

2022-
ANTAL
YA

Y
ÜKSEK
LİSANS
S TEZİ

Oumar
İbrahim
MOLİ

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

**ÇAD CUMHURİYETİ'NDE SITMA TANISI İLE
HASTANEYE GETİRİLEN ÇOCUKLARIN
EBEVEYNLERİNİN BAŞVURU ÖNCESİ YAPTIKLARI
UYGULAMALAR**

Oumar İbrahim MOLİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2022-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ÇAD CUMHURİYETİ'NDE SITMA TANISI İLE
HASTANEYE GETİRİLEN ÇOCUKLARIN
EBEVEYNLERİNİN BAŞVURU ÖNCESİ YAPTIKLARI
UYGULAMALAR

Oumar İbrahim MOLİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Emine EFE

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2022-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. .../...../.....

İmza

Tez Danışmanı :
(Akdeniz Üniversitesi)

Üye :
(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite)

Üye :
(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite)

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... Sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

ETİK 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 beyan ederim.

Oumar İbrahim MOLİ

İmza

Prof. Dr. Emine EFE

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezim süresince ve öğrenimim boyunca beni destekleyen ve emeğini esirgemeyen, öğrencisi olmaktan onur duyduğum akademik ışık kaynağım değerli danışmanım, Sayın Prof. Dr. Emine EFE'ye,

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli yardım ve katkılarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ'a ve Doç. Dr. Sevcan ATAY TURAN'a

Yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim elemanlarına ve araştırma görevlilerine, özellikle Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ'a, Dr. Öğr. Üyesi Halil İbrahim TAŞDEMİR'e, Araş. Gör. Yahya ERGEZEN'e ve Araş. Gör. Uğur GÜL'e
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Anne ve çocuk hastanesinin başkanına ve bütün görevlilerine,

Çad ve Çin dostluk hastanesinin başkanına ve bütün görevlilerine,

Araştırmamın veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen dostum Abdulkakim'e,

Uzakta olmalarına rağmen bugüne kadar yaptığım her şeyi hoşgörü ve anlayışla karşılayan maddi ve manevi yardımını esirgemeyen aileme, kardeşlerime sonsuz teşekkür ederim.

Sevgi ve Saygılarımla...

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı Çad Cumhuriyeti'nde sıtma tanısı alan çocukların ebeveynlerinin hastaneye başvuru öncesi çocuklarına yönelik yaptıkları uygulamaları belirlemektir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Çad Cumhuriyeti'nde bulunan Hopital la maire et de l'enfant (service pediatrie) ve Hopital amitie tchad et chine (service de pediatrie) hastanelerinde sıtma tanısı alan beş yaş altı çocukların ebeveynleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini Ekim 2020- Ekim 2021 tarihleri arasında sıtma tanısı alan çocukların 300 ebeveyni oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan iki bölümden (tanıtıcı bilgiler, çocuklara yönelik yaptıkları uygulamalar) oluşan yapılandırılmış soru formu ile toplanmıştır. Veriler sayı/yüzde dağılımları ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ebeveynlerin %100.0'ünün anne olduğu, annelerin %34.7'sinin 30 yaş ve altı olduğu, %32.0'nin ortaöğretime sahip olduğu ve %91.3'ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin hastane başvuru öncesi çocukları için yaptıkları uygulamalar arasında; soğuk uygulama (%66.3), kuru bez ile tüm vücudu örtme (%66.3), eczaneden ilaç alma (%44.0), parasetamol tb (%33.7), neem suyu (%10.4), artefan tb (%7.3), muray suyu (%5.3), limon suyu (%5.0), inek idrarı (%3.7), kinin tablet (%2.0) yer almıştır. Ebeveynlerin %66.3'ünün ateş semptomunda soğuk uygulama yaptığı, %65.0'inin titremede soğuk uygulama yaptığı, %66.3'ünün terlemede kuru bezle tüm vücudu örttüğü, %46.0'ının baş ağrısında parasetamol tb verdiği, %44.0'ının bulantı durumunda eczaneye başvurduğu, %70.3'ünün kusma durumunda hastaneye başvurduğu, %100.0'ünün kas ağrısı ve halsizlik durumunda hastaneye başvurduğu saptanmıştır. Annelerin yaş grubu, eğitim durumu, aile yapısı, gelir durumu ile evde uygulama yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Hemşire, çocuk ve ailesi ile en yakın ve en sık iletişim kuran sağlık ekibi üyesidir. Sıtma tanısı alan çocuk ve ailesine bakım veren hemşireler, kanıtı olmayan ya da zarar verme potansiyeli olan uygulamalar konusunda ebeveynleri bilgilendirip, tıbbi tedaviyi destekleyen yaklaşımları teşvik etmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Sıtma, Çad, Çocuk, Ebeveyn, Geleneksel uygulamalar, Hemşire.

ABSTRACT

Objective: The objective of the study is to determine the practices of the parents of children diagnosed with malaria in the Republic of Chad towards their children before they were admitted to the hospital.

Method: The population of the study consisted of parents of children under the age of five who were diagnosed with malaria in Hopital la maire et de l'enfant and Hopital amitie tchad et chine hospitals in the Republic of Chad. The sample of the study consisted of 300 parents of children diagnosed with malaria between October 2020 and october 2021. The data of the study were collected with a structured questionnaire consisting of two parts prepared by the researchers. Data were evaluated with number/percentage distributions and chi-square test.

Results: It was determined that 100.0% of the parents were mothers, 34.7% of the mothers were 30 years old and below, 32.0% had secondary education and 91.3% were not working. It was determined that 66.3% of the parents applied cold in the symptom of fever, 65.0% applied cold in the shivering, 66.3% covered them with a dry cloth in sweating, 46.0% gave paracetamol in their headache, 44.0% applied to the pharmacy in case of nausea, 70.3% of them applied to the pharmacy. It was determined that they applied to the hospital in case of vomiting, and 100% of them applied to the hospital in case of muscle pain and weakness. There was no statistically significant relationship between the age group, education level, family structure, income status of the mothers and their practice at home.

Conclusion: The nurse is the healthcare team member who communicates most closely and frequently with the child and his/her family. Nurses who care for a child diagnosed with malaria and his family should inform parents about practices that have no evidence or have the potential to cause harm, and encourage approaches that support medical treatment.

Keywords: Malaria, Chad, Child, Nurse, Parent, Traditional practice.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER	viii
TABLolar	ix
1. GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Sıtma	4
2.1.1 Tarihçe	4
2.1.2 Sıtmanın Epidemiyolojisi	5
2.1.3 Sıtmanın Bulaşma Yolları	5
2.1.4 Sıtmadan Korunma	5
2.1.5 Sıtmanın Belirtileri	7
2.1.6 Sıtmada Tanı	9
2.1.7 Sıtmanın Tedavisi	9
2.1.8 İnsanda Sıtma etkeni Türler	9
2.1.9 Sıtmaya Neden Olan Koşullar	10
2.1.10 Sıtma Vektörü	12
2.1.11 Sıtmanın Tedavisi ve Bakımında Hemşirenin Rolü	12
2.2 Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları	14
2.3 Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Kullanımında Hemşirenin Rolü	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Türü	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.3. Araştırmanın Evreni	18
3.4. Araştırmanın Örneklemi	18
3.5. Araştırmanın Örneklemine Dahil Edilme Kriterleri	18

3.6	Araştırmanın Değişkenleri	19
3.6.1	Bağımlı Değişken	19
3.6.2	Bağımsız Değişken	19
3.7	Veri Toplama Araçları	19
3.8	Araştırmanın Ön Uygulaması	20
3.9	Araştırma Verilerinin Toplanması	20
3.10	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	21
3.11	Araştırmanın Sınırlılıkları	21
3.12	Araştırma Etiği	21
4.	BULGULAR	
4.1.	Araştırmaya katılan çocukların sosyodemografik özellikleri	23
4.2.	Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri	24
4.3.	Ailenin daha önce sıtma geçirme durumu	25
4.4.	Hasta çocukların cinsiyeti ile sıtma geçirme durumlarının karşılaştırılması	25
4.5.	Ebeveynlerin sıtması olan çocuklarına yönelik yaptıkları uygulamaların sıklığı, öğrendiği kaynak, tercih etme nedeni ve tavsiye etme durumu	26
4.6.	Ebeveynlerin sıtması olan çocuklara hastaneye başvuru öncesi yaptığı uygulamalar	27
4.7.	Ebeveynlerin çocukların sıtma semptomlarına yönelik hastaneye başvurmadan önce evde yaptıkları uygulamalar	28
4.8.	Annelerin sosyodemografik özellikleri ile çocuklarını hastaneye götürmeden önce evde uygulama yapma durumlarının karşılaştırılması	29
4.9.	Annelerin eğitim durumları ile sıtma belirtilerine yönelik evde yaptıkları uygulamaların karşılaştırılması	30
4.10.	Annelerin çalışma durumları ile sıtma belirtilerine yönelik evde yaptıkları uygulamaların karşılaştırılması	32
5.	TARTIŞMA	34
6.	SONUÇLAR ve ÖNERİLER	39
	KAYNAKLAR	41

EKLER

- EK-1.** Aile Tanıtım Formu
- EK-2.** Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama
Merkezi Etik Kurul İzni
- EK-3.** Çad Çin Dostluk Hastanesinin İzni
- EK-4.** Anne ve Çocuk Hastanesinin İzni
- EK-5.** Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

ÖZGEÇMİŞ

57



SİMGELER ve KISALTMALAR

°C	: Selsius derecesi
%	:Yüzde
G	: Gram
M	:Mikro
ml	:Mikrolitre
µm	:Mikrometre
Mg	: Miligram
ml	: Mililitre
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Klorokin	: KL
NCCIH	:Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health)
RITAM	: Geleneksel Antimalaryal Yöntemler Araştırma Girişimi
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternative Tıp
TSY	: Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.	Araştırmaya katılan çocukların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı
Tablo 4.2.	Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı
Tablo 4.3.	Ailenin daha önce sıtma geçirme durumu
Tablo 4.4.	Hasta çocukların cinsiyeti ile sıtma geçirme durumlarının karşılaştırılması
Tablo 4.5.	Ebeveynlerin sıtma hastalığından korunmak için ev içinde ve çevresinde yaptıkları uygulamalar
Tablo 4.6.	Ebeveynlerin sıtması olan çocuklara hastaneye başvuru öncesi yaptığı uygulamalar
Tablo 4.7.	Ebeveynlerin çocukların sıtma semptomlarına yönelik hastaneye başvurmadan önce evde yaptıkları uygulamalar
Tablo 4.8.	Annelerin sosyodemografik özellikleri ile çocuklarını hastaneye götürmeden önce evde uygulama yapma durumlarının karşılaştırılması
Tablo 4.9.	Annelerin eğitim durumları ile sıtma belirtilerine yönelik evde yaptıkları uygulamaların karşılaştırılması
Tablo 4.10.	Annelerin çalışma durumları ile sıtma belirtilerine yönelik evde yaptıkları uygulamaların karşılaştırılması

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sıtma vakaları 2020 yılında yaklaşık 241 milyon kişide bildirilmiştir. Dünyadaki tüm ölümlerin %61'i sıtma nedeniyle gerçekleşen ölümleri kapsamaktadır. Sıtma kaynaklı ölümlerin yaklaşık % 95'i Sahra altı Afrika'da kaydedilmiş olsa da, Güney Doğu Asya, Doğu Akdeniz ve Batı Pasifik bölgelerinde ve Amerika'da yaşayan birçok insan risk altındadır (World Health Organization, 2021). Sıtma, Çad Cumhuriyeti'nde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çad Cumhuriyeti'nde N'Djaména bölgesindeki sağlık merkezlerinde sıtma nedeniyle yatışların çok fazla yapıldığı bildirilmektedir. Sıtma salgını aynı anda ve aynı yerde çok sayıda insanı etkileyen bir hastalık haline gelmiştir (World Health Organization, 2018).

Sıtma 5 yaş altındaki çocuklarda mortalite ve morbidite nedenidir. Dünyada 2017 yılında, yaklaşık 266.000 çocuk 5 yaşına gelmeden önce sıtma nedeniyle kaybedilmiştir (World Health Organization, 2018). Sıtma yoksul aileler ve topluluklarda daha fazla görülmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerine erişimi sınırlı olan yoksul nüfusu etkilemektedir. Sıtma tanısında periferik kan örneğinin mikroskopik incelemesi günümüzde hala altın standart olarak kabul edilmektedir (World Health Organization, 2019). Sıtma anofel cinsi sivrisinekler aracılığıyla bulaşan Plasmodium türlerinin neden olduğu ateş ile seyreden bir hastalıktır (Kobylinski ve ark., 2011). Plasmodium falciparum, insanlarda sıtmaya neden olan beş parazit tipinin en ölümcül olanıdır. Sıtmanın ilk belirtileri (ateş, baş ağrısı ve titreme) genellikle bulaşıcı sivrisinek ısırıklarından 10 ila 15 gün sonra ortaya çıkmaktadır. Sıtma tedavi edilmezse, ciddi bir hastalığa dönüşebilir ve ölüme neden olabilmektedir (World Health Organization, 2019).

Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH)), tamamlayıcı tedaviyi genel olarak geleneksel ilaç tedavisi ile birlikte kullanılan yaklaşım, alternatif tedaviyi ise geleneksel tıp yerine kullanılan bir yaklaşım olarak tanımlamıştır. NCCIH son yıllarda “tamamlayıcı sağlık yaklaşımları” (complementary health approaches) ifadesini kullanmaktadır (NCCIH 2018). Dünya’da ve Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları (TSY)’nin kullanımı

hızla artış göstermektedir (Deng ve ark., 2009). Kronik hastalığa sahip çocuklarda TSY kullanım oranları epilepside %44 (Soo ve ark., 2005), orak hücre anemisinde %54 (Sibinga ve ark., 2006), talasemide %82.5 (Efe ve ark., 2012), diyabette %59.6 (Arıkan ve ark., 2008), onkoloji hastalarında %51.6 (Karadeniz ve ark., 2007), pediatrik onkoloji hastalarında semptomlara yönelik %99.4 (Kemer ve Dalgıç, 2020), dikkat eksikliği ve hiperaktivitede %67.6 (Sinha, 2005), fiziksel bozukluklarda %15 (April ve ark., 2009), diğer özel bakım gereksinimi olan durumlarda %64 (Sanders ve ark., 2003) ve astımda %25 (Ang ve ark., 2005) olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir.

