacı rolleri ile alanda yapılan çalışmaları takip etmeli, sürekli olarak alandaki bilgilerini güncelleyerek kanıta dayalı uygulamaları bakıma

dahil etmelidirler. Bu tarz kanıta dayalı uygulamalar konusunda ekibi koordine ederek uygulamada bütünlüğü de sağlamalıdır (Çavuşoğlu, 2013).

## **2. Tonsillit ve Farenjit**

Viral ajanların sıklıkla etyolojide yer aldığı tonsilla ve farenks alanlarında görülen enflamasyon oluşumu sırasıyla tonsillit ve farenjit olarak isimlendirilmektedir. Tonsillit ve farenjit gibi hastalıklar, çocuklarda bir arada sık görüldüğü için zaman zaman tonsillofarenjit ismiyle de tanımlanabilmekte ve çocukluk dönemi solunum sistemi hastalıkları arasında en sık rastlanılan hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple bu bölümde tonsillit ve farenjite aynı başlık altında yer verilmiştir (Tezer & Demirdağ, 2018).

### **2.1. İnsidans ve etiyoloji**

Tonsillit ve farenjit hastalıklarının görülme sıklıkları sonbahar ve kış mevsimlerinde artış göstermektedir. Hastalık etkeni olarak virüsler, bakteriler ve diğer nonbakteriyel ajanlar karşımıza çıksa da sıklıkla A grubu beta hemolitik streptokoklar bu hastalığın sorumluları olarak gösterilmektedir. Bakterinin eşlik ettiği tonsillit veya farenjit hastalıklarında, etkin tedavinin sağlanamazsa akut glomerülonefrit, akut romatizmal ateş, pnömoni gibi daha ciddi ve kompleks sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (Hızlı & Altay, 2019).

### **2.2. Fیزیopatolojisi**

Çocuklar farengeal kavitede lenfoid dokularının daha büyük olmasından dolayı yetişkinlere nazaran tonsillite daha yatkındır, bu durum da onların daha sık solunum yolu hastalıkları

geçirmelerine sebebiyet vermektedir. Tonsiller vücut giriş noktası olan orofarenkste bulunan, hastalık etkeni olabilecek mikroorganizmaların vücuda girişini önlemekte görevli dokudur. Bu bölgede görülen enfeksiyon ve enflamasyon durumları tonsillit olarak isimlendirilmektedir. Sindirim ve solunum sistemlerinin ortak dokusu olan farenksin enfekte olması durumu ise farenjit olarak tanımlanmaktadır (Koçyiğit & ark., 2016).

### **2.3. Klinik belirtiler**

Tonsillit ve farenjit hastalıklarının belirtileri etkene göre değişebilmektedir. Etyolojide de sıklıkla karşımıza çıkanbakteri kolonizasyonu kaynaklı tonsillit ve farenjit hastalıklarında; ani başlangıçlı boğaz ağrısı ve yutma zorluğu, ateş, kusma, baş ve karın ağrısı, tonsillofarengeal inflamasyon ve buna bağlı kızarıklık, ön servikal bölgede lenfadenopati gibi belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olabilirken bazı olgularda da kızıl döküntüsünün görülebileceği belirtilmektedir. Bakteriye nazaran etyolojide daha az gördüğümüz virüs kaynaklı tonsillit ve farenjitte ise; burun akıntısı, öksürük, burun tıkanıklığı/horlama, konjonktivit, diare, ülseratifstomatit ve viraleksantemler gibi belirtilerle kendisini gösterebilmektedir (Tezer & Demirdağ, 2018; Ünüvar & Göl, 2018; Hızlı & Altay, 2019).

### **2.4. Tanı**

Tonsillit, farenjitin tanılanma sürecinde sıklıkla muayenedeki tonsilla, farenksin görünümü ve hastalığa ait semptomlar yeterli görülmektedir. Fakat streptokok ve streptokok dışı tonsillit veya farenjit hastalığına ait ortak klinik bulguların varlığı semptom ve fizik muayene bulgularını yetersiz kılmakta ayırıcı tanı için ayrıca

tanısal testlerin yapılması önerilmektedir. Bu gibi durumlarda boğaz kültürü, hızlı antijen ve Anti Streptoizin o, Anti Dnaaz testleri ayırıcı tanıda kullanılabilir (Tezer & Demirdağ, 2018; Hızlı & Altay, 2019).

## **2.5. Tedavi**

Tedavide öncelikli olan hastalığının etkeninin tanımlanmış olmasıdır. Viral etkenlerde antibiyotiğin gereksiz, hatalı kullanımı ve direnci gibi durumlar gelişebileceği için destekleyici bakım tedavisi önceliklidir. Bakteriyel etkenlerde ise erken antibiyotik tedavisi ile semptomların düzeltilme süresi 24-48 saate çekilebilmektedir. Çocukların özellikle akut romatizmal ateş gibi hastalıklardan korunması için semptomların ilk dokuz gününde uygun antibiyotik tedavisine başlanması gerekmektedir (Hızlı & Altay, 2019).

Tedavide etkinliği kanıtlanmış ve en sık rastlanılan antibiyotik oral penisilindir. Tanımlanmış alerjisi bulunmayan çocuklarda 10 güne tamamlanan oral penisilin tedavisi etkin başarı sağlamaktadır. Penisilin alerjisi öyküsü olan çocuklarda ise alternatif olarak, amoksisilin, sefalosporinler (birinci kuşak), oral klindamisin ya da klaritromisin ilaçları da 10 gün süreyle kullanılabilir fakat en güçlü alternatifin %1 dirençle klindamisin olduğu bildirilmektedir. Daha kısa süreli tedavi istenildiği durumlarda ise Sefpodoksim ve sefdinir ilaçları beş günlük tedavi şeklinde kullanılabilir (Ünüvar & Göl, 2018). Semptomların sıklık ve şiddetini düşürmede destek tedavi önerilmekte ve tıbbi olarak nonsteroidantiinflamatuvarlar ve asetaminofen grubu ilaçlar kullanılabilir. Analjezik ve antipiretik olarak aspirinin

kullanımı, destek amaçlı kortikosteroidlerin kullanımı önerilmemektedir (Hızlı & Altay, 2019).

## **2.6. Hemşirelik girişimleri**

Tonsillitte çocuğun rahatını sağlamak, hastalığın semptomlarını hafifletmek, operatif bir durum varsa kanama kontrolü, preoperatif ve postoperatif bakımlar hemşirelik girişimlerinde esastır. Müköz membranın nem dengesini koruyarak solunumu desteklemek amaçlı soğuk buhar uygulaması yapılabilir. Gargaralarda ılık tuzlu su, boğaz pastili, farmakolojik olarak aneljezik/antipiretik ve kodein grubu ilaçların kullanımı fayda sağlayabilmektedir. Operatif durumlarda prosedürler gözden geçirilmeli, fiziki değerlendirme yapılmalı, çocuğun operasyona hazırlamak için uygun girişimlerde bulunulmalıdır. Tonsillektominin preoperatif döneminde kanama eğilimini değerlendirmek amacıyla kanama ve pıhtılaşma zamanları öğrenilmelidir. Operasyon öncesi çocuk iletişime uygun bir yaşta ise kendisini ifade etmesi sağlanarak psikolojik olarak ihtiyaçları belirlenmelidir. Bütün sürece aile de dahil edilerek, anlaşılır şekilde ve gerektiği kadar müdahaleler açıklanmalıdır (Törüner & Büyüköğenç, 2017).

Postoperatif dönemde çocuğa verilecek pozisyonlar önem arz etmektedir. Vücut için prone ve baş için ise lateral pozisyonlar, operasyon sekresyonların drenajını kolaylaştırmak için fayda sağlayacaktır. Çocuk kendine geldiğinde dik oturur pozisyonda ve yatakta takibinin yapılması önemlidir. Aspirasyon gerekli görüldüğü durumlarda ve yüzeysel olarak gerçekleştirilmeli, nazofarenksi yaralayabilecek her türlü travmatik uygulamadan kaçınılmalıdır. Kanama bulguları sık sık kontrol edilmeli ve kanamaya sebep

olabilecek uygulamalardan kaçınılmalıdır. Postoperatif dönem ilk bir saat için daha sık değerlendirme yapılmalıdır ve bu değerlendirme her 15 dk' da bir şeklindedir. Devamındaki dört saat için ise saatte bir değerlendirme yapılırken, bir sonraki 24 saat içinse 2 ya da 4 saatte bir yaşam bulguları değerlendirilmelidir (Çavuşoğlu, 2013). Postoperatif dönemde çocuğun sık öksürmesi ve hapşırması insizyon bölgesinde zedelenme ve kanama risklerini artıracığından hemşire bu konuda çocuk ve aileyi uyarmalıdır. Kanamanın kontrolü hemşire tarafından yapılmalı fakat aileye de taze kan bulgularının takibi konusunda eğitim verilmelidir. Kanama durumunda çocuk ve aile sakinleştirilmeli ve hızlı bir şekilde doktora haber verilerek gerekli müdahalelerde bulunulmalıdır. Postoperatif dönemde sıvı ve yumuşak besinlerden oluşan bir diyetin uygun olduğu belirtilmektedir (Topal Hançer & Yılmaz, 2019). Özellikle soğuk ve asitsiz sıvıların bol tüketimi hidrasyonun sürdürülmesinde kanama riskinin düşürülmesinde etkilidir. Soğuk su, küçültülmüş buz parçaları, tatlandırılmış buzlu çubuklar çocuklara yaklaşık üç hafta verilebilir. Verilen içeceğin kırmızı renkte olmamasına kanamayı ayırt etmeyi zorlaştıracığından dolayı dikkat edilmelidir. Ağrı düzeyi değerlendirilmesi yapılmalıdır. Gerekli görüldüğü durumlarda doktor tarafından order edilmiş analjeziklerin uygun kullanımı sağlanmalıdır. Acil durumlarda gerekli olabilecek malzemelerin kontrolleri sağlanmalı ve müdahale için hazır tutulmalıdır (Conk & ark., 2018).

Tonsillektomi operasyonu geçirmiş çocuklarda sade süt ve ballı sütün, 15 gün süresince uygulanmasının yara üzerindeki etkisini araştırmış bir çalışmada, çocuklara uygulanan ballı sütün kanama riski ve ağrının azaltılmasında, yara iyileşme sürecinin

desteklenilmesinde etkili bir yöntem olduğu tespit edilmiştir (Topal Hançer & Yılmaz, 2019). Alan çalışmalarının özellikle de kanıta dayalı uygulamaların kliniğe entegrasyonu ile ilgili çalışmalarda pediatri hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu süreçte ekiple iş birliği içerisinde uygulamalar güncellenmeli ve geliştirilmelidir. Farenjit ve nazofarenjitte uygulanan hemşirelik girişimlerinin benzerliğinden dolayı bir bütün olarak ele alınmış ve bu bölümde ayrıca yer verilmemiştir (Bkz. sayfa, 6-7)

### **3. Otitis Media**

Otitis media orta kulakta görülen, akut, effüzyonlu ve kronik olmak üzere üç bölümde incelenen, orta kulağın enflamasyonlu hastalığıdır. Enflamasyonda akut ve kronik seyirli olarak hastalık gözlemlenirken, vakalarda enfeksiyöz, nonenfeksiyöz, effüzyonlu ya da effüzyonsuz durumlar da görülebilmektedir. Akut otitis media, ani başlangıçlı ve kısa süreli olacak şekilde östaki borusundan orta kulağa patojenlerin yayılımı ile görülmektedir. Kronik otitis media vakalarında hastalığın üç aydan daha uzun sürelerle devam etmesi beklenmektedir. Effüzyonlu otitis media timpanik membran arkasında enfeksiyon belirtisine rastlanmaksızın sıvı toplanma alanlarının ve enflamasyonun görülmesi durumudur (Koçyiğit & ark., 2016).

#### **3.1. İnsidans ve etiyoloji**

Çocuklarda otitis media hastalığı için insidansın özellikle 6-18 ay arası bebeklerde artış gösterdiği belirtilmektedir. Aynı zamanda bebeklerin %90' ının iki yaşına gelene kadar en az bir kez hastalığı geçirmiş oldukları belirtilmektedir. Yaşamın ilk altı-24 ay arası döneminde bebeğin; ilk aylarda emzirilmemiş olması, ev dışı

ortamda bulunması, etnik kökeni, sigara dumanı maruziyeti, emzik kullanma, alta yatan alerjik rinit gibi bir patojen varlığı, yarık damak ve down sendromu bulunması gibi durumların otitis media hastalığı için riski arttırdığı belirtilmektedir (Öncel, 2009; Uğurlu & ark., 2014).

Otitis media hastalığının bakteriyel etyolojisinde, *Streptococcus pneumoniae* (%40-50) sıklıkla görülürken, tiplendirilemeyen *Haemophilus influenzae* (%30-40) ikinci ve *Moraxella catarrhalis* (%10-15) ise üçüncü görülme sıklığıyla karşımıza çıkmaktadır. Otitis mediada nadir olarak *Staphylococcus aureus*'a ve anaeroplarda görülebilmektedir. Büyük çocuklarda A grubu streptokoklar sık görülürken aynı zamanda perforasyon ve mastoiditle de ilişkili olabileceği bulunmuştur. Yenidoğanlar ve bağışıklığı baskılanmış çocuklarda kronik süperatif otitis media görülme sıklığının oldukça fazla olduğu ve dikkatli olunması gerektiği bildirilmektedir (Ramakrishnan & ark., 2007).

### **3.2. Fizyopatoloji**

Çocuk ve yetişkinlerde solunum sistemi farklılıkları kısmında da bahsedildiği üzere çocuklarda özellikle üç yaşa kadar östaki borusunun anatomik yapısı kısa ve geniş olması, horizontal durum, destekleyici kıkırdak yapının gevşekliği gibi durumlar otitis medianın görülme sıklığını arttırmaktadır. Enflamasyon süreci orta kulak içerisinde eksuda toplanmasını tetiklemektedir. Akışkan olmayan bu sıvı patojen kolonizasyonu için yardım ederken aynı zamanda ses iletimini de engeller. Genişlemiş lenfoid dokular orta kulaktan drenaj akıntı sistemleri tıkayarak akışı engelleyebilir. Östaki borusunda meydana gelen tıkanıklıklar onun denge görevini sürdürmesini engelleyebilir. Otitis media kısa sürelerde tedavisi

gerçekleştirilmediğinde, özellikle kanallardaki tıkanıklıklarla birlikte timpanik membrana da zarar verebilmektedir (Koçyiğit & ark., 2016; Carlo, 2021).

### **3.3. Klinik Belirtiler**

Otitis media özellikle küçük çocuklarda sık görülmesi nedeniyle semptomları çocuk tarafından yetersiz ifade edilebilmektedir. Hastalığın en spesifik bulgusu kulak ağrısı iken, konuşamayan çocuklarda sık sık kulak çekiştirme veya kulağı ovalama hareketleri de bu ağrının birer göstergesi olarak sayılabilmektedir. Hastalığa sıklıkla ateş, huzursuzluk, diyare ve kusma gibi semptomlar eşlik etmekte, zaman zaman kulakta akıntı da görülebilmektedir (Uğurlu & ark., 2014).

### **3.4. Tanı**

Otitis media hastalığında otoskopik muayene yapılmaktadır. Muayene esnasında kulak zarına ilişkin değerlendirmelerde, bombeli görünüm, zar arkasında kabarcıklar, hava-sıvı seviyesi görülmesi veya zar hareketlerinde azalma görülebilirken aynı zamanda ağrı varlığı da otitis media hastalığını düşündürmektedir. Kulak zarının hareketlerinde azalma varsa tespiti içinse pnömatik otoskopi yapılması gerekebilmektedir (Öncel, 2009).

### **3.5. Tedavi**

Tedavide, yakınmaların giderilmesi, komplikasyonlar ve kalıcı işitme kaybının önlenmesi olmak üzere başlıca üç esas bulunmaktadır. Çocuklarda ağrı belirgin olduğu için tedavide ilk amaç kulak ağrısının giderilmesidir ve bu amaçla parasetamol, ibuprofen kullanılabilir. Hastalığın riskleri ve hızlı ilerleyişinden dolayı iki yaşından küçük çocuklarda semptomatik tedavi yeterli

olmamakta ve antibiyotikler de tedaviye eklenmektedir (Hay & ark., 2020). Antibiyotik tedavisinde sıklıkla amoksisilin, amoksisilin ve klavulonik asit kombinasyonu, hastalığın seyrine göre ikinci ya da üçüncü kuşak sefalosporinler, klaritromisin, azitromisin gibi yeni grup makrolidler ve TMP-SMX tercih edilebilmektedir. Otitis media sıklıkla solunum sistemi enfeksiyonları ile bir arada görüldüğü için tedaviye topikal dekonjestanlar 5 günü aşmamak kaydıyla dahil edilebilmektedir. Nazal ve sistemik dekonjestanlar hastalık üzerinde etkinliklerinin bulunmaması nedeniyle tedavide kullanılmamaktadır (Koçyiğit & ark., 2016).

### **3.6. Hemşirelik girişimleri**

Otitis mediada çocuğa yönelik hemşirelik girişimlerinin temel amaçları;

- Ağrının hafifletilmesi,
- Drenajın mümkün mertebe kolaylaştırılması,
- Komplikasyon ve tekrarların önlenmesi,
- Çocuk bakımı için tespit edilen eksiklikler yönünde aileye yönelik verilecek olan eğitimlerin verilmesi,
- Çocuk ve aileye özellikle duygusal yönde destek sağlamaktır (Çavuşoğlu, 2013).

Otitis media tedavisi genellikle evde bakımla sürdürülmekte, hastalık esnasında hospitalizasyonu gerektirmektedir. Bu sebepten bakım daha çok aileye yönelik verilecek eğitimleri içerirken, eğitimler de yukarıda değinilmiş olan kriterler çerçevesinde sağlanmalıdır. Otitis mediada ağrının giderilmesi çocuk ve bakım veren kişiler için önceliklidir. Ağrının giderilmesinde tedavi için

reçete edilmiş olan aneljezik ilaçların doğru kullanımı bilinmelidir. Ağrının giderilmesinde uygun pozisyonun verilmesi katkı sağlamaktadır. Başın yükseltilmesi ve Semi-fowler pozisyonu etkilenmiş olan bölgenin yukarıda tutulması için kullanılmaktadır. Aynı zamanda başın pozisyonunda etkilenmemiş olan kulak bölgesinin üzerine pozisyonu sağlamak basıncı azaltacağından ağrıyı minimize edecektir (Koçyiğit & ark., 2016). Bakımda kullanılan bu pozisyonlar otitis mediada drenajın sağlanması için de etkilidir. Çocuklarda hastalık döneminde ağrı kaynaklı olarak sıklıkla iştahta azalma görülmektedir. Ağrının minimize edilmesi, çocukta konforun artırılmasının yanı sıra, hidrasyonun sürdürülebilirliği için de bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalık dönemi beslenmede çocuğun sevdiği yiyeceklere öncelik tanınırken, beslenmenin sık aralıklarla yapılması ve bol sıvı alımı üzerine süreç kurgulanmalıdır. Biberonla beslenen bebeklerde, beslenme esnasında verilen pozisyonun aspirasyon riskini minimize etmesi gerekmektedir. Bu sebeple çocuk beslenirken başın yükseltilmesi gerekmektedir. Tedavide reçete edilmiş olan antibiyotiğin düzenli kullanımı ile ilgili aileye eğitim düzenlenmeli aynı zamanda hidrasyon sağlamanın ilaç kullanımı dönemindeki önemi de vurgulanmalıdır. Çocukta gelişmiş otitis media komplikasyonları ve hastalığın sık tekrarı varsa bunun nedenleri sorgulanmalı ve aileye bu konuda da bir eğitim planlanmalıdır. Bu süreçte aile bakım için desteklenmeli ve aileye duygularını rahatça ifade edebilecekleri ortamlar sağlanarak duygusal destek de sürdürülmelidir (Conk & ark., 2018).

Bebeklerde beslenme tipi ve otitis mediaya yönelik gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada; emzirilen ve biberonla beslenen

bebekler değerlendirilmiş, emzirilen bebeklerde otitis media görülme riskinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Emzirilen bebeklerde; emme sırasında uygun dil hareketinin gelişmesi, aspirasyon riskini minimize edecek uygun pozisyonun verilmesi ve anne sütünün bağışık destekleyici immün faktörleri içeriyor olması otitis media hastalığının görülme riskini düşüren sebepler olarak bildirilmektedir (Yıldız & Canbulat, 2008). Anne sütü ve etkili emzirmenin önemi sağlık bakanlığımız tarafından sürekli olarak vurgulanmakta ve desteklenmektedir. Pediatri hemşireleri de aldıkları eğitimler doğrultusunda kliniklerde uygulamaları gerçekleştirmektedirler. Emzirmenin otitis media ile olan ilişkisi konusunda da pediatri hemşireleri farkındalıklarını arttırmak aileyi de bu konuda bilgilendirmelidirler (Törüner & Büyükgönenç, 2017).

#### **4. Krup**

Krup hastalığı akut başlangıçlı, üst solunum yolunu etkileyen, etkilenen bölgede tıkanık nedenleri arasında gösterilen nefes alma sırasında stridor ve solunum alanında zorlanma ile karakterize bir hastalıktır. Etkilenen bölge sıklıkla larenks ve trakea olduğu için ses tellerindeki etkilenmeye bağlı havlar tarzda öksürük ve seste kabalaşma, akut, enfeksiyöz süreçlerden oluşan heterojen bir grubu ifade etmekte ve sıklıkla viral kaynaklı olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalıktan etkilenen bölgeye göre hastalığın tipleri; akut laringotrakeit, akut laringotrakeobronşit, laringotrakeobronkopnomoni ve spazmodik kruptur (Cherry, 2008).

##### **4.1. İnsidans ve etiyoloji**

Krup beş yaşına kadar görülebilen fakat sıklıkla 6-36 ay arasındaki çocukları etkilendiği bir rahatsızlıktır (Cherry, 2008). Altı

yaş altındaki çocuklarda görülen krup için yıllık insidans %6 olarak verilmektedir. Çocukluk döneminde görülen solunum yolu enfeksiyonlarının %15'i, evde takip ve izlem gerektiren hastaların ise %1-5'i krup geçiren çocuk hastalardan oluşmaktadır. Özellikle sonbahar aylarında sık görülen hastalığın ailede krup öyküsü olanlarda ve ailede tekrarlayan krup hastalığı bulunan olgularda görülme sıklıklarının sırasıyla 3.2; 4.1 oranlarındadır (Woods, 2020).

Etyolojisinde sıklıkla viral ajanların yer aldığı krupta, yüksek ateş ve solunum yollarına ilişkin semptomlarla hastaneye başvuran beş yaş altı çocuk hastalarda %75-90 oranında viral ajan olarak parainfluenza tip 1 ve 2 görülmüştür. Etyolojide herpes simpleksin yer aldığı vakalarda hastalığın daha uzun seyirli olduğu ve bu tip uzamalarda etyolojide RSV, rhinovirüs, adenovirüs, human coronavirüs, enterovirüs ve metapnomovirüsler de görülmektedir (Schomacker & ark., 2012).

#### **4.2. Fizyopatoloji**

Hastalıkta enflamasyon süreci görülmekte ve bu enflamasyon sürecinin ortaya çıkışı mukoza ödemi, sekresyon ve kas spazmı ile olmaktadır. Çocuklarda hava yollarındaki immatürlük ve hava yollarının dar lümenli olması durumu hava yolu obstrüksiyonunu tetikleyen nedenlerdendir. Kas spazmı ve ödem görülmesi ile birlikte glottis oldukça duyarlı bir yapıya dönüşebilmekte, böyle bir durumda kollaps tetiklenebilmektedir. Krupla ilişkili olarak gerçekleşen inspirasyon sırasındaki stridorun özellikleri sebebiyle inspirasyon sırasında türbülans obstrüksiyon gerçekleşmektedir (Woods, 2020).

### **4.3. Klinik belirtiler**

Krup rahatsızlığında klinik belirtiler; genel görünüm, dolaşım ve solunum sistemleri alanlarında olmak üzere üç bölümde ortaya çıkmaktadır. Genel görünüme ait bulgularda; tonus, görünüm (bakış), konuşma (ağlama), etkileşim ve letarjiye yönelik belirtiler görülmektedir. Solunum sistemine ait bulgular; özellikle stridor ve havlar tarzda öksürük başta olmak üzere, burun kanadı solunumu, takipne ve yardımcı solunum kası kullanımını şeklindedir. Dolaşım sistemine ilişkin bulgularda ise; solgunluk ve siyanoz gibi belirtilere rastlanabilmektedir. Orta ve ağır krup görülen çocuklarda, solunum ve nabız sayısında artış, sakinken stridor, trakeal ve interkostal çekilmeler ve pulsus paradoksus belirtileri de görülebilmektedir. Solunum sıkıntısı varlığında çocukta ağlamanın da olmaması durumu klinik seyrin ciddiyetini göstermektedir. Krup çok sık komplikasyon göstermezken orta ve ağır seyirli vakalarda ise hipoksemi ve solunum yetmezliği gibi riskler bulunmaktadır (Flibotte & Gokulakrishnan, 2018).

### **4.4. Tanı**

Krup hastalığının tanılanmasında öncelikli işlemler çocuğun öykü ve fizik muayene bulgularının alınması şeklindedir. Sıklıkla viral etyolojilere bağlı olarak gelişen hastalığın tanılanmasında, kültür alınması, sitolojik değerlendirmeler, immunolojik test ve moleküler yöntemler kullanılmaktadır. Krup hastalığı klinik atipik ise, yabancı cisim aspirasyonu ihtimal dahilindeyse, çocukta tekrarlı krup öyküsü varsa veya tedaviye beklenen cevap alınamıyorsa radyografik görüntülemeye başvurulabilmektedir. Krup hastalığına sahip çocukların yarısında radyografik bulgulara rastlanılmaktadır. Dört aylıktan daha küçük bebeklerde ve çocuklarda anatomik

değerlendirme amaçlı görüntüleme yöntemlerine başvurulduğu görülmektedir (Duman, 2007).

#### **4.5. Tedavi**

Kruplu çocuklarda havayolu tıkanıklığının ağırlık derecesinin belirlenmesi, solunumun rahatlatılması tedavide önceliklidir. Genel durumu iyi olan ve evde takibi gerçekleştirilen hafif solunum yolu tıkanıklığı olan çocuklarda kortikosteroid kullanılsa da bu kullanımın gerekliliği ile ilgili çelişkiler de bulunmaktadır. Orta derecede solunum yolu tıkanıklığı, sakinken stridor, yardımcı solunum kaslarının kullanılması ve interkostal çekilmeler, taşikardi gibi belirtileri olan çocuklar hastanede ve tek doz oral kortikosteroid kullanılarak tedavileri gerçekleştirilmektedir (Taştan, 2003). Ağır derecede solunum yolu tıkanıklığı olan çocuklarda korku, endişe, huzursuzluk, bilinç değişikliği, solukluk, siyanoz bulgulara görülebilmektedir. Bu çocukların solunumları da desteklenerek kortikosteroid, adrenalin ve oksijen gibi tedaviler uygulanmaktadır. Solunum sıkıntısı derinleşir ise tedaviye entübasyon işlemi gerçekleştirilerek devam edilmektedir. Krup tanısı almış çocuklarda atak şeklinde gelişen öksürükler ve laringeal alandaki ödemin azaltılması amacıyla soğuk buhar tedavisi de kullanılmaktadır (Duman, 2007). Soğuk buhar tedavisinin krupta kullanımının yarar sağladığı düşünülmesine rağmen kanıta dayalı gerçekleştirilmiş bir çalışması mevcut değildir. Nemli çadır uygulamalarında çocuklar ıslaklık, soğukluk, aileden ayrı kalma gibi durumlardan rahatsız olabileceği bu durum da tedavinin seyrini olumsuz yönde etkileyebildiği tartışılmaktadır. Nemli rezervuarlarda bakteri üreme riskinin yüksek olması ve nemlendirilmiş havanın solunum direncini

arttırması da uygulamada söz edilen olumsuzluklardandır (Conk & ark., 2018).

#### **4.6. Hemşirelik girişimleri**

Çocuklarda krup hastalığında öncelikli olan hemşirelik girişimleri özellikle solunumun durumuna yönelik iyi bir gözlemin yapılmasıyla başlamakta ve;

- Hava yolu açıklığının sürdürülmesi
- Sıvı dengesini / hidrasyonu sağlamak
- Korku ve anksiyeteyi gidermek
- Evde çocuğun bakımını sağlayabilmeleri için aileyi hazırlamak ve onlara destek olmayı içermektedir.

Hava yolu açıklığının sürdürülmesi için, bebek veya çocuğa nefes alıp vermeyi kolaylaştıracak uygun pozisyonun verilmesi gerekmektedir. Küçük bebek ve çocuklarda baş omuzla birlikte ince bir yastıkla desteklenmesi gerekirken büyük çocuklarda semi fowler ya da fowler pozisyonları verilebilir. Hava yollarının temizliği sağlandıktan sonra nemlendirilmiş oksijen tedavisi verilmelidir. Mukoza kuruluşunun önlenmesi ve nefes alıp verilisinin daha rahat sürdürülmesi adına nemlendirme önemlidir. Hidrasyonun sürdürülmesi için bebeklerde, solunumda sıkıntılı bir durum oluşmadığı sürece emzirme sürdürülmeli, emzirme için uygun teknik ve pozisyonlar anneye anlatılmalıdır. Çocuklarda sevdiği yiyeceklere öncelik verilmeli ve beslenme sık sık gerçekleştirilmelidir. Bol sıvı tüketiminin önemi vurgulanmalıdır (Conk & ark., 2018). Hastalığa bağlı olarak çocuğun sesinde yaşanan değişimler, hastane ortamı, gürültü, farklı cihazların bulunması

çocuğun anksiyetesini arttıracaktır. Böyle bir durumda çocuğun odasının sakin, sessiz olması, dingin bir ses tonu kullanılarak çocuğa bütün işlemlerin açıklanması ve mümkünse çocuğun aileyle birlikte hastanede kalmaları sağlanmalıdır. Hava yolu açıklığı tam sağlanana kadar intraket yerleştirme işlemi gibi ağırlı işlemler, anksiyeteyi o da hava açıklığını arttıracığı için ertelenmelidir. Hastanede çocuğa verilen bakıma aile de aktif olarak dahil edilmeli uygun olan zaman ve pozisyonlarda ailenin bakım uygulamasına izin verilerek varsa eksiklikler, yanlışlıklar gözlenmeli ve bu eksiklerin takviyesi, yanlışların düzeltilmesine yönelik eğitimler planlanmalıdır. Tedavide başarının sağlanabilmesi için sürdürülebilirlik çok önemlidir. Kreş dönemi çocuklarında hastalığın görülmesi durumunda başta öğretmenler olmak üzere, çocukla teması olan yetişkinlerin de konuyla ilgili bilgilendirilmesi ve gerekli eğitimlerin sağlanması gerekmektedir. Bu iletişimin kurulması ve eğitim süreçlerinin yönetimi hemşirelerin tedavide sürdürülebilirlik için yapabileceği görevlerdendir (Törüner & Büyükgöneneç, 2017; Güler & Akcan, 2020).

## **5. Bronşit**

Bronşiolit, çocuklarda özellikle yaşamın ilk yıllarında sık rastlanılan, bronşiol yapılarında viral enfeksiyonlara bağlı olarak gelişen enflamasyon, ödem, epitel hücrelerinin nekrozu ve artmış mukus üretimi ile birlikte solunum sisteminde ciddi tıkanıklıklara da sebep olabilen bir alt solunum yolu hastalığıdır (Smith, 2017).

### **5.1. İnsidans ve etiyoloji**

Bronşiolit, her yaş grubunda görülebilir bir hastalık olmasının yanı sıra özellikle iki yaşından küçük çocuklarda daha sık

görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, bronşiolit vakalarının sıklıkla bir ve iki yaş bandında geliştiği bildirilmektedir. Bu ülkelerde bronşiolit geçiren çocukların %75' inin bir, %95' inin ise iki yaş altındaki bebeklerden oluştuğu bildirilmektedir. Hastalığın en ağır seyri altı aydan küçük bebeklerde görülürken, bunun sebebi olarak da bebeklerin hava yollarının daha küçük olduğu ve mukozal sekresyonları uzaklaştırma yetisinin henüz yetersiz oluşu gösterilmektedir (Yayla, 2017). Bebeklik dönemlerinde ortalama her üç bebekten birini etkileyecek kadar yaygın görülen hastalığın, hastaneye yatış oranları ise vaka içerisinde %2-3 şeklinde, hastalığın görülme sıklığına kıyasla oldukça düşük olarak verilmektedir (Smith, 2017).

Çocuklarda sıklıkla viral olarak görülen bronşiolit hastalığının etyolojisi respiratuar sinsitiyal virüs olarak gösterilmektedir. Respiratuar sinsitiyal virüsten sonra etyolojide ikinci sırada rinovirüs bulunmakta ve sık olmasa da çoklu patojen enfeksiyonuna da rastlanabildiği görülmektedir. Viral enfeksiyonların yanında kompleks immünolojik mekanizmalar da bronşiolitin etyolojisinde yer alabilmekte ve sıklıkla da immünglobulin E'nin eşlik ettiği tip 1 alerjik reaksiyonlar karşımıza çıkmaktadır (Yayla, 2017; Erol & ark., 2017).

## **5.2. Fizyopatoloji**

Bronşiolit hastalığında, viral etkenlerin sebebiyet verdiği sitotoksik hasar varlığı düşünülmektedir. Geçirilen yaş itibariyle daha immatür olan hava yollarının epitel hücrelerinde enfeksiyona bağlı olarak nekroz görülebilmektedir. Hastalığın seyrinde ilerlemeyle, mukusta hiperinflasyon ve atelektazi ile birlikte bronşiolilerin tıkanması görülmektedir. Bebek ve çocuklarda kronik

akciğer hastalığı, kongenital anomali, immünolojik yetersizlik ve önemli kalp hastalıklarının varlığı gibi durumlarda, hastalığın seyrinin daha ciddiye gidebileceği ve pek sık olmasa da mortalite görülebileceği bildirilmektedir (Smith, 2017).

### **5.3. Klinik Belirtiler**

Bronşiolit etkeniyle enfekte olmuş bir bireyle temastan yaklaşık bir hafta sonrasında, hastalığa dair ilk belirtiler hafif şekilde ve üst solunum yollarında ortaya çıkmaktadır. Alt solunum yolu enfeksiyonuna (ASYE) ait bulgular ise hastalığın ilerlemesiyle daha sonraları görülmektedir. Öksürük virüsün alt solunum yolunda tutulum yaptığına dair ilk belirtidir. Öksürüğü, nefes alıp verişin zorlaşmasından dolayı solunum çabasında artış, taşipne, nefes darlığı (dispne), hışıltı, gerginlik ve beslenmede zorluk takip etmektedir. Solunum sıkıntısına ait belirtiler ise; burun kanatlarında genişleme, iç çekme, yardımcı solunum kaslarını kullanımı veya subkostal retraksiyolar şeklinde gösterilmektedir (Drysdale, Green & Sande, 2016; Smith, 2017). Bebeklerin bir kısmında apne, iştah azalması, letarji görülebilenken, özellikle prematüre ve yenidoğan bebeklerde bu belirtilere daha sık rastlanılmaktadır. Bir aydan küçük bebeklerde hipotermi belirtisine rastlanılabılırken, hastalık nadir olarak da ateş bulgusu verebilmektedir. Apne, beslenme problemi olan prematürelere ve semptomların şiddetlendiği vakalarda siyanoz, inspiratuar raller ve ekspiratuar da gözlenebilmektedir (Drysdale, Green & Sande, 2016).

### **5.4. Tanı**

Bronşiolitin tanılanma sürecinde bir çok hastalıkta da olduğu gibi öykü ve fizik muayeneye ait bulguların alınması esastır.

Bebek/çocuğun öyküsünde; bilinç düzeyi, beslenme, hidrasyonun nasıl etkilendiği, bakım veren kişinin bebek bakımı sağlamadaki özellikleri ve bebek/çocuğun tekrar muayeneye getirebilme olanağı sorgulanmalıdır. Hasta bebek ise ayrıca prematürelilik durumu veya altta yatan başka bir kronik hastalığın varlığı sorgulanmalıdır. Fizik muayenede ise; bebek/çocuğu uzun süre gözlemleyerek durumun tespit edilmesi esastır (Carlo, 2021). Fizik muayenede tespit edilen ya da bildirilen genel durumunun iyi görünmemesi, ciddi solunum sıkıntısı olması, santral siyanoz, oda havasında hastanın inatçı düşük oksijen satürasyonu, dakika solunum sayısı yüksek, apne, emme güçlüğü ya da uygun sıvı alımının olmaması, klinik dehidratasyon olması durumunda bebek/çocuğun hastane ortamında bakım ve tedavisi sürdürülmektedir. Radyoloji ve laboratuvar testleri bronşiolit hastalığının tanılanmasında sık kullanılan yöntemler değillerdir. Radyolojik görüntüleme tetkikleri havayolu komplikasyonları, yoğun bakım gerektiren solunum güçlüğü, kardiyopulmoner alanda altta yatan bir hastalığı olan yüksek riskli bebek ve çocuklarda kullanılabilir (Drysdale, Green and Sande, 2016; Smith, 2017).

## **5.5. Tedavi**

Tedavinin temelinde, bebek ve çocuklara yönelik geliştirilmiş destekleyici bakım yöntemleri yer almaktadır. Bronşiolitte destekleyici bakımın içeriğinde, lüzum hali oksijen desteği, hidrasyon ve beslenmenin sürdürülmesini yer almaktadır. Bebek/çocukta genel olarak satürasyonun %90'ın üzerinde olması istenirken, altta yatan başka bir hastalığın bulunmaması durumunda kısa süreli oksijen düşüklükleri de önem arz etmemektedir. Oral sıvı alımı mümkün mertebe desteklenmeli, oral sıvı alımının

sağlanamaması ya da yetersizliği durumlarında, bebeklere izotonik sıvı desteği nazogastrik ya da intravenöz (IV) yollardan sağlanmalıdır. Bronşiolitli bebek/çocuklarda salbutamol gibi bronkodilatörlerin yan etkilere (taşıkardi ve tremor gibi) sebebiyet verebileceği için yarar-zarar kritiğinde, zararın ön plana çıkabileceği düşünülmekte ve tedavide kullanılması tavsiye edilmemektedir (Carlo, 2021). Nazal aspirasyon ve göğüs fizyoterapisini destekleyen kanıtlar yetersiz olduğu, sistemik ya da inhaler kortikosteroidlerin kullanımı önemli iyileşme sağlanamadığı için bronşiolit tedavisinde önerilmemektedir. Hastalığın etkeni sıklıkla viral olduğu için tedavide antibiyotik de farmakolojik etkinliği bulunmamaktadır (Drysdale, Green & Sande, 2016).

## **5.6. Hemşirelik girişimleri**

Bronşiolitte, semptomları daha hafif seyreden bebek/çocukların tedavileri evde devam ettirilirken, daha ciddi vakalarda ise tedavi hastanede sürdürülmektedir. Bu sebeple destekleyici bakıma ilişkin bilgi ve doğru yaklaşımların kazanımına yönelik aile merkezli bir bakıma başvurulmalı, ebeveynlere eğitim verilmeli, uygulamalar gözlenmeli ve takip edilmelidir (Friedman, Rieder & Walton, 2014). Bronşiolit geçiren bir bebekte destekleyici bakım yöntemleri hemşirelik girişimlerinin merkezinde yer almalıdır. Destekleyici bakım yöntemlerine ilişkin en önemli unsur, beslenmenin sürdürülmesi ve bebeğin anne sütü almasıdır. Bebek hastalık süresince her istediğinde, en geç iki saatlik periyotlarla emzirmelidir. Beslenme esnasında aspirasyon riskini düşürmek, rahat ve etkili emzirmeyi sağlamak için uygun pozisyon ve beslenme öncesinde burun temizliği yapılmalıdır. Burun temizliğinde uygun

sprey veya damlalar kullanılmalı, gerekliyse ve mümkünse yüzeyel bir aspirasyon yapılmalıdır (Friedman, Rieder & Walton, 2014).

Respiratuar sinsityal virüs damlacık yoluyla bulaş gerçekleştirdiği için ebeveynlere enfeksiyon riskini azaltmaya dair eğitimlerin verilmesi önemlidir. Bulaşı önlemek için, bronşiolitli bebek/çocuğa bakım veren kişilerin temas öncesi ve sonrası ile hasta bebek/çocuğa yakın yüzeylere temas sonrası ellerini yıkamasının bulaşı önlemedeki önemi eğitimle ebeveynlere vurgulanmalıdır. Özellikle bebekler için yaşamın ilk üç ayından önce geçirilen bronşiolitlerde, klinik tablonun kötüleşebileceği bunun için ebeveynlerin bulaşı önlemek adına önlemler almaları gerekmektedir. Önlemlerin başında bebeklerin bulaş için riskin yüksek olduğu bölgelerden uzak tutulması gerekmektedir. Bu ortamlar ise; aşırı kalabalık, iyi havalandırılmamış, sigara dumanı gibi zehirli gazların olduğu alanlar iken aynı zamanda gündüz bakım evleri gibi yerler de kalabalık alanlar olduğu için hastalık riskini artırmaktadır. Anne sütüyle beslenme birçok hastalıkta olduğu gibi bronşiolitte de enfeksiyonlardan korunmak için önemlidir. Bebeklerin beslenme durumlarına göre hastaneye yatış oranlarını değerlendiren bir çalışmada; ilk dört ay anne sütü ile beslenen bebeklerin mama ile beslenenlere kıyasla hastaneye yatış oranlarının %72 daha az olduğu bulunmuştur (Yayla, 2017). Anne sütü alan bebeklerde bronşiolit görülme sıklığını araştıran bir diğer çalışmada, anne sütü alan bebeklerde özellikle Kolostrum ve Immünglobulin A içeriğinin hastalıktan korunmada etkinliğinden bahsetmektedir (Hall & ark., 2013). Hemşirelerin bebeklerde anne sütü alımının önemini bu boyutuyla da değerlendirmeleri ve anneyi emzirmeye teşvik etmeleri gerekmektedir. Çocuklarda D vitamini alımının bronşiolit

hastalığında etkinliğini araştıran bir diğer çalışmada, D vitamininin hırıltılı solunum insidansında düşüş sağladığı, T hücre fonksiyonları ve interlökin-10 desteği sağladığı ve tedavideki etkinliği bildirilmektedir (Najada & ark., 2004).

