

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIKLARA SAHİP ÇOCUKLARIN OMAHA TANILAMA
SİSTEMİNE GÖRE EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Damla İLDOKUZ

ORCID: 0000-0003-1229-6112

YÜKSEK LİSANS TEZİ

(HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI)

İZMİR – 2022

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIKLARA SAHİP ÇOCUKLARIN OMAHA
TANILAMA SİSTEMİNE GÖRE EVDE BAKIM
GEREKŞİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Damla İLDOKUZ

ORCID: 0000-0003-1229-6112

YÜKSEK LİSANS TEZİ

(HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI)

Danışman

Prof. Dr. Medine YILMAZ

İZMİR – 2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

DAMLA İLDOKUZ

TEŞEKKÜR

Rehberliğini sadece tez çalışmasıyla sınırlı tutmayıp akademik hayatımda destekleri

ve hayat gürüşüyle bana örnek olan tez danıőmanım

Prof. Dr. Medine YILMAZ'a

Bu zorlu süreçte emeğime saygı duyan ve manevi destekleriyle her zaman yanımda

olan kıymetli ailem Meryem İLDOKUZ ve Yılmaz İLDOKUZ'a

teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı.....	1
1.2. Amaç ve Varsayımlar.....	2
1.3.Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi	2
1.4.Araştırma Sınırlılıkları	2
2.GENEL BİLGİ	3
2.1.ÇOCUKLARDA KRONİK HASTALIKLAR.....	3
2.1.1.Astım	3
2.1.2.Epilepsi.....	4
2.1.3.Spinal Musküler Atrofi (SMA)	5
2.1.4. Romatoid Artrit	6
2.2.KRONİK HASTALIKLARDA EVDE BAKIM	6
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	17
3.4. Verilerin Toplama Araçları	17
3.5.Verilerin Toplanması	18
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi	18
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri	18
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	18
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	18
4.BULGULAR	19
4.1.Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri.....	19
4.2.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine Göre Tanımlanan Sağlık Problemleri	19

4.3. Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeğine Göre Problemlerin Düzeyleri.....	19
4.1.Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri.....	19
4.4.1.Sosyo-Demografik Özellikler.....	20
4.2.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine Göre Tanımlanan Sağlık Problemleri	20
4.2.1.Fizyolojik Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları.....	22
4.2.2.Psikososyal Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları	25
4.2.3. Sağlık Davranışları Alanı Problemleri ve Belirti/ Bulguları	27
4.2.4.Çevresel Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları	28
4.3. Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeğine Göre Problemlerin Düzeyleri.....	29
4.3.1. Çevresel Alan Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyleri	29
4.3.2.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (PSL)'ne Göre Tanımlanan Psikososyal Alan Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyleri	31
4.3.3.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (PSL)'ne Göre Tanımlanan Fizyolojik Alan Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyleri	32
4.3.4.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (PSL)'ne Göre Tanımlanan Sağlık Davranışları Alan Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyleri	33
5.TARTIŞMA.....	35
5.1.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine Göre Tanımlanan Sağlık Problemleri	35
5.2.Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeğine Göre Problemlerin Düzeyleri	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
KAYNAKÇA.....	40
EKLER.....	44
ÖZGEÇMİŞ.....	62

TABLolar

Tablo 1: Epileptik Nöbetlerin Sınıflandırılması

Tablo 2: Çalışmaya Katılan Bireylerin Özellikleri

Tablo 3: Problemlerin Alanlara Göre Dağılımı

Tablo 4: Fizyolojik Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Tablo 5: Psikososyal Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Tablo 6: Sağlık Davranışları Alanı Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Tablo 7: Çevresel Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Tablo 8: Çevresel Alan ve Psikososyal Alan Problemlerine İlişkin Bilgi-Davranış-Puan Analizi

Tablo 9: Fizyolojik Alan ve Sağlık Davranışları Alan Problemlerine İlişkin Bilgi-Davranış-Durum Analizi

Grafik 1: Çocukların Sağlık Sorunlarının Problem Sınıflama Alanlarına Göre Yüzdelerik Dağılımı

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AEİ: Anti Epileptik İlaçlar

BPN: Basit Parsiyel Nöbet

ILEA: Uluslararası Epilepsi ile Savaş Birliği (International League Against Epilepsy)

SE: Status Epileptikus

KPN: Kompleks Parsiyel Nöbet

JTKK: Jeneralize Tonik Klonik Konvülsiyon

FK: Febril Konvülsiyon

ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

EEG: Elektroensefalografi

İDE: İlaça Dirençli Epilepsi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

OS: Omaha Sistemi

PSL: Problem Sınıflama Listesi

PDÖ: Problem Değerlendirme Ölçeği

ÖZET

Giriş: Tanımlayıcı tipte yürütülen bu araştırmanın amacı kronik hastalık tanısı almış çocukların Omaha Tanılama Sistemine göre evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesidir.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin süt-1/nöroloji servisinde Haziran 2020- Ocak 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, kronik hastalık tanısı almış ve evde bakım gereksinimi duyan çocuklar ve ebeveynleri oluşturmuştur (n=100). Veri toplamada görüşme formu ve Omaha Problem Sınıflandırma Sistemi Problem Sınıflandırma Listesi (PSL) ve Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) kullanılmıştır. Görüşme formları çocukların ebeveynleri ile doldurulurken, Omaha Sistemi Sınıflandırma Sistemi hastaların genel durumu, fiziksel ve mental sağlığı, geçmiş hastalık öyküsünden yararlanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Veriler tanımlayıcı istatistikler ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çocukların %63'ü 0-1 yaş arasında olup %62'si erkektir. Çocukların tanıları incelendiğinde %55'i astım, %36'sı epilepsi, %7'si spinal müsküler atrofi ve %2'si romatoid artritir. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ne göre toplam 42 problem alandan 29 problem alanı saptanmıştır. Otuz problem alanından 147 belirti-bulgu (tüm PSL 'de 335 belirti –bulgu mevcuttur) belirlenmiştir. Her birey için ortalama belirti-bulgu sayısı 14'tür. En fazla tanı konulan problem alanları sırasıyla Psikososyal Alan (%21,08), Sağlık Davranışları Alanı (%20,47), Fizyolojik Alan (%51,08) ve Çevresel Alan (%7,48)'dir. PSL'ye göre tanılanan belirti-bulgular Uyku ve Dinlenme Düzeni (%64), Toplum Kaynakları ile İletişim (%62) ve Solunum (%59)'dur. Fizyolojik alanda en fazla görülen üç belirti-bulgu sırasıyla, Solunum (%59), Sinir-kas-iskelet (%36), Ağız Sağlığı (%30)'dir. Sağlık davranışları alanında en fazla görülen belirti-bulgular sırasıyla, Uyku ve Dinlenme (%64), Fiziksel Aktivite (%61), Çevresel alanda en fazla görülen üç belirti-bulgu sırasıyla, Konut (%47), Gelir (%26), Yaşanılan Mahalle (%5)'dir. Psikososyal alanda en fazla görülen üç belirti-bulgu sırasıyla, Toplum Kaynakları ile İletişim (%62), Sosyal Etkileşim (%39), Ruh Sağlığı (%3)'dir. Çevresel alan ile ilgili bilgi düzeyi puanları 3,72 -3,32; davranış puanları 3,18- 3,82 ve durum puanları 3,18-3,69; Psikososyal alan ile ilgili bilgi düzeyi

puanları 2,94- 3,33, davranış puanları 3,14- 3,90 ve durum puanları 3,16-3,70; Fiziksel alan ile ilgili bilgi düzeyi puanları 3,20 -3,52; davranış puanları 3,86- 4,00 ve durum puanları 3-28- 3,84; Sağlık davranışları alanı ile ilgili bilgi düzeyi puanları 3,20 -3,37; davranış puanları 3,50- 3,93 ve durum puanları 3,50-3,70 arasında değişmektedir.

Sonuç: Kronik hastalığı olan çocukların evde bakım gereksinimlerini bütüncül ve çok boyutlu belirleme ve bilgi-davranış ve durum yönüyle değerlendirmek açısından Omaha Tanılama Sistemi hasta bakım sonuçları açısından yararlı bir sistemdir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, Evde Bakım, Omaha Sistemi, Çocuk

ABSTRACT

Introduction: The aim of this descriptive study was to determine the home care needs of children diagnosed with chronic diseases according to the Omaha System.

Materials-Methods: The study was conducted in the dairy-1/neurology service of a training and research hospital between June 2020 and January 2021. The sample of study consisted of children who were diagnosed with chronic disease and needed home care, and their parents (n=100). Interview form, Omaha Problem Classification Scheme (PCS) and Problem Rating Scale (PRS) were used for data collection. While the interview forms were filled with the parents of the children, the Omaha Problem Classification Scheme was filled by the thesis student by using the general condition of the patients, their physical and mental health, and their past illness history. Descriptive statistics were applied.

Results: Sixty three percent of the children were 0-1 years old and 62% were male. When the diagnoses of children were examined, 55% were asthma, 36% epilepsy, 7% spinal muscular atrophy and 2% rheumatoid arthritis. 29 problem areas were determined out of a total of 42 problem areas according to Omaha Problem Classification Scheme. One hundred forty seven signs-symptoms (335 signs-symptoms in the whole PCS) were determined from 14 problem areas. The average number of signs and symptoms for each individual was . The most frequently diagnosed problem areas were, respectively, the Psychosocial (21,08%), Health Behaviors (20,40%), Physiological (51,02%) and Environmental (7,48%). The signs and symptoms diagnosed according to PCS were Sleep and Resting Pattern (64%), Communication with Community Resources (62%) and Respiration (59%). The three most common signs and symptoms in the physiological area were, respectively, Respiratory (59%), Neuromusculoskeletal (36%), Oral Health (30%).The most common signs and symptoms in the field of health behaviors were Sleep and Rest (64%), Physical Activity (61%), the three most common signs and symptoms in the environmental area were Housing (47%), Income (26%), Living Neighborhood (5%). The three most common signs and symptoms in the psychosocial domain were

Communication with Community Resources (62%), Social Interaction (39%), and Mental Health (3%). Knowledge level scores about the environmental area were 3.72 -3.32; behavior scores were 3.18-3.82 and status scores were 3.18-3.69; Psychosocial domain knowledge scores were 2.94-3.33, behavioral scores were 3.14-3.90, and status scores were 3.16-3.70; Knowledge level scores related to physical space were 3.20 - 3.52; behavioral scores of 3.86- 4.00 and status scores of 3-28-3.84; Knowledge level scores related to the field of health behaviors were 3.20 -3.37; behavior scores were varied between 3.50-3.93 and status scores were varied. between 3.50-3.70.

Conclusion: The Omaha System is a useful system in terms of patient care outcomes in terms of holistic and multidimensional determination of home care needs of children with chronic diseases and evaluation of knowledge-behaviour and status.

Key Words: Chronic disease, home care, Omaha System, Children

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı

Kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından (DSÖ) “*kalıcı hasarlar bırakan geri dönüşümsüz patolojik değişimlerin sebep olduğu, hastanın rehabilitasyonu için özel hasta eğitimine gereksinim duyulan, uzun süreli takip ve bakım gerektiren süregelen hastalıklar*” olarak tanımlamaktadır (1). Dünyada 18 yaş altı çocuklarda kronik hastalık insidansı %10-15 arasında olduğu bilinmekte olup, zihinsel, duyuşsal, öğrenme ve davranışsal sorunları olan çocuklar da dâhil edildiğinde kronik hastalık prevalansı %30-40’a kadar yükselebilmektedir (2). Çocuklarda en sık görülen kronik hastalıklar astım, tip 1 diyabet, kalp hastalıkları, epilepsi, serebral palsi, obesite ve malnutrisyon yer almaktadır (3).Kronik hastalıklar akut dönemde hastane bakımı gerektirirken uzun süreç de evde bakım da gündeme gelmektedir (4). Profesyonel sağlık ekibi üyelerinin, özellikle hemşirelerin kronik hastalığı olan bireye eğitim, bakım, danışmanlık, çalışmaları organize etme, değişimin temsilcisi olma, kaynak kişi olma gibi birden fazla sorumluluğu vardır. Hemşireler kronik hastalıklara yönelik yenilikçi çözümlerle hastaların ve ailelerin hayatlarında olumlu değişiklikler yaratabilmektedirler (5).

Omaha Sistemi (OS); 1975 yılında halk sağlığı hemşirelerinin kullanımı amacıyla Kuzey Amerika Ziyaretçi Hemşireler Birliği tarafından geliştirilmiştir (6,7). Omaha Sistemi, hemşirelik problemleri, hemşirelik girişimleri ve bakım sonuçlarını tanımlayan bir sistemdir (6,7). Sistem ülkemizde ilk olarak Erdoğan ve Esin tarafından Türkçeye çevrilerek dilimize uyarlanmıştır (6). Sistem ile ilgili uluslararası olduğu gibi ülkemizde de birçok çalışma bulunmaktadır. Bu tanılama sistemi huzurevinde yaşayan yaşlılarda (8), internet bağımlılığı açısından riskli adölesanlarda (9), akut bakım gereksinimi olan çocuklarda (10), jinekoloji-onkoloji hastalarında (11), fiziksel aktivitenin tanılanmasında yetişkin gruplarında (12), evde bakım hastalarının gereksinimlerinin belirlenmesinde (13), doğrudan gözetimli tüberküloz tedavisi yönetiminde (14), okul sağlığı çalışmalarında (15), hemşirelik ve ebelik uygulamalarının değerlendirilmesinde (16), iş sağlığı hemşireliğinde (17) yürütülmüş çeşitli çalışmalarda önemli bir tanılama aracı olarak kullanılmıştır. Bu tez çalışması ise daha önce çalışılmayan bir alanda, kronik hastalık tanısı almış çocukların Omaha Tanılama Sistemi’ne göre evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik olarak yürütülmüştür.

1.2. Amaç ve Varsayımlar

Bu çalışmanın amacı kronik hastalık tanısı almış evde bakım gereksinimi olan çocukların Omaha Tanılama Sistemi'ne göre evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesidir. İzmir ilinde bir kamu hastanesinde yatarak tedavi gören kronik hastalığı olan çocukların tüm evreni temsil ettiği varsayılmaktadır. Araştırmada veriler veri toplama araçlarındaki soruların cevaplandırılmasıyla toplanmıştır. Araştırmaya katılanların bu formlarda yer alan sorulara doğru bilgi verdikleri varsayılmıştır.

1.3. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Gün geçtikçe prevalansı artan kronik hastalıkların akut tedavisi sonrası çocukların evde bakım gereksinimleri artmaktadır. Evde bakım hizmetlerinde hastaların bakım gereksinimlerinin tanınması sunulacak hizmetlerin planlanması ve uygulanması için yol gösterici olacaktır. Tez çalışmasının sonunda elde edilecek bilgilerin ışığında kronik hastalık tanısı almış evde bakım gereksinimi duyan çocukların evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde Omaha tanılama sisteminin kullanımı konusunda literatüre katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırma Sınırlılıkları

Yapılan araştırma İzmir ilinde bir kamu hastanesinde yatarak tedavi gören kronik hastalığı olan çocuklar ve anneleri ile sınırlıdır. Ayrıca çalışma verileri gözlem, görüşme ve tıbbi kayıtlardan (hasta dosyaları, hasta verileri) elde edilmiştir. Araştırma bu yöntemlerle elde edilen bulgular ile sınırlıdır.

2.GENEL BİLGİ

2.1.ÇOCUKLARDA KRONİK HASTALIKLAR

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 21. Yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak bildirilen (1). Kronik hastalıklar “*kalıcı hasarlar bırakan geri dönüşümsüz patolojik değişimlerin sebep olduğu, hastanın rehabilitasyonu için özel hasta eğitimine gereksinim duyulan, uzun süreli takip ve bakım gerektiren süregelen hastalıklar*” olarak tanımlanmaktadır (1). Günümüzde gittikçe farklılaşan tanı ve tedavi yöntemleri, yaşamdan beklenen sürenin uzaması, teknolojinin gelişmesi gibi nedenler kronik hastalıkların yönetimini de etkilemektedir (2). Bununla birlikte sedanter yaşam biçimleri, obesitenin artması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, kentleşme, olağanüstü durumlar (göç, savaşlar vb.) gibi nedenler de kronik hastalıkların insidans ve prevelansını artırmaktadır (18). Hızlı seyreden ölüm oranları, giderek artan iş gücü kaybı, sağlık harcamalarındaki artış vb. sorunlar nedeniyle kronik hastalıklar küresel bir tehdit oluşturmaktadır (1).

Kronik hastalıklar genellikle çocukluk çağında yaygın olarak görülmekte olup ve sıklığı da giderek artış göstermektedir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocukların %15–50’sinin kanser, diyabet, böbrek hastalıkları, doğumsal anomaliler gibi kronik hastalıklar nedeniyle başvurduğu bildirilmiştir (19). Bu araştırmaya dahil edilen çocuk hastalar; astım, epilepsi, spinal kaslar atrofi, serebral palsi, romatoid artrit gibi kronik hastalık tanısı almışlardır.

