

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
Danışman
Yard.Doç.Dr. Nihal Esin

ÖĞRETMENLERİN EPİLEPSİ, DİYABET VE ASTIMI
OLAN ÇOCUKLARIN ACİL DURUMLARINA YÖNELİK
YAKLAŞIMLARI

108302

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

108302

Nalan (Aktaş) Öngün

İSTANBUL

2001

TEŞEKKÜRLER

Çalışmam sırasında daima beni destekleyen, yardımlarını esirgemeyen danışmanım Yard. Doç. Dr. M. Nihal Esin'e,

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı saygıdeğer hocam Prof. Dr. Semra Erdoğan'a,

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında çalışan tüm arkadaşlarıma,

Her istediğim zaman birlikte çalışma fırsatı bulabildiğim değerli bilgileri ile beni aydınlatan sayın Doç. Dr. Metin Karaböcüoğlu'na,

Çalışmamın gerçekleşmesine olanak veren Güngören ve Bahçelievler İlçe Milli Eğitim Müdürlükleri ile okul öğretmen ve idarecilerine,

Derslerim nedeniyle ilgilenemediğim kızım Nilay'a, eşim Ersoy'a ve annem Fatma Aktaş'a,

İngilizce çevirilerimde bana yardımcı olan Erdem Öngün'e,

Burada adını sayamadığım yardımlarını esirgemeyen tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim

NALAN ÖNGÜN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
1. GİRİŞ	5
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1.Çocukluk Çağında Epilepsi, Diyabet Ve Astım	9
2.2. Çocukluk Çağı Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıklarının Okul Sağlığı Açısından Önemi	27
2.3. Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıklarında Sınıf İçi Acil Uygulamalar	33
2.4. Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalığı Olan Çocuğun Okul Ortamında Bakımı Ve Okul Sağlığı Hemşireliği	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	49
3.1. Araştırmanın Şekli	49
3.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklem Seçimi	49
3.3. Araştırmanın Varsayımları	50
3.4. Verilerin Toplanması	51
3.5. Veri Toplama Araçları	52
3.6. Veri Toplama Araçlarının Güvenirliği	55
3.7. Araştırma Sürecinde Oluşan Zorluklar Ve Sınırlılıklar	57
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	57

4. BULGULAR	58
4.1. Öğretmenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular	58
4.2. Öğretmenlerin <i>Epilepsi, Diyabet, Astım</i> Hastalıklarına Yönelik Bilgi Düzeyleri, Bu Hastalıkların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Ve Hastalıklarla İlgili Eğitimleri Konusundaki Görüşlerini İçeren Bulgular	63
4.3. Öğretmenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle <i>Epilepsi, Diyabet, Astım</i> Hastalıkları Bilgi Düzeyleri Ve Acil Durum Uygulamaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular	73
4.4. Öğretmenlerin " <i>Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu</i> "Na Göre Bilgi Düzeyleri İle " <i>Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu</i> "Na Göre Uygulamaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular	79
5. TARTIŞMA	81
5.1. Denekleri Tanıtıcı Özellikler	84
5.2. Öğretmenlerin <i>Epilepsi, Diyabet, Astım</i> Hastalıkları İle İlgili Bilgi Düzeylerinin, Bu Hastalıkların Acil Durumlarındaki Uygulamalarının Ve Hastalıklarla İlgili Eğitimleri Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi	88
5.3. Öğretmenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle <i>Epilepsi, Diyabet, Astım</i> Hastalıkları Bilgi Düzeyleri Ve Acil Durum Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	98
5.4. Öğretmenlerin " <i>Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu</i> "Na Göre Bilgi Düzeyleri İle " <i>Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu</i> "na Göre Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	103

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	105
6.1. Sonuçlar	105
6.2. Öneriler	109
7. ÖZET	111
SUMMARY	113
8. KAYNAKLAR	115
9. EKLER	121
ÖZGEÇMİŞ	132

TABLoların DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Tablo Adı</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1	Öğretmenlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları	59
Tablo 2	Öğretmenlerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları	59
Tablo 3	Öğretmenlerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....	60
Tablo 4	Öğretmenlerin Çalışma Yıllarına Göre Dağılımları.....	60
Tablo 5	Öğretmenlerin Kendilerinin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastası Olma Durumlarına Göre Dağılımları.....	61
Tablo 6	Öğretmenlerin Ailesi ve Yakın Çevresinde Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalığı Olma Durumlarına Göre Dağılımları.....	61
Tablo 7	Öğretmenlerin Çalışma Yılları Boyunca Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalığı Olan Öğrencilerle Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımları.....	62
Tablo 8	Öğretmenlerin <i>Epilepsi, Diyabet, Astım</i> Hastalıkları İle İlgili Bilgi Düzeylerine (Kendi Görüşleri) Göre Dağılımları.....	64
Tablo 9	Öğretmenlerin “Öğretmenlerin <i>Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu</i> ’na Göre Bilgi Düzeyleri Dağılımları.....	65
Tablo 10	Öğretmenlerin <i>Epilepsi, Diyabet, Astım</i> Hastalığı Olan Öğrencilerin Sınıf İçi Acil Durumlarına Yönelik Uygulamada (Kendi Görüşleri) Bulunma Durumlarına Göre Dağılımları.....	66
Tablo 11	<i>Epilepsi, Diyabet, Astım</i> Hastası Öğrencisi Olan Öğretmenlerin Öğrencilerin Acil Durumlarında Yaptıkları Uygulamaların (Kendi İfadeleri) Dağılımları.....	67
Tablo 12	Öğretmenlerin <i>Epilepsi, Diyabet, Astım</i> Hastası Öğrencilerin Acil Durumlarında Yapacakları Uygulamaların “Öğretmenlerin <i>Epilepsi, Diyabet Ve Astımı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu</i> ’na Göre Dağılımları.....	68

Tablo No**Tablo Adı****Sayfa No**

Tablo 13	<i>“Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet Ve Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu”na Göre Epilepsi Acil Durum Uygulamalarının Dağılımı</i>	69
Tablo 14	<i>Öğretmenlerin “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet Ve Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu”na Göre Diyabet Acil Durum Uygulamalarının Dağılımı.....</i>	70
Tablo 15	<i>“Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet Ve Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu”na Göre Astım Acil Durum Uygulamalarının Dağılımı.....</i>	71
Tablo 16	<i>Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları İle İlgili Eğitim Almaları Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı.....</i>	72
Tablo 17	<i>Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Çocukların Sınıf İçi Acil Durum Uygulamalarını Kendilerinin Yapması Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı</i>	73
Tablo 18	<i>Öğretmenlerin Yaş Grupları İle “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu” na Göre Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki.....</i>	74
Tablo 19	<i>Öğretmenlerin Cinsiyetleri İle “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu” na Göre Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki.....</i>	75
Tablo 20	<i>Öğretmenlerin Çalışma Yılları İle “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu” na Göre Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki.....</i>	76
Tablo 21	<i>Öğretmenlerin Ailesi Ve Yakın Çevresinde Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalığı Olma Durumu İle “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu” na Göre Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki.....</i>	77
Tablo 22	<i>“Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu” na Göre Bilgi Düzeyleri İle “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet Ve Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu”na Göre Uygulama Düzeyleri Arasındaki İlişki.....</i>	79

1.GİRİŞ

Toplum sağlığının geliştirilmesinde çocuk , gebe , yaşı gibi risk altındaki gruplara önem verilmesi gerektiği belirtilmektedir (4,31,64). Genç bir nüfusa sahip olan Türkiye’de 0-14 yaşı grubu , ülke nüfusunun % 35,81’ini oluşturmaktadır. Ülkemizde 0-6 yaşı grubu çocuklar sağlık hizmetlerinden istendik düzeyde olmasa da biraz pay alabilirken , nüfusumuzun %12,7’sini oluşturan ilköğretim dönemi çocukları bağışıklama hizmeti dışında verilmesi gereken okul sağlığı hizmetlerinden sınırlı düzeyde yararlanabilmektedirler (14,30,44,45).

Sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerde okul sağlığı hizmetleri genel sağlık hizmetlerinden ayrı düşünölmeyerek okul sağlığı hemşiresi ve öğretmen – aile işbirliği ile yürütölmekte , çocuklarda sağlık sorunları erken dönemde belirlenerek önlem alınıp koruyucu bakım sağlanabilmektedir (7,16,40,43).

Okul çağı çocukları; büyüme gelişme çağında olmaları , sıkışık oturmaları , farklı sosyo-ekonomik özelliklere sahip olmaları, okulların sağlık koşullarının yetersiz olması gibi bir çok nedenden ötürü pek çok sağlık sorunu ile karşı karşıyadır. Bu sorunların pek çoğu (beslenme bozuklukları , bulaşıcı hastalıklar , ağız-diş sağlığı sorunları gibi) önlenabilir ve tedavi edilebilir olmasına karşın epilepsi, diyabet , astım , böbrek ve kalp hastalıkları gibi daha az görölen kronik hastalıklarda koruyucu sağlık hizmetlerinden çok acil durumlardaki bakım yaşamsal önem taşımaktadır. Okul çağı çocuğunda en fazla görölen ve en sık acil müdahale gerektiren

durumların oluştuğu kronik hastalıklar epilepsi , diyabet ve astımdır (13,31,49,59).

Beyin nöronlarından anormal elektrik boşalım sonucu oluşan ; nöbetler , bilinç kaybı, konvülsif hareketler , motor , duyuusal ya da davranışsal anormalliklerle seyreden epilepsi çocukluk döneminde ortalama %1 oranında görölür (69). Özellikle kasılmalarla karakterize olan nöbetler sırasında çocuğun sağlığının korunması için acil müdahale uygulamalarının doğru ve zamanında yapılması çocuğun sağlığı için yaşamsal önemi olduğu belirtilmektedir (21,29,46,69).

Diyabet glikozun kullanımı için gerekli olan insülinin yeterli salgılanmaması sonucu ortaya çıkan , yaşam boyu devam eden bir hastalıktır. Türkiye’de çocuklarda diyabet görölme sıklığı %0,015 olarak belirtilmektedir (33). Çocukluk çağında görölen Tip1 diyabet egzersiz ve diyetin yanı sıra düzenli insülin kullanımını da gerektirdiğinden çocuğun yaşamını tehdit edebilecek durumların oluşma riskinin yüksek olduğu ifade edilmektedir (12,36,45,49) .

Çocukluk döneminde görölen diğer bir kronik hastalık olan astım çocuklarda %3-15 arasında görölür (61). Geriye dönuşlü nöbetler halinde oluşan solunum yolunun kronik tıkalıcı hastalığıdır. Gerekli önlemler alınmazsa seyri kötüleşebilir. Çocuk günlük yaşamı içerisinde acil yardım gerektiren durumlar yaşayabilir (27,28,45,49).

Yukarıda da belirtildiği gibi epilepsi , diyabet ve astım çocuğun günlük yaşamının her anında yaşamsal krizler oluşturabilecek

hastalıklardır. Bu bağlamda yaşamının büyük bir bölümünü geçirdiği okul ortamında da acil önlemlerin alınması gereklidir. Çocuğa ilk yardımı yapacak kişilerin okul hemşiresi ve öğretmen olduğu bilinmektedir (8,36,41,46,59,64) .

Okul sağığı hizmetleri ekip çalışmasını gerektirir (hekim , hemşire , öğretmen , ebeveyn , sosyal hizmet görevlisi , psikolog , beslenme uzmanı) (21, 59). Okul sağığı hizmetlerinin etkin olmasında hemşireler ; tarama ve izlem yapma , bakım verme , eğitim , danışmanlık gibi rol ve sorumlulukları üstlenirler. Kronik hastalıkların bakımı ve acil durum uygulamaları okul hemşiresinin rolleri arasındadır (64). Ancak kronik hastalıkların sınıf içi acil durumlarda hemşire sınıfa ulaşınca kadar öğretmenin müdahalesi önem taşımaktadır. Öğretmenlerin bu durumlar için eğitilmeleri okul sağığı hemşiresinin rolleri arasındadır. Ülkemizde profesyonel olarak az sayıda işğören okul sağığı hemşiresinin bulunması öğretmenlerin eğitimine bu anlamda daha fazla önem verilmesi gerekliliğini doğurmaktadır (8,13,21,46,59) .

Ülkemizde İlköğretimde (sekiz yıllık eğitim) bulunan 297.593 öğretmen, 8.786.000 çocuğun eğitiminden sorumludur (65). Meslek yaşamları boyunca epilepsili , diyabetli ve astımlı çocuklarla karşılaşma ve acil müdahale etme durumunda kalma olasılıkları yüksek olduğundan öğretmenlerin bu konuya yönelik eğitimleri önem taşımaktadır. Ancak öncelikle öğretmenlerin bu konu ile ilgili bilgi düzeylerinin , davranışlarının ve uygulamalarının belirlenmesine gereksinim vardır(21,66).

Bu varsayımlardan yola çıkarak planlanan çalışmanın amacı ; epilepsi , diyabet ve astımı olan çocuklarda oluşabilecek acil müdahale gerektiren durumlarda öğretmenlerin uygulamalarını ve davranışlarını belirlemek , bu konuda öğretmenlerin eğitiminde kullanılacak rehber kitapçığı geliştirerek çocuk sağlığının gelişimine katkı sağlamaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA EPİLEPSİ, DİYABET VE ASTIM

2.1.1. Çocukluk Çağı Ve Epilepsi

Epilepsi, tekrarlayan nöbetlerle karakterize kronik bir hastalıktır. Epilepsi nöbeti, beyindeki bir ya da birkaç grup sinir hücresinin aşırı deşarjına bağlı olarak ortaya çıkar ve klinik olarak; gelip geçici motor, duyuşsal, duygusal, bilişsel, otonom ve sıklıkla pozitif, bazen de negatif belirtilerle şekillenen bir durum olarak tanımlanmaktadır (48).

Epilepsi dünyada%0.7-%1 dolayında görülmektedir (52). Ülkemizde görölme sıklığı *Epilepsi ile Savaş Derneği* tarafından ortalama %1 olarak belirtilmiştir . Buna göre ülkemizde yaklaşık olarak 600.000 kişiden fazla epilepsili hasta olduğu tahmin edilmektedir (48,61,63).

Epilepsi; çoğunlukla çocukluk döneminde 0-2 ve 5-7 yaş grubunda ve özellikle kız çocuklarında erken puberte döneminde görölür. Epilepsi hastalarının %90'ının ilk nöbeti 20 yaşından önce geçirdiği belirtilmektedir (43).

Etyoloji:

Epilepsi hastalığının etyolojisinde genellikle serebral, biyokimyasal, posttravmatik ve idiyopatik faktörler üzerinde durulmaktadır (29,43,71).

Serebral faktörler:

- 1) Travma, anoksi, perinatal sarılık, antenatal faktörler (enfeksiyonlar, ilaçlar, radyoaktif ışınlar, toksikasyonlar vs),
- 2) Menenjit, ansefalit, abse veya yüksek ateş gibi enfeksiyöz hastalıklar,
- 3) Subaraknoid hemoraji, felç, hipertansif ensefalopati, vazospazm ve damarsal anomalilerin neden olduğu dolaşım bozuklukları,
- 4) Epidural, subdural, intraserebral hematom, beyin yaralanmaları gibi serebral travmalar,
- 5) Primer ve metastatik beyin tümörleridir(17,43,71).