## **6. Pnömoni**

Pnömoni enfeksiyöz olan ya da olmayan ajanlar tarafından oluşturulmuş akciğer dokusunun enflamasyonudur. Pnömonide enflamasyon sıklıkla bakteri, virüs, mantar ve parazit kaynaklı meydana gelmektedir. Fiziksel etken olarak travma, radyasyon ve zehirli gaz kaynaklı irritasyonlar gibi sebeplerden dolayı da akciğer parankimasında enflamasyon meydana gelebilmektedir (Matthew & Kelly, 2015).

### **6.1. İnsidans ve epidemiyoloji**

Alt solunum yolu enfeksiyonları ve beraberinde pnömoni her yaş döneminde görülse de özellikle ilk beş yıl sık rastlanılan enfeksiyonlardandır. Yaşamın ilk on yılında erkek çocuklarında alt solunum yolu enfeksiyonu daha sık rastlanmakla beraber Adölesan döneme gelindiğinde bu oranın her iki cinsiyette de eşitlendiği görülmektedir. Doğumdan itibaren yaşamın ilk bir yılı, alt solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığı yılda %30-35 seviyelerindeyken ve bu ASYE' nun %10'unu pnömonilerin oluşturduğu düşünölmektedir. Yaşamın ilk bir yılı hayati riski de yüksek olan pnömoni için uluslar arası düzeyde her yıl 152.000-490.000 bebeğin öldüğu belirtilmektedir. Özellikle prematüre olma durumunda bu riskin artış göstereceği de bildirilmektedir (Söngüt, 2023). Yaşamın ikinci ve üçüncü yılı pnömoni insidansı için pik seviyesine ulaşmakta on yaş üzerinde ise insidans düşüş göstererek

yılda %1' e gerilemektedir. Pediyatrik yaş grubu değerlendirmesinde, ayakta tedavi edilen çocukların %23' ü pnömoni tanısı almıştır. Alt solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla hastaneye yatışı yapılan çocuklarda pnömoni, bir yaş ve altı bebeklerde %33-50 oranındayken, tüm pediyatrik yaş grubunda bu oran %29-38 olarak verilmektedir (Matthew & Kelly, 2015).

## **6.2. Fizyopatoloji**

Pnömoni hastalığının fizyopatolojisinin başlaması için herhangi bir patojen veya etkenin akciğer alveol yapılarına ulaşması gerekmektedir. Pnömonide gelişen enflamasyonun sebebi sıklıkla viral olarak respiratuvar sinsityel virüs (RSV), bakteriyel olarak ise *S. Pneumoniae* varlığına sık rastlanmaktadır. Alveollere ulaşan patojenlerin adezyonu, kolonizasyonu, konak dokusuna invazyonu, doku hasarına ve fonksiyonel olarak bozulmaya sebebiyet vermesi ile gelişmektedir (Matthew & Kelly, 2015). Akciğerin savunmasında görevli, bakteri ve virüs gibi mikroorganizmaların yerleşim ve çoğalmasını engelleyecek çok sayıda gelişmiş savunma ağı mevcuttur. Bunlar, mukosilier transport, lizozim, nötrofil, sitokinler, laktoferrin, kompleman, fibronektin, immunglobinler, fosfolipitler, T lenfositler, makrofajlar gibi spesifik ve non-spesifik mekanizmalardır. Bakterinin yerleşimi için öncelikle mukosilier klirensin bozulması, silier hareketin azalması, mukusun niteliğinin değişimi gibi savunma alanlarında bozulma ve yetersizliklerin görülmesi gerekmektedir. Bütün bu mekanizmaları bozan herhangi bir sebep hastalığın ortaya çıkmasını desteklemektedir (Kocabaş & ark., 2009)

### **6.3. Klinik belirtiler**

Yaş grubu olarak daha küçük olan çocuklarda zaman zaman pnömoninin spesifik bulguları olmaksızın, ateş, beslenme güçlüğü, huzursuzluk, kusma, diyare, karın ağrısı ya da laterji gibi semptomlarla da ortaya çıkabilmektedir (Somer, Yalçın & Ağaçfıdan, 2006).

Pnömonide, başlangıç semptomları olarak sıklıkla;

- Öksürük
- Ateş
- Solunum seslerinde azalma
- Taşipne
- Göğüs duvarında çekilmeler
- Raller ve ronkuslar eşlik etmektedir

Pnömoniye bağlı gelişebilecek semptomların daha ciddileştiği vakalarda ise,

- Burun kanadı solunumu
- Siyanoz diğer bulgulara eşlik etmektedir (Somer, Yalçın & Ağaçfıdan, 2006; Kocabaş & ark., 2009).

### **6.4. Tanı**

Anamnez ve fizik muayene bulgularıyla örtüşecek şekilde klinik belirtilerde bahsedilen bulgulardan bazılarının ya da hepsinin görülmesi durumu tanının konulmasında önemlidir. Özellikle burun kanadı solunumu ve siyanoz gibi belirtilerin olması durumu tanıyı güçlendirmektedir. Alt solunum yolları hastalıklarına eşlik eden

taşıpne aynı zamanda üst solunum yolu enfeksiyonlarını ekarte etmek için de bir araçtır. Anamnez ve fizik muayene hastalığın tanılanmasında sıklıkla yeterli olmakla birlikte gerekli görüldüğü durumlarda labaratuvar incelemeleri, radyolojik görüntüleme tekniklerine başvurulabilir (Kocabaş & ark., 2009). Uzamış ya da sık tekrarlayan pnömoni olgusu, hastaneye yatış endikasyonunun varlığı, üç yaşından küçük olma durumu, nedeni tespit edilemeyen yüksek ateş, beyaz küre sayısının  $>15\ 000/\text{mm}^3$  ün üzerinde olması ve komplikasyon düşünüldüğü durumlarda radyolojik görüntüleme yöntemlerine başvurulmaktadır. Labaratuvar bulgularında lökosit sayısı, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) düzeyi bakılabilmektedir. Bütün bu değerlendirmeler hastalığın etyolojisiyle ilgili (bakteriyal, viral) kesinlik barındırmaz fakat lökosit sayısı ( $>15\ 000/\text{mm}^3$ ), ESH ve CRP düzeylerinin yüksekliğiyle birlikte, sola kaymanın (%10 bant formu) varlığı bakteriyel pnömoni tanısını destekler niteliktedir (Drummond & ark., 2000).

## **6.5. Tedavi**

Pnömoninin tedavisinde öncelikli olan girişimler, vücut için gerekli olan oksijenin sağlanması, yaşamsal fonksiyonların sürdürülebilirliğinin desteklenmesi, etyolojinin bilindiği durumlarda uygun farmakolojik ajanın seçimi ve hastanın klinik iyileşmesinin sağlanması şeklindedir (Söngüt, 2023). Pnömonide farmakolojik ajanlarla etkili bir tedavi sağlanabilmesi için etyolojinin bilinmesi önemlidir. Antipiretik ve analjezik ilaçlar, etyolojiye bakılmaksızın her iki etyolojide de kullanılmaktadır. Bakteri kaynaklı pnömonilerde ise antibiyotik olarak sıklıkla penisilin ve amoksisilin, penisiline allerjisi olan çocuklarda ise makrolid ya da

sefalosporin ilaçların kullanımını görülmektedir. Etyolojiyi saptamaya yönelik tanı araçlarının bulunmadığı kliniklerde sıklıkla ampirik antibiyotik tedavisine başvurulmakta ve yaş gruplarına göre kullanılan antibiyotiklerin çeşidi ve dozu düzenlenilmektedir (Kocabaş & ark., 2009).

## 6.6. Hemşirelik girişimleri

Pnömonili çocuğa uygulanacak hemşirelik girişimleri başlıca;

- Tıbbi bir engel olmadıkça beslenmenin sürdürülmesi,
- İki saatte pozisyon değişimi,
- Hidrasyonun sürdürülmesi,
- Perküsyon ve postüral drenaj uygulaması,
- Ağrının giderilmesi,
- Olası komplikasyonların takinin yapılması,
- Derin solunum egzersizlerini içermektedir (Çavuşoğlu, 2013; Söngüt, 2023).

Sekresyonun atılımı için uygun pozisyonların sağlanması gerekmektedir ve çocuğun hangi akciğer lobunda sekresyon yoğunsa o bölge drenajı kolaylaştıracak şekilde yerçekiminden de faydalanılarak desteklenir. Hidrasyonun sürdürülmesi ve sekresyon atılımının kolaylaştırılması için bol sıvı tüketimi teşvik edilir. Bebeklerde solunum sıkıntısı oluşmadığı sürece emzirme desteklenir. Oral alımın yetersiz olduğu/olmadığı durumlarda ise İV sıvı düzenlemesi gerekmektedir. Ağrının kontrolü nefes alma derinliğini arttırmak ve yaşam kalitesi için önemlidir. Çocuklarda ağrı kontrolü için istemde bulunan farmakolojik ajanlar düzenli

olarak kullanılır ve atravmatik bakım tekniklerine başvurulur. Büyük çocuklarda solunum ve öksürük egzersizleri uygulanır ve aileye de uygulattırılır (Soydan, Çam Yanık & Çelebioğlu, 2020; Söngüt, 2023). Göğüs fizyoterapisi ve postüral drenaj sekresyonun atılımında önemlidir. Postüral drenaj için uygun zaman seçiminde bulunulmalı (yemek öncesi, yemekten hemen sonra olmamalı), ortamın hava nemlendirilmesi sağlanmalı, mukozayı yumuşatmak için girişimlerde bulunulmalı, oksijen desteği gerekliyse ayarlanmalı, uygun pozisyon (tabloda belirtildiği şekilde) her lob için özel olarak ayarlanmalı,

- İşlem 20- 30 dk & her pozisyon için 3-10 dk
- Her bir loba perküsyon uygulandıktan sonra vibrasyon
- İşlem sonrası, derin nefes ve öksürme egzersizleri
- İşlem günde 3-4 kez (sekresyonun yoğunluğuna göre) tekrarlanacak şekilde ayarlanmalıdır (Conk & ark., 2018).

## **7. Astım**

Astım, solunum sisteminin sıklıkla alt bölümlerinde, genellikle alerjen duyarlılığı olan uyananların etkisiyle ortaya çıkan, havayollarında inflamasyon ve akımın kısıtlanmasıyla karakterize bir hastalıktır. Astım çocukluk döneminde en sık görülen kronik rahatsızlıklardan biri olarak kabul görülürken, tekrarlı öksürük nöbetleri, ventilasyonda hışıltı ve nefes darlığı, göğüste yanma ve sıkışma hissi gibi ataklarla da kendini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda çocukluk dönemi astım görülmesinde iki tip risk faktörü belirtilmektedir ve bu riskler; çocuğu astıma yatkın kılan

kişisel etmenler ve genetik olarak astıma yatkın olanlarda hastalığın gelişimine yol açan çevresel tetikleyiciler şeklindedir (Özdemir, 2018).

### **7.1. İnsidans ve epidemiyoloji**

Dünya geneli astım prevalansında son yıllarda artış bildirilirken, bu artışın sıklıkla gelişmekte olan ülkelerde görüldüğü belirtilmektedir. rastlanmakta fakat bu artış gelişmekte olan ülkelerde daha fazla gözlemlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde artış %1 seviyesindeyken, gelişmekte olan ülkelerde bu oranın %18' e yükseldiği bildirilmektedir (Astımda Küresel Girişimler-AKG, 2022). Ülkemizde çocuklarda astım düzeyini araştıran çalışmalarda ise prevalans değeri %6,4 -17,8 arasında bildirilmektedir (Bozkurt, Yıldız & Çokuğraş, 2012). Astım hastalığı genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin belirleyiciliğinin yüksek düzeyde olduğu bir hastalıktır. Ailede herhangi birinde tanılanmış astım varlığı, çocukta astım görülme durumunu %20-30 oranında arttırırken, anne ve babanın her ikisinde de tanılanmış astım olması durumlarında ise bu artışın %60-70 seviyelerine yükseleceği bildirilmektedir (Morishita & ark., 2016). Genotip olarak bakıldığında astımla uyumlu bulguları olan çocuklarda, fenotipin incelenmesinde ve astımın ortaya çıkışında çevresel faktörlerin yeri de oldukça önemlidir. Cinsiyet çocuklarda görülen astım insidansında bir diğer belirleyici olarak verilmekte ve 14 yaş öncesi dönemde erkek çocuklarında kız çocuklarına nazaran %50 daha fazla görülmektedir. Obezite de birçok hastalıkta olduğu gibi astım hastalığında da tetikleyici bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir ve obez olarak değerlendirilen çocuklarda astım hastalığına yakalanma riski diğer çocuklara kıyasla daha fazla olarak belirtilmektedir (Mungan & ark., 2003).

## **7.2. Fizyopatoloji**

Astım hastalığı oldukça karakteristik fizyopatolojik değişikliklerle görülen kronik bir rahatsızlıktır. Astımın gelişim sürecinde çok sayıda kimyasal mediatör ve inflamasyondan sorumlu hücrelerin rol oynadığı düşünülmekte ve bu sürecin sonucunda da inflamasyonun görüldüğü bir rahatsızlık olarak değerlendirilmektedir (Cohn, Elias & Chupp, 2004). Astım hastalarında, hava yollarında tutulumun üç mekanizması vardır ve bunlar aynı anda ya da ayrı olarak da görülebilmektedir. İlk mekanizmanın başlangıcında gen yapısıyla ilişkili olarak değerlendirilen IgE aracılı olan veya olmayan mekanizmalarla birlikte kimyasal mediyatörlerin salınımı sonucunda ortaya çıkan inflamatuvar reaksiyonlar görülmektedir. İkinci mekanizmada ise akut inflamatuvar bileşenler sıklıkla ön plana çıkmakta ve alt hava yollarını özellikle de bronş duvarındaki düz kasların hücre reseptörlerini ve epitel hücrelerini etkilemektedir. İkinci mekanizma sonrasında uyarılara verilen tepki daha da artış göstermektedir. Üçüncü mekanizmada ise dokuda yeniden yapılanma süreçleri ve ileri derecelerdeki doku hasarının düzeltilmesi gerçekleşmektedir. Bu mekanizmalardaki işlerlik de akciğer hücrelerinde zamanla hiperplazi gelişmesi ve bronşiyollerinin sertleşmesine sebep olabilmektedir. Bu yapısal etkilenmeyle birlikte ilerleyen zamanlarda akciğer enflamasyonu artış gösterirken ve akciğer fonksiyonlarında da azalma gözlenebilmektedir (Türk Toraks Derneği-TTD, 2009).

## **7.3. Klinik belirtiler**

Hastalığın semptomları nöbetler şeklinde ve çoklu olarak ortaya çıkmakla birlikte aynı zamanda kişiden kişiye de değişiklik

gösterebilmektedir. Nöbetlerin tetikleyicilerine bakıldığında; alerjenler, enfeksiyonlar, havayolu iritanları, egzersiz ve stres benzeri sebeplere rastlanmaktadır. Semptomlar genellikle günün belli saatlerinde tekrarlamakta bu saatler ise kişiden kişiye farklılaşmakla birlikte genellikle uyku sırasında yoğunlaşma gösterebilmektedir (Sipahi & Tamay, 2018). Klinik belirtiler incelendiğinde sıklıkla; ani başlangıçlı, boğulur tarzda, şiddetli öksürük, hışıltı, göğüste sıkışma hissi, nefes darlığı karşımıza çıkmaktadır. Astıma, başka herhangi bir üst solunum yolu enfeksiyonunun eşlik ettiği durumlarda, bahsi geçen semptomlarda artış görülebilirken, diğer hastalığın iyileşme sürecinde de uzama, yaşanan atakların çocuktaki ciddiyetine göre siyanoz, uyku hali, konuşmada zorlanma, taşikardi, yardımcı solunum kaslarının kullanımı ve interkostal retraksiyonlar görülebilmektedir. Astım hastalığında, iritan madde maruziyeti, tozlu ortam, ortamda hayvan ya da kokulu ve havasız ortam varlığı gibi durumlarda da kriz sıklık ve şiddetinin artış gösterebileceği bildirilmektedir (Özdemir, 2018).

#### **7.4. Tanı**

Astım hastalığının tanılanmasında da solunum yollarını etkileyen diğer hastalıklarda da olduğu gibi detaylı bir anamnez ve fizik muayene önceliklidir. Astımla uyumlu semptomlar göz ardı edilmemelidir çünkü hastalığın ileriki seyirlerinde var olan bulgular gerileyebilmekte ve hastalığın tanılanmasını güçleştirebilmektedir (Özdemir, 2018). Bu nedenle, astımın çocuklarda ortaya çıkışı ve semptomların zamanının değerlendirmesi önemlidir. Astım semptomlarının şiddeti kişiler arasında değişkenlik gösterebilmektedir fakat tipik olarak viral solunum yolu enfeksiyonuyla karşılaşma halinde, zorlayıcı egzersizlerde ve

irritanlarla (parfüm, temizlik malzemelerinin kokusu vb) temas halinde tepkisel kriz artışı görülebilmektedir. Astım semptomlarında tipik olarak gece saatlerinde atışlar görülmekte ve öyküde böyle bir veri olmaması durumunda ise tanının yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir (Cockcroft, 2003). Astımın tanılandırılma sürecinde, solunum fonksiyon testlerinden de yararlanılmaktadır. Fakat bazen astım hastalığının görülmesi durumunda bile ilgili test sonuçları normal çıkabilmektedir. Astım ve alerjik hastalıklar güçlü bir ilişkiye sahip olduğu için, astımlı çocuklarda ayrıntılı alerjik değerlendirme yapılmasının astımın tanılama sürecinde fayda sağlayacağı bildirilmektedir (TTD, 2009).

## **7.5. Tedavi**

Astım hastalığının tedavisinde öncelikli olan atakların tetikleyicilerinin tespit edilerek onlardan kaçınma yöntemlerinin geliştirilmesi, anne sütü alan bebeklerde emzirmeye devamlılığın sağlanması ve gerekli görüldüğü durumlarda farmakolojik müdahaleler yer almaktadır. Astım tedavisinde destek tedavisi oldukça önemli olmakla birlikte zaman zaman farmakolojik tedavinin de önüne geçmektedir. Bu yüzden astım hastalığının tedavisinde öncelikli olan atakları tetikleyen sebeplerin tespit edilmesidir, sıklıkla alerjen teması veya sigara dumanı gibi sebepler tetikleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın ataklarını tetikleyen sebeplerden mümkünse uzaklaşmayı sağlayacak ya da teması azaltacak önlemler kullanılacak farmakolojik tedavinin de sıklık ve dozunda düşüşleri sağlayabilecektir. Bebek ve çocuklarda ebeveyn/ bakım veren kişilerin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin tespit edilmesi ve onlara verilecek ilgili eğitimler yine tedavide başarı şansını arttıran, hastalığın morbiditesinin azaltan

tedavide yer alması gereken uygulamalardandır (Sipahi ve Tamay, 2018). İki yaş altı astım tanısı almış bebeklerde emzirilmenin teşvik edilmesi, annenin sütünün yeterliliğinin değerlendirilmesi, emzirmenin gözlemlenip doğru olan yöntemlerin desteklenmesi, yanlış olanların ise uygulamalı eğitimlerle düzeltilmesi önem arz etmektedir. Astımın son dönem çalışmalarında D vitamini seviyesi ve astım arasında ters yönlü bir ilişki tespit edilmiş ve D vitamini seviyeleri yüksek olan çocuklarda daha az astım, hastaneye yatışın da daha düşük olduğu bulunmuştur (Erol & ark., 2017). Astım hastalığının tedavisinde sıklıkla inhaler uygulama yoluyla bronkodilatör gruba dahil olan farmakolojik tedavi kullanılır. Atakların sıklaştığı ve kontrol altına alınamadığı durumlarda ise kortizon tedavisi uygulanabilmekte fakat yan etkilerinin ciddiyeti bu ilaçların kullanım sıklığını düşürmektedir (Türkiye Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği, 2020).

## **7.6. Hemşirelik girişimleri**

Astım hastası olan çocuklarda hemşirelik girişimleri;

- Hava yolu açıklığının sağlanması,
- Sıvı gereksiniminin karşılanması,
- İstirahatin sağlanması,
- Ailenin de bakıma katılarak çocuğun evde bakımının sürdürülmesini içermektedir (Conk & ark., 2018).

Hava yolu açıklığının sürdürülmesi için, bebek/çocuğa rahat nefes alışverişinin sağlanabilmesi için gerekli, uygun pozisyonların verilmesi gerekmektedir. Küçük bebek ve çocuklarda baş omuzla birlikte ince bir yastıkla desteklenmesi gerekirken büyük çocuklarda

semi fowler ya da fowler pozisyonları verilebilir. Hava yollarının temizliği sağlandıktan sonra nemlendirilmiş oksijen tedavisi verilmelidir. Mukoza kuruluğunun önlenmesi ve nefes alıp verililişinin daha rahat sürdürülmesi adına nemlendirme önemlidir. Hidrasyonun sürdürülmesi için bebeklerde solunumun el verdiği ölçüde emzirme sürdürülmeli, emzirme için, solunumun sürdürülmesini destekleyecek uygun teknik, pozisyonlar anneye anlatılmalı ve uygulanmalıdır. Çocuklarda sevdiği yiyeceklere öncelik verilmeli ve beslenme sık sık gerçekleştirilmelidir. Bol sıvı tüketiminin önemi vurgulanmalıdır. Bebek hastalık süresince her istediğinde, en geç iki saatlik periyotlarla emzirilmelidir (Özdemir, 2018). Beslenme esnasında aspirasyon riskini düşürmek, rahat emmeyi sağlamak için uygun pozisyon ve beslenme öncesinde burun temizliği sağlanmalıdır. Burun temizliğinde uygun spre y veya damlalar kullanılmalı, gerekliyse ve mümkünse yüzeysel bir aspirasyon yapılmalıdır. Astım hastalığında atakların tetikleyicilerinin belirlenmesi atakların önlenmesinde oldukça önemlidir. Aile bebek/çocuğun gözlemlenmesi ve iritanların belirlenmesi konusunda eğitimle desteklenmeli ve aile merkezli bakım çerçevesinde aileyle iletişim halinde olunmalıdır (Törüner & Büyükgöneç, 2017). Tetikleyicilerden uzaklaşılması atak sayısını düşüreceği için girişimler buna yönelik düzenlenmelidir. Astım kronik bir hastalıktır ve bakımda süreklilik önemlidir bu sebeple hem bakım noktasında hem de farmakolojik tedavinin sürdürülmesinde ailenin farkındalığı arttırılmalıdır. Farmakolojik tedavide dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda aileye eğitim verilmelidir. Ebeveynler her sürece dahil edilerek, aile merkezli bir

bakım benimsenmeli, ebeveynlerin varsa eksikleri telafi edilmeli ve yanlışları düzeltilmelidir (Friedman, Rieder & Walton, 2014).

İnhaler yoldan alınan ilaçların absorpsiyon hızlarının yüksek olması bu ilaçların da kullanımında dikkati gerektirmektedir. Çocuk yaş grubunda görülebilecek yan etkiler artmaktadır ve bu sebeplerle hastane sürecinde yaşam bulgularının sık takibinin yapılması, yan etkilerin gözlemlenip not edilmesi önem arz etmektedir. Evde bakımda ise bu görev bakım veren kişiye ait olacaktır, eğitime bu konuların da dahil edilmesi önemlidir. Eğitim uygulamalı olarak planlanmalı, farmakolojik ajan kullanımı ilk olarak hemşire tarafından gerçekleştirilmeli daha sonra bakım veren kişiye uygulatılmalıdır. İşlem esnasında sürekli olarak her aşama kontrol edilmeli ve varsa eksiklikler telafi edilmelidir. Bu süreçte eğer ki çocuk okul döneminde ise okulla işbirliği içerisinde gerekli eğitim ve planlamaların da yürütülmesi gerekmektedir (Güler & Akcan, 2020).

## **8. Sinüzit**

Sinüzit bebeklerde sık görülen enfeksiyonlardan değildir çünkü beş yaş altında paranasal sinüslerde (maksiller, etmoid, frontal ve sfenoid) aktif havalanma olmamaktadır. Aktif havalanma ve yapının tam gelişimi adölesan döneme denk gelmektedir. Maksiller, etmoid, frontal ve sfenoid sinüslerden bir veya daha fazlasının müköz membranlarının enflamasyonu sinüzit olarak adlandırılmaktadır. Sinüzit enfeksiyon süresine göre beş gruba ayrılmaktadır. Akut bakteriyel sinüzit (ABS); semptom ve bulguların 10 günden fazla 30 günden (veya 4 haftadan) az devam ettiği genellikle bakteri kaynaklı görülen enfeksiyondur (Brook, 2009). Rekürren akut sinüzit; bir yıl içerisinde dört ya da daha fazla sayıda akut sinüzit gelişmesi durumudur. Subakut sinüzit;

semptomların 30 günden 90 güne kadar sürdüğü durumdur. Kronik sinüzit; semptom ve bulguların 90 günden (veya 12 haftadan) fazla sürmesi durumudur. Kronik sinüzitin akut alevlenmesi durumu da ayrı bir başlık olarak değerlendirilmektedir. Kronik sinüzitte görülen semptomlara ek olarak yeni ve farklı semptomların da eşlik ettiği, tedaviden sonra genellikle son gelişen semptomların düzelerek klinik tablonun eski haline döndüğü durum olarak tanımlanmaktadır. Enfeksiyon süresine göre yapılan bu sınıflandırmaya ek olarak nozokomiyal sinüzit, immün yetmezlik bulunan hastalardaki sinüzit ve diş kaynaklı sinüzit olmak üzere patojenin kazanıldığı ortam ve altta yatan etyolojiye göre de sınıflamalar yapılmaktadır (Novembre & ark., 2007). Bu çalışmada çocuk ve bebeklerde sinüzit hastalığının görülme sıklığı düşük olduğu ve hastalığın tipleri arasında tanı, tedavi süreçlerinde benzerlikler bulunduğu için hastalığın tipleri ayrıştırılmadan değerlendirilmelerde bulunulacaktır.

### **8.1. İnsidans ve epidemiyoloji**

Çocuklarda sinüzit insidansı verileri çok net olmamakla birlikte, çalışmalarda üç yaş altı çocuklarda %6-13'ünün rinosinüzit geçirdiği düşünülmektedir. Bir yaş altı bebeklerde bakteriyel sinüzit gelişimi oldukça nadir görülen bir durumdur. Akut bakteriyel sinüzit sıklıkla altı yaş civarı çocuklarda görülmektedir (Amerikan Pediatri Akademisi-APA, 2001).

### **8.2. Klinik belirtiler**

Klinik belirtilerde sıklıkla burun akıntısı görülmektedir. Akıntı zaman zaman pürülan olarak görülebilmektedir. Burun tıkanıklığı, ateş, öksürük, yüzde ağrı (özellikle etkilenen tarafta yoğun olarak), ödem, ödeme bağlı burun tıkanıklığı, nefeste kötü koku

görülebilmektedir. Hastalığın ilerlemesiyle viral enfeksiyon bulgularına rastlanabilmekte ve bu durum da çoğunlukla 5-7 gün içerisinde gerilemektedir (Novembre & ark., 2007).

### **8.3. Tanı**

Sinüzit hastalığının tanınmasında anamnez ve fizik muayene ile uyumlu semptomların varlığı genellikle yeterli olmaktadır. Hastalığın tanınmasında otoskopik görüntüleme cihazları sık kullanılmakta ve bu gözlemsel tetkik tanılandırma destekleyici olmaktadır. Hastalığın tanımlanmasında gerekli görüldüğü durumlarda sık olmasa da radyolojik görüntüleme yöntemlerine başvurulabilmektedir. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans kullanılan radyolojik yöntemlerdendir (Brook, 2009).

### **8.4. Tedavi**

Sinüzit hastalığının tedavisinde etyolojiye yönelik, semptomatik ve destekleyici tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır. Sinüzit hastalığının tedavisinde genellikle mukoza ödeminin azaltılarak hava yolu açıklığının sürdürülmesi ve varsa ateşin düşürülmesine odaklanıldığı görülmektedir. Bu amaçla dekonjestan, antihistaminik ve mukolitik farmakolojik ajanların kullanımına rastlanılmaktadır. Bu ilaç kullanımlarıyla ilgili olarak semptomların, görülen olguların 2/3' ünde kendiliğinden gerilediği ve farmakolojik tedavinin daha çok plesebo etkisinde olduğu belirtilmektedir. Ayrıca antihistaminikler mukoza kuruluşuna sebep olabilirken sinüs drenajını da bozabilmektedirler (Ünüvar, 2006). Antibiyotik tedavisi sık olmamakla birlikte sinüzitte uygulanmakta fakat genellikle kültür sonucuna dayandırılmadan ampirik bir şekilde tedavi

uygulandığı görülmektedir. Hastalığın tedavisinde antibiyotik olarak amoksisilin tercih edilmektedir. Antibiyotik tedavisinin süresiyle ilgili kanıta dayalı bir tedavi seçeneği bulunmamasına rağmen, genellikle pratikte 10-14 günlük bir tedavi ya da ateş kontrol altına alındıktan sonra bir hafta 10 günlük bir tedavi uygulanmaktadır (Novembre & ark., 2007). Hastalığa ait semptomların giderilmesinde kullanılan farmakolojik tedavinin plesebo etkisi olabileceğine dair sunulan bilgilerle birlikte, hastalığın tedavisinde destekleyici tedavi yöntemlerinin kullanımının daha güvenli olacağı kanısına varılabilir. Drenajı kolaylaştırmak, nemlilik ve hava yolu açıklığını sağlamak adına kullanılacak serum fizyolojik damlaları başta olmak üzere, odanın nemlendirilmesi, beslenme ve vitamin destekleri vs. yöntemlerle destekleyici tedavi başarı sağlayabilmektedir. Destekleyici tedavi yöntemlerinin kullanımıyla birlikte hastalığa bağlı semptomların sıklıkla 5-7 günlük süreçte gerileme gösterebileceği de çalışmalarda belirtilmektedir (Hay & ark., 2020).

### **8.5. Hemşirelik girişimleri**

Sinüzitte uygulanan hemşirelik girişimleri nazofarenjit ve farenjitte uygulanması gereken hemşirelik girişimleriyle benzerlik göstermektedir. Bu yüzden nazofarenjit, farenjit ve sinüzit hastalıklarında uygulanan hemşirelik girişimleri ortak verilmiştir (Bkz. sayfa, 6).

## **9. Kistik Fibroz**

Genetik kökenli, kompleks, otozomal resesif geçiş gösteren hastalık, Kistik Fibrozis Transmembran Regülatör (KFTR) adlı klor kanalındaki 7. kromozomun mutasyonu sonucunda ortaya

çıkılmaktadır. Kistik fibrozis çoklu sistem tutulumu yapmaktadır. Hastalığa ait semptomlar sıklıkla solunum sisteminde başlarken, sindirim sistemi de sıklıkla etkilenmektedir. Ayrıca pankreas, ter bezleri ve genital sistem gibi alanlarda müköz bezlerde tutulum yaptığı için salgı görevindeki epitelyum hücrelerinde bozulmalar görülmektedir. Bu hücrelerdeki klor ve sodyum transportu bozulurken, sodyum ve beraberinde görülen su Emiliminde görülen artışla birlikte salgılar daha koyu ve yapışkan hale gelmektedir. Yapısı değişen salgılar duktuslarda tıkanmalara sebep olurken, bu durum hayati seviyelerde akciğer enfeksiyonları ve pankreas yetmezliğiyle ilgili hastalıklar başta olmak üzere diğer sistemlerde de tutulum gerçekleştirmektedir. Hastalığın kompleks yapılanmasından dolayı kliniğe mineral kaybı (özellikle sodyum), pankreatit ve insüline bağlı diyabet, kolelitiazis, nazal polip ve rektal prolapsus rahatsızlıklarına ait semptomlarla başvuran hastalarda kistik fibrozise ilişkin taramaların da yapılması önerilmektedir (Gadsby, Vergani & Csanády, 2006; Gündoğdu, 2020; Fakıoğlu & Altun, 2020; Kistik Fibrozis Derneği-KFD, 2020).

### **9.1. İnsidans ve epidemiyoloji**

Genetik geçişe sahip olan kistik fibroziste, taşıyıcılık veya hastalığın bulunması durumuna ilişkin insidanslar, etnik gruplara ait popülasyonlar içerisinde farklılık gösterebilmektedir. Beyaz ve siyah ırk arasında bu farklılık belirginken oranlar sırasıyla 1/29; 1/60 şeklinde görülmektedir. Hastalığın taşıyıcılık oranı 1/25 iken, görülme sıklığı ise 2000-3500 canlı doğumda bir olacak şekildedir (Gadsby, Vergani & Csanády, 2006). Ülkemizde kistik fibrozisin insidansına ilişkin rakamlar 1/3000-3500 şeklinde verilmekte ve

akraba evliliklerinin bulunması dolayısıyla bu oranların daha yüksek olabileceği de düşünülmektedir (TTD, 2011; Çakır & Arslan, 2021).

## **9.2. Fizyopatoloji**

Kistik fibrozis hastalığında sıklıkla salgı bezlerinin egzokrin alnlarında etkilenmeye bağlı, kalıcı yapısal ve fonksiyonel bozuklukların olduğu belirtilmektedir. Klor ve sodyum metabolizmasında düzenleyici fonksiyona sahip 7. kromozomun mutasyonu ile birlikte, hastalığın önemli karakteristik özelliği olan salgı kanallarında bozulmalar meydana gelmektedir. Mukoid salgı, özellikle solunum yollarında sodyum, klorün kontrol dışı salınımı ve beraberinde hidrostatik basınçtaki bozulmalar ile birlikte koyulaşmaktadır. Bu koyulaşma, kronik akciğer enfeksiyonları, salgısal alanlarda bozulmalar ve diğer hastalıkların oluşumunu da tetiklemektedir (Le Drévo & ark., 2008; TTD, 2011; Çakır & Arslan, 2021).

## **9.3. Klinik belirtiler**

Hastalık çoklu sistem tutulumu sergilediği için, belirtiler de oldukça geniş çapta değerlendirilmektedir. Bu belirtiler aynı zamanda yaş grubuna göre de farklılık gösterebilmektedir. Yenidoğan dönemi, hastalığa bağlı konvülsiyonların (subtle, klonik, tonik ve myoklonik) görülebildiği ve bu konvülsiyonlardan sıklıkla subtle türün tespit edildiği özel bir dönemdir. Subtle konvülsiyona ait, göz kapaklarında titremeyle birlikte bakışlarda sabitleme, çiğneme benzeri hareketler ve kardiyovasküler alana ait ritim artışı veya tansiyon düşüklüğü gibi belirtiler görülebilmektedir. Solunum sistemine ait tutulumlarda; öksürük, solunum ritminde artış, interkostal çekilmeler, vizing, atelettazi gibi belirtiler

görülmektedir. Sindirim sistemine ilişkin tutulumlarda; kilo alamama, mekonyum ileusu veya tıkanması gibi belirtiler görülebilmektedir. Aynı zamanda uzayan sarılık öyküsü veya yenidoğanın hemorajik hastalığı da görülebilecek diğer belirtiler arasında yer almaktadır. Süt çocuğu ve çocukluk dönemlerinde, yenidoğan dönemi görülebilecek belirtilere ek olarak; tekrarlı sinüzit, bronşiolit gibi enfeksiyonların öyküsü, bronşektazi, nazal polip, büyüme geriliği, bağırsak boşaltım bozuklukları (genellikle ishal), bağırsak distansiyonu, rektal prolapsus, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, anemi, pankreas ve safra kesesi enflamasyonları, gaitanın yağlı ve pis kokulu olması gibi durumlar görülebilmektedir. Adölesan dönemde ise; diğer dönemlere ek olarak, pankreas gibi organlarda yetmezlik, pubertenin gecikmesi, azosperm durumu ve diyabetes mellitus gibi rahatsızlıklar görülebilmektedir (TTD, 2011; Gündoğdu, 2020; KFD, 2020).

#### **9.4. Tanı**

Kistik fibrozis hastalığında erken tanılama hayati önem taşımaktadır. Ailede kistik fibrozis öyküsünün olduğu olgular, riskli gebelik olarak kabul edilmekte ve bu gebelere 10. haftada koryonik villus ve 15-18. haftalarda ise amniosentez sıvı kültürü örneklerine yönelik gerçekleştirilen DNA mutasyon incelemeleriyle tanı koyulabilmektedir. Ülkemizde kistik fibrozisin erken tanılanabilmesi amacıyla, 2015 yılından itibaren yenidoğan tarama testlerine dahil edilmiştir. Bu program kapsamında doğum sonu alınan topuk kanı örneklerinde hastalığın tarama işlemi sürdürülmektedir. Yenidoğanlarda topuk kanından alınan örneklerde hastalığa ilişkin immunreaktif tripsinojen (IRT) değerlerinin olası yüksekliği incelenmektedir. Değerleri yüksek

görülen hastalarda, IRT testinin tekrar edilmesi önerilmekte, mümkünse ter testi veya mutasyon analizi de tanılamada kullanılabilir. Ter testinde en iyi sonuca ulaşılabilmesi içinse bebeklerin doğum sonu ikinci haftalarını tamamlamış ve üç kilonun üzerinde olması kriterleri önemsenmektedir (De Boeck & ark., 2006; TTD, 2011).

## **9.5. Tedavi**

Tedavi, semptomlar ve tutulum gösteren organa göre değişmekle birlikte, sıklıkla akciğer tutulumu olduğu için daha çok solunum sistemine yönelik olarak düzenlenmektedir. Tedavide genellikle öncelik solunum fonksiyonlarının sürdürülmesi, enfeksiyonların kontrolü, optimal beslenmenin sağlanması ve intestinal obstrüksiyonun önlenmesidir. Akciğerlerde mukusu azaltmak ve atılımını kolaylaştırmak için sıklıkla göğüs fizyoterapisi uygulanmaktadır. Enfeksiyon tespit edilmesi durumunda ise uzun süreli antibiyotik tedavisine başvurulmaktadır. Hastalığın antibiyotikle yapılan tedavisinde “Kopenhag protokolu” olarak da bilinen yaklaşım uygulanırken, kolitsin inhaler, siprofloksasin ise oral olarak kullanılmaktadır. Doz süresi ve aralığında düzenli olarak artışa gidilen bu farmakolojik tedavide protokolünde, iki ila üç hafta betalaktam ve aminoglikozid, iki ila üç aylık dönemde ise kolistin veya tobramisin ile siprofloksasin tedavisi uygulanabilmektedir (Hoiby, Frederiksen & Pressler, 2005). Mukus vizkozitesini azaltmak için mukolitikler, solunumu rahatlatmak için bronkodilatör ajanlar kullanılabilir. Zaman zaman kortikosteroid gibi antiinflamatuvar ajanlar kullanılabilir. Çocukta beslenmeyi düzenlemek adına pankreatik enzimler ve vitamin takviyeleri kullanılabilir (Fakıoğlu & Altun, 2020; KFD, 2020).

## 9.6. Hemşirelik girişimleri

Kistik fibrozis hastası çocuklar, erişkinlik çağına kadar yaşayabilirler fakat kronik bir dizi problem ve uygun tedavi yöntemleri yaşam kalitesini düşürebilecek durumlardandır. Hastalığın komplikasyonları, tedavi ve bakım yöntemlerinin pahalı ve zor olması durumu, çocuk ve ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek diğer faktörlerdendir (Hockenberry & Wilson, 2009). Hastalığa bağlı görülebilecek multisistemik semptomların varlığı, tedavide de multidisipliner yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Pediatri hemşireleri çocuklarla geçirilen süre ve gerekli bakım uygulamaları düşünüldüğünde bu ekibin lideri konumundadır. Bu sebeple hastalığın yönetimi sürecinde koordinasyon becerilerini en üst seviyede kullanmalıdırlar. Kronik bir rahatsızlık olan kistik fibroziste öncelikli olan yaklaşım, gerekli bakım uygulamalarının sürdürülebilirliğidir. Bakımlardaki temel amaç ise, hastalıkla uyumu kolaylaştıracak yöntemlerin kullanılarak yaşam kalitesinin artırılması olmalıdır. Bakım girişimleri planlanırken çocukta etkilenen sistem göz önünde bulundurulmalı ve ihtiyaca yönelik planlanma yapılmalıdır (Gündoğdu, 2020).

Kistik fibrozisli hastalarda nazokomiyal enfeksiyonların yayılmasını önlemek gerekmektedir ve bunun için başta el yıkama olmak üzere hijyen önlemlerinin alınması önemlidir. Hastane ortamında bakım sağlanırken hijyen kurallarına maksimum düzeylerde uyulmalıdır. Sıklıkla akciğerlerde etkilenme olduğu için aerosol tedavisi ve göğüs fizyoterapisi, solunum egzersizleri uygulanmalıdır (Hockenberry & Wilson, 2009). Aspirasyon riski ve irritasyon açısından göğüs fizyoterapisinin yemekten hemen önce ya da sonra yapılmamasına dikkat edilmelidir. Hastalığın erken

döneminde iştahın iyi olmasına rağmen, enfeksiyon ve akciğer sorunlarının ilerlemesi halinde iştahta azalma oluşabilmektedir. Dehidratasyonu önlemek amaçlı sık aralıklarla beslenmeyi sağlama ve bol sıvı tüketiminin teşviki sağlanmalıdır. Salgılarda azalma ve koyulaşma durumlarından dolayı oral enfeksiyon gelişme riskine karşı ağız bakımı verilmesi önemlidir. Özellikle sıcak havalarda bol sıvı alımı daha da arttırılırken, tuz kısıtlaması yapılmaması ve yeterli sıvı vermeleri gerektiği, aileye mutlaka vurgulanmalıdır (Çavuşoğlu, 2013; Özçelik, 2019).

Bütün bu süreçlerde çocuk ve ailenin bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir çünkü kistik fibrozis bütün ailenin yaşam sürecini etkilemektedir. Bütün girişim ve uygulamalarda aile merkezli bakım kullanılmalı, holistik bakım yaklaşımları çerçevesinde çocuk ve ailesinin fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal, kültürel ve dini yönden bir bütün olarak değerlendirecek şekilde uygun planlamalar yapılmalıdır (Alparslan & Demir, 2015). Kistik fibrozisli çocuklarla ilgili olarak yapılan çalışmalarda da ebeveynlerin sürece dahil edilmeleriyle (ebeveynlerin sorularının yanıtlanması, hastalık yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin arttırılarak uygun bakım yöntemlerinin gerçekleştirilmesi, çocukla ilgili alınacak kararlara ebeveynlerin katılımının sağlanması gibi), çocukların yaşamında süre ve kalite bakımından kazanım sağlanabileceği belirtilmektedir (Catastini & ark., 2016; Dinç & ark., 2018; Dönmez & Arslan, 2019).