Çocuklarda TSY kullanımının artması nedeniyle çocuklar açısından bu yöntemlerin yarar ve zararlarının dikkatle incelenmesi son derece önem taşımaktadır. TSY'ler içerisinde kullanılan tüm ürünler ve uygulamalar tıbbi ilaçlar gibi insan sağlığını etkilemektedir. Birçok TSY'ler özellikle bitkiler geçmişten günümüze kadar geleneksel olarak uzun bir süredir kullanılmaktadır. TSY'lerin uzun bir süredir kullanılması bu yöntemlerin güvenilir olduğu anlamına gelmemektedir (Cırık ve Efe, 2017). Birçok tamamlayıcı sağlık ürünlerinin veya yaklaşımlarının çocuklar üzerindeki etkinliği ve güvenilirliği test edilmemiştir. Bu yöntemlerin çocuklarda yetişkinlere oranla yan etkilerinin hemen ve daha fazla ortaya çıkması üzerinde özenle durulması gereken bir konudur (NCCIH 2018). Çocuklarda tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının oluşturabileceği yan etkilerin yetişkinlere göre daha fazla ve tehlikeli olması nedeniyle, pediatri hemşirelerinin çocukların sağlığını etkileyebilecek tüm uygulamaların farkında olmaları ve sorumluluğunda görmeleri sağlanmalıdır (Cırık ve Efe, 2017).

Literatürde yapılan çalışmalarda sıtma tedavisine ilave olarak sıklıkla bitkilerden elde edilen karışımların kullanıldığı görülmektedir (Taek ve ark., 2018; Trimurningsih ve ark., 2005). Çad Cumhuriyeti'nde çocuklarda sıtma vakaları çok fazla görülmektedir. Ebeveynlerin çoğunluğu hastaneye başvurmadan önce ev ortamında çocuklarına tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını kullanmaktadırlar. Literatürde ebeveynlerin ev ortamında sıtma tanısı olan çocuklarına kullandıkları tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını, olumlu/olumsuz yan etkilerini ve kullanımlarını etkileyen faktörleri gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ad Cumhuriyeti’nde sıtma tanısı ile hastaneye getirilen çocukların ebeveynlerinin başvuru öncesi yaptıkları uygulamaları belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sıtma

2.1.1. Tarihçe

Sıtma, geçmişten bugüne kadar insanlığı tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunu olmuştur. (<https://acikders.ankara.edu.tr>). Sıtma nedeni ile önemli kayıplar verilmiştir. Neolitik dönemde Roma, antik Yunan, Çin ve Mısır gibi birçok ülkede insan ölümlerinin izlerine rastlanabilmektedir. Tarih bilimcileri Roma'nın yıkılışının nedenini sıtmaya bağlamıştır. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>). Geçmiş tarihte, sıtmanın neden olduğu komplikasyonların tedavisi için çözüm yolları aranmıştır. Geçmiş tarihe bakıldığında 17. yüzyılda yaşayan papaz Juan Lopez “Kına kına ağacının kabuğundan bir toz ile Peru yerlilerini tedavi ettik” dediği bilinmektedir. Fransa’da ise 18. yüzyılda bir hekim ise sıtma tedavisinin ilk adımı için kına kabuklarını kullanarak kinin maddesi elde etmeye çalışmıştır. Kinin ile sıtmayı tedavi edeceğini düşünmüştür. 19. yüzyıla gelindiğinde ise sıtma paraziti ilk olarak insan vücudunda kanda gösterilmiştir ve 20. yüzyılda ise bu durum Nobel ödülüyle ödüllendirilmiştir (<https://acikders.ankara.edu.tr>).

20. yüzyıla gelindiğinde dünyadaki ölümlerin %2’si ile %5’inin sıtma nedeniyle olduğu belirtilmektedir. Bu yüzdeler 150 milyon ila 300 milyon insanın ölümü demektir. Günümüzde ise sıtma nedeniyle ölümler en çok tropik bölgeler, Asya, Sahra altı Afrika ve Amazon bölgeleri oluşturmaktadır. Dünya nüfusunun %40’ı bu bölgelerde yaşamaktadır. (<https://acikders.ankara.edu.tr>). Dolayısıyla sıtma, günümüzde de ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya ve hastalık yükü oluşturmaya devam etmektedir. MÖ 5. yy’da Hippocrates hastalığın bataklıkla ilgisini tanımlamış ve hastalığın ateş döngüsünü tarif etmiştir. Jacquier, 1743 yılında hastalığın kötü havanın solunmasıyla ortaya çıktığı ifade ederek kötü hava anlamında “malaria” ismi ile hastalığı tanımlamıştır. Günümüzde hala bu isimlendirme yaygın olarak kullanılmaktadır (Özcel, 1999).

Fransız askeri Doktor Alphonse Lavern 1880 yılında Cezayir’de paraziti ilk kez kanda göstererek tanımlamış ve metilen mavisi ile boyamış ama iyi sonuç alamamıştır (Freicher 2004). 1889 yılında İngiliz Doktor Sir Ronald Ross, paraziti anofellerin midesinde tanımlamasıyla yaşam döngüsü ve vektörü açıklığa kavuşmuştur. Grassi ise

insan sıtmasının sadece Anopheles sivrisinekleri tarafından bulaşabileceğini göstermiştir (Özcel, 2007).

2.1.2. Sıtmanın Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2017 yılında yayınlanan bir rapora göre 200 milyon sıtma vakasının (%92) Afrika Bölgesi'nde meydana geldiğini belirtilmektedir. Hindistan ve Sahra altı Afrika ülkeleri toplam sıtma yükünün %80'inini kapsamaktadır. Dünyanın birçok yerinde sıtma vakalarının görülme sıklığı azalsa da Afrika'da sıtma vakalarının görülme sıklığı yüksektir. Yine DSÖ verilerine göre 2017 yılında sıtmadan ölenlerin büyük bir çoğunluğu (%80) Hindistan ve Afrika bölgesinde görülmektedir (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/2017>).

2.1.3. Sıtmanın Bulaşma Yolları

Anofel olarak adlandırılan bir dişi sivrisinek türünün sokmasıyla sıtma insanlara bulaşmaktadır. Ancak sadece sivrisinek sokması değil aynı zamanda; kan nakli, organ nakli, deri greftleri ve sterilliği bozulmuş enjektör kullanımı veya iğnelerin birden fazla kullanılmasıyla bireyden bireye bulaşabilmektedir. İlaveten, gebelik döneminde, doğum anında ve sonrasında plasenta aracılığı ile anneden bebeğe geçebilmektedir. Sivrisinek sokmasından minimum altı gün inkübasyon sürecidir. Ancak bazı türlerinde örneğin "P. falciparum" gibi sivrisineklerin sokmasından ilk bir ay içinde ya da sonraki aylarda bulgu vermektedir. Ancak genel olarak bulaştan sonra ilk altı ay içerisinde sıtma ile ilgili semptomlar başlamaktadır. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoootikvektorel-sitma>).

2.1.4. Sıtmadan Korunma

Sıtmanın eradikasyonu için sivrisinek-insan geçiş döngüsünün kırılması çok önemlidir. Bunun için, sıtmalı insanların tedavi edilmesi, sağlıklı kişileri sıtmadan koruyacak önlemlerin alınması, sivrisineklerin yok edilmesi gerekmektedir (Özcel, 2007; Yazar ve ark., 2016). DSÖ bu duruma kayıtsız kalmamış ve stratejik bir çerçeve oluşturmuştur. Bu kapsamda 'Sıtma için Global Teknik Strateji (Global Technical Strategy)' raporu yayınlayarak 2016-2030 yılları arasında yapılması gereken eylemlerden bahsetmiştir. Bu raporda ilk ve en önemli basamak olarak hayat kurtarıcı araçların etkisine dikkat çekilerek faydalanılması için maksimum düzeye çıkartılması belirtilmiştir. Yani, sıtmanın tedavi edilebilmesi için bütün halkın sağlık kuruluşlarına ulaştırılması, sıtma

sürveyans sistemlerinin oluşturulması, elimine edebilmek için maksimum çabanın sağlanmasından bahsedilmektedir. DSÖ iki destekleyici faktörden de bahsetmiştir. Bunlar, araştırma alanlarının genişletilmesi ve çevre şartlarının iyileştirilmesidir (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle>).

DSÖ her yıl sıtma ile ilgili “Dünya Sıtma Raporu” rapor yayınlamaktadır. DSÖ’nün 2018 raporunda sıtmanın mortalite ve morbidite açısından istenilen düzeyde olmadığı belirtilmektedir. Sıtmadan ölen bireylerin sayısı (435.000) bir yıl önceki ölen bireylerin sayısı ile karşılaştırıldığında benzerlik göstermektedir. DSÖ ortak çalıştığı kurumlar ile ölüm sayısını azaltmak için Afrika gibi ülkelerde yeni politikalar gerçekleştirmekte ve uygulamaktadır (DSÖ 2018). Koruyucu sağlık hizmetlerini sağlayabilmek için aşı önemlidir ve sıtma için aşı çalışmaları devam etmektedir. İlk geliştirilen aşı ise RTS, S/AS01 (RTS, S) isimli aşıdır ve çocuklarda kısmi olarak koruma sağladığı belirtilmektedir. Aşı sıtmanın en öldürücü türü olan Plasmodium faciparum’a yönelik üretilmiştir. 2019 yılında aşı Faz III aşamasında olduğu ve çocukların aşılama programlarına ilave edilmesi planlanmaktadır. Pilot uygulamalar Sahra altı Afrika bölgesinde üç ülkede uygulanmaktadır (DSÖ 2019). Dünya’da ilk sıtma aşısı 2019 yılında Malavi’de uygulanmıştır ve pilot seçilen ülkelerde uygulanmaya devam edilmiştir. Aşı 4 tam doz şeklinde uygulanmaktadır. Seçilen pilot ülkelerde aşılama 2024 yılına kadar devam edilmesi planlanmaktadır. Aşıdan elde edilen kısmi koruyuculuk farklı eylem planlarının önemine ve destekleyici olduğu anlamına gelecektir. Bu nedenle diğer yapılan eylem planları da paralel yürütülmektedir. 2024 yılına kadar elde edilecek veriler sıtmanın kontrol altına alınabilmesi açısından tarihi öneme sahiptir (The, 2019).

Sıtmanın tedavisinde aşıya paralel olarak yürütülen bir diğer program ise Mekong Sıtma Eliminasyon Programı’dır. Bu programın amacı, Güneydoğu Asya’nın bir bölgesinde 2030 yılına kadar sıtmayı elemine etmek ve elemineyenin devamlılığını sağlamaktır. İlaveten, bu programın bir diğer amacı ise halkın tıbbi tedaviye uyumunun sağlanmasıdır (<http://iris.wpro.who.int/bitstream>).

Sağlık hizmetlerinden faydalanma eşitsizliği nedeniyle sıtma birçok toplumu farklı şekillerde etkilemiştir. DSÖ bu konuya dikkat çekerek sosyoekonomik durumu düşük olan bireyler, kadınlar, çocuklar ve ücra yerlerde yaşayan ailelerin sağlık hizmetlerinden

eşit bir şekilde faydalanabilmesini hedeflemektedir ve sağlık hizmetlerinden faydalanamayan bireylerin diğer bireylere göre daha fazla risk altında olduğu ifade edilmektedir (<https://www.sciencedirect.com>).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamında DSÖ'ü AIDS, tüberküloz, sıtma ve ihmal edilen tropikal hastalıklar ile mücadele etmektir. 2030 yılına kadar su kaynaklı hastalıklar, hepatit gibi bulaşıcı hastalıklar öncelikli amacdır (<https://www.who.int/sdg/targets/en>). Dünyada birçok kişinin sağlığını olumsuz etkileyen sıtma acil sağlık sorunlarından biridir. DSÖ ülkeler arası iş birliği yapmak ve küresel ortaklık teşviki ile sıtmanın tedavisinde başarılı sonuçlara ulaşabileceklerini düşünmektedir (WHO 2018).

2.1.5. Sıtmanın Belirtileri

Sıtmada öncelikle ilk semptomlar viral hastalıkların semptomlarına benzemektedir ve spesifik bir belirtisi yoktur. Ancak, ilk semptomlar arasında eklem ağrısı, kas ağrısı, halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı ile başlamaktadır. İlerleyen süreçte ise, artan halsizlik, beslenmenin azalması, terleme, ateş, titreme ile devam etmektedir. Organ tutulumu olan P. Falciparum sıtmasında belirti ve bulgular daha ağır seyredebilmektedir. Şiddetli sıtma belirtilerinde koma, akut böbrek yetmezliği, derin anemi, hipoglisemi, pulmoner ödem, metabolik asidoz veya daha fazla belirti ve bulgu bulunmaktadır. Şiddetli sıtma ilerler ve tedavi edilemezse genellikle ölüm ile sonuçlanır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>).

Sıtma çeşitlerine göre bu belirtilerin şiddeti değişmektedir. Hızlı gelişen sıtma nöbetlerine kansızlık ve karaciğer büyümesi de eşlik etmektedir. Bu nöbetler; Plasmodium türlerine göre 36- 48-72 saatte bir tekrarlayarak görülmektedir. Sıtma nöbeti sırasında gelişen semptomlar; hastalanan kişinin parazite karşı bağışıklık geliştirmesine, sağlık durumuna, kalıtsal özelliklerine, beslenmesine, hastalığa neden olan parazitin türüne ve suşlarına, hastalanan kişinin yaşına ve enfeksiyon gelişen coğrafik konuma göre farklılıklar gösterdiği bilinmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr>).

Sıtma nöbeti

Sıtma nöbeti başlamadan önce birtakım belirtiler görülmektedir. Bunlar halsizlik, baş ağrısı, kas ve eklem ağrısı, kol ve bacak ağrısı, hafif ateş gibi gribe benzer belirtilerdir. Sıtma nöbet öncesi gelişen bu belirtilerin olduğu döneme prodrom denir. Bazen prodrom dönemi görülmeden de nöbet aşamasına geçildiği gözlenmiştir. Endemik bir bölgeden gelmiş veya o bölgede yaşayan, önceden kan transfüzyonu yapılmışsa prodrom dönemi belirtileri görülen kişide mutlaka sıtma düşünülmelidir (Özcel, 1999; Özcel 2007; <https://hsgm.saglik.gov.tr>)

Sıtma nöbetinde ateşe tepki olarak üşüme-titre ve terleme belirtileri görülmektedir. Bu nöbet *P. vivax* ve *P. ovale* sıtmalarında 48 saatte bir, *P. falciparum* sıtmasında 36-48 saatte bir, *P. malaria* sıtmasında ise 72 saatte bir gerçekleşmektedir (Özcel, 1999; Özcel 2007; <https://hsgm.saglik.gov.tr>).

Üşüme-titre

Sıtmalı kişide önce ürperme ve ardından üşüme olur. Hasta güneşte kalsa ya da yorgan altında bulunsan bile üşümesi geçmez. Üşüme esnasında dudakları morarır ve çeneleri titrer. Hastanın nabızı hızlanır. Cildi kurur ve soluklaşır. Halsizlik, mide bulantısı, kusma üşümeye eşlik eder. Üşüme ve titre hali yaklaşık 0,5-2 saat sürebilmektedir (Özcel, 1999; Özcel 2007; <https://hsgm.saglik.gov.tr>).