Biyokimyasal faktörler:

Biyokimyasal faktörlerin bazıları genetik nedenlere bağlanmakla birlikte (Wilson hastalığı) , birçoğunda genetik faktör söz konusu değildir. Epilepsiye neden olan biyokimyasal faktörler olarak; alkol ve ilaç zehirlenmeleri, phenttyletetrazol (Metrazol) gibi ilaçlar, inorganik bileşikler, elektrolit dengesizliği, vitamin yetersizliği, diabetes mellitus ve karbonhidrat metabolizmasıyla ilgili diğer bozukluklar, gebelik ve mensturasyonun neden olduğu endokrin bozuklukların etken olduğu belirtilmektedir (5,17,43,71).

Posttravmatik epilepsiler :

Kafa travması, doğum travmaları ve serebral enfeksiyonların neden olduğu epilepsilerdir. Posttravmatik epilepsiler genellikle travmayı izleyen 6ay-2yıl içinde ortaya çıkarlar (43).

İdiopatik epilepsiler:

Bu tür epilepsilerin kökeninde biyokimyasal dengesizliklerin olduğu düşünülmektedir. İdiopatik epilepsi çoğunlukla 20 yaşından önce başlar (5,17,43).

Çocuklarda iyi ayarlanmamış televizyon ekranından gelen uyarılar, çok ışıklı, hareketli bilgisayar oyunları nöbetleri başlatabildiği gibi kokular, bazı tür müzikler, yüksek ses, yorgunluk, hipoglisemi, uykusuzluk, stres, elektroşok, ateşli hastalıklar, alkol kullanımı, fazla miktarda su içilmesi, konstipasyon, mensturasyon ve hiperventilasyon gibi diğer uyarıcı faktörlerinde epilepsi nöbetlerini başlatabileceği ifade edilmektedir (17,43).

2.1.2. Epilepsi Nöbetleri:

Çocukların büyük bir kısmında puberteden önce idiyopatik tipte tekrarlayan nöbetler görülür. Bu nöbetlerin oluş nedeni açık şekilde bilinmemekle birlikte antiepileptik ilaçlar bu idiyopatik nöbetleri kontrol edebilmektedirler. Üç yaşın üstündeki çocuklarda fokal yada yaygın beyin travması sonucu gelişen ve genellikle kalıcı hasar bırakan diğer konvülsüf nöbetlerin nedeninin organik olduğu belirtilmektedir (26,27,29,45).

Parsiyel nöbetler: Serebral korteksin belirli bir kısmından başlayan nöbetler olup birbirlerinden farklı tipleri vardır.

Basit parsiyel nöbetlerde bilinç değişikliği olmaz. Beyinde kaynaklandığı yere göre klinik olarak *motor, duyuşal, otonomik* veya *psişik* belirtilerle karakterizedir. Motor belirtilerle seyredenlerde sıklıkla klonus veya spazmlar oluşur. Somatosensöriyal belirtilerle seyreden basit parsiyal nöbetlerde iğnelenme, karıncalanma, nadiren yanma, ağrı hissedilir. Özel duyuşal nöbetler işitsel, koku veya parlayan ışıklar şeklinde görsel halusinasyonlarla karakterizedir. Otonomik belirtiler arasında yüzde kızarma, kan basıncı değişiklikleri, terleme, solgunluk, epigastrik duyular veya pupilla değişiklikleri sayılabilir. Psişik belirtilerle seyredenlerde algılama bozuklukları veya kognitif ve affektif belirtiler izlenir. Çocukların kendilerini rüyada gibi hissettiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir (16,48,55)

Kompleks parsiyel nöbetleri basit parsiyel nöbetlerden ayıran en önemli özellik bilinç değişikliklerinin olmasıdır. Aura, bilinç bozukluğu ve otomatizmalar (çiğneme, yalanma gibi) şeklinde üç komponenti vardır. Nöbetler sırasında dış uyaranlara cevap vermezler. Bu tip nöbetler genellikle temporal loblardan kaynaklandıklarından temporal lob epilepsisi veya psikomotor epilepsi olarak da adlandırılabilirdikleri belirtilmektedir (16).

Sekonder jeneralize nöbetler parsiyel başlangıçlı epileptik aktivitenin tüm beyine yayılarak jeneralize tonik-klonik nöbetlere dönüşmesidir (16,17,45)

Jeneralize nöbetler: Anormal elektriksel impulsların her iki hemisferden aynı anda çıktığı bir nöbet çeşididir. Jeneralize motor tonik-klonik (grand-mal) ve petit-mal (absans) nöbetler çocukluk döneminde sık görülmektedir (27,45,49).

Petit-mal nöbetler (absans): Bu nöbetler çocukluk döneminde özellikle 5-10 yaşları arasında sık görülür. 20 yaşın üzerinde absans nöbeti geçiren hastalara çok az rastlanır. Çocuğun davranışlarında veya kas tonüsünde fazla bir değişiklik olmadan, 5-10 saniye gibi çok kısa süren ve bilinç bulanıklığı ile seyreden bir epilepsi nöbetidir. Petit mal nöbetler kolaylıkla farkedilmeyebilir. Ancak öğretmenin çocuğun okulda dikkatini derse veremediğinden şikayet etmesi, bu tip nöbetler için ipucu verir. Petit-mal nöbeti olan çocuklar okulda gündüz rüyaları/hayal kurma, dikkatini derse verememe ya da akademik başarısızlıkla suçlanabilir ve davranış sorunları için okul hemşiresine gönderilebilir. Bu çocukların çoğunluğunun zekalarının normal olduğu belirtilmektedir. Okul başarısızlığı, sık tekrarlayan nöbetler nedeniyle dersi takip edememesine bağlanmaktadır (27,43,45,70).

Genellikle ilkokul çağındaki çocuklarda görülen bu nöbetler günde 100-200 kez tekrarlayabilir. Bu nöbet tipinde kasılma yoktur, iletişimde kısa bir boşluk ve gözlerin bir noktaya sabitleşmesi söz konusudur. Çocukta nöbet sırasında ard arda göz kırpması, ağız hareketleri, göz kapaklarında seğirme, küçük ani hareketler ya da 3-30 saniye süren gündüz rüyaları görülebilir. Nöbet anında çocukta birkaç saniye için duraklama olur ve sonra hiçbir şey olmamış gibi eski aktivitesine geri döner, geçen zamanın farkında değildir. Otomatik fakat düzensiz bir şekilde yapmakta olduğu işe veya yürümeye devam edebilir. Bu tip nöbetler kızlarda erkeklerden daha

sık görülür. Nöbetlerin oluş nedeni tam olarak bilinmemekte ancak genetik nedenlerle olabileceği düşünülmektedir(5,17,27,45).

Bu tip nöbetlerin kontrolünde ethosuximide (zarontin) ya da valproic asit kullanılabilir. Nöbetler ilaçlarla tam olarak kontrol edilebilirse çocuk okulda normal aktivitelerine devam edebilir (27,49).

Erişkinlik döneminde absans nöbetleri tonik-klonik jeneralize nöbetlere dönüşebilir. Absans nöbetleri şeklinde olan epilepsiler ilerde jeneralize nöbetlere dönüşsün veya dönüşmesin çocuğun mental gelişimi normaldir, eğitimi başarıyla sürdürebilir (29,43,45,49).

Tonik-klonik (grand-mal) nöbetler: Konvulsif bozukluğu olan çocukların %55'inde tonik-klonik nöbetler görülmektedir. Beynin her iki yarım küresi de etkilendiği için oldukça ciddi bir durumdur. Bu tür nöbetlerde bazen günler veya saatlerce önceden prodromal belirtiler görülebilir ya da herhangi bir prodromal belirti olmaksızın nöbet başlar. Grand-mal nöbetler genellikle ani bilinç kaybı ve aralıksız süren tonik kasılma ile başlar. Tonik kasılma döneminde eller fleksiyon, kollar yarı fleksiyon bacaklar ekstansiyonda olup çocuğun çenesi kilitlenir ve dilini ısırabilir. Göğüs kafesi kaslarının kasılması nedeniyle vokal kordların kapanması sırasında dışarıya çıkan hava ile nöbetin başlangıcında tiz bir çığlık sesi duyulabilir. İdrarını ve gaitasını kaçırabilir. Tonik kasılma evresinde çocukta apne gelişerek siyanoz oluşabilir. Pupillalar dilatedir ve ışığa yanıt vermez. Tonik evre bir dakikadan kısa (ortalama 15 saniye) sürer. Bunu klonik evre izler. Bu evrede ekstremitelerde kesik kesik kasılmalar, üst solunum yollarında biriken salgılar nedeniyle hırıltılı solunum ağızdan köpük gelmesi, aşırı terleme ve nabızda hızlanma vardır. Bu

evre yaklaşık 30 saniye sürer. Nöbet genelde 2-5 dakikada sonlanır (17,43).

Klonik evreden sonra postiktal evrede çocuk 5 dakika koma halinde, yarım saat veya daha fazla uyur. Uyanıldığında baş ağrısı, genel halsizlikten yakındığı belirtilmektedir (7,29,43,71).

Jeneralize nöbetler gece veya gündüz herhangi bir zamanda çocuk uykuda, uyanırken görülebilir. Nöbetler bir günde birkaç kez tekrarlayabileceği gibi, iki nöbetin arası aylarca veya yıllarca sürdüğü ifade edilmektedir (43,49).

Atonik ve Akinetik nöbet: Bu nöbet şeklinde başta ve vücudun üst tarafında kas tonüsünün aniden kaybolması sonucu çocuğun baş ve vücudunun üst kısmını kontrol edemeyerek yere düştüğü , düşmeler çok ani olduğu için sıklıkla önemli komplikasyonlar olduğu belirtilmektedir. Nöbet esnasında bilincin geçici olarak kaybolduğu ifade edilmektedir (45,49).

Miyoklonik Nöbet: Bu nöbet; bilinçte herhangi bir değişiklik olmadan baş, gövde, kollar gibi vücutta bir kas yada kas grubunda görülen kasılmalardır. Bir kez olabildiği gibi tekrarlayan ani ve kısa kasılmalar şeklinde de olup daha çok 3-8 yaşlar arasındaki çocuklarda görülmektedir (45,49).

Status Epileptikus: Epileptik çocuklarda sıklıkla grand-mal nöbetlerin uzaması ve tekrarlaması sonucu görülür. Nöbetler çocuğun bilincini kazanmasına fırsat vermeyecek biçimde üst üste gelmektedir. Bu durum çok ciddi acil müdahaleyi gerektirir. Tedavi

gecikirse çocuklar solunum depresyonu, hipoksi, hipotansiyon ve beyin ödemi sonucu kaybedilebilir (20,27,43,45).

Tanı

Epilepsi tanısı ilk planda hastanın ve nöbeti görenlerin anlattıkları, anamnez ve nörolojik muayene bulgularına dayanır. Hastanın anamnezi alındıktan sonra, kanda şeker, NPN ve kalsiyum miktarı, sintigrafi, pnömoensefalografi, kafa grafilerine bakılır. EEG (Elektroensefalografi) tanıya yardımcı bir araştırma yöntemi olup normal olması çocuğun epilepsi olmadığını göstermediği belirtilmektedir, tekrarlanması gerekebilir. Fokal başlayan nöbetlerde BBT (Bilgisayarlı Beyin Tomografisi) ilk uygulanması gereken araştırma yöntemidir (17,20,43)

Tedavi

Epilepsi tedavisi tıbbi ve cerrahi tedavi olmak üzere iki grupta toplanır. Hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaları ve ani olarak kesmemeleri çok önemlidir. İlaç birden kesilirse status epileptikus gelişebilir. Tedavide sıklıkla oral fenobarbital, phenytoin sodyum (dilantin), valproic asit ve carbamazepin kullanılır. İlacın ani olarak kesilmesi konvülsiyona neden olur. Phentoin çocuğun diş etlerinde ağrısız hipertrofi oluşturabileceğinden oral hijyene dikkat edilmeli, aşırı hipertrofi olmadığı sürece ilaç kesilmemelidir (20,27,43).

2.1.2. Çocukluk Çağı Ve Diyabet

Diyabet; pankreas beta hücrelerinin insülin salgılamamasına, az salgılamasına veya periferik insülin direncine bağlı olarak gelişen karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasındaki bozukluklarla karakterize kronik bir metabolizma hastalığı olarak tanımlanmaktadır (3,7,35,45,49)

Çocukluk çağı diyabetinin (Tip 1 Diabetes Mellitus) görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişir. 15 yaş altındaki yeni olgu sıklığı Japonya'da 2/100.000 , Finlandiya'da 43/100.000'dir (33). Ülkemizde yeterli istatistiksel veriler olmamasına rağmen 15/100.000 olduğu tahmin edilmektedir. (33,42)

Ülkemizde diyabetiklerin %1.6'sının hastalığının 15 yaşından önce başladığı, yaklaşık %10'unun birinci derece akrabalarında Tip 1 diyabet hikayesi bulunduğu belirtilmektedir (64). Teşhis edilen çocukların %13'ü 1-5 yaş grubunda, %30'u 6-10 yaş grubunda, %57'si 11-15 yaş grubundadır. (3,33,38,39)

Etyoloji

Etyolojide genetik, otoimmün ve çevresel faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Hastalığın multifaktöryel kalıtımla geçtiği, çocuğun immün sisteminde genetik bir defekt olduğu, buna bağlı olarak pankreas beta hücrelerinin yıkıma uğradığı düşünülmektedir. Bir başka düşünce ise; genetik açıdan eğilimli olan kişilerde viral enfeksiyonların hızlandırıcı, çabuklaştırıcı etki yaparak hastalığın ortaya çıkmasına sebep olduğudur. Gerek virus, gerekse kimyasal

maddelerin, ilaçların pankreas beta hücrelerine doğrudan etki yaptığı ve bu hücrelere karşı otoimmün yanıtın geliştiği belirtilmektedir (45)

Belirti ve Bulgular

Çocuklarda diyabet belirtileri bazen hızlı bir şekilde başlayabileceği gibi bazende hafif ve sinsi bir şekilde olup aile tarafından fark edilmeyebilir. Diyabetli çocukların%95'inde diyabetin klasik semptomları bulunur; Polidipsi, poliüri, yeterli gıda alımına rağmen kilo kaybı, polifaji, yorgunluk güçsüzlük, letarji hastalığın ilk ve esas belirtileridir. Ayrıca çocukta davranış değişikliği de görülebilir. Vakaların %90'ında hastalığın ilk belirtilerinin ortaya çıkışından sonra dört hafta içinde hastalığın belirgin hale geldiği belirtilmektedir (4,12,45,53).

Tedavi

Diyabet tedavisinde temel amaç, çocuğun yaşına uygun büyüme ve gelişmenin sağlanması, glukoz, lipid gibi biyosimik maddelerin normal düzeylerde tutulması, metabolik komplikasyonların önlenmesi veya geciktirilmesidir. Bunun yanı sıra çocuklarda oluşabilecek şişmanlık ve ruhsal bozuklukların önlenmesinin de göz önüne alınması gerekliliği ifade edilmektedir (33,42,45,74).