2.1.1.Astım

Astım; çocukluk çağında sık görülen bir kronik hastalık olup, çeşitli uyaranlara bağlı olarak artış gösteren hava yolu duyarlılığı ve geri dönüşümlü hava yolu tıkanıklıkları ile ayırıcı özellik gösteren enflamatuar bir hastalıktır (20). Hastalıkta havayolunun daralması sonucu hava yolunda bulunan kasların kasılması ve bu bölgedeki sümüksü dokuda meydana gelen ödem, mukozanın salgıladığı sıvıda artış ile havayolu enflamasyonu ve solunum yolunun aşırı duyarlılığı sonucu solunum yolunda tıkanıklık meydana gelmektedir. Bu hastalıkta hava yolunda oluşan tıkanıklık, diğer belirtilere sebep olan asıl etkidir (21).

Ülkemizde yaklaşık her 100 çocuktan 13-15’inde astım hastalığı görülmektedir (22). Çocukluk çağında görülen astımın, %70-80 gibi yüksek bir oranı alerjik (atopik) astım olarak tanımlanmıştır (23). Allerjenle karşılaşma sonrası belirtilerin başlaması, sıklık ve hastalığın şiddetinin mevsimsel farklılık göstermesi, aile içerisinde atopik varlığı alerjik astım tanısında

dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biridir. Ayrıca kokular, duman, sigara kullanımı ve egzersiz gibi tetikleyicilerle, belirtilerin artış göstermesi, gece yakınmalarının artması tanı koymada önemli belirteçler arasındadır (22, 24).

Astımın belirti göstermesi, klinik seyri, bireyin yaşam kalitesi, almış olduğu sağlık hizmeti, prevalans ve insidans, ilaç kullanımı, tedavi maliyeti gibi nedenlerden dolayı her bireyde değişiklik göstermektedir (25). Astımda en çok görülen semptomlar; öksürük, nefes darlığı, anormal solunum sesleri, hırıltı ve sekresyon artışıdır (22). Bu nedenle astım tedavisinde temel amaç hasta yakınmalarının kontrolünün sağlanmasıdır (23).

2.1.2.Epilepsi

Çocukluk çağında en sık görülen nörolojik bozukluklarından birisi olan epilepsi (26), farklı nedenlere bağlı olarak beyinde ortaya çıkan, normal olmayan elektriksel deşarjlar sonucu oluşan, kalıcı olmayan serebral fonksiyon bozukluğudur (26, 27). İki ya da daha fazla geçirilmiş uyarıcı bir neden olmaksızın (ateş, kafa travması vb.) nöbet görülmesi durumunda da epilepsi tanısı gündeme gelmektedir (26). Yapılan bir çalışmada 0-17 yaş arası Türk çocuklarında epilepsi prevalansı %0,8 olarak belirlenmiştir (28).

Epilepsi hastalığına sahip olan çocuklar, karmaşık ve çeşitlilik gösteren bir grup oluşturmaktadırlar. Uluslararası Epilepsi ile Savaş Birliği (ILEA-International League Against Epilepsy) epilepsi ve epileptik sendromlar olarak iki sınıflama bildirmiştir (26). Bu sınıflamalar ile tanımlama yapılmaya çalışılmaktadır. Amaç; tanımlamanın tüm epilepsi türlerini kapsamayı, her konvülsiyonun bir epilepsi olmadığı, epilepsi ile epileptik konvülsiyonun birbirinden ayırt edilmesi, gereğinin açıkça belirlenmesi ve sonuçta antiepileptik tedavinin daha bilinçli yapılmasını sağlamaktır (29). Araştırmalardan elde edilen bilgilere göre yaklaşık 40 farklı nöbet türü belirlenmiştir (26). Epileptik nöbetler üç ana başlık altında sınıflandırmak mümkündür(30). (Tablo 1).

Tablo 1: Epileptik Nöbetlerin Sınıflandırılması (30)

PARSİYEL (FOKAL) NÖBETLER	A. Basit Parsiyel
	B. Kompleks Parsiyel
	C. Jeneralize Nöbete Dönüşen Parsiyel Nöbetler
JENERALİZE NÖBETLER	Absans Nöbetler
	A. Klonik Nöbetler
	B. Tonik Nöbetler
	C. Miyoklonik Nöbetler
	D. Tonik-Klonik Nöbetler
	Atonik Nöbetler
SINIFLANDIRILAMAYAN EPİLEPTİK NÖBETLER	-

Epilepsi tedavisinde kullanılan temel dayanak, kullanılan antiepileptik ilaçlardır. Tedavide başarı sağlanmasının en önemli noktası; hastalığın patofizyolojisini iyi belirlemek ve doğru antiepileptiği kullanmaktır (26). Olguların çoğunda, tek antiepileptikle nöbet kontrolü sağlanırken, kimi zaman ikinci bir ilaç da eklenmek zorunda olabilir (26).

Epilepsi hem çocuğu hem de ailesini etkileyen kronik bir hastalık olup çocuklarda nörokognitif ve psikososyal sorunların getirdiği olumsuz etkilenmeler ile seyrebilmektedir (31).

2.1.3. Spinal Musküler Atrofi (SMA)

Çocuk ölümlerinin en yaygın kalıtsal nedeni olan SMA, otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Omuriliğin ön boynuzundaki motor nöronların kaybı ve buna olarak da güçsüzlük, kas atrofisi ve nöromusküler kavşak denervasyonu ile karakterizedir (32). Hastalığın başlangıç yaşı, motor gerilemenin şiddeti ve beklenen yaşam süresinin uzunluğuna göre beş tip olarak sınıflandırılmaktadır. En ağır formu olan tip 1 formu, “Werdnig-Hoffmann” hastalığı olarak da adlandırılmaktadır (33). Avrupa’da 5000 ile 10.000 doğumda bir görülmekte olup taşıyıcı sıklığı 50’de 1’dir (39). Hastalığın başlangıç evresi, doğum öncesi ile yetişkin dönemi arasındaki her hangi bir zaman diliminde olabilir. SMA hastalarında sık görülen klinik bulgular kaslarda zayıflık ve incelme, eklemlerde kontraktür ve şekil bozuklukları, derin tendon reflekslerinin kaybı, akciğer kapasitesinin kısıtlanmasına bağlı olarak solunum yetmezliği, farklı kafa siniri çiftlerinin tutulumuna bağlı olarak iki taraflı yüz- göz felci, motor gelişim

sorunları, göz ve diyafragma kaslarının tutulumu, hipotoni ve omurga sorunlarıdır (skolyoz, lumbal lordoz)(34).

2.1.4. Romatoid Artrit

Romatoid artrit (RA); eklemlerde ağrı, güçsüzlük ve sertlik ile belirti gösteren, genel olarak el ve ayaklarda şekil bozukluğuna sakatlığa yol açabilen, etiyojisi tam olarak bilinmeyen, otoimmün sistematik bir hastalıktır (35). Sinovial dokudan başlayarak, eklem dokularında deformasyon ve tahribat yaratan, kalıcı ve ilerleyici enflamatuar bir hastalıktır (35). Amerikan Romatizma Derneği her 1000 çocuktan birinde kronik artrit gözlendiğini bildirmiştir (6).

Romatoid artritin bilinen bir tedavisi bulunmamaktadır. Hastalığın erken tanısı sonrasındaki tedavi seçenekleri arasında, steroid olmayan antiinflamatuar ilaçlar (NSAİD), steroid hormonlarını içeren glukokortikoidler, hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar, monoklonal antikolar, biyolojik ajanlar, nanoteknoloji, oral tolerans, gen terapisi, kemik iliği transplantasyonu, lipozomlar, süperparamanyetik demir oksit nano partiküller bulunmaktadır (36). Hastalığın erken tanısı ve uygun girişimlerle bireyin yaşamı boyunca daha kaliteli bir yaşam sürmesi sağlanabilmektedir (37).

2.2.KRONİK HASTALIKLARDA EVDE BAKIM

Evde bakım hizmetleri, bireyin var olan sağlığını korumak, yükseltmek, hasta bireyleri yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla, sağlık ve sosyal hizmet profesyonellerinin hasta bireyin kendi yaşadığı ortamda, kendisine konfor, bakım ve iyilik halinin sağlanmasıdır (38).

Evde bakım hizmetlerinin, çocukların hastaneye yeniden yatışlarını azaltmada etkinliğine dair henüz bir kanıt bulunmasa da, hastanede kalış sürelerini önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir (39). Kronik hastalığa sahip çocukların evde bakım gereksinimlerine yönelik girişimler ve önemli hususlar aşağıda başlıklar halinde özetlenmiştir (40, 41).

Etkisiz Solunum Örüntüsü

Kronik hastalığı olan çocuklarda merkezi sinir sisteminin etkilenmesine bağlı olarak solunumun baskılanması ve yeterli derecede ventilasyonun sağlanamaması görülebilmektedir. Buna yönelik evde bakımda yapılacak girişimler şunlardır (5);

- Hastanın O² saturasyonu, solunum sayısı takip edilir, aileye de bu değerleri nasıl takip etmeleri gerektiği anlatılır.
- Postural drenaj, yatak içi pozisyon değişimi gibi çocuğun rahatlamasını sağlayacak uygulamalar yapıp, aileye öğretilir.

- Çocuk yatağa bağımlı ise, yatak içi aktif/pasif egzersizler yaptırılır ve aileye de daha sonra uygulamaları için bu egzersizlerin nasıl yaptırılacağı öğretilir.
- Sekresyonu fazla olan hastaların sekresyonlarını azaltmak amacıyla aileye aspirasyon teknikleri konusunda bilgi verilir.
- Eğer çocuk solunum yoluyla alınacak bir ilaç kullanıyor ise; aile bireylerine ilaçları nasıl kullanacakları konusunda bilgi verilir. Bu ilaçların; ağızda acı tat bırakma, yüzeysel mantar infeksiyonu (pamukçuk), ses kısıklığı gibi yan etkilerinin de olduğu anlatılır. Bu yan etkileri önlemek amacıyla çocuğun her ilaç sonrası ağızını çalkalamaları gerektiği, mümkünse eğer dişlerini fırçalamaları ve diş etlerini temiz tutmaları gerektiği anlatılır.

Beslenmede Değişim (Beden Gereksiniminden Az Beslenme)

Kronik hastalıklara sahip çocuklarda yutma güçlüğü, iştahsızlık, yeme isteğinin azalması vb. nedenlerden dolayı beden gereksiniminden az beslenme görülebilmektedir. Buna yönelik evde bakımda uygulanacak girişimler şunlardır (5, 42);

- Oral yoldan beslenemeyen çocukların genel durumuna uygun enteral/ parenteral yoldan beslenmesi konusunda aileye bilgi verilir.
- Enteral beslenmede en sık kullanılan beslenme türleri; nazogastrik ve orogastrik sonda ile beslenmedir.
- Aile bireyleri eğer beslenme sırasında tek kullanımlık sondalardan kullanacaklar ise, bu sondaların 48-72 saat arasında değiştirilmesi gerektiği, kalıcı sondalar yardımıyla beslenmeyi sağlayacaklarsa altı haftada bir bu sondaların değiştirilmesi konusunda aileye gerekli eğitim verilir. Sonda değişimleri konusunda ailenin ilgili sağlık kuruluşlarından nasıl yardım alabilecekleri anlatılır.
- Beslenme torbalarının kullanımı aileye gösterilir. Bu torbaların 24 saatte bir yenisiyle değiştirilmesi gerektiği konusunda bilgi verilir.

Barsak İnkontinansı

Kronik hastalıklara sahip çocuklarda kullanılan ilaçlar, hareket kısıtlaması, immobilité vb. nedenlere bağılı olarak barsak inkontinansı görülebilmektedir. Buna yönelik evde bakımda uygulanabilecek girişimler şunlardır (5, 10);

- Hastanın dışkılama sayısı ve dışkının kıvamı gözlemlenir, aile bireylerinin de daha sonrasında bu işlemi takip etmeleri gerektiği anlatılır.
- Hastanın beslenmesinde yeterli sıvı ve mümkünse lifli yiyeceklerin bulunması gerektiği konusunda bilgi verilir.
- Yatağa bağımlı çocuklarda konstipasyonu önlemek amacıyla, yatak içi aktif/pasif egzersizler yaptırılır, aileye öğretilir.
- Kanama ve enfeksiyona yatkın olan çocuklarda, lavman uygulamalarından kaçınılması gerektiği konusunda aileye bilgi verilir.
- Boşaltımını tuvalete ya da sürgüye yapamayan hastalarda, pişik gelişimini önlemek için sık sık alt değişimine ve perinenin havalandırılmasına dikkat edilmesi gerektiği anlatılır.

İnfeksiyon Riski

Kronik hastalıklara sahip çocukların büyük bölümünde hastalığa bağlı cerrahi girişimler, immobilité, entübasyon varlığı gibi nedenlerden dolayı infeksiyon riski görülebilmektedir. Buna yönelik evde bakımda uygulanabilecek girişimler şunlardır (5, 10);

- Aile ile birlikte hastanın ev ortamı düzenlenir. Yatak, çarşaf ve oda temizliğinin nasıl olması gerektiği anlatılır.
- Olası infeksiyon kaynakları (trakeostomi, kateter, ciltte lezyon vb., çevresel koşullar) belirlenerek alınabilecek önlemler aileye anlatılır.
- İmmünsüpresyonu olan çocuklar için infeksiyon riskini azaltmak amacıyla evde izolasyon önlemleri alınarak ziyaretçi kısıtlaması yapılması gerektiği üzerinde durulur.
- Evde, çocuğun bakımında uygulanacak tüm bakım uygulamalarında aseptik tekniklere uyulma konusunda aile bilgilendirilir.
- Ebeveynlere katater bakımı, kanül temizliği bakımları gerçekleştirilir ve aileye öğretilir.
- İnfeksiyon belirti ve bulguları aileye öğretilir. Ateş yüksekliği, üşüme, titreme gibi infeksiyon bulguları görüldüğünde, ailenin uygun sağlık kuruluşuna gitmeleri gerektiği anlatılır.

Aspirasyon Riski

Kronik hastalıklara sahip çocukların büyük bölümünde yutma refleksinin etkilenmesi ve yutma güçlüğü nedeniyle aspirasyon riski mevcuttur. Buna yönelik evde bakımda yapılacak girişimler şunlardır (5,10);

- Çocuğun sakin bir ortamda yavaş yavaş yemek yemesi gerektiği belirtilir.
- Sık sık çocuğun yutma refleksini kontrol etmenin gerekliliği üzerinde durularak, işlemin nasıl yapılacağı konusunda aileye bilgi verilir.
- Reflüyü önlemek açısından beslenme öncesi ve süresince 30-45 dakika, beslenmeden sonra 1 saat süre ile yatak başı yüksekte tutulur.
- Çocuğun yumuşak ve sıvı gıdalar ile beslenmesi konusunda aile bilgilendirilir.
- Beslenme tüpü ile beslenmelerde her beslenme öncesi rezidü kontrolü yapılır ve aileye işlem hakkında bilgi verilir.
- Ani kusmaları önlemek için bolus besleme yerine sürekli beslemenin tercih edilmesinin önemi hakkında aileye bilgi verilir.
- Trakeostomisi olan çocukların sekresyonlarının aspire edilmesi aileye öğretilir ve doğru yapma şekli kontrol edilir.
- Eğer hasta bebek ise; yan ya da sırt üstü yatırılması, yüz üstü yatırılmaması gerektiği söylenir.
- Bebeğin yutabileceği nesnelerin çevreden uzaklaştırılması söylenir.
- Bebek emzirilirken ya da mama içerken başının desteklenip, tamamen düz pozisyonda olmamasına dikkat edilmesi gerektiği söylenir.
- Her beslenmeden sonra bebeğin gazının çıkarılması gerektiği anlatılır.

Düşme Riski

Bazı kronik hastalıklarda denge merkezinin etkilenmesi ve bunun sonucunda denge kayıplarının yaşanması nedeniyle düşme riski mevcuttur. Buna yönelik evde bakımda yapılacak girişimler şunlardır (10, 42);

- Çocuğun odası yeterli derecede aydınlatılır.
- Düşme riski açısından riskli çocukların kullandıkları yatak kenarlıklarının yükseltilmesi, yataklarının duvara dayalı olması gerektiği aileye anlatılır.
- Hasta odasında gereksiz ve hastaya zarar verecek eşyalar kaldırılmalıdır.
- Hastanın uzanıp dengesini kaybedip düşmemesi için portatif yemek masası, sandalye vb. çocuğun yatağının yakınına konmalıdır.
- Çocuğun kendi başına hareket etmesinin kısıtlanması gerektiği söylenir.
- Çocuğun kaymayan ayakkabı ya da terlik kullanması gerektiği anlatılır.
- Zeminlerin ıslak tutulmaması gerektiği konusunda aile bilgilendirilir.

İletişim Yetersizliği

Bazı kronik hastalıklarda merkezi sinir sistemi etkilendiğinden hastada konuşma bozukluğu görülebilmektedir. Buna yönelik evde bakımda yapılacak girişimler şunlardır (12, 47);

- Çocuk ile yavaş ve sakin bir ses tonuyla konuşulur ve ailenin de hasta ile bu şekilde konuşması gerektiği anlatılır.
- Gerekirse kalem, kağıt gibi araçlar kullanılarak iletişim desteklenir.
- Çocuğu sakin bir şekilde dinlemeleri gerektiği aileye anlatılır.

Öz Bakım Eksikliği

Kronik hastalığa sahip çocuklarda hareket kısıtlılığı sonucu veya çocukların yaşının küçük olmasına bağlı olarak öz bakım eksikliği görülebilmektedir. Buna yönelik evde bakımda uygulanacak girişimler şunlardır (5, 42);

- Tuvalet, banyo, ağız temizliği gibi günlük bakım aktivitelerine mümkün olduğunca çocuğun katılması sağlanır.