Yüksek ateş

Üşüme, titremeyi müteakiben ateş yükselmektedir. Kırk dereceyi bulan ateş ile birlikte yüzde kızarıklık, gözlerde parlaklık ve deri kuru görünümünde olmaktadır. Şiddetli baş ağrısı, mide bulantısı, kusma, ajitasyon ile birlikte nabız taşikardik ve solunum hızlanmaktadır. Deride döküntüler görülmektedir. İdrar miktarı azalırken idrarda albumin ve ürobilinojen pozitif, kanda ise üre ve kolesterol yüksek ölçülmektedir. Ateş genellikle 2-6 saat sürebilmektedir (Özcel,1999; Özcel 2007; <https://hsgm.saglik.gov.tr>).

Terleme

Yükselen ateşin düşmeye başlaması ile terleme görülmektedir. Ateşin tamamen düşmesi tüm vücudun terlemesine neden olmaktadır. Hasta kendini bitkin hissederek rahatlamadan sonra uykuya dalmaktadır (Özcel,1999; Özcel2007; <https://hsgm.saglik.gov.tr>).

2.1.6. Sıtmada Tanı

Endemik bölgelerde yaşayan veya o bölgelere seyahat eden kişilerde ateş görülmesi akla sıtmayı getirmelidir. DSÖ, sıtma ile mücadelenin temel noktasının tanının konularak sıtmalı kişilerin tespit edilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Kesin tanıda altın standart ince yayma ve kalın damla kan preparatlarında parazitin eritrosit içindeki dönemlerinin görülmesi olarak kabul edilir (Moody ve Chiodini, 2000). Preparatlar hazırlandıktan sonra Wright, Giemsa veya Wright-Giemsa boyaarıyla boyanarak Plasmodium türlerinin trofozoit, şizont ve gametosit şekilleri görülerek tanı konulabilir (Korkmaz ve Ok, 2011).

2.1.7. Sıtmanın Tedavisi

Sıtma tedavisi yatak istirahati, ateş kontrolü, sıvı replasmanı, parenteral beslenme ve bazı olgularda kan transfüzyonunu içeren destek tedaviyle birlikte yapılmaktadır. Klasik sıtma ilacı daha önceleri kına kına ağacının kabuklarından elde edilen sonrasında sentetik olarak üretilen kinindir (Özcel, 2007; Yazar ve ark., 2016). Sonradan geliştirilen ilaçlar hem daha etkili hem de toksik yan etkileri kinine göre azdır. Başta *P. falciparum* sıtması olmak üzere ilaçlara direncin yaygınlaşması buna karşılık kininin acil olgular üzerindeki başarısı gibi nedenler tekrar kinini değerli kılmıştır (Akdur, 2004; Yazar ve ark., 2016).

2.1.8. İnsanda Sıtma etkeni

Plasmodium cinsi altında yaklaşık 200 tür tanımlanmıştır. Plasmodium türünün 5 cinsi insanı enfekte etmektedir. Diğer türler maymunlar, kemirgenler ve sürüngenler dahil diğer hayvanları enfekte ederek sıtmaya neden olmaktadır. Plasmodiumun beş türünün doğada insanlara bulaştığı uzun zamandır bilinmektedir.

P. falciparum, dünya çapında tropikal ve subtropikal olarak bulunur. Her yıl yaklaşık 1 milyon insanın, özellikle bu türün baskın olduğu Afrika'da *P. falciparum* türünün neden olduğu sıtma sebebiyle öldüğü tahmin edilmektedir. Neden olduğu sıtmaya tropikal sıtma denmektedir (Okwa, 2007; Özcel, 2007). *P. vivax*, Afrika'nın belli bölgelerinde, Asya ve Latin Amerika'da görülmektedir. Asya'daki nüfus yoğunluğu nedeniyle en yaygın insan sıtma parazitidir (Okwa, 2007; Özcel, 2007). *P. ovale*, çoğunlukla Afrika'da (özellikle Batı Afrika'da) ve batı pasifik adasında bulunur. Biyolojik ve

morfolojik olarak *P. vivax*'a çok benzer. Bununla birlikte, *P. vivax*'tan farklı olarak, Sahra altı Afrika'nın pek çok sakini için geçerli olan Duffy kan grubu için negatif olan kişileri enfekte edebilir. Bu, Afrika'nın çoğunda *P. ovale* prevalansını açıklar. Bu tür de *P. vivax* gibi karaciğer hipnozoitlerinden sorumludur (Okwa, 2007; Özcel, 2007). *P. malariae*, dünya çapında nadir saptanan, quartan döngüsüne (üç günlük döngü) sahip olan tek insan sıtma paraziti türüdür. Bu nedenle sebep olduğu sıtmaya “Kuartana Sıtması” da denmektedir (Diğer üç tür tertian, iki günlük döngüye sahiptir). *P. malariae*, bazı durumlarda ömür boyu sürebilen uzun ömürlü, kronik bir enfeksiyona neden olur (Okwa, 2007; Özcel, 2007). *P. knowlesi*, Güney Asya'da maymunların sıtma etkeni olarak görülmektedir. Son zamanlarda, o bölgede, özellikle Malezya'da, zoonotik sıtmanın önemli bir nedeni olduğu gösterilmiştir (Okwa, 2007; Özcel, 2007).

2.1.9. Sıtmaya Neden Olan Koşullar

Sıtmanın bir bölgede olması için sıtmalı insanların hastalığın kaynağı olarak bulunması, o bölgede yaşayan insanların sıtma çeşidine duyarlı olması, sıtmayı insandan insana bulaştırabilecek *Anopheles* cinsi sivrisineklerin oluşu, *Anopheles* cinsi sivrisineklerde evrimini tamamlayabilmesi ve sıtma parazitlerinin meydana gelebilmesi için iklim koşullarının uygun olması ve bireylerin sosyokültürel düzeylerinin ve yaşam şartlarının sıtmanın bulaşmasına uygun olması gerekmektedir. Bu epidemiyolojik faktörler sağlandığında o ülkede ya da bölgede sıtmanın sıklıkla görülebilmesi mümkündür (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle>).

Sıtma vakaları dünya genelinde 32. güney ve 64. kuzey enlemlerinde sıtmanın olması için gerekli epidemiyolojik koşullar olduğu ülke ya da bölgelerde görülmektedir. Dişi anofelin yaşayabileceği uygun koşullar hastalık ile doğrudan alakalıdır. Dişi anofelin vücudunda parazitin evrimini tamamlayabilmesi için sıcaklığın 15° C'nin üzerinde olması gerekmektedir (Yazar ve ark., 2016).

Hastalığın yayılmasında iklim ve ekoloji temel iki faktör olarak ortaya çıksa da, sıtmanın mortalitesi sosyoekonomik düzeyi düşük ülkelerde yüksektir. Ülkelerin yoksulluk nedenlerini araştıran Birleşmiş Milletler (BM) ekonomistleri sıtmanın ilk dört sırada yer aldığını belirtmektedir. Sıtma, Afrika'da 30 milyar dolar yük getirmektedir. Pek çok ekonomistin yorumlarına göre Afrika'nın yoksulluktan kurtulması için öncelikle

sıtmanın tedavi edilmesiyle mümkün olacağı yönündedir. Sıtma ve yoksulluk arasındaki önemli bir fark vardır. Bu fark, fakir insanlara daha uygun ücrete ve bozuk ilaçların satılmasıdır. DSÖ tahminlerine göre insanların yüzde 20'si bu bozuk ve yanlış ilacı kullandığı için ölmektedir. Sıtmaya yakalanan bireyler işe gidememekte ve buna bağlı olarak para kazanamamaktadır. Dolayısıyla sıtmanın dolaylı olarak ekonomik etkisi bulunmaktadır. İşsizlik oranlarının yüksek olduğu Afrika ülkelerinde bireyler ekonomik kayıp yaşamamak ve hayatlarını idame ettirebilmek için işe gitme durumunda kalmaktadır. Bu durum sıtmanın yaygınlaşması için bir risk faktörü oluşturmakta ve bulaş oranını arttırmaktadır. (<https://malariaworld.org/blog/does-malaria-cause-poverty-or-it-vice-versa>). Sıtma, ilaç masrafları, ulaşım ücreti, evdeki bireylerin giderleri ve danışman ücreti gibi bit çok mali yükü beraberinde getirmektedir. Bu maliyetler sosyoekonomik düzeyi düşük olan aileleri zor durumda bırakabilir ve sınırlayabilir. Bu giderleri karşılayamayacak olan bireyler tedavi almayı erteleyebilir ya da tamamen bakımı bırakabilir. Böylece sıtmalı bireyler bireysel baş etme yöntemleri geliştirirler. Sıtma ile mücadele edebilmek için komşularından ilaç isteyebilirler, hane halkı arasında ilaçlarını paylaşabilirler veya bir sonraki hastalık dönemi için ilaçları bekletebilirler. Böylece birey bu şekilde tasarruf yapmış olacaktır. Bu baş etme yöntemleri genellikle küçük çocuğun bulunduğu ailelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Genellikle sıtma hastalığını ağır geçirenler veya daha genç çocuklar bir sağlık kuruluşuna götürülür ve bu çocuk için alınan ilaçlar diğer çocuklarda kullanılmak üzere bekletilir. Bu süreç tedavi sonucunu etkilemekle birlikte ilaç direncinin ortaya çıkmasını da sağlar. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan insanlar genellikle sivrisinek üremesinin kolay olduğu yerlerde yaşamaktadır. Dolayısıyla bireylerin yaşadıkları konutun duvar yapısı ve özellikleri önem kazanmaktadır. Yapılan bir çalışmada duvar yapısının özellikleri ile sıtma hastalığına yakalanma oranının ilişkili olduğu belirtilmektedir (Sawyer, 1993). Basit önleyici tedbirler sosyoekonomik düzeyi düşük olan insanlar içinde güç olabilmektedir (Snyman ve ark.2015).

Sıtma tedavisinde klinik bulgularını azaltan en önemli faktörlerden birinin sağlık okuryazarlık düzeyi olduğu belirtilmektedir. Doğu Afrika'da bir gebe kadının koruyucu tedavi kullanması doğumun kötü geçmesine neden olabileceğine inanılmaktadır (<http://uis.unesco.org>). Sıtma tedavisinin yeterince sağlanmamasında temel sağlık

hizmetlerinin verilememesi ve ulaşılamaması birer engel olarak ortaya çıkmaktadır. Sahra altı Afrika ülkelerinden Nijerya'da 1000 kişiye 0,38 doktor düşmektedir. Uzman hekimlere ise tedavi olmak zordur. Ülkenin gayrisafi yurt için hasılasının sadece %3'ü sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Nijerya sağlık harcamalarına ayırdığı bütçe ile dünyadaki ülkeler arasında 167. sırada yer almaktadır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan halk profesyonel bakıma ve kanıt seviyesi yüksek tedaviye ulaşamadığı için alternatif uygulamalara yönelmektedir. Ülkede alternatif uygulamalar yasal olarak kabul edilmektedir. Sağlık sigortası yaygın olarak kullanılmamaktadır. Ülkede yerel ilaç şirketi oldukça az ve halk bu firmalara güven duymamaktadır. Çünkü maliyeti düşük ve sahte ilaç satışları bulunmaktadır. Ülkede Avrupa veya Amerika kökenli çok az ilaç firması vardır ve ilaçlar ülke halkı için oldukça pahalıdır (<http://www.seyahatsagligi.gov.tr> <https://www.who.int/malaria>).

Ekonomik yetersizlikten dolayı halk sağlık hizmetlerinden faydalanamamaktadır. Ancak ekonomik yetersizliğe ilaveten coğrafi koşullar da halkın tıbbi tedaviye ulaşmasında bir engeldir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan halk ücra yerlerde, alt yapısı yetersiz, ulaşımı zor ve kötü yolları olan yerlerde yaşamaktadır. İlaveten, ülkede azınlık olarak nitelendirilebilecek bireylerinde sağlık bakım ihtiyaçlarının ertelenmesi de sağlık hizmetlerinin önünde bir engeldir (Teklehaimanot ve Mejia, 2008).

2.1.10. Sıtma Vektörü

Sıtma, Anopheles cinsi sivrisineklerin enfekte olması ile yayılmaktadır. Tüm sivrisinekler gibi, Anopheles türleri de yaşam döngüleri dört evreden oluşur: yumurta, larva, pupa ve erişkin. İlk üç aşama, suda ve türlere ve ortam sıcaklığına bağlı olarak 5-14 gün içinde gelişir. Yaşam döngüsünde sadece erişkin dönem karada yaşamaktadır. Erişkinler bir aya kadar yaşayabilir (Crans, 2004).

2.1.11. Sıtmanın Tedavisi ve Bakımında Hemşirenin Rolü

İnsandan insana direkt bulaşma olmaz. Ancak kan transfüzyonları ve enjeksiyonlarla bulaşma olabileceğinden kan ve sekresyonlara yönelik izolasyon önlemleri alınır. Soğuk döneminde hastayı rahatlatmak için hasta battaniye ile örtülür, odanın ısısı artırılır, hastaya bulantısı yoksa sıcak içecekler verilir. Sıcak dönemde ateşi düşürmeye yönelik önlemler alınır.

- Terleme döneminde hastaya ılık banyo yaptırılır.
- Üşümeyi önlemek için yatak takımları ve hastanın çamaşırları sık aralıklarla değiştirilir.
- Hemşire, sıtmanın endemik olarak görüldüğü ülkelere yolculuk yapacak bireylere sıtma hastalığı konusunda bilgi verilmelidir.
- Hasta sıvı alımı konusunda desteklenir.
- Aldığı-çıkarıldığı sıvı ve kilo takibi önemlidir.
- Hastaya gerekirse IV sıvı verilebilir.
- Hasta oral kininden sonra oluşabilecek baş ağrısı, görme bozuklukları, bulantı, bronkospazm ve hemolitik anemi gibi reaksiyonlar yönünden takip edilir. Hastanın vital bulguları sık aralıklarla takip edilir.
- Sıtma bulaşını önlemek için önceden profilaksi uygulamasının önemi bireylere anlatılmadır.
- Vücut ısısı oral alınmaz. Çünkü soğuk dönemde titreme esnasında derece dişler arasında kırılabilir.
- Şuur durumu ve davranış değişiklikleri gözlenir.
- Hastanın yatağının kenarına koruyucular konur ve hasta travmalardan korunur.
- Afrika ülkelerinde sık görüldüğü için seyahat edecek bireyler önceden bilgilendirilmelidir.
- Hastalığın cinsiyet ayırt etmediği belirtilmelidir.
- Hastanın diyeti protein, karbonhidrat, vitamin ve demirden zengin olmalıdır.