Kistik fibrozisin yönetiminde ebeveynlerin de sürece dahil edilmesi bakımın sürdürülebilirliği için önem arz etmektedir. Bu sebeple ebeveynlere yönelik düzenlenecek olan eğitim; enfeksiyona yönelik koruyucu önlemleri, bağışıklama yöntemlerini, postüral

drenaj gibi uygulamaları içeren göğüs fizyoterapisi uygulamalarını, beslenmenin sürdürülebilirliği ve gelişim parametrelerini takibini, ilaçların uygun kullanımlarına ilişkin ve gerektiği durumlarda destek alabilecekleri ünitelerle ilgili bilgileri içermelidir (Kerem & ark., 2005; Çavuşoğlu, 2013).

## Kaynaklar

Akan, H. (2012). Üst solunum yolu enfeksiyonlarında bitkisel ve nonfarmakolojik tedaviler. *The Journal of Turkish Family Physician*. 3(3), 9-15.

Akşit, S. (2002). Akut üst solunum yolu enfeksiyonları. *Türk Tabipler Birliği*. 11(4), 132-135.

Alparslan, Ö. & Demir, M. (2015). Kistik fibrozis ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*. 1(3), 40-45.

APA. (2001). Subcommittee on management of sinusitis and committee on quality improvement. *Clinical practice guideline: Management of Sinusitis. Pediatrics*. 108, 798-808.

Bozkurt G, Yıldız S. & Çokuğraş H. (2012). Astımlı çocuklarda tetikleyici faktörler ve klinik özelliklerin incelenmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 13(3), 7-13.

Brink, A.J., Feldman, C., Grolman, D.C., Muckart, D., Pretorius, J., Richards, G.A., Senekal, M. & Sieling, W. (2004). Appropriate use of the carbapenems. *SAMJ*, 94(10), 857-861.

Brook, I. (2009). Sinusitis. *Periodontol*. 49, 126-39.

Carlo, WA., (2021). The newborn. *Nelson Pediatri*, Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul.

Catastini, P., Di Marco, S., Furriolo, M., Genovese, C., Grande, A., Iacinti, E. & et al. (2016). The prevalence of anxiety and depression in Italian patients with cystic fibrosis and their caregivers. *Pediatr Pulmonol*. 51, 1311

Chambi-Rocha, A., Cabrera-Domínguez, M.E., & Domínguez-Reyes, A., (2018). Breathing mode influence on craniofacial development and head posture. *Jornal de Pediatria*, 94(2), 123-130.

Cherry, J.D. (2008). Croup. *New England Journal of Medicine*. 4, 384-391.

Cırık, V. & Efe, E. (2017). Pediatri hemşireliğinde tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının önemi. *HEAD*. 14(2), 144-149.

Cohn, L., Elias, J.A. & Chupp, G.L. (2004). Asthma: Mechanisms of disease persistence and progression. *Annu Rev Immunol*. 22, 789–815.

Cockcroft, D.W. (2003). Bronchoprovocation methods. *Clin Rev Allergy Immunol*. 24(1), 19–26.

Conk, Z., Başbakkal, H., Bal Yılmaz, H. & Bolışık, B. (2018). *Pediatri Hemşireliği*, Akademisyen Yayınevi, Adana, 359-385.

Çakır, E.P. & Aslan, A.T. (2021). Kistik fibroziste tanı kriterleri ve tanımlamalar, *Kistik Fibrozis*, Türkiye Klinikleri, Ankara, 18-23.

Çavuşoğlu H. (2013). *Çocuk sağlığı hemşireliği*. Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 377-94.

Kistik Fibrozis Derneği. (2020). Hekimler için kistik fibrozis tanı ve tedavi rehberi. (8/10/2024 tarihinde <https://www.kistikfibrozisturkiye.org/wp-content/uploads/2020/01/Hekim-KF-kitapcik-son-basilan.pdf> adresinden ulaşılmıştır)

Dinç, G., Özçelik, U., Çöp, E., Yalçın, E., Çak, T., Doğru, D., Göker, Z., Kiper, N. & Ünal, F., (2018). Kistik fibrozisli çocukların annelerinde psikiyatrik belirti, ebeveynlik tutumları ve baş etme becerileri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 15, 1-8.

Fakıoğlu, D.M. & Altun, B. (2020). Kistik fibroziste yeni terapötik yaklaşımlar. *Türkiye Farmasötik Bilimler Dergisi*, 17 (6), 686-697.

Flibotte, J. & Gokulakrishnan, G., (2018). *Examination of the Newborn Infant. Pediatrics*, Rudolph, McGraw-Hill Education.

De Boeck, K., Wilschanski, M., Castellani, C. & et al. (2006). Cystic fibrosis: terminology and diagnostic algorithms. *Thorax*. 61, 627-635.

Doğan, K., (2020). Çocuklarda ağızdan solunum sendromuna bağlı faktörlerin araştırılması, *İstanbul Üniversitesi*, Bitirme Tezi.

Dönmez, H. & Taş Arslan, F. (2019). Kistik fibrozisli çocuğun bakımında hemşiresinin rolü. *Pediyatrik Uygulama ve Araştırma*, 7(4), 57-61.

Drysdale, S.B., Green, C.A. & Sande, C.J. (2016). Best Practice in the prevention and management of pediatric respiratory syncytial virus infection. *Ther Adv Infect Dis*. 3(2), 63-71.

DSÖ. (2005). *Traditional Medicine Strategy 2002–2005*. (21/11/2024 tarihinde [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67163/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_eng.pdf;jsessionid=C95C1EBC970B901FC8370123C1D3689B?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67163/WHO_EDM_TRM_2002.1_eng.pdf;jsessionid=C95C1EBC970B901FC8370123C1D3689B?sequence=1) adresinden ulaşılmıştır)

DSÖ. (2022). *Child mortality*. (3/11/2024 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-under-5-mortality-in-2020> adresinden ulaşılmıştır)

Duman, M. (2007). Çocuklarda üst hava yolunda tıkanıklık oluşturan akut enfeksiyonlar. *Türkiye Klinikleri*. 50, 20-23.

Drummond, P., Clark, J., Wheeler, J. & et al. (2000). Community acquired pneumonia-a prospective UK study. *Arch Dis Child*. 83, 408-12.

Erol, M., Kaya, H., Bostan, Gayret, Ö., Yiğit, Ö., Hamilçikan, Ş. & Can, E. (2017). Süt çocuklarında vitamin D eksikliğinin bronşiolit ciddiyeti üzerine etkisi. *J Pediatr Res.*, 4(1), 12-6.

Ertuğrul, T. & Tanman, B. (2002). *Solunum sistemi enfeksiyonları*, Pediatri, Nobel Tıp, İstanbul, 870-916.

Friedman, J.N., Rieder, M.J. & Walton, J.M. (2014). Canadian paediatric society acute care committee, Drug therapy and hazardous substances committee. Bronchiolitis: recommendations for diagnosis, monitoring and management of children one to 24 months of age. *Paediatr Child Health*.19(9), 485-91.

Gadsby, D.C., Vergani, P. & Csanády, L. (2006). The ABC protein turned chloride channel whose failure causes. *Nature*, 440(7083), 477-83.

AKG. (2022). GI for A. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 12/12/2024 tarihinde <https://ginasthma.org/gina-reports/> adresinden ulaşılmıştır.

Güler, S. & Akcan, A. (2020). Astım yönetiminde okul temelli yaklaşım ve hemşirenin rolleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 307-317.

Gündoğdu, N. (2020). Merkezimizde izlediğimiz kistik fibrozis hastalarının gastrointestinal sistem tutulumlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi*.

Güngör, A., Çuhacı, Ç.B., Yalçın, H., Çakır, H.T. & Karauzun, A. (2019). Çocuklarda antibiyotik kullanımı ile ilgili ebeveynlerin tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 3, 202-6.

Hall, C.B., Weinberg, G.A., Blumkin, A.K. & et al. (2013). Respiratory syncytial virus-associated hospitalizations among children less than 24 months of age. *Pediatrics*.132(2), e341-8.

Hay, W.W., Levin, M.J., Abzug, M.J. & Bunik M. (2020). The newborn infant. *Current Diagnosis and Treatment Pediatrics*, McGraw Hill / Medical.

Hazır, Y. & Bozkurt, G. (2020). Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3), 117-123.

Hızlı, Ş. & Altay, F.M. (2019). Akut Tonsillofarenjitli çocuklarda beta hemolitik streptokok varlığını gösteren belirti ve bulguların değerlendirilmesi. *Ankara Tıp Dergisi*. 19(2), 226-231.

Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2009). The child with respiratory dysfunction. *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. St.Louis, Mosby, 706-62.

Hoiby, N., Frederiksen, B. & Pressler, T. (2005). Eradication of early pseudomonas aeruginosa infection. *J Cystic Fibrosis*, 4, 49-54.

Kerem, E., Conway, S., Elborn, S. & Heijerman, H. (2005). Consensus committee. Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European Consensus. *J Cyst Fibros*, 4(1), 7-26.

Kocabaş, E., Ersöz, D.D., Karakoç, F., Tanır, G., Cengiz, A.B., Gür, D. & et al. (2009). Türk toraks derneği rehber ve uzlaşma raporları. *Türk Toraks Dergisi*. 6(2), 24-32.

Koçyiğit, M., Giran, Örtekin, S. & Çakabay, T. (2016). Otitis media, sınıflandırma ve tedaviye yaklaşım prensipleri. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*. 8(2), 65-70.

Le Drévo, M.A., Benz, N., Kerbiriou, M. & et al. (2008). Annexin A5 increases the cell surface expression and the chloride channel function the Delta F508 cystic fibrosis transmembrane regulator. *Biochim Biophys Acta*. 1782, 605-614.

Matthew, S. & Kelly, T.J.S. (2015). *Community acquired pneumonia*. Philadelphia: Elsevier

Morishita, R., Franco, M.C., Suano-Souza, F.I., Solé, D., Puccini, R.F., Strufaldi, M.W.L. (2016). Body mass index, adipokines and insulin resistance in asthmatic children and adolescents. *J Asthma*. 53(5), 478-84.

Mungan, D., Çelik, G., Baybek, S. & Mısırlıgil, Z. (2003). Pet allergy: how important for Turkey where there is a low pet ownership rate: Allergy and asthma proceedings. *Allergy Asthma Proc.*, 24(2), 137, 42.

Najada, A.S., Habashneh, M.S., Khader, M. (2004). The frequency of nutritional rickets among hospitalized infants and its relation to respiratory diseases. *J Trop Pediatr.* 50, 364-8

Novembre, E., Mori, F., Pucci, N., Bernardini, R., Vierucci, A. & de Martino, M. (2007). Systemic treatment of rhinosinusitis in children. *Pediatr Allergy Immunol.* 18, 56-61.

Öncel, S. (2009). Çocuklarda akut otitis media. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi.* Özel Sayı (1), 39-42.

Özçelik, U. (2019). *Kistik fibroziste solunum sistemi etkilenmesi ve tedavi. Kistik Fibrozis Aile Eğitim Kitabı*, (8/12/2024 tarihinde <https://www.kistikfibrozisturkiye.org/wp-content/uploads/2019/12/KF-Aile-e%C4%9Fitim-kitab%C4%B1.pdf> adresinden ulaşılmıştır)

Özdemir, C. (2018). Çocuklarda astımın tanımı ve yönetimi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi.* 10(2), 27-32.

Ramakrishnan, K., Sparks, R.A. & Berryhill, W.E. (2007). Diagnosis and treatment of otitis media. *Am Fam Physician*, 76,1650-8.

Rudge, T., & Holmes, D. (2016). *Abjectly boundless. Antibiotic classifications.* Routledge, London.

Sağlık Bakanlığı. (2020). Akılcı ilaç uygulamaları. (20/10/2024 tarihinde [http://www.akilciilac.gov.tr/?page\\_id=682](http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=682) adresinden ulaşılmıştır)

Schomacker, H. Schaap, A. Collins, P. & et al. (2012). Pathogenesis of acute respiratory illness caused by human parainfluenza viruses. *Current Opinion in Virology*. 3, 294-299.

Sim, J. M., & Finn, S. B. (2008). Oral habits in children. *Clinical Pedodontics*. Saunders Company, Philadelphia, 370-385.

Sipahi, S. & Tamay, Z. (2018). Beş yaş ve altı çocuklarda astım tedavisine güncel yaklaşım. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*. 10(2), 33-37.

Smith, D.K., Seales, S. & Budzic, C. (2017). Respiratory syncytial virus bronchiolitis in children. *Am Fam Physician*, 95(2), 94-99.

Somer, A., Yalçın, I. & Ağaçfidan, A. (2006). Role of mycoplasma pneumoniae and chlamydia pneumoniae in children with community-acquired pneumonia in Istanbul, Turkey. *J Trop Pediatr*, 52, 173-8.

Soydan, D., Çam Yanık, T. & Çelebioğlu, A. (2020). Akciğerde kitle ve pnömoni tanılı bireyin bakım, Öz Tedavi Modeli' ne göre hemşirelik bakımı: Olgu Sunumu. *BAUN Sağ Bil Dergisi*, 9(2), 127-132.

Söngüt, S. (2023). Pnömonide hemşirelik bakımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21, 1286-1303.

Taştan Y. (2003). Krup. *Türk Pediatri Arşivi*. 38, 195-200.

Tezer, H. & Demirdağ, T. (2018). Çocuklarda akut tonsillofarenjit. *Klinik Tıp Dergisi*. 10(1), 22-29.

Topal Hançer, A. & Yılmaz, P. (2019). Balın yara iyileşmesine etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 9(1), 152-159.

Topaloğlu, N., Yıldırım, Ş., Tenkin, M., Uludağ, A. & Özgen, K. (2013). Türkiye'nin batısında solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda alternatif tedavi uygulamaları. *Güncel Pediatri*, 11(1), 23-26.

Törüner, E.K. & Büyükönenç, L. (2017). *Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları*. Gökçe Ofset, Ankara, 571-635

TÜİK. (2019). *Türkiye Sağlık Araştırması*. (2/10/2024 tarihinde

<https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=f912fmrT8GPHHQw9RplyyqLDhf5tJVs2PNRZBMMMLhn4W1Y8phmX!913810341?id=33661> adresinden ulaşılmıştır)

Türk Toraks Derneği Astım Çalışma Grubu. (2009). Astım tanı tedavi rehberi. *Türk Toraks Dergisi*, 10, 6-75.

Türk Toraks Derneği. (2011). Kistik fibrozis tanı ve tedavi Rehberi. *Türk Toraks Dergisi*, 12(1), 140.

Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği. (2020). Astım tedavisinde yeni ilaçlar; astımda biyolojik ajanlar. (6/10/2024 tarihinde <https://www.aid.org.tr/astim-tedavisinde-yeni-ilaclar-astimda-biyolojik-ajanlar/> adresinden ulaşılmıştır)

Uğurlu, E., Kalkım, A. & Sağkal, T. (2014). 0-1 yaş arası bebeklerde sık karşılaşılan ağrı durumları ve ailelerin yaklaşımları. *Fırat Tıp Dergisi*. 19(1), 25-30.

Ünüvar, E. (2006). Çocuklarda paranazal sinüs enfeksiyonlarının değerlendirilmesi. *Türk Tabipler Birliği*, 15(7), 121-129.

Ünüvar, E. & Göl, C.A. (2018). Akut tonsillofarenjit tanı ve tedavisinde son durum. *Türkiye Klinikleri*. 14(4), 359-63.

Vagas, E. & Akgül, A.G., (2009). Solunum sistemi fizyolojisi ve çocuklardaki farklar. *Toraks Dergisi*, 3, 77-83.

Yaşar, A., (2019). Altı yaş altı üst solunum yolu enfeksiyonu olan çocukların ebeveynlerinin akılcı antibiyotik kullanımı konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Medeniyet Üniversitesi*. Uzmanlık tezi.

Yayla, M.E. (2017). Birinci basamakta akut bronşiolit yönetimi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9(3), 3-6.

Yıldız, S. & Canbulat, N. (2008). Çocuklarda akut otitis media oluşumunda bir risk faktörü: Beslenme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 5(2), 22-28.

Woods, C.R. (2020). Clinical features, evaluation, and diagnosis of croup. (14/11/2024 tarihinde <http://www.uptodate.com/contents/croup-clinical-featuresevaluation-and-diagnosis>. adresinden ulaşılmıştır)

## BÖLÜM V

### Çocuk İstismarı Farkındalığı ve Koruma Yöntemleri

**Meltem PEPE**

#### **Giriş**

İstismar ve ihmal, korunmaya muhtaç, savunma mekanizmaları henüz gelişmemiş olan çocuklarda, yaşanan an ve gelecek için birçok sağlık problemini içerisinde barındıran küresel bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO, 2006) tarafından çocuklara kötü muamelenin tanımı yapılırken, çocuğun sağlığı, gelişmesi, yaşamı ve onuru açısından, fiilen zarar vermiş olan ya da zarar verme potansiyeline sahip her türlü fiziksel ya da duygusal kötü eylem, cinsel istismar olabilecek davranış, ihmal gibi durumların varlığı ya da oluşma durumunda çocuğun sömürü amaçlı (ticari vs.) kullanılma durumu ifadeleri kullanılmaktadır. Kötü muamele içeriğinde ise çocuklara uygulanabilecek her tür fiziksel, cinsel, duygusal, psikolojik istismar ve ihmaller tanımlaması kullanılmaktadır. İhmalin tanımlanmasında

ise, çocuğun gelişim sürecinde temel ihtiyaç olan; beslenme, barınma, giyim, sağlık, eğitim ve duygusal alanlardaki her türlü gereksinimlerin, çocuğun bakımını üstlenen anne- baba başta olmak üzere, bakım vericiler tarafından karşılanmaması durumu ifadesine yer verilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (2022), bu küresel sorundan dolayı, özellikle de fiziksel, cinsel ve psikolojik olarak, her yıl yaklaşık bir milyar çocuğun istismar ve ihmalden etkilendiğini bildirmektedir.

Amerika Ulusal Çocuk İttifakı' nın açıklamalarında kız çocuklarının dörtte biri, erkek çocuklarının ise on üçte birinin (istismarın türüne göre bu oranlar değişiklik gösterebilmektedir) istismara maruz kaldığı bildirilmektedir. Çocuk istismarının faili ise genellikle ebeveynler olarak görülürken, istismarcı (istismarda bulunana kişi) ebeveynlerin oranı ise %76 olarak verilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde istismar ve ihmalden hayatını kaybeden çocukların beş yılda sürekli bir artışla 2022 yılında tahmini 1.990 çocuğu etkilediği tahmin edilmektedir. Erkek çocuklarında tehlikenin daha fazla olduğu ve 100.000' de 3,26 ile kızlardan daha fazla hayatlarını yitirdikleri bildirilmektedir (National Children's Alliance-NCA, 2022).

İstismar ve ihmal bütün çocuklar için küresel bir risk oluştururken bazı gruplarda bu mağduriyet riskinin daha da arttığı gözlenmektedir. İstismar ve ihmale karşı koruma sağlamak amacıyla gerçekleştirilen çalışmalarda;

- Bebekler, ifade yetersizliği olanların,
- Cinsel istismarda kız, fiziksel istismarda ise erkek grupların,

- Etnik köken, ırksal farklılıkları bulunan grupların,
- Ailesinin sosyoekonomik seviyesi düşük olanların,
- Sosyal ve tıbbi olarak dışlanmış çocukların istismar ve ihmal açısından daha fazla risk altında oldukları açıklanmaktadır (WHO, 2022; United Nations Children's Fund-UNICEF, 2024)

Bebeklik dönemi, çocuklarda istismarın en sık görüldüğü dönemlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğum sonu ilk bir yıldaki istismar mağduru bebeklerin ortalamasının %15 olduğu, ilk iki yılda ise bebeklerin %27' sinin istismara uğradığı bildirilmektedir. Cinsiyet istismarda bir diğer değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. İstismara maruz kalan kız çocuklarının oranı 8,2/1.000 iken, erkek çocuklarında bu oran 7,1/1.000 şeklindedir. Fakat istismarın türüne göre (fiziksel istismarda erkek çocuklarının mağduriyet oranları daha yüksektir) değişkenlik gösterebilmektedir (NCA, 2022; UNICEF, 2024). Sosyal ve tıbbi açılarından dışlanmış çocuklarda, özellikle de zihinsel ve gelişimsel engelli çocuklarda savunmasızlığın yüksek olması durumu onların daha çok istismara maruz kalmasına, mağduriyetlerin armasına sebep olabilmektedir. Sağlıklı bir çocuğa göre istismara uğrama durumu bu gruptaki çocuklarda üç buçuk kat daha fazla olarak belirtilmektedir (Birleşmiş Milletler-BM, 2017). Bu denli yüksek oranlarda görülen ve çocuk sağlığı için çok ciddi riskleri bulunan istismar ve ihmalin tespitinin yapılması oldukça güçtür. Bu güçlükler aşağıda yer alan durumlardan kaynaklanmaktadır;

- Yaşın küçük olması, sözel ifadede yetersizlik,

- Yoksulluk,
- İstismar ya da olduğunu algılayamama,
- Utanma,
- İstismar ve ihmali uygulayan kişinin çocuğun birinci derece yakını ya da çevresinde yer alan kişilerden oluşması,
- Yetersiz destek faktörleri,
- Korku, tehdit edilme,
- Gizli tutulup, açıklanmaması,
- Kültürel ve toplumsal normlar, kabuller,
- Şikâyet için nereye başvurulacağıının bilinmemesi durumudur (WHO, 2006; BM, 2017).

İstismar ve ihmal gibi kötü muameleyle maruz kalan çocuklarda sağlık, duygusal, psikolojik, eğitim ve sosyal anlamda bütün alanlarda olumsuz etkilenimler görülebilmektedir. Çocuğa yapılan herhangi bir kötü muamele mağduriyet esnasında ve dahi sonrasında çocuk sağlığı ve beraberinde toplum sağlığı için bir tehdittir. Bu tehditler kötü muameleyle maruz bırakılan çocuklarda;

- Çocukluk ve yetişkinlikte şiddete başvurma ve bunu normal olarak görme,
- Depresyon gibi ruhsal problemler,
- Sigara, alkol ve uyuşturucu gibi kötü alışkanlıklar,
- Yeme davranışlarında değişiklik ve obezite,

- Düşük benlik saygısı,
- Kognitif fonksiyon bozuklukları,
- Riskli cinsel davranışlar,
- İstemedenden gebe kalma,
- Hastalık,
- Engellilik,
- Ölümle sonuçlanabilmektedir (WHO, 2006).

Dünya genelindeki bütün çocuklar için korkudan, her türlü şiddet, istismar ve ihmalden uzak, daha iyi bir gelecek ve özgür bir dünya inşası için bütün kurumların iş birliği içerisinde çalışması elzemdir (BM, 2017). 2030 yılı Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin içerisinde değerlendirilen çocuğa dair düzenlemeler bu sorunların çözümünü de hedeflemektedir. Çocuk sağlığını ciddi ölçülerde tehdit edebilecek bir durum olan istismar ve ihmal, ulusal ve uluslararası düzeyde oldukça sık karşılaşılan evrensel ve tespiti güç bir sorundur. Mağdurun çocuk olması istismarın tespitini zorlaştırırken aynı zamanda çocuğun korkması, ifadesinin yetersiz olması, savunma mekanizmalarının gelişmemiş olması gibi daha birçok sebepten dolayı istismarın tekrarlanabilirliğini de arttırmaktadır. Çocuk istismarı hem çocuk sağlığı hem de uzun vadede görülen olumsuz etkilerinden dolayı toplum sağlığını tehdit eden ciddi bir durumdur. İstismarın belirtilerinin farkında olunması, bu belirtilere rastlanıldığında en kısa sürede doğru bir şekilde tespitinin yapılarak, gerekli önlemlerin alınması elzemdir. Pek çok çeşidi olan istismar ve ihmalden çocukların korunabilmesi için, toplumun farkındalığı önemlidir. Özellikle çocukla birebir temas

halinde olan aile üyeleri, öğretmenler ve sağlık çalışanlarının istismar ve ihmalin belirtileri konusunda bilgi sahibi olmaları, böyle bir durumun tespiti halinde koruyucu önlemler ve yapılması gerekenlerden haberdar olmaları gerekmektedir (Aktay, 2020; Özçetin, 2024).

## **1. Geçmişten günümüze çocuk kavram ve istismarı**

Tarihsel süreç içerisinde, çocuğa yönelik algı, verilen değer ve yüklenen misyonlar gibi alanlarda yaşanan değişimler, bu kavramın da farklılık göstermesine sebep olmuştur. Tarih öncesi dönem, insan yaşamı ve çocuğa dair kati bilgilerin bulunmadığı fakat engelli doğan, istenilen cinsiyete sahip olmayan ya da yılın istenmeyen zamanlarında dünyaya gelen bebeklerin ihtiyaçlarının karşılanmayarak, ölüme terk edilebildiği zamanlar olarak belirtilmektedir. Yine bu dönemde yetişkin kadar değer, saygınlık ve önem atfedilmeyen çocukların, sadece geleceğin yetişkinleri olacakları için kabul görmekte oldukları bildirilmektedir. Aynı zamanda erkek çocuklarının daha fazla fiziki güce sahip oldukları düşünüldüğü için kız çocuklarına kıyasla daha çok toplumsal kabul gördükleri de belirtilmektedir (Çavuşoğlu, 2013).

İlk çağda ise Hammurabi Kanunlarında çocuğa ilişkin değerlendirmelerin olduğu görülmektedir. Bu kanunlara göre, çocuk sıklıkla babanın bir eşyası gibi görülürken, bir birey olarak yok sayılmakta ve çocuktan sürekli itaat beklentisi bulunmaktadır. İtaate zorlayan kati hükümlerde; çocuğun kendisini büyüten babasına karşı saygısızlıkta bulunması durumunda yine babası tarafından ağır cezaların verilebileceği gibi maddelerin yer aldığı görülmektedir. Bu cezalar, suça göre değişkenlik gösterirken, çocuğun el, dil ve göz gibi uzuv ve organlarının kaybına varacak kadar da ağır

olabilmektedir. Aynı zamanda çocuk babası tarafından borca karşılık teminat olarak gösterilebilirken, köle olarak da satılabildiği belirtilmektedir (Erkut, Balcı & Yıldız, 2017).

Eski Mısır döneminde, yapılan kazı çalışmalarında bulunan oyuncakların varlığı çocuk gelişimine önem verilmiş olabileceğini düşündürmektedir. Fakat bu olumlu gelişimin bütün toplumları kapsamıyor olabileceği de bildirilmektedir. Bu dönemde cinsiyet farklılıklarına göre, kız ise anneye (yemek pişirme, dikiş vs.), erkek ise de babaya (tarım işleri vs.) ait işlerde yardımcı oldukları belirtilmektedir. Toplumda değişen ekonomik sınıfın da çocuk gelişimi üzerinde oldukça belirleyici olduğu görülmektedir. Varlıklı ailelerde yetişen özellikle erkek çocukların okula gönderildiği, okuma-yazma ve matematik gibi alanlarda eğitim aldığı belirtilmektedir (Lambert, 2008).

Antik Yunan ile Roma uygarlıklarında ise yine babanın çocukları üzerine sonsuz otorite ve sahipliği bulunmaktaydı. Bu sahiplik babaya istediği zaman çocuğunu terk etme, satma, sakat bırakma ve öldürme gibi çocuğu değersizleştiren haklar tanımaktaydı. Aynı zamanda çocuğun fiziki özellikleri, güzelliği aile için toplumsal bir statü olarak değerlendiriliyor, çocuklar belli şartları sağladığında kabul görüyordu (Uğur, 2018).

Orta çağda yine değersiz olarak görülen çocuklara kötü davranıldığı belirtilmektedir. Çocukların küçük birer yetişkin olarak görüldüğü, özel bir varlık olarak değerlendirilmediği ve bir mülk parçası gibi görülmekte olduğu belirtilmektedir. Çocuğun önem kazanması, kutsal dinlerin gelişiyi başlarken özellikle İslam' da çocuk bir birey olarak değerlendirilmiş, ebeveynler ve toplumda

çocuğa karşı merhamet, koruma gibi davranışlar gelişmiştir. Kavramsal düzeyde çocuğa ise, Rönesans döneminde Jean Jack Rousseau' nun eseri olan 'Emile adlı kitapta yer verilmiştir. Bu kitapta bebek beslenmesi, hijyen ve çocuk hakları gibi konulardan bahsedilmektedir. Sanayi devrimine gelindiğinde ise ucuz iş gücü olarak değerlendirilen çocukların, uygunsuz koşullarda, uzun saatler boyunca çalıştırıldığı belirtilmektedir (Lambert, 2008).

On dokuzuncu yüzyıl sonu ile 20. yüzyıl başlarına gelindiğinde ise akademik araştırmalarda, çocuğun biyolojik, psikososyal, zihinsel, ahlaki gelişimine yer verildiği, çocuğun gelişim ve eğitimine önem vererek çocuğun bir birey olarak değerlendirildiği dönemler başlamıştır. Teknolojik ve bilimsel ilerleme ve refah düzeyindeki artışla birlikte çocuk yaşamında da paralel iyileşmeler görülmüştür. Çocuğun bir yetişkinden farklı olarak büyüme ve gelişme periyoduna, fizyolojik, psikolojik özellik ve gereksinimlere, bütün bunlara uygun olarak geliştirilmesi gereken yaklaşımlara ihtiyaç duyduğuna ilişkin algılarda gelişmeler yaşanmıştır. Bu çerçevede çocuklar için gerekli olan bakım standartları geliştirilmeye başlanmış ve çocuk bakımının sadece aile değil toplumun da sorumluluğunda olduğuna kanaat getirilmiştir (Erku, Balcı & Yıldız, 2017; Uğur, 2018).

Bütün bu gelişmelerden sonra yapılan yasal düzenlemelerle de (Çocuk Hakları Cenevre Bildirisi, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu-UNICEF vs.) çocuk kavramı ve hakları yasal olarak koruma altına alınmıştır. Günümüzde çocuk kavramı için, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi (1948)' nde bahsi geçen, erken yaşta reşitlik kazanım durumu haricinde, on sekiz yaşına kadar herhangi bir ayırım (cinsiyet vs.) gözetmeksizin her insanı

kapsayacak şekilde yapılmış olan tanımlama kullanılmaktadır. Görüldüğü üzere modern tarihe gelinip çocuğun dünyası keşfedilinceye kadarki süreçte çocuk, sürekli olarak istismar ve ihmalin çeşitli türlerine maruz kalmıştır. Bu istismar ve ihmal bazen toplumsal gerekliliklere bazense kültürel, geleneksel yapıya dayandırılmış fakat bu süreçten önce çocuk, sonrasında da gelecek nesiller bundan zarar görmüştür. Günümüzde halen toplumun bazı kesimlerinde çocuğa karşı istismar ve ihmal davranışları görülse de çocuk hakları resmî kurumlarca ve yasal düzenlemelerle Birleşmiş Milletler (BM), UNICEF, WHO, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-ASPB gibi resmî kurumlarca korunmaktadır (WHO, 2006; UNICEF, 2010; BM, 2017; ASPB, 2017; UNICEF, 2018).

## **2. Çocuk istismarı**

Kültür ve toplumsal normlar insanların algı ve yaşam şekilleri üzerinde belirleyiciliğe sahiptir. Bu değişimlerin belirleyici etkisiyle istismar kavramının da kültür ve toplumlar arasında farklı tanımlanabildiği görülmektedir. Toplumsal normlar göz önünde bulundurularak, uzman otoritelerce geniş çapta tanımlanmak istenilen istismar kavramı için; yetişkinlerin sorumlu olduğu, çocuğun gelişiminde duraksamalara sebebiyet veren ya da kısıtlayan, ona zarar verebilecek ya da zarar verici olarak nitelendirilebilecek, çocuk için uygun olmayan eylem ya da eylemsizlikler bütünü ifadesi kullanılmaktadır. Yetişkinlerin çocuklara kasti olarak uyguladığı, önemsemediği ya da görmezden geldiği bu istenmeyen eylemler, çocuğun sağlık ve güvenliğini tehlikeye atabilmekte, çocuğa fiziksel, ruhsal ve cinsel açılardan zarar verebilmektedir (Butchart & ark., 2006; NCA,2022; Özçetin, 2024).

Çocuk istismarı, geniş çapta çocukların sağlık, büyüme ve gelişme, hayatta kalma, güven ve beceriler gibi faaliyetlerini olumsuz etkileyen, fiziksel, cinsel ve duygusal alanlar başta olmak üzere çocuklarda her türlü istismar, ihmalin varlığı ve sebebiyet verebilecek durumların oluşması şeklinde ifade edilmektedir. Aynı zamanda çocukların ticari amaçlı kullanımı, reklam malzemesi haline getirilmesi ve her tür sömürü malzemesi olarak kullanılması gibi, çocukları olumsuz etkileyebilecek diğer bütün etkilenim şekilleri de dahil olmak üzere, çocukların bu tarz tutum ve davranışlara maruz bırakılması durumu ifadesi kullanılmaktadır (WHO, 2006, BM, 2017). Henüz algısı yetişkin düzeyinde gelişmemiş olan çocuğun farkındalığının olmaması (istismar veya şiddet olarak algılamaması) veya istismar içeren bir davranışın yetişkin tarafından bilinçli/bilinçsiz olarak yapılması durumu, bu davranışın istismar olması için bir koşul olarak kabul edilmemektedir. Dünya sağlık örgütünün yapmış olduğu bu tanımlamalarda kültürler arasında değişen bu normlara karşı da çocuğun uluslara arası düzeyde güvenceye alınmasını hedeflemektedir (Butchart & ark., 2006; WHO, 2002). Gerek uluslararası gerekse ulusal düzeyde çocuk istismarını önlemeye yönelik önlemler sürdürülse de günümüzde halen çocuk istismarı görülmektedir. Çocuk istismarı, fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik açılardan değerlendirilmekte ve dört ana başlıkta toplanmaktadır (Tıraşçı & ark., 2007). Uluslararası düzeyde halen çocukların oldukça sık fiziksel ceza ya da psikolojik saldırganlığa maruz kaldığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (2022) beş yaş altı her on çocuktan altısının düzenli olarak bakım vericisi (genellikle ebeveynler) olan kişi tarafından fiziksel ceza ve

psikolojik şiddete maruz bırakıldığını açıklamaktadır. Bölge bazında değerlendirme yapıldığında çocuklar açısından istismar veya ihmal sayılabilecek fiziksel ceza ya da psikolojik saldırıya maruz kalan çocukların; Orta Amerika %55,8, Orta Asya %62,6 ve Orta Afrika içinse %87,9 ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri bu oranlar üzerinde etkili olsa da bütün bölgeler için bu olumsuzlukların erkek çocuklar için daha sık ve rakamların bütün bölgeler için halen oldukça yüksek görüldüğü belirtilmektedir (UNICEF, 2023). İstismar ve ihmal üzerinde titizlikle çalışılması gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur ve küresel boyutta 2-17 yaş arasındaki çocukların %50'sinin bu olumsuz durumlardan etkilendiği düşünülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2022). Çocuklara Yönelik Zulmü Önleme Ulusal Derneği (2017) tarafından Birleşik Krallıkta 2016 yılı için 58.000' den fazla çocuğun istismar ve ihmal sebebiyle korunma altında olduğu belirtilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2022)' nun açıklamalarına göre güvenlik birimlerine getirilen çocukların %43,1' ini mağdur çocukların oluşturduğu açıklanmaktadır. Bu çocukların %58,5'i yaralanma, %13,7' si cinsel suçlar, %8,7' sinin ise aile düzenine karşı işlenen suçlarda mağdur olarak yer aldıkları bildirilmektedir.

## **2.1. Fiziksel istismar**

Fiziksel istismar basit ve kapsayıcı tanımlamasıyla, çocuğun başına gelebilecek kaza haricindeki bütün fiziksel yaralanmalar şeklinde tanımlanabilmektedir. Fiziksel istismar ve cezalar çocukların kötü muamele ve cezalardan korunma hakkını ihlal eden, onların sağlığı, gelişimi, eğitimi ve vücut bütünlüğüne zarar veren, insan onuruna aykırı, insanlık dışı, zalimce ve aşağılayıcı

muameleler bütünüdür (UNİCEF, 2021; NCA, 2022). Fiziksel istismar, çocuğun vücudunda genellikle fiziksel bir iz veya hasar bırakan, zaman zaman sakatlık ya da ölümlerle sonuçlanabilecek kadar ciddi travmalara sebebiyet veren erişkin davranışlarını kapsamaktadır. Fiziksel istismar, bulgularının gözle görülebilir ve uluslararası düzeyde en sık görülen istismar şekli olması nedeniyle istismar denildiğinde en sık akla gelen türdür. Fiziksel istismar, sıklıkla üç yaş altı ve 15-19 yaş arası çocuklarda, erişkin birisinin fiziksel olarak uyguladığı şiddet dolayısıyla görülmektedir (Tıraşçı & ark., 2007; UNİCEF, 2021; Özçetin, 2024).

Genellikle ebeveynler tarafından çocuğu cezalandırmak ya da terbiye etmek amacıyla gerçekleştirilen, çocuğun vücudunda herhangi bir alana hafif ölçüde vurmak, sarsmak, diline ya da ağzına biber sürmek, kulağını, saçını vs. çekmek, orta seviyede fiziksel olarak istismar kabul edilebilecek davranışlar olarak sıralanmaktadır. Çocuğa vurmada uygulanan şiddetin artırılması, herhangi bir yerini yakmak veya boğmak gibi davranışlar şiddetli fiziksel istismar olarak kabul görmektedir (Aktay, 2020; Özçetin, 2024). Uygulandığı süreçte yetişkinin herhangi bir alet kullanıp kullanmaması durumuna göre fiziksel istismarın uygulanma şekilleri iki alt başlıkta değerlendirilmektedir. Fiziksel istismar esnasında alet kullanılmayan; gibi istismar şekilleri aletsiz fiziksel istismar kategorisinde değerlendirilmektedir. Fiziksel istismar çocuğa uygulama şekillerine göre aletli ve aletsiz olarak iki bölümde incelenmektedir. Herhangi bir alete başvurulmadan gerçekleştirilen, çocuğun vücudunda yaralanmalara sebebiyet veren istismar şekli aletsiz fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır. Çocuğa tokat ya da yumrukla vurmak, fırlatmak, sarsmak, itip-kalkmak, çimdikleme,

ısırmak ve boğmak gibi istenmeyen eylemler buna örnek olarak verilebilir. Çocuğa karşı uygulanan fiziksel istismarda alet kullanarak çocuğu yaralama eylemi, aletli fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır. Çocuğa uygulanan fiziksel şiddette, kemer, ütü, tava-tencere, kayış, hortum, sigara ve çay, kahve gibi sıcak içeceklerin kullanımı aletli fiziksel istismarın örneklerindedir (Müderrisoğlu & ark., 2014; WHO, 2006; UNICEF, 2021).

Fiziksel ve zihinsel anlamda engeli ya da öğrenme güçlüğü bulunan veya kronik bir rahatsızlığa sahip çocuklar, fiziksel istismar açısından daha riskli grup olarak değerlendirilmektedir. Fiziksel istismara uğrayan çocukların aile profili değerlendirmelerinde sıklıkla sorun olduğu tespit edilmiştir. Bu ailelere bireylerine ilişkin; eğitim, sosyal ve ekonomik statülerin zayıflığı, sık tekrarlayan aile içi sorunların varlığı, aile içi iletişim sorunları ya da şiddet varlığı, aile üyelerinden en az birisinin alkol ya da madde kullanımının olması, psikiyatrik problemler, çocukluklarında istismar görmüş ihmale uğramış anne/baba ve destek faktörlerinin yetersizliği gibi durumların varlığında fiziksel istismarın artış gösterdiği belirtilmektedir (ASPB, 2017; Malgaz Güçlü & Acemioğlu, 2020; Türkkkan, Odacı & Bülbül, 2021).

Bazı aile ve toplumlarda halen fiziksel şiddet kültürel bir yapı olarak devam ettirilmekte ve bir norm halinde devamlılığını sürdürmektedir. Bu aile ve toplumlarda şiddet; çocuğun terbiyesi için bir eğitim aracı, başarısızlığı için bir ceza ya da ders niteliğinde, itaatkâr olmayışı ya da diğer bir ifadeyle asiliğinden dolayı halen normal karşılanabilmektedir (Aktay, 2020; Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu-SHÇEK, 2010). Ülkemizde de toplumun bazı kesimlerinde halen ebeveynler tarafından çocuğa disiplin

eğitimi vermek adına fiziksel istismarın uygulandığı ve bu tarz davranışların da toplum tarafından halen “dayak cennetten çıkmadır” gibi atasözleriyle desteklendiği görülebilmektedir. Bu tarzdaki durumların varlığı, aile ve toplumun fiziksel istismar davranışı olan eylemleri, normal ve hatta gereklilik olarak nitelendirmesi, istismarın önlenmesinin önündeki en büyük engellerden birisidir (ASPB, 2017; Wang & ark., 2024).

Çocuklarda fiziksel istismarın belirtileri;

- Tedavi amacıyla hastaneye getirilen çocukta, hastaneye başvuruda izah edilemeyen gecikme
- Çocuğun vücudunda fiziksel istismar belirtisi olabilecek bir belirti gözlemlendiğinde; o belirtinin sebebini açıklamayacak şekilde, sürekli değişiklik gösteren tutarsız açıklamaların varlığı ya da bu belirtiyile ilgili hiçbir açıklamanın yapılmaması
- Ebeveynler tarafından öykü ve çocuktaki fiziksel yaralanmalar arasında uyuşmazlık
- Ebeveynlerin yaralanmanın kardeşten kaynaklandığını beyan etmeleri
- Çocuğun yaşı ve gelişim özellikleri ile tutarsız öykü,
- Ailede yer alan diğer kardeşlerde de benzer yaralanma öykülerinin bulunması,
- Çocuğa karşı ilgisiz ebeveyn ya da bakıcıda düşmanca tavırların varlığı,

- Çocuğun ebeveynlerine karşı suçlayıcı olumsuz ifadelerin varlığı,
- Çocukta ifadesiz -ilgisiz (donuk) bakış varlığı,
- Çocuğun aşırı uçlarda hassasiyet veya duyarsızlığı,
- Çocuğun ağırlı uyaranlara karşı duyarsızlığı,
- Ebeveynlerin çocuğun öyküsünde belirttiği sürelerden daha eski dönemlere ait lezyonların olması durumu,
- Çocukta farklı türde yanık veya kesi gibi lezyonların bir arada bulunması,
- Ebeveynlerin aktardığı tek bir sebebe bağlı birden çok lezyonun bulunması durumu,
- Çocuğun vücudunda örtülmeye, gizlenmeye çalışılan yaraların olması durumu şeklindedir (Müderrişoğlu & ark., 2014; Özçetin, 2024).