- Hijyen uygulamaları konusunda aileye bilgi verilir.
- Ailenin çocuğa bakım verirken mahremiyet konusunda da dikkatli olmaları gerektiği anlatılır.
- Çocuk özbakım gereksinimlerini karşılayamıyor ise aile bu konuda eğitilir, mümkünse destek alması sağlanır.

Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski

Hareket kısıtlılığı, infeksiyon, tuvalet eğitim almamış veya mesane/barsak inkontinansı olan çocuklarda doku bütünlüğünde bozulma/riski olabilmektedir. Buna yönelik evde bakımda uygulanacak girişimler şunlardır (5, 10);

- Yatağa bağımlı hastalarda, havalı yatak kullanımının önemi aileye anlatılır.
- Eğer immobil bir çocuk ise; çocuğun her iki saatte bir pozisyonu değiştirilip, aileye de nasıl pozisyon değiştirmeleri gerektiği anlatılır.
- Çocuğun giysilerinin temiz ve kuru tutulması gerektiği, giysi seçiminde de terletmeyen kıyafetlerin kullanılması gerektiği söylenir.
- Çocukta eğer inkontinans var ise; sık sık perine bakımı verilip cildinin kuru ve temiz tutulması gerektiği anlatılır.
- Yatak takımlarının temiz ve nemli olmaması gerektiği, cildin kuru tutulup nemlendirilmesi konusunda aileye bilgi verilir.
- CPAP/BİPAP gibi cihaz kullanan hastalarda deri tahrişini önlemek amacıyla, bası oluşturacak yerlere koruyucu örtülmesi gerektiği açıklanır.
- Çocuk entübe ise; entübasyon tüpünün yeri gün içerisinde 1-2 kez değiştirilerek dudak kenarındaki basının ortadan kalkması sağlanır.

Sıvı Volüm Eksikliği Riski

Kronik hastalıklara sahip çocuklarda çok çeşitli nedenlere bağlı olarak yeterli sıvı alımı sağlanamaya bilmektedir. Buna yönelik evde bakımda uygulanacak girişimler şunlardır (5, 10);

- Mümkünse evde kilo takibi yapılır.
- Çocuğun yiyecek ve içecekler ile aldığı ve çıkardığı (idrar, gaita, kusma, dren) sıvı miktarının takibi yapılır ve takibin nasıl yapılacağı aileye öğretilir.
- Çocuğun yara drenajı var ise drenajın miktarı ve tipinin kaydedilmesi, sıvı kaybını azaltmak amacıyla da yaranın kapalı tutulması gerektiği konusunda bilgi verilir.
- Aldığı çıkardığı bu sıvı takibinin ilgili sağlık ekibine haber verilmesi gerektiği anlatılır.

Oral Muköz Membranda Bozulma Riski

Kronik hastalıklara sahip çocukların büyük bir bölümünde; beslenmenin ve sıvı alımının azalması, özbakımını yerine getirmede sınırlılık, ilaçlar, enteral beslenme gibi nedenlere bağlı olarak oral muköz membranda bozulma riski görülebilmektedir. Buna yönelik evde bakımda uygulanabilecek girişimler şunlardır (10, 42);

- Hastanın ağız bütünlüğünü sağlamak amacıyla; daha çok sıvı ve yumuşak gıdalarla beslenmesi gerektiği ancak tuzlu, ekşi, acı, baharatlı gıdalardan kaçınmaları gerektiği konusunda aileye bilgi verilir.
- Çocuğun tolere edebileceği kadar sıvı alımları desteklenir.
- Proteinden zengin, sebze ve meyve ağırlıklı bir beslenme programıyla beslenmeleri gerektiği anlatılır.
- Çocuğun oral mukoza durumuna göre uygun ağız bakım solüsyonu ile ağız bakımı yapılır ve aileye öğretilir. Aile ağız bakım sıklığı konusunda da bilgilendirilir.
- Dudaklara nemlendirici sürülür.

Fiziksel Mobilitede Bozulma Riski

Kronik hastalıklara sahip çocuklarda immobilité, nörolojik ve kas tutulumları vb. nedenlerden dolayı fiziksel mobilitede bozulma görülmektedir. Buna yönelik evde bakımda uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır (5, 42);

- Yatağa bağımlı hastaların uzun süre aynı pozisyonda yatılmasından dolayı kaynaklanan bası yaralarını önlemek amacıyla, iki saat aralıklarla hastanın pozisyonunun değişmesi gerektiği anlatılır.
- Atrofi ve eklem sertliğini önlemek amacıyla yatak içi aktif/pasif egzersizler yaptırılarak hareket etmesi sağlanır, aileye egzersizler konusunda eğitim verilir.
- El ve ayak düşmelerini önlemek amacıyla, uygun aparatlar yardımıyla el ve ayaklar desteklenir.
- Eğer tolere edebiliyorsa çocuğun desteksiz yürütülmesi konusunda çocuk ve aile cesaretlendirilir.
- Gereğinde fizyoterapi desteği ile düzenli bir egzersiz programı uygulanması sağlanabilir.

Uyku Örüntüsünde Bozulma Riski

Kronik hastalıklara sahip çocuklarda ağrı, anksiyete, dispne, sık hastaneye yatma, tedaviler gibi nedenlere bağılı olarak çocuklarda uyku örüntüsünde bozulma görülebilir. Buna yönelik evde bakımda uygulanabilecek hemşirelik girişimler şunlardır (5, 42);

- Çocuğun ağrısı varsa azaltmaya yönelik nonfarmakolojik girişimler, eğer nonfarmakolojik girişimlerle geçmiyor ise farmakolojik yöntemler ile ağrısının geçmesi desteklenir.
- Aile bireylerine, mekanik ventilatör desteği alan hastaların, uyumadan önce hastanın solunumunu rahatlatan, postural drenaj, öksürük egzersizleri, aspirasyon gibi uygulamaları yapmaları gerektiği anlatılır.
- Korku ve anksiyetesini azaltmak için; hasta ile konuşulup duygularının ifade etmeleri gerektiği konusunda aile bilgilendirilir.
- Gündüz uykularının sayısının azaltılması ve gündüz aktivite yoğunluğunun artırılması gerektiği söylenir.
- Tedavi planının hastanın uyku düzenini bozmayacak şekilde ayarlamasının önemi anlatılır.
- Gece uyurken hastaya uygun pozisyon verilerek rahat uyuması sağlanır.

Ağrı

Kronik hastalıklara sahip çocuklara uygulana intravenöz girişimler, gibi nedenlerden dolayı çocuklar ağrı yaşayabilirler. Ağrıya yönelik evde bakımda uygulanabilecek girişimler şunlardır (5);

- Çocuk eğer cevap verebilecek durumda ise ağrının yeri, şiddeti ve şekli sorulur.
- Çocuğun yaşına uygun gevşeme, hayal etme, dikkati başka yöne çekme, müzik terapi, sıcak-soğuk uygulama gibi nonfarmakolojik yöntemler kullanılır ve aileye de bu yöntemleri nasıl kullanabilecekleri konusunda bilgi verilir.
- Çocuğun ağrıya karşı vermiş olduğu tepkiler izlenir.
- Eğer hasta birey nonfarmakolojik yöntemlere cevap vermezse, hekim bilgisi dahilinde uygun farmakolojik yöntemler kullanılır.

2.3.OMAHA SİSTEMİ

Günümüzde birçok sayıda hemşirelik uygulaması, verilen bakım kalitesini arttırmak ve bakım standartlarını geliştirmek amacı ile kullanılmaktadır(7, 43). Kullanılan bu uygulamalar sağlık profesyonelleri arasında standart bir dil kullanımına hizmet etmektedirler(7). Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association- ANA) tarafından, 12 tane hemşirelik sınıflandırma sistemi kabul edilmiştir (7). ANA'nın kabul ettiği hemşirelik sınıflandırma sistemlerinden biri de Omaha Sistemi (OS)'dir. Bu sistem, sağlık sisteminde var olan problemlerin belirlenmesi, bu problemlerin çözüme kavuşturulması için yapılacak girişimlerin belirlenmesi ve bu girişimlerin ölçülmesi amacıyla oluşturulmuştur (7).

Omaha Sistemi; Amerika Birleşik Devletleri'nde, 1975 yılında, Monsen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 2000'li yılların başında da, Türkiye'de Erdoğan ve arkadaşları tarafından Türkçe çevirisi yapılarak, Türk hemşirelerin kullanımına sunulmuştur (44, 45). Sistem 3 temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; Problem Sınıflama Listesi, Problem Değerlendirme Ölçeği ve Girişim Şeması'dır (44, 46). Bu üç temel bileşenle, birey, aile ve toplum bazında var olan, olası ya da sağlığı geliştirmeye yönelik problemlerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve girişimlerin uygulanması amaçlanmaktadır. Omaha Sistemi, halk sağlığı hemşireleri tarafından sıkça kullanılan hemşirelik uygulama sistemlerinden biridir (7, 44, 45).

Omaha Sistemi'nin temel aldığı bazı varsayımlar bulunmaktadır. Bu varsayımlar şu şekilde sıralanabilir (44);

- Sağlık bakım profesyonelleri bakım verdiği her bireyin problemlerini saptamak, bu problemlere yönelik girişimler uygulamak, problemin gidişatını belirlemek ve kaydetmek için gerekli tüm bilgi ve beceriye sahiptir.
- Bakım veren ve bakım alan kişiler arasındaki ilişki, bakım alan bireyin problemlerinin belirlenmesi, uygulanacak girişimleri ve sonuçları doğru bir şekilde kaydetmeyi ve sonrasında bu kayıtları kullanmayı gerektirir.
- Sistem sürveyans işlemini kolaylaştırır.
- Sağlık bakım profesyonelleri, sağlık alanında yeterli bilgi birikimine sahip olmayan bireylerin, problemlerini belirler ve uygun olan girişimleri uygular. Sistem uygulanan bu girişimlerin düzenlemesine yardımcı olur.
- Sağlık bakım profesyonelleri, saptadıkları problemlerin çözümü için, kullanacakları sağlık kayıtları ve sosyal hizmetlerle çoğu zaman iş birliği içerisinde olması gerekmektedir. Sistem bu durumu desteklemektedir.
- Sağlık bakım profesyonellerinin çoğu, gerçekleştirdiği uygulamalarında geçerli ve güvenilir bir sistemle çalışmak isterler. Omaha Sistemi de geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir sistemdir

Omaha Sistemi'nin birçok güçlü yönü de bulunmaktadır. Bu güçlü yönler şunlardır (44, 47);

- İçerdiği kavramların açık ve anlaşılır bir şekilde olması ve profesyonel hemşirelik rollerini iyi bir şekilde açıklaması,
- Hemşirelik sürecinin sahip olduğu tüm aşamaları içermesi, sürecin aşamaları arasında uygun bir bağ kurma imkanı sunması,
- Uzun yıllardır kullanılan geçerli ve güvenilir bir sistem olması,
- Tüm sağlık profesyonelleri tarafından rahatça kullanılabilen bir sistem olması,
- Birçok hemşirelik alanında kullanılabilmesi,
- Eğitimde kullanıldığı zaman, ders içeriklerini ve işlenişini gözden geçirme olanağı sağlaması,
- Bilgi alışverişini sağlamaya olanak sunması,
- Klinik içi çalışmalarını yürütmek, araştırma sonuçlarını raporlamak, hemşirelerin sunduğu bakım hizmetinin sağlık sonuçlarına etkisini kanıtlamak için bir araç olarak kullanılabilmesi,

- Hemşirelik program ve hizmetlerini değerlendirmek amacıyla kullanılabilmesidir.

Omaha Sistemi'nin tanılama sağlayan bileşeni olan Problem Sınıflama Sistemi (PSL); birey aile ya da toplumda var olan ya da olabilecek sağlık sorunlarının sistematik bir şekilde tanılandığı, kapsamlı ve düzenli bir sistem olarak tanımlanmaktadır (44). Sistemin üç ana yapısından birisi olan PSL, hemşirelik tanıların sınıflandırıldığı bölümdür. Bireyin sağlık problemlerini dört alanda (çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları) tanılama fırsatı sunar. PSL basit ve anlaşılır bir dil kullanılarak oluşturulmuştur. Problem Sınıflama Sistemi'ni oluşturan yapılar, birbirini izleyen dört aşamadan oluşmaktadır. Bu yapılar (44);

1. Tanı/Problem Alanları; çevresel alan, psikososyal alan, fizyolojik alan, sağlık davranışları alanı
2. Tanı Problem/Alanları altında ; hemşirelik tanıları (toplam 42 problem)
3. Problemlerin(42 problem) altında; belirti ve bulgular kümesi (toplam 335 belirti)
4. Problemin belirleyicileri; problemin kapsamı ve problemin ciddiyeti.

Omaha Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) ise belirlenen gereksinimin (problemin) "*Bilgi*", "*Davranış*" ve "*Durum*" boyutları ile 1'den 5'e kadar tek bir puan ile değerlendirilmesini sağlar. Ülkemizde OS kullanılarak yapılmış birçok örnek bulunmaktadır (4, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 33, 48). OS kullanılarak yapılan çalışmalar; evde bakım ihtiyacı olan hastalar, yaşlı bireyler, okul sağlığı ile ilgili çalışmalar, yetişkin bireyler, adolesan sağlık sorunları, iş sağlığı hemşireliği gibi birçok alanı kapsayacak şekilde çeşitlidir(4, 9, 11,13, 14, 15, 16, 33, 48). Bu tanılama sistemi huzurevinde yaşayan yaşlılarda (4), internet bağımlılığı açısından riskli adolesanlarda (9), trakeostomili hasta (48), jinekoloji-onkoloji hastalarında (11), fiziksel aktivitenin tanınmasında yetişkin gruplarında (33), evde bakım hastalarının gereksinimlerinin belirlenmesinde (13), doğrudan gözetimli tüberküloz tedavisi yönetiminde (14), okul sağlığı çalışmalarında (15), hemşirelik ve ebelik uygulamalarının değerlendirilmesinde (16), iş sağlığı hemşireliğinde (14) yürütülmüş çeşitli çalışmalarda önemli bir tanılama aracı olarak kullanılmıştır. Bu tez çalışması ise daha önce çalışılmayan bir alanda, kronik hastalık tanısı almış çocukların Omaha Tanılama Sistemi'ne göre evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik olarak yürütülmüştür.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Çalışma İzmir ili S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Süt-1/Nöroloji servisinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 15 Mayıs – 15 Kasım 2021 tarihleri arasında, S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Süt-1/Nöroloji servisine yatışı yapılan, kronik hastalık tanısı almış ve evde bakım gereksinimi duyan çocuklar ve ebeveynleri oluşturmaktadır. Belirtilen tarihler arasında, servise yatışı yapılan ve evde bakım gereksinimi duyan 100 hasta, araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Toplama Araçları

Araştırmada, Görüşme Formu ve Omaha Problem Sınıflandırma Sistemi kullanılmıştır.

Görüşme Formu: Kronik hastalık tanısı almış çocukların sağlık ve sosyodemografik özelliklerine yönelik bir formdur (EK -1). Bu formdaki sağlık ile ilgili veriler hasta dosyası/hastane kayıtlarından, aile ve sosyodemografik diğer özelliklere ilişkin veriler ebeveynler ile görüşülerek elde edilmiştir.

Omaha Sistemi: Omaha Sistemi, Kuzey Amerika Ziyaretçi Hemşireler Birliği tarafından geliştirilmiş, hemşirelere uygulama ve dökümantasyon olanağı sağlayan 1975 yılından itibaren kullanılan sınıflandırma sistemidir. Erdoğan tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış ve Türk toplumunda kullanılabilir olduğu kanıtlanmıştır (7). Çocukların sağlık değerlendirmelerine ve tanılarına ilişkin veriler OMAHA Problem Sınıflandırma Listesi (PSL) kullanılarak toplanmıştır. Sistemin üç ana yapısından birisi olan PSL ve PDÖ kullanılarak çocuğun evde bakım gereksinimi ve gereksinimin boyutları belirlenmiştir (EK-2) (44). Sistemin üç ana yapısından birisi olan PSL, hemşirelik tanılarının sınıflandırıldığı bölümdür. Bireyin sağlık problemlerini dört alanda (çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları) tanılama fırsatı sunar (EK -2). OMAHA Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) ise belirlenen gereksinimin (problemin) “Bilgi”, “Davranış” ve “Durum” boyutları ile 1’den 5’e kadar tek bir puan ile değerlendirilmesini sağlar (19, 20). Bu şekilde çocuğun evde bakım gereksiniminin boyutları en olumsuz ve en olumlu değerler arasında derecelendirilerek ciddiyeti belirlenir (EK-3) (19).

3.5.Verilerin Toplanması

Veriler, S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Süt1\Nöroloji Servisine yatışı yapılmış, kronik tanısı almış evde bakım gereksinimi duyan 100 çocuk ve ebeveynleri ile toplanmıştır. Veri toplanan altı aylık sürede servis içi hasta sirkülasyonunun artık olmaması nedeniyle örneklem büyüklüğü 100 hasta ile örneklem sınırlandırılmıştır. Veriler haftanın her günü toplanmıştır. Veri toplamada görüşme formu ve Omaha Sistemi formlarından yararlanılmıştır. Görüşme formları çocukların ebeveynleri ile doldurulurken, Omaha Sistemi hastaların genel durumu, fiziksel ve mental sağlığı, geçmiş hastalık öyküsünden yararlanılarak tez öğrencisi tarafından doldurulmuştur.