- Hastadaki huzursuzluk ve irritabiliteyi azaltmak için hastaya destek olunur. Gerekirse doktor istemine göre reçete edilen sedatifler hastaya verilir. Hastaya ilaçları düzenli almasının önemi anlatılır.
- Tedaviden 4 ay sonrasına kadar kan tetkiklerini yaptırması gerektiği konusunda bilgi verilir (Avcı, 2016).

2.2. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları

Geleneklerine sıkı şekilde bağlı olan toplumlarda gelenek ve göreneklerin etkisi diğer toplumlara göre daha fazladır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre; “fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan, bilgi, beceri ve uygulamalar bütünüdür” (WHO, 2000).

Yöntemler, ülkenin kendi geleneklerinden olan ve mevcut sağlık sistemine işlenmemiş sağlık uygulamaları yelpazesini kapsadığı zaman “tamamlayıcı”, “geleneksel” veya “alternatif tıp” olarak adlandırılır (Tokaç, 2013). Alternatif tıp uygulamaları Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Sağlık Enstitüsüne (NIH) bağlı internet sayfasında, Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine- NCCAM), tarafından başlangıçta “tamamlayıcı-alternatif tıp” (TAT) (complementary/ alternative medicine- CAM) başlığı altında tanımlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tamamlayıcı ve alternatif tedavi ile ilgili raporunda, çoğu bireyin "doğal olan şeyler, güvenilirdir" düşüncesiyle TAT'ı kullandığı belirtilmektedir (WHO Traditional Medicine Report, 2002). Alternatif tıbbın çok yaygın olarak kullanılmasını etkileyen pek çok etmen bulunmaktadır. Dünyada pek çok yerde alternatif tıp ürünlerine ulaşmak çok daha kolay olabilmektedir. Ayrıca toplumun inançları da alternatif tıbbın etkili olduğu yönündedir. Bunun nedenleri arasında halkın genellikle bilimsel bilgileri anlama düzeyinin düşüklüğü, bilime karşıt olmaları, karşılanamayan sağlık gereksinimi, alternatif tıba inanma isteği, sosyokültürel özellikler, davranışlar, tutumlar ve önyargılar yer almaktadır (Yeşilada, 2002; Newell, 2006)

Geleneksel ilaçlar binlerce yıldır sıtmayı tedavi etmek için kullanılmaktadır ve modern antimalaryal ilaçların iki ana grubunun (artemisinin ve kinin türevleri) kaynağıdır (Bodeker & Willcox). Artan ilaç direnci seviyeleri sorunları ve yoksul bölgelerde etkili sıtma ilaçları satın alma ve bunlara erişim sağlamadaki zorluklarla birlikte, geleneksel ilaçlar önemli ve sürdürülebilir bir tedavi kaynağı olabilmektedir.

Geleneksel Antimalaryal Yöntemler Araştırma Girişimi (RITAM), sıtma için geleneksel ilaçlar üzerine araştırmaları ilerletmek amacıyla 1999 yılında kuruldu. RITAM'ın şu anda 30'dan fazla ülkeden 200'den fazla üyesi var. Bitkisel antimalaryaller ve bitki bazlı böcek kovma ve vektör kontrolü yöntemleri üzerine etnobotanik, farmakolojik ve klinik çalışmaların kalitesini standartlaştırmayı ve iyileştirmeyi amaçlayan sistematik literatür incelemeleri yapmış ve kılavuzlar hazırlamıştır. Sıtma için geleneksel bitkisel ilaçları kullanan hastaların oranı büyük ölçüde değişmektedir. Tedavi arama davranışına ilişkin 28 çalışmanın metaanalizini içeren çalışmada, 315 458 katılımcıdan 307'sinin bu tür ilaçları kullandığı saptanmıştır (Willcox ve ark., 2004).

2.3. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Kullanımında Hemşirenin Rolü

Holistik hemşirelik felsefesi doğrultusunda “integratif hemşirelik” kavramı son yıllarda popülerlik kazanmıştır. Klinik uygulamalar ve tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının kullanılabilmesi için hemşirelere “integrative//bütünleştirici/bütüncül” ismi ile rehber sunulmaktadır (Kocaman, 2007; Kreitzer ve Koithan, 2014; Arıkan ve Gözümlü, 2015; Gözümlü ve Platin, 2015). Rehberde gösterilen uygulamalar integratif hemşirelik bakımının içerisinde yer alması nedeniyle hasta sonuçlarına olumlu etkileri olması açısından önemlidir. Bilimsel bilgi ve karar verme süreci arasındaki hassas dengenin sağlanması profesyonel hemşirelik uygulamalarından kritik bir noktadır. Toplum hemşirelerin etik ilkelere bağlı kalmasını ve güvenli bakım sağlamasını istemektedir. Bu nedenle tamamlayıcı sağlık uygulamalarının (TSY) hazırlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir (Khorsid ve Yapucu, 2005). Hemşireler ile yapılan bir çalışmada, hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%76.8) hastaları bilgilendirmenin kendi sorumluluklarından biri olmadığını belirtmiştir (Cırık ve ark. 2016).

Hemşirelerin iş yükünün normalden fazla olması, yeterince bilgiye sahip olmamaları, yasal süreçleri takip etmedikleri gibi nedenlerden dolayı hemşirelerin TSY'nı kendi sorumluluğu olarak görmedikleri düşünülmektedir. Hasta ve hemşire arasında oluşan iletişimin güven ortamında oluşması ve hastaların düşüncelerini ve duygularını rahat ifade edebilmeleri sağlanmalıdır. İlaveten, hemşireler güncel değişimler hakkında bilgi sahibi olmalıdır (NCCIH, 2016). Ancak ülkemizde TSY ile ilgili yasal düzenlemeler içerisinde hemşirelere yönelik düzenleme bulunmamaktadır. Hemşirelerin bu alana dikkatlerinin çekilmesi ve sorumluluk verilmesi gerekmektedir. Toplumun geleneksel uygulamalarından olan TSY'lerin birçoğu aslında hemşirelerin bağımsız görevleri altında yer almaktadır. Müzik, hayal kurma, günlük tutma, masaj vb. TSY uygulamaları için özel bir eğitime gerek yoktur ve hemşirelerin bağımsız girişimleri arasında bulunmaktadır (Kreitzer ve Koithan, 2014). Hemşirelerin tıbbi bakım ve tedaviye ek olarak verdikleri nonfarmakolojik hemşirelik girişimleri hastaların sağlığını iyileştirmekte ve tedaviyi desteklemektedir. Örnek vermek gerekirse, masaj hem tamamlayıcı bir tedavi yöntemi hem de hemşirelik girişimidir. Bu nedenle, müzik, gevşeme teknikleri, dua etme, aromaterapi, akupressur gibi invazif olmayan tamamlayıcı uygulamalar ile hemşirelerin bağımsız görevleri arasında bir köprü bulunmaktadır (Kreitzer ve Koithan, 2014; Khorsid ve Yapucu, 2005).

İntegratif (bütüncül) bakımı sağlamak için bireyin sağlık durumunu etkileyecek tüm uygulamaların dikkatlice ele alınması ve uygulamaların değerlendirilmesi önemlidir. Hemşireler profesyonel sağlık personelleri oldukları için kanıt temelli yaklaşımlar ile bakımın kalitesini arttırmalıdır. Pediatri hemşirelerinin TSY hakkında bilgi düzeylerini artırabilmek, bakımda kanıt temelli uygulamalara ağırlık verebilmek ve hastalarına karşı yeterli olabilmek için TSY ile ilgili eğitim/sertifika almaları önemlidir. Pediatri hemşireleri çocuklar fiziksel muayene esnasında değerlendirirken aynı zamanda TSY kullanma durumlarını ebeveynlere sorarak holistik bir bakım sağlayabilirler. TSY kullanımı çocukların sağlık durumlarını etkilemektedir. Bu nedenle, pediatri hemşirelerinin veri toplama formlarına TSY entegre edilmesi önemlidir (Cırık ve Efe, 2017).

Amerikan Pediatri Akademisi (APA), çocuklarda TSY'nin kullanımının yaygınlaştığını ve sağlık profesyonellerine de sorumluluk düştüğü belirtilmektedir. Özellikle ebeveynlere bilgi verilmesi ve desteklenmesinin önemli olduğu ifade edilmektedir (Kemper et al., 2008). Diğer sağlık profesyonellerine göre hemşireler hem çocuk ile hem ebeveynler ile daha fazla zaman geçirdikleri için bireylerin sağlık ihtiyaçlarını belirleyebilir ve ailelerin çocuklara yönelik önceden kullanılan TSY'nı kolaylıkla belirleyebilir (Muslu ve Öztürk, 2008). Bu nedenle hemşirelere TSY'nın faydasını, zararını ve çocuklarda bu yöntemlerin etkilerini bilmesi gerekmektedir (Muslu ve Öztürk, 2008). Hemşireler TSY ile ilgili kullanımlarda ailelere ön yargılı olmamalı ve hastaların iletişime geçmelerine yardımcı olmalıdır. Ayrıca, hemşireler ailelere ve çocuklara TSY hakkında kanıt temelli bilgiler sunmalı, olumlu duyguları desteklemeli, danışmanlık sağlamalı ve olumsuz bilgileri değiştirmeleri kaliteli bakımın sağlanabilmesi açısından oldukça önem taşımaktadır (Cırık ve Efe, 2017).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Çad Cumhuriyeti'nde bulunan Hopital de la maire et de l'enfant (service pediatri) ve Hopital de lamitier tchad et chine (service de pediatri) hastanelerinin çocuk kliniklerinde yapılmıştır. Hopital de la maire et de l'enfant (service pediatri) hastanesinde 58 yataklı pediatri kliniği bulunmaktadır. Pediatri kliniğinde 32 hemşire, 6 doktor çalışmaktadır. Hopital de lamitier tchad et chine (service de pediatri) 40 yataklı pediatri kliniğine bulunmaktadır. Pediatri kliniğinde 20 hemşire, 8 doktor çalışmaktadır. Araştırmanın verileri Ekim 2020 – Ekim 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Çad Cumhuriyeti'nde bulunan Hopital de la maire et de l'enfant (service pediatri) ve Hopital de lamitier tchad et chine (service de pediatri) hastanelerinde sıtma tanısı alan çocukların ebeveynleri oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplandığı bu hastaneler Çad Cumhuriyeti'nin başkentinde bulunan iki büyük hastaneden ikisidir. Sıtma tanısı alan çocukların çoğunluğu bu hastanelerde tedavi edilmektedirler.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem seçimine gidilmeyip, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra katılmayı kabul eden tüm çocuk ve ebeveynler, araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi toplam 300 ebeveyn oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Örneklemine Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya istekli olması
- İşitme-duyma-konuşma engeli olmaması

- 5 yaş altı sıtma tanısı alan ve hastanede yatışı bulunan çocuğu olması

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişken

Ebeveynlerin sıtma tanısı alan çocuklarını hastaneye getirmeden önce yaptıkları uygulamalar araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.6.2. Bağımsız Değişken

Ebeveynlerin ve çocukların sosyodemoğrafik özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri (Cırık ve ark., 2016; <https://hsgm.saglik.gov.tr> / <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> / Kreitzer & Koithan, 2014) dikkate alınarak oluşturulan “Yapılandırılmış Soru Formu”(EK-1) ile elde edilmiştir.

Yapılandırılmış Soru Formu iki bölümü içermektedir.

1. Çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı bilgileri

2. Ebeveynlerin hastaneye başvuru öncesi çocuklarına yönelik yaptıkları uygulamaları, olumlu-olumsuz etkileri ve ebeveynlerin uygulamalarını etkileyen faktörleri içermektedir.

Yapılandırılmış Soru Formu açık uçlu ve çoktan seçmeli toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Soru formunda yer alan 15. soru sıtma hastalığından korunmak için ev içinde ve çevresinde yaptıkları uygulamaları ve faydasını görme durumunu belirlemeye yönelik açık uçlu olarak hazırlanmıştır. Soru formunda yer alan 24. soru sıtma tanısı alan çocuğun hastaneye başvurmadan önce ebeveynlerin evde sıtma belirtilerine yönelik yaptıkları uygulamaları belirlemeye yönelik açık uçlu olarak hazırlanmıştır. Soru formuna literatür doğrultusunda sıtma hastalığında görülen belirtiler yazılmıştır (<https://hsgm.saglik.gov.tr> / <https://malariaworld.org>; Özcel, 2007).

Bu soru kapsamında, uygulama süresini, sıklığını; uygulamaya bağlı gelişen olumlu/olumsuz durumları, yapılan uygulamanın tek olarak/ başka uygulama ile birlikte yapılma durumunu, ebeveynin yapılan uygulamadaki olumsuz durum karşısında gösterdiği davranışı, ebeveynin yaptığı uygulama hakkında sağlık personeline bilgi verme durumuna yönelik sorular sorulmuştur. Olası farklı yanıtlar için açıklama gerektiren “diğer” seçeneği yazılmıştır.

3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırma öncesi, soru formunun kapsamını ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 5 ebeveyne ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda alınan geri bildirimler doğrultusunda soru formu yeniden düzenlenmiştir. Bu ebeveynler örnekleme dahil edilmemişlerdir.

3.9. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verileri Ekim 2020 – Ekim 2021 tarihleri arasında Çad Cumhuriyetinde bulunan Hopital de la maire et de l'enfant (service pediatri) ve Hopital de lamitier tchad et chine (service de pediatri) hastanelerinin çocuk kliniklerinde toplanmıştır.

Araştırmanın verileri Yapılandırılmış Soru Formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmayı kabul eden ebeveynlere aydınlatılmış onam formu okutulup imzalatılmıştır. Ebeveynlerle yapılan görüşmeler çocuk servisinde sessiz bir ortam sağlanarak yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Araştırma verileri 3 aşamada toplanmıştır.

1. Aşama: Ebeveynlere uygulanacak olan yapılandırılmış soru formu, Çad Cumhuriyetinde yaşayan ebeveynler Arapça ve Fransızca konuştukları için 2 dilde hazırlanmıştır. Yapılandırılmış soru formu için Türkiye’de alanında uzman olan 5 öğretim üyesinden (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanından 4 öğretim üyesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı 1 kişiden görüş alınmıştır. Çad Cumhuriyetinden

ise 3 sağlık profesyonelinden (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı) görüş alınmıştır. Her iki ülkeden alınan görüşler doğrultusundan gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

2. Aşama: Araştırmanın ön uygulaması Çad Cumhuriyetinde 5 çocuğun ebeveynlerine uygulanarak gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3. Aşama: Araştırmanın yapılandırılmış soru formu araştırmacı tarafından Çad Cumhuriyetinde yüz yüze yöntem kullanılarak ebeveynlere uygulanmıştır.