Yukarıda bahsi geçen durumların biri veya birkaçının birlikte bulunması durumunda fiziksel istismardan şüphelenilmesi ve ilgili birimlerle iletişim kurulması gerekmektedir. Çocuklarda görülebilecek bahsi geçen fiziksel istismar belirtilerinin yanı sıra sıklıkla kas-iskelet sistemlerine ait yaralanmaların görülebileceği de unutulmamalıdır. Bebeklik dönemi fiziksel istismar bulgusu gözlenmesi durumunda ise, sarsılmış bebek sendromu açısından dikkatli olunması gerekirken, bu durumun iç organlar, santral sinir sistemi gibi alanlarda hasarlanma veya kalıcı anomali oluşturma ihtimali de unutulmamalıdır (Aktay, 2020).

Çocuklarda fiziksel şiddet uluslararası çapta çözüm gerektiren ciddi bir sorundur. Özellikle çocuklar yaşadıkları evlerde fiziksel şiddete maruz kalmaktadırlar. Çocuk nüfusunun ortalama üçte ikisinin halen yaşadıkları evlerde ve düzenli olarak şiddet içeren cezalara maruz bırakıldığı belirtilmektedir. Bu çocukların üçte ikisinden fazlasının ise fiziksel cezaların yanı sıra psikolojik saldırıya uğradığı da bildirilmektedir. Her yıl ortalama 130.000 çocuk şiddet sebebiyle hayatını kaybetmekte ve bu çocukların çoğunluğunu ise 15-19 yaş grubu sıklıkla da erkek çocuklarının oluşturduğu bildirilmektedir (UNİCEF, 2024). Fiziksel istismarla ilgili prevalansın konu alındığı uluslararası çapta gerçekleştirilmiş bir meta analiz çalışmasında istismar mağduru çocukların oranı %22,6 olarak belirtilmiştir (Stoltenborg & ark., 2015).

Ülkemizde aile içi şiddet araştırması, 0-8 yaş arasındaki çocuklara yönelik fiziksel istismar sonuçlarına göre; düşük düzey istismar olarak nitelendirilen (hafif şekilde vurmak, terlik gibi nesnelere fırlatmak, sarsmak veya itelemek, saç ya da kulak çekmek) eylemlere ebeveynlerin %22,5' inin başvurduğu, yüksek düzeyde istismar olarak kabul edilebilecek (çocuğun vücudunda herhangi bir yeri yakmak veya boğazını sıkmak, bıçak ve silah gibi, kesici ve delici herhangi bir aletle çocuğu tehdit etmek ya da bunları çocuğa karşı kullanmak) davranışlara başvuran ebeveynlerin ise %1,1 olduğu belirtilmektedir. Düşük ve yüksek düzey fiziksel şiddetin en sık 5-9 yaş arasında artış gösterdiği ve oranların sırasıyla %29,9 ve %1,7 olduğu bildirilmektedir. Kendi çocukluğunda şiddet deneyimleyen erkek ve kadınlarda ise çocuğuna yönelik uyguladığı şiddet oranlarının artış gösterdiği bildirilmektedir (Müderrişoğlu & ark., 2014). Şiddete maruz kalan çocukların her beş dakikada bir

çocuğun ölümüne sebebiyet verebilecek kadar trajedik sonuçları da görülebilmektedir (BM, 2017).

Bu davranış şekillerinin, bazı toplum ve kültürlerde halen istismar olarak algılanmaması veya tanımlanmaması, fiziksel istismarın en çok evde uygulanıyor oluşu, devletler tarafından kanun düzenlemelerinin yetersizliği, fiziksel istismarın önlenmesinin önündeki en önemli engellerdendir (Aktay, 2020; Wang, 2024). Aynı zamanda şiddetin bir sorun çözme yöntemi, çocuğu cezalandırma aracı veya ebeveynlerin saygınlık kazanma yöntemi olduğu ortamlarda büyüyen çocukların da yetişkinlik dönemlerinde şiddeti normal karşıladıkları özellikle de kendi eş ve çocuklarına şiddet uygulama oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu süreç gerekli önlemler alınmadığında çocuğun fiziksel sağlığından başlayarak sağlığın (psikolojik, gelişimsel vb.) diğer alanları ve sonrasında toplum sağlığına etkisi devam edebilecek ciddi bir sarmal süreçtir ve her türlü fiziksel istismarın fark edildiği anda ilgili birimlere bildirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması elzemdir (BSHÇEK, 2010; UNICEF, 2018, UNICEF, 2023).

## **2.2. Cinsel istismar**

Çocuklarda cinsel istismar diğer istismar türlerine kıyasla tespit edilmesi oldukça zor, çeşitli sebeplerden dolayı saklanılmaya meyilli ve uzman otoriteler tarafından farklı tanımlamaları yapılan olumsuz bir durumdur. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB, 2017) çocuklarda cinsel istismarı WHO' ın tanımlamasından da faydalanarak, çocukların anlamlandıramadığı bir cinsel olayın içerisinde yer alması, bu olumsuz deneyime çocuğun gelişimsel olarak hazır olmadığı veyahut onayı olmadan olayın gerçekleştiği durumların aynı zamanda toplumsal tabu ve yasal süreçleri ihlallerle

gerçekleşen her türlü hak ihlali durumudur, şeklinde ifade edilmektedir. Çocuklarda cinsel istismarla ilgili Amerikan Ulusal Çocuk İstismar ve İhmal Merkezi (AUÇİİM, 1991), çocuk ve yetişkin arasında temas ya da ilişki durumu, temasta bulunan yetişkin ya da başka birisinin cinsel uyarımı için kullanılmış/kullanılıyorsa, çocuğun cinsel istismarı olarak nitelendirilir. Cinsel istismar çocuk sağlığının bütün boyutlarıyla zarar görmesine sebebiyet verirken aynı zamanda ciddiyetle onur zedeleyici, hukuki boyutları olan ve toplum sağlığı için de gelecekte risk oluşturabilecek bir durum şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2022). Cinsel istismarda bulunan kişi bir yetişkin olabilirken bazen istismarcının başka bir çocuk olduğu durumlar da görülmektedir. İstismarcının çocuk olduğu durumlarda, istismarcı çocuğun mağdur üzerinde belirgin bir güç farkı, kontrolü veya belirgin yaş farkı bulunduğu durumlarda da yine bu durum cinsel istismar olarak değerlendirilir. Tanımlamalarda sıklıkla fiziksel temas bulunması durumları cinsel istismar olarak nitelendirilirken, günümüzde çocuğa fiziksel temasın bulunmadığı ama cinsel içerik barındırarak ona zarar verebilecek bazı durumlar da istismar olarak tanımlanmaktadır. Bu eylemler ise aşağıdaki gibidir;

- Bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen her türlü cinsel içerik ifadeleri,
- Çocuğun özel bölge alanlarına bakılması,
- Çocuğa her iki cinse de ait olabilecek, çıplak fotoğrafların gösterilmesi,
- Yetişkinin özel bölgelerinin çocuğa gösterilmesi,

- Çocukların cinsel içerik barındırabilecek her türlü fotoğrafın çekilmesi ve kullanımı,
- Çocuklara cinsel içeriğe sahip fiili hareketlerin izlettirilmesi ya da dinlettirilmesi durumları da cinsel istismar sayılabilecek davranış türlerindedir (ASPB, 2017).

Cinsel istismarın tespit edilen vakalardan çok daha fazla sayıda olduğu ve tespiti zor bir istismar türü olduğu belirtilmektedir. Çocuklarda cinsel istismar durumunun tespitini zorlaştıran faktörler olarak;

- Yaş grubunun küçük olması, olayın tanımlamasını yapamaması
- Yine küçük yaş gruplarında sözel ifade yetersizliği,
- İstismarın açıkladığında oluşabilecek sonuçlardan korkulması (Özellikle fiziksel şiddet gibi sonuçlar),
- Aile ve değer verilen kişilerin utandırılacağına düşünülmesi,
- Suçlanma kaygısı,
- Reddedilmeye ilişkin kaygılar,
- İfadelerine inanılmayacağına ilişkin kaygılar
- Mağdurun başının belaya gireceğine ilişkin korkuları,
- Mağdurun pahalı hediyeler ve vaatlerle kandırılarak susturulması durumu,

- İstismar dolayısıyla mağdurun kendisini suçlu hissetmesi/hissettirilmesi,
- İstismarcının özellikle birinci derece yakınlığının olduğu durumlarda çocuğun ailesini koruma çabası,
- Çocuğun yaşadığı istismarı ifade etmeye engel olacak düzeyde bir engelinin bulunması durumunun bulunması sıralanmaktadır (Selvi & ark., 2011; NCA, 2022).

Çocuklarda cinsel istismar görülmesi durumunda verilebilecek olan tepkiler çocuğun yaş gruplarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Bu yaş grupları genellikle dokuz yaş ve öncesi, on yaş ve sonrası dönem olarak iki kategoride değerlendirilmektedir.

Cinsel istismar mağduru 0-9 yaş arası çocukların verebileceği tepkiler;

- Normalden çok daha sık ve şiddetli ağlama krizleri,
- Çocuğun güvende hissettiği kişiden (anne, baba, bakım verici vs.) ayrılmak istememesi,
- Uyku rutininin bozulması, uykuya dalmada zorluk ya da sürekli uyumaya meyil,
- Gelişimsel gerileme olarak konuşma becerisini, idrar ya da gaita boşaltım kontrolünü kaybetme,
- Çocuğun yaşıyla uyumlu olmayacak şekilde çok cinsel eyleme ilişkin bilginin olması,
- Çocuğun yaşıyla uyumsuz olarak cinsel eyleme ilgisinin bulunması,

- Belirli mekân ve kişilere karşı aşırı korku tepkisi,
- Çocuğun sürekli olarak özel bölgesiyle ilgilenmesi ya da dokunması,
- Çocuğun çevresinden uzaklaşarak daha içine kapanık bir kişiliğe bürünmesi,
- Aşırı şekilde yemek yeme eylemi ya da tamamen yemeyi reddetme durumu,
- Çocuğun dışarıya çıkma ya da okul dönemindeyse okula gitmeyi ani olarak reddetmesi durumu şeklindedir (NCA, 2022; Türkkan, Odacı & Bülbül, 2021).
- Cinsel istismar mağduru 10-18 yaş arası çocukların verebileceği tepkiler;
- Kronik anksiyete veya depresyon gibi psikiyatrik duygulanım bozukluklarının görülmesi,
- Sık sık ve şiddetli ağlama ya da ani gelişen hissizlik,
- Uyku problemleri (uykuya dalmada güçlük, kabuslar vs.),
- Okula uyumda sebepsiz yere sorunların görülmesi ya da okula girmenin reddedilmesi,
- Ani gelişen öfke problemleri, kavgaya meyillilik, saygısız olarak atfedilen davranışların sıkça sergilenmesi,

- Aile ve arkadaşlara karşı ilgisizlik ya da uzaklaşma eylemi,
- Çocuğun kendisine zarar verebilecek ya da kötü alışkanlıklar edinmesi (sigara, alkol, madde bağımlılığı, kendini yaralama, intihar denemesi vs.)
- Yemek yeme alışkanlıklarında değişiklikler, özellikle de sürekli yeme eylemiyle obeziteye meyil durumları şeklindedir (Çengel, Çuhadaroğlu & Çetin, 2007; ASPB, 2017).

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda genellikle duygusal ve psikolojik olarak, çocukların gelişimlerini de olumsuz anlamda etkileyecek bir dizi durum gelişebilmektedir. Bu durumlar, mağdur olan çocuğun duygularında, özellikle de istismarın açıklandığı kişilerin vermiş olduğu tepkiler neticesinde şekillenen karışıklık yaşayabileceği, bu duyguların suçluluk, utanç, üzüntü, değersizlik hissi, öfke, çaresizlik, geleceğe dair sürekli kaygı, korku ve beklentisizlik, yaşama dair heves ve olaylara dair ilgi azalması ya da kaybı, kişilik değışiklikleri, posttravmatik stres bozuklukları ve depresyon olarak verilmektedir (ASPB, 2017; (Özdemir & ark., 2018; Türkkkan, Odacı & Bülbül, 2021).

Çocukların cinsel istismara maruz kalmasında risk faktör sınıflaması, çocuğa, aileye ve istismarcıya ait özelliklere göre üç başlıkta incelenmektedir. Mağdur çocuğa ilişkin, istismara maruz kalma ihtimalini arttıran sebepler; fiziksel ya da zihinsel engelin bulunması, sosyal anlamda daha izole ve yalnız yaşama, itaatkarlık, bir yetişkin tarafından sürekli ilgi bekleme ya da beğenilme kaygısının yüksek olması, fiziksel olarak daha dikkat çekici olma

gibi durumlar sıralanmaktadır. Yetiştigi ailedeki farklılıklar açısından cinsel istismara uğrama durumunda riskli grupta yer alan çocukların ailelerinde; aile yapısında bozulmaların olduğu parçalanmış, tek ebeveynli, sosyoekonomik problemleri olan, şiddetin sıklıkla görüldüğü, annenin evde bulunduğu zamanı kısıtlı olan, evde üvey ebeveyn faktörü bulunan, bağımlı, psikiyatrik bir rahatsızlığı olan ya da çocukluğunda kendisi cinsel istismara uğramış anne/baba gibi farklılıklar yer almaktadır. Çocuk istismarında istismarcıya ait özelliklerde; genellikle erkek olma durumu, düşük sosyoekonomik seviye, kendi yaşam öyküsünde cinsel istismar bulunan, çocukluğunda aile içi şiddete maruz kalmış, sosyal anlamda izole yaşayan, özgüven, saygınlık veya benlik saygısı düşük olan kişilerin sıklıkla yer aldığı görülmektedir (Müderrişoğlu & ark., 2014; Özdemir & ark., 2018; Türkkkan, Odacı & Bülbül, 2021).

Çocuklarda görülen cinsel istismar vakalarında, istismarcının aile içi üyeler ya da yakın akrabalar olabileceği gibi aynı zamanda istismarcı tamamen yabancı birisi olarak da görülebilmektedir. İstismarcının akraba, çocuklar tarafından tanınan çevrede yer alan kişilerden oluşabileceğini bildiren çalışmalar oranların %40,7 ile %80 arasında değişiklik gösterdiğini bildirmektedir (Çengel, Çuhadaroğlu & Çetin, 2007; Yektaş & ark., 2018). İstismarcıların özellikleri ile ilişkili bir diğer çalışmada ise istismarcıların sıklıkla erkek (%96) ve bu kişilerin %80' inin çocuğun tanıdığı akraba ya da çevrede yer alan bireylerden oluştuğu belirtilmektedir (Hancı & Özdemir, 2002). Uluslararası düzeyde bir milyar çocuğun cinsel şiddete-istismara maruz bırakıldığı açıklanmaktadır. Kız ve erkek çocuklarında farklı olan cinsel istismar mağduriyeti oranları sırasıyla

1/5 ve 1/7 şeklindedir (WHO, 2022). Avrupa'daki çocukların ise beşte birinin cinsel şiddete maruz bırakıldığı tahmin edilmektedir (NCA, 2022). Cinsel istismar ile ilgili verilerin kısıtlı olmasının yanı sıra açıklanan rakamlar dahi oldukça çarpıcıdır. Amerika ve Kanada gibi ülkelerin de yer aldığı 19 ülkeyi kapsayacak şekilde veri değerlendirmesi yapan bir çalışmada epidemiyolojik olarak kız çocuklarının %7-36, erkek çocukların ise %3-29 oranda cinsel istismara maruz kaldığı, kızların cinsel istismar olarak daha fazla risk altında oldukları belirtilmektedir (Finkelhor, 1994). İsveç' te penetrasyon (oral, anal, vajinal) içeren cinsel istismara yönelik kız çocuklarının %2,5, erkek çocuklarının ise %0,6 oranında maruziyetlerinin olduğu bildirilmektedir (Mohler-Kuo & ark.,2014).

Ülkemizde de uluslararası düzeyde görüldüğü gibi cinsel istismar verilerinin gerçek oranları yansıtmayabileceği ve gerçekte vakaların daha çok olabileceği bildirilmektedir (ASPB, 2017). Ülkemizde gerçekleştirilen cinsel istismar çalışmalarında, çocukların %10 ila %40' ının cinsel istismara maruz kaldığı, bu çocukların ise %53' ünün 14 yaşından küçük oldukları bildirilmektedir (Erdoğan & ark., 2011). Türkiye' de penetrasyon içerikli cinsel istismar oranları, kız çocukları için %27 olarak belirtilmektedir. Türkiye' de cinsel istismar dolayısıyla muayeneye gelen kız çocuklarının penetresyon sıklığı %48,5 gibi yüksek bir oranda verilirken, tanılanıp bildirilen oranlar ise %27 şeklindedir. Bu olguların %25' inde ise fiziksel temas olmaksızın (pornografi, teşhir vb.) cinsel istismarın yaşandığı da belirtilmektedir (Bağ & Alşen, 2017). Lise öğrencilerine uygulanan bir diğer çalışmada kız çocuklarının %13,4' ünün cinsel istismara uğradığı, bu vakalarda istismarcının %50' sinin çocukların tanıdığı kişilerden oluştuğu ve

%32,4' ünün ise istismarcı hakkında konuşmak istemediği tespit edilmiştir (Alikaşifoğlu & ark., 2006). Bir diğer çalışmada ise cinsel istismara uğramış kız ve erkek çocukların oranları sırasıyla; %80,2 ve %19,8 olarak belirtilmektedir. Çocuk koruma merkezine başvuran çocuklarda da kız çocuklarının en az iki kat daha fazla oldukları görülmektedir (Soylu & ark., 2016). Çocuklarda cinsel istismar için verilen yaş ortalamalarının kız çocuklarında 15-17, erkek çocuklarında ise 7-11 aralığında sık görüldüğü belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada, çocukların yaş grubuna göre istismarcının değişiklik gösterdiği kız çocukları için 0-6 yaş dönemi daha çok baba, 7-11 yaş dönemi tanıdık birileri, 12-18 yaş ise daha sık arkadaşları tarafından cinsel istismara maruz kaldıkları bildirilmektedir (Özdemir & ark., 2018).

### **2.3. Duygusal istismar**

Çocukların büyüme ve gelişim süreçlerini sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için, tutarlı bir şekilde gerek fiziksel gerekse duygusal anlamda bakım ve desteğe ihtiyaç duyarlar. Çocuklar sevmeyi, sevilmeyi özellikle ailenin onlara gösterdiği ilgi ve özverili sevgiden öğrenirler. Bu öğrenimleri kazanan çocuklar sosyal ilişkilerin düzenlenmesi ve toplumsal uyum süreçlerini başarılı bir şekilde yönetebilirler. Bu sebeple çocuğun yetişme sürecinde çevresinde yer alan kişilerin (aile, öğretmen, arkadaşlar vs.) çocuğa gösterdiği tavır, tutum ve davranışlar çocuğun kişilik gelişiminde, sosyal ilişkilerinde ve toplumsal varoluşunda önemlidir (Zhang & ark., 2022; Wang & ark., 2024).

Duygusal istismar, çocuğun başta anne-baba olmak üzere çevresinde yer alan kişiler tarafından istek, kapasite ve ihtiyaçlarının görmezden gelinerek, tutarsız muamelelerle, tehdit edilme,

kıyaslanma, aşığılanma, kapasitesine uygun olmayacak isteklerde ya da beklentilerde bulunma gibi eylemlere maruz kalması durumu şeklinde tanımlanmaktadır. Bir diğerk tanımlamada, çocuğın sağılığına bütin açılardan (fiziksel, zihinsel, ruhsal) zarar verebilecek, onun manevi, ahlaki ve sosyal gelişimini sekteye uğratabilecek her türlü davranışa çocuğın maruz kalması durumu olarak tanımlanmaktadır (Newton ve Gavin, 2018; Wang & ark., 2024). Aynı zamanda duygusal istismarda fizikselde olduğu gibi şiddetine göre sınıflandırılabilir. Çocuğın ilgi duyduğu şeyleri yapmasının engellenmesi, aç bırakılması ihtiyaçlarının karşılanmadan azarlanması gibi davranış türleri düşük düzey sayılırken; küfür içeren sözel ifadeler, başka insanların yanındayken küçük düşürücü ve hakaret içerikli söylemlerde bulunma, kovma gibi durumlar ise yüksek düzey duygusal istismar olarak değerlendirilmektedir (Müderrisoğlu & ark., 2014).

Çocuklarda duygusal istismara sebebiyet verebilecek durumlar, çocuğa psikolojik alanda zarar veren, çocuğın davranış, duygu ve sosyal gelişim alanlarında olumsuzluk oluşturabilecek ve son olaraksa çocuğın özgüven, yetenek, başarı ve bir yere ait olma duygusunu etkileyebilecek düzeyde her türlü tutum ve davranışın bulunması durumlarıdır. Çocukların duygusal istismarında sıklıkla yapılan istismar davranışları; tutarsız bakım, herhangi bir olayda çocuğın fikrinin alınmaması, baskı yapılması, küçük düşürücü eylemlerde bulunulması, suçlayıcı bir tavırla yaklaşım, başka çocuklarla kıyas, lakap takılması, hakaret, alay, tehdit içeren söylem ve eylemler olarak sıralanmaktadır (UNICEF, 2010; Müderrisoğlu & ark., 2014).

Duygusal istismar diğer istismar türleriyle bir arada görülebilen, kapsayıcılığı olan bir istismar türüdür. İstismarın birçok türünde özellikle de fiziksel ve cinsel istismar durumlarında çocuklar genellikle duygusal istismara da maruz kalmaktadırlar. Duygusal istismar durumunda, diğer istismar türlerine kıyasla somut belirtiler bulunmamaktadır fakat duygusal istismar da çocuğun gelişim sürecini sekteye uğratarak özellikle sosyal ve toplumsal yaşam alanlarında çocukların kendilerine olan saygı ve özgüvenini olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple duygusal istismar da ocuk sağlığını tehdit eden ve toplumsal sağlığa olumsuz etkileri olan bir sorundur (Newton ve Gavin, 2018; Wang ve ark., 2024).

Duygusal istismara yönelik belirtilerin fark edilmesi dikkatli ve uzun süreli takip gerektirmektedir. Duygusal istismar özellikle çocuğun gelişim (fiziksel, sosyal) seviyesi olarak yaşıtlarında geride olmasına ilişkin bulgular içermektedir. Bunların yanı sıra çocuğun içe kapanık olması, özgüvende yetersizlik, istismarcısından gördüğü davranışları kendisi ve çevresine uygulaması (taklit etmesi), parmak emmesi, konuşma bozuklukları, göz teması kuramıyor/kurmuyor oluşu gibi sosyal iletişim becerilerinin yetersizlik, kendilerine kötü davranışlar (intihar amaçlı olmayan) sergilemeleri ve toplumsal kabulünün düşük olması, antisosyallik durumu şeklinde belirtilere sahiptir (Zhang ve ark., 2022; Wang ve ak., 2024).

Duygusal istismar, çocuğun yakınında bulunan (anne, baba, abla, abi,  ğretmen vb.) ve çocuğun üzerinde bir sıklıkla otorite veya güce sahip kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Dünya sağlık  rg t  uluslararası düzeyde çocukların %26,3' ünün duygusal olarak istismara maruz kaldıklarını bildirmektedir (WHO, 2014). Duygusal istismara uğrayan okul dönemindeki çocuklarda istenmeyen

davranışlara maruz kalma oranları her iki çocuktan birisi olarak oldukça sık olarak belirtilmektedir (UNICEF, 2010). Çin’ de gerçekleştirilen çalışmalarda duygusal istismar oranları daha az olarak verilirken bu durumun geleneksel çocuk yetiştirme algıları dolayısıyla çocukların bu davranışları istismar olarak görmediği için vakaların var olandan daha düşük olduğu düşünülmektedir (Zhang ve ark., 2022). Türkiye’ de 0-8 yaş aile içi şiddete yönelik bir araştırmada çocukların hafif ve şiddetli duygusal istismara uğrama durumları sırasıyla %73,7 ve %4,1 olarak verilmektedir. Türkiye’ de 7-18 yaş grubunda yer alan çocukların %49’ unun ev içi veya dışında duygusal istismara maruz kaldığı görülmektedir. Bu 7-14 yaş grubuna dahil kız çocukların sıklıkla arkadaş, öğretmen, anne ve babaları tarafından, aynı yaş grubundaki erkek çocukların ise sıklıkla öğretmen, arkadaş ve babaları tarafından duygusal istismara maruz bırakıldıkları belirtilmektedir (Müderrişoğlu & ark., 2014).

## **2.4. Ekonomik istismar**

Çocuklarda ekonomik istismar, çocuk haklarını tamamen ihlal edecek şekilde onların sağlığının sürdürülmesi, büyüme ve gelişme faaliyetlerini sekteye uğratacak, kapasitelerinin üzerinde işlerde düşük maliyetli iş gücü olarak görülerek çalıştırıldıkları durumları ifade etmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization-ILO, 2015) çocuk işçiliği ve dolayısıyla ekonomik istismar için, çocukları yaşamlarından alıkoyacak şekillerde, potansiyellerini ortaya çıkarmalarını engelleyen, saygınlıklarını zedeleyen, fiziksel, zihinsel ve duygusal açılardan çocuğu olumsuz etkileyecek işlerde kapasitesinin üzerinde beklentiyle çocuğun çalıştırılmasıdır, tanımlaması yapılmaktadır. Ailenin ekonomik olarak kötü durumda olması, savaş, göç, aile bireylerinin özellikle

baba ve annenin yokluğu, aile ekonomisine katkıda bulunma çabası, okul masraflarını karşılamak zorunda olması, okula gitmek istemiyor gerekçesi, geleneksel algıyla çocuğun geleceğe hazırlanılması ya da meslek kazanımı isteği dolayısıyla çocuklar ekonomik olarak istismara uğramaktadırlar (ILO, 2015; Aykaç & Murat, 2018).

Çocuğun ekonomik istismarında, çocuklar gelişimlerine zarar verecek, kapasitelerinin üstünde ve tehlikeli işlerde işçi olarak, mevsimsel tarım işçiliğinde, sokakta bir şeyler satma veya dilenme için, kâğıt toplamada, fuhuş ya da pornografi gibi amaçlarla, uyuşturucu maddelerin ticaretinde ve para karşılığında satılmaları durumları örneklerdendir. Genellikle sağlıksız koşullarda çalıştırılan bu çocukların sağlık, eğitim, gelişim hakları başta olmak üzere yaşamsal hakları ihlal edilmektedir. Çocukların ekonomik istismarı, ülkelerin gelişmişlik seviyeleriyle ters orantılı olarak değişim göstermektedir. Az gelişmiş ülkelerde ve genellikle kırsallarda çocuğun iş gücüne erken katılımı beklenmekte ve çocuklar tarlada, küçük kardeşe veya hayvanlara bakması için vs. ortamlarda sıklıkla çalıştırılmaktadır. Zaman zaman bu çalışma koşullarının gerekliliğiyle çocukların eğitim hakları da ellerinden alınabilmektedir (Aykaç & Murat, 2018; Özdemir & ark., 2018).

Küresel çapta bir sorun olan çocuk işçiliği ve dolayısıyla çocuğun ekonomik istismarı, 152 milyon çocuğu etkilemektedir. Bu çocukların 64 milyonu kız, 88 milyonunun ise erkek çocuk olduğu ve bu çocukların yaklaşık yarısının sağlık, ahlak, güvenlik olarak gelişimlerini tehdit edecek ve tehlikeli işlerde çalıştırılmakta olduğu belirtilmektedir. Uluslararası düzeyde çocukların ekonomik istihdam ve dolayısıyla istismar oranlarının 2012' den 2016 yılına

gelene dek %16,7' den %13,8' e azaltıldığı bildirilse de halen oranların oldukça yüksek olduğu görülmektedir (ILO, 2017). Bölge bazında bakıldığında ise çocuk işçiliği/istismarı açısından en yüksek oranların sırasıyla Afrika, Asya, Pasifik, Amerika, Avrupa ve orta Asya bölgelerinde olduğu belirtilmektedir (Alliance, 2017).

Ülkemizde çocukların iş gücüne katılım oranları ve ekonomik istismarı, TÜİK' nun açıkladığı raporlara göre; 6-14 yaşlarında %2,6 iken 15-17 yaş grubunda bu oran %15,6' lara kadar artış göstermektedir. Bu çocukların cinsiyete göre dağılımı ise erkek çocuklar için %68,8 iken kız çocukları içinse %31,2' dir (TÜİK, 2013). Yasal düzenleme ve önlemlerle birlikte yıllar içerisinde bu oranlarda olumlu yönde değişiklikler yaşanmış ve 2014 yılında bu rakamlar %29,4 olarak bildirilirken 2016 yılına gelindiğinde %27,8 şeklinde belirtilmiştir (TÜİK, 2017). Kız çocukları için ayrıca tehdit oluşturan fuhuş bağlamında ekonomik istismar ise %4,4 oranlarında görülmektedir (Özdemir & ark., 2018).

## **2.5. Çocuk ihmali**

Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin bilerek ya da özensizlikten dolayı, çocuğun beslenme, temizlenme, barınma, korunma gibi temel fiziksel ihtiyaçlarının, sevgi, ilgi, duygusal bağlanma, şefkat gibi duygusal ihtiyaçlarının, gelişim takibi, sağlığın sürdürülmesi ve hastalık gibi durumlarda tıbbi ihtiyaçlarının çocuğun gelişimini engelleyecek biçimlerde eşit hak ve özgürlüklerden çocuğun yoksun bırakılması, bütün bunların yanı sıra çocukların fiziksel, duygusal ve entelektüel kapasitelerine ulaşmalarının önünde engel teşkil edebilecek davranışlarda bulunulması durumu çocuk ihmali olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (2006) ihmali, çocuğun gıda, sağlık, barınma, eğitim,

giyim gibi fiziksel ve tıbbi ve duygusal gelişim gibi alanlarda ihtiyaç duyabilecekleri her türlü gereksinimlerin, onların anne/baba/bakım vericisi tarafından karşılanmaması durumu olarak tanımlamaktadır. İhmal uluslararası çapta en yaygın olan istismar biçimlerinden birisidir ve mağdur çocukların %74' ünün ihmale uğradığı belirtilmektedir (NCA, 2022). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu ise mağdur çocukların %25' inin aynı zamanda ihmale maruz bırakıldıklarını açıklamaktadır (UNICEF, 2010). Çocukların mağduriyet yaşadıkları ihmal türleri, fiziksel, duygusal, cinsel, eğitimsel ve tıbbi alanlarda gerçekleştiği görülmektedir.

Fiziksel ihmal, çocukların gıda alımı, barınma, giyinme gibi alanlarda, yaşamsal düzeylerde ihtiyaç duyabilecekleri her türlü ihtiyaçlarının tedarikinde yetersizlik bulunması durumudur. Fiziksel ihmal mağduru çocuklarda genellikle fiziksel gelişme geriliği yaşamakta, temizliklerinin tam sağlanmadığı için kötü kokular (ter, idrar vs.) içerisinde, yırtık, eski, bedeni ve aynı zamanda mevsime de uygun olmayan elbiseler içerisinde, yaşadıkları evler oldukça kötü, çocukların yaşamasına uygun olmayan (camları kırık, güvenlik önlemleri yetersiz vs.) ortamlarda yaşamlarını sürdürmektedirler (Hergüner & ark., 2016). Duygusal ihmal, çocuğun duygusal anlamda gelişimi için ihtiyaç duyabileceği her türlü sevgi, ilgi, şefkat, destek ve gözetimden yoksun olması durumu şeklinde tanımlanmaktadır. Bu çocukların ebeveynlerinin çocuğun bu ihtiyaçlarına karşı ilgisiz, reddedici ve çocuğu görmezden gelme gibi davranışlar içerisinde oldukları belirtilmektedir (Müderrişoğlu & ark., 2014). Çocuğun yaşına uygun olacak şekilde gerekli olabilecek cinsel gelişim süreçleri ve cinsel eğitimin verilmemesi durumu cinsel ihmal olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda çocuğun

cinsiyetine göre giydirilmemesi, cinsellikle ilgili sorularına yaşına uygun cevapların verilmemesi de ihmale dahil edilebilmektedir. Bu ihmal bazen bilgi yetersizliği bazense toplumsal tabulardan dolayı da görülebilmektedir. Çocuğun yaşı dahilinde okula gönderilmemesi ya da herhangi bir sorun yokken geciktirilmesi eğitim alanında yapılan ihmallerdendir. Bunların yanı sıra; çocukların sebepsiz yere sık tekrarlayan devamsızlıklarının görmezden gelinmesi, öğrenmede güçlük çeken ya da mental/motor alanlarda dezavantajlı olan gruplarda özel gereksinim ihtiyacının karşılanmaması durumu da eğitim ihmaline dahil edilmektedir. Çocuğun ücretsiz sağlık takibinin yapılacağı ya da hastalandığı durumlarda gerekli tıbbi yardıma çocuğun ulaştırılmasının sağlanmaması ya da geciktirilmesi, tedavinin reddi ya da tamamlanmaması durumları tıbbi ihmal olarak kabul edilmektedir (Hergüner, 2011; Aktay, 2020; UNICEF, 2021; WHO, 2022; UNICEF, 2024).

### **3. Çocuk istismar ve ihmaline ilişkin koruma yöntemleri**

Çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesi toplumsal bir sorundur ve toplum içerisinde yaşayan her bireyin bu sorunun çözümü için üzerine düşen görevler vardır. Her türlü istismar belirtisinin bütün bireylerce bilinmesi, bu konudaki farkındalığın arttırılması önem arz eder. İstismarla ilgili süreçlerde çok sayıda mesleki disiplin üyesinin bir arada uyumlu bir şekilde çalışması sonucunda önlem ve koruma sağlanabilmektedir. Çocuk istismarı ile ilgili çalışmalar ilgili disiplinlerce birincil, ikincil ve üçüncül koruma yöntemleri olarak üç aşamada sürdürülmektedir. Birincil koruma yöntemleri daha çok istismar ve ihmalin henüz ortaya çıkmadan önce risk gruplarının tespitiyle birlikte gerekli önlemlerin alınması şeklinde gerçekleştirilmektedir. İkincil koruma yöntemleri, sıklıkla istismar

ve ihmalin oluştuğu durumlarda mağdur çocuğun tanı, tedavi ve istismarcıdan korunması ile ilişkili mşdahaleleri içermektedir. şncşl koruma mşdahalelerinde ise istismar ve ihmalin tespiti sonrasında çocuğa ileriye dşnşk kalıcı olumsuz etkilenme durumlarının önlenmesi için uygulanması gereken rehabilitasyon sşreleri gerçekleştirilmektedir (Bağ & Alşen, 2017; Malgaz Gşlş & Acemioğlu, 2020).

Birincil koruma eylemlerinde önemli olan istismar ve ihmalin oluşmaması, çocukların mağdur olmaması için bireysel ve toplumsal farkındalığın arttırılmasına yşnelik eylemleri kapsamaktadır. Kşltşrel olarak değişiklik gşsteren normlarda istismar ve ihmalin çoğu kez normal karşılıandığı gşrşlmektedir. Bu sebeple özellikle çocukların farkındalıklarının arttırılması gerekmektedir. Çocukların yaş ve gelişim özelliklerine uygun olarak istismar ve ihmal tşrleri hakkında gerekli eğitimler planlanmalıdır. Böyle bir durumla karşılaşmaları halinde irtibat kurabilecekleri kişiler (gşvenli evre) ya da kurumlar eğitime dāhil edilmelidir. Çocukların en çok gşvenebileceği kişiler anne/ babalarıdır. Bu sebeple ocuk sahibi olmaya aday anne ve babaların istismar ve ihmal konusunda bilinçlendirilmesi oldukça önemlidir (Malgaz Gşlş & Acemioğlu, 2020). Anne ve baba adaylarına bu konuyla ilgili verilen eğitimler, aileden başlayarak toplumun bilinçlenmesine katkı sağlayabilir. Aynı zamanda çocukla birebir teması kreş ya da yurt gşrevlileri, ğretmen ve sağlık profesyonelleri (hemşire, hekim vb.) gibi grupların da her tşrlş istismar ve ihmal konusunda bilinçli olmaları önemlidir. Bu gruplar için planlanacak birebir eğitimler ve kitle iletişim araçlarının (tv, sosyal medya vs.) kullanımı bilincin arttırılmasında yarar sağlayabilecek diğer girişimlerdenidir. Aynı

zamanda riskli grupların tespitinde ve alınabilecek önlemlerde sosyal hizmet uzmanlarının durumdan haberdar edilmesi, çocuğun ifadesinin yetersiz olduğu durumlarda ve gerekirse psikolog vb. uzmanların desteği de alınmalıdır (Hergüner & ark., 2011; Aktay, 2020; Malgaz Güçlü & Acemioğlu, 2020).

İstismar ve ihmal durumlarında, bu durumların mümkün olan en kısa sürede tespit edilmesi, ilgili birimlere durumun rapor edilmesi, çocuğun istismarcıdan hızlıca uzaklaştırılması, çocuğun tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin erken dönemde başlatılması durumunda çocuğun bu durumdan göreceği olumsuz etkilenim düzeyi azaltılabilmektedir. İstismar ve ihmal durumlarında çocuğa hassas yaklaşılmalı, etik, ahlaki ve yasal sorumluluklar eksizsiz şekilde yerine getirilmeli ve bu süreçte çocuğa iyi geleceği düşünülen ya da gerekli olan bütün disiplinler (çocuk psikoloğu, sosyal hizmet uzmanı, hekim, hemşire vs.) ekibe dahil edilmelidir. Aile içi istismar ve ihmallerde ise çocuğun koruyucu kurumlara sevki gerçekleştirilmelidir (Bağ & Alşen, 2017; Özçetin, 2024).

Üçüncül koruma sürecinde yer alan rehabilitasyon, çocuğun varsa travmayı atlatması, kalıcı hasarlar oluşmasının önüne geçilmesi, çocuğun kendini suçlama ya da sosyal izolasyonu gibi durumlar söz konusuysa onların azaltılması gibi eylem planları yer almaktadır (Müderrişoğlu & ark., 2014).

#### **4. Çocuk istismar ve ihmaliinde sağlık çalışanlarının rolü**

Pediatrici alanında çalışan hekim ve hemşireler istismar ve ihmaliin belirtilerini çok iyi bilmesi gereken sağlık mensubu kişilerdir. Özellikle hemşireler çocukla geçirilen süre ve birebir temas halinde çalıştıkları için bu durumların tespitini yapma

konusunda daha fazla özverili çalışmak durumundadırlar. İstismar konusunda özellikle de önlem faaliyetlerinde, toplumun bilinçlendirilmesi için gerçekleştirilecek her türlü eylem ve eğitim (gerek kurum içi gerekse kurum dışı) faaliyetlerinde pediatri hemşirelerinin yer almaları gerekmektedir (Aktay, 2020).

Bu süreçte öncelikle;

- İstismar ve ihmale ilişkin sorun tespitlerinin yapılması,
- Sorunla ilişkili olan kişilerin belirlenmesi, olayın neden ve risk faktörlerinin saptanması,
- Çocuk için ortaya çıkabilecek risklerin en aza indirgenerek gerçekleştirilecek girişimlerin planlanması, test edilmesi ve uygulamaya geçilmesi,
- İlgili kurumların süreçten haberdar edilmesi ve sektöriyel iş birliği ile tedavinin
- İlgili kurumların haberdar edilmesi ve gerekli sektörlerle iş birliği halinde çalışılması,
- Yapılan girişimlerin etkinlik boyutlarının raporlanması (Türkkan, Odacı & Bülbül, 2021; WHO, 2022).

Her yaş dönemi ve istismar türünde ortaya çıkabilecek belirtiler farklıdır. Bu sebeple istismarın bütün tür ve yaş dönemlerine ilişkin bilgi hakimiyeti vakaların gözden kaçırılma ihtimalini azaltır ve bu sağlık profesyonellerinin sorumluluğundadır. İfade yetersizliği bulunan küçük yaş grubundaki çocuklarda nöromotor değerlendirme ve fiziksel belirtilerin takibi önceliklidir. Sözel olarak ifadesi gelişmiş çocuklarda ise çocukların beyanlarının

önceliğe alınması gerekmektedir. Çocuklar her zaman böylesi bir durumu ifade edemeyebilir, bu durumlarda da iyi bir gözlemlerle davranışsal farklılıkların tespit edilmesi, gerekli görülen durumlarda mahremiyete dikkat edilerek hassas ve özverili bir muayene gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Adolesan grupta ise sözel ifadelerle titizlikle dikkat edilmeli bir yetişkin gibi değerlendirilerek yargılamadan, tekrarlara girmeden mahrem bir ortamda görüşülmesi gerekmektedir. Riskli, kötü alışkanlıklar, kendisine ve çevresine zarar verme davranışları içerisinde olan adolesanların değerlendirmelerinde ise daha dikkatli olunması gerekmektedir (Özden & Yıldırım, 2009; Türkkan, Odacı & Bülbül, 2021; Özçetin, 2024).

İstismara uğramış çocukların titizlikle bir değerlendirme yapılmadan ya da bilgi yetersizliği dolayısıyla yapılamadan evlerine geri gönderildiği durumlarda, çocuğun mağduriyetinin devam ettiği ve bu çocukların %35-50' sinin çocukta ciddi hasarlar bırakacak şekilde davranışlara maruz kaldığı, %5-10' unun ise infaz edildiği bildirilmektedir (Acehan & ark., 2013). Bu sebeple değerlendirme süreci kısa sürede ve büyük bir titizlikle uzman ekip üyeleri kontrolünde yönetilmeli ve eğer gerek görülürse çocuklar ilgili kurumlarca koruma altına alınmalıdır. Bu sürecin yönetim sürecinde hemşirelere koordinasyon anlamında büyük görevler düşmektedir (Akbaba & ark., 22).

İstismar mağduriyeti bulunan çocukların hastaneye başvuru nedenlerinin genellikle başka bir sebeple gerçekleştiği görülmektedir. Mağdur çocuk genellikle kaza öyküsüyle hastaneye getirilirken, anlatılan öyküde tutarsız ifadelerin bulunması durumu, aile ve çocukta şüpheli davranışların olması durumlarında durum

ilgili birimlere rapor edilmelidir. Özellikle anne ya da babanın istismarcı olduğu vakalarda bu raporlamalar istismarın tekrarının önlenmesi için önem arz etmektedir. Raporlama işleminin sonrasında ekiple iş birliği içerisinde çocuğun yararı ilkesi kapsamında gerekli görev ve sorumluluklar sürdürülmelidir. İstismar vakalarının bildirilmesine ilişkin zaman zaman sağlık profesyonellerinin de zorluk yaşadığı bildirilmektedir. Bu zorluğun sebeplerindeyse özellikle istismar belirtilerinin her zaman belirgin olmayışı, ihmal, kesin kanıt sunmayacak şüpheler durumunda tereddütler yer almaktadır. Özetle istismarın önlenmesinde sağlık profesyonellerinin eğitim ile farkındalığın artırılması hususunda, tespit, önlem, ilgili kurumları haberdar etme, ilgili kurumlara sevk ve diğer ekip üyeleri (çocuk psikiyatrist, çocuk gelişimci, toplum ruh sağlığı merkezi çalışanları, doktorlar, pediatri hemşireleri, emniyet teşkilatı, savcılık vs.) ile iş birliği işlemlerinde titizlikle görevlerini icra etmeleri gerekmektedir (Türkkan, Odacı & Bülbül, 2021; Akbaba & ark., 2022; Özçetin, 2024).