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 25.0 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, medyan kullanılmıştır.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Olma Kriterleri; Çocuklar için 0-18 yaş arasında kronik hastalık tanısı almış olmak, ebeveynler için araştırmaya katılımda gönüllü olmak, görme ve işitme problemi olmamak, Türkçe anlayabilmek ve konuşabilmek, psikiyatrik bir engeli olmamaktır.

Dahil edilmeme kriterleri; Araştırmanın yürütüldüğü süreçte eve hiç taburcu olmayan çocuklar ve ebeveynleri araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sınırlılıklarını araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri oluşturmaktadır. Araştırmanın sonuçları benzer özellikteki çocuklarda genellenebilir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır (EK-4). Araştırmanın yürütüldüğü hastaneden kurum izni alınmıştır (EK-5). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığından Omaha Problem Sınıflandırma Sisteminin kullanım izni alınmıştır (EK-6). Araştırma öncesi ebeveynler ile 7 yaş ve üzeri çocuklara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılanlardan yazılı onamları alınmıştır.

4.BULGULAR

Araştırma bulguları dört ana başlık şeklinde sunulmuştur;

4.1.Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

4.2.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine Göre Tanımlanan Sağlık Problemleri

4.3. Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeğine Göre Problemlerin Düzeyleri

4.1.Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan çocukların %63'ü 0-1 yaş arasındadır. İkinci sırada ise %15 ile 13 ay-2 yaş arasındaki çocuklar yer almaktadır. Çocukların %62'si erkektir. Çocukların tanıları incelendiğinde %55'i astım, %36'sı epilepsi, %7'si spinal müsküler atrofi ve %2'si romatoid artritir. Tanı alma zamanları incelendiğinde %95'i 1 yaş altı dönemde tanı almıştır (Tablo 2). Ebeveynlerin büyük çoğunluğu evlidir (%99). Annelerin %49'u, babaların %41'i ilkokul/ortaokul mezunudur. İkinci sıradaki eğitim düzeyi lisedir (annelerin %22'si, babaların %29'u). Ailelerin %35'inin bir, %36'sının iki çocuğu bulunmaktadır. Çocuğun bakımında %25'inde sadece anne, %73'ünde hem anne hem baba, %2'sinde aile büyükleri yer almaktadır. Ailelerin %65'inin geliri giderine eşittir (Tablo 2).

4.4.1.Sosyo-Demografik Özellikler

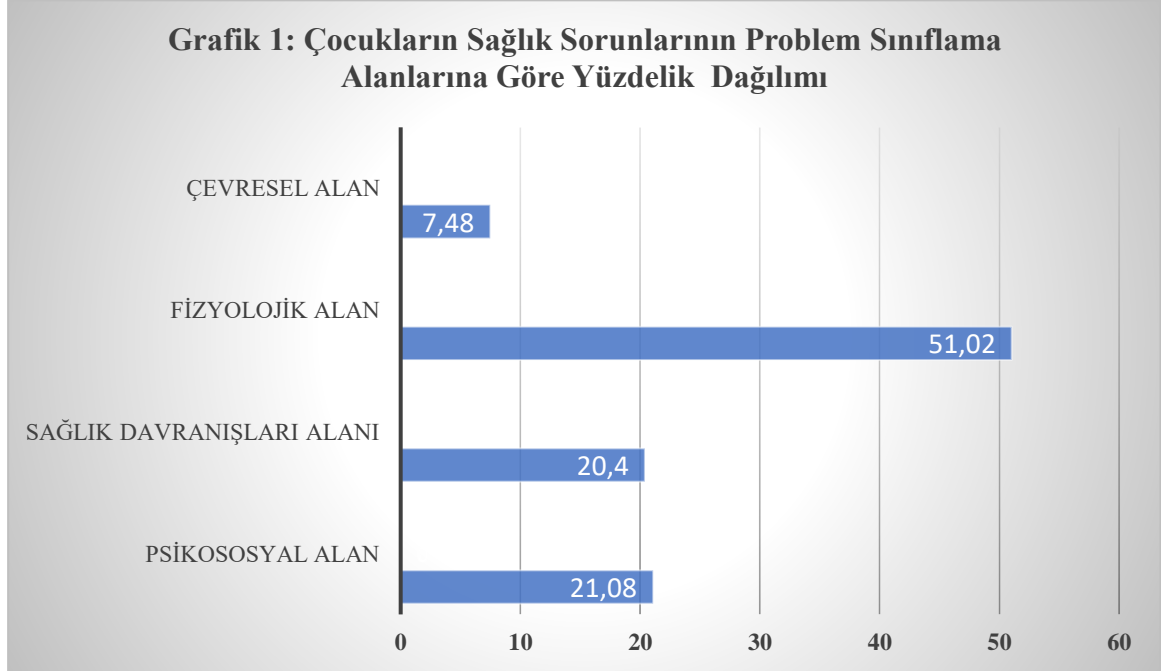
Tablo 2:Çalışmaya Katılan Bireylerin Özellikleri (n=100)

Değişkenler	Kategoriler	n	%
Yaş	0-1 yaş arası	63	63,0
	1-2 yaş arası	15	15,0
	3-4 yaş arası	10	10,0
	5-6 yaş arası	3	3,0
	7-9 yaş arası	3	3,0
	10-12 yaş arası	1	1,0
	13-18 yaş arası	5	5,0
Cinsiyet	Kız	38	38,0
	Erkek	62	62,0
Tanı	Astım	55	55,0
	Epilepsi	36	36,0
	Spinal musküler atrofi(sma)	7	7,0
	Romatoid artrit	2	2,0
Tanı alma zamanı	<1 yaş	95	95,0
	≥1 yaş	5	5,0
Annenin Medeni hali	Evli	99	99,0
	Boşanmış	1	1,0
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	10	10,0
	Okuryazar	5	5,0
	İlkokul\ortaokul mezunu	49	49,0
	Lise mezunu	22	22,0
	Üniversite mezunu ve üstü	14	14,0
Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	6	6,0
	Okuryazar	6	6,0
	İlkokul\ortaokul mezunu	41	41,0
	Lise mezunu	29	29,0
	Üniversite mezunu ve üstü	18	18,0
Aylık gelir	Gelir giderden az	31	31,0
	Gelir gidere denk	64	64,0
	Gelir giderden fazla	4	4,0
Çocuk sayısı	1	35	35,0
	2	36	36,0
	3	17	17,0
	4 ve üzeri	12	12,0
Çocuk bakımına katkıda bulunanlar	Sadece anne	25	25,0
	Hem anne hem baba	73	73,0
	Aile büyükleri(anneane-babanne)	2	2,0

4.2.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine Göre Tanımlanan Sağlık Problemleri

Çalışmada Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ne göre toplam 42 problem alandan 29 problem alanı saptanmıştır. Çocuk/ebeveyninin yaşamadığı veya çocuğun yaşına uygun olmayan (postpartum, gebelik, aile planlaması vb) 13 problem alanına ilişkin belirti-bulgu

verilmemiştir. Yirmi dokuz problem alandan 147 belirti-bulgu (tüm PSL 'de 335 belirti –bulgu mevcuttur) belirlenmiştir. Her birey için ortalama belirti-bulgu sayısı 14'tür. En fazla tanı konulan problem alanları sırasıyla Psikososyal Alan (%21,08), Sağlık Davranışları Alanı (%20,40), Fizyolojik Alan (%51,02) ve Çevresel Alan (%7,48)'dir.



PSL'ye göre tanılanan belirti/bulgular (Tablo 3) Uyku ve Dinlenme Düzeni (% 64), Toplum Kaynakları ile İletişim (% 62) ve Solunum (% 59)'dur. Fizyolojik Alan'da en fazla görülen üç problem sırasıyla, Solunum (% 59), Sinir-kas-iskelet (% 36), Ağız Sağlığı (%30)'dur. Sağlık Davranışları Alanı'nda en fazla görülen problemler sırasıyla, Uyku ve Dinlenme (% 64), Fiziksel Aktivite (% 61) ve Sağlık Bakım Denetimi' (% 18) dir. Çevresel Alan'da en fazla görülen üç problem sırasıyla, Konut (%47), Gelir (%26), Yaşanılan Mahalle (%5)'dur. Psikososyal Alan'da en fazla görülen üç problem sırasıyla, Toplum Kaynakları ile İletişim (%62), Büyüme/Gelişme (%44), Sosyal Etkileşim (%39)'dir (Tablo 3).

Tablo 3: Problemlerin alanlara göre dağılımı

Problem alanı	Problem	n	%
ÇEVRESEL ALAN	Gelir	26	26
	Sanitasyon	3	3
	Konut	47	47
	Yaşanılan mahalle	5	5
PSİKOSOSYAL ALAN	Toplum kaynakları ile iletişim	62	62
	Sosyal etkileşim	39	39
	Kişiler arası ilişkiler	15	15
	Ruh sağlığı	37	37
	Bakım verme	14	14
	İhmal	7	7
	Büyüme/gelişme	44	44
FİZYOLOJİK ALAN	İşitme	2	2
	Görme	11	11
	Konuşma ve dil	27	27
	Ağız sağlığı	30	30
	Bilişsel durum	10	10
	Ağrı	17	17
	Bilinç	5	5
	Sinir-kas-iskelet fonksiyonu	36	36
	Solunum	59	59
	Sindirim-hidrasyon	5	5
	Bağırsak fonksiyonu	7	7
	Enfeksiyon durumu	4	4
	SAĞLIK DAVRANIŞLARI	Beslenme	4
Uyku ve dinlenme düzeni		64	64
Fiziksel akt.		61	61
Kişisel bakım		15	15
Sağlık bakım denetimi		18	18
Tedavi rejimi		17	17

*Koyu renk ile gösterilenler, en sık tanılanan problemleri göstermektedir.

4.2.1.Fizyolojik Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Bireylerin Omaha Sistemi PSL’nde yer alan fizyolojik alan problemlerine yönelik belirti/ bulguları Tablo 4’de gösterilmiştir. Fizyolojik Alan’da belirlenen en sık belirti/ bulgular sırasıyla “Anormal Solunum Sesleri ve Tipleri” (%60), “Sesli Solunum” (%59), “Konsantrasyonda Yetersizlik” (%36), “Hareketlerde Sınırlılık” (%36), “Kas Gücünde Azalma” (%32), “Soluk Görünüm/Terleme”(14), “Dişlerde Şekil Bozukluğu” (%30), “Konuşma ve Ses Çıkarabilme Yeteneğinin Olmaması” (%27), “Uzaktaki Cisimleri Görmede Güçlük” (%20), “Görme Tarama Testlerinin Normal Olmaması” (%20), “İşitme Tarama Testlerinin Normal Olmaması” (%9), “Barsak Seslerinde Azalma” (%7), “Defekasyon

Sıklığında Anormallik”(%7), “Bulantı/Kusma” (%5),” Deri Turgorunun Azalması” (%5), “Enfeksiyon” (%4) ve “Ateş’tir” (%4) (Tablo 4)

Tablo 4: Fizyolojik Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Problem	Belirti\bulgu	n	%
İşitme	Normal konuşma ses tonu duymada güçlük	2	2,0
	Kalabalık ortamlarda konuşmaları duymada güçlük	8	8,0
	Yüksek frekanslı sesleri duymada güçlük	5	5,0
	Sese anormal yanıt\yanıtsızlık	2	2,0
	İşitme tarama seslerinin normal olmaması	9	9,0
Görme	Küçük karakterli yazıları görmeye güçlük	11	11,0
	Uzaktaki cisimleri görmeye güçlük	20	20,0
	Yakındaki cisimleri görmeye güçlük	4	4,0
	Görsel uyaranlara anormal yanıt\yanıtsızlık	3	3,0
	Görme tarama test sonuçlarının normal olmaması	20	20,0
	Şaşılık\göz kırpma\gözlerde sulanma\bulanık görme	17	17,0
Konuşma ve dil	Konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinin olmaması	27	27,0
	Anlama yeteneğinde normal olmaması\anlayamaması	22	22,0
	Alternatif iletişim becerilerinin olmaması	4	4,0
	Uygun olmayan cümle yapıları ile konuşma	17	17,0
	Telaffuzda yetersizlik	26	26,0
	Uygun olmayan kelime kullanımı	12	12,0
	Ağız sağlığı	Dişlerde şekil bozukluğu	30
Çürükler		15	15,0
Dişlerde kapanma bozukluğu		28	28,0
İyi oturmeyen dişler		2	2,0
Sıcak ya da soğuğa hassasiyet		1	1,0
Bilişsel durum	Muhakeme yeteneğinde azalma	10	10,0
	Zaman\kişi\yer oryantasyonunda bozulma	11	11,0
	Yakın zamandaki olayları hatırlamada yetersizlik	2	2,0
	Uzun zaman öncesindeki olayları hatırlamada yetersizlik	5	5,0
	Hesaplama ve sayı sayma becerilerinde yetersizlik	9	9,0
		36	36,0

	Konsantrasyonda yetersizlik	15	15,0
	Mantıklı\soyut düşünebilmede sınırlılık	8	8,0
	Kontrolsüz hareket	4	4,9
	Tekrarlayan konuşmalar	2	2,0
	Bilinçsiz\amaçsız dolaşmak		
Ağrı	Rahatsızlığı ifade etme	1	1,0
	Nabız\solunum sayısı\kan basıncında yükselme	17	17,0
	Ağrıyan bölgeyi sakınan\koruyan hareketler	2	2,0
	Yerinde duramama	11	11,0
	Yüzünü buruşturma	10	10,0
	Soluk görünüm\terleme	14	14,0
Bilinç	Dalgın	5	5,0
	Uykulu(stupor)	4	4,0
	Uyaranlara cevapsız	1	1,0
Sinir-kas-iskelet fonksiyonu	Hareketlerde sınırlılık	36	36,0
	Kas gücünde azalma	32	32,0
	Koordinasyonda azalma	27	27,0
	Kas tonüsünde azalma	22	22,0
	Kas tonüsünde artma	1	1,0
	Duyuda azalma	2	2,0
	Dengede bozukluk	25	25,0
	Yürüme\hareket etme güçlüğü	16	16,0
	Taşınma\transfer güçlüğü	1	1,0
	Titremeler	29	29,0
	Vücut ısısının düzenlenmesinde zorluk	1	1,0
Solunum	Anormal solunum tipleri	59	59,0
	Bağımsız nefes alamama	3	3,0
	Öksürme	40	40,0
	Anormal balgam	46	46,0
	Sesli solunum	59	59,0
	Burun akıntısı\nazal konjesyon	46	46,0
	Anormal solunum sesleri	60	60,0
		57	57,0

	Solunum ile ilgili labaratuvar sonuçlarında anormallik		
Sindirim-hidrasyon	Bulantı\kasma	5	5,0
	Çiğneme\yutma güçlüğü	3	3,0
	Hazımsızlık	1	1,0
	Reflü	2	2,0
	İştahsızlık	3	3,0
	Deri turgorunun azalması	5	5,0
	Dudak çatlaması\ağız kuruluğu	1	1,0
	Elektrolit dengesizliği	5	5,0
Bağırsak fonksiyonu	Defekasyon sıklığında anormallik	7	7,0
	Ağrılı defekasyon	2	2,0
	Bağırsak seslerinde azalma	7	7,0
Bulaşıcı\enfeksiyon durumu	Enfeksiyon	4	4,0
	Yayıma	1	1,0
	Ateş	4	4,0
	Tarama\kültür\labaratuvar testlerinde pozitiflik	3	3,0

4.2.2.Psikososyal Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Bireylerin Omaha Sistemi PSL’nde yer alan Psikososyal Alan problemleri ve bunlara ilişkin belirti/ bulgular Tablo 5’de gösterilmiştir. Buna göre, Psikososyal Alan’da belirlenen en sık belirti/bulgu sırasıyla “Hizmet Sunanların Görevlerini ve Rollerini Bilmeme” (%70), “Hizmetlerden Yararlanma Seçeneklerini Bilememe” (%62), “Dış Uyarıların Çok Az Olması” (%69), “Paylaşılan Aktivitelerin Az Olması” (%48), “Endişe\Tanımlanmamış Korkular” (%88), “Bilişsel Öğrenme Deneyimleri ve Aktiviteleri Sağlamada Güçlük” (%62), “Uygun Uyarı/Bilişsel Deneyim Eksikliği” (%48), “Gelişimine Uygun Görevlerini Başarmada\Sürdürmede Yetersizliktir”(%37) (Tablo 5).