Başarılı bir diyabet tedavisi için; yeterli miktarda insülin verilmesi, beslenme planı oluşturulması, uygun şekilde egzersiz yapılması, dikkatli izlem ve kontrolün sağlanması gereklidir (3,14,15,42).

İnsülin tedavisi:

Kan glikoz düzeyini normal sınırlar arasında tutmak diyabette tedavinin en önemli yönünü oluşturur. Çocukların iyi bir glisemik kontrol için uzun dönemde yoğun tedaviye gereksinimi vardır. Genel kullanımda ikili, üçlü ve dördü doz insülin enjeksiyonu uygulanır (33,45).

Beslenme planı:

Yiyecekler kan şekerini oluşturan temel kaynaklardır. Bu nedenle diyabet tedavisinin diğer önemli aşaması diyetin düzenlenmesidir. Çocukluk çağı diyabetinde beslenme planının amacı çocuğun yaşına uygun gelişmesini sağlamak, kan şekeri düşüklüğünü önlemek ve diyabetin uzun dönem zararlarından çocukları korumaktır. Bu nedenle diyabetli çocukların beslenme planları büyük oranda kendi yaşlarındaki çocukların benzeridir. İnsülin dozajının dengelenmesi için önerilen optimal yemek sayısı üç ana öğün ve üç ara öğün olmak üzere günde altı defadır. Diyeti monotonluktan kurtarmak için uygulanan besin değişim listesi çocuğa ve ailesine öğretilmelidir. Beslenme planının ailenin kabul edebileceği ve mümkün olduğunca çocuk ve sosyal çevre ile uyumlu olması gerekir. Çocuklar için önerilen beslenme planının psikolojik nedenler göz önünde bulundurularak düzenli özel ödüllendirmeyi de içerecek şekilde planlanması gerektiği belirtilmektedir (33,42,51).

Egzersiz:

Düzenli egzersizin diyabet tedavisinde diyet ve insülin kadar önemli olduğu bilinmektedir. Dolaşımı hızlandırır, insülin emilimini

arttırır, kan şekerini düşürür ve normal kolesterol seviyesinin korunmasını sağlayarak vücudun glikozu metabolize etmesine yardımcı olur. Ancak hiperglisemi ve ketonürisi olan çocuk ağır fiziksel aktiviteden kaçınmalıdır. Yetersiz insülin alan bir çocuk hiperglisemili iken birçok egzersiz yaparsa kolayca ketoasidoz gelişebilir. Yeterli insülin alan bir çocukta ise egzersiz sonrası hızlı emilim olması sonucu hipoglisemi riski büyüktür.(32,51,53,75)

Egzersiz planlamasında dikkat edilmesi gereken özellikler;

- Her diyabetli çocuğun tercihen ana öğünlerden bir saat sonra kısa süreli (15-20 dakika) orta şiddette egzersiz yapması önerilmektedir (hızlı yürüme, merdiven inip çıkma, ip atlama, yüzme gibi).
- Çocuğun hoşlandığı aktiviteyi seçmesi ve aktiviteye başlarken hipoglisemiye karşı önlem alınması gereklidir.
- Diyabetli çocukların uzun süren ağır aktivitelerde (uzun süre futbol oynamak gibi) hipoglisemi riskine karşı çok dikkatli olmalıdır. Bununla birlikte diyabetli çocuklar okullarındaki bir çok spor etkinliğine katılabilirler. Bu gibi spor etkinliklerinden önce 20-40 gr fazladan karbonhidrat almaları gereklidir.
- Yapılan egzersiz bir önceki insülin enjeksiyonunun maksimal etki zamanına rastlamamalıdır. (Saat 7'de enjekte edilen kısa ve orta etkili insülinin en etkili olduğu zaman yaklaşık sabah saat 10 , öğleden sonra saat 15'tir. Bu saatlerde egzersiz yapılmamalı, eğer yapılıyorsa (1 saatten az) mutlaka 10-15gr karbonhidrat içeren bir ara öğün alınmalı, yapılan egzersiz süresi 1 saat veya daha fazla ise 10-15 gr karbonhidrata 6gr protein içeren yiyecek ilave edilmelidir (42,45,51)

izlem ve kontrol

Belirlenen hedeflere ulaşabilmek için diyabetli çocukların tedavi planlarına titizlikle uyulması ve disiplinli bir şekilde izlenmeleri gerekmektedir. Okulda çocuğun izlem ve kontrolünü okul hemşiresi üstlenir. (12,24,35,42)

Komplikasyonlar

Diyabetes Mellitusun komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere iki grupta incelenir. Akut komplikasyonlar, diyabetik ketoasidoz, hipoglisemi ve hiperglisemi ile ilişkilidir. Kronik komplikasyonlar ise büyük ve küçük kan damarlarındaki dejeneratif değişiklikler ve metabolik dengesizlikler sonucu gelişir. Kan glikoz düzeyinin normal sınırlarda tutulması ile akut ve kronik komplikasyonlar önlenabilir ya da geciktirilebilir.(12,24,27)

Hipoglisemi

Çocuklarda şiddetli hipogliseminin görülme sıklığı yılda %5-10'dur (26). Çocuğun büyüklere göre daha aktif ve enerjik olması, ağır egzersiz veya öğünlerin atlanması, ishal ve kusma ile giden hastalıklar, hızlı büyüme döneminde daha fazla dozda insülin gereksinimi gibi nedenler hipoglisemi riskini arttırır. Şiddetli hipoglisemi hem anne babalar hem de çocuklar arasında en fazla sıkıntı yaratan durumdur ve çocuğun özgüvenini kaybetmesine ve sosyal izolasyona yol açabilir. Çocukların gelişme çağında olmaları nedeniyle kan şekeri düşüklüğü, özellikle de bu düşüklüğün uzun sürmesi tehlikelidir (12,15,24,33)

Kan şekeri düşen çocuklarda önce acıkma hissi, terleme, solukluk, huzursuzluk, sinirlilik, bulantı gibi bulgular görülür. Kan şekeri çok fazla düşünce; uyku eğilimi, konuşma bozukluğu, görmenin azalması, oturma veya ayakta durmada zorluk ve en sonunda havale geçirme ve koma gibi bulgular görülür. Eğer tedavi edilmezse koma ve ölümle sonuçlanabilir. Çocukta bu bulgulardan birinin varlığı, hipoglisemiyi düşündürmelidir (12,39,42,45).

Kan şekerinin düşme hızına bağlı olarak bulgular ağırlaşabilir. Eğer kan şekeri yavaş düşerse çocuk hipoglisemi olacağını hissedebilir. Saydığımız bulgulardan biri veya birkaçının yanında çocukta ağlama, kızma, mantıksızlık gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Eğer hemen şeker verilirse, bu tepkiler birkaç dakikada geçer ve çocuk normalleşir. Eğer farkedilmez ise şeker düşmeye devam eder ve şuur bulanır. Bazı hipoglisemi atakları habersiz olur. Şuur bulanıklığı hızla gelişebilir. Şeker kontrolü iyi olan çocukta ağır reaksiyonun nadir olduğu ancak bazen insülinin hızlı emilmemesine bağlı olarak gelişebildiği belirtilmektedir (12,15,38,39).

Hiperglisemi

Kan glukoz seviyesinin yükselmesidir. Eğer insülin yoksa veya kullanılamıyorsa, glukoz hücre içine giremez ve kanda yükselir. Hiperglisemi genellikle yavaşça ortaya çıkar. Bir çok vakada acil problem değildir. Çocuklarda hiperglisemi ketoasidoza neden olabilir (14,33,36).

Ketoasidoz

İnsülin eksikliğine bağlı gelişen diyabetik ketoasidoz çocukluk dönemindeki diyabete bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Tanı aşamasında, insülin kullanılmadığında, araya giren başka bir hastalığa bağlı olarak gelişebilir. Diyabetik ketoasidoza vücutta enerji sağlamak için yağların kullanılması sonucu ortaya çıkan keton cisimciklerinin kanda birikmesi neden olur. Ciddi elektrolit dengesizliğinin neden olduğu solunum ve dolaşım sistemindeki değişiklikler sonucu genellikle şok gelişir. Halsizlik, iştahsızlık, karın ağrısı ketoasidozun başlangıç belirtilerindendir. Bulantı, kusma, dehidratasyon, taşikardi, hiperne, hipotermi, hipotansiyon, ağızda aseton kokusunun olması diyabet ketoasidozunun geliştiğini gösteren belirtiler olarak belirtilmektedir (7,33,38,45).

2.1.3. Çocukluk Çağı Ve Astım

Tekrarlayıcı öksürük ve “wheezing” (hışıltı) atakları ve değişik derecelerde hava akımında azalma ile seyreden tedavili veya tedavisiz düzelebilen ve çoğu kez artmış bronşiyal aşırı duyarlılığın eşlik ettiği , eozinofil ve mast hücrelerinin ön planda olduğu hava yollarının kronik inflamatuvar hastalığıdır.(2,15,28,44)

Astım erişkinlerde ve çocuklarda görülen kronik hastalıklardan birisi olup, çocuklarda görülme sıklığı %3-15 arasında değişmektedir (61). Ancak bu sıklık ülkeler ve değişik coğrafi bölgelerde yaşayan toplumlarda farklılıklar göstermektedir. Ülkemizde Ege bölgesinde yapılan bir araştırmada okul çağı çocuklarında bu sıklık %3.8 olarak saptanmıştır (61).

Astımda çoğunlukla ilk nöbet 3-8 yaşları arasında görülür. Astım tanısı konulan çocukların %75'inin yakın aile üyelerinde astım bulunduğu bildirilmektedir.(7,28,45,49)

Astım Oluşumunu Kolaylaştıran Faktörler

Atopi(allerjik olma) astıma eğilimi artırıcı en önemli nedendir. Bağışıklık sistemini uyararak hava yollarının duyarlılaşmasına ve astım gelişmesine neden olan etkenler kişiden kişiye değişmektedir. Bunlar;

1- İnhalant allerjenler:Astım ataklarının olmasını kolaylaştıran ve en sık rastlanan etkenlerdir.

- **Hayvan kökenli allerjenler:** Bunlar özellikle evlerde beslenen ve son yıllarda sıklıkla evlerde beslenen kedi, köpek, kuş gibi hayvanların tüy, epitel döküntüleri, sekresyonları, feçes ve idrar atıklarından oluşan antijenlerdir.

- **Ev tozu akar duyarlılığı:** Akarlar özellikle rutubetli ve sıcak ortamlarda rahat üreyebilen etkenlerdir. Genellikle halılar, yatak, yastık ve koltuk döşemelerinde yoğun miktarlarda bulunurlar ve genellikle altı hafta süre ile canlı kalırlar. Bir dişi akar bu sürede 60-80 yumurta yaparak çoğalır. Genelde insan deri artıkları ile beslenirler.

- **Hamam böceği allerjenleri:** Fizik donanımı yetersiz ortamlarda yaşayan çocukları etkilemektedir.

- **Ev içi küf mantarları:** Genellikle iyi havalanmayan, nemli ve loş evlerde ortaya çıkan allerjenlerdir.

- **Ev dışı allerjenler:** Ağaç, ot ve çiçek polenleri gibi mevsimsel olarak etkili olan allerjenlerdir.

2- Mesleksel etkenler: Bunlar özellikle çırak çocuklar ve adolesanların çalışma ortamında maruz kaldıkları kimyasal toz ve gaz atıklarıdır.

3- İrritanlar:Bu grupta özellikle ev ortamında sigara içilmesi ve çocuğun pasif içici olması yanı sıra , ev içi hava kirliliğı oluşturan , borusuz gaz sobaları, bütan gazı ocaklarının etkisi ile ortaya çıkmaktadır.

4- Besin maddeleri: İnek sütü, balık ürünleri, besin katkı maddeleri gibi etkenler astım ataklarını başlatabilir.

5- Diğer faktörler: Rinit, sinüzit, gastroözofageal reflü, aspirin ve nonsteroid antienflamatuarlar, viral solunum yolları enfeksiyonları gibi etkenlerde astım hastalığı oluşumunda etkili olabilmektedirler (25,45,49,61)

Astım Krizinin Başlangıç Belirtileri

Nefes darlığı, hırıltılı solunum, göğüste sıkışma hissi, sabahları balgam çıkarma, öksürük (geceleri, egzersiz yada gülme sonucunda, kış aylarında, soğuk algınlığında görülen tipik öksürük). Bu belirtilerin zaman zaman görülmesi ve arada hastaların bir süre iyi olması astımın en önemli özelliklerindendir.(9,10,28,38)

Akut Atakların Sınıflandırılması

Akut ataklar ağır, orta, hafif olarak sınıflandırılabilir.

Hafif atakta öksürük duyulabilir, hışıltı vardır. Belirgin dispne, siyanoz, taşipne, aktivitede azalma gözlenmez. Solunum

fonksiyon testinde PEF (Peak flow metre: zirve akım hızı), %75 veya üzerindedir. Soluklar arasında cümleleri normal söyleyebilirler

Orta atakta duyulabilir hışıltı vardır. Yardımcı solunum kasları kullanılır, taşipne vardır, rahat yürüyemez, soluklar arasında ancak 3-5 kelime söyleyebilir. Yüksek doz inhale Beta2- agonistlerden yarar görebilirler. PEF değerleri %50-80 arasındadır.

Ciddi atakta siyanoz, ağır dispne, alt kostalarda retraksiyon vardır. İnhal Beta2- agonistlere yanıt azdır. Hışıltı daha belirgindir. Soluklar arasında sadece 1-3 kelime söylenebilir ve hasta yatağa veya koltuğa bağımlıdır. PEF değeri %50'nin altındadır. Tedavisi hastanede yapılır. (2,11,73)

Astımın Tedavisi

Başarılı bir astım tedavisi hasta çocuk ile ebeveyn, öğretmen ve hemşirenin işbirliği ile mümkündür. Astımda tedavi; nöbet sırasında ve sonrası için ilaç tedavisi (bronkodilatatörler, antihistaminikler, kortikosteroidler kullanılmaktadır), imünoterapi (alerjenlere karşı hastanın toleransını artırıcı), fizik tedavi (balgamin atılmasını sağlamak ve solunum kaslarını geliştirmek amacı ile solunum egzersizleri ve postral drenaj uygulaması), psikolojik tedavi (hastalığı kabullenme ve baş etme konusunda çocuk ve aileye) olmak üzere çok yönlüdür. Astım nöbetini önlemek tedavisinden kolaydır. (7,28,45,72,73)

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI EPİLEPSİ, DİYABET, ASTİM HASTALIKLARININ OKUL SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

2.2.1.Epilepsi Ve Okul

Epilepsili çocuğun düzenli tedavi ile okula devam edebileceği belirtilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 300.000 epilepsili çocuğun düzenli olarak okula devam ettiği ifade edilmektedir (21). Bununla birlikte epilepsili çocuklar kendilerinde düşük özsaygı, başarı ve diğer çocuklardan izole edilmiş duygusu hissedebilirler. Bu sorunlar öğretmen, okul hemşiresi ve okul personeli tarafından aşılabılır. (21,34)

Akinetik, atonik, myoklonik nöbetlerde ani kas hareketleri olabileceği için çocuk kask takabilir. Çünkü kasılmaların kontrolü zordur. Böyle durumlarda derse ara verilmeli ve ciddi ilk yardım önlemleri alınmalıdır. (21)

Epilepsili bir çocuk ortalama zeka seviyesinde olup sınıfa uyum gösterebilmekle birlikte bir çok çocuk beklenilenden daha az başarı göstermektedir. Bunun sebepleri;

- Çocuğun aldığı ilaçlar öğrenmesini etkileyebilir. Fenobarbital ilacı böyle bir etkiye sahiptir. Eğer çocuk aşırı durgun ve uykulu ise anne baba haberdar edilmeli, hekime danışılmalıdır. Bazen böyle durumlarda ilaç değişikliği olabilir.
- Nöbetler derse ilgisizlik yaratabilir. Bu özellikle erkek çocuklarda olur. Nöbet endişesi de ilgisizliğe sebep olabilir.
- Epilepsi beyinle ilgili bir hastalık olduğundan okuma ve matematik gibi hafızaya yönelik sorunlar olabilir.