## 5. Kaynaklar

Acehan, S., Bilen, A., Ay, M.O., Gülen, M., Avcı, A. & İçme, F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 22(4), 591-614.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2017). *İstismar ile mücadele rehber kitapçığı*. (10/10/2024 tarihinde <https://www.aile.gov.tr/media/2499/cocuk-bakim-kuruluslarinda-calisan-personele-yonelik-istismarla-mucadele-rehber-kitapciği.pdf> adresinden ulaşılmıştır)

Akbaba, M., Isır, A.B., Şaştım, M.U. & Tataroğlu, Z. (2022). Çocuğun tekrarlayan fiziksel istismarında hekim yaklaşımının önemi ve geciken mahkeme kararı neticesinde meydana gelen cinsel istismar: Olgu sunumu. *The Bulletin of Legal Medicine*. 27(2), 201-206.

Aktay, M. (2020). İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki etkileri ve tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*. 182), 169-184.

Alliance. (2017). *Regional brief for Asia and the Pacific, 2017. Global estimates of modern slavery and child labour*. (6/11/2024 tarihinde [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_norm/@ipec/documents/publication/wcms\\_597873.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@ipec/documents/publication/wcms_597873.pdf) adresinden ulaşılmıştır)

Aykaç, M. & Güven, M. (2018). Sürdürülebilir kalkınma 2030 gündemi bağlamında çocuk işçiliğinin önlenmesinde sosyal koruma tabanları. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, Özel sayı, 93-118.

Bağ, Ö. & Alşen, S. (2017). Çocuk izlem merkezinde cinsel istismarın değerlendirilmesi: Bir merkezin bir yıllık deneyimi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 18(1), 62-68.

Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, (2010). *Türkiye’ de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması*. (10/10/2024 tarihinde <https://www.unicef.org/turkiye/media/5221/file/%20T%C3%9CRK%20C4%B0YE'DE%20C3%87OCUK%20C4%B0ST%C4%B0SMARI%20VE%20A%C4%B0LE%20C4%B0C3%87%C4%B0%20C5%9E%C4%B0DDET%20ARA%C5%9ETIRMASI%20-%20C3%96zet%20Raporu%202010.pdf> adresinden ulaşılmıştır)

Birleşmiş Milletler, (2017). *Celebrating childhood report*, (10/10/2024 tarihinde <https://sustainabledevelopment.un.org/index.php?page=view&type=400&nr=2467&menu=35> adresinden ulaşılmıştır)

BM (1948). *İnsan hakları evrensel bildirgesi*. (12/11/2024 tarihinde <https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannames/> adresinden ulaşılmıştır)

Butchart, A., A. Phinney Harvey, M. Mian, T. Furniss, T. Kahane, W.H. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. (2/10/2024 tarihinde <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-child-maltreatment-a-guide-to-taking-action-and-generating-evidence> adresinden ulaşılmıştır)

Cengel-Kültür, E., Cuhadaroğlu-Cetin, F. & Gökler, B. (2007). Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turk J Pediatr*, 49(3), 256-62.

Çavuşoğlu, H., (2013). *Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği*. Ankara. Sistem Ofset, 19-30.

Çocuklara Yönelik Zulmü Önleme Ulusal Derneği, (2017). *Child protection plan and register statistics UK: 2012-2016. The National Society for the Prevention of Cruelty to Children*. (24/10/2024 tarihinde <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/statistics-and-information/child-protection-register-statistics-united-kingdom.pdf> adresinden ulaşılmıştır)

Erdoğan, A., Tufan, E., Karaman, M.G. Atabek, M.S., Koparan, C. Özdemir, E., Çetiner, A.B. & et al. (2011). Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 55-61.

Erkut, Z., Balcı, S. & Yıldız, S., (2017). Tarihsel süreç içinde çocuk. *Çocuk ve Medeniyet*, 1, 17-21.

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 18(5), 409- 17.

Hergüner, S. (2011). *Çocuk hakları açısından çocuk ihmali ve istismarı el kitabı*. İstanbul, Çocuk Vakfı Yayınları, 42-54.

ILO (2015). *Child labour. 2015*. (4/11/2024 tarihinde <https://www.ilo.org/publications/world-report-child-labour-2015-paving-way-decent-work-young-people-0> ulaşılmıştır)

ILO. (2017). *Global estimates of child labour: Results and trends, 2012-2016*. International Labour Office, Geneva.

Lambert, T., (2008). *A brief history of children*. (4/10/2024 tarihinde <http://www.localhistories.org/children.html> adresinden ulaşılmıştır)

Malgaz Güçlü, D. &Acemioğlu, R.(2020). Erken çocukluk döneminde yaşanan fiziksel istismar: nitel bir araştırma. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(4), 97-111.

Mohler-Kuo, M., Landolt, M.A., Maier, T., Meidert, U., Schönbucher, V., Schnyder, U. & et al. (2014). Child sexual abuse revisited: a population-based cross-sectional study among Swiss adolescents. *J Adolesc Health*, 54,304-311.

Müderrişoğlu, S., Dedeoğlu, C., Akço, S. & Akbulut, B. (2014). *Türkiye'de 0-8 Yaş Arası Çocuğa Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*. Bernard van Leer Vakfı, Hümanist Büro ve Frekans Araştırması, İstanbul.

National Children's Alliance, (2022), *National statistics on child abuse*. (7/10/2024 tarihinde <https://www.nationalchildrensalliance.org/media-room/national-statistics-on-child-abuse/#effects> adresinden ulaşılmıştır)

Özçetin, M. (2024). *Çocuğun fiziksel istismarı*. Her Yönüyle Çocuk İstismarı ve İhmalı, Türkiye Klinikleri, Ankara, 9-12.

Özdemir, G., Cesur, G., Ünal Yarar, G., Sezerol, M.A. & Malkoç, G. (2018). İstanbul ili örnekleminde cinsel istismar mağduru çocuk ve erkeklerin sosyodemografik ve klinik özellikler açısından incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 25(2), 141-158.

Özden, D. & Yıldırım, N. (2009). Adli vakaya hemşirelerin yaklaşımı, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 73-81.

Soylu, N., Ayaz, M., Gökten, E. S., Alpaslan, A. H., Dönmez, Y. E., Özcan, Ayaz & Tufan, (2016). Gender differences in sexually abused children and adolescents: a multicenter study in Turkey. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(4), 415-427.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Alink, L.R. & Van Ijzendoorn, M.H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of metaanalyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50.

Tıraşçı, Y. & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.

TÜİK. (2013). *Çocuk işgücü anketi sonuçları*, (4/12/2024 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuk-Isgucu-Anketi-Sonuclari-2012-13659> adresinden ulaşılmıştır)

TÜİK. (2017). *İstatistiklerle çocuk*, (4/12/2024 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Statistics-on-Child-2017-27596> adresinden ulaşılmıştır)

TÜİK, (2022). *Güvenlik birimine gelen veya getirilen çocuk istatistikleri*, (4/10/2024 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Güvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2022-49662> adresinden ulaşılmıştır)

Türkkan, T., Odacı, H. & Bülbül, K. (2021). Çocuk istismarı ve ihmali anlamak: Ekolojik bir yaklaşım. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(2), 709- 728.

Uğur, S. B., (2018). Childhood perception and child rearing practices shaped from past to present. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 45, 227-247.

UNICEF, 2010, *Türkiye' de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması*. (10/11/2024 tarihinde <https://www.unicef.org/turkiye/media/5221/file/%20T%C3%9CRK%C4%B0YE'DE%20%C3%87OCUK%20%C4%B0ST%C4%B0SMARI%20VE%20A%C4%B0LE%20%C4%B0C3%87%C4%B0%20%C5%9E%C4%B0DDET%20ARA%C5%9ETIRMASI%20-%20%C3%96zet%20Raporu%202010.pdf> adresinden ulaşılmıştır)

UNICEF (2018). *Data*, (10/11/2024 tarihinde [https://data.unicef.org/resources/data\\_explorer/unicef\\_f/?ag=UNICEF&df=%20GLOBAL\\_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.PT\\_ADLT\\_PS\\_NEC..&startPeriod=2015&endPeriod=2018](https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=%20GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.PT_ADLT_PS_NEC..&startPeriod=2015&endPeriod=2018) adresinden ulaşılmıştır)

UNICEF (2021). *Prohibiting all corporal punishment of children: laying the foundations for non-violent childhoods*. (10/11/2024 tarihinde <https://endcorporalpunishment.org/wp-content/uploads/2021/04/Prohibiting-all-corporal-punishment-of-children-laying-the-foundations-for-nonviolent-childhoods.pdf> adresinden ulaşılmıştır)

UNICEF (2023), *Data*. (10/11/2024 tarihinde [https://data.unicef.org/resources/data\\_explorer/unicef\\_f/?ag=UNICEF&df=%20GLOBAL\\_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.PT\\_CHLD](https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=%20GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.PT_CHLD)

## 1-14 PS-PSY-

V\_CGVR..&startPeriod=2015&endPeriod%20=2018%20United%20Nations%20Children%E2%80%99s%20Fund,%20A%20Familia r%20Face:%20Violence%20in%20the%20Lives%20of%20Chldre n%20and%20Adolescents adresinden ulaşılmıştır)

UNİCEF, (2024). *Özet bilgiler*. (12/12/2024 tarihinde <https://www.unicef.org/turkiye/bas%C4%B1n-b%C3%BCltenleri/%C3%B6zet-bi%CC%87lgi%CC%87ler-%C3%A7ocuklara-y%C3%B6nelik-%C5%9Fiddet-artmaya-devam-ederken-bu-durum-d%C3%BCnya> adresinden ulaşılmıştır)

Wang, X., Xie, R., Wang, S., Zhang, R., Li, W., Ding, W., 2024, The impact of childhood emotional abuse on the developmental trajectory of non-suicidal self-injury in adolescents: The mediating role of self-compassion and peer attachment, *Child Abuse & Neglect*, 158, 107098.

WHO. (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. (1/9/2024 tarihinde <https://www.who.int/publications/i/item/9241562072> adresinden ulaşılmıştır)

WHO. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. (12/10/2024 tarihinde <https://iris.who.int/handle/10665/43499> adresinden ulaşılmıştır)

WHO. (2014). *Uluslararası şiddet durum raporları*. (6/10/2024 tarihinde [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Global%20status%20report%20on%20violence%20prevention%202014&publicatio](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Global%20status%20report%20on%20violence%20prevention%202014&publicatio)

n\_year=2014&author=W.H.%20Organization adresinden ulaşılmıştır)

WHO. 2022, *Çocuk istismarı*. (6/10/2024 tarihinde <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> adresinden ulaşılmıştır)

Yektaş, Ç., Tufan, A.E., Büken, B., Çetin, N.N. & Yazıcı, M. (2018). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde istismar ve istismarcıya ilişkin özelliklerin ve psikopatoloji ile ilişkili risk etkenlerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,19(1), 505-508.

Zhang, R., Xie, R., Ding, W., Wang, X., Song, S. & Li, W. (2022). Why is my world so dark? Effects of child physical and emotional abuse on child depression: The mediating role of self-compassion and negative automatic thoughts, *Child Abuse & Neglect*, 129, 105677.

## BÖLÜM VI

### Serebral Palsili Çocuklarda Refleksolojinin Uygulanması

**Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU<sup>1</sup>**  
**Sultan GÜNER BAŞARA<sup>2</sup>**

#### Giriş

Serebral palsy (SP), anne karnında ya da yenidoğan döneminde gelişmekte olan beyinde meydana gelen, kalıcı hasar nedeniyle ortaya çıkan ancak ilerleyici olmayan, hareket ve duruş gelişimini etkileyerek aktivite kısıtlılıklarına yol açan bir rahatsızlıktır (Chambers & Chambers, 2020; Ferriero & Arn, 2020; Himmelmann & Panteliadis, 2018). SP'li çocuklar, hareket, duruş ve kas tonusunda bozuklukların yanı sıra, motor ve duyuusal problemler

---

<sup>1</sup> Arş. Gör. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın/Türkiye, Orcid: 0000-0003-2920-4819, [bircan5@gmail.com](mailto:bircan5@gmail.com)

<sup>2</sup> Dr.Öğr. Üyesi., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tokat/Türkiye, Orcid: 0000-0002-0665-5396, [sgune6377@hotmail.com](mailto:sgune6377@hotmail.com)

ile bunlara bağlı ikincil sorunlar da yaşayabilir. Bu çocuklarda epilepsi, zihinsel gerilik, işitme ve görme bozuklukları, duyu-sal-motor algı problemleri, ağrı, davranışsal sorunlar ve diğer vücut sistemlerine ilişkin rahatsızlıklar oldukça yaygındır. Ayrıca, beyindeki hasara bağlı olarak disfaji, beslenme paternindeki bozukluklar, kusma, kronik kabızlık, uyku sorunları ve salya akıntısı gibi problemlere de sıklıkla rastlanmaktadır (Himmelman & Panteliadis, 2018; Chambers & Chambers, 2020; Ferriero & Arn, 2020). Bu tür ikincil sorunlar, SP’li bir çocuğa sahip ailelerin yaşamını büyük ölçüde etkileyerek ebeveynler üzerinde ciddi bir stres kaynağı oluşturur. Ebeveynler, çocuklarının yaşam boyu sürecek bu rahatsızlığı nedeniyle, kendi bakım verememe durumlarında çocuğun öz bakımının yeterince karşılanamayacağı endişesi gibi zor kabul edilebilecek ve üstesinden gelinmesi g problemlerle karşılaşırlar. Gün boyunca çocuğunun ihtiyaçlarını karşılayan bir annenin gece boyunca dinlenememesi de ruhsal olarak yıpranmalarına neden olur. Yapılan araştırmalar, SP’li çocuğu olan ailelerin, normal gelişen çocuğu olan ailelere kıyasla daha yüksek stres seviyelerine sahip olduğunu ve zihinsel sağlıklarının daha fazla etkilendiğini ortaya koymuştur (Wayte & ark, 2012; Guillamn & ark, 2013; Himmelman & Panteliadis, 2018; Ferriero & Arn, 2020). Aileler, çocuklarının yaşadığı sorunlara yönelik yaşam boyu farklı tedavi yöntemleri arayışında olurlar. SP rehabilitasyonunda, geleneksel tedavi yaklaşımlarına ek olarak tamamlayıcı ve alternatif

tedavi yöntemleri de aileler tarafından sıklıkla tercih edilmektedir. Yapılan bir çalışmada, nörolojik sorunu olan çocukların alternatif yöntemleri sık kullandığı ve bu yöntemler arasında refleksoloji uygulamasının üçüncü sırada olduğu belirtilmiştir (Low & ark, 2008).

Refleksoloji, yetişkinler üzerinde farklı problemlere yönelik uygulanmış ve bu uygulamaların sonuçları raporlanmıştır. Multipl skleroz, perimenstrüel yakınmalar, astım, gibi durumların yanı sıra, ağrı, yaşam kalitesi, yorgunluk, anksiyete, uyku düzeni ve hipertansiyonu olan hastalarda refleksoloji çalışıldığı görülmektedir (Özdemir, 2011; Yılar, 2014; Alan, 2015; Avcı, 2015; Aydın, 2015; Doğan, 2015; Gözüyeşil, 2015; Metin, 2015; Ünal, 2015; Bakır, 2016; Kizir, 2016; Kurt, 2016; Polat, 2016; Güven, 2017; Esmel-esmel & ark, 2017; Zengin, 2017; McCullough & ark, 2018; Rameznibadr & ark, 2018; Shahsavari & ark, 2018; Kapila & ark, 2019; Silverdale, 2019; Büyükbayram & Ayık, 2021). Refleksolojinin SP'li çocuklar arasında oldukça yaygın bir kullanım alanı olmasına rağmen, bu yöntemin SP'li çocuklar üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Hasta ve sağlıklı yetişkinler üzerinde yapılan çalışmaların olumlu etkileri göz önüne alındığında, refleksolojinin SP'li bir çocuğun adım atmasına, konuşma yeteneğinin gelişmesine, algısının artmasına, spastisitenin azalmasına, kabızlık probleminin çözülmesine ve yeme-içme süreçlerinin kolaylaştırılmasına katkı sağlayabileceği

düşünülmektedir. Bu doğrultuda, bu bölüm SP'li çocuklarda refleksoloji uygulamasının etkilerini incelemek amacıyla ele alınmıştır.

## **Serebral Palsi**

SP, etiyojisi, türleri ve şiddeti açısından farklılıklar gösteren, kalıcı ve yaşam boyu süren bir rahatsızlıktır. Beynin motor bölgelerinde oluşan lezyonlar nedeniyle gelişir ve çocukların normal gelişim süreçlerini etkileyerek motor fonksiyon ve postür bozukluklarına neden olur. SP, en yaygın nörogelişimsel yetersizliklerden biridir (Chambers & Chambers, 2020; Milićević, 2022).

SP'li çocuklarda motor gelişimin primer unsuru olan motor fonksiyonlar, lezyonun şiddetiyle orantılı olarak gecikir ve sorunlu bir şekilde gelişir (Chambers & Chambers, 2020; Ferriero & Arn, 2020; Himmelmann & Panteliadis, 2018). İlk bakışta ana sorun motor problemlerdir. Ancak motor problemlerin yanı sıra SP'ye epileptik nöbetler, bilişsel engellilik, diş, görme, işitme, solunum, gastrointestinal, üriner, kas-iskelet, oral motor, uyku ve davranış sorunları ile ağrı ve disfaji gibi sorunlar eşlik edebilir (Himmelmann & Panteliadis, 2018; Chambers & Chambers, 2020). SP, birçok sistemi etkileyen bir rahatsızlık olup, rehabilitasyon süreci; medikal ve cerrahi tedavi yöntemleri, fizyoterapi, ergoterapi, alçı, ortez ve diğer yardımcı cihazlar, konuşma ve dil terapisi, rekreasyonel

aktiviteler, okul desteği, eğitim ve psikososyal yaklaşımlar gibi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir (Himmelman & Panteliadis, 2018).

## **Refleksoloji**

Refleksoloji, rahatlamayı artırmak için belirli refleks noktalarına basıncı uygulayarak yapılan, bütünsel iyileştirme sağlayan ve enerji dengesini yeniden kurmayı hedefleyen tamamlayıcı bir terapi yöntemidir (Magill & Berenson, 2008; Yüksel 2021). Refleksoloji, salgı bezleri, vücut bölgeleri ve organlar ilişkili refleks noktalarına elle uygulanarak yapılan, kişinin ellerine, ayaklarına ve kulaklarına dokunarak vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardımcı olan bir tekniktir (Livanelioğlu ve Günel, 2009; Yalçıner, 2017). Bu yaklaşıma göre, kulaklar, eller ve ayak tabanlarında her vücut bölümüne karşılık gelen bir sinir noktası bulunur. Her organın, kulaklarda, ellerde ve ayak tabanlarında yer alan bu sinir noktalarına yapılan uyarılar ilgili bölgeyi harekete geçirir (Yalçıner, 2017).

Uygulayıcılar, genellikle daha kolay erişilebilir, daha duyarlı ve daha geniş alanlara sahip olduğu için ayaklar ile çalışmayı tercih ederler. Ancak ayak masajı ile refleksoloji birbirinden farklıdır. Refleksolojide kullanılan teknikler, klasik masajdan farklı olup, solucan hareketini andıran bir yönelimle yapılır (Gözüyeşil, 2015). Tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak kullanılan refleksoloji,

vücudun kendi iyileşme mekanizmasını aktive ederek fizyolojik bir rahatlama sağlar. Refleks noktalarına elle yapılan uyarılarla sinirler ve kan dolaşımı uyarılır, bu da refleksolojinin temel prensibini oluşturur. Refleksoloji, holistik bir dengeleme tedavisi olarak tanımlanır (Yalçiner, 2017).

Refleksoloji, yan etkisi olmayan ve invaziv olmayan, bütünsel bir tedavi yöntemidir. Tanı koymak ya da hastalığı tek başına tedavi etmek için kullanılmaz. Ana amacı, hastalığın yol açtığı ikincil sorunları hafifletmek, rahatlama sağlamak ve vücudun dengeyi yeniden kurmasına yardımcı olmaktır (Wang & ark., 2008). Ucuz, etkili ve kolay uygulanabilen bir yöntem olup, hemşirelik girişimi olarak da kullanılabilir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011; Dikmen, 2023).

Ülkemizde tamamlayıcı tedavilerle ilgili yapılan çalışmaların sayısı sınırlıdır. Bu durum, tamamlayıcı tedavilere olan güven eksikliğinden, bu tedavilerin yeterince bilinmemesinden ve uygulayıcı profesyonel sayısının az olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, tamamlayıcı tedavi kullanımıyla ilgili net veriler yoktur (Cole & Shanley, 2002; Özçelik & Fadıloğlu, 2009). Hemşireler tarafından kullanılan tamamlayıcı tedaviler üç gruba ayrılmıştır (Cole & Shanley 2002; Khorshid & Yapucu, 2010). Refleksoloji, hemşirelerin doğrudan uygulama yapabildikleri terapiler arasında birinci grupta yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ne göre (tarih: 27 Ekim 2014, sayı: 9158) bu tür uygulamalar yalnızca Bakanlıkça yetkilendirilmiş ünitelerde, sertifikalı tabipler ve diş tabipleri tarafından yapılabilir. Ayrıca, bu alanda temel eğitimi olan sağlık çalışanları, sertifikalı tabiplere yardımcı olabilirler. Aynı yönetmeliğin eklerinde ise, refleksoloji uygulamasının sertifikalı tabipler ve tabip gözetimindeki sertifikalı sağlık meslek mensupları tarafından yapılabileceği belirtilmektedir (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 2014). 19/04/2011 tarihinde yayımlanan 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi'nin görev, yetki ve sorumlulukları arasında hemşirelerin, bireylerin kullandığı ilaçlar, bitkiler, vitaminler, alternatif tedaviler ve besinsel destekler gibi alternatif uygulamaları değerlendirebileceği belirtilmiştir. Ayrıca hemşirelerin masaj, manevi destek, anksiyeteyi azaltma, gevşeme teknikleri ve terapötik dokunma gibi hemşirelik girişimlerini uygulama yetkisine sahip oldukları da ifade edilmiştir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011). Hemşirelerin bu alanda kendini geliştirmesi, tamamlayıcı tedavileri öğrenmesi ve hastalarına uygulayabilmesi önemlidir (Karayağız Muslu & Öztürk, 2008; Akkuş Topçu, 2009; Turan & ark., 2010; Çevik, 2013; Büyükbayram & Ayık, 2021; Dikmen, 2023).

Son yıllarda yapılan araştırmalar, refleksolojinin yorgunluk, uykusuzluk, anksiyete, depresyon, dispne, migren ağrılarını, romatizmal kas ağrılarını, spazmlar, bulantı, kusma, kabızlık ve bazı üriner sistem sorunlarını gibi sorunları azalttığını, multiple skleroz gibi nörolojik kökenli hastalıklarda uygulanan rehabilitasyon sürecini desteklediğini, kanser ağrılarını ile kemoterapinin yan etkilerini hafiflettiğini, doğumu kolaylaştırdığını, doğum sürecindeki yakınmaları azalttığını, premenstrüel sendrom ve dismenore yakınmalarını hafiflettiğini ve bebeklerde infantil koliği hafiflettiğini göstermektedir (Aydın, 2015; Alan, 2015; Avcı, 2015; Bakır, 2016; Esmel-esmel & ark, 2017; Gözüyeşil, 2015; Güven, 2017; Kapıla & ark, 2019; Koç, 2013; Kurt, 2016; Özdemir, 2011; Polat, 2016; Rameznibadr & ark, 2018; Shahsavari & ark, 2018; Silverdale, 2019; Ünal, 2015; Yılar, 2014; Yılmaz, 2014; Zengin, 2017; Büyükbayram & Ayık, 2021).

### **Refleksoloji Uygulaması**

Refleksoloji seansı 30 ila 60 dakika arasında sürer. Bu yöntemde, parmaklar veya yardımcı araçlar kullanarak ayak tabanındaki refleks noktalara çeşitli şekillerde basınç uygulanır. Basınç derin olmalı, ancak acı vermemelidir. Uygulama öncesinde, ayağın pasif hareketlerle gevşemesi ve ısınması sağlanır, ardından başparmak ile ayak tabanı taranır. Çalışma yapılacak bölgelere temel uygulama tekniklerinden bir ya da birkaçı kullanılabilir. Nokta sayısı

fazla olduğunda, tüm teknikleri uygulamak zaman alabilir, bu nedenle bir ya da birkaç teknikle çalışma yapılabilir. Refleksoloji herhangi bir parmağın kenarıyla basınç uygulanarak gerçekleştirilir (Wang & ark., 2008).

Refleksoloji uygulamalarında farklı basınç teknikleri kullanılır; başparmak, parmak hareketleri, ovma, sıvazlama ve sıkma bunlar arasındadır (Koç, 2013). En uygun pozisyon, kişinin rahatlığına göre seçilir ve genellikle sırt üstü ya da kucakta uygulanır (Doğın, 2015). Uygulama odasının sıcaklık ve ışığı uygun olmalıdır. Uygulayıcının tırnakları, parmak boyunu geçmemelidir (Gözüyeşil, 2015). Uygulama genellikle önce bir ayakta yapılır, ardından diğer ayağına geçilir (Koç, 2013). Basınç şiddeti kişiye göre değişir; yetişkinlerde daha kuvvetli, çocuklarda orta derecede, bebeklerde ise hafif derece basınç uygulanır (Wilhelm, 2009; Özdemir, 2011). Bebeklerde doku hasarını önlemek için basınç bebeğın duyarlılığına göre ayarlanır. Eller yıkanır, sıcaklık için sürtülür ve çıplak ellerle uygulanır (Orhan, 2016). Yenidoğınlar için basınç nazik olmalı ve seanslar kısa tutulmalıdır. Başparmak ve işaret parmağı gibi parmaklar kullanılır, başka bir yardımcı araç gerekmez (Orhan, 2016).

## **Sonuç**

SP'li bir çocuğın adım atma, konuşma, algılama, spastisite, kabızlık ve yeme-içme sorunları gibi birçok problemi aynı anda

barındırdığı için bu çocukların sorunlarını tamamen çözmek zordur ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Literatürde SP'li çocuklar için tedavi yöntemleri bulunsa da, aileler, geleneksel yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda alternatif tedavi arayışına girerler. Bu da, onları duygusal olarak rahatlatır (Bower, 2009; Majnemer & ark, 2013; Gözüyeşil, 2015; Yalçiner, 2017).

Refleksoloji, motor bozuklukların yanı sıra birçok problemin görüldüğü SP'li çocuklarda kullanılmasına rağmen, bu çocuklar üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır (Gözüyeşil, 2015). Hasta ve sağlıklı yetişkinler üzerinde yapılan çalışmaların olumlu etkileri göz önüne alındığında, refleksoloji ile SP'li bir çocuğun adım atması, konuşabilmesi, algısının artması, spastisitenin azalması, kabızlığın düzelmesi ve yeme-içmenin kolaylaşması sağlanabilir. SP'li çocuklarda nörogelişimsel tedavi yaklaşımlarına ek olarak uygulanan refleksoloji, uyku, konstipasyon, salya problemi, motor beceriler, yaşam kalitesi ve aile etkilenimi gibi SP'ye bağlı eşlik eden sorunlar üzerinde olumlu etki gösterebilir.

## **Kaynaklar**

Akkuş Topçu S. (2009). Hemşirelik uygulamaları ve eğitiminde tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6(2):5-9.

Alan, H. (2015). Jinekolojik Kanser Hastalarında Kemoterapi Tedavisi Sürecinde Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Egzersizleri Ve Refleksolojinin Ağrı, Yorgunluk, Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi; Randomize Kontrol Çalışması. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Avcı, N. (2015). Total Abdominal Histerektomi Ameliyatı Sonrası Ağrının Ve Anksiyetenin Azaltılmasında Refleksolojinin Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Aydın Y. (2015). Aşırı Aktif Mesane Şikayeti Olan Kadınlarda Refleksolojinin Etkinliği. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bakır E. (2016). Romatoid Artritli Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı Ve Uyku Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bower E. (2009). Finnie's handling the young child with cerebral palsy at home.

Büyükbayram, Z., & Ayık, D. B. (2021). Türkiye’de refleksoloji uygulaması ile ilgili yapılan hemşirelik tezlerinin incelenmesi: bir sistematik derleme. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 3(1), 25-37.

Chambers, H.G., & Chambers, R. (2020). Introduction to the cerebral palsies. Philip D. Nowicki (Ed). *Orthopedic Care of Patients with Cerebral Palsy* içinde. (1.bs., pp. 1-12). İsviçre: Springer.

Cole A, & Shanley E. (2002). Complementary therapies as a means of developing the scope of professional nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 1171-1176.

Çevik K. (2013). Hemşirelikte tamamlayıcı ve alternatif tedavi: Refleksoloji. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*;29(2):71-82.

Dikmen, R. (2023). Hemşirelikte Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Uygulamalarına İlişkin Eğitim ve Yönetmelik Durumu. *Doğal Yaşam Tıbbi Dergisi*, 5(1), 6-13.

Doğan HD. (2015). Multiple Sklerozlu Hastalara Uygulanan Refleksolojinin Ağrı, Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Esmel-esmel N, Tomas-Esmel E, Tous-Andreu M, Bove-Ribe A, & Jimenez-Herrera M. (2017). Reflexology and polysomnography: Changes in cerebral wave activity induced by reflexology promote N1 and N2 sleep stages, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28:54-64.

Ferriero, K., & Arn, P. (2020). Abnormalities and congenital malformations as a cause of cerebral palsy. Freeman Miller, Steven Bachrach, Nancy Lennon, & Margaret E. O'Neil (Ed). *Cerebral Palsy* (Second Edition) içinde. (1.bs.,pp. 37-44). İsviçre: Springer.

Gözüyeşil Y. (2015). Refleksoloji. Başer, M., Taşcı, S. (Ed.), Kanıta Dayalı Rehberleriyle *Tamamlayıcı ve Desteleyici Uygulamaları* içinde (s.89-95) Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Guillamón N, Nieto R, Pousada M, Redolar D, Muñoz E, & Hernández E. (2013). Quality of life and mental health among parents of children with cerebral palsy: the influence of self-efficacy and coping strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1579-1590.

Güven E. (2017). Elektif Sezaryen Olan Hastalarda Post-Operatif Ağrı Ve Anksiyetenin Azaltılmasında Refleksolojinin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 19/04/2011 Tarihli 27910 Sayılı Resmi Gazete, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Görev, Yetki ve 68 Sorumlulukları, Hemşirelik Girişimleri [İnternet]. Erişim adresi:<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/reflexology-school-for-midwives>, Reflexology school for midwives (Erişim tarihi:04.11.2024)

Himmelmann, K., & Panteliadis C.P. (2018). Clinical characteristics. Panteliadis (Ed). *Cerebral Palsy: A Multidisciplinary Approach, (Third Edition)* içinde. (10.bs., pp. 75-89). İsviçre: Springer

Kapila AK, Her A, Knife N, Chaplin P, & Patel A. (2019). A prospective Cohort Study on the Impact of Reflexology in Patients

with Breast Cancer Using the MYCaW Scale, *Clinical Breast Cancer*, 1-8.

Karayağız Muslu G, & Öztürk C. (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51:62-7.

Khorshid L, & Yapucu Ü. (2010). Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8: 124-130.

Kızır Y. (2016). Koroner Anjiyografi Planlanan Hastalarda Refleksolojinin Anksiyete Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Koç T. (2013). Süt Çocuğunda Refleksoloji Tekniğı İle Uygulanan Ayak Masajının Akut Ağrıya Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kurt S. (2016). Onkoloji Hastalarında Periferal Nöropatinin Yönetiminde Refleksolojinin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Livanelioğlu A, & Günel M. (2009). *Serebral Palside Fizyoterapi*. Ankara: Yeni Özbek Matbaası, 219-109.

Low, E., Murray, D., O'Mahony, O., & Hourihane, J.B. (2008). Complementary and alternative medicine use in Irish paediatric patients. *Irish Journal of Medical Science*, 177(2), 147-150

Magill L, & Berenson S. (2008). The conjoint use of music therapy and reflexology with hospitalized advanced stage cancer

patients and their families. *Palliative and Supportive Care*, 6(03), 289-296.

Majnemer A, Shikako-Thomas K, Shevell MI, Poulin C, Lach L, & Schmitz N. (2013). Complementary and Alternative Medicine Treatments in Adolescents With Cerebral Palsy. *Journal of Child Neurology*, 28(11), 1443-1447.

McCullough JEM, Liddle SD, Close C, & Sinclair M. (2018). Reflexology: A Randomised Controlled Trial Investigating The Effects on Beta-Endorphin, Cortisol and Pregnancy Related Stress, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31:76-84.

Metin ZG. (2015). Romatoid Artritli Hastalarda Aromaterapi Masaji ve Refleksoloji Uygulamalarının Ağrı ve Yorgunluğa Etkileri. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Milićević, M. (2022). Functional and environmental predictors of health-related quality of life of school-age children with cerebral palsy: A cross-sectional study of caregiver perspectives. *Child: Care, Health and Development*. 49(1),1–11. doi.org/10.1111/cch.13007

Orhan, İ. (2016). Temel Refleksoloji Notları, 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi Bildiri Kitabı, 24-26 Kasım 2016, s. 9-14. Antalya.

Özçelik H, & Fadıoğlu Ç. (2009). Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 24: 48-52.

Özdemir G. (2011). Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Refleksolojinin Yorgunluk, Ağrı Ve Krampa Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öztürk R. (2015). Abdominal Histerektomi Sonrası Refleksolojinin İyilik Haline Etkisi. Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015.

Polat H. (2013). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Uygulanan Refleksolojinin Dispne Ve Yorgunluğa Etkisi. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Rameznibadr F, Amini K, Hossaingholipor K, & Faghihzadeh S. (2018). The impacts of foot reflexology on anxiety among male candidates for coronary angiography: A three-group single-blind randomized clinical trial, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32:200-204.

Shahsavari H, Abad MEE, & Yekaninejad MS. (2018). The effects of foot reflexology on Anxiety and Physiological Parameters among Candidates for Bronchoscopy: A Randomized Controlled Trial, *European Journal of Integrative Medicine*, 12:177–181

Silverdale N. (2019). Massage and Reflexology for post-Operative Cancer Cystectomy Patients: Evaluation of a Pilot Service, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 34:109–112.

Turan N, Öztürk A, & Kaya N. (2010). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 3(1):93-8.

Ünal KS. (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Ayak Refleksolojisi Uygulamasının Konstipasyona Etkisi. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Wang MY, Tsai PS, Lee PH, Chang WY, & Yang CM. (2008). The efficacy of reflexology: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (5), 512-520.

Wayte S, McCaughey E, Holley S, Annaz D, & Hill CM. (2012). Sleep problems in children with cerebral palsy and their relationship with maternal sleep and depression. *Acta Paediatrica*, 101:618-23.

Wilhelm Z.A. (2009). Adım Adım Sağlık: *Refleksoloji*. (4.baskı). İstanbul: Dharma Yayınları.

Yalçın B. (2017). *Batı klinik refleksoloji*, Hastalık Bozukluk Ve Engellilerde Refleksoloji Uygulamaları.

Yılar Z. (2014). Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına Ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yılmaz FA. (2014). Ayak Refleksolojinin Dismenore Ve Okul Performansına Etkisi. Doktora Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yüksel, H. (2021). Tamamlayıcı tıp uygulamaları: Refleksoloji. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 2(3), 56-66.

Zengin L. (2017). Kemoterapi Alan Hastalarda Uyku Hijyeni Eğitimi Ve Refleksolojinin Uyku Kalitesine ve Yorgunluğa Etkisi. Doktora Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

## BÖLÜM VI

### Kronik Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Hemşirelik Bakım Süreci

**Emine BEYAZ<sup>1</sup>**

#### Giriş

Kronik hastalık kalıcı sekeller bırakma riski olan ve hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim, uzun süreli takip, tedavi ve bakım gerektiren süregen hastalıklardır (Çakır & ark., 2022; Geçkil & Aldem Budak, 2020; Yıldız Akkuş & Bütün Ayhan, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kronik hastalık kavramını tıbbi girişimlerle tedavi edilememiş uzun süreli, genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin bir bileşimi olarak tanımlamaktadır (WHO, 2022). Amerikan Pediatri Akademisi ise (APA) kronik hastalığı üç ay ve daha uzun süreli sağlık durumunun bozulması olarak da tanımlamaktadır (APA, 2021; Mariñez & ark., 2022).

Dünyada son 20 yıldır kronik hastalık prevalansı önemli ölçüde artmıştır (Gürbüz & Geçkil, 2023). APA'ya göre; dört çocuktan biri astım, diyabet, kardiyovasküler anomaliler gibi çeşitli

---

<sup>1</sup> Dr. Öğr Üyesi, Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Muş/Türkiye, Orcid: 0000-0002-1122-2317, emine.egokccoğlu@gmail.com

kronik hastalıklara sahiptir (APA, 2021). Kronik hastalıklar doğuştan veya çeşitli faktörler sebebiyle sonradan ortaya çıkabilmektedir. Orak hücreli anemi, hemofili, kistik fibrozis, doğumsal kalp anomalileri, diyabet, kronik böbrek yetmezliği, nöral tüp defektleri, işitme ve görme bozukluğu, artrit, serebral palsi, mental retardasyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi hastalıklar kronik hastalıklar olarak kabul görmektedir (Consollini, 2022). Çocukluk döneminde en sık görülen kronik hastalıklar arasında solunum sistemi hastalıkları (özellikle astım ve bronşit), nörolojik hastalıklar ve çeşitli kas iskelet bozuklukları yer alır (Çavuşoğlu, 2022).

Günümüzde biyomedikal cerrahi ve teknolojik ilerlemeler nedeniyle kronik hastalıktan etkilenen çocukların yaşam süresi uzamıştır. Bu durum gelecekte hasta yetişkinler nüfusunu artırmaktadır. Kronik hastalıkların çocuklar ve aileler üzerine çok boyutlu etkileri bulunmaktadır. Yaşam süresinin uzaması ailenin ve çocuğun fiziksel ya da psikososyal etkilere maruz kalma süresi de uzamaktadır (Gürbüz & Geçkil, 2023). Dolayısıyla çocukların bir kısmı ise yaşamın erken dönemlerinden itibaren hayat boyu pahalı tıbbi bakım ve sosyal yardım alması gerekmektedir. Çocukların yeterli sağlık bakımı alamayışlarının nedenleri arasında ailenin sosyo-ekonomik durumunun düşük olması, yeterli sağlık bilgisi olmayan annelerin bu çocukları için sağlık hizmetlerinden yeterli ve sürekli olarak yararlanmaması kronik hastalıkların ekonomik yükü, sağlık hizmetlerine ulaşmadaki güçlükler, hizmetlerin eksikliği ve ebeveynlerin verilen bilgileri anlamalarının zaman alması sayılabilmektedir (Eiser & Morse, 2001; Demirağ, 2015).

## **1.Tanım, Terminoloji ve Sınıflandırma**

Literatürde çeşitli kronik hastalık tanımları bulunmakla birlikte ilk tanım L. Mayo'nun (1956) tarafından yapılmış ve halen günümüzde kullanılmaktadır. Bu tanıma göre kronik hastalık;

- Sürekli
- Kalıcı yetersizlikler veya sakatlıklar bırakır

- Geri dönüşsüz patolojik değişikliklere neden olur
- Uzun süreli gözlem kontrol ve bakım gerektirir
- Rehabilitasyon için hasta bireyin ya da ailesinin özel eğitimini gerektirebilir (Törüner & Büyükgönce, 2017; Çavuşoğlu, 2022).

Sık kullanılan diğer bir tanım ise Mattson'ın (1972) tanımına göre kronik hastalık" uzun süre devam eden ilerleyici ve fatal olabilen, fiziksel ya da mental fonksiyon bozukluklarına karşın göreceli olarak normal yaşama eşlik eden bir bozukluktur. Pless ve Pinkerton'un (1975) tanımına göre ise kronik hastalık" bir çocuğun günlük olağan aktivitelerini en az üç ay süreyle ya da tanı anında hastanede yatmaya neden olan bir sağlık sorunudur" (Erdoğan & Karaman, 2008).

Literatürde bu tanımlara ek olarak DSÖ uzun süreli ve tedavi edilemeyen ve bireye bazı sınırlılıklar getiren hastalık ya da durumları şiddetine göre üç basamakta sınıflandırmıştır. Bunlar:

- Fizyolojik ve anatomik yapı da veya fonksiyonlarında bir kayıp ya da normal dışı durumun oluşması(sakatlık/yetersizlik=disability)
- Hastalıkla beraber hareket yeteneğinin yok olması ya da sınırlanması (bozukluk=impairment).
- Bir kişinin normal süreçte yapması beklenen rolünü yapmasını engelleyen veya kısıtlayan ilk iki grupta anlatılan olaylar sonucu oluşan günlük yaşamda kişi birçok dezavantajlar oluşturan durum (engel=handikap) (Törüner & Büyükgönce, 2017).

Yetersizlik /sakatlık ve handikap kavramları benzer görünse de farklı anlamlar taşır. Yetersizlik/sakatlık; yaşla ilişkili ve temeldeki duruma bağlı davranışsal görünümü yansıtır. Örneğin; on yaşındaki serebral palsili bir çocuk, desteklenmeksizin oturamayabilir ve dört yaşında yarık damağı olan bir çocuk anlaşılabilir bir şekilde konuşabilir. Tüm bu çocukların yetersizliği

vardır, ancak handikaplı değillerdir. Handikap, daha kompleks bir kavramdır ve yetersizliğin psikososyal sonuçlarını içerir.

Belirtilen bu terimlerin bilinçli ya da bilinçsiz kullanımı toplumdaki bireylerin, ailenin ve sağlık personelinin tepkilerini etkilemektedir. Sonuç olarak toplumda fiziksel yönden çekici ve tam olarak fonksiyonel olmayan kişilere karşı olumsuz tutumlar görülmekte ve toplumda sosyal normların dışına çıkan bu kişilerin değeri azalmaktadır (avuşoğlu, 2022).