Tablo 5: Psikososyal Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Problem	Belirti\bulgu	n	%
Toplum kaynakları ile iletişim	Hizmetlerden yararlanma seçeneklerini bilememe	62	62,0
	Hizmet sunanların görevlerini ve rolleri bilmeme	70	70,0
	Hizmet sunanlarla iletişim kuramama	5	5,0
	Hizmetlerden memnun olmama	13	13,0
	Dil engeli	2	2,0
	Kaynakların olmaması	2	2,0
	Eğitimsel engeller	20	20,0
	Ulaşım engelleri	1	1,0
	Hizmetlere ulaşmada yetersizlik	1	1,0
Sosyal etkileşim	Sınırlı sosyal ilişki	39	39,0
	Sosyal ilişkilerin sağlık çalışanları ile sınırlı kalması	29	29,0,
	Dış uyaranların çok az olması	69	69,0
Kişiler arası ilişkiler	İlişki kurmada\sürdürmede güçlük	15	15,0
	Paylaşılan aktivitelerin az olması	48	48,0
	Uzun süren düzelmeyen gerginlik	26	26,0
Sağlığı geliştirme	Hüzün\umutsuzluk\benlik saygısında azalma	37	37,0
	Endişe\tanımlanmamış korkular	88	88,0
	Öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı	29	29,0
	Ödöklanmada\dikkati toplamada sınırlılık	74	74,0
	Duygularda küntleşme	3	3,0
Bakım verme\ebeveynlik	Fiziksel bakım\güvenliğı sağlamada güçlük	14	14,0
	Duygusal bakım vermede güçlük	26	26,0
	Bilişsel öğrenme deneyimleri ve aktiviteleri sağlamada güçlük	62	62,0
	Koruyucu ve terapötik edici bakım sağlamada güçlük	38	38,0
İhmal	Fiziksel bakım eksikliği	7	7,0
	Duygusal bakım eksikliği	17	17,0
	Uygun uyaran\bilişsel deneyim eksikliği	48	48,0

Problem	Belirti\bulgu	n	%
Büyüme\gelişme	Gelişimsel tarama test sonuçlarının normal olmaması	44	44,0
	Tartı-boy,baş çevresi değerlerinin yaş\büyüme standardına uygun olmaması	13	13,0
	Yaşa uygun olmayan davranışlar	18	18,0
	Gelişimine uygun görevlerini başarmada\sürdürmede yetersizlik	37	37,0

4.2.3. Sağlık Davranışları Alanı Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Çocukların sağlık davranışları alanında belirlenen en sık belirti/ bulgular sırasıyla “Düşük Kilo” (%9), “Gece Sık Uyanma” (%65), “Uyku ve Dinlenme Düzeni”, “Yetersiz\Düzensiz Egzersiz” (%64), “Banyo Yapmada Güçlük” (%50), “Biten İlaçların Yerine Konmaması’dır (%35)” (Tablo 6).

Tablo 6: Sağlık Davranışları Alanı Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Problem	Belirti\bulgu	n	%
Beslenme	Fazla kilo(yetişkinlerde BKİ'nin 25 ve üzerinde,çocuklarda BKİ'nin 95. persentil üzerinde olması)	4	4,0
	Düşük kilo(yetişkinlerde BKİ'nin 18.5 ve altında, çocuklarda BKİ'nin 5. persentil ve altında olması)	9	9,0
	Dengesiz beslenme	8	8,0
	Yaşa uygun olmayan beslenme programı	2	2,0
	Önerilen beslenme programını sürdürememe	2	2,0
	Açıklanamayan sürekli kilo kaybı	3	3,0
	Uyku ve dinlenme düzeni	Uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi	64
	Gece sık sık uyanma	65	65,0
	Yaşa\fiziksel duruma göre yetersiz uyku\dinlenme	4	4,0
	Uyku apnesi	14	14,0
	Horlama	2	2,0
Fiziksel aktivite	Sedanter yaşam biçimi	60	60,0
	Yetersiz\düzensiz egzersiz	84	84,0
	Yaşa\fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz şekli\miktarı	44	44,0

Problem	Belirti\bulgu	n	%
Kişisel bakım	Giysilerin temizliğinin sağlanmasında güçlük	15	15,0
	Banyo yapmada güçlük	50	50,0
	Giyim kuşam aktivitelerinde güçlük	9	9,0
	Alt vücut giyiminde güçlük	6	6,0
	Saçları taramada\yıkamada güçlük	12	12,0
	Ağız bakımı\diş fırçalama\diş ipi kullanmada güçlük	27	27,0
	Bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutmaya yapamama	5	5,0
Sağlık bakım denetimi	Rutin\koruyucu sağlık bakımını yaptırmama	18	18,0
	Değerlendirme\tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama	5	5,0
	Sağlık randevularına gitmeme	8	8,0
	Birden fazla randevuyu\tedavi planının koordine edememe	20	20,0
		2	2,0
	Sağlık bakım kaynaklarının sürekliliğinin olmaması	2	2,0
	Sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması		
Tedavi rejimi	Önerilen doz\tedavi programına uymama	17	17,0
	Yan etki\istenmeyen tepkilerin olması	25	25,0
	Biten ilaçların yerine konmaması	35	35,0

4.2.4.Çevresel Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Bireylerin Omaha Sistemi PSL'nde yer alan çevresel alan problemleri ve bunlara ilişkin belirti/ bulgular Tablo 7'de gösterilmiştir. Buna göre çevresel alanda belirlenen en sık belirti/ bulgular sırasıyla “Sadece Temel Gereksinimlerini Satın Alabilme” (%63), “Kanalizasyon Sisteminde Yetersizlik” (%7),”Isıtma\Soğutma Sisteminin Yetersiz Olması” (%69), “Oyun ve Egzersiz Alanlarının Yetersiz Olması\Güvenli Olmamasıdır” (%40) (Tablo 7).

Tablo 7: Çevresel Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Problem	Belirti\bulgu	n	%
Gelir	Gelirin düşük olması\hiç olmaması	26	26,0
	Para yönetiminde güçlük	5	5,0
	Sadece temel gereksinimlerini satın alabilme	63	63,0
	Gereksinimlerini satın almada güçlük	2	2,0
Sanitasyon	Yaşanılan alanın kirli olması	3	3,0
	Kanalizasyon sisteminde yetersizlik	7	7,0
	Enfeksiyon-kontaminasyon etkenleri	2	2,0
Konut	Yapısal olarak sağlam olmaması	46	46,0
	Isıtma\soğutma sisteminin yetersiz olması	69	69,0
Yaşanılan mahalle\iş yeri güvenliği	Kirlilik düzeyinin yüksek olması	5	5,0
	Oyun ve egzersiz alanlarının yetersiz olması\güvenli olmaması	40	40,0

4.3. Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeğine Göre Problemlerin Düzeyleri

4.3.1. Çevresel Alan Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyleri

Çocukların Çevresel Alan Problemine ilişkin bilgi, davranış ve durum düzeyleri Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'ne (PDÖ) göre belirlenmiştir (Tablo 8).

Çevresel Alan problemleri içerisinde “Gelir” problemine ilişkin bilgi puan ortalamaları $3,04 \pm 0,44$, davranış puan ortalamaları $3,59 \pm 0,78$ ve durum puan ortalamaları $3,39 \pm 0,90$ 'dır.

Çevresel Alan problemleri içerisinde “Sanitasyon” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $2,72 \pm 0,90$, davranış puan ortalamaları $3,18 \pm 0,32$ ve durum puan ortalamaları $3,18 \pm 1,16$ 'dır.

Çevresel Alan problemleri içerisinde “Konut” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,18 \pm 0,45$, davranış puan ortalamaları $3,77 \pm 0,65$ ve durum puan ortalamaları $3,52 \pm 0,65$ 'tir.

Çevresel Alan problemleri içerisinde “Yaşanılan Mahalle\İş yeri Güvenliği” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,32 \pm 0,47$, davranış puan ortalamaları $3,82 \pm 0,54$ ve durum puan ortalamaları $3,69 \pm 0,51$ 'dir (Tablo 8).

Tablo 8: Çevresel Alan ve Psikososyal Alan Problemlerine İlişkin Bilgi-Davranış-Durum Analizi

ALANLAR	BİLGİ				DAVRANIŞ				DURUM			
	Ort	Standart Sapma	Min	Max	Ort	Standart Sapma	Min	Max	Ort	Standart Sapma	Min	Max
ÇEVRESEL ALAN												
Gelir	3,04	± 0,44	2	4	3,59	±0,78	2	4	3,39	±0,90	2	5
Sanitasyon	2,72	±0,90	0	3	3,18	±01,32	0	4	3,18	±1,16	0	4
Konut	3,18	±0,45	2	4	3,77	±0,65	2	4	3,52	±0,65	2	5
Yaşanılan mahalle\iş yeri güvenliği	3,32	±0,47	3	4	3,82	±0,54	2	4	3,69	±0,51	3	5
PSİKOSOSYAL ALAN												
Toplum kaynakları ile iletişim	3,26	± 0,54	2	4	3,75	±0,64	2	5	3,67	±0,60	2	5
Sosyal etkileşim	3,33	±0,58	2	4	3,75	±0,63	2	4	3,70	±0,59	2	5
Kişiler arası ilişkiler	3,23	±0,46	2	4	3,78	±0,57	2	4	3,61	±0,52	2	4
Ruh sağlığı	3,18	±0,52	2	4	3,68	±0,68	2	4	3,48	±0,61	2	5
Bakım verme\ebeveynlik	3,33	±0,47	3	4	3,84	±0,47	2	4	3,66	±0,50	2	4
İhmal	2,94	±0,62	2	4	3,14	±0,93	2	4	3,16	±0,66	2	5
Büyüme ve gelişme	3,31	±0,51	2	4	3,90	±0,36	2	4	3,70	±0,59	2	5

4.3.2.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (PSL)'ne Göre Tanımlanan Psikososyal Alan Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyleri

Çocukların Psikososyal Aalana yönelik problemlerinin bilgi, davranış ve durum düzeyleri Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'ne (PDÖ) göre belirlenmiştir (Tablo 8). Annelerin “Toplum Kaynakları İle İletişim” problemine ilişkin bilgi puan ortalamaları $3,26 \pm 0,54$, davranış puan ortalamaları $3,75 \pm 0,64$ ve durum puan ortalamaları $3,67 \pm 0,60$ 'dır.

Psikososyal Alan problemleri içerisinde “Sosyal Etkileşim” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,33 \pm 0,58$, davranış puan ortalamaları $3,75 \pm 0,63$ ve durum puan ortalamaları $3,70 \pm 0,59$ 'dur.

Psikososyal Alan problemleri içerisinde “Kişiler Arası İlişkiler” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,23 \pm 0,46$, davranış puan ortalamaları $3,78 \pm 0,57$ ve durum puan ortalamaları $3,61 \pm 0,52$ 'dir.

Psikososyal Alan problemleri içerisinde “Ruh sağlığı” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,18 \pm 0,52$, davranış puan ortalamaları $3,68 \pm 0,68$ ve durum puan ortalamaları $3,48 \pm 0,61$ 'dir.

Psikososyal Alan problemleri içerisinde “Bakım Verme\Ebeveynlik” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,33 \pm 0,47$, davranış puan ortalamaları $3,84 \pm 0,47$ ve durum puan ortalamaları $3,66 \pm 0,50$ 'dir.

Psikososyal Alan problemleri içerisinde “İhmal” Bakım Verme\Ebeveynlik” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $2,94 \pm 0,62$, davranış puan ortalamaları $3,14 \pm 0,93$ ve durum puan ortalamaları $3,16 \pm 0,66$ 'dır.

Psikososyal Alan problemleri içerisinde “Büyüme\gelişme” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,31 \pm 0,51$, davranış puan ortalamaları $3,90 \pm 0,36$ ve durum puan ortalamaları $3,70 \pm 0,59$ 'dur.

4.3.3.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (PSL)'ne Göre Tanımlanan Fizyolojik Alan Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyleri

Çocukların fizyolojik alana yönelik problemlerinin bilgi, davranış ve durum düzeyleri Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'ne (PDÖ) göre belirlenmiştir (Tablo 9). “İşitme” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,33 \pm 0,49$, davranış puan ortalamaları $4,00 \pm 0,0$ ve durum puan ortalamaları $3,84 \pm 0,37$ 'dir.

“Görme” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,20 \pm 0,41$, davranış puan ortalamaları $3,91 \pm 0,40$ ve durum puan ortalamaları $3,68 \pm 0,47$ 'dir.

“Konuşma ve dil” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,28 \pm 0,45$, davranış puan ortalamaları $3,97 \pm 0,16$ ve durum puan ortalamaları $3,70 \pm 0,46$ 'dir.

“Ağız Sağlığı” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,52 \pm 0,50$, davranış puan ortalamaları $3,94 \pm 0,23$ ve durum puan ortalamaları $3,72 \pm 0,45$ 'tir.

“Bilişsel Durum” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,36 \pm 0,48$, davranış puan ortalamaları $3,83 \pm 0,44$ ve durum puan ortalamaları $3,63 \pm 0,63$ 'tür.

“Ağrı” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,42 \pm 0,50$, davranış puan ortalamaları $3,83 \pm 0,51$ ve durum puan ortalamaları $3,72 \pm 0,66$ 'dir.

“Bilinç” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,33 \pm 0,50$, davranış puan ortalamaları $3,88 \pm 0,33$ ve durum puan ortalamaları $3,77 \pm 0,66$ 'dir.

“Sinir-kas-iskelet Fonksiyonu” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,27 \pm 0,45$, davranış puan ortalamaları $3,88 \pm 0,31$ ve durum puan ortalamaları $3,75 \pm 0,48$ 'dir.

“Solunum” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,31 \pm 0,46$, davranış puan ortalamaları $3,86 \pm 0,43$ ve durum puan ortalamaları $3,61 \pm 0,49$ 'dur.

“Sindirim-hidrasyon” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,33 \pm 0,50$, davranış puan ortalamaları $3,87 \pm 0,35$ ve durum puan ortalamaları $3,28 \pm 0,48$ 'dir.

“Bağırsak Fonksiyonu” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,10 \pm 0,31$, davranış puan ortalamaları $3,90 \pm 0,31$ ve durum puan ortalamaları $3,50 \pm 0,52$ 'dir.

“Bulaşıcı\Enfeksiyon” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,25 \pm 0,50$, davranış puan ortalamaları $4,00 \pm 0,00$ ve durum puan ortalamaları $3,75 \pm 0,50$ 'dir.

4.3.4.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (PSL)'ne Göre Tanımlanan Sağlık Davranışları Alan Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyleri

Çocukların sağlık davranışları alanına yönelik problemlerinin bilgi, davranış ve durum düzeyleri Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'ne (PDÖ) göre belirlenmiştir (Tablo 9). “Beslenme” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,20 \pm 0,41$, davranış puan ortalamaları $3,93 \pm 0,25$ ve durum puan ortalamaları $3,68 \pm 0,47$ 'dir.

“Uyku ve Dinlenme Düzeni” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,31 \pm 0,46$, davranış puan ortalamaları $3,86 \pm 0,46$ ve durum puan ortalamaları $3,70 \pm 0,55$ 'tir.

“Fiziksel Aktivite” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,22 \pm 0,46$, davranış puan ortalamaları $3,71 \pm 0,67$ ve durum puan ortalamaları $3,59 \pm 0,53$ 'tür.

“Kişisel Bakım” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,37 \pm 0,48$, davranış puan ortalamaları $3,78 \pm 0,59$ ve durum puan ortalamaları $3,69 \pm 0,53$ 'tür.

“Sağlık Bakım Denetimi” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,23 \pm 0,50$, davranış puan ortalamaları $3,50 \pm 0,82$ ve durum puan ortalamaları $3,50 \pm 0,50$ 'dir.

“Tedavi Rejimi” problemine yönelik bilgi puan ortalamaları $3,23 \pm 0,54$, davranış puan ortalamaları $3,70 \pm 0,70$ ve durum puan ortalamaları $3,70 \pm 0,59$ 'dur.

Tablo 9: Fizyolojik Alan ve Sağlık Davranışları Problemlerine İlişkin Bilgi-Davranış-Durum Analizi

ALANLAR	BİLGİ				DAVRANIŞ				DURUM			
	Ort	Standart Sapma	Min	Max	Ort	Standart Sapma	Min	Max	Ort	Standart Sapma	Min	Max
FİZİKSEL ALAN												
İşitme	3,33	± 0,49	3	4	4,00	±0,00	4	4	3,84	±0,37	3	4
Görme	3,20	±0,41	3	4	3,91	±0,40	2	4	3,68	±0,47	3	4
Konuşma ve dil	3,28	±0,45	3	4	3,97	±0,16	3	4	3,70	±0,46	3	4
Ağız sağlığı	3,52	±0,50	3	4	3,94	±0,23	3	4	3,72	±0,45	3	4
Bilişsel durum	3,36	±0,48	3	4	3,83	±0,44	2	4	3,63	±0,63	2	5
Ağrı	3,42	±0,50	3	4	3,83	±0,51	2	4	3,72	±0,66	3	5
Bilinç	3,33	±0,50	3	4	3,88	±0,33	3	4	3,77	±0,66	3	5
Sinir-kas-iskelet fonksiyonu	3,27	±0,45	3	4	3,88	±0,31	3	4	3,75	±0,48	3	5
Solunum	3,31	±0,46	3	4	3,86	±0,43	2	4	3,61	±0,49	3	4
Sindirim-hidrasyon	3,33	±0,50	3	4	3,87	±0,35	3	4	3,28	±0,48	3	4
Bağırsak fonksiyonu	3,10	±0,31	3	4	3,90	±0,31	3	4	3,50	±0,52	3	4
Bulaşıcı/enfeksiyon durumu	3,25	±0,50	3	4	4,00	±0,00	4	4	3,75	±0,50	3	4
SAĞLIK DAVRANIŞLARI ALANI												
Beslenme	3,20	± 0,41	3	4	3,93	±0,25	3	4	3,68	±0,47	3	4
Uyku ve dinlenme düzeni	3,31	±0,46	3	4	3,86	±0,46	3	4	3,70	±0,55	2	5
Fiziksel aktivite	3,22	±0,46	2	4	3,71	±0,67	2	4	3,59	±0,53	2	5
Kişisel bakım	3,37	±0,48	3	4	3,78	±0,59	2	4	3,69	±0,53	2	5
Sağlık bakım denetimi	3,23	±0,50	2	4	3,50	±0,82	2	4	3,50	±0,50	3	4
Tedavi rejimi	3,23	±0,54	2	4	3,70	±0,70	2	4	3,70	±0,59	2	5

5.TARTIŞMA

Kronik hastalıklar, hem yetişkinlerde hem çocuklarda uzun süreli takip ve bakım gerektiren, tedavi, eğitim ve rehabilitasyon süreçlerini içeren süregelen hastalıklardır (41). Kronik hastalıklar; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler tarafından 21. Yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımlanmıştır (1). Kronik hastalıklar çocukluk çağında görülme sıklığı artış göstermektedir (19).Yapılan araştırmalara göre, çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların yaklaşık %15-50 arasında olan çocukların kanser, diyabet, böbrek hastalıkları, doğumsal anomaliler gibi nedenlerden dolayı başvurduğu bildirilmiştir (19). Bu tez çalışması astım, epilepsi, SMA, Romatoid artrit gibi kronik hastalıklara sahip olan çocukların Omaha Tanılama Sistemi'ne göre evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik olarak yürütülmüştür. Çalışma bu yönü ile ülkemizde kronik hastalığı olan çocuk hastaların evde bakım gereksinimlerinin Omaha Sistemi'ne göre incelendiği ilk çalışma özelliği taşımaktadır. Uzmanlık gerektiren tüm hemşirelik alanlarında olduğu gibi, kronik hastalığı olan çocukların bakım gereksinimlerinin çok boyutlu ele alınması bütüncül bakış açısıyla çocuk ve ailenin bakım gereksinimlerinin etkin ve doğru karşılanmasını, bu hasta grupları ile çalışan hemşirelerin de güvenilir ve doğru bir dokümantasyon aracı kullanarak bakım sonuçları üzerine odaklanmalarını sağlar.