- Tedavi için dersten uzakta kalan çocuklar yetersiz başarı gösterir. Okuldan uzak kalma sorunu çabuk çözülebilir. Eğer gerekli tedavi ve bilgilendirme sağlanırsa epilepsili öğrencinin okulda başarılı olmaması için bir sebep yoktur. (21,58)

Normal epilepsili bir çocuk sınıftaki diğer çocuklar gibi davranış ve disiplin sorunları ortaya koymaz. Eğer epilepsili çocuklar davranış bozuklukları gösteriyorlarsa bunun sebebi araştırılmalıdır. Nöbetin kendisi, düşük özgüven, aşırı ebeveyn koruması sorunlu davranışa neden olabilir. Davranış bozuklukları nöbetten değil, nöbete sebep olan beyinsel düzensizlikten kaynaklanabilir. Böyle durumların tanımlanması çözüme giden önemli bir yoldur. Anne- baba, hekim ve uzmanlardan yardım alınabilir. (21)

Epilepsili çocuklar için çoğunlukla aşırı korumacılığa gidilir. Çocukların fiziksel aktivitelerini arttırması ile daha fazla nöbet geçirileceği düşünüldüğü için aileler onların bu aktivitelere katılmalarını istemeyebilir. Ancak araştırmalar çocuklar aktif olduğunda çok daha az nöbet geçirdiklerini göstermiştir. Çocuğa okulda ve sosyal ortamda diğer çocuklardan farklıymış gibi davranılmamalıdır. Ancak yüzme vs. aktiviteler sırasında gerekli koruyucu önlemler alınmalıdır (21) .

Öğretmen ve aile arasında iyi bir iletişim kurulması gerekmektedir. Böylece öğretmen çocuğa yardım etmede daha etkin olur. Nöbetler sıkça öğretmen aile ile konuşmalı ve ne yapılacağına karar vermeli, herhangi bir öğrenme güçlüğüne rastlanıp rastlanmadığı incelenmelidir. Eğer çocuğun yaşı büyük ise çocukta aile-öğretmen iletişimine katılmalıdır. (21)

2.2.2. Diyabet Ve Okul

Okul çağında görülen Tip 1 diyabette orta dereceli hipoglisemi ataklarının görülme oranı %40-70 arasındadır. Ciddi hipoglisemi (başkalarının yardımını gerektiren hipoglisemi ya da koma tablosu) oranının %4 ile %26 arasında olduğu belirtilmektedir. Çocuklarda yapılan bir çalışmada bir yıl süresince olguların %16'sının ciddi hipoglisemi deneyimledikleri saptanmıştır (54).

Diğer komplikasyonlara göre hipoglisemi başlangıcının hızlı olması ve müdahale edilmediği durumlarda komanın hızla gelişmesi, okul personelinin bu konuda bilinçlendirilmesini gerektirir (15,50,53,54).

Okul yönetimi, Müdür, Öğretmenler, Hemşireler ve okulda çalışan tüm personel hipogliseminin belirti ve işaretlerini bilmeli ve müdahale edebilmelidir. Okulda hipoglisemi anında kullanılmak üzere hazır şeker tabletleri, soda, jeller, meyve suları gibi yiyeceklerin bulundurulması ve yerinin belirlenmesi gerekliliği belirtilmektedir (15,33,39,45).

Okul personelinin, öğretmenlerin, okul müdürlerinin, servis şoförlerinin ve tam gün çalışan diğer okul çalışanlarının aşağıda belirtilen konular hakkında bilgi sahibi olmaları üzerinde durulmaktadır;

- Diyabet ve tedavisi hakkında genel bilgilere sahip olmak
- Hipogliseminin önlenmesi, tanınması ve tedavisi konularını bilmek
- Çocuktaki genel hipoglisemik semptomların bilinmesi,

- Ana ve ara öğünlerin geciktirilmemesi, hipoglisemi geliştiğinde hızlı tedavi edilmesi,
- Egzersiz öncesinde hipoglisemi tedavisinde fazladan yiyecek bulundurulması,
- Hangi yiyeceklerin kolay temin edilebileceği ve yenilebileceğinin bilinmesi,
- Çocuğun hipoglisemik atak sırasında ve sonrasında yalnız bırakılmaması,
- Çocuğun ailesine hipogliseminin oluş zamanı ve nasıl olduğu hakkında bilgi verilmesi,
- Çocuğun yemeklerini yemesinin sağlanması (ilkokul öğrencilerine yemekte eşlik etmek gerekebilir. Çocuk yemeğini yemiyorsa ailesine bildirilmelidir),
 - Hastalıklarda diyabet tedavisinin değişebileceğini bilmek,
 - Acil yardım çağırma ile ilgili ayrıntıların bilmek,
 - Kan şekeri düzeyinin çocuğun konsantrasyonunu ve davranışlarını etkilediğinin bilinmesi gereklidir
 - Çocuklar hipoglisemik atak sonrasında genellikle sınıflarına dönecek kadar kendilerini toparlarlar, ancak birkaç saat süre ile algılama fonksiyonlarında bozukluk olabilir. Bununla birlikte bir spor aktivitesi sırasında atak gelişmişse, çocuk 10-15 dakika dinlendikten sonra aktivitesine dönebilir
 - Çocuğun kendisini yaşatlarından farklı hissetmemesi için diyabetin okul rutinine girmesi gerekir.(Örneğin, diyabetli çocuklar diğer çocuklarla birlikte yemek yemeli, enjeksiyonlarını ve kan testlerini yaparken rahat edebilmelidirler)
 - Çocuğun yavaş yavaş diyabet takibinde sorumluluk alması sağlanmalıdır.(Örneğin, yemeğini zamanında yemesi için ne

kadar hatırlatma yapılmasının gerektiği, ne kadar süre yalnız kalmak istediği gibi)

- Çocuğun kan şekeri düzeyi yükseldiğinde tuvalete daha çabuk ulaşması imkanı sağlanmalı, bir şeyler içmesine izin verilmelidir. Çocuk kendini kötü hissediyorsa (bulantı, kusma, mide ağrısı varsa) anne babaya haber verilmelidir
- Ailelere özel olaylar ile ilgili bilgi verilmelidir.(Örneğin; yüzme, geziler, eğlenceler, yemek zamanlarındaki değişiklik gibi)
- Diyabetin çocuğun kendisine ve ailesine olan etkisi bilinmektedir. Ailenin endişelerine duyarlı olunması güven vericidir, anksiyeteyi ve aşırı koruyucu olma eğilimini azaltır
- Çocuğun okuldaki kısa süreli geziler de dahil olmak üzere tüm sosyal, sportif ve akademik aktivitelere katılımının sağlanması gerekir
- Diyabetin çocuğun akademik potansiyelini etkilemeyeceği bilinmelidir
- Okulda yapılan sınav çocuğun her zamanki ana veya ara yemek saatlerine rastlarsa, yemek için sınav sonuna kadar beklendiğinde hipoglisemi gelişme riski bulunduğundan çocuğa sınav süresince fındık, üzüm gibi karbonhidratlı yiyecekleri azar azar atıştırması önerilir (33,39,42,45).

Çocuğun sınıfta hipoglisemiye girme ihtimali göz önünde bulundurularak hem öğretmenin masasında hem de çocuğun yanında hazır meyve suyu bulundurulması gereklidir. Bilgili bir öğretmen, çocuk için çok olumsuz olabilecek bir durumu sadece biraz meyve suyu içmeyi önererek önleyebilir. Diyabetli çocuk sınıfta kötü yaşanan bir pozisyondan sonraki gün, utancından dolayı okula gitmek istemeyebilir. Ayrıca diğer çocuklardan farklı olduğu, anne-babasından uzakta kendi başının çaresine bakamadığı ve evden

uzaktayken tehlikede olduğu şeklinde korkulara kapılabileceği için öğretmenlerin bu konuda duyarlı olmaları önerilmektedir (39).

2.2.3. Astım Ve Okul

Çocuğun bilinen ya da olası allerjenler ile temasının kesilmesi gerekir (57). Okul ortamında aşağıda belirtilen önlemlerin alınması gerektiği belirtilmektedir;

- Her teneffüs sınıflar havalandırılmalı,
- Sınıflar elektrik süpürgesi ile süpürülmeli,
- Nemli bez ile silinmeli,
- Katkı maddesi ya da boya içeren sakız, cips, şekerleme gibi yiyecek maddelerinin yenilmemesi ve soğuk içecekler tüketilmemesine dikkat edilmeli,
- İlaçların kullanımı, dozu ve çocuğa akut atak durumunda uygulanacak olan hareket planı okul hemşiresi, öğretmeni ve çocuk tarafından bilinmeli,
- Çocuğun ilaçlarını yanında taşıması sağlanmalı, yedek ilacı okul hemşiresinde (eğer okulda hemşire yok ise öğretmeninde) bulundurulmalı,
- Çocuğun sınıf arkadaşları astım ve nöbet konusunda bilgilendirilmeli,
- Çocuk solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerle temas etmemeli,
- Çocukta hastalığına bağlı davranış değişikliğinin olabileceği bilinmelidir (15,18,25)

Öğretmenler astımlı öğrencinin;

- Fiziksel aktivitelerini desteklemeli,

- Çocuk kapasitesinin ötesine zorlanmamalı,
- Çocuk başlangıçta zorluk çektiği aktiviteler konusunda zorlanmamalı,
- Uzun aktiviteler yerine kısa aralıklı aktiviteler desteklenmeli,
- Eğer yiyecek ve hayvanları ilgilendiren aktiviteler planlanmışsa anne-baba bilgilendirilmeli,
- Mevcut aktivite sağlık açısından risk oluşturuyorsa alternatif aktiviteler hazırlanmalı,
- Okul başlamadan önce aileler sınıflarda gezdirilmeli ve astım riskleri hakkında bilgilendirilmeli,
- Astım ile ilgili sınıf içi tartışmaları desteklenmelidir. Eğer diğer çocuklar astım hakkında bilgi edinirse astımlı çocuğu daha kolay kabul edebilirler (21,59).

2.3. EPİLEPSİ, DİYABET, ASTIM HASTALIKLARINDA SINIF İÇİ ACİL UYGULAMALAR

Epilepsi, diyabet, astım hastalığı olan çocuklarda acil durumlar yaşamının her anında oluşabilir. Bu çocukların okulda geçirdikleri süre göz önüne alındığında acil durumların sınıf içinde olması kaçınılmazdır. Okul genelinde çocukların sağlığından sorumlu kişi okul hemşiresi olmakla birlikte sınıf içinde acil durumlarda hemşire gelene kadar öğretmenin ilk uygulamaları yapması çocuk açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle öğretmenin çocuğun yaşamını olumsuz olarak etkileyebilecek *epilepsi, diyabet, astım* hastalıklarının acil durumlarında doğru bilgi ve beceriyle müdahale etmesi gerektiği belirtilmektedir (21,33). Öğretmenin bu konudaki eğitiminden okul hemşiresi sorumludur (6).

2.3.1. Epilepside Sınıf İçi Acil Uygulamalar

Öğretmen öğrencinin derslerini kaçırmaması ve nöbetin verdiği sarsıntıları kolay atlmasına yardımcı olmalıdır. Küçük kasılmalarda korkuya kapılmamasını sağlamalıdır. Kompleks kısmi nöbetlerde çoğunlukla mırıldanma, sıkıntı, uyuşukluk olur. Bu tür nöbetler 1-2 dakika sürer. Böyle nöbet geçiren öğrenci öğretmen tarafından yavaşça sırasından kaldırılır. Yumuşak sesle konuşulur, öğrenci yerinden kalkmak istemezse zorlanmamalıdır. (21)

Genel tonik-klonik nöbetlerde sert ve keskin kasılmalar olacağından çocuğun kendisine zarar vermemesi için önlemler alınmalı, öğretmen sakin olmalı ve diğer çocuklara her şeyin yoluna gireceğini anlatmalıdır. Genel olarak yapması gerekenler şunlardır:

- 1) Sakin davranmalı
- 2) Yardım çağırmalı
- 3) Çocuğu yavaşça yere yatırmalı
- 4) Diğer çocukları sakinleştirmeli
- 5) Kırılacak kesici aletlerden uzaklaştırmalı
- 6) Başının altına yumuşak bir palto koymalı
- 7) Ağzından gelen sıvıları yutmaması için yüzünü yana ve aşağı doğru çevirmeli
- 8) Çocuğun durumunu değerlendirmeli
- 9) Ailesine haber vermelidir (5,17,21,43)

Bazı çocuklar nöbetten sonra hemen kendine gelir, bazıları ise uzun sürer. Nöbet sonrası çocuk dinlendirilmelidir. Eğer nöbet sonrası çocuk sınıfta kalabilecek durumdaysa sınıfta bırakılmalıdır.

Bu onu rahatlatır, tuvalete gidebilir. Öğrenci sık nöbet geçiriyorsa sınıftan bir iki çocuk öğretmene yardımcı seçilebilir (17,21)

2.3.2. Diyabette Sınıf İçi Acil Uygulamalar

Hemşirelerden çok öğretmenler, çocuktaki hipoglisemi belirtilerini ilk gözlemleyen kişilerdir. Öğretmenin yapacağı müdahale öğrencisini durumunu hipoglisemiden kurtarmaya yönelik olmalıdır.

1. Sakin davranmalı
2. Yardım çağırmalı (bir öğrenciye, yan sınıftaki öğretmen arkadaşına veya idari görevlilerden birine eğer var ise okul hemşiresine haber vermesini söyleyebilir)
3. Öğrencinin bilinci yerinde ise ; 2-3 adet kesme şeker yada şekerli su (2 çay kaşığı reçel veya diyet olmayan 1 bardak kola) verilmeli
4. Çocuğun durumunu değerlendirmeli (iyileşme belirtilerini gözlemeli)
5. Sınıftaki diğer çocukları sakinleştirmeli (arkadaşları için üzüleceklerdir, onları çocuktan uzaklaştırmalı ve güven verici sözler söylemelidir)
6. 10-15 dakika beklemeli, eğer düzelmez ise tekrar 2-3 adet şeker vermeli (Çocuğun bu süre içinde yalnız bırakılmaması gereklidir)
7. Ailesine haber verilmelidir (15,41,42,50)

Diyabetli öğrenciniz birkaç gündür iyi görünmüyor, aynı zamanda çok su içip tuvalete sık gidiyorsa bunun sebebi kan şekeri seviyesinin sürekli yüksek olması olabilir. Bu durumda öğretmen okul hemşiresine ve çocuğun ailesine haber vermelidir (41).