3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 yazılım paket programı kullanılmıştır. Araştırmada, yapılan tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesi aşamasında istatistik uzmanından destek alınmıştır. Çocukların ve ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, daha önce sıtma geçirme durumları, ebeveynlerin hastaneye başvuru öncesi yaptıkları uygulamalar, sıtma hastalığının belirtilerine yönelik hastaneye başvurmadan önce yaptıkları uygulamalar, uygulama sıklığı, uygulama zamanı, uygulamayı kimden öğrendiği, uygulamayı tercih etme nedeni, başkasına tavsiye etme durumunun değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Ayrıca çocukların çocukların cinsiyeti ile sıtma geçirme durumlarının karşılaştırılmasında, annelerin sosyademografik özelliklerine göre çocuklarını hastaneye götürmeden önce evde uygulama yapma durumlarının karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Ayrıca küçük örnekleme nedeniyle herhangi bir hücrede beklenen sayı 5'ten az bulunduğu durumlarda çocukların cinsiyeti ve klinik bulguları arasındaki ilişkiyi belirlemek için 'Fisher exact' test uygulanmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tanımlayıcı tipte yürütölen araştırma sonuçlarının sadece Çad Cumhuriyetinde araştırmaya katılan bireylere genellenmesidir.

3.12. Araştırma Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (EK-2). Etik onay alındıktan

sonra, araştırmanın uygulanabilmesi için Hopital de la maire et de l'enfant (service pediatri) ve Hopital de lamitier tchad et chine (service de pediatri) hastanelerinden kurum izinleri alınmıştır (EK-III, EK-IV). Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden de aydınlatılmış onam alınmıştır (EK-V). Soru formu uygulamasından sonra ebeveynler tarafından çocuklarına yapılan hatalı/yanlış uygulamalar olduğunda araştırmacı tarafından bu konuda bilgilendirilme yapılmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan çocukların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=300)

	Özellikler	n	%
Cinsiyet	Kız	184	61.3
	Erkek	116	38.7
Yaş	1 yaş ve altı	132	44.0
	2 - 3 yaş	85	28.3
	4- 5 yaş	83	27.7
	Yaş ortalaması (Mean±SD)	2.07±1.809	
Ailenin çocuk sayısı	2 ve altı	102	34.0
	3 - 4	106	35.3
	5 ve üzeri	92	30.7
Çocuğun kendi odası	Var	174	58.0
	Yok	126	42.0

Tablo 4.1’de Araştırmaya katılan çocukların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çocukların %61.3’ünün kız, yaş ortalamasının 2.07±1.809 yıl, %44.0’ının 1 yaş ve altı olduğu belirlenmiştir. Ailenin %35.3’ünün 3-4 çocuğu olduğu görülmüştür. Çocukların %58.0’ının kendine ait odasının olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=300)

		Anne		Baba	
		n	%	n	%
Çalışmaya katılan ebeveyn		300	100.00		
Yaş ortalaması (Mean/SD)		300	27.17±13.610	300	33.22/.18.124
Yaş dağılımı					
	30 yaş ve altı	104	34.7	108	36.0
	31-37 yaş	103	34.3	107	35.7
	38 yaş ve üzeri	93	31.0	85	28.3
Eğitim durumu					
	Okuryazar değil	53	17.7	61	20.3
	İlköğretim	86	28.7	77	25.7
	Ortaöğretim	96	32.0	82	27.3
	Lise ve üstü	65	21.7	80	26.7
Çalışma durumu					
	Çalışıyor	26	8.7	300	100.0
	Çalışmıyor	274	91.3	-	-
Aile yapısı					
	Çekirdek aile	23	7.7	-	-
	Geniş aile	277	92.3		
Gelir durumu					
	Gelir gidere eşit	80	26.7		
	Gelir giderden fazla	220	73.3		

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalamasının 27.17±13.610 yıl olduğu, ortaöğretim mezunu %32.0 ve çalışmadığı %91.3 belirlenmiştir. Babaların ise yaş ortalaması 33.22/.18.124 yıl olduğu, ortaöğretim mezunu %27.3 ve hepsinin %100.0 çalıştığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin geniş aile yapısında %92.3 ve gelirin giderden fazla olduğu %73.3 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Ailenin daha önce sıtma geçirme durumu

	Anne		Baba		Çocuk		Diğer çocuklar	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Daha önce sıtma geçirme durumu								
Evet	300	100.0	300	100.0	148	49.3	253	84.3
Hayır					152	50.7	47	15.7
Geçirme sıklığı								
2 ve altı					89	29.7		
3 ve 4	300	100.0	300	100.0	59	19.7	208	69.3
5 ve üzeri							45	15.0

Tablo 4.3.'de ailenin daha önce sıtma geçirme durumu verilmiştir. Çalışmada ebeveynlerin tamamının (%100.0) daha önce sıtma tanısı aldığı, sıtma hastalığını geçirme sıklığı 3 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Hastaneye yatışı olan çocukların %50.7'sinin daha önce sıtma geçirmediği görülmüştür.

Tablo 4.4. Hasta çocukların cinsiyeti ile sıtma geçirme durumlarının karşılaştırılması

	Geçirme sıklığı	Kız (N=184)		Erkek (N=116)		x ²	p
		n	%	n	%		
Hasta çocuğun sıtma geçirme durumu	3 ve altı	28	62.2	17	37.8	0.105	0.75
	4 ve üstü	124	59.6	84	40.4		
Diğer çocukların sıtma geçirme durumu	Evet	152	60.1	101	39.9	1.071	0.30
	Hayır	32	68.1	15	31.9		

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, sıtma tanısı alan kız çocukların %62,2'sinin 3 ve altında daha önce sıtma geçirdiği saptandı. Sıtma tanısı olan çocukların, cinsiyet değişkeni ile daha önce sıtma geçirme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.75).

Ebeveynlerin diğer çocuklarında ise, kızların %68,1'inin daha önce sıtma geçirmediği saptandı. Sıtma tanısı olmayan çocukların cinsiyet değişkeni ile sıtma geçirme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.30$).

Tablo 4.5. Ebeveynlerin sıtması olan çocuklarına yönelik yaptıkları uygulamaların sıklığı, öğrendiği kaynak, tercih etme nedeni ve tavsiye etme durumu (N=300)

Uygulama	n	%
Uygulama sıklığı		
Çoğunlukla	295	98.3
Bazen	4	1.4
Nadiren	1	0.3
Öğrendiği kaynak		
Aile ve yakınları	37	12.3
Doktor	263	87.7
Tercih etme nedeni	300	100.0
Yararlı olması		
Tavsiye etme durumu		
Evet	300	100.0
Hayır		

Tablo 4.5'te ebeveynlerin sıtması olan çocuklarına yönelik yaptıkları uygulamaların sıklığı, öğrendiği kaynak, tercih etme nedeni ve tavsiye etme durumuna yönelik veriler verilmiştir. Ebeveynlerin sıtmalı çocuklarına alternatif yöntemleri %98.3'ünün çoğunlukla uyguladığı, %87.7'sinin alternatif yöntemleri doktorlardan öğrendiği, %100.0'ünün yararlı olduğu için alternatif yöntemleri tercih ettiği ve %100.0'ünün başkalarına alternatif yöntemleri tavsiye ettiği saptandı.

Tablo 4.6. Ebeveynlerin sıtması olan çocuklara hastaneye başvuru öncesi yaptığı uygulamalar

Yöntem	n	%
Paracetamol şurup	101	33.7
Kinin tb.	6	2.0
Artefan tb.	22	7.3
Klorokin		
Eczaneden ilaç alma	132	44.0
Soğuk uygulama	199	66.3
Kuru bezle tüm vücudu örtme	199	66.3
Muray bitkisinin suyu	16	5.3
Neem bitkisinin suyu	31	10.4
Limon suyu	15	5.0
İnek idrarı	11	3.7

Tablo 4.6.da ebeveynlerin sıtması olan çocuklara hastaneye başvuru öncesi yaptığı uygulamalar verilmiştir. Ebeveynlerin %66,3'ünün soğuk uygulama ve kuru bezle tüm vücudu örtme uygulamasını yaptığı saptandı. Ebeveynlerin %44.0'ünün eczaneden ilaç aldığı, %33.7'sinin çocuklarına paracetamol şurup verdiği belirlendi. Ebeveynlerin bitkisel ürün olarak çocuklarına %10.4'ünün neem bitkisinin suyunu, %5.3'ünün muray bitkisinin suyunu ve %5.0'ının limon suyunu verdiği görüldü. Ebeveynlerin %3.7'sinin inek idrarını çocuklarına verdiği saptandı.

Tablo 4.7. Ebeveynlerin çocukların sıtma semptomlarına yönelik hastaneye başvurmadan önce evde yaptıkları uygulamalar

Semptom	Kullanılan yöntem	n	%
Ateş	Ateş düşürücü	101	33.7
	Soğuk uygulama	199	66.3
Titreme	Hastaneye başvurma	105	35.0
	Soğuk uygulama	195	65.0
Terleme	Hastaneye başvurma	101	33.7
	Kuru bezle örtme	199	66.3
Baş ağrısı	Hastaneye başvurma	101	33.7
	Muray suyu	16	5.3
	Niim suyu	31	10.3
	Paracetamol	138	46.0
	Soğuk uygulama	14	4.7
Bulantı	Hastaneye başvurma	101	33.7
	Eczaneden ilaç alma	132	44.0
	Artefan	22	7.3
	İnek idrari	11	3.7
	Kinin	6	2.0
	Limon suyu	15	5.0
	Muray suyu	6	2.0
	Niim suyu	3	1.0
	Klorokin	4	1.3
Kusma	Hastaneye başvurma	238	70.3
	Eczaneden ilaç alma	62	20.7
Kas ağrısı	Hastaneye başvurma	300	100.0
Halsizlik	Hastaneye başvurma	300	100.0

Tablo 4.7.'de ebeveynlerin çocukların sıtma semptomlarına yönelik hastaneye başvurmadan önce evde yaptıkları uygulamalar verilmiştir. Ebeveynlerin sıtması olan çocuklarına; **ateşte** %66.3'ünün soğuk uygulama yaptığı, **titremede** %65.0'nın soğuk uygulama yaptığı, **baş ağrısında** %46.0'nın paracetamol kullandığı, **bulantıda** %44.0'nın eczaneden ilaç aldığı, **kusmada** %79.3'ünün hastaneye başvurduğu, **kas ağrısında ve halsizlikte** %100,0'nın hastaneye hastaneye başvurduğu saptandı.

Tablo 4.8. Annelerin kullanımı etkileyen faktörler özellikleri ile çocuklarını hastaneye götürmeden önce evde uygulama yapma durumlarının karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler			Evde uygulama yapma durumu				x ²	p
	n	%	Evet		Hayır			
			n	%	n	%		
Annenin yaşı								
30 yaş ve altı	104	34.7	66	63.5	38	36.5	0.59	0.745
31-37 yaş	103	34.3	70	68.0	33	32.0		
38 yaş ve üzeri	93	31.0	63	67.7	30	32.3		
Annenin eğitimi								
Okuryazar değil	53	17.7	35	66.0	18	34.0	4.49	0.213
İlköğretim	86	28.7	51	59.3	35	40.7		
Ortaöğretim	96	32.0	71	74.0	25	26.0		
Lise ve üstü	65	21.7	42	64.6	18	34.0		
Çalışma durumu								
Çalışıyor	26	8.7	17	65.4	9	34.6	0.92	0.915
Çalışmıyor	274	91.3	182	66.4	92	33.6		
Aile yapısı								
Çekirdek aile	23	7.7	15	65.2	8	34.8	0.91	0.906
Geniş aile	277	92.3	184	66.4	93	33.6		
Gelir durumu								
Gelir gidere eşit	80	26.7	50	62.5	30	37.5	0.40	0.397
Gelir giderden	220	73.3	149	67.7	71	32.3		
Fazla								

* $p < 0.05$

Tablo 4.8.'de annelerin sosyodemografik özellikleri ile çocuklarını hastaneye götürmeden önce evde uygulama yapma durumlarının karşılaştırılması verilmiştir. Annelerin 31-37 yaş aralığında olanların %68.0'ının, ortaöğretime sahip olanların %74.0'ının, çalışanların %65.4'ünün, çalışmayanların %66.4'ünün, geniş ailesi olanların %66.4'ünün, geliri giderden fazla olanların %67.7'sinin evde uygulama yaptığı saptanmıştır. Annelerin yaş dağılımı, eğitim durumu, çalışma durumu, aile yapısı ve gelir durumu ile çocuklarını hastaneye götürmeden önce evde uygulama yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.9. Annelerin eğitim durumları ile sıtma belirtilerine yönelik evde yaptıkları uygulamaların karşılaştırılması

Yapılan uygulamalar	Okuryazar değil		İlkokul		Ortaokul		Lise ve üstü		x ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ateş										
Ateş düşürücü	18	17.8	35	34.6	25	24.8	23	22.8	4.49	0.22
Soğuk uygulama	35	17.6	51	25.6	71	35.7	42	21.1		
Titreme										
Hastaneye başvurma	21	20.0	36	34.3	25	23.8	23	21.9	5.67	0.13
Soğuk uygulama	32	16.4	50	25.6	71	36.5	42	21.5		
Terleme										
Hastaneye başvurma	18	17.5	35	34.8	25	24.9	23	22.8	0.45	0.21
Kuru bezle örtme	35	17.6	51	25.6	71	35.8	42	21.1		
Baş ağrısı										
Medikal Tedavi	21	15.2	38	27.5	49	35.5	30	21.8	3.12	0.37
Bitkisel Tedavi	5	31.2	3	18.8	4	25.0	4	25.0		
Kusma										
Eczaneden ilaç alma	15	24.2	14	22.6	22	35.5	11	17.7	3.75	0.29
Hastaneye başvurma	38	16.0	72	30.2	74	31.1	54	22.7		
Bulantı										
Medikal tedavi	41	15.5	75	28.3	89	33.6	60	22.6	11.06	0.88
Bitkisel tedavi	8	33.3	6	25.0	6	25.0	4	16.7		
Hayvan ürünleri	4	36.3	5	45.5	1	9.1	1	9.1		

*Sıtma belirtilerinden bulantı sıklığının %20'sinden fazlası p<0.05'in altında olduğu için değerlendirme yapılmamıştır.

Çalışmaya katılan ortaokul mezunu annelerin **ateş** durumunda %35.7'sinin soğuk uygulama yaptığı, ilkokul mezunu annelerin %34.7'sinin ateş dürücü verdiği saptanmıştır.