5.1.Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine Göre Tanımlanan Sağlık Problemleri

Çalışmada Omaha Problem Sınıflama Listesi'ne göre 147 problem belirlenmiştir. Her birey için ise ortalama kişi başına düşen problem sayısı 14'tür. Psikososyal Alan (%21,08), Sağlık Davranışları Alanı (%20,47), Fizyolojik Alan (%51,08) ve Çevresel Alan (%7,48)'dir En fazla tanı koyulan problemler sırasıyla; Fizyolojik, Psikososyal, Sağlık Davranışları ve Çevresel alan problemleridir. Coşansu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2014) örnekleme oluşturan akut bakım gereksinimi olan hasta grubunun tamamının fizyolojik alan problemlerinin olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada en sık belirlenen problemler Bulaşıcı/ Enfeksiyon Durumu (%48), Sindirim-Hidrasyon (%23), Solunum (%17), Üriner Fonksiyon (%8) ve Bağırsak Fonksiyonudur (%4)(10). Gür ve arkadaşlarının ilkökul öğrencileri ile yürüttükleri çalışmada (2008) "Fizyolojik alan" problemlerinin en sık karşılaşılan problemler olarak belirlenmiştir (15). Cui ve arkadaşlarının epilepsi tanısı olan çocuklar ile yaptıkları çalışmada (2019) "Sağlık davranışları" alanına yönelik problemler de en sık (%46,1) görülen problemler olarak belirlenmiştir (49). Holland ve arkadaşları (2015) en sık görülen sağlık

problemlerinin “Sağlık davranışları” alanına yönelik olduğunu bildirmişlerdir (50). Örnek ve arkadaşlarının çocuk işçiler örnekleminde yürüttükleri çalışmada (2022) da en sık karşılaşılan problemler “Sağlık davranışları” alanıyla ilişkilidir (39). Çocuklardan oluşan örneklemlerde yürütülen tüm bu çalışmalar dikkate alındığında farklı yaşamsal süreçlerdeki çocukların sağlık gereksinimlerini çok boyutlu olarak tanılamada Omaha Sisteminin bütüncül bakış açısı sağlamada etkili bir tanılama sistemi olduğu söylenebilir.

Çalışmada problem alanlarına göre en fazla tanılanan problemler Fizyolojik Alana ilişkindir. Bu alanda en sık görülen problemler; Solunum, Sinir-kas-iskelet Fonksiyonu, Ağız ve Sağlığı'dır. Fizyolojik alanda en sık belirlenen belirti/bulgu “Anormal Solunum Sesleri”dir. Araştırma örneklemini oluşturan çocukların en çok oranda (%55) astım tanısına sahip olmaları nedeniyle bu belirti/bulgunun en sık görülmesi doğaldır. Coşansu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2014), belirlenen tüm problemler fizyolojik alanla ilişkilidir. En sık belirlenen belirti/bulgular ise sırası ile; Bulaşıcı/Enfeksiyon Durumu (%48), Sindirim/Hidrasyon(%23) ve Solunum'dur (%17)(10). Gür ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ilköğretim öğrencilerinin Omaha PSL 'ne göre en yaygın fizyolojik alana yönelik problemler olduğu ve ağrı, dolaşım, görme, solunum ve sindirim- hidrasyonun en sık problemler olduğu olarak belirlenmiştir (15). Örnek ve arkadaşlarının çalışmasında (2022), belirlenen 42 problem içerisinde Fizyolojik alana ait sadece Ağız Sağlığı yer almıştır (%9)(39). Cui ve arkadaşları (2019), fizyolojik alan problemleri değişik epileptik nöbet geçiren hastalarda farklı oranlarda belirlemiş olup jeneralize nöbet geçiren hastalarda %7,6, fokal nöbet geçiren hastalarda ise %1,4, jeneralize- fokal nöbet geçiren hastalarda ise %11,7'dir (49). Hastalıkların patofizyolojisine bağlı olarak farklı semptomlar nedeniyle bakım gereksinimleri de değişkenlik göstermektedir.

Problem alanlarına göre en fazla tanılanan ikinci problem alanı Psikososyal Alandır. Bu alanda Toplum kaynakları ile iletişim, Büyüme ve gelişme, Sosyal etkileşim en sık görülen 3 belirti-bulgudur. Holland ve arkadaşlarının çalışmasında (2015), psikososyal alanda en fazla tanı konulan problemler sırasıyla; Bakım verme/Ebeveynlik (%71), Toplum kaynakları ile iletişim (%39) ve Ruh sağlığıdır (%36)(50). Çocuk işçilerde OS kullanılarak yapılan tanılamada en sık tanılanan sorunlar psikososyal alana ilişkindir (39). En sık görülen belirti/bulgu Ruh sağlığı (%13) ve İhmaldir (%13)(39). Epilepsi tanısı olan çocuklarda OS'ne göre en sık tanı alanı Psikososyal alan problemlerindedir. Aynı çalışmaya göre psikososyal alan problemleri oranı jeneralize nöbet geçiren hastalarda %5,7, fokal nöbet geçiren hastalarda %4 ve jeneralize-fokal

nöbet geçiren hastalarda %13,4'tür (49). İlkokul çocuklarında OS ile yapılan tanılamaya göre Psikososyal alanda belirlenen problemlerin %30,4'ü duyuşsal denge ile ilgilidir (15).

Duyusal denge ile ilgili yetersizliklerin de %78,8'i stresle baş etmede güçlük ile ilgilidir. Diğer iki önemli problem de Kişiler Arası İlişkililer (%19,6) ve Çocuk İstismarı (%15,2) ile ilişkilidir (15). Bu çalışmada örneklemin büyük oranda iki yaş altı çocuklardan oluşması ile birlikte ailelerin eğitim ve gelir düzeylerinin düşük olmasının bu problem alanlarını ortaya çıkardığı düşünülmektedir.

Çalışmada Sağlık Davranışları Alanında en sık görülen problemler sırasıyla; Uyku ve Dinlenme düzeni, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Bakım Denetimi'dir. Pediatri hastalarında bu alan ile ilgili en sık belirlenen belirti/bulgu Sağlık bakım denetimi (%100) ve Beslenmedir (%7)(50). Çocuk işçilerde en sık görülen Sağlık davranışları alan problemleri; Beslenme (%7,5), Fiziksel Aktivite (%7) ve Kişisel Bakım'dır (%6,5)(39). İlkokul çocuklarında Sağlık davranışları alanında görülen en sık problemler sırası ile; Kişisel Bakım (%50,9), Fiziksel Aktivite (%25,7) ve Beslenme'dir (%11,3)(15). Epilepsi hastalarında sağlık davranış alan problemleri jeneralize-fokal nöbet geçiren hastalarda en sık görülen problem alanıdır (%23)(50). Farklı örneklemler olsa da çocukların sağlıklı davranışları ile ilgili alanda beslenme ve fiziksel aktivite önemli sorun alanlarıdır. Bu noktada hemşirelere ve ebeveynlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Ebeveynlerin beslenme konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılmasında birinci, ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hemşireleri aktif girişimler yürütmesi önemlidir.

Çalışmada Sağlık Davranışları Alanında en sık görülen belirti/bulgu "Uyku ve Dinlenme Düzeni" içerisinde yer alan "Uyku ve Dinlenme Düzeninin Aileyi Rahatsız Etmesi" önemli bir sorun alanı olarak ortaya çıkmıştır. Örneklemini oluşturan çocukların büyük oranda (%78) iki yaş altında olmaları bu belirti/bulgunun belirlenme sıklığını açıklamaktadır. Çocukların kronik hastalığa sahip olmaları evde de 24 saat bakım gerektiren bir süreci beraberinde getirmektedir.

Çalışmada en az oranda olduğu belirlenen Çevresel Alana ilişkin en sık görülen problemler; Konut, Gelir ve Yaşanılan Mahalle'dir. Pediatrik hastalarda yapılan çalışmada çevresel alan ile ilgili Gelir (%43), Konut (%21) ve Sanitasyonu (%4) ilk üç sıradaki tanı olarak bildirmişlerdir (50). İlkokul çocuklarında 350 Çevresel Alana ait problemden 191'inin (%54,3) "Gelir" ile ilgili yetersizliklerden kaynaklandığı belirlenmiştir (15). Sanitasyon ile ilgili (%1,4) yetersizlik saptanırken benzer şekilde "Konut" problemine ilişkin de (%1,4) problem saptanmıştır (15). Çocuk işçilerde OS kullanılarak belirlenen sağlık probleminin %9,5'i Çevresel Alan problemleriyle ilişkilidir (39). Cui ve arkadaşlarının epilepsi hastalarındaki çalışmasında.

(2019), Çevresel Alan problemleri değişik epileptik nöbet türleri geçiren hastalarda farklı oranlarda seyretmekte, jeneralize nöbet geçiren hastalarda %2,6, fokal nöbet geçiren hastalarda %2,4, jeneralize-fokal nöbet geçiren hastalarda ise %5,3 tür (49).

Çalışmaya katılan ailelerin yarısından fazlası gelirini giderine denk olarak bildirmiştir. Bu durum ailelerin evde bakım gereksinimlerini karşılamada gelirin önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Çevresel alanda en sık belirlenen belirti/bulgu ise “Konut” problemi içerisinde yer alan “Isıtma/soğutma Sisteminin Yetersiz Olması”dır. Bu durum ailenin gelir durumu ile yakından ilişkilidir.

5.2.Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeğine Göre Problemlerin Düzeyleri

Omaha Sistemi, PSL’ne göre belirlenen her problem için yapılan hemşirelik girişimlerinin (tedavi ve işlem, sürveyans ve eğitim, rehberlik ve danışmanlık) ve bu girişimlerin hasta bakım sonuçlarının PDÖ’ne göre bilgi-davranış ve durum düzeylerinde değerlendirilmesine dayalıdır (43). Bu örnekte çocukların Çevresel Alan ile ilgili bilgi düzeyi puanları 3,72 -3,32; davranış puanları 3,18- 3,82 ve durum puanları 3,18-3,69; Psikososyal Alan ile ilgili bilgi düzeyi puanları 2,94- 3,33, davranış puanları 3,14- 3,90 ve durum puanları 3,16-3,70; Fiziksel Alan ile ilgili bilgi düzeyi puanları 3,20 -3,52; davranış puanları 3,86- 4,00 ve durum puanları 3-28- 3,84; Sağlık Davranışları Alanı ile ilgili bilgi düzeyi puanları 3,20 -3,37; davranış puanları 3,50- 3,93 ve durum puanları 3,50-3,70 arasında değişmektedir. Bu sonuçlar bilgi, davranış ve durum düzeyinde çocukların durumlarının, ebeveynlerin bilgi ve davranışlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Araştırmada hastalar ve ebeveynleri ev ortamında gözlenememiş olması nedeniyle davranış düzeyleri sadece hastanede karşılaşılan durumlar ile ilgili alanlarda gözlenebilmiş ve değerlendirmesi yapılmıştır. Gözlenemeyen alanlara yönelik annenin davranışları, bildirimine dayalı olarak kayıt edilmiştir. Gelecekte yürütülecek uzun süreli çalışmalar davranışların doğal süreçte gözlenmesine olanak sağlayacaktır.

Bu çalışmada herhangi bir girişim, izlem yapılmamış olması nedeniyle bilgi-davranış ve durum ile ilgili sadece durum saptaması yapılmıştır. Bu nedenle saptanan sorunlara yönelik iyileşme sonuçları verilmemiştir. Literatürde OS kullanılarak yürütülen tanımlayıcı çalışmalar da sadece PSL kullanılmış, PDÖ kullanımı ve sonuçları girişimler (eğitim-danışmanlık, aka yönetimi, izlem) uygulanarak değerlendirilen çalışmalar yer almıştır. Bu nedenle çalışma bulguları diğer çalışmalar ile karşılaştırılamamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar;

- Çocuklar en çok 0-1 yaş aralığında ve erkektir. Astım en sık görülen tanıdır.
- Omaha Problem Sınıflama Listesi'ne göre 274 problem belirlenmiştir. Her birey için ise ortalama kişi başına düşen problem sayısı 27'dir.
- Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine en fazla sırasıyla fizyolojik, psikososyal, sağlık davranışları ve çevresel alan problemleri belirlenmiştir.
- Fizyolojik Alan Problemlerinde en sık belirlenen belirti/bulgu "Solunum" problemi içerisinde yer alan "Anormal Solunum Sesleri"dir.
- Psikososyal Alan Problemlerinde en sık görülen belirti/bulgu; "Sağlığı Geliştirme" problemi içerisinde yer alan "Odaklanmada/ Dikkati Toplamada Sınırlılık" tır.
- Sağlık Davranışları Alan Problemlerinde en sık görülen belirti/bulgu "Uyku ve Dinlenme Düzeni" problemi içerisinde yer alan "Uyku ve Dinlenme Düzeninin Aileyi Rahatsız Etmesi" dir.
- Çevresel Alan Problemlerinde en sık görülen belirti/bulgu "Konut" problemi içerisinde yer alan "Isıtma/Soğutma Sisteminin Yetersiz Olması"dır.