2.3.3. Astımda Sınıf İçi Acil Uygulamalar

Öğrenci sınıfta nöbet geçireceğini anlasa bile semptomların ağırlığı nedeniyle öğretmenini uyaramayabilir. Çocuk sınıfta;

- Bir nefesi iki defada alırsa,
- Hızlı ve kısa nefes alırsa,
- Nefes alabilmek için mide, göğüs ve omuz kaslarını kullanıyorsa,
- Ağız ve dudak, tırnak dibi ve kulak memelerinde mavi/morluk varsa,
- Göğsü daha büyük görünüyorsa,
- Omuzları dik ve aşağıya inmeme eğilimindeyse,
- Nefes aralarında birkaç kelime veya kısa cümlelerden daha fazlasını söyleyemiyorsa,
- Daha az tepkiler veriyorsa,
- PEF değeri en iyi seviyesinin yarısı kadarsa çok ciddi bir astım atağı geçiriyor demektir.

Öğretmen bu belirtilere önem vermeli ve dikkate almalıdır. Böyle bir durumda;

- 1) Sakin davranmalı
- 2) Yardım çağırmalı
- 3) Çocuğun durumunu değerlendirmeli
- 4) Rahat havadar bir yere götürülmeli
- 5) Sıkı giysilerini gevşetilmeli
- 6) Çocuğun kendisine ait bronkodilatatör ilacı verilmeli
- 7) Ulaştıracak en yakın oksijen tüpüne ulaştırılmalı
- 8) Bir saat dinlendirilmeli
- 9) Ailesine haber verilmelidir (15,68)

Öğretmen çocuğa inanmalı, çocuğu astımlı başka bir çocukla karıştırmamalı, belirtileri asla küçük görmemelidir. Eğer çocuk 5 dakika içinde daha iyi olmaz veya 2 saat içinde belirtilerden biri tekrarlırsa çocuğun hekim kontrolüne girmesi gereklidir. Anne-babanın böyle bir durumla mücadele edebilmeleri için okul şartları dahil çocukları hakkında bilgilendirilmeleri uygun olur. Tedavi çocukta sarsıntı ve uyuşma gibi davranış değişiklikleri ortaya çıkarabilir. Eğer belirtiler çocuğun öğrenmesinde sorun yaratıyorsa, aile ile konuşulmalı ve tedavi için gerekli değişiklikler yapılmalıdır (15,68).

2.4. EPİLEPSİ, DİYABET, ASTIM HASTALIĞI OLAN ÇOCUĞUN OKUL ORTAMINDA BAKIMI VE OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri fiziksel yetersizliği olan çocukların belirlenmesinden sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasına kadar uzanan, sadece öğrenciyi değil okul personeli ve aileyi de kapsayan multidisipliner çalışmaları içerir (30).

Okul sağlığı hemşiresinin Hemşirelik Bakım Felsefesi; Okulda çocuğu korumak, sosyal çevresini genişletmek, koruyucu hizmetleri geliştirmek, sağlık için alınacak kararlara anne- baba ve çocuğun katılımını sağlamak ve aileyi temel hizmet ünitesi olarak değerlendirmektir(64).

Whitdraw (1988) Okul Hemşiresinin rollerini aşağıdaki gibi sıralamıştır;

- Tarama ve izlem; bireylerin problemlerine tıbbi yaklaşım getirmek için belirli aralıklarla tarama programları uygulanır
- Bakım verici rolü; yaralanan ve hastalanan öğrencilerin bakımından sorumludur
- Okul sağlığı lideri; okul ortamında farklı gruplardan çeşitli insanlar bulunmaktadır ve değişik riskler içindedirler. Sağlığı geliştirme stratejilerini değerlendirerek ihtiyaç analizleri yapılır ve topluma düzenleyici yaptırımlar uygulanır
- Uygulayıcı rolü; Bu kapsamda belirli hastalıkların riskleri üzerinde durulur, akut ve kronik hastalıkların yönetim programları yapılır.
- Eğitimci rolü; Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmaya yönelik eğitim programları uygulanır.
- Danışman rolü; okul, aile, öğrencilerin danışmanlığı yürütülür.
- Savunucu rolü; Öğrencilerin bireysel yeteneklerini ön plana çıkartmaya çalışır, özel gereksinimleri olan grupları belirler. Tüm bu aktiviteler birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yöneliktir (30).

Epilepsi, diyabet, astım hastalıklarının bakımına yönelik olarak okul hemşiresinin bakım verici, sağlık eğitimcisi ve danışman rolü ön plana çıkmaktadır.

2.4.1. Epilepsili Çocuğun Hemşirelik Bakımı

Okul hemşiresi okula giriş muayeneleri sırasında epilepsi hastası olan çocuğu belirlemeli ve özel takip gerektirdiği için öğrenci sağlık dosyasına hatırlatıcı bir işaret koymalıdır. Epilepsi çocuk okula başladıktan sonrada gelişebileceğinden okula giriş muayeneleri sırasında riskli çocuklar belirlenerek takip edilmelidir (46).

Okul hemşiresinin nöbet geçiren çocuğun ayrıntılı anamnezini alması çocuğa tanı koymada ve tedavinin doğru uygulanmasında önemlidir. Hemşire epilepsili çocuğun anamnezini alırken; İlk nöbet yaşı, epilepsinin seyri, bilinç kaybı olup olmadığı, nöbetle ilgili objektif ve subjektif bilgiler, nöbetin süresi ve sıklığı, aura veya herhangi bir prodromal bulgunun var olup olmadığı, nöbeti uyaran herhangi bir faktörün olup olmadığı, çocuğun nöbet sonrası davranışları, nöbet sırasında herhangi bir travma olup olmadığını öğrenmelidir (16,20,43).

Epilepsi nöbetleri çocuğun ilaçlarını tam ve zamanında kullanması ve iyi kontrol ile önlenabilir. Bu ilaçların çocuğun okulda bulunduğu süre içerisinde 1-4 defa alınması gerekebilir. Öğrencinin kan düzeylerine bazı okullarda okul hemşiresi tarafından bakılabilir. İlaçların ne zaman, ne kadar ve nasıl verileceği sağlık ekibi ve ailelerce düzenlenecektir. Okul hemşiresi çocuğun ilacını zamanında almasına yardımcı olmalıdır. Hemşire ilaç alan çocuklarda çeşitli yan etkiler olabileceğini bilmeli ve çocuğu takip etmelidir (21).

Okul hemşiresi, öğretmen ve aile işbirliği içerisine girmeli, aşağıdaki sorulara yanıt aranmalıdır;

- Çocuk ne çeşit nöbet geçiriyor?
- Nöbet nasıl gözüküyor?
- Ne kadar sıklıkla nöbet geçiriyor?
- Nöbet ne kadar sürüyor?
- İlaç okulda mı alınacak?
- Çocuğun önceki okulundaki nöbet durumu ve bununla ilgili

düzenlemeler nelerdir? Tüm bu soruların yanıtlarına göre hemşire, hekim ve aile ile işbirliği yaparak bakım planını hazırlar (16, 21).

Çocuk okulda nöbet geçirmiş ise acil müdahale yapılmalı, aşağıdaki bulgulardan bir tanesi bile görölse ambulans çağırılmalıdır;

- Daha önce epilepsi nöbeti geçirmemiş ise,
- Nöbetten sonra bilinç yerine gelmiyorsa,
- Nöbet 5 dakikadan uzun sürmüşse,
- Kasılmalar ard arda geliyorsa,
- Kasılmalarla çocuk başını vuruyor, kendine zarar veriyorsa,
- Kusuyorsa,
- Görme bozukluğu varsa,
- Nöbet geçtikten 20 dakika sonra bile genel durumu düzelmiyorsa,
- Sürekli baş ağrısı varsa,
- Cevap, tepki veremiyorsa,
- Göz bebekleri sulanmış ve farklı boyuttaysa (16,40,46)

Hemşire epilepsi hastalığı olan çocuğa acil müdahale için gereken araç-gereç ilaçları hazır bulundurmalı status epilepticus gelişmesi durumunda ilk müdahaleyi yapmalıdır. Bunlar;

- Oksijen uygulamak için gerekli malzemeler,
- Diazepam , midazolam (antiepileptik ilaçlar),
- İntra venöz yolu açmak için gerekli malzemeler ve %0.9 NaCl ve %5 Dekstroz
- Nöbet esnasında ağızda biriken sıvıları çekmek için aspiratör,
- Çocuğun yaralanma durumlarında kullanılacak pansuman malzemeleri,
- Tansiyon aleti,
- Derece,
- Nöbetten sonra uyuyabileceği kanepe (yatak) (5,29,43,71)

Epilepsili çocuğun sağlığının korunmasında sağlık eğitimi

Epilepsi konusunda sağlık eğitimi; epileptik çocuk, aile, öğretmen, sınıf arkadaşları, okul personeli ve okul otobüs şoförlerine hemşire tarafından verilir. Eğitim içeriği bu kişilerin konumuna ve düzeylerine göre belirlenmeli ve interaktif eğitim yöntemleriyle periyodik olarak sunulmalı, acil uygulamalarla eğitim uygulamalı olarak yapılmalı ve periyodik olarak yeterlilik düzeyleri değerlendirilmelidir.

Eğitimin temel konuları şunlardır:

- Epilepsi hastalığının tanımı
- Kullanılan ilaçlar
- Yanlış inanışlar ve uygulamalar
- Günlük yaşam için dikkat edilmesi gerekenler
- Acil durumda yapılması gerekenler (48)

Sınıfta bir öğrenci epilepsi nöbeti geçirir ise sınıf arkadaşları bundan etkilenir ve üzülürler. Böyle bir durumda öğrenciler yaşlarına uygun bir şekilde epilepsi konusunda bilgilendirilmelidir. Öğretmen yada okul hemşiresi çocuklara hastalığı ve nöbeti tanımlamalı, onları rahatlatmalı, konu tartışmaya açılmalıdır. Epilepsili çocukta bu tartışmalara katılabilir.

Epilepsili çocuğun sınıf arkadaşları için aşağıdaki noktalar üzerinde durulmalıdır;

- Nöbet geçirme durumunun epilepsi hastalığı ile ilgili olduğu söylenmeli
- Arkadaşlarının beyinde bir bozukluk olduğu, epilepsi hastalığının, beynin vücudun başka yerlerine karışık mesajlar gönderen bir hastalık olduğu ve nöbet bitince tekrar normale döndüğü söylenmeli

- Epilepsi bulaşıcı bir hastalık olmadığı ve onlara bulaşmayacağı söylenmeli,
- İlacının olduğu ve tedavi edildiği söylenmeli,
- Nöbetin kendiliğinden bittiği ve bu durumda onların neler yapması gerektiği öğretilmelidir (21,58,67).

Aşağıda sınıf içinde çocuklara yapılabilecek ve öğretmenin de kullanabileceği küçük bir sağlık eğitim örneği gösterilmiştir;

Epilepsili çocuğa “nöbet geçirirken ne hissettin” diye sorulur ve cevaplaması beklenir. Sınıfa; “siz nöbet geçirerseniz ne yaparsınız? Ne yapılmalı?” diye sorulur. Herkese; “Nöbet geçiren kişiye en iyi nasıl yardım edilir?” sorusu sorulur ve cevap olarak “Onu emniyete alın ve nöbet bitince arkadaşlık edin” yanıtı verilir (21).

2.4.2. Diyabetli Çocuğun Hemşirelik Bakımı

Okula giriş muayenelerinde kan şekeri ölçümünün yapılması çocuğun tanılanmasında yardımcı olabilir. İyi bir metabolik kontrol için, kan şekerinin 60-180 mg/dl arasında, idrar şekerinin 20-25 g/24 saat altında olması ve idrarda asetonun negatif bulunması istenmektedir (30) Bu amaçla her çocuğun bir “Diyabet Takip Defteri” nin olması , bu deftere günlük insülin dozlarının, kan veya idrar şekeri değerlerinin, hipoglisemi olan saatlerin, geçirilen enfeksiyon veya diğer streslerin kaydedilmesi gereklidir. Diyabetli çocuk aylık kontrollerine gitmeli, bu kontrollerde diyabet tedavi planı gözden geçirilmelidir(12,24,35,42).

Diyabetli çocuğun takibi için; okulda en az bir kez kan şekerinin ölçülmesi okul hemşiresine yardımcı olmakta ve daha iyi diyabet

kontrolü için gerekli olan insülin dozu konusunda bilgi vermektedir. Aileler de çocuğun kan şekeri okulda ölçüldüğü ve kontrol altına alındığı zaman daha az endişeli olacaklardır. 24 saatlik bir profil elde etmek için, kan şekeri günün farklı zamanlarında yemek öncesi ve sonrası olarak ölçülmelidir. Günde iki enjeksiyon yapan çocukların günde üç kez (kahvaltıdan,akşam yemeğinden,öğle yemeğinden önce veya yatarken) ölçüm yapması önerilmektedir. Spordan önce, spor yaparken ve spor sonrasında, araya giren başka bir hastalık sırasında, hipoglisemiden şüpheleniliyorsa, hipoglisemi tedavisinden sonra ölçüm yapılmalıdır (15,33,39,45).

Çocuğun insülin tedavisi okul saatlerine rastlayabilir. Çocuk enjeksiyonunu kendisi yapmak istiyorsa rahat edebileceği bir oda bulunabilir. İdrar takibinin yapılması gerektiği durumlarda çocuğun mahremiyetine özen gösterilmelidir (15,33,39).

Diyabetli çocuk okulda küçük bir kaza (bir yerin kesilmesi veya ezilme durumları) dahi geçirse ihmal edilmemeli, kesik ve sıyrıklar antiseptik ile silinmeli, koruyucu bandaj konulmalıdır. Okulda kusma ve ateşli hastalık ortaya çıkarsa hemen müdahale edilmelidir. Özellikle kusmanın devam etmesi tehlikelidir. Çocuğun eve gönderilebilmesi için hemen aile ile temasa geçilmelidir (39).

Çocukluk çağında sık görülen üst solunum yolu, ishal gibi hastalıklar diyabetli çocukların şeker düzenini bozmaktadır. Enfeksiyonlar sırasında sıklıkla kan şekeri yükselmekte, iştahın çok bozulduğu bazı durumlarda ise kan şekeri düşüklüğü meydana gelmektedir. Enfeksiyonu olan çocuklarda kan şekerinin daha sık bakılması (mümkünse 4 saatte 1) ayrıca idrarda günde 4 kez keton bakılması gereklidir (15,33,39,42,45).