Titreme durumunda ortaokul mezunu annelerin %36.4'ünün soğuk uygulama yaptığı, ilkokul mezunu annelerin %34.3'ünün çocuklarını hastaneye götürdüğü belirlenmiştir. **Terleme** durumunda ortaokul mezunu annelerin %35.7'sinin çocuğun tüm vücudunu kuru bezle örttüğü, ilkokul mezunu annelerin %34.7'sinin çocuklarını hastaneye götürdüğü belirlenmiştir. **Baş ağrısı** durumunda ortaokul mezunu annelerin %35.5'i medikal tedavi (parasetamol, hastane başvurma ve soğuk uygulama) yöntemini kullandığı, okuryazar olmayan annelerin %31.2'si bitkisel tedavi yöntemi (muray ve nim suyu) kullandığı tespit edilmiştir. **Kusma** durumunda ortaokul mezunu annelerin %35.5'inin eczaneden ilaç aldığı, %31.1'inin çocuklarını hastaneye götürdüğü belirlenmiştir. **Bulantı** durumunda ortaokul mezunu annelerin %33.6'sı medikal tedavi (Artefan, Klorokin, Kinin, Eczaneden ilaç alma, Hastaneye Başvurma), okuryazar olmayan annelerin %33.3'ü bitkisel tedavi (Limon suyu, Muray suyu ve Neem suyu) yöntemi kullandığı ve ilkokul mezunu annelerin %45.5'i hayvan ürünü (İnek idrari) kullandığı bulunmuştur. Annelerin eğitim durumuna göre sıtma belirtilerine yönelik evde yapıtıkları uygulamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Annelerin çalışma durumları ile sıtma belirtilerine yönelik evde yaptıkları uygulamaların karşılaştırılması (N=300)

Yapılan uygulamalar	Çalışıyor		Çalışmıyor		X ²	p
	n	%	n	%		
Ateş						
Ateş düşürücü	9	8.9	92	91.1	0.01	0.92
Soğuk uygulama	18	8.5	182	91.5		
Titreme						
Hastaneye başvurma	9	8.6	96	91.4	0.00	0.97
Soğuk uygulama	17	8.7	178	91.3		
Terleme						
Hastaneye başvurma	9	8.9	92	91.1	0.01	0.92
Kuru bezle örtme	17	8.5	182	91.5		
Baş ağrısı						
Medikal Tedavi	16	11.6	1	88.4	0.417	0.51
Bitkisel Tedavi	122	6.3	15	93.7		
Bulantı						
Medikal tedavi	25	9.4	240	90.6	2.477	0.29
Bitkisel tedavi	0	0.0	24	100.0		
Hayvan ürünleri	1	9.1	10	90.9		
Kusma						
Eczaneden ilaç alma	4	6.5	58	93.5	0.484	0.486
Hastaneye başvurma	22	9.2	216	90.8		

*Sıtma belirtilerinden bulantı sıklığının %20'sinden fazlası p<0.05'in altında olduğu için değerlendirme yapılmamıştır.

Tablo 4.10.'da annelerin çalışma durumları ile sıtma belirtilerine yönelik evde yaptıkları uygulamaların karşılaştırılması verilmiştir. Çalışmaya katılan çalışmayan annelerin %91.5'u ateş durumunda soğuk uygulama yaptığı, titreme durumunda %91.3'ü soğuk

uygulama yaptığı, terleme durumunda %91.5'inin kuru bezle çocuğun tüm vücudunu örttüğü, **baş ağrısı** durumunda çalışan annelerin %88.4' medikal tedavi (paracetamol, hastane başvurma ve soğuk uygulama) yöntemini kullandığı, çalışmayan annelerin %93.7'si bitkisel tedavi yöntemi (muray ve nim suyu) kullandığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, **bulantı** durumunda medikal tedavi yöntemini (artefan, klorokin, kinin, eczaneden ilaç alma, hastaneye başvurma) tercih eden annelerin %90.6'sının çalışmadığı, bitkisel tedavi yöntemini (limon suyu, muray suyu ve neem suyu) tercih eden annelerin tamamının (%100) alışmadığı ve hayvansal ürünleri (inek idrari) kullanan annelerin ise %90.9'ununu çalışmadığı bulunmuştur. Çalışmayan annelerin kusma durumunda %93.5'inin eczaneden ilaç aldığı saptanmıştır. Annelerin alışma durumuna göre sıtma belirtilerine yönelik evde yapıtıkları uygulamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Günümüzde tamamlayıcı alternatif yöntemlerinin kullanımı giderek artmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan yararlı uygulamalar olabilirler. Bu yöntemlerin bazıları zararsız olabilirken, diğerleri sağlık için belirli risklere neden olabilmektedir (South & Lim, 2003).

Bu çalışma, ebeveynlerin sıtması olan çocuklarına hastaneye başvuru öncesi evde yaptıkları uygulamaları değerlendirmeyi amaçlamıştır. Çalışmada annelerin %100'ünün hastaneye başvuru öncesi çocuklarına en az bir alternatif uygulamayı yaptığı belirlenmiştir. Bizim sonucumuza benzer şekilde, Akçay ve Yıldırım (2017) ailelerin tamamının çocuğu için TAT türlerinden en az birini kullandığını saptamışlardır. Ustuner Top ve ark. (2021) çalışmalarında annelerin % 81.0'nın solunum yolu hastalıkları olan çocuklarına en az bir TAT uygulaması yaptıklarını belirtmişlerdir. Stampini ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada, annelerin % 81.7'sinin kulak, burun veya boğaz sorunları olan çocuklarına bir yıl içinde TAT kullandığını saptamışlardır. Yıldız Kemer ve İşler Dalgıç (2022) Çalışmalarında ebeveynlerin %99.4'ünün pediatrik onkoloji tanısı olan çocuklarına en az bir TAT kullandıklarını bildirmişlerdir. Ustuner Top ve ark. (2017) hastanede yatışı bulunan çocukların annelerinin %97.7'sinin en az bir TAT yöntemini kullandığını saptamışlardır. Bizim çalışmamız yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda olduğu gibi yapılan çalışmalarda da ebeveynlerin hemen hemen tamamının çocuklarına tamamlayıcı alternatif tedavileri kullandıkları görülmektedir.

Çalışmamızda ebeveynlerin sıtması olan çocuklarda en sık kullandıkları yöntemler soğuk uygulama ve kuru bezle tüm vücudu örtme uygulamasıdır. Ebeveynlerin yaptığı diğer uygulamalar eczaneden ilaç alma, parasetamol şurup verme uygulamasıdır. Ebeveynlerin bitkisel ürün olarak çocuklarına; neem bitkisinin (Hint leylağı) suyunu, muray bitkisinin suyunu ve limon suyunu verdiği görüldü. Ayrıca, ebeveynlerin inek idrarını da çocuklarına verdiği saptandı. Ustuner Top ve ark. (2021) çalışmalarında, annelerin solunum yolu hastalıkları olan çocuklarına, zencefil, bal nane ve limon gibi bitkisel ürünleri kullandıklarını bildirdiler. Ustuner Top ve ark. (2017) çalışmalarında,

hastanede yatışı bulunan çocukların annelerinin geçmişte en yaygın kullandıkları alternatif yöntemlerin vitaminler, soğuk uygulama, masaj ve müzik olduğunu bildirdiler. Gürol ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, annelerin %89,3'ünün boğaz ağrısı için nane ve limon çayını tercih ettiğini ve %38,9'unun öksürük için zencefil kullandığını göstermiştir. Uysal ve arkadaşları (2017) çalışmalarında ebeveynlerin hemotoloji /onkoloji hastası olan çocuklarına bitkisel ürünleri (ısırgan otu, kimyon, reishi mantarı, köri tozu, bitki çayı) kullandıklarını saptamışlardır. Birçok kültür bitkiyi yüzyıllardır sağlığa yararları için kullanmıştır. Bitki bazlı tedavilerin kullanılmasının altında yatan sebep, bunların kolay erişilebilir olması ve maliyetinin daha düşük olmasıdır (Kujawska ve ark., 2012).

Çalışmada annelerin yaş dağılımı, eğitim durumu, çalışma durumu, aile yapısı ve gelir durumu ile evde uygulama yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Annelerin sosyo-demografik özellikler farklılık gösterse bile, kültürel yapıdan dolayı sıtması olan çocuklara alternatif uygulamalardan en az birini yaptığı düşünülmektedir. Koç ve ark. (2011) bizim çalışma sonucumuza benzer şekilde 18 pediatrik onkoloji hastalarında aile yapısının TAT kullanımını etkilemediğini belirtmişlerdir. Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olanların daha fazla TAT kullandığı bildirilmektedir (Martel ve ark., 2005; Laengler ve ark., 2008; O'Connor ve ark., 2013). Oysaki bazı çalışmalarda bizim sonuçlarımız gibi eğitim düzeyinin TAT kullanımını etkilemediğini ortaya koymaktadır (Genc ve ark., 2009; Karali ve ark., 2012; Heath ve ark., 2012; Tomlinson ve ark., 2011; Naja ve ark., 2011; Akçay ve Yıldırımlar, 2017). Yapılan çalışmalarda bizim çalışma sonucumuz gibi ekonomik durumun çocuklarda TAT kullanımını etkilemediği bildirilmiştir (Karali ve ark., 2012; Heath ve ark., 2012; Hamidah ve ark., 2009; Duygu ve Dalgıç, 2022). Bu durum, ebeveynlerin yaş, aile yapısı, eğitim düzeyi veya ekonomik düzeyi ne olursa olsun çocuklarına yardım etmek için alternatif uygulamalara başvurduklarını göstermektedir.

Yakın çevreden (aile ve arkadaşlar vd.) gelen tavsiyeler ve deneyimler, karar verme sürecinde önemli faktörlerdi. Bizim çalışmamızda annelerin alternatif uygulamaların kullanımına yönelik bilgi kaynaklarının çoğunluğunun doktorlar olduğu saptandı. Oysaki, diğer çalışmalarda bizim sonucumuzla farklılık olduğu görülmektedir. Ustuner

Top ve ark. (2021) annelerin çoğunluğunun TAT kullanımıyla ilgili temel bilgi kaynaklarının medya olduğunu bildirmişlerdir. Lanski ve ark. (2003) yaptığı çalışmada, ebeveynlerin %80'i, arkadaşlarını veya akrabalarını birincil bilgi kaynağı olarak bildirmiştir. Başka bir çalışmada, aile/arkadaşlar, sağlık/gıda mağazaları ve internetin TAT kullanıcıları için en yaygın bilgi kaynakları arasında olduğu gösterilmiştir (Frawley ve ark., 2017).

Bu çalışma, annelerin tamamının, doktorlara kullandıkları alternatif yöntemler hakkında bilgilendirdikleri saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Ustuner Top ve ark. (2021) annelerin %53.3'ünün, Pitetti ve ark. (2001) %66'sının, McCann ve Newell (2006) % 55'inin, Frawley ve ark. (2017) %52'sinin doktorları veya sağlık profesyonellerini bilgilendirmediğini bildirmiştir. Doktorlara bilgi verilmesinin nedeni alternatif yöntemlerin kullanımının zararlı olmadığına inanmaları olabilir.

Çalışmada ebeveynlerin %98.3'ünün sıtmalılı çocuklarına alternatif yöntemleri çoğunlukla uyguladığı saptanmıştır. Çalışmalar genellikle sıtma hastalığında kullanılan alternatif yöntemleri bildirir de, hangi semptomlar için hangi yaklaşımların uygulandığını göstermemektedir. Bu çalışmada annelerin çocuklarının semptomlarını tedavi etmek için en sık kullandıkları doğal ürünler muray bitkisinin suyu (%5.3), neem bitkisinin suyu (%10.4) ve limon suyudur (%5.0). Ebeveynler çoğunlukla bu ürünleri baş ağrısı ve bulantıyı ortadan kaldırmak için kullandıklarını bildirmiştir. Baş ağrısı ve bulantı, sıtma hastalarında sık görülen bir semptomdur. Literatürde sıtma tanısı olan hastalarda muray bitkisinin suyu, neem bitkisinin suyu ve limon suyunun kullanımına ilişkin çalışma bulunmamaktadır.

Hint leylağı, Margosan ağacı ya da Neem ağacı olarak bilinen *A. indica* orijini Güney'den Hindistan, Pakistan, Endonezya'yı içine alan Güneydoğu Asya'ya kadar uzanmaktadır. Bunların dışında Afrika'nın tropikal ve subtropikal alanlarda görülmektedir (Erdoğan, 2013). Neem ağacı'ndan elde edilen azadirachtin, salannin, salannol, meliantriol gibi maddeler böcekler üzerine etkilidir. Tarım sektöründe böcek ilacı olarak kullanılmaktadır (Erdoğan, 2013). Neem ağacı suyunun sıtması olan çocuklarda ebeveynler tarafından kullanılması çocukların sağlığının daha da

kötüleşmesine neden olabilir. Neem ağacının suyunun insanlarda yararları ve zararları üzerine etkilerinin araştırılması gerekmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde, tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin bir parçası olan bitkisel ürünlerin kullanımı giderek artmaktadır. Özellikle yenidoğan ve süt çocuklarında en sık papatya, rezene, anason bitkilerinin ve paralel olarak yanlış tekniklerin kullanımına bağlı istenmeyen etkilerin görülme sıklığı artmıştır (Arıca ve ark.,2012). Ailelerin, tamamlayıcı tedavi yöntemleri ile ilgili görüşlerinin ve kullandığı yöntemlerin sorgulandığı çalışmada; ailelerin çocukları için; yöntem olarak sırasıyla en fazla bitkisel çay, tuz lambası kullandıkları, en az olarak da dua ve zeytinyağı kullandıkları belirtilmiştir (Bozkaya ve ark., 2008).

Saklama koşulları, son kullanma tarihleri, tüketilecek miktarlar, kullanım sırasında bitkisel ürünlerin tüketilmesinin yararları/riskleri ve uygunluğu konusunda kanıta dayalı bilimsel çalışmaların yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

Bitkiler, besinler ve vitaminler gibi biyoloji temelli tedavilerdeki aktif maddelerin konsantrasyonlarında önemli farklılıklar vardır. Bu nedenle çocuklarda kullanılan biyoloji temelli alternatif uygulamaların bazı yan etkileri olabilir (Quimby, 2007). Bu nedenle bakım veren hemşireler, yararlı olduğuna dair hiçbir kanıtı olmayan veya zararlı etkilere neden olma potansiyeli olan alternatif uygulamalar hakkında ebeveynleri bilgilendirmelidir.