Tüm ocuk popülasyonunun %1-2 'sinde günlük aktiviteleri etkileyen ya da sık tedavi gerektiren kronik sağlık sorunları bulunmaktadır. Bu sorunlar %10'u ağır kronik hastalıklardır. Kronik hastalık çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilirler:

Mattson (1972), ocukluk döneminde görülen kronik hastalıkları aşağıdaki şekilde sınıflandırmıştır:

- Kromozom anomalileri nedeniyle gelişen hastalıklar (rn; Down sendromu)
- Genetik geçişli hastalıklar (rn; kistik fibrozis, hemofili ve orak hücreli anemi)
- İnteruterin dönemde teratojenik faktörler (rn; ilaçlar, enfeksiyonlar ve radyasyon) nedeniyle gelişen bozukluklar
- Doğum travması ya da perinatal enfeksiyonlar nedeniyle gelişen hastalıklar (rn; serebral palsi ve sepsis)
- Postnatal enfeksiyonlar ve fiziksel travmalar nedeniyle gelişen bozukluklar ya da sonradan kazanılan hastalıklar (rn; romatizmal ateş, lösemi kronik böbrek hastalığı, epilepsi)

Kronik hastalıklar çoğunlukla tanısıl sınıflamalar ya da fonksiyonel ve sosyal sınırlılıklara göre tanımlanırlar (Conk & ark., 2013).

## **2.Kronik Hastalığın Çocuk ve Ebeveyn Üzerindeki Etkileri**

Kronik hastalığın çocuk ve aile üzerine etkisi hastalığın seyri, çocuğun yaşı, ebeveyn tutumu, gelir durumu, yaşanılan ortam, aile yapısı ve aile içi birey sayısı, destek kaynakları gibi faktörlere göre farklılıklar gösterebilmektedir (Bolat 2018).

### **2.1.Çocuklarda Yaş Dönemlerine Göre Kronik Hastalık Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımları**

Kronik hastalık etkisi çocukların içinde olduğu gelişim dönemlerine göre değişiklik göstererek, çocukların farklı tepkiler sergilemesine neden olmasına yol açmaktadır. Bu nedenle yaş dönemi özelliklerinin bilinmesi kronik hastalığı olan çocuğa yaklaşımda oldukça önemlidir (Bolat, 2018, Gürbüz & Geçkil, 2023).

#### **2.1.1. Bebeklik Dönemi (0-1 Yaş)**

- Güven duygusunun gelişimi, anne bebek bağlanması, motor becerilerin gelişimi, çevreyi tanıma ve öğrenmeye çalışma söz konusudur.
- Bakım verene bağlıdır.
- Kronik hastalıkta bebeğin rutinleri ve düzeni bozulur, güven duygusu gelişmeyebilir.
- Uyaran eksikliği yaşayabilir. Ağrı nedeniyle uyku düzeni bozulabilir, huzursuz olabilir.
- Motor gelişimi gecikebilir (Çavuşoğlu, 2022).

#### **Aileye Yönelik Girişimler**

Bebek, kronik hastalıkla doğduğunda ya da daha sonra kronik hastalık tanısı konduğunda ebeveynler büyük ölçüde kayıp ve yas yaşarlar. Ebeveynlerin sağlıklı ve özürsüz bir çocuğa sahip olmaları, onların benlik kavramını ve benlik saygısını olumsuz etkiler (Çavuşoğlu, 2022).

Pediatric hemşiresinin doğumdan hemen sonra ebeveynlere ulaşması ve onlara çocuğun hastalığı ya da özürü konusunda kısa, açık ve temel bilgiler vermesi önemlidir. Tanı aşamasında ebeveynlere, çocuğun hastalığı hakkında bilgi verirken öncelikle onun güçlü yönleri, gelişim potansiyeli ve çocuk için geleceğe yönelik olumlu beklentilerden söz edilmelidir. Uygun tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri ise daha sonraki dönemlerde açıklanabilir. Bu dönemde yanlış anlaşılmaları önlemek için verilen bilgilerin birkaç kez tekrar edilmesi önemlidir. Hemşirenin çocuğa uyarıcı verilmesinin önemi ve nasıl verileceği konularında aileye rol model olmasıdır (Conk & ark., 2013).

Ebeveyn-bebek ve özellikle anne-bebek ilişkisinin değerlendirilmesi gereklidir. Çocuğunu göremeyen, kucağına alamayan ve çocuğuna bakım veremeyen ebeveynler, kendilerini engellenmiş hissedebilirler. Eğer bebekle ebeveynler arasındaki ilişki ve iletişim gecikirse ve fiziksel özür nedeniyle değişikliğe uğrarsa ya da bebeğin ağlaması çok rahatsız edici ise ebeveyn-bebek arasındaki ilişki azalabilir. Huzursuz ya da yanıt vermeyen bebeği beslemenin ve kucağa almanın güçlüğü, ebeveynlerin kendilerini engellenmiş ve yetersiz hissetmelerine neden olur. Ebeveynlerin, bebeğin davranışlarını olumsuz geri bildirim olarak yorumlamaları, bebekte güven duygusunun gelişmesi gereken bir dönemde ondan uzaklaşmalarına yol açar. Bu sebeple primer hemşirelik ve aile merkezli bakım yaklaşımı ile hastalığı olan çocuğa bakım sürdürülmelidir. Bu yaklaşımlarla çocuğun tedavi ve bakımının aynı hemşire tarafından sürdürülmesi sağlanarak çocukta oluşabilecek anksiyete azaltılacak ve hemşire ile çocuk arasında güven bağı oluşmasına zemin hazırlayacaktır. Hemşire ayrıca ailenin gereksinimlerini belirleyerek ebeveyn çocuk iletişimini başlatmaya yardımcı olmalıdır (Demir Acar & ark. 2018; Üneri & Çöp, 2021).

Hemşire, ebeveyn-bebek ilişkisini geliştirmek için bebeğe ismi ile seslenerek, kucağına alarak, bebekle göz teması kurarak ve bebeğin normal fonksiyonlarını vurgulayarak ebeveynlere rol modeli olabilir. Ancak bebeğin sık hastaneye yatması nedeniyle meydana gelen ayrılıklar, ebeveynlerle bebek arasında bir bağ

oluşmasına engel olur. Önlemek amacıyla bebek hastanede yatarken ebeveynlerin bebeğin yaşamında tutarlı şekilde yer almalarına yardım edilmeli ve bakıma katılmalarına izin verilmelidir (İnal & Pekcanlar, 2008).

Bakım vericilerin iş yükünün artmış olması da ebeveynler arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileyebilir (Çavuşoğlu, 2022). Bu süreçte bebeğin psikolojik ve fiziksel gereksinimlerinin tutarlı şekilde karşılanması, güven duygusunun gelişmesi yönünden önemlidir. Uzun süreli hastalık ya da konjenital anomali nedeniyle ebeveynlerden ayrılma ve bakımdaki tutarsızlıklar, bebekte güvensizlik duygusunun gelişmesine neden olur. Bunu önlemek amacıyla primer hemşireliğin uygulanması önerilmektedir.

### **2.1.2. Oyun Dönemi (1-3 yaş)**

- Kronik hastalık nedeniyle artan kısıtlılıklar, çocuğun otonomi duygusunun gelişmesini etkileyebilir ve çocuğu bağımlı hale getirebilir
- Kendi yaşantılarına ilişkin bazı seçimler yapmalarına izin verilmeyen çocuklar apatik, pasif ve bağımlı olurlar. Ebeveynler bu durumda daha fazla koruyucu ve sınırlayıcı bir tutum içine girebilirler. Çocuğun motor becerilerini kullanmasını, hareket etme, konuşma ve çevreyi keşfetme yeteneklerini kısıtlayabilirler. Ebeveynlerin bu tutumu, çocuğun otonomi geliştirme yeteneğini etkiler ve çocuk daha bağımlı hale gelir. Benlik saygısı azalabilir ve kendisini ayrı bir birey olarak görmesi güçleşir (Conk & ark., 2013).
- Çocuk aşırı sınırlamalarla edilgen olabileceği gibi, ailenin sınırsız tutumu nedeniyle dürtü kontrol bozuklukları, regresyon davranışları sergileyebilir.
- Bu yaş grubunda kronik hastalık tuvalet, beslenme ve hijyen alışkanlıklarında sorunlar yaşanmasına neden olabilir.
- Egosentrik ve animistik düşünce nedeniyle, 3 yaşın sonundaki çocuk, "hastalık benim yüzümden oldu" şeklinde düşünebilir.

- Hastalığın nedenini anlayamazlar yapılacak girişimleri reddederek protesto ederler

Ebeveynlerden ayrıldığı zaman yoğun anksiyete yaşar. Ebeveynlerin yanında kalması desteklenmelidir (Törüner & Büyükgöncü, 2017; Kaş Alay 2023).

### **Aileye Yönelik Girişimler**

Çocuklar fizyolojik ve psikolojik olarak ayrı bir birey olduğunu göstermeye çalıştıkları bu dönemde ayrılık anksiyetesi yaşayabilirler (Çavuşoğlu, 2022). Pediatri hemşireleri çocuğun bağımsız olduğu yönleri desteklemeli otonomi kazanmasına yardımcı olmalıdır. Çocuk ve aile merkezli bakım modeli kullanılarak çocuğun karar verebileceği ölçüde tedavisinde karar sahibi olmasını desteklenmelidir. Çocuğa hangi konularda fırsatlar verilebileceği aile ile görüşülmeli ve aile bilgilendirilerek sürece dahil edilmelidir. Çocuğun mümkünse rutinlerinin devam ettirilmesi desteklenmeli, oyun oynaması ve arkadaşlık ilişkileri kurması konusunda gerekirse aracı olunmalıdır. Çocuğun gelişimine destekleyecek şekilde çevre düzenlemesinin yapılmasına ilişkin aile bilgilendirilmelidir. Ayrıca bu dönemde ayrılık anksiyetesi yaşama ihtimali olan çocuğa primer hemşirelik yaklaşımı ile bakım verilerek, çocuk ile hemşire arasında güven ilişkisi oluşturulmalı, ailenin çocuğun yanında kalmasına izin verilerek korkuları giderilmelidir (Ak, 2021; Kaş Alay, 2023).

### **2.1.3. Okul Öncesi Dönem (3-6 Yaş)**

- Çocukların hayal dünyalarının ve cinsel kimliklerinin geliştiği, girişkenlik ve sosyalleşmenin ön planda olduğu bir dönemdir (Gürbüz & Geçkil, 2023).
- Kronik hastalık, bu yaş grubu çocukların akranlarıyla olan etkileşimlerini, çevreyi ve sosyal becerileri öğrenmelerini engelleyebilir, bağımsızlığı, merak duygusu ve girişimciliği etkilenebilir.

- Hastalık, olumsuz davranışları için verilen bir ceza olarak algılanabilir. Bu algıyla birlikte gelen kısıtlamalar kızgınlık ve küskünlükle sonuçlanabilir (Er, 2006).
- Disiplin yöntemlerinin uygulanmamasıyla beraber olgunlaşmamış davranışlar görülebilir. Sonuç olarak çocuk, aynı yaş grubundaki diğer çocuklarla birlikte olduğunda ya da okulda, nasıl davranması gerektiğini bilemeyebilir. Arkadaş grubu tarafından “bebek” diye nitelendirilebilir. Akran ilişkileri aracılığı ile iş birliği yapmayı ve öfkesini uygun şekilde ifade etmeyi öğrenmediği zaman sosyal izolasyon ve yalnızlık görülebilir.
- Hastalığa bağlı fiziksel kısıtlılıklar ve enerjinin azalması, çocuğun motor ve sosyal becerileri geliştirme yeteneğini ve normal bilişsel gelişimini sınırlayabilir (Ak, 2021).
- Bedenin zarar göreceği endişesi, özellikle genital bölgeyi ilgilendiren işlemler kastrasyon anksiyetesini artırabilir (Hockenberry & Wilson 2013).
- Yetersiz rol model olduğunda cinsel kimlik kazanması gecikir (Törüner & Büyükönenç, 2017).

### **Aileye Yönelik Girişimler**

Bu yaş dönemindeki çocuklar hastalıkları, yapılan işlemler ve tedaviler konusunda meraklıdır. Eğer çocuk hastalığa ilişkin duygularını ifade edemiyorsa hemşire “oyunu” kullanarak çocuğun duygularını öğrenebilir. Örneğin; çocuğa oyuncaklar verilerek hastalığa ve yapılan işlemlere ilişkin korku ve endişelerini ifade etmesi sağlanabilir. Ayrıca yapılacak tedavi işlemlerine ilişkin gerçeklerin işlemden önce çocuğa açıklanması, onun işlemleri hazırlanmasına ve endişelerinin azalmasına yardım eder. Okul öncesi çocuğunun sosyal becerilerini ve yeteneklerini geliştirme, ebeveynlerinden bağımsızlaşma gereksinimi ve kendine bakım becerilerini vardır. Ancak kronik hastalığı olan çocuklar bu kendine bakım becerilerini geliştiremezler. Çocuk merkezli bakım yaklaşımı ile çocuğun kendi tedavisinde söz sahibi olmasını, kararlar

almasını ve aktif katılımını sağlamalıdır. Çocuğun bağımsız davranışları desteklenerek maksimum sosyalleşme sağlanmalı, başarılı yönleri vurgulanarak cesaretlendirilmeli ve ebeveynin aşırı koruyucu tutumu değerlendirilerek sınırlandırılmalıdır (Ak, 2021; Çavuşoğlu, 2022; Kaş Alay, 2023).

Kronik hastalığı olan çocuğun gelişimsel potansiyeli, akranlarıyla olan ilişkileri, bağımsızlığı ve kendine güveni desteklenmelidir. Ebeveynlerin kendi gereksinimleri ile kronik hastalığı olan çocuğun gereksinimleri arasında bir denge kurmalarına ve bunu sürdürmelerine yardım edilmesi gereklidir. Bu nedenle hemşire çocuğun bakımında ebeveynlere yardım edebilecek kuruluş ya da kişiler hakkında bilgi vererek hem çocuğun hem de ebeveynlerin gereksinimlerinin karşılanmasını destekleyebilir. Çocuğun bakımını kısa bir süre için başka bir kişinin üstlenmesi okul öncesi çocuğun bağımsızlığını desteklerken diğer yandan da ebeveynlerin kendi gereksinimlerine zaman ayırmalarına olanak sağlar (Törüner & Büyükgönce, 2017).

#### **2.1.4. Okul Dönemi (6-12 Yaş)**

- Okul döneminde akranlar ve onların etkisi çocuğun gelişiminde önem kazanmaya başlar
- Çocuklar fiziki görünüşe önem vermeye başlar.
- Fiziksel yetersizlik grup faaliyetlerine katılımı sınırlandırılabilir.
- Yetersizliklerini saklamayan çalışabilirler, yalnızlık ve izolasyon görülebilir.
- Hastalığa bağlı fiziksel yetersizlikler sonucu okula devam edememe sorunu ile karşılaşır, akademik sorunlar yaşayabilirler.
- Akran grubu tarafından reddedilme düşük benlik saygısının gelişimini neden olabilir. Okul faaliyetlerindeki bazı aktiviteleri (spor vb.) katılımı engellenebilir, reddedilme ve aşağılık duygularına neden olur.

- Neden-sonuç ilişkisini ve somut olayları rahatlıkla algılayabilir (Hockenberry & Wilson, 2013).

### **Aileye Yönelik Girişimler**

Çocuk benlik saygısının normal gelişim için çocuğa gereksiz kısıtlamalar konulmamalı ve olabildiğince normal aktivitelerine devam etmesine izin verilmelidir. Çocuğun hastanede yatması ya da evde kalması gerektiğinde ise akranlarla olan ilişkisinin telefon gibi araçlarla sürdürülmesi çalışılmalıdır (Törüner & Büyükgönenç, 2023).

Okul dönemindeki çocuğun farklılığı çocuk ve akranları için daha fazla görülebilir hale gelir. Örneğin; diyabetli çocuğun her zaman farklı yemek yemesi dikkat çekebilir. Sağlıklı çocuklar hasta çocuktan kaçarak ya da uzak durarak tepki verebilirler bazı sağlıklı çocukların, kronik hastalıklı çocuklarla oynamayı reddetmeleri durumu daha da kötüleştirebilir (Öztürk & Ayar, 2013). Kronik hastalığı olan çocukların sorunları ile daha iyi baş edebilmeleri için onların” normal” ve “mükemmel olmama” duygularıyla baş etmelerine ve kendi eşsiz özelliklerini tanımlarına yardım edilmelidir

Ebeveynler sıklıkla okul döneminde kronik hastalığı olan çocukları ile diğer çocuklar arasındaki fiziksel ve fonksiyonel farklılıkların daha fazla farkına varırlar. Ebeveynlerin algıladıkları farklılıkların büyüklüğü, yeniden yas yaşamalarına neden olur. Çocuğun hastalığı nedeniyle sık okula ara vermesi, okuldaki başarısını etkileyebileceğinden, öğretmenlere de hastalık konusunda bilgi verilmelidir. Öğretmenler ebeveynlerden ve sağlık personelinden çocuğun durumuna ilişkin yeterli bilgi alamazlar. Kronik hastalıklı çocuklarla çalışan hemşireler, aile ve çocuk arasında gerekli ilişkinin kurulmasına yardım etmeli, öğretmenlere çocuğun durumu ile ilişkili gerekli bilgiler vermeli ve onların sorularını yanıtlamak için okulla sürekli ilişki halinde olmalıdır (Törüner & Büyükgönenç, 2023).

Kronik hastalığı olan çocuklarda ‘okul fobisi’ görülme insidansı yüksektir. Bu yüzden, hemşirenin bu davranışın erken belirtileri (çocuğun sık aralıklarla okul hemşiresine gerçekçi olmayan sağlık şikayetlerinde bulunması ya da geçersiz nedenlerle okula devamsızlık yapması gibi) hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Durumu önlemek amacıyla hemşire, ebeveyn ve öğretmenin çocuğun okulda devamında ısrarlı ve kararlı olmalıdır. Kronik hastalığı olan çocuğu olan ebeveynlerin çocuk için uygun okul seçimine karar vermeleri gerekir (körlük, işitme engeli gibi).

Okul döneminde ailenin vermesi gereken zor kararlardan biri çocuğun bakımının bir kısmını kendisine ya da diğer bir yetişkine (öğretmen, okul hemşiresi gibi) bırakmaktır. Bu süreçte çocukların kendi bakımlarını ve tedavilerini etkileyen kararlara katılmalarına ve kendine bakım becerilerini geliştirmelerine izin verilmelidir

### **2.1.5. Adölesan Dönemi (13-18 Yaş)**

- Adölesan dönemi, doğası gereği zor bir dönemken, eklenen kronik bir hastalık yaşanan güçlükleri daha da artırır.
- Kronik hastalık adölesanların bağımsızlıkları, cinsel gelişimleri, meslek seçimleri ve eğitimlerini etkileyebilir (Er, 2006).
- Adölesan için fiziksel görünüm, beceriler ve yetenekler, akran grubuna kendini kabul ettirebilmesi için önemlidir. Bu alanlardaki yetersizlikler nedeniyle kendini gruptan ayrılmış hissedebilir. Benlik kavramı ve benlik saygısı önemli ölçüde etkilenebilir. Özellikle gözle görülebilen fiziksel defektlerde, adölesanlar yoğun keder ve öfke yaşarlar kendilerini akranlarından farklı hissederler. Benlik saygısı azalarak, aşağılık duygusu yaşarlar.
- Kronik hastalığı olan adölesanlarda yorgunluk, can sıkıntısı, uyku bozuklukları, agresyon gibi depresyona eşlik eden semptomlar görülür.

- Kronik hastalık nedeniyle adölesanın, akranları ile iletişim ve etkileşim fırsatlarının azalması, bilişsel yeteneklerinin gelişimini de olumsuz etkiler.
- Kronik hastalığı olan adölesanlar, hastalıklarını gizlemeye çalışabilirler ve bu nedenle kendilerine zarar verebilirler. Örneğin; insülin dozunu okulda almak istemeyebilirler. Bu nedenle okuldaki öğretmenlerine bilgi verilmelidir. Benzer hastalığı olan ve hastalığına iyi uyum yapmış akranlarıyla tanıştırılmalı ve hastalığı ile en iyi şekilde yaşamasını öğrenmesine yardım edilmelidir (Taşçı Eser, Liman & Bilge, 2012).
- Bağımsızlığı kazanmaya çalışan adölesan, hastalığı nedeniyle kendini bağımlı hissedebilir.

### **Aileye Yönelik Girişimler**

Hastalığın tipi ve görünebilirliği, adölesanın hastalığa uyum sürecini büyük ölçüde etkiler. Vücut bütünlüğündeki dramatik değişikliklerin ve görülebilir bozuklukların adölesanın benlik kavramı ve kimlik gelişimi üzerinde yıkıcı etkileri vardır. Fiziksel hastalık belirtileri ve özellikle görülebilen fiziksel bozukluğu olan adölesanlar yoğun yas ve öfke yaşarlar ve kendilerini akranlarından büyük ölçüde farklı hissederler (Taşçı Eser, Liman & Bilge, 2012).

Gözle görülmeyen kronik hastalıklar akranların kabulü yönünden daha az sorun oluşturur. Gözle görülmeyen bozukluklarda, hastalığı inkar etme ve tedaviyi reddetme, adölesan hastalarda sık rastlanır. Özellikle hastalıklarını gizlemeye çalışan adölesanlar sıklıkla bu davranışları nedeniyle kendileri zarar görürler (Örn. 13 yaşında diyabeti olan bir adölesanın, arkadaşlarının diyabet olduğunu öğrenmemesi için okulda insülin yapmaması sonucu ketoasidoza girmesi) (Öztürk & Ayar, 2013).

Pediatri hemşiresi, hastalık ve tedavi süreci hakkında hastanın bilgilendirilmesi ve hasta merkezli bakım yaklaşımı ile tedavisinde karar verici olarak aktif katılım sağlamasını desteklemelidir. Kronik hastalığı olan adölesanın sadece benzer

hastalığı olan akranları ile değil, benzer ilgi alanları olan sağlıklı akranları ile de tanıştırılması, uygun sosyal aktivitelere katılması desteklenmelidir. Adölesanların hastalığa ilişkin duygularını ve geleceğin belirsizliğine ilişkin endişelerini ifade etmelerine olanak tanınmalıdır (Er, 2006).

Adölesanın kendi bakımında giderek daha fazla sorumluluk alması sağlanmalı, bağımsız olabileceği alanlar belirlenmeli ve kendine bakım becerilerini geliştirmesine yardım edilmelidir. Adölesana hastalığın nedeni, fiziksel görünümü ve cinsel fonksiyonları üzerindeki etkileri ve ne ölçüde bağımsız olabileceği konusunda doğru ve ayrıntılı bilgiler verilmelidir. Ebeveynlerin de adölesanın olabildiğince kendi yaşamı ile ilgili kararlar izin vermeleri önemlidir. Gelecekle ilgili ümitsizlik söz konusu ise duygularını ifade etmesi veya benzer hastalığı olan kişilerle iletişim kurması sağlanmalıdır (Ak, 2018; Tekgül & ark. 2012).

## **2.2. Kronik Hastalığın Ebeveynler Üzerindeki Etkisi**

Her aile çocuk sahibi olmayı planladığında sağlıklı olmasını ümit eder. Fakat bu her zaman mümkün olmayabilir. Doğum öncesi veya sonrasında kronik hastalık tanısı konulan aileler en hassas noktaları olan çocukları için hayal kırıklığına uğrayabilmektedir (Graaf & ark., 2022).

Çocuğa kronik hastalık tanısı konulduğunda ebeveynler çeşitli aşamalardan geçerler. Özellikle aile üyeleri, çocuğun fiziksel yetersizliği ve kendi suçluluk duyguları nedeniyle yas yaşarlar. Ailenin yaşadığı yas hastalık süresince devam eder ve sıklıkla çocuğun durumundaki her yeni gelişimde yeniden aktive olur. Eğer aile yas reaksiyonunu çözümlenemezse, çocuğun hastalığı ilerledikçe aile üyeleri arasında anlaşmazlıklar görülebilir (Üneri & Çöp, 2021).

Ayrıca ebeveynlerin yaşadıkları kronik yasin aile fonksiyonların üzerinde stres yarattığı ve ebeveynlerin güçsüz ve çaresiz hissettikleri belirlenmiştir. Bu dönemde gerekli yardım ve desteğin sağlanması ile ailelerin çoğu başlangıçtaki bu yas

duygularını çözümlerabilir ve kronik hastalığı ya da özü olan bebeğin bakımından doyum sağlayabilirler (Tayaz & Koç, 2018).

### **2.2.1. Şok ve İnkâr**

Ebeveynler, hastalık boyunca tanıyı ilk duydukları anı, dayanılması en güç an olarak belirtmektedir. Tanının yanlış olduğunu düşünebilir, hastalığı ciddiye almamış olabilir ve tedavi sürecine uyum sağlamak istemeyebilir (Kaş Alay, 2023). Bu döneme hemşire, ebeveynlerin yaşadıkları şok deniyle inkara sığınabileceklerini göz önüne almalıdır. Ebeveynlerin tepkilerini anlayabilme, geç kalındığını söyleme gibi suçlayıcı tavırlardan kaçınma, hastalığı tanıyabilmeleri için destek olma hastalığın anlaşılmasını ve tedaviye uyumu sağlayacaktır (Conk, 2018). Aile merkezli bakım yaklaşımı ile süreç planlanmalı, ailenin ihtiyaç duyduğu konular belirlenmelidir (Curtis & ark., 2016).

### **2.2.2. Uyum**

Uyum sürecinde farklı duygular yaşanır. İnkâr dönemini genellikle öfke ve içerenme izler. Bu dönemde görülen öfke tedavi ekibine yansıtılabilir. Öfkeyi kendini suçlu hissetme izler. Genetik geçişli hastalıklarda ebeveynlerin suçluluk duyguları daha yoğundur (Conk & ark., 2013). Hastalığın nedeni olarak kendilerini görmelerinin yanı sıra, diğer çocukları ve gelecek hakkındaki endişeleri de suçluluk duygularını artırır. Bu nedenle, hastalığın ebeveynlere anlayabilecekleri bir dille ve açık bir şekilde anlatılması, bu konudaki sorularının yanıtlanması gerekir. İçinde buldukları yeni duruma uyum yapmaya çalışan ebeveynler yas evresi de yaşarlar. Yas, depresyonla sonuçlanabilir (Geçkil & Aldem Budak, 2020).

### **2.2.3. Kabullenme**

Tüm bu dönemlerde beklenen, ebeveynlerin hastalığı kabullenmeleridir. Hastalığın kabulü tedavinin etkinliğini ve sürekliliğini olumlu etkileyecektir. Bu dönemde yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmalıdır (Törüner & Büyükgönelç, 2017).

Bu süreçte ailenin bilişsel olarak hastalığın doğasını, tedavi yöntemlerini, komplikasyonlarını ve hastalığın, çocuğun sosyal ve duygusal gelişimi üzerindeki etkilerini ve bunların sonuçlarını anlama gereksinimi vardır. Hastalığın, ailenin davranışsal, bilişsel, duygusal durumu ve gelişimsel görevleri üzerindeki etkisini belirleyen en önemli etmenlerden biri de çocuğun büyüme gelişme aşamasıdır (Üneri & Çöp, 2021).

### **3. Kronik Hastalığın Aile Üzerindeki Etkisi**

Çocuğun kronik hastalığı, ailedeki her bireyi ve tüm aile yaşamını maddi, sosyal, duygusal, davranışsal ve bilişsel yönlerden etkiler. Çocuğun hastalığı sıklıkla hastaneye yatma, tedavi ve ilaç masrafları nedeniyle ailenin ekonomik kaynaklarını zayıflatır. Ayrıca ebeveynlerden birinin çocuğun bakımı nedeniyle işinden ayrılmak zorunda kalması da gelir kaybına neden olur. Dolayısıyla kronik hastalıklar aile içi ilişkilerdeki bozuklukların ve stresin artmasına ve ekonomik güçlükler nedeniyle aile içi rollerde bozulmalar ve kardeşler arasında öfke, küskünlük ve kıskançlık gibi duyguların yaşanması, kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerde sık görülen sorunlardır (Er, 2006).

Diğer taraftan kronik hastalığı olan çocuk sıklıkla çevrede korku ve anksiyete yaşanmasına neden olur ve çevresindeki kişilerin acıma duyguları ile karşılaşabilir. Toplumun bu tepkileri çocuk ve ailenin daha fazla üzüntü yaşamasına neden olur. Sıklıkla toplumdaki diğer ebeveynler ve çocuklar, kronik hastalığı olan çocukla nasıl ilişki kuracaklarını bilemediklerinden kendilerini rahatsız hissedebilirler. Toplumun bu tepkilerini sonucunda hasta çocuk ve ailesi kendilerini reddedilmiş hissederler. Dolayısıyla kronik hastalık çocuğun ve ailenin sağlıklı şekilde sosyalleşme olasılığını azaltır (Ak, 2018).

Stres altındaki bu aileler için sosyal destek sistemleri yararlı olabilir. Ailenin sosyal izolasyon duygularını azaltmak için arkadaşları, komşuları ve sağlık sistemindeki kişiler tarafından desteklenmesi önemlidir. Ayrıca büyükanne/baba gibi aile üyeleri de ebeveynlere sürekli ve tutarlı destek sağlayabilirler (Er, 2006).

### **3.1. Annenin Rolü**

Kronik hastalığın aile üzerindeki etkisini sıklıkla anneye ve onun çocukla olan ilişkisine odaklanılmıştır. Çocuğun günlük bakımını ve onu hastaneye götürme gibi sorumlulukları daha fazla anneler üstlenmektedir. Annelerin genellikle işlerinden ayrılarak çocuğun bakımını üstlendikleri görülmektedir. Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin ‘mükemmel ve sağlıklı çocuğu’ kaybetme nedeniyle yas yaşadıkları bilinmektedir (Başkale & ark., 2019).

Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan çocukların annelerindeki depresyon prevalansının sağlıklı ve aile içinde yeterli fonksiyon görememesi sıklıkla depresyona neden olmaktadır. Ayrıca baba çalışıyorsa ve çocuğun bakımına yeterince katılmıyorsa annelerin çocuğun bakımındaki yoğun çabaları ve sorumlulukları nedeniyle küskünlük ve çaresizlik hissettikleri belirlenmiştir (Akkuş & Ayhan, 2020; Kaş Alay, 2023).

Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerde görülen diğer bir durum korkudur. Anne çocuk için çok fazla zaman ve enerji harcadıktan sonra çocuğu kaybetmekten korkar. Ayrıca anne, tekrar hamile kalmaktan ve çok fazla bakım gerektiren diğer bir çocuğa sahip olmaktan da korkabilir. Annenin bu duyguları evlilik ilişkilerini olumsuz etkileyebilir. Annenin çocuğun hastalığına ilişkin verdiği tepkiler annenin kendi aile öyküsüne, geçmişteki krizli durumlarla baş etme yöntemlerine, çocukla ilgili geleceğe yönelik umutlarına, şimdiki aile ve evlilik durumuna ve sosyal destek sistemlerinin varlığına bağlıdır (Başkale & ark., 2019).

### **3.2. Babanın Rolü**

Kronik hastalığın babalar üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalar sınırlı sayıdadır. Ancak babaların da sıklıkla depresyon, düşük benlik saygısı, işe yaramazlık duygusu ve çalışmak zorunda oldukları için çocuğun bakımında aktif rol üstlenmeme nedeniyle acı çektikleri bilinmektedir (Çakır & Kıziler, 2022).

Genelde toplumumuzda babaların kronik hastalıklı çocuğun bakımına duygusal yönden daha az katıldıkları inancı vardır ancak

araştırmacıların çoğu, babanın çocuğun bakımına ne kadar katıldığına bakmaksızın, onun yaşamının da kronik hastalık nedeniyle önemli ölçüde etkilendiğini kabul etmektedirler. Ayrıca onların çocuğun bakımına yeterli ölçüde katılmadıkları zaman hastalık üzerindeki kontrolünün azalması nedeniyle kendilerine çaresiz hissettikleri belirlenmiştir. Annelerle karşılaştırıldığında babalar çocuklarına direkt olarak yardımcı olabilmek için daha fırsatlara sahiptir. Onlar uzun çalışma saatleri nedeniyle evden uzakta oldukları için anneye göre sağlık personelinden daha az bilgi ve destek alırlar. Bu nedenle onların sağlıklı çocuğun kaybına ilişkin yasla ve düşük benlik saygıları ile baş etme fırsatları daha azdır (avuşoğlu, 2022; Kaş Alay, 2023)

### **3.3. Kardeşler Rolü**

Kronik hastalık tanısı kardeşleri de etkiler (zdemir & Taşçı, 2010). Kronik hastalıklı bir kardeşe sahip olma, kardeşler üzerinde ek streslere (rn: yetersiz baş etme becerilerinin gelişmesi, ebeveynlerle ilişkilerin bozulması gibi) neden olur. Kardeşler depresyon, öfke, anksiyete, sosyal izolasyon, kıskançlık düşmanlık, belirsizlik, ihmal edinme ve yoksulluk duyguları yaşayabilirler. Aynı zamanda suçluluk duygusu da geliştirebilirler. Sağlıklı ocuklar her zaman hasta olan ve diğer çocuklar gibi hareket edemeyen bir kardeşe sahip oldukları için utanç duyabilirler. Özellikle okul yıllarında akranların kabulü, benlik saygısının temel kaynağı olduğundan hasta kardeşe sahip olmaları nedeniyle sağlıklı çocuklarda tipik olarak aşağılık duygusu görülebilir (Törüner & Büyükgönenç, 2017).

Kardeşlerinin hastalığı konusunda yeterli bilgi verilmeyen sağlıklı çocuklar, hastalığın kendilerine de geçeceğinden korkabilirler. Sağlıklı ocuklara, kardeşlerinin hastalığı ve ileride gelişebilecek sorunlar konusunda bilgi verilmelidir. Böylece onların korku ve anksiyeteleri azaltılabilir (Er, 2006).

Hasta ocuğun sağlıklı kardeşlerinin psikososyal uyumunda ailenin tutumu önemli rol oynar. Sağlıklı kardeşlerle hasta ocuk arasında destekleyici bir ilişki kurulmalıdır. Bu amaçla sağlıklı

çocukların hastaneye ziyarete gelmeleri, telefon etmeleri ve hasta kardeşlerine bakımına katılmaları desteklenmelidir (Törüner & Büyükönenç, 2017).

Bu nedenle en önemli destek kaynağı olan ebeveynlerin sağlıklı çocuklarına karşı dürüst olmaları aralarındaki iletişimi açık tutmaları ve duygusal destek sağlamaları gereklidir. Ebeveynlerin sağlıklı çocukların kendi kimliklerini geliştirmelerine yardım etmeleri önemlidir. Sağlıklı çocukların kendi yaşadıkları deneyimleri ve sıkıntıları anlayan ve özel gereksinimleri olan bir kardeşle yaşamının nasıl bir deneyim olduğunu bilen kişilerle duygularını paylaşmaları onları rahatlatır. Sağlıklı kardeşlerin olağan aktivitelerine ve sosyal ilişkilerine devam etmeleri de desteklenmelidir (Conk, 2013).

### **3.4. Büyükanne/baba Rolü**

Kronik hastalıklı çocuğun bakımına fiziksel ve psikolojik yönden katılabilen ve aileye destek olabilen büyükanne/babanın varlığı aile için büyük bir şanstır ve bakıma katılmak isteyebilirler. Çocuğa kronik hastalık tanısı konduğunda büyükanne/baba da ebeveynlere benzer şekilde yaz sürecinden geçerler. Hastalığın uyum sürecinde hasta çocuğa aşırı düşkünlük ya da çocuktan uzak durma davranışları görülebilir. Enerjilerinin azalması ve çabuk yorulmaları nedeniyle çocuklarla etkileşimleri sınırlı olabilir bu nedenle kendilerini aileye tam olarak dahil edemezler ve sonunda çaresizlik duyguları yaşarlar. Büyükanne/baba sıklıkla kronik hastalıklarla yaşamaya uyum yapmak için ailenin öğrenmesi gereken güç, sabır ve inanç yönünden ebeveynlere model olurlar (Çavuşoğlu, 2022).

### **4. Kronik Hastalıkla Başetme**

Ailenin, kronik hastalığa tepkilerini ve normal fonksiyonlarını sürdürme yeteneklerini, çocuğun gelişimsel gereksinimleri, ebeveynlerin yaşı ve önceki baş etme yöntemleri önemli ölçüde etkiler (Erikmen & Keskin, 2022).

## **4.1. Çocukların Kullandıkları Başetme Yöntemleri**

Baş etme, geniş şekilde stresi ele alma yöntemidir. Baş etme yöntemleri, stresli bir durumu hafifletmede hem bilinçli hem de bilinçsiz düzeyde kullanılır. Çocuğun baş etmesini etkileyen etmenler; onun büyüme ve gelişme düzeyi, duygusal değişkenliği, algısal-bilişsel yetenekleri ve sahip olduğu sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir.

Gelişim düzeylerine göre baş etme davranışlarında daha basit tepkilerden daha karmaşık bilişsel süreçlere doğru değişiklikler olduğu öne sürülmektedir. Çocukların kullandıkları baş etme yöntemleri, yaşa ve gelişimsel düzeye göre büyük ölçüde değişmektedir (Buldan & Kuzu, 2018; Günler, 2019).

### **4.1.1. 0-1 Yaş Bebeklerin Kullanılan Baş Etme Yöntemleri**

Bebeklikte kullanılan baş etme davranışları primer olarak motor aktiviteler üzerinde yoğunlaşır. Örneğin; parmak emme, el-ağız aktivitesi, huzursuzluk, ağlama, vücudunu sallama ve tanıdık bir kişiye ya da objeye sarılma, bebeklerin başetme davranışları arasında yer alır.

### **4.1.2. 1-3 Yaş Döneminde Kullanılan Baş Etme Yöntemleri**

Bu dönem stresli bir durumla karşılaşıldığında ise çocuklarda sıklıkla bebeklik döneminin bilinen başetme yöntemlerine regresyon görülür. Ayrıca çocuklarda başetme yöntemi olarak öfke nöbetleri ve içe kapanma gibi davranışlar görüldüğü belirlenmiştir.

### **4.1.3. 6-12 Yaş ve 12-18 Yaş Döneminde Kullanılan Baş Etme Yöntemleri**

6 yaşa gelen çocukların bilişsel yetenekleri (örn: hatırlama, konuşma ve hastalıklarını nasıl kontrol edeceklerini anlamak için gerçeği kontrol etme) yeterli düzeydedir. Bu nedenle okul çağı çocuğu ve adölesanlar kronik hastalığı olan diğer genç kişilerde yaşadıkları deneyimleri paylaşarak hastalıkları ile başarılı şekilde baş ederler.

Okul çağı ve adölesan dönemindeki çocukların kronik hastalıkla baş etmelerine yönelik en önemli girişimlerden biri onların farklı olmaya ilişkin duygularını azaltmak ve yaşamlarını olabildiğince normal şekle getirmektir bu amaçla onların hastalıkları nedeniyle ileride meydana gelebilecek değişikliklere hazırlanmaları ve kendi bakımlarına ilişkin kararlara katılmaları önemlidir (Ak, 2018, Çavuşoğlu, 2022).

Adölesanın iç ve dış baskılarla etkili şekilde baş etme yeteneği, ebeveynlerin desteğinden ve akranların gösterdikleri tepkilerden önemli ölçüde etkilenir. Bu nedenle adölesanın hastalığı ve gelişimsel krizleri normal şekilde ele alabilmesi konusunda desteklenmesi gereklidir. Hastalığa uyum yapma ve kendi bakımını üstlenme sonucu, adölesan ve hastalık yeni bir denge durumuna ulaşır (Ak, 2018).

Ayrıca kronik hastalığı olan bazı adölesanlar hastalığı neden olduğu anksiyete ile baş edebilmek için hastalığa ilişkin duygularını tartışmak yerine hastalıkla ilgili gerçekçi bilgilere yönelirler. Onlar hastalığa ilişkin rahatsız edici duyguları azaltmak için entelektüel süreci kullanırlar. Bu basma yöntemini kullanan çocuklar sıklıkla tıbbi terminoloji iyi bilirler ve hastalıkla ilgili gerçekçi bilgilere sahiptirler. Bu yöntem çocukların duygularının dışına çıkıp hastalığa daha objektif bir açıdan bakmalarını sağlar (Conk, 2013).

Kronik hastalığı olan bu çocukların tümü uyum sağlayıcı savunma mekanizmalarını kullanarak hastalıkları ile etkili baş edemezler. Bu durum çocuğun reddedilmesine, akran aktivitelerinin dışında kalmasına, sosyal izolasyona ve aşağılık duygularına neden olabilmektedir (Erdur-Baker & Doğan, 2019; Çavuşoğlu, 2022).

#### **4.2. Ailenin Kronik Hastalığa Uyum Sürecinde Kullandıkları Baş Etme Yöntemleri**

Çocuğun hastalığını kabul eden ebeveynler onun yeteneklerini en üst düzeye çıkararak kronik hastalığını etkilerini azaltmaya ve topluma en üst düzeyde uyumunu sağlamaya çalışırlar

yani çocuğun sosyal ve toplumsal bütünleşmesi sağlamayı amaçlarlar (Sezer & İlhan Erkal, 2019).

Kronik hastalıklı çocuğu olan ve bu durumla başarılı şekilde baş eden sağlıklı ailelerde değerlerin değıştiği belirlenmiştir. Ayrıca bu ailelerin sağlıklı ve başarılı problem çözme yeteneklerinin olduğu ve durumlarını gerçekçi şekilde görebildikleri gözlenmiştir (Erikmen & Keskin, 2022).

Çocuğun hastalığının, ailenin geri kalan yaşamı üzerindeki etkisini kabul eden ebeveynler, kronik hastalıklı çocuğa sahip oldukları gerçeğine uyum yapmışlardır. Bu ebeveynler çocuğu uygun şekilde disipline ederler çocuğun sınırlılıklarını tanırlar ve sadece yaşına uygun gerekli kısıtlamaları uygularlar, çocukla ilgili gerçekçi beklentiler geliştirirler. Kabul etme aşamasında çocuğun yetenekleri ve yetersizlikleri ile birlikte benimsenmesi söz konusudur (Sezer & İlhan Erkal, 2019).