Okul hemşiresi kan şeker seviyesine bakabilir ve glukagon uygulayabilir. Glukagon da insülin gibi pankreastan salgılanan bir hormondur, karaciğerde depolanmış olan glikozu açığa çıkartarak kan şekerini yükseltir. 10-20 dakika içinde çocuğun hipoglisemisi düzelir. Bundan sonra çocuğa tatlı bir içecek ve karbonhidratlı yiyecek verilir. Eğer glukagonda çocuğun kan şekerini yükseltmemişse çocuğun hastaneye götürülmesi gerekir (33,36).

Çocukta şiddetli hipoglisemi gelişmiş ise bilinç kaybı ve yutma güçlüğü vardır, acil tedavi gerekir. Ağızdan hiçbir şey verilmemelidir. Solunumun engellenmemesi yönünden takılan airway kontrol edilmeli ve çocuk akciğerinin aspirasyonun önlenmesi için yana yatırılmalıdır.(12,33,36)

Eğer çocukta ketoasidoz gelişmiş ise okul hemşiresi hemen serum fizyolojik infüzyonunu başlatmalı çocuğun acilen hastaneye koma pozisyonunda götürülmesini sağlamalıdır (7,33,38,45).

Çocukluk dönemi diyabetik ketoasidoz tedavisi sadece uzman çocuk hemşiresinin, tıbbi ve laboratuvar birimlerin bulunduğu merkezlerde yapılmalıdır. Deneyimsiz kişilerce yapılan uygulamalar yetersiz ve aşırı hidrasyon, hipoglisemi, hipokalemi veya hipernatremi gibi komplikasyonlara yol açabilir (12,14,33)

Diyabetli çocuğun sağlığının korunmasında sağlık eğitimi

Diyabetli çocuğun sağlığının korunmasına yönelik olarak sağlık eğitimi; hasta çocuk, öğretmen, ebeveyn, diğer okul personeli, okul otobüs şoförü ve sınıf arkadaşlarına okul hemşiresi tarafından verilir (35,36,39,50).

Eğitimin temel konuları şunlardır

- Diyabet hastalığının tanımı
- İnsülin kullanımının gerekliliği
- Hipoglisemi nedenleri ve belirtileri
- Hastalıklarda diyabet tedavisi
- Yanlış inanışlar ve uygulamalar
- Günlük yaşam içinde dikkat edilmesi gerekenler
- Acil durumda yapılması gerekenler (33,39,43)

Hemşire diyabetli çocuğun acil durumlarına müdahale için gerekli malzemeyi hazır bulundurmalıdır. Bunlar;

- İnsülin
- Glukagon
- Şırınga, lanset ve iğneler
- Glukoz, keton için idrar test stripleri
- Kan test stripleri
- Alkol ve pamuk
- Oksijen uygulamak için gerekli malzemeler,
- İntra venöz yolu açmak için gerekli malzemeler ve %0.9

NaCl ve %5 Dekstroz

- Tansiyon aleti,
- Derece,
- Tartı (32,39,40)

2.4.3. Astımlı Çocuğun Hemşirelik Bakımı

Hemşire okula giriş muayenelerinde astımı olan çocuğu belirleyebilir. Astım atakları çocuk okula başladıktan sonrada gelişebileceği için periyodik izlemelerde riskli çocukları takip

etmelidir. Astımlı çocuğun günlük izleminde hemşirelik bakımı önemli bir yer tutar (25,26).

Hemşire çocukların yanlarında kısa etkili Beta 2- agonist bulundurmalarına izin vermeli ve takip etmelidir. Hemşire, egzersiz ve diğer ağır faaliyetler öncesinde koruyucu tedavi uygulaması için çocukları destekler. İn hale ilaçların düzenli olarak alınmasını sağlar (2)

Astım krizi çocuğun astıma bağlı bulgularının bir anda artarak sürmesi, siyanoze, sık ve güçlkle soluk alır duruma gelmesi halidir. Günlük yaşam içinde böyle bir durumla karşılaşıldığında hemen Tepe Ekspiratuar Akımı aleti (PEF metre, Peak flowmeter) ile ölçüm yapılmalı, çocuğa ve aileye nasıl yapılacağı hemşire tarafından öğretilmelidir. PEF değeri çocuğun en iyi kişisel değerinin %60-80'i arasında olduğunda, önleyici ilacın arttırılması ve rahatlatıcının düzenli olarak alınması gerekir. PEF değeri en iyi kişisel değerin %50-60'ı olduğunda fazla paniğe kapılmadan kurtarıcı bir ilaç kullanılmalıdır. PEF değerinin %50'nin altında olması ciddi bir nöbet göstergesidir ve hemen hastaneye gidilmesi gerekir (2,10,11,73).

Hemşire hastalığın ağırlığı ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesi için günde bir veya iki kez PEF metre ile ölçüm yapar. PEF ölçümlerinin çok dikkatli yapıp iyi kaydedilmesi gerekir. Bazen yanlış kaydedilen ölçümler gereksiz olarak ilaç dozlarının arttırılmasına, ilaçların değiştirilmesine veya ciddi bir durumun gözden kaçmasına neden olabilir. Solunum fonksiyon testleri akut astım ataklarında iyileşmenin takibi ve ağır hastalığı olanlarda optimal tedavinin uygulanması için hemşire tarafından yapılır (2,28,73).

Okulda akut atak geliştiğinde hemşire ;

- Atağın şiddetini belirler, PEF ölçümü yapar (PEF %50'nin altında ise ciddi atak), bulgu ve semptomları (öksürük, nefes darlığı, hışıltı, göğüste sıkışma hissi, yardımcı solunum kaslarının kullanılması, suprasternal çekilme ağır atağı gösterir) kaydeder,

- Başlangıç tedavisi (inhale kısa etkili Beta 2-agonist: 20 dakika ara ile ÖDİ, aracı tüp ile 2-4 puff üç kez veya 0.15mg/kg nebülizer ile tek doz) uygular,

- Tedaviye yanıtı takip eder.

Hafif atakta; PEF değeri %80'in altında, hışıltı ve nefes darlığı yok ise 24-48 saat boyunca her 3-4 saatte bir Beta 2-agoniste devam eder, hekim ile temasa geçer,

Orta atakta; PEF değeri %50-80 arasında, devamlı hışıltı ve nefes darlığı varsa oral steroid (0.5mg/kg/doz) ekler, Beta 2-agoniste devam etmeli, hekimle acilen temasa geçer,

Ağır atakta; PEF %50'nin altında, belirgin hışıltı ve nefes darlığı varsa oral steroid (0.5mg/kg/doz) ekler, Beta 2-agoniste devam eder, acil servise başvurur (2,10)

Astımlı çocuğun sağlığının korunmasında sağlık eğitimi

Astımlı çocuğun sağlığının korunmasına yönelik olarak sağlık eğitimi; hasta çocuk, öğretmen, ebeveyn, diğer okul personeli, okul otobüs şoförü ve sınıf arkadaşlarına okul hemşiresi tarafından verilmelidir.

Eğitimin temel konuları şunlardır:

- Astım hastalığının tanımı

- Astım ataklarını ortaya çıkaran nedenler
- Kullanılan ilaçlar
- Yanlış inanışlar ve uygulamalar
- Günlük takip ve alınması gereken önlemler
- Acil durumda yapılması gerekenler (2,16)

Okul hemşiresi çocuğun eğitiminde ayrıca PEF kullanımı, ilaçların düzenli kullanımı, allerjenler, solunum egzersizleri, enfeksiyonlardan korunma, fizik egzersiz öncesi reçete edilen ilaç alımı konularına öncelik vermelidir. Okul hemşiresi astımlı çocuğun acil durumlarına müdahale için gerekli olan malzemeleri hazır bulundurmmalıdır. Bu malzemeler;

- Oksijen uygulamak için gerekli malzemeler,
- Spirometre (PEF: Tepe ekspiratuar akımı)
- Salbutamol (beta 2- adrenerjik agonist)
- Aminofilin, Prednizolon (hidrokortizon)
- İntra venöz yolu açmak için gerekli malzemeler ve %0.9

NaCl ve %5 Dekstroz

- Tansiyon aleti,
- Derece,
- Şırınga, turnike ve iğneler
- Alkol ve pamuk (23,42,69).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma; öğretmenlerin sınıf içinde oluşabilen ve acil müdahale gerektiren durumlardan; Epilepsi, Diyabet ve Astım hastalıklarının acil durumlarındaki uygulamalarını, davranışlarını belirlemek, öğretmenlerin bu konudaki eğitimlerine temel oluşturacak verileri elde ederek bir rehber kitapçık geliştirmek amacıyla Tanımlayıcı tipte kesitsel olarak planlanmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

3.2.1.Evren

Çalışmanın evrenini İstanbul il sınırları içerisinde Bahçelievler ve Güngören ilçelerinde yer alan Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı 46 ilköğretim okulunda çalışan 1300 öğretmen oluşturmaktadır. Evren seçiminde aşağıdaki kriterler etkili olmuştur;

1. Güngören ile Bahçelievler ilçeleri İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerinin araştırmaya olumlu bakmaları ve desteklemeleri,
2. Bu ilçelerde bulunan okullarda değişik sosyo-ekonomik düzeyde olan ailelerin çocuklarının okuyor olması nedeniyle farklı sağlık sorunu olan çocukların bulunabilmesi ,
3. Araştırmacının bu ilçelere kolay ulaşabilir konumda olması.

3.2.2. Örneklem

Araştırma evreni olan iki ilçedeki (Bahçelievler, Güngören) 46 İlköğretim Okulundaki toplam 1300 öğretmen evren büyüklüğü olmak üzere; araştırma konusu ile ilgili daha önce yapılmış çalışma sonuçları olmadığından gerekli olan en büyük örneklem hacmi, %95 güven aralığında ($p:0,50$; $d:0,05$) en az 296 öğretmen olarak belirlenmiştir (1). Her iki ilçeden belirlenen 10 İlköğretim Okulundaki toplam 300 öğretmenin tümü örneklem grubuna alınmıştır (1). Ancak değerlendirme aşamasında gelişigüzel yanıt verdiği belirlenen 50 öğretmen değerlendirmeye alınmamış ve çalışma 250 denek ile sonuçlandırılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Araştırmanın varsayımları şunlardır:

1. Epilepsi, Diyabet ve Astım hastalığı olan çocuk; yaşamının her anında, eğitimi sırasında sınıfında da acil müdahale gerektiren durum yaşayabilir.
2. Epilepsi, Diyabet ve Astım hastalığı olan çocuğa acil müdahale kendisinin dışında çevredeki kişiler tarafından yapılır.
3. Epilepsi, Diyabet ve Astım hastalığı olan çocuğa acil durumlarda sınıf içinde ilk müdahaleyi yapması gereken kişi öğretmendir. Öğretmenin müdahalesi çocuk açısından yaşamsal önem taşımaktadır.

4. Öğretmenler sınıf içi acil uygulamalar konusunda bilgi ve uygulama düzeyinde yeterli olmalıdırlar.
5. Sınıf içi uygulamalar konusunda öğretmenlerin eğitimi okul sağlığı hemşiresinin rolleri kapsamındadır.

Araştırmada yanıtlanması beklenen sorular aşağıda belirtilmiştir;

1. Öğretmenlerin epilepsi, diyabet, astım hastalığı konusunda bilgi düzeyleri nedir?
2. Öğretmenler epilepsi, diyabet, astım hastalığında acil müdahale gerektiren durumları biliyorlar mı? Önceki uygulamaları, deneyimleri nelerdir?
3. Öğretmenlerin epilepsi, diyabet, astım hastalıklarının acil durumlarına yönelik uygulamaları nelerdir?
4. Öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri ile epilepsi, diyabet, astım hastalıkları bilgi düzeyleri ve bu hastalıkların acil durumlarına yönelik uygulamaları arasında bir ilişki var mı?
5. Öğretmenlerin epilepsi, diyabet, astım hastalığı ile ilgili özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri ile bilgi düzeyi ve acil uygulamaları arasında bir ilişki var mı?

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler Nisan 2000 ile Haziran 2000 tarihleri arasında üç ay içinde toplanmıştır.

Bahçelievler ile Güngören İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerinin belirlediği 10 okulun müdürlerine izin yazıları ile gidilmiş, araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Her okulda müdürlerin belirlediği bir gün tüm öğretmenlere araştırma ve doldurulacak anket formu ile ilgili

iki saatlik bir eğitim verilmiştir. Uygulama yapılan okulların listesi Ek 1'de gösterilmiştir.

Uygulama formlarının kaybolmasını önlemek ve iletişimi sağlamak amacı ile rehber öğretmen veya okul idarecilerinden biriyle iletişim sürdürülmüştür. Her bir öğretmene formları doldurmaları için 1 gün süre verilmiştir.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.5.1. Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet Ve Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu (Ek 3)

Bu form öğretmenlerin epilepsi, diyabet, astım hastalıkları hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Form öğretmenlerin üç hastalığın en önemli ve sık görülen belirtilerini tanıma durumlarını sorgulayan 29 sorudan oluşmaktadır. 1,6,7,13,14,15,18,24,28,29. soru epilepsi, 2,5,8,9,17,19,20,22,25,26,27. soru diyabet, 3,4,10,11,12,16,21,30. soru astım hastalığı ile ilgilidir. Deneklerin gelişigüzel yanıtlamalarını engellemek amacıyla astım hastalığı soru grubundan 11. soru 23. soru olarak tekrar yazılmıştır. Her iki soruya aynı yanıtı vermeyen deneklerin formları araştırma kapsamına alınmamıştır. İşaretleme denekler tarafından her bir ifadenin yanına form üzerine yapılmıştır. Seçenekler "katılıyorum", "katılmıyorum" yanıtı iki seçeneklidir. Soruların doğru yanıtları için "1" yanlış yanıtları için "0" puan verilmiştir. Toplam puan 29'dur.

3.5.2.Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet Ve Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu (Ek 4)

Bu form öğretmenlerin epilepsi, diyabet, astım hastalıklarının acil durumlarında hangi uygulamaları yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Acil uygulamaların yapılması yanında doğru sıraya göre yapılması da çocuk açısından yaşamsal önem taşımaktadır. Bu nedenle form, hem doğru davranışların seçilmesi hem de doğru sıraya konulması ile ilgili düzeyi değerlendirmeye olanak sağlayacak şekilde geliştirilmiştir.

Bu araştırmada öğretmenlerin konu ile ilgili uygulamaları; araştırmacının öğretmenin epilepsi, diyabet, astım hastalığının acil durumlardaki uygulamalarını gözleme olanağı olmadığından, öğretmenlerin kendi ifadeleri ile (Karşılaştığınız zaman ne yaptınız?) ve konu ile ilgili gerçeğe yakın senaryolar geliştirerek öğretmenlerin senaryolara verdiği cevaplarla belirlenmeye çalışılmıştır.