Karaciğer ve böbrek fonksiyonları iyi gelişmemiş olan çocuklarda TAT uygulamalarının zararlı yan etkilere olabilmekte (Muslu Karayağız ve Öztürk, 2008) ve tıbbi tedaviyi geciktirme ve bırakma gibi dolaylı yan etkileri de görülebilmektedir (Cohen ve Kemper, 2005). Uyku düzensizliği ve gastrointestinal sistem ağrılarında kullanılan kedi otunun dikkat eksikliği yapabilme özelliği mevcuttur (Uzun ve ark., 2014). Ayrıca, ada çayı olarak bilinen *Salvia officinalis* bitkisinin yağının süt çocuğunda; gaz giderme ve kolik ağrısı azaltma amacıyla deriye sürülmesi gerekirken; oral yol ile alınması, çocuğun konvülziyon geçirmesine ve oksijen tedavisi almasına neden olmuştur (Arıca ve ark., 2012) Acı elma yağını, kolik tedavisi için ailenin yanlış yoldan uygulaması sonucu gözlem altına alınan 45 günlük bebekte komplikasyon gözlenmemiştir.

Doğal olmaları nedeniyle güvenli tedavi yöntemleri olarak bilindikleri ve pazarlandıkları için TAT uygulamalarının yan etkileri, zararlı etkileri olabileceği sıklıkla göz ardı edilmektedir. Sağlık profesyonelleri, TAT yöntemlerinin etkinliği, dozajları, yan etkileri, toksisiteleri ve potansiyel ilaç etkileşimlerinden haberdar olmalıdır. Sağlık profesyonelleri, ebeveynlere rutin olarak TAT kullanımını sormalı ve kullanım nedenlerini ile beklenen sonuçlarını tartışmalıdırlar. Sağlık profesyonelleri, bu tür bir tartışma vasıtasıyla, ebeveynlerin tercihlerine yardımcı olabilirler (Akçay ve Yıldırımlar, 2017).

Alternatif uygulamalarının her biri belirli bir risk/fayda kombinasyonu sunmuştur ve beklenen sonuçları herkes için aynı derecede etki etmeyebilir. Ayrıca, ilaçlarla birlikte kullanıldığında bir takım istenmeyen etkiler ortaya çıkabilir (Loman, 2003). Ebeveynlerin bu konuda sağlık profesyonellerini bilgilendirmediği görülmektedir. Bu nedenle klinik takiplerde TAT yöntemleri sağlık profesyonelleri tarafından rutin olarak araştırılmalıdır. Bu çalışmanın sonuçları, annelerin TAT yöntemlerini doğal ve güvenli buldukları ve geleneksel tıbbın biraz yetersiz olduğuna inandıkları için kullandıklarını ortaya koydu. Daha önce yapılan çalışmalarda annelerin tercih etme sebeplerinin başında TAT yöntemlerinin doğal olması olduğu vurgulanmıştır (Passalacqua ve ark., 2005). Ailelerin bir kısmı süreci daha kolay kontrol edebildikleri için TAT yöntemlerini tercih ettiler. Sebep ne olursa olsun, çocuklarda TAT tedavileri her geçen gün daha fazla kabul görmekte ve bu eğilim giderek artmaktadır. Biz sağlık çalışanları olarak bu artışı ciddiye almalı ve hastalara bazı önemli sorular sormalı, nedenlerini anlamalı ve onlara bilgili önerilerde bulunmalıyız (South ve Lim, 2003). Hemşireler çocukları ve ailelerini eğitirken onların kültürel yapılarını, değerlerini, inançlarını ve geleneklerini bütüncül olarak değerlendirmeli, bunlara dayalı olarak herhangi bir TAT'ı benimseyip benimsemediklerini sorgulamalı çocukların bakımını buna göre planlamalıdırlar.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuçlar

1. Annelerin sıtması olan çocuklarına hastaneye başvuru öncesi yaptığı uygulamalar arasında birinci sırada soğuk uygulama (%66.3) ve kuru bezle tüm vücudu örtme (%66.3) yer almıştır.
2. Anneler tarafından uygulanan en sık doğal/bitkisel ürünler; %5.3 muray bitkisinin suyu, %10.4 neem bitkisinin suyu, %5.0 limon suyudur.
3. Anneler tarafından çocuklarına evde verilen ilaçlar; %33.7 Paracetamol şurup, %2.0 Kinin tb., %7.3 Artefan tb.'dir.
4. Anneler tarafından çocuklarına evde verilen hayvansal ürün, %3.7 inek idrarıdır.
5. Anneler tarafından çocuklarına evde yapılan diğer bir uygulama, %44.0 eczaneden ilaç almaktır.
6. Annelerin yaş grubu, eğitim durumu, aile yapısı, gelir durumu ile evde uygulama yapma durumları ve kullanımı etkileyen faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Öneriler

1. Ebeveynlerin sıtma tanılı çocuklarına uyguladıkları yöntemlere yönelik veri toplama formlarının klinikte kullanılabilecek hale getirilmesi
2. Ebeveynlerin sıtma tanılı çocuklarının bakımına eğitim programının hazırlanması ve uygulanması
3. Hemşirelerin Ebeveynlere eğitim programlarında sıtma hastalığından korunma ve bakım uygulamalarına yer verilmesi,
4. Hemşirelerin sıtmadan korunma ve bakımı konusunda bilimsel çalışmalar yapması önerilmektedir.
5. Ebeveynlerin sıtmalı çocuklarına yönelik yaptıkları uygulamaların olası etkilerini, yan etkilerini araştırması, çocuk, aile ve toplumu bu konularda bilgilendirmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akçay, D., Yıldırım, A. Çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve ebeveyn bilgilerinin değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi* 2017; 17(4):174-181
- Akdur R. Sıtma. Temel Bilgiler. Palme Yayınları: 278, Ankara,2004.
- Aksoy GA, Pektaş B, Öncel K, Özdemir OA, Çavuş İ, & Özbilgin A. Manisa ilinde 2008-2012 yılları arasında saptanan sıtma olgularının değerlendirilmesi. *Türkiye Parazitoloji Dergisi* 2014; 38(3), 151-154. doi:10.5152/tpd.2012.49
- Arıca V , Arıca S , Tutanç M , Motor S , Motor V , Doğan M . Ada çayı yağının ağızdan kullanımına bağlı süt çocuğunda konvülziyon. *Türk Pediatri Arşivi*. 2012;47(1):70-71.
- Arıkan F, Gözüm S. Ağrı yönetiminde integratif/bütünleştirici uygulamalar. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics* 2015; 1(3):47-58. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-agri>.
- Avcı İA. Toplumsal Boyutuyla Enfeksiyon Hastalıkları ve Bakım. In: Erci B, eds. *Halk Sağlığı Hemşireliği*. 2nd ed. Anadolu Nobel Kitabevleri: Elazığ; 2016, p: 306-308.
- Bodeker G, Willcox ML. Conference report: the first international meeting of the Research Initiative on Traditional Antimalarial Methods (RITAM). *J Alternative Complementary Med* 2000;6: 195-207
- Bozkaya ÖG, Akgün İ, Birgi E, Çinkoğlu, A, Gög K, Karadeniz D. Anne Babaların Çocuklarında Uyguladıkları Alternatif Tıp Yöntemleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008;22(3):129 – 135.
- Cırık V, Efe E, Öncel S, Gözüm S. Experiences and Attitudes of Nurses Regarding Complementary Health Approaches Used by Themselves and Their Patients. *J Transcult Nurs*. 2017; 28(4): 381-390. doi.org/10.1177/1043659616651672.
- Cohen NM, Kemper K. Complementary therapies in pediatrics: a legal perspective. *Pediatrics* 2005;115(3): 774-80
- Crans WJ. A classification system for mosquito life cycles: life cycle types for mosquitoes of the northeastern United States. *J Vector Ecol*. 2004; 29:1-10.
- Çelik T, & Kölgelir S. Adıyaman’da 2000-2011 yılları arasında aktif ve pasif sürveyans ile saptanan sıtma olguları. *Türkiye Parazit Derg* 2012; 36, 204-7. doi:10.5152/tpd.2012.49

Efe E, Isler A, Sarvan S, Baser H, Yesilipek A. Complementary and alternative medicine use in children with thalassaemia. *J Clin Nurs*. 2013;22(5-6):760-769.

Erdoğan, P. Azadirachta indica A. Juss İle Melia azedarach L. Bitkilerinden Elde Edilen İnsektisitlerin Özellikleri ve Zararlılara Etkisi. *Karaelmas Fen ve Mühendislik Dergisi / Karaelmas Science and Engineering Journal* 2013; 3 (2), 14-25.

Frawley EJ, Anheyer D, Davidson S, Jackson D. Prevalence and characteristics of complementary and alternative medicine use by Australian children. *J Paediatr Child Health*. 2017;53(8):782-787.

Freicher B. Editorial. 100 years ago. Giemsa's solution for staining of Plasmodia. *Trop. Med. Int. Health*. 2004, 9:755-6.

Genc RE, Senol S, Turgay AS, Kantar M. Complementary and alternative medicine used by pediatric patients with cancer in western Turkey. *Oncol Nurs Forum*. 2009;36(3):E159-E164.

Gözüm S, Platin N. İntegratif/birleştirici/bütünleştirici sağlık hizmeti ve hemşirelik bakımı. *Numune Sağlık Dergisi* 2015; 17:40-4

Gurol A, Taplak AS, Polat S. Herbal supplement products used by mothers to cope with the common health problems in childhood. *Complement Ther Med*. 2019;47:102214. doi:10.1016/j.ctim.2019.102214.

Hamidah A, Rustam ZA, Tamil AM, Zarina LA, Zulkifli ZS, Jamal R. Prevalence and parental perceptions of complementary and alternative medicine use by children with cancer in a multi-ethnic Southeast Asian population. *Pediatr Blood Cancer*. 2009;52(1):70-74.

Heath JA, Oh LJ, Clarke NE, Wolfe J. Complementary and alternative medicine use in children with cancer at the end of life. *J Palliat Med*. 2012;15(11):1218-1221.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275867/9789241565653-eng.pdf?ua=1>
Erişim Tarihi: 19.05.2022

http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/10945/9789290617181_eng.pdf;jsessionid=28AB9FBC8EE3B31C30A82109D54FBD14?sequence=1 Erişim Tarihi: 19.05.2022

<http://uis.unesco.org/country/NG> Erişim Tarihi: 19.05.2022

<http://uis.unesco.org/country/UG> Erişim Tarihi: 19.05.2022

<http://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/WAN> Erişim Tarihi: 19.05.2022

<https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/75503/modresource/content/0/Malarya%20%281%20%29.pdf> Erişim Tarihi: 19.05.2022

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176712/9789241564991_eng.pdf?sequence=1 Erişim Tarihi: 19.05.2022

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoonotikvektorel-sitma/> Erişim Tarihi: 17.05.2022.

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoonotikvektorel-sitma/> Erişim Tarihi: 17.05.2022.

<https://malariaworld.org/blog/does-malaria-cause-poverty-or-it-vice-versa> Erişim Tarihi: 19.05.2022

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215638/> Erişim Tarihi: 19.05.2022

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361832943X?via%3Dihub#!> Erişim Tarihi: 22.02.2019

<https://www.who.int/malaria/areas/elimination/casestudies/en/> Erişim Tarihi: 19.05.2022

https://www.who.int/malaria/areas/global_targets/en/ Erişim Tarihi: 19.05.2022

<https://www.who.int/malaria/media/malaria-vaccine-implementation-qa/en/> Erişim Tarihi: 19.05.2022

<https://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2018/en/> Erişim Tarihi: 19.05.2022

<https://www.who.int/sdg/targets/en/> Erişim Tarihi: 19.05.2022

Karali Y, Demirkaya M, Sevinir B. Use of complementary and alternative medicine in children with cancer: effect on survival. *Pediatr Hematol Oncol.* 2012;29(4):335-344

Karali Y, Demirkaya M, Sevinir B. Use of complementary and alternative medicine in children with cancer: effect on survival. *Pediatr Hematol Oncol.* 2012;29(4):335-344

Karolewicz B, Maciag D, O'Dwyer G, Stockmeier CA, Feyissa AM, Rajkowska G. Reduced level of glutamic acid decarboxylase-67 kDa in the prefrontal cortex in major depression. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2010;13: 411-420.

Kemper KJ, Vohra S, Walls R. The Use of Complementary and Alternative Medicine in Pediatrics. *Pediatrics* 2008; 122(6):1374-1386. doi.org/10.1542/peds.2008-2173

- Khorsid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8(2):124-9. <http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/1025000343>
- Kocaman G. Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. 1. baskı. İstanbul: Mavi İletişim ve Danışmanlık Tic Aş; 2007: 3-11.
- Korkmaz M, Ok ÜZ. Parazitolojide Laboratuvar. Türkiye Parazitol Derg. Yayın No.23, İzmir, 2011.
- Kreitzer M, Koithan M. Integrative nursing. In: Gözüm, S., Platin, N. Integrative Nursing in Turkey. Oxford University Press; 2014: 470-8.
- Kreitzer M, Koithan M. Integrative nursing. In: Gözüm, S., Platin, N. Integrative Nursing in Turkey. Oxford University Press; 2014: 470-8.
- Kujawska M, Zamudio F, Hilgert NI. Honey-based mixtures used in home medicine by nonindigenous population of Misiones, Argentina. Evid Based Complement Alternat Med. 2012;2012:579350.
- Laengler A, Spix C, Seifert G, Gottschling S, Graf N, Kaatsch P. Complementary and alternative treatment methods in children with cancer: a population-based retrospective survey on the prevalence of use in Germany. Eur J Cancer. 2008;44(15):2233-2240.
- Lanski SL, Greenwald M, Perkins A, Simon HK. Herbal therapy use in a pediatric emergency department population: expect the unexpected. Pediatrics. 2003;111(5, pt 1):981-985. doi:10.1542/peds.111.5.981.
- Loman D.G. The use of complementary and alternative health care practices among children. J Pediatr Health Care. 2003;17(2):58–63. doi:10.1067/mps.2003.29.
- Martel D, Bussieres JF, Theoret Y, et al. Use of alternative and complementary therapies in children with cancer. Pediatr Blood Cancer. 2005;44(7):660-668.
- McCann LJ, Newell SJ. Survey of paediatric complementary and alternative medicine use in health and chronic illness. Arch Dis Child. 2006; 91(2):173-174.
- Meldrum M, Katz M, Clemente I, Nutkiewicz M, Zeltzer L. (2007). Complementary and alternative medicine therapies for pediatric pain: A qualitative study of expectations and adherence. The Journal of Pain, 8 (4): 52

- Moody AH, Chiodini PL. Methods for the detection of blood parasites. Clin and Lab Haematol. 2000, 22:189-201.
- Muslu Karayağız G, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. Çocuk Sağ Hast Derg 2008;51(1):62-7.
- Muslu KG, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51:62-7. http://www.cshd.org.tr/uploads/pdf_CSH_287.pdf
- Naja F, Alameddine M, Abboud M, Bustami D, Al Halaby R. Complementary and alternative medicine use among pediatric patients with leukemia: the case of Lebanon. Integr Cancer Ther. 2011;10(1): 38-46.
- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? NCCIH Web site. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> Published June 2016.
- Nazlıkul H, Eraltan EH. Tamamlayıcı tıp. Nobel Tıp Kitabevleri, 2002; 4-51, 62-67
- O'Connor N, Graham D, O'Meara A, et al. The use of complementary and alternative medicine by Irish pediatric cancer patients. J Pediatr Hematol Oncol. 2013;35(7):537-542.
- Okwa, O.O. Malaria parasites. InTech. doi: 0.5771/1477, 2012. 29. Özcel MA. Özcel'in Tıbbi Parazit Hastalıkları. Türkiye Parazit Derg. Yayın No.22, İzmir, 2007.
- Özcel MA. Özcel'in Tıbbi Parazit Hastalıkları. Türkiye Parazit Derg. Yayın No.22, İzmir, 2007.
- Özcel MA. Sıtma. Türkiye Parazit Derg. Yayın No.16, İzmir, 1999.
- Passalacqua G, Compalati E, Schiappol M, Senna G. Complementary and alternative medicine for the treatment and diagnosis of asthma and allergic diseases. Monaldi Arch Chest Dis. 2005;63(1):47-54.
- Pediatric Hemşireliğinde Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Önemi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14 (2): 144-149
- Pitetti R, Singh S, Hornyak D, Garcia SE, Herr S. Complementary and alternative medicine use in children. Pediatr Emerg Care. 2001;17(3): 165-169.