Öneriler;

- Omaha Sistemi'nin üç alanın birlikte kullanıldığı, girişim ve izlem çalışmaları yapılarak hasta bakım sonuçlarına yansımaları inceleyen çalışmalar yürütülmesi,
- Bu çalışmada Omaha Sistemi'nin manuel formu kullanılmıştır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda bilişim teknoloji tabanlı versiyonu kullanılarak hemşirelikte bilişim çalışmalarının yürütülmesi,
- Çocukların evde bakım gereksinimlerini belirlemede geçerliliği kanıtlanmış Omaha Sistemi gibi sistemlerin kullanılarak hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yürütülmesi,
- Ailelerin çocuklarının evde bakım gereksinimlerine yönelik bilgi düzeylerini artırmaya yönelik girişim odaklı çalışmalar yürütülmesi,
- Kronik hastalığı olan çocukların taburculuk planlamasında evde bakım gereksinimlerine yönelik kliniklerde eğitimlerin düzenlenmesi,
- Evde bakım hizmetlerinde çalışan hemşirelerin Omaha Sistemi'ni günlük uygulamalarında kullanmaları önerilir.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization (WHO)(2012). Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Disease. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002319> (Erişim Tarihi: 03.0.2022).
2. Gürbüz P, Yetiş G, Yakupoğulları A, Türkmen M.(2015). Evde Bakım Ve Terapötik Oyun, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi; 5:5, 14–18.
3. <https://www.msf.org/children-chronic-diseases-need-our-attention-child-health> (erişim tarihi: 09.04.2019).
4. Kayış, A. (2010). Kronik Hastaların Bakımında Bütüncül Yaklaşım, Etkileyen Faktörler ve Kronik Hastalıklı Bireylerin Aileleri. Acıbadem Hemşirelik E Dergisi, 23: 1-4.
5. Kostak MA, Akan M.(2011). Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı. Türk Onkoloji Dergisi;26(4):182-92.
6. Elçigil A (2006). Pediatrik Palyatif Bakım ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (4): 75-81.
7. Erdoğan S, Esin N(2004). OMAHA Sisteminin Türkçeye uyarlanması ve toplum sağlığı hemşireliği eğitiminde kullanılması. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, (13)52: 11-22.
8. Kulakçı H., Emiroğlu O.(2011). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakımında Omaha Sistemi'nin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 4(1),25-33.
9. Önder Ç.(2019). İnternet ve dijital oyun bağımlılığı açısından riskli adolesanların sağlık sorunlarının omaha sistemi ile değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa / Lisansüstü Eğitim Enstitüsü / Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı / Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı.
10. Coşansu, G., Cangöl, S., & Erdoğan, S. (2014). Akut bakım gereksinimi olan çocukların hemşirelik bakımında Omaha Sistemi'nin kullanılması. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 22(3), 137-144.
11. Çetin Ö. (2020). Jinekoloji ve perinatoloji hastalarının bakımında Omaha sistemi'nin kullanımı.İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

12. Kaya Ş. (2019). Aile sağlığı merkezine başvuran kişilerde fiziksel aktivitenin Omaha sistemi ile incelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.
13. Aktas, B., Yılmaz, M., Kaplan, N., & Cankiri, B. (2016). Application of the Omaha System in the determination of healthcare needs of individuals receiving home healthcare. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 6(1), 1-11.
14. Erdoğan S., Seçginli S., & Kayaoğlu S. Ç. (2014). Doğrudan Gözetimli Tüberküloz Tedavisi Yönetiminde Omaha Sistemi'nin Kullanımı, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 230-238.
15. Gür K., Yıldız, A., Saime, E. R. O. L., Seher, Yurt., Ergün, A., Kadioğlu, H., ... & Adana, F. (2008). Bir İlköğretim Okulunda Omaha Problem Sınıflandırma Listesine Göre Sağlık Problemleri, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(3), 1-14.
16. Altın M. (2016). İstanbul ilinde bulunan bir aile sağlığı merkezindeki hemşirelik ve ebelik uygulamalarının Omaha Sistemi'ne göre değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.
17. İşçi F., Esin N.(2009).Bir İşyerindeki İş Sağlığı Hemşireliği Girişimlerinin Omaha Hemşirelik Girişim Şeması ile Değerlendirilmesi, *Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2(2), 39-55.
18. Törüner EK, Büyükgöneç L. (2017).Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 185–205.
19. Ağkaya Alahan N, Aylaz R, Yetiş G. (2015). Kronik Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Bakım Verme Yüğü. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 4(2): 1-5.
20. Mutlu, B., Balcı, S. (2010). Çocuklarda astım: risk faktörleri, klinik özellikler ve korunma. *TAF Prev Med Bull*, 9(1), 79-86.
21. Törüner, E, Büyükgöneç L. (2012). Bronşiyal astım. çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları: s. 614-627).
22. Türk Toraks Derneği Ulusal Astım Tanı ve Tedavi Rehberi (2014).*Turkish Thoracic Journal*; 15.
23. Oksel C, Custovic A.(2018). Development of allergic sensitization and its relevance to paediatric asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.*;18:109-16.
24. Szeffler SJ. Advances in pediatric asthma (2011). *J. Allergy Clin Immunol*; 127:102-15.
25. Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL.(2014). International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *Eur Respir J*;43:343-73.

26. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W.(2010).Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*; ;51(4):676-85
27. Dallas J, Englot DJ, Naftel RP. (2018). Neurosurgical approaches to pediatric epilepsy: Indications, techniques, and outcomes of common surgical procedures. *Seizure*, 16: 1059-1311.
28. Topbaş M, Özgün, S, Sönmez MF., Aksoy A, Can G, Yavuzylmaz A, Can E. (2012). Epilepsy Prevalence in the 0-17 Age Group in Trabzon, Turkey. *Iran J Pediatr*, 22: 344-350.
29. Buelow JW, Shore CP.(2006). Childhood epilepsy: failures along the path to diagnosis and treatment. *Epilepsy Behav*; 9: 440-7.
30. Bell GS, Sander JW. (2001).The epidemiology of epilepsy: the size of the problem. *Seizure* ;10(4):306-14; quiz 15-6.
31. Shamsaei F, Cheraghi F, Zamani G. (2016). Comparing Mental Health of School-Age Children with and without Epilepsy: A Case Control Study. *Iran J Child Neurol.*, 10(3): 35-41.
32. Arnold ES, Fischbeck KH.(2018). Spinal muscular atrophy. *Handb Clin Neuro*;148:591-601.
33. Islander G.(2013). Anesthesia and spinal muscle atrophy. *Paediatr Anaesth* ;23:804-816
34. Mercuri E, Pera MC, Scoto M, Finkel R, Muntoni F. (2020).Spinal muscular atrophy - insights and challenges in the treatment era. *Nat Rev Neurol*;16:706-15.
35. Akdağ H., Kırmusaloğlu S.(2019), Romatoid Artrit Tedavisinde Kullanılan Güncel Yaklaşımlar, *Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, Cilt: 2 Sayı:2, 2/2: 197-206.
36. <https://www.rheumatology.org/i-am-a/patient> (erişim tarihi: 27.01.2017).
37. <https://www.medicalnetwork.com.tr//konu.asp?goster=1&Metin=118> (Erişim Tarihi 11.08.2018)
38. Düzkaya D, Bozkurt G. (2012). Yoğun bakım hastasının evde bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 1 (16): 21-28.
39. Örnek Ö, Kolaç N, Özdemir S. (2022), Çocuk İşçilerin Sağlık Sorunlarının Omaha Sistemi İle Belirlenmesi: İstanbul'un Bir Kenar Mahallesinden Örnek, *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(9): 809-825.
40. Parab CS, Cooper C, Woolfenden S. (2013). Specialist home-based nursing services for children with acute and chronic illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*; 6; CD004383.

41. Raphael JL, Rueda A, Lion KC, Giordano TP. (2013). The role of lay health workers in pediatric chronic disease: A systematic review. *Acad Pediatr* ;13:408-20
42. Özer S. (2005). Epileptik Nöbetlerde Hemşirelik Yönetimi, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9(1-2):28-34.
43. Martin KS. (2005). *The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management*. 2. basım, Health Connections Press Omaha, Nebraska, USA.
44. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, Seçginli S, Coşansu G, Ardıç A. (2016). *Omaha Sistemi: Hemşirelikte Bilgi Yönetimi*. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
45. Oksel C, Custovic A.(2018).Development of allergic sensitization and its relevance to paediatric asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 18:109-16.
46. Monsen KA, Martin KS, Christensen JR, & Westra BL.(2013).Omaha System methods for research and program evaluation. *Studies in Health Technology and Informatics*, 21:163–170.
47. Garvin JH, Martin KS, Stassen DL, Bowles KH. (2008). Omaha System: Coded Data That Describe Patient Care. *Journal of AHIMA* , 79 (3): 44-49.
48. Yılmaz İ, Özden D, Arslan G. (2018).Trakeostomisi Olan Bir Yoğun Bakım Hastasının Omaha Sınıflama Sistemi'ne Göre İncelenmesi, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*; 10(2):160-8.
49. Cui C, Li S, Zheng X, Cheng W, Xia Q. (2019). Health Assessment of Chinese Adolescents with Epilepsy in the Preparatory Phase of Transition Process from Pediatric to Adulthood: A Single-Center Study Using the Omaha System. *Journal of Pediatric Nursing*, 49:e2-e7.
50. Holland D, Vanderboom C, Delgado A, Madm Weiss M, Monsen K. (2015). Describing pediatric hospital discharge planning care processes using the Omaha System. *Applied Nursing Research*, 30: 24-28.

EKLER

EK 1: GÖRÜŞME FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma “S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde, kronik hastalık tanısı almış çocukların, Omaha Problem Tanılama Sistemi kullanılarak evde bakım gereksinimlerinin saptanması” amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanması önemlidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır. Katılımınız ve iş birliğiniz için çok teşekkür ederiz.

Bilgilendirildim ve araştırmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ettim.

İmza:

Damla İLDOKUZ

Yüksek Lisans Öğrencisi

E-posta: damlaildokuz@hotmail.com

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Medine YILMAZ

Kâtip Çelebi Üniversitesi SBE

1.Çocuğa İlişkin Özellikler

Yaşı:

Cinsiyeti: () Kız () Erkek

Tanısı:

Tanı alma zamanı:.....

2. Ebeveynlere ilişkin özellikler

Anne yaşı: **Baba Yaşı:**

Medeni hali: () Bekar () Evli () Boşanmış () Eşi ölmüş (dul)

Anne Eğitim durumu: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul/ortaokul

() Lise mezunu () Üniversite

Baba eğitim durumu: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul/ortaokul

() Lise mezunu () Üniversite

Ailenin aylık geliri: () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla () Gelir giderden az

Çocuk sayısı () 1 () 2 () 3 () 4 ve üzeri

Çocuğun bakımında kimler rol alıyor ? (birden fazla işaretlenebilir)

() Sadece anne () Sadece baba () Hem anne hem baba

() Aile büyükleri (anneanne-babanne) () Diğer aile üyeleri () Diğer:

EK 2: OMAHA PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ

Seçtiğiniz durumu: **1) Sağlığı Geliştirme, Potansiyel (Risk**

Tarih:

Faktörleri) ve **Aktüel** (belirti, bulgular) ve **2). A (Aile),**

Hemşire Adı:

B (Birey) ya da T (Toplum) olarak daire içine alınız.

Aile Adı:

Birey no. belirtiniz. Potansiyel'i işaretlediyseniz, risk faktörlerini, sağlığı

Aile No:

geliştirmeyi işaretlediyseniz gerekli açıklamaları yazınız; Aktüel'i işaretlediyseniz;

Aile Bireyleri:

bir ya da daha fazla belirti/ bulguyu daire içine alınız.

(1) (4)

Birden fazla birey için belirti /bulgu işaretlediyseniz açıklamalar

(2) (5)

bölümünü doldurunuz.

(3) (6)

01. ÇEVRESEL ALAN

01. Gelir

Gelir Kaynağı:.....

Gelir Miktarı:.....

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

A 01. gelirin düşük olması / hiç olmaması **02.** sağlık güvencesinin olmaması **03.** para yönetiminde güçlük **04.** sadece temel gereksinimlerini satın alabilme **05.**

B gereksinimlerini satın almada güçlük **06.** diğer

T

.....

02. Sanitasyon

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

A 01. yaşanılan alanının kirli olması **02.** besinlerin saklanması ve atılmasında yetersizlik **03.** böcek / kemiricilerin olması **04.** kötü kokular **05.** temiz su sağlamada yetersizlik **06.** Kanalizasyon sisteminde yetersizlik **07.** çamaşır yıkama koşullarının yetersiz olması **08.** Allerjenler **09.** Enfeksiyon- kontaminasyon etkenleri **10.** küf **11.** evde hayvanlarının sayısının fazla olması **12.** Diğer

T

.....

03. Konut

Konutun Tipi

Konut: Kendine ait

Kira

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel ;(Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. yapısal olarak sağlam olmaması 02. ısıtma/soğutma sisteminin yetersiz olması
03. dik / güvenli olmayan merdivenler 04. bina giriş çıkışlarının dar ve yetersiz
05. yaşanılan alanın dağınık olması 06. tehlikeli madde ve araçların güvenli
bir şekilde saklanmaması 07. halı/ paspasların güvenli bir şekilde serilmemesi 08.
güvenlik araçlarının (alarm, yangın söndürücü vb.) yetersiz olması 09. kurşun bazlı
boya kullanımı 10. güvenli olmayan ev eşyaları / aletleri 11. yaşam alanının
kalabalık/yetersiz olması 12. elektrik kabloların vb. gereçlerinin açıkta ve
korunmasız olması 13. yapısal engeller 14. yaşanılacak bir evin olmaması 15.
Diğer

.....

04. Yaşanılan Mahalle / İş Yeri Güvenliği

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. suç oranının yüksek olması 02. kirlilik düzeyinin yüksek olması 03. kontrol
edilmemiş tehlikeli ve enfekte hayvanlar 04. oyun ve egzersiz alanlarının yetersiz
olması / güvenli olmaması
05. sağlığı geliştirmek için uygun kaynakların ve alanların yetersiz olması 06.
şiddet ihbarları /tehditler 07. fiziksel tehlikeler 08. araç/ trafik tehlikeleri 09.
kimyasal tehlikeler 10. radyasyon tehlikesi 11. diğer

.....

Çevresel Değerlendirme:

.....

.....

02. PSİKOSOSYAL ALAN

05.Toplum kaynakları ile iletişim

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. hizmetlerden yararlanma seçeneklerini / süreçlerini bilmeme
02. hizmet sunanların görevlerini ve rolleri bilmeme 03. hizmet sunanlarla iletişim
kuramama 04. hizmetlerden memnun olmama 05. dil engeli
06. kaynakların olmaması/ yetersiz olması 07. kültürel engeller

..... **08.** eğitimssel engeller **09.** ulaşım engelleri **10.** hizmetlere ulaşmada yetersizlik **11.** iletişim araçlarının yetersizliği/ kullanılamaması

12. diğer

06. Sosyal etkileşim

Sağlığı Geliştirme

A Potansiyel (Risk faktörleri:)

B Aktüel ; Belirti /Bulgular

T 01. sınırlı sosyal ilişki **02.** sosyal ilişkilerin sağlık çalışanları ile sınırlı kalması **03.** dış uyaranların /boş zaman aktivitelerinin çok az olması

..... **04.** diğer

07. Rol değişimi

A Sağlığı Geliştirme

B Potansiyel (Risk faktörleri:)

T Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. istenmeyen rol değişimi **02.** yeni role uyumsuzluk **03.** rol kaybı

..... **04.** diğer

08.Kişiler arası ilişkiler

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

A 01. ilişki kurma/ sürdürmede güçlük **02.** paylaşılan aktivitelerin az olması **03.** değerler/ amaçlar/ beklentiler / zamanlamada uyumsuzluk

B 04. kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik **05.** uzun süren, düzelmeyen gerginlik **06.** gereksiz şüphe/ manipülasyon–yönlendirme / kontrol **07.** eşe/ partnere duygusal ve fiziksel olarak kötü davranma

..... **08.** çatışmaya girmeden problem çözememe **09.** diğer

09. Maneviyat

Sağlığı Geliştirme

A Potansiyel (Risk faktörleri:)

B Aktüel ; Belirti /Bulgular

T

01. maneviyatla ilgili endişelerini ifade etme 02. maneviyatla ilişkin ritüellerin/ uygulamaların kesintiye uğraması 03. maneviyat ile ilgili güven kaybı 04. tıbbi / sağlık bakımı uygulamaları ile dini inançların çatışması 05. Diğer

	
A	10.Yas
	Sağlığı Geliştirme
B	Potansiyel (Risk faktörleri:)
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular
.....	01. yas aşamalarını / iyileşme sürecinin aşamalarını fark edememe 02. yas tepkileri ile baş etmede güçlük 03. yas tepkilerini ifade etmede güçlük 04. bireylerin/ailelerin yas aşamalarında uyumsuzluğu 05. Diğer
	11. Ruh Sağlığı
	Sağlığı Geliştirme
	Potansiyel (Risk faktörleri:)
	Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. hüznün /umutsuzluk / benlik saygısında azalma 02. endişe / tanımlanmamış korkular 03. öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı 04. odaklanmada / dikkati toplamada sınırlılık 05. duygularda küntleşme

06. huzursuz/ ajite/ saldırgan 07. kompulsif davranışlar 08. stres yönetiminde güçlük 09. öfke yönetiminde güçlük 10. somatik yakınmalar /yorgunluk

11. sanrı (delüzyon) 12. yanılsama (halüsinasyon/ illüzyon) 13. intihar / başkasını öldürme düşüncesini ifade etme 14. İntihar / başkasını öldürme girişimi 15. kendi kendini kesme/ yaralama 16. duygu durumunda dalgalanma 17. geçmişe ait travmatik görüntülere dönmek (flash-backs) 18. Diğer

.....

12. Cinsellik

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

A 01. cinsel davranışların sonuçlarını bilmeme 02. mahremiyetini /özelini ifade etmede güçlük 03. cinsel kimlik karmaşası 04. cinsel değerlerde karmaşa 05. cinsel ilişkilerinde doyumsuzluk 06. güvenli olmayan cinsel davranışlar 07. cinsel dışa vurum/ kışkırtıcı davranışlar/ taciz 08. cinsel suç / cinsel saldırı 09. Diğer

.....

13.Bakım verme / ebeveynlik

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

- A** 01.fiziksel bakım/ güvenliği sağlamada güçlük 02.duygusal bakım vermede güçlük
B 03.bilişsel öğrenme deneyimleri ve aktiviteleri sağlamada güçlük 04. koruyucu ve
T terapötik edici bakım sağlamada güçlük 05.büyüme ve gelişme aşamaları ile
uyumlu olmayan beklentiler 06.sorumluluk almada zorlanma / memnuniyetsizlik
07. sözlü /sözsüz iletişime cevap vermeme ya da anlamada güçlük 08. ihmalkâr /
umursamaz 09. kötü davranma 10. diğer

.....

14. İhmal

- A** Sağlığı Geliştirme
B Potansiyel (Risk faktörleri:)
T Aktüel ; Belirti /Bulgular
01. fiziksel bakım eksikliği 02. duygusal bakım /destek eksikliği 03. uygun uyaran
/bilişsel deneyim eksikliği 04. uygun olmayan şekilde yalnız bırakılma 05. gerekli
denetimin / gözetimin eksikliği 06. yetersiz / gecikmiş tıbbi bakım 07. diğer

.....

15.İstismar

- Sağlığı Geliştirme
Potansiyel (Risk faktörleri:)
A Aktüel ; Belirti /Bulgular
B 01. sert / aşırı disiplin 02.izler / morartı / yanıklar/ diğer yaralar
T 03. yaralanma ile ilgili çelişkili açıklamalar 04. sözlü saldırıya uğrama 05. korkak /
ürkek davranışlar 06. şiddet içeren çevre 07. sürekli olumsuz eleştiri / mesajlar 08.
cinsel saldırıya uğrama 09. Diğer

.....