Form epilepsi, diyabet ve astım hastalığı ile ilgili üç senaryodan oluşmaktadır. Her bir senaryonun altında her üç hastalığın acil uygulamalarını içeren aynı 20 madde vardır. Deneklerden senaryoyu okuduktan sonra alttaki maddelerden o hastalıkla ilgili yapmaları gerekenleri yandaki paranteze işaretlemeleri ve önem sırasına göre 1,2,3,... şeklinde belirtmeleri istenmektedir. Bu 20 madde her üç hastalıkla ilgili “doğru yapılması gereken” maddeleri ve “ön çalışmalarda belirlenmiş geleneksel uygulamaları” da içermektedir. Epilepsi hastalığı senaryosu ile ilgili olarak seçilmesi gereken 1,2,4,5,7,8,11,12,16,20 numaralı on madde, diyabet hastalığı senaryosu ile ilgili olarak

seçilmesi gereken 2,3,4,5,7,14,20 sıra numaralı yedi madde, astım hastalığı senaryosu ile ilgili olarak seçilmesi gereken 2,5,6,7,13,15,16,19,20 sıra numaralı dokuz madde seçilmişse “1” puan, seçilen bu maddeler önem sırasına göre doğru numaralandırılmışsa “2” puan, seçilmemiş yada hatalı uygulamalarla birlikte seçilmişse “0” puan üzerinden değerlendirilmiştir.

3.5.3. Anket Formu (Ek 2)

Bu form öğretmenlerin; demografik özelliklerini öz ve soy geçmişinde epilepsi, diyabet, astım hastalığı olma durumunu, epilepsi, diyabet, astımlı öğrenciyle karşılaşma durumunu, bu konudaki önceki deneyimlerini içeren tanıtıcı özelliklerden oluşmaktadır. Araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda yer alan özellik ve değişkenler aşağıda belirtilmiştir.

Öğretmenlerin demografik özellikleri eğitim düzeyi: Bu grupta yer alan yaş, cins, çalışma yılı ile ilgili sorular, öğretmenlerin konu hakkındaki bilgi ve uygulamaları ile ilişkisini belirlemek amacıyla sorulmuştur

Öğretmenlerin özgeçmişinde ve soygeçmişinde epilepsi, diyabet, astım hastalığı olma durumu: Bu gruptaki sorular öğretmenlerin kendilerinde veya yakın çevrelerinde epilepsi, diyabet, astım hastalığının bulunma durumunun öğretmenlerin bilgi ve uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla sorulmuştur.

Öğretmenlerin meslek yaşamları boyunca epilepsi, diyabet, astım öğrenci ile karşılaşma durumları: Buradaki sorular, öğretmenlerin

karşılaştığı *epilepsi, diyabet, astımlı* öğrenci sayısını belirlemek için sorulmuştur.

Öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıklarının acil durumlarında yaptıkları uygulamaları: Bu gruptaki sorular; öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıklarının acil durumlarında bu güne kadar yaptıkları uygulamaları belirlemek amacıyla sorulmuştur.

Öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları ile ilgili olarak eğitimleri konusundaki görüşleri: Bu gruptaki sorular öğretmenlerin bu hastalıklar konusunda eğitilmeleri ile ilgili düşüncelerini belirlemek amacıyla sorulmuştur.

Öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları hakkındaki bilgi durumları; Bu bölümde öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hakkındaki bilgi durumları ve bu bilgilerini nerelerden aldıklarına yönelik sorular, aldıkları bilgi puanları ile karşılaştırmak ve öğretmenlerin bilgilerinin farkında olma durumlarını belirlemek amacıyla sorulmuştur.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GÜVENİRLİĞİ

3.6.1. Öğretmenlerin *Epilepsi, Diyabet Ve Astım* Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu

Birinci aşamada konu ile ilgili geniş bir literatür taraması yapılmış ve soru maddeleri oluşturulmuştur. 50 tane oluşturulan maddeler kavram geçerliği için uzman görüşüne sunulmuştur (Ek 5). Uzmanların önerilerine göre; form yeniden düzenlenmiş, bazı maddeler çıkarılmış yeni maddeler eklenmiştir. Bu haliyle form örneklem

grubundan 20 öğretmene uygulanmış anlaşılmayan maddeler belirlenerek ifadeler düzeltilmiştir. Gelişigüzel yanıtlamaları önlemek için 11 nolu soru 23 nolu soru olarak iki kez yazılmıştır. 11 nolu soruya iki kez aynı yanıtı vermeyen öğretmenlerin formu tamamen değerlendirmeye alınmamıştır. Formun son hali 30 maddeden oluşturulmuştur. Bu haliyle form tekrar “çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı olan” uzmana sunulmuş ve son düzeltmeler yapılmıştır. İkinci aşamada formun güvenilirliği değerlendirilmiştir. İki seçenekli formlar için önerilen iç tutarlık testi Kuder-Richardson 20 güvenilirlik katsayısına bakılmıştır (62). Güvenirlik katsayıları; “Epilepsi hastalığı bilgi düzeyi için 0.53, diyabet hastalığı bilgi düzeyi için 0.74 astım hastalığı bilgi düzeyi için 0.55 bulunmuştur. Formun tamamı için ise 0.82 olarak bulunmuştur. Formların güvenilirliği açısından önerilen katsayının 0.70’in üzerinde olmasıdır (62). Buna göre alt gruplardan diyabet hastalığı bilgi düzeyi ve formun tamamı için güvenilirlik düzeyi yüksek olarak bulunmuştur. Diğer iki alt grup epilepsi ve astım hastalığı bilgi düzeyleri için bulunan güvenilirlik katsayıları 0.50’nin üzerinde olduğu için çok düşük olmamakla birlikte sonraki çalışmalarda madde analizleri yapılarak tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir (60,62)

3.6.3. Anket Formu

Formdaki soruların anlaşılabilirliği için 20 öğretmene ön uygulama yapılmış gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, uzman görüşüne sunulmuştur (Ek 2). Öneriler doğrultusunda düzenlenen form örneklem grubuna uygulanmıştır.

3.7. ARAşTIRMA SÜRESİNCE OLUşAN ZORLUKLAR VE SİNİRLİLİKLER

Uygulama formlarının öğretmenler tarafından zamanında geri verilmemesi nedeniyle çalışmanın süresi planlanandan daha uzun süreyi kapsamıştır.

Bu çalışmada bulunan sonuçlar yalnızca örneklem grubundaki öğretmenler ile sınırlıdır.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma sonuçlarının istatistiksel analizleri bilgisayarda SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda çalışan bir uzmandan destek alınmıştır (Ek 5).

İstatistik analizlerde; bilgi düzeyi formunun güvenilirliği için Kuder-Richardson 20 katsayısı, gruplanmış değişkenlerin frekans ve yüzdelik değerleri, sayısal değişkenlerin aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplanmış; iki grup arasındaki farkları belirlemede normal dağılımda t testi, ikiden fazla ortalamanın karşılaştırılmasında normal dağılımda tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört bölüm halinde sunulmuştur.

1. Bölüm;

Bu bölümde; öğretmenlerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma yılı ile ilgili demografik bulguları ve öğretmenlerin kendilerinde ve yakın çevrelerinde *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalığı olma durumu, bu hastalıklara sahip öğrencilerle karşılaşma durumlarını içeren bulgular yer almaktadır.

2. Bölüm;

Bu bölümde; öğretmenlerin *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıklarına yönelik bilgi düzeylerini ve bu hastalıkların acil durumlarına yönelik uygulamalarını, *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalığı ile ilgili eğitimleri konusundaki görüşlerini içeren bulgular yer almaktadır.

3. Bölüm;

Bu bölümde; öğretmenlerin tanıtıcı özellikleri ile *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıklarına yönelik bilgi düzeyleri ve bu hastalıkların acil durumlarına yönelik uygulamaları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular yer almaktadır.

4. Bölüm;

Bu bölümde; öğretmenlerin *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıklarına yönelik bilgi düzeyleri ile bu hastalıkların acil durumlarına yönelik uygulamaları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular yer almaktadır.

4.1. ÖĞRETMENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tanıtıcı özellikler kapsamında araştırma grubuna alınan öğretmenlerin; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma yılı, kendisinde ve yakın çevresinde *epilepsi, diyabet, astım* hastalığı olma durumu, bu hastalıklara sahip öğrencilerle karşılaşma durumlarını içeren bulgular tablo 1,2,3,4,5,6,7’de gösterilmiştir.

Tablo 1 : Öğretmenlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Yaş Grubu	n	%
20 - 27	45	18
28 - 35	65	26
36 - 43	76	30.4
44-51	64	25.6
Toplam	250	100

$\bar{X}$: 36.98± 8.06

Araştırma grubuna alınan öğretmenlerin yaş grupları incelendiğinde; %30.4’ünün (76 kişi) 36-43, %26’sının (65 kişi) 28-35, %25.6’sının (64 kişi) 44-51 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Yaş ortalamaları $\bar{X}$:36.98±8.06’dır (Tablo 1).

Tablo 2 : Öğretmenlerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

Cinsiyet	n	%
Kadın	144	57.6
Erkek	106	42.4
Toplam	250	100

Araştırma kapsamındaki öğretmenlerin %57.6'sının (144kişi) kadın %42.4'ünün (106 kişi) erkek olduğu belirlenmiştir.(Tablo 2)

Tablo 3: Öğretmenlerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Mezun Olduğu Okul	n	%
Önlisans	54	21.6
Lisans	196	78.4
Toplam	250	100

Araştırma kapsamındaki öğretmenlerin eğitim durumları değerlendirildiğinde; büyük çoğunluğunun lisans mezunu %78.4 (196 kişi) olduğu %21.6'sının (54 kişi) önlisans mezunu olduğu belirlenmiştir.(Tablo 3)

Tablo 4: Öğretmenlerin Çalışma Yıllarına Göre Dağılımları

Mesleki Süre	n	%
1 yıldan az	20	8
1 – 5 yıl	56	22.4
6 – 10 yıl	29	11.6
11 – 15 yıl	34	13.6
16 – 20 yıl	25	10
21 ve üstü yıl	86	34.4
Toplam	250	100

Öğretmenlerin çalışma yılları incelendiğinde; %34.4'ünün (86 kişi) 21yıl ve üstü, %22.4'ünün (56 kişi) 1-5 yıldır çalıştığı bulunmuştur. 1 yıldan daha az çalışan öğretmenler %8 (20 kişi) ile en küçük grubu oluşturmaktadır. (Tablo 4)

Tablo 5: Öğretmenlerin Kendilerinin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastası Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Hastalık Olma Durumu	n	%
Olmayan	239	95.6
Diyabet hastalığı olan	9	3.6
Astım hastalığı olan	2	0.8
Toplam	250	100

Öğretmenlerin %95.6'sının (239 kişi) bu hastalıklardan herhangi birine sahip olmadığı bulunmuştur. Diyabet hastası olan 9 (%3.6), astımı olan 2 (%0.8) öğretmen vardır. Araştırma grubunda epilepsi hastalığı olan öğretmen yoktur.(Tablo 5)

Tablo 6: Öğretmenlerin Ailesi ve Yakın Çevresinde Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalığı Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Aile ve Yakın Çevrede Hastalık Olma Durumu	n	%
Olmayan	103	41.2
Epilepsi hastası yakını olan	23	9.2
Diyabet hastası yakını olan	75	30
Astım hastası yakını olan	49	19.6
Toplam	250	100

Öğretmenlerin aileleri ve yakın çevrelerinde *epilepsi, diyabet, astım* hastalığı olma durumu incelendiğinde; %41.2'sinin (103 kişi) yakınlarında bu hastalıkların olmadığı, %30'unun (75 kişi) diyabet, %19.6'sının (49 kişi) astım, %9,2'inin (23 kişi) epilepsi hastası olan yakını olduğu belirlenmiştir. (Tablo 6)

Tablo 7: Öğretmenlerin Karşılaştığı Epilepsi, Diyabet, Astım Hastası Öğrencilerin Dağılımı

Hastalık	Öğrenci sayısı	
	n	%
Epilepsili öğrenci	98	53,6
Diyabetli öğrenci	24	13.1
Astımlı öğrenci	61	33.3
TOPLAM	183	100

Öğretmenlerin çalışma yılları boyunca *epilepsi, diyabet, astım* hastalığı olan öğrencilerle karşılaşma sayılarını gösteren bulgular tablo 7’de gösterilmiştir. Öğretmenlerin toplam 183 *epilepsi, diyabet, astım* hastası öğrenci ile karşılaştığı bulunmuştur. Öğretmenler en fazla epilepsili öğrenci ile karşılaştıklarını (98 öğrenci) ifade ederken, karşılaşılan diyabetli öğrenci sayısı 24, astımlı öğrenci sayısı da 61 olarak belirtilmiştir. Öğretmenlerin bu güne kadar karşılaştıkları *epilepsi, diyabet, astım* hastası öğrencilerin, karşılaşılan toplam öğrenci sayısı içindeki oranını belirlemek amacıyla öğretmenlere “Bu güne kadar kaç öğrenciniz oldu” sorusu sorulmuş ancak beklenildiği gibi hiçbir öğretmen bu soruyu yanıtlayamamıştır. Bu nedenle araştırmacı tarafından öğretmenlerin toplam çalışma yılları göz önüne alınarak ve beş yıllık periyodlarla 40’ar öğrenci ile karşılaştıkları düşünülerek öğretmenlerin kabaca yaklaşık 30 000 öğrenci ile karşılaştığı tahmin edilmiştir. Buna göre öğretmenlerin karşılaştığı öğrenciler arasında

epilepsi görölme sıklığı %0.3, diyabet görölme sıklığı %0.08, astım görölme sıklığı %0.2 olarak belirtilebilir.



4.2. ÖĞRETMENLERİN *EPİLEPSİ*, *DIYABET*, *ASTIM* HASTALIKLARINA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ, BU HASTALIKLARIN ACİL DURUMLARINA YÖNELİK UYGULAMALARI VE HASTALIKLARLA İLGİLİ EĞİTİMLERİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİ İÇEREN BULGULAR

Bu bölümde öğretmenlerin *epilepsi*, *diyabet* *astım* hastalıkları ile ilgili bilgi düzeylerini, uygulamalarını ve bu hastalıklara yönelik eğitimleri hakkındaki görüşlerini değerlendiren tablolar yer almaktadır. Bilgi düzeyleri; kendilerinin ifadeleri ve bilgi düzeyini ölçmek için geliştirilen “*Öğretmenlerin epilepsi, diyabet ve astım hastalıkları bilgi düzeyi formu*” ile, bu hastalıkların acil durumlarına yönelik uygulamaları ise; kendi ifadeleri ve uygulamalarını ölçmek için geliştirilen “*Öğretmenlerin epilepsi, diyabet ve astım hastalığı olan çocukların acil durumlarına yönelik uygulamaları formu*” ile iki ayrı boyutta incelenmiştir. Bulgular tablo 8,9,10,11,12,13,14,15,16,17’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Öğretmenlerin *Epilepsi*, *Diyabet*, *Astım* Hastalıkları İle İlgili Bilgi Düzeylerine (Kendi Görüşleri) Göre Dağılımları

Hastalıklar *	Epilepsi		Diyabet		Astım	
	n	%	n	%	n	%
Bilgi Düzeyi						
Bilgim var	192	76.8	198	79.2	199	79.6
Bilgim Yok	58	23.2	52	20.8	51	20.4
Toplam	250	100	250	100	250	100

Öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıklarına yönelik bilgi düzeyleri ile ilgili kendi görüşleri incelendiğinde; %76.8'inin epilepsi, %79.2'sinin diyabet, %79.6'sının astım hastalığı konusunda bilgisinin olduğu bulunmuştur (Tablo 8). Bu bilgilerin edinildiği kaynak olarak; Televizyon-radyo (%36), yazılı basın (%47) gösterilmiştir.