- Durumu kabullenmek
- Durumu yönetmek
- Çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamak
- Diğer aile bireylerinin çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi.
- Stres ve krizle baş edebilme
- Duyguların yönetiminde diğer aile bireyelerine destek olmak
- Destek sistemi oluşturmak

## **5. Kronik Hastalıklarda Hemşirenin Rolü**

Kronik hastalıklarda tıbbi ve hemşirelik bakımı uzun süreli ve çoğu kez de hastanın geri kalan tüm yaşamı süresince gerekli olmaktadır. Hastalık uzun süreli olduğu zaman çocukluk döneminin normal büyüme ve gelişme krizleri ile birleşerek çocuğu ve aileyi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple kronik hastalığı olan çocuğun bakım ve tedavi sürecinde çocuk ve aile ile sürekli etkileşim

halinde olan pediatri hemşirelerinin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Kronik hastalıklı çocuğun bakımında sadece çocuk merkezli yaklaşım ile hareket edilmemeli, aile merkezli bakım yaklaşımı ile aileyi de ele alarak bütüncü bir hemşirelik bakımı sunmalıdır. Ayrıca hemşire, aile birliğinin sağlanması ve bağlarının güçlenmesi, karşılaşılan problemlere yönelik çözüm önerilerinin sunulması ve tüm aile bireylerinin desteklenmesi konusunda aileye destek olmalıdır (Gürbüz & Geçkil, 2023; Törüner & Büyükgöneç 2023).

Kronik hastalıklara yönelik temel hemşirelik hedefleri şunları içerir:

- Primer hemşirenin bakımda tutarlılığı sağlanmalıdır.
- Ebeveynlerin bakıma katılması sağlanmalıdır.
- Çocuk ve ailesinin anksiyetesi azaltılmalıdır.
- Baş etmenin güçlendirilmesi sağlanmalıdır.
- Çocuğun ve ebeveynlerin kronik hastalığa psikososyal uyumlarına yardım edilmelidir.
- Ağrı giderilmelidir.
- Çocuk ve aile taburcu olmadan önce, evdeki bakıma hazırlanmalıdır Aileleri sağlık sisteminde yer alan kaynakları (özellikle koruyucu hizmetleri) uygun şekilde kullanmaları için desteklenmelidir
- Kronik hastalığı olan çocukların rehabilitasyonu sağlanmalıdır (Törüner & Büyükgöneç, 2017).

## **Sonuç**

Hemşirelik bakım sürecinde çocuk ve ailenin güçlü ve zayıf yönleri, baş etme davranışları, ebeveyn-çocuk ilişkisinin niteliği, çocuğun gelişimsel düzeyi, aile içindeki yeri ve ulaşılabilecek kaynaklar değerlendirilerek uzun süreli, kapsamlı ve aile merkezi bakım verilmesi sağlanır.

Çocuğun bakımını üstlenen primer hemşirenin bakımda tutarlılığı sağlaması önemlidir. Çocuk, aile ve hemşire arasındaki iletişimin açık, net ve tutarlı olması önem taşımaktadır (Kaş Alay, 2023).

## KAYNAKLAR

Çakır, M.N. & Kızıler, E. (2022). Kronik hastalığa sahip çocuğu olan ailelerde ebeveyn- çocuk ilişkisi: sosyal destek ve ebeveyn öz yeterliği. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 5(3):48-58.

Geçkil, E. & Aldem Budak, M. (2020). Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin bakım verme yükü ile anksiyete-depresyon düzeyinin belirlenmesi. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 391-399. <https://doi.org/10.31067/0.2020.289>

Yıldız Akkuş, S. & Bütün Ayhan, A. (2018). Investigation of the behavioral problems and life quality of the children with chronic diseases. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, <https://doi.org/10.12956/tjpd.2018.394>.

World Health Organisation (WHO). (2022). *Noncommunicable disease*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Erişim tarihi: 07.07.2023).

American Academy of Pediatrics (AAP). (2021). *Consensus statement on the core tenets of chronic condition management in schools* *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.michigan.gov/-/media/Project/Websites/mde/2021/10/13/ADA\_Statement\_Core\_Tenets\_of\_CCMS\_2021-08.pdf?rev=fc8c01a5fd9841eca1c74ac885e9eca4* (Erişim:17 Temmuz 2023).

Mariñez, M.G.Q., Chakker, M. & Ravi, N. (2022). The other sibling: a systematic review of the mental health effects on a healthy

sibling of a child with a chronic disease. *Cureus*, 14(9).  
<https://doi.org/10.7759/cureus.29042>.

Gürbüz, F. & Geçkil, E. (2023). Kronik hastalığı olan çocuk ve ailesine yaklaşım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 7(1), 32-38.

Consollini, D.M. (2022). *Kronik sağlık sorunları olan çocuklar*.

<https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/caring-for-sick-children-and-their-families/children-with-chronic-health-conditions>. (Erişim tarihi: 18 Temmuz 2023).

Çavuşoğlu, H. (2022). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. (Genişletilmiş 10. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Basımevi. (5-112).

Eiser, C. & Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess*, 5, 1-156.

Demirağ, S.A. (2015). Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 6(6),6-9.

Törüner, E.K. & Büyükgöncü, L. (2017). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Ankara: Nobel tıp kitapçevleri.

Erdoğan, A. & Karaman, M.G. (2008). Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanımlanması ve yönetilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9, 244-252.

Conk, Z., Başbakkal, Z., Bal Yılmaz, H. & Bolışık, B. (2013). *Pediatric Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Bolat, E.Y. (2018). Süreğen hastalığı olan çocuklar ve hastane okulları. *Milli Eğitim Dergisi*, 47(218), 163-186.

Demir Acar, M., Günay, U. & Çevik Güner, Ü. (2018). Difficulties experienced in mother-infant attachment in a case of infant birth with congenital anomaly and the role of nursing. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(2), 169-176. <https://doi.org/10.5336/nurses.2017-58647>.

Üneri, Ö.Ş. & Çöp, E. (2021). Kronik hastalığı olan çocuk ve ergenler. Perdahlı Fiş N (Ed.). *Yüksek Riskli Gruplarda Psikiyatrik Bozukluklar*. (1. Baskı). Ankara: Türkiye Klinikleri (p.49- 56).

İnal, F.N. & Pekcanlar, A. (2008). Kronik hastalıklar, hastaneye yatış ve çocuk. *Dokuz Eylül Üniv Tıp Fak Derg*, 22(2), 99-105.

Kaş Alay, G. (2023). Kronik hastalıkların çocuk ve aile üzerine etkileri. *KÜSBFD*, 2(1), 40-50.

Ak, B. (2021). Kronik ve yaşamı tehdit edici/ölümcül hastalığı olan çocuk ve hemşirelik yaklaşımı. Z. Conk, Z. Başbakkal, H. Bal Yılmaz, B. Bolışık eds.) *Pediatric hemşireliği içinde* (3.baskı) (ss. 945-988). Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı Hast. Derg*, 49, 155-68.

Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2013). *Essential of pediatric nursing*. (9th Edition), USA: Elsevier mosby,

Törüner, E.K. & Büyükgöncü, L. (2023). *Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları*. (3. Baskı). Ankara: Gökçe Ofset: 123-130.

Öztürk, C. & Ayar, D. (2013). Tip 1 diabetes mellituslu çocuklarda yaşam kalitesi ve önemi. *DEUHYOED*, 6(2), 99-101.

Taşçı Eser, D., Liman, T. & Bilge, A. (2012). Kronik hastalığı olan ergenlerin öfke ifade biçimleri. *Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3), 116-120.

Tekgöl, N., Dirik, N. & Karademirci, E. (2012). Ergen ebeveynlerinin ergenlik hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *The Journal of Tepecik Education and Research Hospital*, 22(1), 59–62.

Graaf, G., Baiden, P. & Keyes, L. (2022). Barriers to mental health services for parents and siblings of children with special health care needs. *Journal of Child and Family Studies*, 31(3), 881–95. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02228-x>

Tayaz, E. & Koç, A. (2018). Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*,14(1), 44-52.

Curtis, J.R., Treece, P.D. & Nielsen, E.L. (2016). Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 193(2), 154–162. <https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0900OC>

Başkale, H., Çetinkaya, B., Ceylan, S.P. & Öztaş, Ü. (2019). Epilepsili çocukların annelerinin yaşam doyumu ve başa çıkma tutumları. *JCP*, 17(2), 265-278.

Akkuş, S.Y. & Ayhan, A.B. (2020). Kronik hastalığı olan çocukların davranışlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Turkish J Pediatr Dis*, 14, 129-135.

Özdemir, Ü. & Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.

Erikmen, E. & Keskin, G. (2022). Kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye uyum sürecinde aile faktörü: motivasyonel görüşmenin etkileri açısından gözden geçirme. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 1392-1400. doi:10.37989/gumussagbil.945568

Buldan, Ö. & Kuzu, K.N. (2018). Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11 (4), 274–82.

Günler, E.O. (2019). Kronik hastalıkların yol açtığı bazı toplumsal problemler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (42), 392–400.

Ak, B. (2018). Kronik ve yaşamı tehdit edici/ölümcül hastalığı olan çocuk ve hemşirelik yaklaşımı. Z. Conk, Z. Başbakkal, H. Bal Yılmaz, B. Bolışık (Eds.) *Pediatric hemşireliği içinde*. (ss. 913-942). Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Erdur-Baker Ö. & Doğan T., (2019), *Kriz danışmanlığı* (3. baskı). Pegem Akademi.

Sezer, T.A. & İlhan Erkal, S. (2019). Kronik hastalığa sahip çocuk-ergen ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi algıları. *STED*, 28(2),127-136. DOI: 10.17942/sted.472967

## BÖLÜM VII

### Yenidoğan Yoğun Bakımlarda Aile Temelli Bakım Yaklaşımları: Aile Entegre Bakım

**Müge SEVAL**  
**Derya YİĞİT**

#### Giriş

Yenidoğanlarda mortalite ve morbidite nedenlerine bakıldığında en önemli nedenlerin başında prematüriteliğin geldiği bilinmektedir. Çünkü preterm ve term yenidoğanların fizyolojik ve yapısal özellikleri oldukça farklıdır (Batman & Çoban, 2019). Dünya’da da her yıl 15 milyon bebeğin erken doğduğu ve bu sayının giderek arttığı bildirilmektedir (WHO, 2018). Prematüre sağ kalım oranlarının son yıllar da artmasına bağlı morbidite oranları da artış göstermektedir (Pedrini & ark., 2018). On yıl öncesine kadar prematüre sağ kalım oranı <25 GH doğan bebekler için, >25 GH göre doğan bebeklere göre belirgin olarak daha kötüydü. Günümüzde bu oranın, 22 GH bebekte %40’a, 23 GH bebekte %63’e, 24 GH’de ise %81’e yükseldiği bildirilmektedir (Myrhaug & ark., 2019). Prematüre olarak doğmanın hem bebeğe, hem ebeveyne hem de annenin bebeğine verdiği bakıma kadar birçok noktada olumsuz etkileri vardır. Bebek açısından bakıldığında bu bebeklerin sağ kalım oranlarında artış olmasına rağmen, uzun dönemde nörogelişimsel olumsuzluklar yaşamaktadırlar. Bu olumsuzlar

işitme ve görme kayıpları ile çocuğun gelişimsel geriliğine sebep olan motor, bilişsel veya davranışsal eksiklikler ile öğrenme güçlükleri olarak sıralanabilir (Pierrat & ark., 2017; Ding & ark., 2020).

Ebeveyn açısından ise; bu bebeklere sahip olan aileler ise kendilerini içinde buldukları duruma karşı karmaşık ve hazır hissetmediklerinden oldukça farklı duygular içinde bulabilmektedirler (Pazarcıkcı & Efe, 2017). Doğum sonrası annelerin kaygı ve stresi birçok faktörden etkilenmekte olup; ana faktörlerin ise bebek durumları, aile ortamı ve anne özellikleri olduğu bildirilmektedir (Biaggi & ark., 2016; Tedgård & ark., 2020). Bunlar arasında ise bebeklik durumlarının annelerdeki kaygı ve stres durumları için temel bir risk faktörü olarak algılandığı bildirilmektedir (Cong & ark., 2021; Treyvaud & ark., 2019). YYBÜ'nde hastaneye yatırılması gereken ve yaygın olarak yüksek algılanan stres, anksiyete ve depresyona sahip olduğu bildirilen annelerin genellikle prematüre bebeğe sahip olan anneler olduğu bildirilmektedir (Ong & ark., 2019). Çünkü prematüre bebeğe sahip olan anneler, doğumdan sonra hastanede yatarken anne-bebek ayrılmasının neden olabileceği daha fazla endişe ve stres yaşarlar, bu da onlara daha fazla dikkat edilmesi gerektiği anlamına gelir (Cong & ark., 2021). Bu annelerdeki sürekli kaygı hissi, dengesiz duygular ve bebekle ilgilenememe gibi doğum sonrası depresyon belirtileri, annelerin hem emzirme tutumunu azaltmakta hem de bebek bakımı konusundaki öz yeterliliklerini olumsuz etkileyebilmektedir (Didarloo & ark., 2017; Duran & ark., 2020; Yahya & ark., 2021).

Özellikli birim olarak kabul edilen YYBÜ, riskli bebeklerin tüm bakım ihtiyaçlarının karşılandığı ünitelerdir. Bu ünitelerde amaç; özel bakım gereksinimi olan bu bebeklerin yalnızca yaşatılması değil, kaliteli ve güvenli bakım sunulması ile birlikte sağlıklı term bebeklerle benzer nörogelişimsel gelişim gösterebilmelerini sağlamaktır (Üğücü & Yiğit, 2021). YYBÜ'lerde riskli bebeklerin bakım ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla 1980'lerde Gelişimsel Bakım Yaklaşımı (GBY) geliştirilmiş olup, günümüzde bu bakım

yaklaşımı anlayışı halen önemini korumakta ve giderek yaygınlaşmaktadır (Yiğit & Ügücü, 2019). GBY, riskli bebeklerde kısıtlılıkların önlenmesi, uygun nöral yolak ve bağlantıların oluşumunun YYBÜ'lerinde desteklenmesiyle birlikte bu bebeklerin sağlıklı gelişimlerinin sağlanması stratejilerini kapsayan bir bakım yaklaşımıdır (Ügücü & Yiğit, 2021). Aile merkezli bakım da bu bakım yaklaşımının ana bileşenlerinden biridir (Phillips, 2015).

Ailenin riskli bebeklerin sağlık sonuçlarını iyileştirmede kritik bir rol oynadığına dair artan bir farkındalık vardır (Franck & O'Brien, 2019). Çünkü aile normalde de bir bebeğin iyileştirici çevresi ve gelişimsel bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Aileye bir bebeğin katılmasıyla aile içi ebeveynlik rolleri, işlevler, ailenin dinamiği ve gereksinimleri farklılaşarak, aile içi süreçlerde bir değişim söz konusu olur. Üstelik yeni katılan bu bebeğin özel bakım gereksiniminin olması aile için oldukça stres kaynağıdır (Phillips, 2015; Lee & ark., 2017; Yiğit & Ügücü, 2019). Bu noktada, aileleri YYBÜ bakım ekibine entegre eden Aile Entegre Bakım (AEB); bebek ve ailesinin ihtiyaçlarını bir bütün olarak ele alır. AEB, ailenin güçlendirilmesi, öğrenmeyi, ortak karar almayı ve pozitif ebeveyn-bebek bakım verme deneyimlerini teşvik etmek için güçlü yönlere dayalı, AMB yaklaşımını kullanır. Ebeveyn yeterliliğini arttırarak, bebeklerinin primer bakım verici olmalarını hedefleyen AEB, özellikle taburculuk sırasında öz yeterliliğin artmasına, ebeveyn-bebek ilişkilerinin ve bebeklerin iyileşmesine yol açar (Lee & ark., 2017; Franck & O'Brien, 2019; Franck & ark., 2020) .

### **Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Entegre Bakım**

YBÜ'de bebekler fiziksel olarak ebeveynlerinden ayrı tutulur ve bu genellikle hem ebeveynlerin hem de bebeklerin fiziksel, psikolojik ve duygusal sağlığı üzerinde etkiye sahiptir. Aile Merkezli Bakım, ebeveynlerin bebek bakımına daha fazla katılımını teşvik eden sağlık bakımının planlanması ve sunulmasına yönelik bir yaklaşımdır. AEB modeli, Aile Merkezli Bakım ilkelerinin bir uzantısıdır. Bu model, YYBÜ'de olsa bile ebeveynlerin bebeklerinin bakımında gerçek ortaklar oldukları eyleme dönüştürülebilir bir

modeldir. Ayrıca AEB, ebeveynleri bakım ekibine entegre etme, ebeveynlerin orada bulunması ve bebeklerinin bakımını gözlemlemesine izin verme durumunun çok ötesine geçer (FiCare, 2023). Model, ebeveynlere ekibin gözetimi altında bebeklerinin kendine güvenen ve bağımsız birincil bakım verenleri olabilmeleri için yeterli eğitim ve araçların sağlanmasını içerir (Banerjee & ark., 2018).

### **Modelin Amacı**

Aile Entegre Bakım, ebeveynlerin klinik ekibin ortakları olarak birincil bakım verenler olmalarını destekleyen yeni bir yenidoğan bakımı modelidir (Patel & ark., 2018). Kısaca AEB modeli, ebeveynleri YYBÜ'ne kabul sırasında kendi bebeklerinin birincil bakım verenleri olma konusunda güçlendiren planlı ve yapılandırılmış bir yenidoğan bakımı yaklaşımı olarak tanımlanır (Waddington & ark., 2021). Amacı da, ebeveynler ile YYBÜ personeli arasındaki ortaklığı ve işbirliğini kolaylaştırmak, ebeveyn-bebek etkileşimini teşvik etmek ve ebeveyn güvenini oluşturmaktır (Jayanta Banerjee & ark., 2020; Franck & ark., 2020; FiCare, 2023).

AEB modeli kapsamında ebeveynler sağlık ekibi ve bebeğin bakımına entegre edilirler. Ebeveynler bu model sayesinde uygulama süreci boyunca bebeğin ziyaretçisi olmanın ötesine geçerek ebeveyni olurlar. Ebeveynlere bebek bakımına (besleme, bez değişimi, banyo, oral ilaç verme gibi) katılımını sağlama, büyüme ve gelişmesini takip etme, karar verme süreçlerine katılma gibi konular öğretilir. Ayrıca ebeveynlerin ünite ve taburculuktan sonra evde bebeklerinin primer bakım vericisi olmasını hedefleyen AEB, ebeveynin sağlık ekibiyle işbirliğini, güvenini ve bebeğiyle etkileşimini güçlendirir (FiCare, 2023; J. Banerjee & ark., 2018).

### **Modelin Gelişimi**

AEB'in gelişimi Estonya Tallin'de 1979 yılında kurulan bir YYBÜ ile olmuştur. Buradaki hemşire yetersizliğinden dolayı annelerin taburculuğa kadar bebeklerin yanlarında kalmaları istenmiştir. Bu ünite anne ile bebeğin ayrılmasının önlenmesi,

bebeğin fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması ve fizyolojik ve psikolojik bağın devamının sağlanması hedeflenmiştir. Bu kapsamda annelerin 24 saat bebeklerinin yanlarında kalması istenmiş, kalmak istemeyenlerin de ziyaret etmelerine olanak sağlanmıştır. Üniteye insani yenidoğan bakımı girişimi uygulaması gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda anneler ile bebekler arasında maksimum temas, sağlık personeli ile bebekler arasında ise minimum temas olmasıyla birlikte annelerin bebeklerinin primer bakım vericisi rolünü üstlenmişlerdir. Ayrıca her odada fiziksel çevre (iki bebek ve anneleri olacak şekilde) oluşturulmuş ve odaların anneler tarafından kendilerine özgü yatak örtüsü, fotoğraf, çiçek gibi nesnelere evlerinden getirilerek düzenlenmesine izin verilmiştir. Annelere banyo, masaj, kanguru bakımı, bez değişimi, besleme gibi tüm bakım süreçleri hemşireler tarafından öğretilmiş ve tüm komplike olmayan bakımlar bebeklerin anneleri tarafından gerçekleştirilmiştir. Böylelikle annelerin ebeveynlik rollerinin güçlendirilmesi amaçlanmıştır (Levin, 1994; A. Levin, 1999; Bracht & ark., 2013).

Estonya Tallinn'deki YYBÜ'nde gerçekleştirilen bu uygulamanın etkinliğini değerlendirmek amacıyla Levin (1994) tarafından; üniteye kabul edilen 159 term ve preterm bebekten oluşan bir grubun yaşamlarının ilk 30 günündeki kilo artışları karşılaştırılmıştır. Annesi bakıma entegre edilen (n=87) bebeklerin, rutin bakım alan (n=72) bebeklere göre kilo artışlarının daha iyi olduğu ve daha az enfeksiyon geliştiği görülmüştür (Levin, 1994). Bu uygulama sonuçları Kanada'da ilgi görmüş ve multidisipliner bir ekip ebeveyn danışma komitesinden bir ebeveyn temsilcisi ile birlikte, İnsani Yenidoğan Bakım Girişimi'ni yerinde gözlemlemek için Tallinn'deki bu üniteyi ziyaret etmiştir (Macdonell & ark., 2013).

Tallinn ziyareti sonucunda Kanadalı bilim insanları bu uygulamayı geliştirmeyi ve Kanada'da ebeveyn katılımı bakım uygulaması geliştirme düşüncesiyle bir adım atmışlardır. Bu uygulamanın geliştirilmesi fikir aşamasıyla birlikte 12 ay sürmüştür. Uygulamanın geliştirilmesi aşamasında; bir doktor, bir YYBÜ

hemşiresi, üç ebeveyn, bir ebeveyn eğitim hemşiresi, bir emzirme danışmanı ve bir sosyal hizmet uzmanı ekipte yer almıştır. Ekipte ailelerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve uygun bir model geliştirilebilmesi amacıyla daha önce ekipte iletişimi olan kıdemli ebeveynlere yer verilmiştir. Aile Merkezli Bakım kapsamında bir uygulama tasarımı ortaya çıkarılmıştır (Macdonell & ark., 2013). AEB modelinin gelişiminde hemşire ve kıdemli ebeveynlerin etkisinin oldukça önemli olduğu görülmektedir (Bracht & ark., 2013; Macdonell & ark., 2013).

Kanada'da geliştirilen bu AEB modelinin uygulanmasının fizibilitesini, güvenliğini ve potansiyel sonuçlarını araştırmak amacıyla yapılan pilot çalışmada; AEB alan bebeklerde emzirme oranlarının yüksek, kilo alımlarının daha fazla, ebeveyn streslerinin daha düşük ve bebek ve aile sonuçlarını iyileştirmede olumlu sonuçlarının olduğu görülmüştür (O'Brien & ark., 2013). O'Brien ve arkadaşlarına göre (2013); AEB alan gruptaki yenidoğanlarda; prematüre retinopatisi, necrotizan enterekolit, ilaç hataları ve yenidoğanların hastanede kalış sürelerinde azalma ile birlikte mortalite ve sağlık bakım maliyetlerinde azalma olduğu sonuçları söz konusudur. Ayrıca bu bakım modeli ile birlikte annelerde öz güven, memnuniyet, anne-bebek arasındaki bağın güçlendiği, ebeveynlerin sağlık çalışanları ile aralarındaki ilişkinin geliştiği, sağlık çalışanlarının iş yükünün azaldığı ve taburculuğa hazır olmanın da yüksek olduğu belirtilmektedir (Macdonell & ark., 2013; O'Brien & ark., 2013). Günümüzde uluslararası alanda 21 merkez kuruludur: 9'u Amerika Birleşik Devletleri'nde (Boston, Oklahoma, San Francisco, Carolina, Colorado, St Luke's, Illinois, Cincinnati, Phoenix), 11'i Avrupa'da (İsveç, Fransa, Hollanda, Belçika, Norveç, İspanya, İtalya, Danimarka, Portekiz ve Almanya) ve Güney Amerika'da (Arjantin). Kanada, İsrail, Japonya ve Güney Avrupa'da 6 merkez daha geliştiriliyor (Gómez-Cantarino & ark., 2020; Waddington & ark., 2021).

## **Modelin Felsefesi**

YYBÜ’nde AEB ile bakım vermede bir paradigma değişimi söz konusudur (Üğücü & Yiğit, 2021). Bunun nedeni ise AEB’in hastane ve YYBÜ düzeyindeki yapıları, süreçleri ve ebeveyn destek ihtiyaçlarını ele almasıdır. Ayrıca AEB, ebeveynlerin güçlendirilmesini, öğrenmeyi, ortak karar almayı ve olumlu ebeveyn-bebek bakımı deneyimlerini destekleyen bir bakım modelidir (Franck & ark., 2020). Bebek ve ailesinin mutlak yararını gözetilen model, aynı zamanda aile merkezli bakım kültürünün oluşumunu da destekler (Lee & O’Brien, 2018; Banerjee & ark., 2018). Modelin üç ana felsefesi vardır (Bracht & ark., 2013; Banerjee & ark., 2018; Lee & O’Brien, 2018; FiCare, 2023):

- Ebeveynler bebek bakım ekibinin vazgeçilmez bir parçasıdır.
- Ebeveyn eğitimi modelin olmazsa olmazıdır.
- Sağlık ekibi her türlü ebeveynleri destekler.

## **Modelin Yapıtaşları**

AEB’in başarılı bir şekilde benimsenerek uygulanabilmesi için, modeli geliştiren ekip modele dört temel sütun eklemiştir. Bunlar; Personel Eğitimi ve Desteği, Ebeveyn Eğitimi, YYBÜ Ortamı ve Psikososyal Destek’tir. Bu 4 sütun, AEB modelini destekleyen ana iskeleyi oluşturur. Bu sütunların temelini, program geliştirmenin her düzeyinde deneyimli ebeveynlerin katılımı oluşturur (O’Brien & ark., 2013; Aloysius & ark., 2018; FiCare, 2023).

## **Personel Eğitimi ve Desteği**

Modelin ilk yapıtaşı olan personel eğitimi, AEB için ortak bir dil oluşturur. YYBÜ’nde bebeklerinin bakımı konusunda ebeveynlere eğitim vermeleri, mentorluk yapmaları ve destek vermeleri için personele gerekli eğitim ve araç sağlamayı hedefler. Bu yapıtaşı ayrıca personelin bakım modeli konusunda rahat hissetmesine ve AEB’in temel kolaylaştırıcıları olarak rollerini benimsemesine olanak sağlar (FiCare, 2023).

Ebeveynleri AEB konusunda eğitebilmek için sağlık ekibinin AEB modeline göre eğitilmiş ve eğitilmiş olması gerekir. Sağlık ekibi multidisipliner yaklaşımla AEB'i sunar. Ekipte; ebeveynler, hemşire, hekim, dil ve konuşma terapisti, diyetisyen, fizyoterapist, ergoterapist, gelişimsel pediatrist, emzirme danışmanı, eczacı, taburculuk koordinatörü, klinik psikolog vb. kişiler yer alabilir. Bu nedenle tüm ekip üyelerinin eğitimi ve desteklenmesi önemlidir (Aloysius & ark., 2018; Gómez-Cantarino & ark., 2020). Hasta ve ailesiyle doğrudan ve sürekli teması nedeniyle özellikle hemşireler, bu grubun ana eğitimcisi olması nedeniyle bu modeli uygulamak için daha fazla eğitime ihtiyaç duymaktadırlar (Gómez-Cantarino & ark., 2020). Bu nedenle ekipte özellikle hemşirelerin desteğini almak AEB'in uygulama başarısının anahtarıdır.

AEB'in uygulanması noktasında, yenidoğan bakımını sağlayan personelin bakımın odağında olmaktan çok eğitimci, kolaylaştırıcı ve ebeveynleri bakım konusunda destekleyici bir rolde olması gerekmektedir. Çünkü ebeveynler artık bebeklerinin ziyaretçisi olmanın ötesinde sağlık bakım ekibinin bir üyesi olarak aktif rol almalıdır (Aloysius & ark., 2018). Bu nedenle ailelerin bakıma entegre edilmesi ve güçlendirilmesini kolaylaştırmaya yönelik sürekli hizmet içi eğitimlerle uygulama stratejileri oluşturulmalıdır (Lee & O'Brien, 2018; Banerjee & ark., 2018). Eğitimler, üitedeki yoğun çalışma saatleri göz önüne alınarak gereksinime uygun ve kolay uygulanabilir olmalıdır. Etkili personel eğitimi, AEB farklılıklarının, personel için neyin gerekli olduğunun anlaşılmasını destekler, personelin ebeveynlere yönelik becerilerini geliştirmek için klinik bilgi ve becerileri konusunda güncel ve kendinden emin olmalarını sağlar (Aloysius & ark., 2018). Personel eğitimi, küçük grup eğitim oturumlarından ve toplantılardan atölye çalışmalarına veya çevrimiçi modüllere kadar birçok farklı şekilde sunulabilir (FiCare, 2023).

## **Ebeveyn Eğitimi**

Ebeveynlere YYBÜ ortamında bebeklerinin bakımı için gerekli bilgi, beceri ve güvenin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle

AEB’de sağlık bakım ekibinin aktif bir üyesi kabul edilen ebeveynlerin bebeklerinin bakımlarında uzman olmaları desteklenmelidir. Ebeveynlere bilmediklerini öğretmek, tam anlamıyla aktif ekip üyesi olmak için ihtiyaç duydukları güveni sağlamaya yardımcı olur. Bu nedenle sağlık çalışanları ile aileler arasında bilgi paylaşımı ailelerin öğrenme stillerine göre eksiksiz bilgi paylaşımını içermelidir (Ramezani & ark., 2014; Üğücü & Yiğit, 2021; FiCare, 2023).

Ebeveyn eğitiminde ilk prensip, ebeveynleri bakım ekibinin bir parçası olarak kabul edilmesidir. İkinci prensip ise ebeveynlere, bebekleri için gerekli olan yenidoğan bakımını anlamalarını kolaylaştıracak eğitim, bilgi ve araçları sağlamaktır (Banerjee & ark., 2018). Bu eğitim, iyi planlanmış küçük grup eğitim oturumlarından, hasta başında doğaçlama bire bir eğitime kadar pek çok açıdan sağlanabilir. Ebeveyn eğitim oturumları, özellikle küçük bir grup ortamında sağlandığında, ebeveynlere hem eğitimciden hem de birbirlerinden öğrenme fırsatı sunar. Bu eğitimlerde kıdemli ebeveynlerden de yararlanılabilir (FiCare, 2023). Bilgi paylaşımı ile problem çözme için fırsatlar hazırlanan eğitim programına ebeveyn katılımının, ebeveynin stresini ve kaygısını azalttığı, kendine güvenleri ve yetkinliklerinin de arttığı bildirilmektedir (Bracht & ark., 2013).

Ebeveyn eğitiminin üçüncü prensibi de, ebeveynleri yenidoğan bakımının tüm yönlerine entegre etmektir. Eğitim modüllerinde ‘‘AEB modelinin ne olduğu, bebeğin gelişimsel gereksinimleri ve nasıl karşılanacağı, YYBÜ’de Başetme, YYBÜ’nde Yaşam, Ekip Olarak Çalışmak, Yaşamsal Bulguların İzlemi, Tıbbi Durumlar ve Girişimler, Ventilasyon, Anne Sütü ve Emzirme’’ gibi konular yer almaktadır (Platonos & ark., 2018; FiCare, 2023). Ebeveynlere düzenlenecek olan eğitim modüllerinin dakikayı geçmemesi önerilmektedir. ayrıca eğitim için güvenli bir çevre oluşturularak duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilecekleri eğitim ortamları düzenlenmelidir (Üğücü & Yiğit, 2021).

## YYBÜ Ortamı

AEB modelinde ebeveynlerin bakım gereksinimlerini karşılayan konforlu çevrenin oluşturulması modelin üçüncü ve diğer önemli yapıtaşlarıdır. Bu çevrenin oluşturulmasında da ünitenin politika ve prosedürlerinin modeli destekleyici olması ve AEB'in uygulanmasına yardımcı olan fiziksel ve sosyal bir çevrenin sağlanması gerekmektedir (Lee & O'Brien, 2018; Banerjee & ark., 2018; Franck & ark., 2020; FiCare, 2023).

- **Politika ve prosedürler;** ünite kurallarının ebeveynlerin bakıma katılımına engel teşkil edip etmediği değerlendirilmelidir. Ziyaret saatleri ne zaman? Belirli bir süresi var mı? ya da hemşire teslimi sırasında veya başka bir bebeğe müdahale sırasında ebeveynin bakıma katılımı sınırlandırılıyor mu? Yine benzer şekilde ünite politikaları ve uygulamaları aile katılımına engel teşkil ediyor mu? Sorusu değerlendirilmelidir. Örneğin; bebeğin banyo zamanı gece vardiyasında ise bu ebeveynin katılımını veya öğrenmesini engelleyebilir. Kısacası ebeveyn katılımını engelleyecek her türlü politika ve prosedürler gözden geçirilmeli ve üniteye uygun çözüm önerileri geliştirilmelidir (FiCare, 2023).
- **Fiziksel ve sosyal bir çevre:** Fiziksel YYBÜ ortamının mümkün olduğu kadar rahat ve ebeveynlerin ihtiyaçlarının karşılandığı bir ortam olması, üniteadaki deneyimlerinden duydukları memnuniyeti artırır ve aynı zamanda onların varlığına ve katılımlarına değer verildiğini hissettirir (FiCare, 2023). Deneyimli ailelerin önerilerine göre fiziksel çevrede düzenleme yapılması bu nedenle önemlidir (Üğücü & Yiğit, 2021). Bu düzenlemeler; ünite de ailelerin birlikte vakit geçirebilmeleri için salon veya dinlenme odalarının sağlanması, ebeveynlerin kendi yiyeceklerini getirip hazırlamalarına olanak tanıyan, su ısıtıcı, mikrodalga fırın ve buzdolabının bulunduğu yemek hazırlama alanlarının sağlanması, ten tene teması desteklemek amacıyla kuvöz başlarında rahat sandalyelerin konulması, anne sütünü

sağlama ve emzirme için özel alanların oluşturulması, ebeveynlere dolapların sağlanması gibi özel alanların oluşturulması şeklinde olabilir (Bracht & ark., 2013; Macdonell & ark., 2013; Lee & O'Brien, 2018; Franck & ark., 2020; FiCare, 2023).

Her YYBÜ'nün kendi engelleri ve kolaylaştırıcıları muhakkak vardır. Bu nedenle aile entegrasyonunu desteklemek amacıyla üniteye nasıl bir değişime ne yönde ihtiyaç olduğu değerlendirilmelidir (FiCare, 2023).

### **Psikososyal Destek**

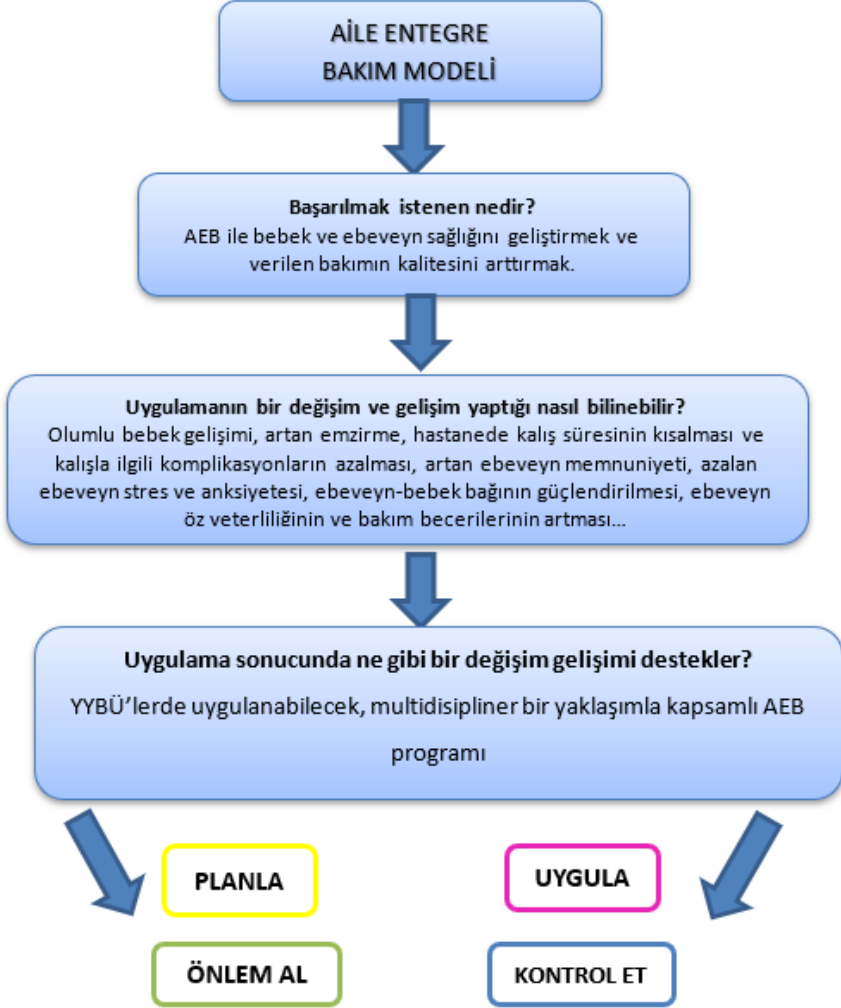
Ebeveynlerin AEB'e katılımının sağlanması için dördüncü yapıtaşı olan psikososyal desteğin sağlanması gerekmektedir. Psikososyal destek eşler arası destek için fırsatlar yaratır ve destekler. Çünkü YYBÜ'nde bebeği olan ebeveynler sıklıkla kendilerini kaybolmuş ve bunalmış hissedeler. Ebeveynlerin korkularının üstesinden gelmeleri ve bebeklerinin bakımına ortak olmalarını sağlamak amacıyla bu destek gereklidir. YYBÜ'lerde destek, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve klinik psikologlar tarafından birçok farklı şekilde sağlanabilir (FiCare, 2023).

Özellikle kıdemli (deneyimli) ebeveynler birebir destek sağlayarak, ebeveyn eğitim programlarına katılarak veya ebeveynlere yönelik sosyal etkinlikler düzenleyerek önemli ölçüde ebeveynlere psikososyal destek sağlayabilirler. Kıdemli ebeveynler daha önce YYBÜ ünitesinde bebeği olan ve AEB ile ilgili bilgisi olan ebeveynler olarak adlandırılır (Macdonell & ark., 2013; FiCare, 2023). Üniteye yeni ebeveynlere rehberlik yapmaları amacıyla, bu ebeveynlerin YYBÜ'ne gelmesi ve eğitimlere katılımı desteklenir, liderlik rolleri ön plana çıkarılır ve desteklenir. Çünkü AEB'in gerçekleştirilmesinde ebeveynler ve ekip arasında köprü görevi görürler. Bu konudaki eğitimler üniteye hemşireler tarafından sağlanır (Bracht & ark., 2013; Macdonell & ark., 2013).

## **Modelin YYBÜ'nde Uygulanması**

AEB'i uygulamanın ilk adımı, programın neyi başarmayı amaçladığını, neden faydalı olabileceğini ve nasıl uygulanabileceğini kapsamlı bir şekilde anlamaktır (FiCare, 2023). Bu nedenle model her ünitenin kendi dinamiklerine göre düzenlenmelidir. Program oluşturulmadan önce modelin felsefesi benimsenir ve dört yapıtaş (personel eğitimi, ebeveyn eğitimi, YYBÜ ortamı ve psikososyal destek) dikkate alınır (Franck & ark., 2020; FiCare, 2023). Aile merkezli bakıma dayalı olan modelde de kanıt dayalı uygulamalar dikkate alındığından sürekli gelişim ve değişim modelde önemlidir. Bu nedenle sürekli gelişim ve değişimin sağlanmasına yönelik olarak AEB programının oluşturulmasında "Planla, Uygula, Kontrol Et ve Önlem Al" (PUKÖ) döngüsü kullanılır (Deierl & ark., 2018; Ügücü & Yiğit, 2021).

PUKÖ döngüsü, projenin her aşamasında sürekli yansıtma, değerlendirme ve değişime izin veren deneysel bir öğrenme yaklaşımıdır. Döngüde ilk aşama olan planlama aşamasında AEB modelinin 5N1K kuralına göre; Neden?, Ne zaman?, Nerede?, Nasıl? ve Kim? Tarafından uygulanacağı belirlenir. Kısa ve uzun vadedeki amaç ve hedefler belirlenerek, ünitenin sorunlarının bilinmesi ve bu sorunlara karşı önlemlerin alınmasına yönelik detaylı bir uygulama planı hazırlanır. Döngünün ikinci aşaması uygulama aşamasıdır. Bu aşamanın ana görevi, önceki döngüde formüle edilen önlemleri uygulamaya koymaktır. Üçüncü aşama olan Kontrol Et aşamasında planlanan amaç ve hedeflere ne kadar ulaşıldığı belirlenir. Son aşama olan Önlem Al aşamasında ise gerçek etki planlanan hedefle karşılaştırılır ve sapmaların nedenleri araştırılarak etkili olan uygulamalar standartlaştırılır (Deierl & ark., 2018; Ügücü & Yiğit, 2021; Jin & ark., 2022). Şekil 1'de bir YYBÜ'nde AEB modeli uygulamasına yönelik örnek PUKÖ döngüsüne yer verilmiştir (Deierl & ark., 2018; Ügücü & Yiğit, 2021).



**Şekil 1.** PUKÖ Döngüsü (Deierl & ark., 2018).

AEB'in temel amacı, ebeveynleri YYBÜ'de bebekleriyle etkileşimde bulunarak uzun süreler geçirmeye, bebeklerinin bakımı konusunda bilgi, beceri ve güven kazanmaya teşvik etmektir. Buna yönelik olarak da; günlük bakım planı, ebeveyn eğitim oturumları, ziyaret ve hasta teslimine ebeveyn katılımını destekleme, kuvöz başı

eğitim, akran destek grupları, rutin bebek bakımı ve ebeveyn için form ve çizelgeler kullanılabilir (Deierl & ark., 2018; Üğücü & Yiğit, 2021; FiCare, 2023).