16.Büyüme / gelişme

- Sağlığı Geliştirme
Potansiyel (Risk faktörleri:)
A Aktüel ; Belirti /Bulgular
B 01. gelişimsel tarama test sonuçlarının normal olmaması 02. tartı - boy, baş çevresi
değerlerinin yaş/ büyüme standardına uygun olmaması
T 03. yaşa uygun olmayan davranışlar 04. gelişimine uygun görevlerini başarmada /
sürdürmede yetersizlik 05. diğer

.....

Psikososyal Değerlendirme:

.....
.....

03. FİZYOLOJİK ALAN

17. İşitme

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

A Aktüel ; Belirti /Bulgular

- B** 01.normal konuşma ses tonunu duymada güçlük **02.** kalabalık ortamlarda
T konuşmaları duymada güçlük **03.**yüksek frekanslı sesleri duymada güçlük
04. sese anormal yanıt / yanıtızsızlık **05.** işitme tarama testi sonuçlarının
..... normal olmaması **06.** diğer

18. Görme

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

- 01.** küçük karakterli yazıları görmede güçlük **02.** uzaktaki cisimleri
A görmede güçlük **03.** yakındaki cisimleri görmede güçlük **04.** görsel
B uyarılara anormal yanıt / yanıtızsızlık **05.** görme tarama testi sonuçlarının
T normal olmaması **06.** şaşılık / göz kırpma / gözlerde sulanma / bulanık
görme **07.** uçuşan nesnelere / ışık görme **08.** renkleri ayırt etmede güçlük
..... **09.** diğer

19.Konuşma ve dil

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

- A** **01.** konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinin normal olmaması / konuşamama
B **02.** anlama yeteneğinde normal olmaması / anlayamama **03.** alternatif iletişim
T becerilerinin / el-kol hareketlerinin (jestlerin) olmaması **04.** uygun olmayan
cümle yapıları ile konuşma **05.** telaffuzda yetersizlik / anlaşılır olmama
..... **06.** uygun olmayan kelime kullanımı **07.** diğer

20.Ağız Sağlığı

Sağlığı Geliştirme

A Potansiyel (Risk faktörleri:)

B Aktüel ; Belirti /Bulgular

- T** **01.** dişlerde şekil bozukluğu / kırık/ kayıplar **02.** çürükler **03.** aşırı tartar /

diş taşı **04.** yaralı / şiş / kanayan dişeti **05.** dişlerde kapanma bozukluğu
..... **06.** iyi oturmayan / eksik takma dişler **07.** sıcak ya da soğuğa hassasiyet
08. diğer

21. Bilişsel Durum

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. muhakeme yeteneğinde azalma **02.** zaman/ kişi /yer oryantasyonunda
bozulma **03.** yakın zamandaki olayları hatırlamada yetersizlik **04.** uzun zaman
A öncesindeki olayları hatırlamada yetersizlik **05.** hesaplama ve sayı sayma
B becerilerinde yetersizlik **06.** Konsantrasyonda yetersizlik
T **07.** mantıklı /soyut düşünebilmede sınırlılık **08.** kontrolsüz hareket
09. tekrarlayan konuşmalar /davranışlar **10.** bilinçsiz / amaçsız olarak
..... dolaşmak /kaybolmak **11.** diğer

22.Ağrı

Sağlığı Geliştirme

A **Potansiyel** (Risk faktörleri:)

B **Aktüel ; Belirti /Bulgular**

T **01.** rahatsızlık/ağrı ifade etme **02.** nabız / solunum sayısı / kan basıncında
yükselme **03.** Ağrıyan bölgeyi sakınan/ koruyan hareketler **04.** yerinde
..... duramama **05.** yüzünü buruşturma **06.** soluk görünüm / terleme
07. diğer

23.Bilinç

A **Sağlığı Geliştirme**

B **Potansiyel** (Risk faktörleri:)

T **Aktüel ; Belirti /Bulgular**

01. dalgın (letarji) **02.** uykulu (stupor) **03.** uyarılara cevapsız
..... **04.** bilinçsiz (Koma) **05.** diğer

24.Deri

Sağlığı Geliştirme

A **Potansiyel** (Risk faktörleri:)

B Aktüel ; Belirti /Bulgular

T 01. lezyon / bası yarası **02.** döküntü **03.** aşırı kuru **04.** aşırı yağlı

05. enflamasyon **06.** kaşıntı **07.** akıntı **08.** çürük- ezik **09.** tırnakların

..... aşırı büyümesi **10.** yara iyileşmesinde gecikme **11.** diğer

25.Sinir-kas-iskelet fonksiyonu

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

A 01. hareketlerde sınırlılık **02.** kas gücünde azalma **03.** koordinasyonda

B azalma 04. kas tonüsünde azalma **05.** kas tonüsünde artma **06.** duyuda

T azalma 07. duyuda artma **08.** dengede bozukluk **09.** yürüme / hareket

etme güçlüğü **10.** taşınma/transfer güçlüğü **11.** kırıklar **12.** titremeler /

..... ataklar **13.** vücut ısısının düzenlenmesinde zorluk **14.** diğer

26.Solunum

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

A 01. anormal solunum tipleri **02.** bağımsız olarak nefes alamama

B 03. öksürme **04.** öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama

T 05. siyanoz **06.** anormal balgam **07.** sesli solunum **08.** burun akıntısı /

nazal konjesyon **09.** anormal solunum sesleri **10.** solunum ile ilgili

..... laboratuvar sonuçlarında anormallik **11.** diğer

27.Dolaşım

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. ödem **02.** ekstremitelerde ağrı/ kramp **03.** nabız sayısında azalma

04. deride renk değişikliği / siyanoz **05.** etkilenmiş bölgede ısı değişikliği

A 06. damarlarda varis oluşması **07.** senkop atakları (bayılma)/ baş dönmesi **08.**

B anormal kan basıncı ölçümleri 09. eksik nabız (pulse deficit) **10.** kalp ritminde

düzensizlik **11.** kalp hızında aşırı artış **12.** kalp hızında aşırı azalma **13.** göğüs ağrısı

T 14. anormal kalp sesleri / üfürümler **15.** pıhtılaşma bozukluğu **16.** kardiyak laboratuvar sonuçlarında anormallik **17.** diğer

.....

28.Sindirim- Hidrasyon

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

A Aktüel ; Belirti /Bulgular

B 01.bulantı /kusma **02.**çığneme/ yutma/ sindirim güçlüğü / yapamama **03.**hazımsızlık
04.reflü **05.**iştahsızlık **06.**anemi **07.**asit (karında sıvı toplanması) **08.** sarılık/
T karaciğer büyümesi **09.** deri turgorunun azalması

10.dudak çatlaması/ ağız kuruluğu **11.**elektrolit dengesizliği **12.**diğer

.....

29.Bağırsak Fonksiyonu

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

A Aktüel ; Belirti /Bulgular

B 01.defekasyon sıklığında/ dışkı kıvamında anormallik **02.**ağrılı defekasyon

T 03.bağırsak seslerinde azalma **04.**dışkıda kan **05.**dışkıda renk değişikliği

06.kramp / karın bölgesinde rahatsızlık **07.**fekal inkontinans (dışkı kaçırma)
08.diğer

.....

30. Üriner Fonksiyon

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

A 01.idrar yaparken yanma / ağrı **02.**idrar kaçırma **03.** sıkışma hissi/sık idrara gitme

B 04.idrar yapmada güçlük **05.**mesaneyi boşaltmada güçlük **06.** anormal miktar **07.**

T hematüri / renk değişikliği **08.**noktüri **09.** üriner sistemle ilgili laboratuvar sonuçlarında anormallik **10.** diğer

.....

31. Üreme Fonksiyonu

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

A Aktüel ; Belirti /Bulgular

B 01.anormal akıntı **02.** anormal menstruasyon şekli **03.**menopoz / andropozu
yönetmede güçlük **04.**üreme organlarında veya memede anormal kitle, şişme ve

T

..... hassasiyet **05**.cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı **06**.infertilite (kısırlık)
07.iktidarsızlık **08**.diğer

32. Gebelik

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

A **01**.doğmamış bebeği kabullenmede güçlük **02**. vücut değişikliklerine uyum
B sağlamada güçlük **03**. doğum öncesi egzersiz/ dinlenme/ beslenme ve davranışlar
T ile ilgili güçlük **04**.doğum eyleminden korkma **05**.prenatal komplikasyonlar/ erken
doğum **06**. yetersiz sosyal destek **07**.diğer

.....

33. Postpartum

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

A **01**.emzirmede güçlük **02**.doğum sonu değişikliklere uyum sağlamada güçlük
B **03**.doğum sonu egzersiz/ dinlenme/ diyet/ davranışlarını yapmada güçlük
T **04**.anormal kanama/ vajinal akıntı **05**.doğum sonu komplikasyonları **06**.depresif
duygular **07**diğer

.....

34. Bulaşıcı /Enfeksiyon Durumu

Sağlığı Geliştirme

A **Potansiyel** (Risk faktörleri:)

B **Aktüel ; Belirti /Bulgular**

T **01**.enfeksiyon **02**. yayılma (bulaşma) **03**.ateş **04**.biyolojik tehlikeler **05**.tarama /
kültür/ laboratuvar sonuçlarında pozitiflik **06**. bulaşmayı önlemek için gereç/
malzeme/ politikaların yetersiz olması **07**.enfeksiyon kontrolü ilkelerinin
izlenmemesi **08**. yetersiz bağışıklama **09**. diğer

.....

Fizyolojik değerlendirme:

.....
.....

04. SAĞLIK DAVRANIŞLARI ALANI

35. Beslenme

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01.fazla kilo (yetişkinlerde BKİ'nin 25 ve üzerinde, çocuklarda BKİ'nin 95. persentil ve üzerinde olması) **02.** düşük kilo (yetişkinlerde BKİ'nin 18.5 ve altında, çocuklarda BKİ'nin 5. persentil ve altında olması) **03.** günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması **04.** günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması **05.** dengesiz beslenme **06.** yaşa uygun olmayan beslenme programı **07.** önerilen beslenme programını sürdürmemesi **08.** açıklanamayan / sürekli kilo kaybı

A

B

T

09. besin alma/ hazırlamada yetersizlik **10.**hipoglisemi **11.** hiperglisemi

12. diğer

.....

36. Uyku ve Dinlenme Düzeni

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01.uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi **02.**gece sık sık uyanma **03.** uyurgezerlik **04.**uykusuzluk **05.**kabus görme **06.**yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme **07.** uyku apnesi **08.** horlama

.....

09. diğer

37.Fiziksel Aktivite

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01.sedanter yaşam biçimi **02.**yetersiz / düzensiz egzersiz **03.** yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz şekli/ miktarı **04.**diğer

.....

38. Kişisel Bakım

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. Giysilerin temizliğinin sağlanmasında güçlük **02.** Banyo yapmada güçlük **03.** Giyim kuşam aktivitelerinde güçlük **04.** Alt vücut giyiminde güçlük **05.** Üst vücut giyiminde güçlük **06.** Kötü vücut kokusu **07.** Saçları yıkama/ taramada güçlük **08.** Ağız bakımı/ diş fırçalama/ diş ipi kullanmada güçlük **09.** Bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutmama/ yapmayı istememe/yapamama **10.** Diğer

A

B

T

.....

39. Madde Kullanımı

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

- A 01. reçeteli/ reçetesiz ilaçların kötüye kullanımı 02. uyarıcı / uyuşturucu/ sokakta
B satılan maddelerin kullanımı 03. alkolün kötüye kullanımı
T 04. sigara / tütün ürünlerinin içimi / kullanımı 05. günlük rutinleri yerine getirmede
zorlanma 06. reflekslerde bozulma 07. davranış değişikliği 08. sigara- puro
dumanına maruz kalma 09. Yasal olmayan maddeleri alma/ satma 10.Diğer

.....

40. Aile Planlaması

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

- A 01.aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi 02. gebelik öncesi
B sağlık uygulamalarına ilişkin yanlış / yetersiz bilgi 03. düzensiz/ etkisi sınırlı bir
T yöntem kullanma 04. kullandığı yöntemden memnun olmama 05. aile planlaması
seçimi hakkında başkalarının tepkilerinden korkma 06. aile planlaması
yöntemlerine ulaşmada güçlük 07. diğer

.....

41.Sağlık Bakım Denetimi

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

- A 01.rutin / koruyucu sağlık bakımını yaptırmama 02.değerlendirme / tedavi
B gerektiren semptomlar için bakım almama 03. sağlık randevularına gitmeme
T 04.birden fazla randevuyu/ tedavi planını koordine edememe 05.sağlık bakım
kaynaklarının sürekliliğinin olmaması 06. sağlık bakım kaynaklarının yetersiz
olması 07. tedavi planının yetersiz olması 08. diğer

.....

42. Tedavi Rejimi

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

- A 01.önerilen doz/ tedavi programına uymama 02. yan etki /istenmeyen tepkilerin
B olması 03. ilaç sağlayan sistemin yetersiz olması 04.ilacın uygun olmayan

T şekilde saklanması **05.** biten ilaçların yerine konmaması **06.** aşı yaptırmama **07.** tedavi rejiminin yetersiz olması **08.** yardım almadan ilaç alamama **09.** Diğer

.....

Sağlık Davranışları Değerlendirme:

.....
.....

EK 4- ETİK KURUL ONAY FORMU

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

0298

Sayın, Profesör Doktor Medine YILMAZ

Karar No: 0254
Tarih: 27.05.2021

KARAR

"OMAHA SİSTEMİ KULLANILARAK KRONİK HASTALIK TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ", adı araştırma başvuru dosyasız karınımızda gerçek, amaç, yaklaşımlar ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Fatih Esat TOBAK
Karar Birliği

[Empty box]

[Empty box]

Prof. Dr. Mustafa KARACA

[Empty box]

Prof. Dr. Yasemin TOHDEM

Üye

Prof. Dr. Süreyya GÜLLERİNER

Üye

Doç. Dr. Yılmaz ÖZKUL

[Empty box]

Doç. Dr. Ashkan ABBASOĞLU

Üye

T. KATILMADI
Doç. Dr. Nihat LACIN
Üye

T. KATILMADI
Dr. Öğr. Üyesi Gölge OYUR ÇELİK
Üye

[Empty box]

Uzm. Dr. Zehra Betül PAKÖZ

Üye

[Empty box]

Uzm. Dr. D. Berni KILIÇCIĞLU
Raportör

[Empty box]

Dr. Mehmet ERTAN

Üye

[Empty box]

Dr. Fatma Ergi CAN

Üye

[Empty box]

KARŞI OY:

**EK 5: S.B.Ü. BEHÇET UZ ÇOCUK SAĞLIĞI VE CERRAHİSİ ARGE ONAY
FORMU**



TC
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk
Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve
Araştırma Hastanesi

S.B.Ü. İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI
VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ -
S.B.Ü. İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI
VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
27/05/2021 15:32 - E-13399118 - 799 - 5049



Sayı : E-13399118-799
Konu : Çalışma Başvurusu

Sayın Damla İldokuz

Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu 26.05.2021 tarihinde toplanmıştır. Başvuruda bulunduğunuz” **Omaha sistemi kullanılarak kronik hastalık tanısı almış çocukların evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi**” konulu çalışmanıza ön izin verilmiştir.

Çalışmanıza ait etik kurul kararının bir örneğini ve çalışmanızın sonucunu Eğitim Ar-Ge birimineteslim etmeniz hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Dilek ORBATU
Başhekim Yardımcısı

EK 6: OMAHA SİSTEMİ KULLANIM FORMU İZİN YAZISI



T.C.
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı
Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : HSH-2021/2

Tarih:29.03.2021

Sayın Damla İLDOKUZ,

Anabilim Dalımız tarafından Türk diline uyarlanarak tescil ettirilen Omaha Sistemi kod ve kavramlarını içeren Formları tüm hakları (kopyalanamaz, değiştirilemez ve ticari amaçla kullanılamaz) saklı kalmak koşulu ile “Serebral Palsi Tanısı Almış Çocukların Omaha Sistemine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi “ başlıklı çalışmanızda kullanabilirsiniz. Sistemin öğretiminde ve kullanılmasında "OMAHA SİSTEMİ Hemşirelikte Bilgi Yönetimi" kitabı temel kaynak olarak önerilir.

Çalışmalarınızın sonuçları ile ilgili geri bildirim almaktan memnuniyet duyarız. Başarı dileklerimizle.

Prof.Dr. M. Nihal ESİN

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Omaha Sistem Formları

1. Problem Sınıflama Listesi
2. Girişim Şeması / Bakım Planı ve Problem Değerlendirme Ölçeği
3. Girişim Kategorileri ve Hedefler Listesi: OMAHA SİSTEMİ Hemşirelikte Bilgi Yönetimi Kitabı sayfa: 45-46

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Damla	Soyadı	İLDOKUZ
Doğ.Yeri	İzmir	Doğum Tarihi	-
Uyruğu	TC	TC Kim No	-
Email	damlaildokuz@hotmail.com	Tel	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Ege Üniversitesi	2017
Lise	Emlakbank Süleyman Demirel Anadolu Lisesi	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi E.A.H.	2019-Devam

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71		

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office	İyi
SPSS	İyi

Yayımları/Tebliğleri

Sertifikaları/Ödülleri Özel İlgi Alanları

(Hobileri): Yüzme