Quimby EL. The use of herbal therapies in pediatric oncology patients: treating symptoms of cancer and side effects of standard therapies. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2007;24(1):35-40.

Rossati A, Bargiacchi O, Kroumova V, et. al. Climate, environment and transmission of malaria. *Infez. Med*. 2016; 2: 93-104.

Sawyer, D. Economic and social consequences of malaria in new colonization projects in Brazil. *Social Science & Medicine* 1993; 37(9): 1131–6.

Saygı G. Temel Tıbbi Parazitoloji. 1. Baskı, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 1998

Snyman, K., Mwangwa, F., Bigira, V., Kapisi, J., Clark, T. D., Osterbauer, B., ... & Dorsey, G. Poor housing construction associated with increased malaria incidence in a cohort of young Ugandan children. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 2015; 92(6), 1207-1213.

South M, Lim A. Use of complementary and alternative medicine in children: too important to ignore. *J Paediatr Child Health*. 2003;39(8):573–574.

South M, Lim A. Use of complementary and alternative medicine in children: too important to ignore. *J Paediatr Child Health*. 2003;39(8):573–574.

Stampini V, Bortoluzzi S, Allara E, et al. The use of complementary and alternative medicine (CAM) among Italian children: a cross-sectional survey. *Complement Ther Med*. 2019;47:102184.

Teklehaimanot, A., & Mejia, P. Malaria and poverty. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2008; 1136(1), 32-37.

The, L. I. D. Malaria vaccination: a major milestone. *The Lancet. Infectious diseases*, 2019; 19(6), 559

Tomlinson D, Hesser T, Ethier MC, Sung L. Complementary and alternative medicine use in pediatric cancer reported during palliative phase of disease. *Support Care Cancer*. 2011;19(11):1857-1863.

Ustuner Top, F., Ekim, A., Ozdemir, A. H. Use of complementary and alternative medicine in pediatric respiratory diseases. *Holist Nurs Pract* 2021;35(2):92–97.

Ustuner Top, F.U., Sener, D.K., Cangur, S. Parental attitudes toward pediatric use of complementary/alternative medicine in Turkey. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 2017; 22(3): e12186.

Uysal G, Duzkaya DS, Karakoc A. Knowledge and opinions of parents of children hospitalized in hematology/oncology units regarding complementary and alternative medicine. Paper presented at: SHS Web of Conferences; 2017.

Uzun MB, Aykaç G, Özçelikay G. Bitkisel Ürünlerin Yanlış Kullanımı ve Zararları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi; 2014;4(3):1- 5.

WHO Traditional Medicine Report (12 December 2002)
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB111/eeb1119.pdf (Erişim Tarihi: 01.08.2005)

Willcox ML, Bodeker G, Rasoanaivo P. Traditional medicinal plants and malaria. Boca Raton: CRC, 2004.

Yazar S, Kuk S, Miman O, Saygı G. Saygı'nın Temel Tıbbi Parazitoloji'si. Erciyes Üniversitesi Yayınları No:206, Kayseri, 2016.

Yeşilada E. Hekim, alternatif tedavi ve modern tıp. STED, 2002; 11(6): 223- 225 205.

McCann LJ, Newell SJ. Survey of pediatric complementary and alternative medicine use in health and chronic illness. Arch Dis Child, 2006; 91: 173- 174

EK- 1 YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

Çad Cumhuriyetinde Sıtma Tanısı İle Hastaneye Getirilen Çocukların Ebeveynlerinin Başvuru Öncesi Yaptıkları Uygulamalar

Bu araştırma Çad Cumhuriyetinde sıtma tanısı ile hastaneye getirilen çocukların ebeveynlerinin başvuru öncesi yaptıkları uygulamaları belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmadan elde edeceğimiz sonuçlar sizlere daha iyi hizmet sunmamıza yardımcı olacaktır. Sizlerden elde ettiğimiz bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Formun doldurulmasında herhangi bir isim belirtilmesine gerek yoktur. Çalışmamıza katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Hemşire: Oumar İbrahim MOLİ

Danışman: Prof.Dr. Emine EFE

Anket No:

Çalışmaya Katılan Ebeveyn:

☐ Anne ☐ Baba

1. Çocuğun cinsiyeti ☐ Kız ☐ Erkek

2. Yaşı:.....

3. Ailenin çocuk sayısı:

4. Aile Tipi:

- a) Çekirdek aile
- b) Geniş aile
- c) Parçalanmış aile/boşanmış

5. Evde yaşayan birey sayısı:

6. Sosyo ekonomik durum:

- a) Gelir giderden az
- b) Gelir gidere eşit
- c) Gelir giderden fazla

7. Çocuğun sağlık güvencesi

- a) Var
- b) Yok
- c) Diğer.....

8. Çocuğun malarya kemoproflaksisini kullanma durumu

- a) Kullanıyor
- b) Kısmen kullanıyor
- c) Kullanmıyor

a) Anne yaşı:.....

b) Baba yaşı:

9. Anne çalışma durumu: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

10. Baba çalışma durumu: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

11. Anne eğitim durumu:

- a) Okuryazar değil
- b) İlköğretim
- c) Ortaöğretim
- d) Üniversite ve üstü

12. Baba eğitim durumu:

- a) Okuryazar değil
- b) İlköğretim
- c) Ortaöğretim
- d) Üniversite ve üstü

13. Oturduğu ev tipi: ☐ Bina ☐ Müstakil

14. Çocuğa ait ayrı bir oda var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

15. Evinizde insektisidli cibinlik kullanıyormusunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

16. Siz/Eşiniz/Hasta Çocuğunuz/ Diğer çocuklarınız daha önce sıtma geçirdi mi?

	Evet, (E)	Hayır (H)	Kaç Defa Geçirdi
Anne			
Baba			
Sıtma tanısı alan çocuğunuz			
Diğer çocuklarınız			

17. Sıtmalılı çocuğunuza geleneksel yöntemleri kullanıyormusunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

18. **Sıtma'dan korunmak için** ev içinde ve çevresinde yaptığınız uygulamaları ve faydasını görme durumunuzu yazınız?

Ev içinde yapılan uygulamalar	Faydasını Görme Durumu Evet(E) Hayır (H)	Ev çevresinde yapılan uygulamalar	Faydasını Görme Durumu Evet(E) Hayır (H)

19. **Sıtmadan korunmak** için ev içinde ve çevresinde yaptığınız uygulamaları **ne sıklıkta** yaparsınız?

☐ Çoğunlukla ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐
Diğer.....

20. **Sıtmadan korunmak** için yaptığınız uygulamaları **kimden/kimlerden** öğrendiniz?

.....
.....
.....

21 **Sıtmadan korunmak** için yaptığınız uygulamaları başkalarına **tavsiye eder misiniz?**

- a) Tavsiye ederim
- b) Tavsiye etmem
- c) Bilmiyorum

22. Sıtma tanısı alan çocuğunuza yönelik evde yaptığınız uygulamaları **ne zaman** başlarsınız?

.....
.....
.....

23. Sıtma tanısı alan çocuğunuza yönelik evde yaptığınız uygulamaları **ne sıklıkta** uygularsınız?

☐ Çoğunlukla ☐ Bazen ☐ Nadiren

24. Sıtma tanısı alan çocuğunuza yönelik evde yaptığınız uygulamaları **tercih etme** nedenleriniz nelerdir?

.....
.....
.....

25. Sıtma tanısı alan çocuğunuza yönelik evde yaptığınız uygulamaları **kimden/kimlerden** öğrendiniz?

26. Sıtma tanısı alan çocuğunuza yönelik evde yaptığınız uygulamaları **tavsiye eder misiniz?**

- a) Tavsiye ederim
- b) Tavsiye etmem
- c) Bilmiyorum

27. Sıtma tanısı alan çocuğunuza hastaneye başvurmadan önce evde yaptığınız uygulamalara yönelik

Sıtma Belirtileri	Uygulama	Uygulama süresi	Uygulama sıklığı	Uygulama dozu (miktarı)	Uygulama bağlı gelişen olumlu durum	Uygulama bağlı gelişen olumsuz durum	Yapılan uygulamanın tek olarak/ başka uygulamalarla birlikte yapılma durumu	Ebeveynin yapılan uygulamadaki olumsuz duruma karşısında gösterdiği davranışı	Ebeveynin yaptığı uygulamalar hakkında sağlık personeline bilgi verme durumu
Ateş									
Titreme									
Terleme									
Baş ağrısı									
Bulantı									
Kusma									
Kas Ağrısı									
Halsizlik									
Diğer									

bilgileri tablo doğrultusunda doldurunuz.

Ek 2. Etik Kurul İzni



T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi: 20.08.2020 Perşembe

Toplantı No:2020/8

Karar No: GO 2020/232

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Elemanı Prof. Dr. Emine EFE'nin sorumlu araştırmacı olduğu, "*Çad Cumhuriyetinde Sıtma Tanısı ile Hastaneye Getirilen Çocukların Ebeveynlerinin Başvuru Öncesi Yaptıkları Uygulamalar*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik açıdan uygun bulunmuştur.

Ek 3. Çad Çin dostluk hastanesinin İzni

REPUBLIQUE DU TCHAD

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE

SECRETARIAT D' ETAT

DIRECTION GENERALE

DIRECTION GENERALE DE L'HOPITAL
DE L'AMITIE TCHAD CHINE

SERVICE DES GESTION HOSPITALIERE

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

SERVICE DE FORMATION ET DE RECHERCHE

Unité - Travail- Progrès

وحدة - عمل - تقدم



جمهورية تشاد

رئاسة الجمهورية

وزارة الصحة العامة والتضامن
الوطني

إمالة الدولة

الإدارة العامة

الإدارة العامة للمستشفى الصداقة
التشادية الصينية

قسم الإدارة والتسيير

قسم الموارد البشرية

قسم التدريب والبحث

N° 0177/PR/MSPSN/SE/DG/DGHATC/SGH/SRH/SFR//2021

AUTORISATION DE RECHERCHE

Il est autorisé à Monsieur OUMAR IBRAHIM MOLI, Etudiant en Master de l'université de Turquie à faire de recherche sur le thème : **«les enfants atteints par le paludisme et les pratiques des soins des parents dans leurs diagnostique», cas du service pédiatrie de l'hôpital de l'Amitié Tchad-Chine** pour une période deux (02) Mois.

La présente autorisation prend effet à compter de la date de sa signature.

Ampliations :

HATC.....1
S G.....1
Service Pédiatrie..1
Intéressé.....1
Dos/Archives.....1

N'Djamena, le 17 0 MAI 2021

Directeur Général de l'Hôpital
de l'Amitié Tchad- Chine.

Ek 4 Anne ve Çocuk Hastanesinin İzni

REPUBLIC DU TCHAD

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SOLIDARITE
NATIONALE

SECRETARIAT D'ETAT

DIRECTION GENERALE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE-MERE ET ENFANT

DIRECTION ADMINISTRATIVE, FINANCIERE ET DU MATERIEL

SERVICE DE RESSOURCES HUMAINES

Unité – Travail – Progrès
وحدة – عمل – تقدم

جمهورية تشاد

رئاسة الجمهورية

وزارة الصحة العامة والتضامن الوطني

أمانة الدولة

الإدارة العامة

مستشفى الأم والطفل الجامعي

الإدارة المالية والإدارية والمادية

قسم الموارد البشرية

N°03110 /PR/ MSPSN/SE/DG/CHU-ME/DAFM/SRH/2021 N°Djamena, le 12 Mars 2021

AUTORISATION DE RECHERCHE

Il est autorisé à **OUMAR IBRAHIM MOLI**, Etudiant en Master II à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Akdeniz/**TURQUIE** à faire un travail de recherche à la Direction de la Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant.

Le thème est : « les enfants de moins de 05 ans atteints par le paludisme et les pratiques des soins des parents avant leurs diagnostics : cas du CHUME au TCHAD ».

Le travail sera dirigé par : **Pr. Dr. EMINE CFE** et codirigé par **Mr RASSEMBAYE ISSAC**, Surveillant de la Pédiatrie II du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant.

La présente autorisation prend effet, à compter du 15 Mars au 14 Avril 2021.

Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın

“Çad Cumhuriyetinde Sıtma Tanısı İle Hastaneye Getirilen Çocukların Ebeveynlerinin Başvuru Öncesi Yaptıkları Uygulamalar” amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmada size herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir riski yoktur. Araştırma Ekim 2020 – Nisan 2020 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulmuş Yapılandırılmış Soru Formu ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanacaktır. Anketin uygulanması ortalama 20 dk sürecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup katılıp katılmamakta özgürsünüz. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan çalışmanın gereklerini yerine getirmemeniz ya da çalışma programını aksatmanız halinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili kişisel verilerde gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecek ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı/Soyadı/Telefonu:

Hemşire Oumar İbrahim moli

Cep tel: 05364671193

Gönüllü Onam Formu:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullar

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Oumar İbrahim
Soyadı	Moli
Doğum tarihi ve yeri	05.07.1992 Çad / mossoro
Uyruğu	Çadlı

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Lise de centre kouweitien	2010
Lisans	Üniversite Roi Fayçal	2014
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi / Hemşirelik fakültesi	Devam ediyor

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
ÖĞRETMEN	Lycee bilingue de moussoro	2015
Hemşire	Hôpital General De Reference National	2016
Hemşire	Clinique Foyer de Guerison	2017
Hemşire	Laboratoire la miroire	2018
Hemşire	Hôpital provincial de barday	2022

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
Arapça	C2	90
Türkçe	C1	85
Fransızca	Niveau 3	84
Englizce	A2	90