- **Günlük bakım planı:** Ebeveynler her sabah hemşireler tarafından oluşturulan günlük bakım planına dahil olurlar. Buradaki amaç ebeveyn ve hemşire arasındaki iletişimi geliştirmek ve bebeğin ihtiyaçlarının giderilmesini sağlamaktır. Hemşirenin bakım planı oluşturulurken gerçekleştirdiği danışmanlık sırasında; bebeğin günlük bakım ihtiyaçları (beslenme, banyo gibi) ve eğitim oturumları ayrıntılı bir şekilde oluşturulur. Bebeğin ve ebeveynlerinin ihtiyaçları değiştikçe bu bakım planı da her gün yenilenmelidir (Üğücü & Yiğit, 2021; FiCare, 2023).
- **Ebeveyn eğitim oturumları:** Esnek içeriklerle oluşturulmuş küçük bir eğitim programı ile ebeveynler hem ünite içinde hem de taburculuk sonrası evlerinde bebeklerinin bakımlarını gerçekleştirmede desteklenmiş olurlar. Oturumlardaki eğitim içerikleri; riskli yenidoğan, gelişimsel bakım, ebeveyn ve bebek etkileşimi, ebeveynde baş etme yönetimi, beslenme, enfeksiyon kontrolü, bebekte ağrı yönetimi, ilaçlar, taburculuk planlaması ve ebeveynler için kişisel bakım gibi konuları içermelidir (FiCare, 2023).
- **Vizit ve hasta teslimine katılım:** Sağlık bakım ekibi, ebeveynlerin vizitlere ve hasta teslimine katılımını ayrıca bebeğini tanıtmaya ve genel durumunu sağlık ekibine bildirmeye kadar desteklenmelidirler. Ebeveynlerin katılımı ile bebeklerinin tıbbi bakımını anlamaları kolaylaşır ve bebek bakımındaki kararlarda ebeveynler aktif rol alabilirler. Böylelikle yetkin olan ebeveyn daha sonra bebekleri hakkında önemli bir bilgi kaynağı olabilir. Bunun sonucu olarak da ebeveyn kendini sağlık ekibinin değerli bir üyesi ve bebeğin bakımının vazgeçilmez bir parçası olarak hisseder (Franck & ark., 2020; Üğücü & Yiğit, 2021; FiCare, 2023).
- **Kuvöz başı eğitim:** Danışmanlık rolü çerçevesinde hemşireler ebeveynlere birebir koçluk yaparak bebeklerinin günlük

bakım gereksinimlerini nasıl gerçekleştirebileceklerini öğretir. Kuvöz başındaki eğitim yoluyla ise ebeveynler, bebeklerine banyo yapma ve giydirme, bebek bezini değiştirme, besleme, uygun pozisyon verme, ağızdan ilaç verme ve bebeklerinin büyüme ve gelişmesini izleme ve kaydetme gibi bakım sağlama konusunda güven kazanırlar (FiCare, 2023).

- **Akran desteği:** Kıdemli ebeveynler destek olduğunda diğer ebeveynlerin YYBÜ sürecinde etkili bir şekilde başetmelerine yardımcı olabilirler. Deneyimlerin paylaşılması ile kıdemli ebeveynler ile diğer ebeveynler birbirlerine duygularını daha rahat ifade edebilir, buda izolasyonu azaltır ve ebeveynlerin sağlık ekibi ile etkili iletişim kurmalarına yardımcı olur.
- **Rutin bebek bakımı:** Ebeveynler ünitelerde buldukları sürece; bebeklerinin bakımına katılabilir ve ten tene temas sağlama, emzirme ve stresli veya ağırlı prosedürler sırasında bebeklerine destek sağlayabilirler. Ebeveyn bebek bağlanmasının güvenli bir şekilde gerçekleşmesi için ten tene temas süresi uzun tutulmalıdır. Zamanla yetkinliği ve özgüveni artan ebeveynler ile güvenli taburculuk sürecine hazırlık başlamış olur (FiCare, 2023).
- Ebeveyn için form ve çizelgeler: Ebeveynlere, sağlık bakım ekibiyle daha etkili bir iletişim kurabilmeleri ve bebeklerinin gelişimini kaydedebilmeleri için kullanabilecekleri bir dizi araç sağlanmaktadır. Bu araçlar arasında ebeveyn çizelgesi/günlüğü, beceri kontrol listesi ve bebek odasındaki iletişim panosu yer alır. Hemşireler, bilgi paylaşımını geliştirmek için bu araçları kullanan ebeveynlerle işbirliği yapar. Bu araçlar ebeveynlere bebeklerinin gelişimi üzerinde düşünme, ipuçlarını anlama ve hemşireler ile birbirlerine geri bildirim konusunda daha güvenli olma fırsatı verir (FiCare, 2023).

Ebeveynlerin YYBÜ’nde birincil bakım veren olmalarını sağlayan AEB’in bebek-ebeveyn sağlığı sonuçları üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir (O’Brien et al., 2018; Franck & ark.,

2020; Hei & ark., 2021; Duby & ark., 2023). O'Brien ve arkadaşları tarafından (2018) AEB etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan küme-randomize kontrollü bir çalışmada; bebeklerin standart bakım alan bebeklere göre kilo alımının daha iyi, taburculukta anne sütü ile beslenme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada ebeveynlerdeki stres ve anksiyete oranlarının rutin bakım alan bebeğe sahip ebeveynlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (O'Brien & ark., 2018). Hei ve arkadaşlarının (2021) AEB'in uygulanabilir olup olmadığını ve erken doğmuş bebeklerin sonuçlarını iyileştirip iyileştirmediğini araştırmak amacıyla yaptıkları bir çalışma da bebeklerin standart bakım alan bebeklere göre hastanedeki kalış süresinin, tıbbi harcamalar ve olumsuz sonuç oranlarının daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hei & ark., 2021). AEB'in YYBÜ'nde prematüre bebeği yatan ebeveynlerin taburculuğa hazırlanmasındaki etkisine bakılan bir çalışmada, AEB modeli uygulamasının anne ve babaların taburculuk ve evde bakıma hazır oluşukları üzerinde oldukça etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tiryaki, 2021).

## **Sonuç ve Öneriler**

AEB modeli, ebeveynlerin güçlendirilmesi, öğrenme, ortak karar alma ve pozitif ebeveyn-bebek etkileşimi ile bakım verme deneyimlerini teşvik etmek için güçlü yönlerle dayalı, aile merkezli bir bakım yaklaşımı kullanır; bu da taburculuk sırasında öz yeterliliğin artması pozitif ebeveyn-bebek etkileşimi ve bebeklerin sağlıklarıyla ilgili olumlu sonuçlara yol açar (Franck et al., 2020). Hem ebeveyn hem de bebek sağlığı üzerine pozitif yönde etkisi olduğu görülen model uygulanabilir bir modeldir. Ancak model uygulanmadan önce uygulanacak olan ünite ve kültüre yönelik olarak plan yapılmalı ve program geliştirilmelidir. Buna yönelik olarak da;

- Ülkemizde çalışmalar kısıtlı olduğu için yaygınlaştırılması ve benimsenmesi adına daha çok çalışmalara ihtiyaç vardır.
- YYBÜ'lerde hemşirelere bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım kapsamında AEB konusunda hizmet içi eğitimler verilebilir.

- Lisans ve lisans üstü hemşirelik öğrencilerinin öğretim müfredatında AEB yer alabilir.

## **Kaynakça**

Aloysius, A., Platonos, K., Theakstone-Owen, A., Deierl, A., & Banerjee, J. (2018). Integrated family delivered care: Development of a staff education programme. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.009>

Banerjee, J., Aloysius, A., Platonos, K., & Deierl, A. (2018). Family centred care and family delivered care – What are we talking about? *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.004>

Banerjee, Jayanta, Aloysius, A., Mitchell, K., Silva, I., Rallis, D., Godambe, S. V., & Deierl, A. (2020). Improving infant outcomes through implementation of a family integrated care bundle including a parent supporting mobile application. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 105(2), F172–F177. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316435>

Batman, D. & Çoban, A. (2019). Gecikmiş Umbilikal Kord Klemlleme ve Kord Sıvazlama Uygulamalarının Prematüre Yenidoğanlarda Etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1–6. <https://doi.org/10.30934/kusbed.475344>

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>

Bracht, M., O’Leary, L., Lee, S. K., & O’Brien, K. (2013). Implementing family-integrated care in the NICU: A parent

education and support program. *Advances in Neonatal Care*, 13(2), 115–126. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e318285fb5b>

Cong, S., Wang, R., Fan, X., Song, X., Sha, L., Zhu, Z., Zhou, H., Liu, Y., & Zhang, A. (2021). Skin-to-skin contact to improve premature mothers' anxiety and stress state: A meta-analysis. *Maternal and Child Nutrition*, 17(4), 1–14. <https://doi.org/10.1111/mcn.13245>

Deierl, A., Williams, S., Aloysius, A., Hurlston, R., & Banerjee, J. (2018). Development of outcome measurement tools for the integrated family delivered care project. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 61–65. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.014>

Didarloo, A., Rahmatnezhad, L., Sheikhi, S., & Khodai, F. (2017). Relationship of spiritual health and perceived stress with breastfeeding self-efficacy: A survey on mothers with hospitalized neonates. *International Journal of Pediatrics*, 5(12), 6179–6188. <https://doi.org/10.22038/ijp.2017.25961.2210>

Ding, S., Mew, E. J., Chee-A-Tow, A., Offringa, M., Butcher, N. J., & Moore, G. P. (2020). Neurodevelopmental outcome descriptions in cohorts of extremely preterm children. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 105(5), 510–519. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318144>

Duby, J., Kabajaasi, O., Muteteri, J., Kisooka, E., Barth, D., Feeley, N., O'brien, K., Nathan, K. M., Tagoola, A., & Wiens, M. O. (2023). Family Integrated Care in Uganda: a feasibility study. *Archives of Disease in Childhood*, 108(3), 180–184. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-324638>

Duran, S., Kaynak, S., & Karadaş, A. (2020). The relationship between breastfeeding attitudes and perceived stress levels of Turkish mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(2), 456–463. <https://doi.org/10.1111/scs.12749>

FiCare, Family Integrated Care (2023). About FiCare. (20 Aralık 2023 tarihinde <https://familyintegratedcare.com/the-ficare-approach/program-development/> adresinden ulaşılmıştır.)

Franck, L. S. & O'Brien, K. (2019). The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Research*, 111(15), 1044–1059. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1521>

Franck, L. S., Waddington, C., & O'Brien, K. (2020). Family Integrated Care for Preterm Infants. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(2), 149–165. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.01.001>

Gómez-Cantarino, S., García-Valdivieso, I., Moncunill-Martínez, E., Yáñez-Araque, B., & Gurrutxaga, M. I. U. (2020). Developing a family-centered care model in the neonatal intensive care unit (Nicu): A new vision to manage healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1–22. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197197>

Hei, M., Gao, X., Li, Y., Gao, X., Li, Z., Xia, S., Zhang, Q., Han, S., Gao, H., Nong, S., Zhang, A., Li, J., Wang, Y., Ye, X. Y., & Lee, S. K. (2021). Family Integrated Care for Preterm Infants in China: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatrics*, 228, 36-43.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.09.006>

Jin, J., Chen, J., Zhao, Y., & Qiu, C. (2022). Effect Analysis of Midwife Education and Training with PDCA Model. *Computational Intelligence and Neuroscience*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/7397186>

Lee, J. M., Kim, S. J., & Min, H. Y. (2017). The Effects of Smartphone-based Nebulizer Therapy Education on Parents' Knowledge and Confidence of Performance in Caring for Children with Respiratory Disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.04.012>

Lee, K. S., Lee, J. K., & Yeun, Y. R. (2017). Effects of a 10-day intensive health promotion program combining diet and physical activity on body composition, physical fitness, and blood factors of young adults: A randomized pilot study. *Medical Science Monitor*, 23, 1759–1767. <https://doi.org/10.12659/MSM.900515>

Lee, S. K. & O'Brien, K. (2018). Family integrated care: Changing the NICU culture to improve whole-family health. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.003>

Levin, A. (1999). Humane Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 88(4), 353–355. <https://doi.org/10.1080/08035259950169657>

Levin, Adik. (1994). The Mother-Infant Unit at Tallinn Children's Hospital, Estonia: A Truly Baby-Friendly Unit. *Birth*, 21(1), 39–44. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1994.tb00914.x>

Macdonell, K., Christie, K., Robson, K., Pytlik, K., Lee, S. K., & O'Brien, K. (2013). Implementing family-integrated care in the

NICU: Engaging veteran parents in program design and delivery. *Advances in Neonatal Care*, 13(4), 262–269. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e31829d8319>

Myrhaug, H. T., Brurberg, K. G., Hov, L., & Markestad, T. (2019). Survival and impairment of extremely premature infants: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 143(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0933>

O'Brien, K., Bracht, M., Macdonell, K., McBride, T., Robson, K., O'Leary, L., Christie, K., Galarza, M., Dicky, T., Levin, A., & Lee, S. K. (2013). A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13 Suppl 1(Suppl 1), S12. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-S1-S12>

O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M., Cruz, M., Lui, K., Alvaro, R., da Silva, O., Monterrosa, L., Narvey, M., Ng, E., Soraisham, A., Ye, X. Y., Mirea, L., Tarnow-Mordi, W., Lee, S. K., O'Brien, K., Lee, S., Bracht, M., Caouette, G., ... Hales, D. (2018). Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 2(4), 245–254. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30039-7](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30039-7)

Ong, S. L., Abdullah, K. L., Danaee, M., Soh, K. L., Soh, K. G., & Japar, S. (2019). Stress and anxiety among mothers of premature infants in a Malaysian neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 193–205. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540861>

Patel, N., Ballantyne, A., Bowker, G., Weightman, J., & Weightman, S. (2018). Family Integrated Care: Changing the culture in the neonatal unit. *Archives of Disease in Childhood*, 103(5), 415–419. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313282>

Pazarcıkcı, F. & Efe, E. (2017). Preterm Bebeklerin Taburculuk Sonrası Evde Bakımının Sağlanmasında Hemşirenin Rolü. *MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg.*, 5(1), 45–52.

Pedrini, L., Ferrari, C., & Ghilardi, A. (2018). Psychometric Properties of the Italian Perceived Maternal Parenting. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(0), 173–182. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9578-3>

Phillips, R. M. (2015). Seven Core Measures of Neuroprotective Family-Centered Developmental Care: Creating an Infrastructure for Implementation. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(3), 87–90. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.004>

Pierrat, V., Marchand-Martin, L., Arnaud, C., Kaminski, M., Resche-Rigon, M., Lebeaux, C., Bodeau-Livinec, F., Morgan, A. S., Goffinet, F., Marret, S., & Ancel, P. Y. (2017). Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ (Online)*, 358. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3448>

Platonos, K., Aloysius, A., Banerjee, J., & Deierl, A. (2018). Integrated family delivered care project: Parent education programme. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.008>

Ramezani, T., Hadian Shirazi, Z., Sabet Sarvestani, R., & Moattari, M. (2014). Family-centered care in neonatal intensive care unit: a concept analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(4), 268–278. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25349870><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4201206>

Tedgård, E., Tedgård, U., Råstam, M., & Johansson, B. A. (2020). Parenting stress and its correlates in an infant mental health unit: a cross-sectional study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 30–39. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667428>

Tiryaki, Ö. (2021). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Yatan Ebeveynlerin Taburculuğa Hazırlanmasında Aile Entegre Bakımın Etkisi. *Sakarya Üniversitesi*.

Treyvaud, K., Spittle, A., Anderson, P. J., & O'Brien, K. (2019). A multilayered approach is needed in the NICU to support parents after the preterm birth of their infant. *Early Human Development*, 139. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104838>

Üğücü, G. & Yiğit, R. (2021). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yeni Bir Çağın Başlangıcı: Aile Entegre Bakım. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 123–135. <https://doi.org/10.48124/husagbilder.796242>

Waddington, C., van Veenendaal, N. R., O'Brien, K., & Patel, N. (2021). Family integrated care: Supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Investigation*, 5(2), 148–154. <https://doi.org/10.1002/ped4.12277>

WHO, W. H. O. (2018). New global estimates on preterm birth published. (28 Ekim 2023 tarihinde <https://www.who.int/news/item/17-11-2018-new-global-estimates-on-preterm-birth-published>. adresinden ulaşılmıştır.)

Yahya, N. F. S., Teng, N. I. M. F., Shafiee, N., & Juliana, N. (2021). Association between breastfeeding attitudes and postpartum depression among mothers with premature infants during COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph182010915>

Yiğit, R. & Üğücü, G. (2019). Yüksek Riskli Yenidoğan ve Bakımının Tarihsel Gelişimi : Dünya ve Türkiye. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Dergisi*, 3(3), 200–211.

# BÖLÜM I

## Ortaokul Öğrencilerinde Dijital Oyun Bağımlılığının Obezite ve Fiziksel Aktivite Düzeyine Etkisinin İncelenmesi

**Mine BEKTEŞ<sup>1</sup>**  
**Recep KARA<sup>2</sup>**

### 1. Giriş

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin zamanla gelişmesi ile internet ve teknolojik aletler günlük yaşamın önemli öğeleri haline gelmiştir. Sağlık, sosyalleşme, eğitim ve ulaşım gibi pek çok alanda hayatımızı kolaylaştırmaya devam etmektedir. Telefon, tablet, bilgisayar vb. dijital araçlar yaşamın pek çok yerinde hayatımızı kolaylaştırırken bununla beraber oyun oynama gibi eğlence merkezli olanaklar da ortaya koymaktadır (Kayhan Tetik, Kayhan, Sertkaya, & Sandikci, 2018). Çağımızda internet hizmetine erişimin kolaylaşması ile beraber özellikle tablet, bilgisayar, akıllı telefon gibi gereçlerle çevrimiçi oyunların zaman ve mekân fark etmeksizin

---

<sup>1</sup> Hemşire, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Muğla/Türkiye, Orcid: 0000-0000-0000-0000 0, bektesine7@gmail.com

<sup>2</sup> Arş. Gör. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Muğla/Türkiye, Orcid: 0000-0001-5742-9842, recep кара@mu.edu.tr

erişimi kolay hale gelmiştir. Bu sebeple ortaya çıkan oyun ve sosyal alanların yetersizlikleri sebebiyle geleneksel oyun aktiviteleri yerini dijital oyunlara bırakmıştır. Modern teknoloji hayatımız kolaylaştırmaktadır fakat dijital araçların dikkatsiz kullanımı bazı sorunlara yol açmaktadır (Caner & Evgin, 2021; Keya, Rahman, Nur, & Pasa, 2020).

Çocuk ve gençler dijital teknolojiyi çoğunlukla, bilgi araştırmak, üretmek, akranlarıyla iletişim kurmak, eğlenmek ve boş zamanı değerlendirmek için kullansa da dijital oyunlara ayrılan sürenin de azımsanmayacağı görülmektedir. Küresel olarak gittikçe büyüyen oyun dünyasının içerisinde bir milyardan fazla kişinin yer aldığı ve oyuncu yaşının 4-5'e düştüğü belirtilmektedir. Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle bilgisayar oyunları, televizyon, cep telefonları ve internet bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklar türemiştir. Dijital bağımlılık, elektronik bir cihaz kullanarak eğlenme amaçlı dinleme, izleme ya da oynamaya yönelik bir bağımlılık olarak tanımlanabilir. Kimyasal bağımlılıktan ziyade, insanların bir makineye maruz kalmasını içeren bir tür teknoloji bağımlılığıdır (Aziz, Nordin, Abdulkadir, & Salih, 2021; Namlı & Demir, 2020). Ülkemizde her geçen gün artan dijital teknolojik gelişmeler çocuklar üzerinde iyi veya kötü davranışlar ortaya çıkarmaktadır. Çocukların erken yaşta dijital veya teknoloji ile tanışması anormal davranış geliştirme gibi birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir. Aşırı ve kontrolsüz internet kullanımı çocuk ve gençlerde fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilişsel gelişimi olumsuz yönde etkilemektedir (Caner & Evgin, 2021; Irmak & Erdogan, 2015). Artan teknoloji kullanımı sağlık sorunlarını da ortaya çıkarmaktadır. Video oyunlarının kompulsif, aşırı, takıntılı ve genel olarak hatalı kullanımı dijital oyun bağımlılığına neden olur. Dijital oyun bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalara göre ergen bireyler arasında oyun bağımlılığı prevelansının %2-15 arasında değiştiği görülmektedir. Fergusson ve arkadaşları (2008) gençlerin %6'sının oyun bağımlısı olduğunu bildirmiştir. Bununla beraber 10-19 yaş aralığındaki erkeklerin oyun oynama bağımlılıklarının kızlara ve diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda olduğu dikkat

çekmiştir (Ferguson, Cruz, & Rueda, 2008). Genç bireylerin devamlı olarak bilgisayarın başında olması; depresyon, davranış problemleri, iletişimsizlik, yalnızlık ve karar verme yeteneğinin azalması gibi olumsuz psikososyal sonuçların yanında bireylerin uzun süreli hareketsiz kalmasına neden olmaktadır. Alrobai ve arkadaşları (2016) araştırmalarında, oyunlar geliştikçe daha fazla oyuncunun ekranlarda uzun saatler oynadığını ve bilgisayar oyunlarına olan bağımlılığın oyuncuların zaman yönetimi, psikolojisi ve sosyal kültürü üzerinde olumsuz davranışsal etkileri olduğunu ortaya koymuştur (Alrobai, McAlaney, Dogan, Phalp, & Ali, 2016). Yapılan araştırmalar neticesinde dijital çağın ilerleyici olarak çocukların hareket alışkanlıklarında ciddi bir azalma olduğunu öngörmektedir. Çocukların uzun süreli dijital oyun başında durmaları tuvalet, beslenme gibi fizyolojik ihtiyaçlarını ertelemelerine neden olmaktadır. Bununla birlikte solunum dolaşım sistemleri üzerinde olumsuz etkiler bırakmaktadır.

Uzun sürelerle ekran başında hareketsizlik kalmak, sırt ve boyun ağrısı gibi kas iskelet sistemi sorunları, göz problemleri, düzensiz beslenme ve obeziteye neden olmaktadır. Günlük hayatta ekranların aşırı kullanımının çocukluk obezitesi ile doğrudan ilgili olduğu belirtilmektedir. Sağlık uzmanları, dijital oyun bağımlılığının çocuk ve gençlerin fiziksel sağlığı üzerindeki etkilerini aşağıdaki şekilde açıklamaktadır (Alrobai et al., 2016; Aziz et al., 2021; Caner & Evgin, 2021; Keya et al., 2020; Kracht, Joseph, & Staiano, 2020).

- Obezite; dijital oyun bağımlılığında oyuncular ekran başında yemeye devam etme eğiliminde olduklarından kilo almaya yatkındırlar. Aktif fiziksel harekete sahip olmadıklarından yeme ile eklenen kaloriye yakamazlar ve obez olma riskleri artar.
- Boyun ve sırt ağrısı; oyuncular uzun süren oyun saatleri ve bu sürede aynı pozisyonda olma eğiliminde oldukları için boyun ve sırt ağrıları yaşayabilmektedir.
- Eklem sorunları; oyuncular konsol kullanımına bağlı baş parmağı sorunları ya da fare ve klavyeyi çok fazla kullanmaları nedeniyle el ve eklem yaralanmalarına maruz kalabilmektedir.

- Görme sorunları; bilgisayar ve televizyon gibi araçların ekranlarına uzun süre bakmak görme yeteneğini olumsuz etkilemektedir. Sürekli oynanan oyunlar nedeniyle görsel fonksiyonlar zayıflayabilir ve fiziksel yorgunluk görülebilmektedir.
- İşitme sorunları; oyuncular kulaklık kullanarak yüksek sesli dinleme nedeniyle işitme sorunları yaşayabilir.
- Fiziksel hareketsizlik; dijital oyuncular, açık alanda yapılan etkinlikler yerine bir oda içerisinde oyun oynayarak daha fazla zaman harcama eğilimindedir.

Aşırı internet kullanımı, sosyal medya ve dijital oyun bağımlılığı son yıllarda çocukların büyüme ve gelişme süreçlerini doğrudan etkileyen problemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Dijital oyun bağımlılığı nedeniyle ekran başında geçirilen sürenin artması, çocukların fiziksel aktivitesini sınırlamakta ve oyun ile birlikte yeme alışkanlığı çocuklarda obezite gelişme riskini yükseltmektedir. Okul sağlığı hemşireleri çocuklarda dijital oyun bağımlılığı sonucu gelişen problemlerin çözümünde kilit bir rol oynamaktadır. İnternet ve ekran başında geçirilen sürelerinin çocukların fiziksel aktivite düzeyi ve obezite üzerine etkisi günümüzün tanımlanması gereken sorunlarından biridir. Çocukların büyüme-gelişme süreçlerini etkileyen ve sağlığını bozan dijital faktörlerin tanımlanması bakımından bu araştırmanın yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

## **2. Araştırmanın Yöntemi**

### **2.1. Araştırmanın Soruları**

1. Öğrencilerinin dijital oyun bağımlılığı düzeyi nedir?
2. Öğrencilerinde obezite görülme sıklığı nedir?
3. Öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri nedir?
4. Dijital oyun bağımlılığı öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyini ve obezite sıklığını etkiler mi?

### **2.2. Araştırmanın Amacı**

Bu projenin amacı, ortaokul öğrencilerinde dijital oyun bağımlılığının obezite ve fiziksel aktivite düzeyine etkisinin

incelenmesidir.

### **2.3. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişkisel tipte gerçekleştirilmiştir.

### **2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Muğla ilinin Fethiye ilçesi merkezinde yer alan Gazi Ortaokulu, Merkez Atatürk Ortaokulu, Çalıcı Ortaokulu ve Kaymakam Mustafa Karşlıoğlu Ortaokulu'nda Aralık 2022 – Mayıs 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

### **2.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini belirlenen dört ortaokulun 2022-2023 öğretim yılında eğitim gören 3023 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem, evrenin bilindiği durumda kullanılan formül ile toplam 340 öğrenci olarak belirlenmiştir. Evreni bilinen örneklem formülü aşağıdaki gibidir.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$

Araştırmanın gücünü artırmak, hatalı ve eksik bilgi almayı önlemek amacıyla örneklem sayısı %15 arttırılarak 400 adölesana ulaşılması hedeflenmiştir. Öğrencilerin homojen dağılımını sağlayabilmek için okullara göre tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aşamasında 400 öğrenciden veri toplanmış, hatalı ya da eksik doldurulan formlar çıkarıldığında 335 öğrencinin verisi analiz edilmiştir.

Tablo 1: Okullardaki öğrenci sayıları

Okullar	Öğrenci Sayıları
Merkez Atatürk Ortaokulu	903
Gazi Ortaokulu	1251
Kaymakam Mustafa Karşlıoğlu Ortaokulu	583
Çalıca Ortaokulu	286
<b>Toplam</b>	<b>3023</b>

Tablo 2: Okullara göre tabakalı örnekleme

Okullar (Evren)	Öğrenci Sayısı (N)	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Girecek Öğrenci Sayısı
Merkez Atatürk Ortaokulu	903	$903/3023=0.3$	$0.3 \times 400=120$
Gazi Ortaokulu	1251	$1251/3023=0.4$	$0.4 \times 400=160$
Kaymakam Mustafa Karşlıoğlu Ortaokulu	583	$583/3023=0.2$	$0.2 \times 400=80$
Çalıca Ortaokulu	286	$286/4024=0.1$	$0.1 \times 400=40$
<b>Toplam</b>	<b>3023</b>		<b>400</b>

## 2.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya;

- ✓ Gazi Ortaokulu, Merkez Atatürk Ortaokulu, Çalıca Ortaokulu ve Kaymakam Mustafa Karşlıoğlu Ortaokulu'nda öğrenim gören,
- ✓ İletişim engeli bulunmayan,
- ✓ Anket formlarını cevaplayabilecek okuma ve yazma becerisine sahip,

- ✓ Ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam alınan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan öğrenciler dahil edilmiştir.

#### Dışlanma Kriterleri

- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ya da araştırma başladıktan sonra ayrılmak isteyen ve veri toplama formlarını eksik dolduran öğrenciler araştırmadan dışlanmıştır.

### 2.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Muğla İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden uygulama izni alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden çocuklardan sözlü onay, ebeveynlerinden ise yazılı onam (bilgilendirilmiş onam) alınmıştır. Veri toplamada kullanılacak ölçeklerin sahiplerinden mail yoluyla izin alınmıştır (Ek-5).

### 2.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verileri sınıf ortamında araştırmacılar tarafından anketler ile alınmıştır. Okul yöneticileri ile görüşülerek derslerin akışını etkilemeyecek şekilde planlama yapılmıştır.

### 2.9. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, 'Öğrenci Tanıtım Formu', 'Çocuklar İçin Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği' ve 'Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi' ile toplanmıştır.

Öğrencilerin boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları araştırmacılar tarafından stadiometre ile ölçülmüştür. Vücut ağırlığı düzenli kalibrasyonu yapılan bir hassas bir baskül yardımıyla öğrencilerin kaba kıyafetleri (ayakkabı, mont vb.) olmadan ölçülmüştür. Boy uzunluğu ise, ayakkabılar çıkartılarak düz bir zemine yerleştirilmiş boy ölçer ile gerçekleştirilmiştir. Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri için Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne ait halk sağlığı ve okul taramalarında kullanılan 'Mesilife MR-200' marka stadiometre ile gerçekleştirilmiştir. Ürün 1 mm aralıklı, 60-

200 cm aralığında ölçüm yapabilmekte olup duvara monte edilebilmektedir. Her çocuk için BMİ (Beden Kitle İndeksi) SDS değeri hesaplanmıştır. Veriler Neyzi ve arkadaşlarının (2008) referans değerlerine göre analiz edilecektir (Neyzi et al., 2008). BMİ değerlerine göre öğrenciler ‘zayıf’, ‘normal’, ‘fazla kilolu’ ve ‘obez’ şeklinde sınıflandırılmıştır. Kategori skalası Neyzi ve arkadaşlarının referans değerlerine göre oluşturulmuştur.

### **2.9.1. Öğrenci Tanıtım Formu**

Bu form araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur ve öğrencilerin yaş, okul, cinsiyet ve dijital teknolojiye sahip olmalarına yönelik 6 soru içermektedir.

### **2.9.2. Çocuklar İçin Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği**

Geçerlik ve güvenilirliğini Hazar ve arkadaşlarının (2017) yaptığı ölçek dört alt boyut ve 27 maddeden oluşmaktadır (Hazar, Hazar, Hazar, & Hazar, 2017). Bu alt boyutlar; “Dijital Oyun Oynamaya Yönelik Aşırı Odaklanma ve Çatışma”, “Oyun Süresinde Tolerans Gelişimi ve Oyuna Yüklenen Değer”, “Bireysel ve Sosyal Görevlerin/Ödevlerin Ertelenmesi”, “Yoksunluğun Psikolojik-Fizyolojik Yansıması ve Oyuna Dalma” olarak belirlenmiştir. Ölçekteki ifadelerin değerlendirilmesinde 5 puanlı Likert tipi ölçekten yararlanılmıştır (1 = Kesinlikle Katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Kararsızım, 4 = Katılıyorum, 5 = Tamamen Katılıyorum). Ölçekten alınabilecek en düşük puan “24” en yüksek puan “120” dir. Ölçek puanlamasının derecelendirmesinde ise; “1-24: Normal grup, 25-48: Az riskli grup, 49-72 Riskli grup, 73-96 Bağımlı grup, 97-120 Yüksek düzeyde bağımlı grup” olarak değerlendirilmektedir. Bu araştırmada, Cronbach's alpha 0.923 bulunmuştur.

### **2.9.3. Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi**

Crocker ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen anket (The Physical Activity Questionnaire for Older Children-PAQ-C) çocukların fiziksel aktivite düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (Crocker, Bailey, Faulkner, Kowalski, & Mcgrath,

1997). Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (ÇFAA)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Erdim ve arkadaşları (2012) tarafından 9-14 yaş arası ilköğretim okuluna giden Türk öğrenciler ile gerçekleştirmiştir (Cronback alfa kat sayısı:0.86) (Erdim, Ergün, & Kuğuoğlu, 2019). Çocukların fiziksel aktivitelerini değerlendirmek için geliştirilen anket formu, çocuğun kendisinin doldurabildiği, son yedi gün içerisindeki aktivite durumunu değerlendiren 10 sorudan oluşmaktadır. Anket 5'li likert tipinde oluşturulmuş '1' en düşük fiziksel aktiviteyi, '5' ise en yüksek aktivite düzeyini göstermektedir. Bu araştırmada, Cronbach's alpha 0.845 bulunmuştur.

### **2.10. Verilerin Analizi**

Verilerin analizinde, SPSS 22 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır. Sosyo-demografik verilerin değerlendirilmesinde (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Çarpıklık basıklık değerleri  $\pm 1.5$  olarak değerlendirildiğinden verilerin normal dağıldığı belirlenmiştir (Tabachnick & Fidell, 2013). Öğrencilerin özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırmasında; iki değişkenli verilerde t testi, ikiden fazla değişken içeren verilerde ise oneway anova testi kullanılmıştır. Verilerin Post hoc analizinde Bonferroni testi uygulanmıştır.

### **3. Bulgular ve sonuç**

Araştırmanın bulguları, öğrencilerin özellikleri, oyun bağımlılığı düzeyleri, fiziksel aktivite durumları ile etkileyen değişkenlere ilişkin verilerden oluşmaktadır.

Tablo 3: Ölçek özellikleri

Scale	Mean	Standart Deviation	Minimum	Maximum	Skewness	Kurtosis	Cronbach alfa
Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği	51.61	17.81	24	120	0.789	0.715	0.923
Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi	3.02	0.81	1.11	4.86	-.090	-.568	0.845

Öğrencilere ait ölçek puanları incelendiğinde dijital oyun bağımlılığı toplam puanlarının  $51.61 \pm 17.81$  olduğu görülmektedir ve bu puan öğrencilerin bağımlılık için riskli grupta olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin fiziksel aktivite puan ortalamaları  $3.02 \pm 0.81$ 'dir (Tablo 3).

Tablo 4: Öğrencilere ait özelliklerin dağılımı

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	175	52.2
Erkek	160	47.8
<b>Sınıfı</b>		
5. sınıf	52	15.5
6. sınıf	75	22.4
7. sınıf	114	34.0
8. sınıf	94	28.1
<b>Beden kitle indeksi</b>		
Zayıf	150	44.8
Normal	155	46.3
Fazla Kilolu	30	9.0
<b>Dijital oyun bağımlılığı durumu</b>		
Normal	13	3.9
Az riskli	144	43.0
Riskli	139	41.5
Bağımlı	39	11.6
<b>Akıllı telefon sahip olma durumu</b>		
Evet	280	83.6
Hayır	55	16.4
<b>Evde akıllı telefon bulunma durumu</b>		
Evet	319	95.2
Hayır	16	4.8
<b>Evde tablet bulunma durumu</b>		
Evet	211	63.0
Hayır	124	37.0
<b>Evde bilgisayar bulunma durumu</b>		
Evet	261	77.9
Hayır	74	22.1

<b>Evde oyun konsolu bulunma durumu</b>	88	26.3
Evet	247	73.7
Hayır		
<b>Ekran süresi</b>		
İki saat ve altı	202	60,3
İki saat üzeri	133	39,7
<b>Total</b>	<b>335</b>	<b>100</b>
<b>Değişkenler</b>		
<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	
<b>Günlük ekran süresi (saat)</b>	2.5	2.0
<b>Boy uzunluğu (cm)</b>	159.31	9.03
<b>Vücut ağırlığı (kg)</b>	50.17	12.83
<b>Beden kitle indeksi</b>	19.57	3.75164

Öğrencilerin özellikleri incelendiğinde, %52.2'sinin kız olduğu ve %34'ünün yedinci sınıfa gittiği belirlenmiştir. Öğrencilerin %9'unun fazla kilolu olduğu ve günlük ekran süresi ortalamasının 2.5 saat olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %83.6'sının akıllı telefonu vardır ve %63'ünün evinde tablet, %77.9'unun ise evinde bilgisayar bulunmaktadır. Öğrencilerin %11.6'inin dijital oyun bağımlılığı bulunmaktadır (Tablo 4).

*Tablo 5: Öğrencilerin özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması*

	n	Dijital oyun bağımlılığı (toplam)		Fiziksel aktivite düzeyi (ortalama)	
		$\bar{X}$	Ss	$\bar{X}$	Ss
<b>Sınıfı</b>					
5. sınıf <sup>a</sup>	52	52,46	16,85	3,46	0,65

6. sınıf <sup>b</sup>	75	53,28	17,89	3,15	0,76
7. sınıf <sup>c</sup>	114	48,57	13,25	3,00	0,74
8. sınıf <sup>d</sup>	94	53,48	22,33	2,69	0,87
		F:1,718 p=0,163		F:12,122 <b>p=0,000*</b> <b>a&gt;c (0,003)</b> <b>a&gt;d (0,000)</b> <b>b&gt;d (0,000)</b> <b>c&gt;d (0,021)</b>	
<b>Cinsiyet</b>					
Kız	175	49,72	17,60	2,86	0,76
Erkek	160	53,68	17,87	3,19	0,82
		t:-2,042 <b>p=0,042*</b>		t:-3,792 <b>p=0,000*</b>	
<b>Beden kitle indeksi</b>					
Zayıf <sup>a</sup>	150	49,41	17,51	3,15	,80
Normal <sup>b</sup>	155	53,96	17,18	2,99	,77
Fazla Kilolu <sup>c</sup>	30	50,46	21,37	2,51	,84
		F:2,575 p=0,078		F:8,254 <b>p=0,000*</b> <b>a&gt;c (0,000)</b> <b>b&gt;c (0,007)</b>	
<b>Dijital oyun bağımlılığı durumu</b>					

Normal <sup>a</sup>	13	24,00	0,00	3,17	0,72
Az riskli <sup>b</sup>	144	38,52	7,05	3,03	0,83
Riskli <sup>c</sup>	139	57,94	6,90	3,02	0,79
Bağımlı <sup>d</sup>	39	86,53	11,04	2,92	0,87
		F:528,012 <b>p=0,000*</b> <b>d&gt;a (0,000)</b> <b>d&gt;b (0,000)</b> <b>d&gt;c (0,000)</b> <b>c&gt;a (0,000)</b> <b>c&gt;b (0,000)</b> <b>b&gt;a (0,000)</b>		F:0,324 p=0,808	
<b>Ekran süresi</b>					
İki saat ve altı	202	46,34	15,94	3,07	0,83
İki saat üzeri	133	59,61	17,58	2,94	0,78
		t:-7,155 <b>p=0.000*</b>		t:1,456 p=0.146	

t: Student T Testi, F: OneWayAnova, \*p<0.05.

Öğrencilerin özellikleri ile ölçek puanları karşılaştırıldığında, fiziksel aktivite düzeyinin öğrencinin bulunduğu sınıfa göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Beşinci sınıfa giden öğrencilerin fiziksel aktivite puan ortalaması, yedinci ve sekizinci sınıfa giden öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksektir (p<0.05). Altıncı ve yedinci sınıfa giden öğrencilerin fiziksel aktivite puan ortalaması, sekizinci sınıfa giden öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksektir (p<0.05).

Öğrencilerin özellikleri ile ölçek puanları karşılaştırıldığında, dijital oyun bağımlılığı ve fiziksel aktivite düzeyinin öğrencilerin cinsiyetine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Erkek öğrencilerin dijital oyun bağımlılığı toplam puanları ( $t:-2,042$ ,  $p<0.05$ ) kız öğrencilere göre anlamlı olarak yüksektir. Erkek öğrencilerin fiziksel aktivite puan ortalamaları ( $t:-3,792$ ,  $p<0.05$ ), kız öğrencilere göre anlamlı olarak yüksektir.

Öğrencilerin özellikleri ile ölçek puanları karşılaştırıldığında, fiziksel aktivite düzeyinin öğrencilerin beden kitle indeksine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Zayıf ve normal kiloda olan öğrencilerin fiziksel aktivite puan ortalaması, fazla kiloda olan öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

Öğrencilerin özellikleri ile ölçek puanları karşılaştırıldığında, dijital oyun bağımlılığının öğrencilerin ekran süresine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Günde iki saat üzeri ekran başında olan öğrencilerin dijital oyun bağımlılığı toplam puanları ( $t:-7,155$ ,  $p<0.05$ ), iki saat ve altı ekran başında olan öğrencilere göre anlamlı olarak yüksektir (Tablo 5).

## Kaynakça

Alrobai, A., McAlaney, J., Dogan, H., Phalp, K., & Ali, R. (2016). Exploring the Requirements and Design of Persuasive Intervention Technology to Combat Digital Addiction. In *Nature* (Vol. 388, pp. 130–150). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-44902-9\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-44902-9_9)

Aziz, N., Nordin, M. J., Abdulkadir, S. J., & Salih, M. M. M. (2021). Digital Addiction: Systematic Review of Computer Game Addiction Impact on Adolescent Physical Health. *Electronics*, *10*(9), 996. <https://doi.org/10.3390/electronics10090996>

Caner, N., & Evgin, D. (2021). Digital risks and adolescents: The relationships between digital game addiction, emotional eating, and aggression. *International Journal of Mental Health Nursing*, *30*(6), 1599–1609. <https://doi.org/10.1111/inm.12912>

Crocker, P. R., Bailey, D. A., Faulkner, R. A., Kowalski, K., & Mcgrath, R. (1997). Measuring general levels of physical activity: Preliminary evidence for the physical activity questionnaire for older children. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *29*(10), 1344–1349.

Erdim, L., Ergün, A., & Kuğuoğlu, S. (2019). Reliability and validity of the turkish version of the physical activity questionnaire for older children (Paq-c). *Turkish Journal of Medical Sciences*, *49*(1), 162–169. <https://doi.org/10.3906/sag-1806-212>

Ferguson, C. J., Cruz, A. M., & Rueda, S. M. (2008). Gender, Video Game Playing Habits and Visual Memory Tasks. *Sex Roles*, *58*(3–4), 279–286. <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9332-z>

Hazar, Z., Hazar, M., Hazar, M., & Hazar, M. (2017). Çocuklar İçin Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği. *Journal of Human Sciences*, 14(1), 203. <https://doi.org/10.14687/jhs.v14i1.4387>

Irmak, A. Y., & Erdogan, S. (2015). DIGITAL GAME ADDICTION AMONG ADOLESCENTS AND YOUNGER ADULTS: A CURRENT OVERVIEW. *Turkish Journal of Psychiatry*, 27(2), 1–10. <https://doi.org/10.5080/u13407>

Kayhan Tetik, B., Kayhan, D., Sertkaya, S., & Sandikci, K. B. (2018). Evaluation of the effects of digital play addiction on eating attitudes. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(2), 482–486. <https://doi.org/10.12669/pjms.342.14537>

Keya, F. D., Rahman, M. M., Nur, M. T., & Pasa, M. K. (2020). Parenting and child's (five years to eighteen years) digital game addiction: A qualitative study in North-Western part of Bangladesh. *Computers in Human Behavior Reports*, 2(August), 100031. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2020.100031>

Kracht, C. L., Joseph, E. D., & Staiano, A. E. (2020). Video Games, Obesity, and Children. *Current Obesity Reports*, 9(1), 1–14. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00368-z>

Namlı, S., & Demir, G. T. (2020). The Relationship between Attitudes towards Digital Gaming and Sports. *TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 19(1), 40–52.

Neyzi, O., Günöz, H., Furman, A., Bundak, R., Gökçay, G., Darendediler, F., & Baş, F. (2008). Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(1), 1–14.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston: Scientific Research Publishing.