Tablo 9: Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Hakkında Bilgi Puan Ortalamaları Dağılımı

Bilgi Düzeyleri	Bilgi Puanları			
	X	SS	Min Puan	Max Puan
Epilepsi	6.31	1.94	0	10
Diyabet	8.76	2.27	0	11
Astım	6.06	1.64	0	8
Toplam	21.13	4.95	0	29

Araştırma grubuna alınan öğretmenlerin "*Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu*"na göre bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; diyabet hastalığı bilgi puanı $X:8.76 \pm 2.27$, epilepsi hastalığı bilgi puanı $X:6.31 \pm 1.94$, astım hastalığı bilgi puanı $X:6.06 \pm 1.64$ olarak bulunmuştur. Toplam bilgi düzeyleri ise $X:21.13 \pm 4.95$ 'dir (Tablo 9)

Tablo 10: Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalığı Olan Öğrencilerin Sınıf İçi Acil Durumlarına Yönelik Uygulamada (Kendi Görüşleri) Bulunma Durumlarına Göre Dağılımları

Uygulama Durumu N: 183	Öğrenci sayısı					
	Epilepsi hastası		Diyabet hastası		Astım hastası	
	n	%	n	%	n	%
Acil Durum Gelişmedi	30	30.6	9	37.5	30	49.2
Öğretmen Dışında Uygulama Yapıldı	45	45.9	13	54.2	22	30.1
Kendim Uygulama Yaptım	23	23.5	2	8.3	9	14.7
Toplam	98	100	24	100	62	100

Tablo 10'da; epilepsi, diyabet, astımlı öğrencisi olan öğretmenlerin, öğrencilerin hastalıklarının acil durumlarında yapılan uygulamalara ait veriler yer almaktadır. Tablo 10'da da görüldüğü gibi epilepsili öğrencinin acil durumunda; %23.5 (23 kişi) öğretmenin kendisinin müdahalede bulunduğu, %45.9 (45 kişi) hiçbir şey yapmadığı belirlenmiştir. Diyabetli çocuğun acil durumunda ise; %8.3 (2 kişi) öğretmenin müdahalede bulunduğu, %54.2 (13 kişi) öğretmenin ise hiçbir şey yapmadığı belirlenmiştir. Astımlı çocuğun acil durumunda %14.7 (9 kişi) öğretmenin müdahale ettiği, buna karşın %30.1 (22 kişi) öğretmenin hiçbir şey yapmadığı bulunmuştur.

Tablo 11: Epilepsi, Diyabet, Astım Hastası Öğrencisi Olan Öğretmenlerin Öğrencilerin Acil Durumlarında Yaptıkları Uygulamaların (Kendi İfadeleri) Dağılımları

Uygulamalar	Hastalıklar					
	Epilepsi		Diyabet		Astım	
	n	%	n	%	n	%
Sıkı elbiselerini gevşettim	3	13				
El- yüzünü yıkadım, kolonya ile masaj yaptım	2	8.7				
Ağzını açık tuttum	3	13				
Sırt üstü yatırdım	5	21.8				
Başını Yan çevirdim, altına ceketimi koydum	1	4.4				
El - kol ve ayaklarını açtım	3	13				
Diğer öğrencileri sakinleştirdim	2	8.7				
Nöbetin geçmesini bekledim	2	8.7	1	50		
Okul idaresi ve ailesine haber verdim/sağlık kurumuna gönderdim	2	8.7				
Ağızına bir şeker verdim			1	50		
Pencereyi açtım/ temiz havaya çıkardım					7	77.8
İlacını verdim					2	22.2
Başı yüksek olacak şekilde yatırdım						
Toza karşı dikkatli olmasını önerdim						
Toplam	23	100	2	100	9	100

Öğretmenler *epilepsi, diyabet, astım* hastası öğrencilerinin acil durumlarında yaptıkları uygulamalar olarak; epilepside sırt üstü yatırma (%21.8 ,5 kişi) ile sıkı elbiselerini gevşetme (%13 , 3kişi), diyabette ağızına şeker verme (%50 , 1kişi) ile nöbetin geçmesini bekleme (%50 ,1 kişi), astımda pencereyi açma ve temiz havaya çıkarma

(%77.8 , 7 kişi) gibi uygulamaları yaptıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 11).

Tablo 12: Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastası Öğrencilerin Acil Durumlarında Yapacakları Uygulamaların “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet Ve Astımı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu’na Göre Dağılımları

Hastalıklar	Epilepsi		Diyabet		Astım	
Uygulama Doğruluğu	n	%	n	%	n	%
Yanlış seçeneklerin seçilmesi	239	95.6	230	92	229	91.6
Doğru Seçeneklerin Seçilmesi	11	4.4	20	8	21	8.4
Doğru Seçeneklerin Önem Sırasına Göre İşaretlenmesi	0	0	0	0	0	0
Toplam	250	100	250	100	250	100

Öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıklarının acil durumlarında yapacakları uygulamaları belirlemek amacı ile geliştirilen “*Öğretmenlerin epilepsi, diyabet ve astım hastalığı olan çocukların acil durumlarına yönelik uygulamaları formu*” na göre uygulamaları değerlendirildiğinde, hiçbirinin “*doğru seçenekleri seçip önem sırasına göre*” işaretlemediği belirlenmiştir. “*Doğru seçenekleri seçen*” öğretmenlerin sayısı ise; epilepsi için 11 kişi (%4.4), diyabet için 20 kişi (%8), astım için 21 kişi (%8.4) olarak bulunmuştur. Hatalı uygulamaları seçen öğretmenlerin oranı; epilepsi için 239 kişi (%95.6), diyabet için 230 kişi (%92), astım için 229 kişi (%91.6)dir. (Tablo 12)

Tablo 13: Öğretmenlerin Epilepsi Acil Durum Uygulamalarının Dağılımı

Uygulama * (önem sırasına göre)	n	%
Sakin davranırım	195 (1)	78.0
Yardım çağırırım	149 (6)	59.6
Yavaşça yere yatırırım	191 (3)	76.4
Ağzından gelen sıvıları yutmaması için yüzünü yana ve aşağı ve yana doğru çeviririm	193 (2)	77.2
Başının altına yumuşak bir palto koyarım	126 (8)	50.4
Batıcı/kesici ve kırılabilir eşyalardan uzaklaştırırım	106 (9)	42.4
Çocuğun geçirdiği nöbet ve iyileşme belirtilerini değerlendiririm	77 (11)	30.8
Sıkı giysilerini gevşetirim	183 (4)	73.2
Diğer çocukları sakinleştiririm	145 (7)	58.8
Ailesine haber veririm	152 (5)	60.8
** Kolonya ile yüz, boyun ve bileklerini ovarım	102 (10)	40.8
** Soğan koklatırım	36 (12)	14.4

(*) Yüzdeler satır yüzdesi olarak N:250'ye göre alınmıştır.

(**) Yapılmaması gereken uygulamalar.

Öğretmenlerin "Öğretmenlerin epilepsi, diyabet ve astım hastalığı olan çocukların acil durumlarına yönelik uygulamaları formu"na göre epilepsi acil durum uygulamaları değerlendirildiğinde; epilepside mutlaka yapılması gereken, ağzından gelen sıvıları yutmaması için yüzünü yana ve aşağı yana doğru çeviririm uygulamasını 193 kişinin (%77.2), yavaşça yere yatırırım uygulamasını 191 kişinin (%76.4), başının altına yumuşak bir palto koyarım uygulamasını 126 kişinin (%50.4), kırılacak

kesici aletleri uzaklaştırırım uygulamasını 106 kişinin (%42.4) seçtiği belirlenmiştir. Kolonya ile yüz, boyun, bileklerin ovulması (%40.8 , 102 kişi), soğan koklatma (%14.4 , 36 kişi) gibi yapılmaması gereken uygulamalarda belirtilmiştir (Tablo 13).

Tablo 14: Öğretmenlerin Diyabet Acil Durum Uygulamalarının Dağılımı

Uygulama * (önem sırasına göre)	n	%
Sakin davranırım	189 (1)	75.6
Yardım çağırırım	119 (3)	47.6
2 – 3 adet kesme şeker veririm	83 (5)	33.2
Çocuğun geçirdiği nöbet ve iyileşme belirtilerini değerlendiririm	83 (6)	33.2
Diğer çocukları sakinleştiririm	111 (4)	44.4
10 – 15 dakika beklerim ve düzelmez ise tekrar şeker veririm	35 (8)	14.4
Ailesine haber veririm	165 (2)	66.0
** Kolonya ile yüz, boyun ve bileklerini ovarım	54 (7)	21.6
** Soğan koklatırım	5 (10)	2.0
** Solunum yollarını açmak için parmağım ile ağzını temizlerim	20 (9)	8.0

(*)Yüzdeler satır yüzdesi olarak N:250'ye göre alınmıştır.

(**) Yapılmaması gereken uygulamalar.

Öğretmenlerin “Öğretmenlerin epilepsi, diyabet ve astım hastalığı olan çocukların acil durumlarına yönelik uygulamaları formu”na göre diyabet acil durum uygulamaları incelendiğinde; diyabetin acil durumunda yapılması gereken uygulamalardan 2-3 adet kesme şeker vermenin

%33.2 (83 kişi) oranında, çocuğun geçirdiği nöbet ve iyileşme belirtilerini değerlendirmenin %33.2 (83 kişi) oranında işaretlendiği bulunmuştur. Kolonya ile yüz, boyun ve bileklerini ovma (%21.6 , 54 kişi) , solunum yollarını açmak için parmak ile ağız temizleme (%8 , 20 kişi) gibi uygulamalarda denekler tarafından işaretlenmiştir (Tablo 14)

Tablo 15: Öğretmenlerin Astım Acil Durum Uygulamalarının Dağılımı

Uygulama * (nem sırasına göre)	n	%
Sakin davranırım	176 (2)	70.4
Yardım çağırırım	119 (6)	47.6
Çocuğun geçirdiği nöbet ve iyileşme belirtilerini değerlendiririm	73 (8)	29.2
Rahat havadar bir yere götürürüm	185 (1)	74.0
Sıkı giysilerini gevşetirim	144 (4)	57.6
Çocuğun kendisine ait ilacı varsa veririm	154 (3)	61.6
Ulaştırabileceğim en yakın oksijen tüpüne ulaştırmaya çalışırım	99 (7)	39.6
Bir saat dinlendiririm	38 (10)	15.2
Ailesine haber veririm	142 (5)	56.8
** Kolonya ile yüz, boyun ve bileklerini ovarım	67 (9)	26.8
** Soğan koklatırım	6 (12)	2.4
** 2 – 3 adet kesme şeker veririm	6 (13)	2.4
** 10- 15 dakika beklerim ve düzelmez ise tekrar şeker veririm	7 (11)	2.8

(*)Yüzdeler satır yüzdesi olarak N:250'ye göre alınmıştır.

(**) Yapılmaması gereken uygulamalar.

Öğretmenlerin “Öğretmenlerin epilepsi, diyabet ve astım hastalığı olan çocukların acil durumlarına yönelik uygulamaları formu”na göre astım acil durum uygulamaları incelendiğinde; mutlaka yapılması beklenen uygulamalardan, rahat havadar bir yere götürürüm seçeneğini 185 kişinin (%74), çocuğun kendisine ait ilacını veririm seçeneğini 154 kişinin (%61.6), sıkı giysilerini gevşetirim seçeneğini 144 kişinin (%57.6) işaretlediği bulunmuştur. Kolonya ile yüz, boyun ve bileklerini ovma (%26.8 , 67 kişi), soğan koklatma (%2.4 , 6 kişi) gibi uygulamaların da işaretlendiği belirlenmiştir (Tablo 15).

Tablo 16: Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları İle İlgili Eğitim Almaları Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı

Görüş	Sayı	
	n	%
Eğitim Almalı	238	95.2
Eğitim Almamalı	9	3.6
Cevapsız	3	1.2
Toplam	250	100

Öğretmenlerin kendilerinin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları ile ilgili eğitim almaları konusundaki görüşleri incelendiğinde; büyük çoğunluğu %95.2 (238 kişi) bu konuda eğitim alınması gerektiğini, %3.6 (9kişi) ise eğitim alınmasına gerek olmadığını belirtmiştir.(Tablo 16)

Tablo 17: Öğretmenlerin *Epilepsi, Diyabet, Astım* Çocukların Sınıf İçi Acil Durum Uygulamalarını Kendilerinin Yapması Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı

Görüş	Sayı	
	n	%
Bu konuda uzman birisi yapmalı	72	28.8
Öğretmen Yapmalı	173	69.2
Cevapsız	5	2
Toplam	250	100

Öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalığının sınıf içi acil uygulamalarını kendilerinin yapmaları konusundaki görüşlerinin; öğretmenlerin yapması (%69.2 , 173 kişi) ve bu konuda uzman birisinin yapması (%28.8 , 72 kişi) şeklinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 17).

4.3. ÖĞRETMENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE *EPİLEPSİ, DİYABET, ASTİM* HASTALIKLARI BİLGİ DÜZEYLERİ VE ACİL DURUM UYGULAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULAR

Bu bölümde; öğretmenlerin tanıtıcı özellikleri ile *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları bilgi düzeyleri ve bu hastalıkların acil durumlarına yönelik uygulamaları arasındaki ilişkileri değerlendiren bulguları içeren tablolar yer almaktadır.(Tablo 18, 19, 20, 21)

Tablo 18: Öğretmenlerin Yaş Grupları İle “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu” na Göre Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Yaş Grupları										
Bilgi Puanları	20-27		28-35		36-43		44-51		F	P
	n:45 (1)		n:65 (2)		n:76 (3)		n:64 (4)			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Epilepsi Bilgi Puanı Min=0 Max=10	5.95	2.09	6.33	2.00	6.53	1.79	6.26	1.93	0.86	0.45
Diyabet Bilgi Puanı Min=0 Max=11	8.24	2.82	9.04	1.89	9.09	1.65	8.43	2.70	2.12	0.09
Astım Bilgi Puanı Min=0 Max=8	5.35	1.95	6.35 (3,4)	1.53	6.10	1.42	6.20	1.62	3.77	0.011
Toplam Bilgi Puanı Min=0 Max=29	18.55	5.99	21.73	4.74	21.73	3.61	20.90	5.53	2.30	0.07

Öğretmenlerin yaş grupları ile *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıklarına yönelik bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile epilepsi, diyabet ve her üç hastalığa yönelik toplam bilgi puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Astım bilgi düzeyinin 28-35 yaş grubunda 36-43 ve 44-51 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.(F:3.77, $P<0.05$) (Tablo 18)

Tablo 19: Öğretmenlerin Cinsiyetleri İle “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu” na Göre Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Cinsiyet						
Bilgi Puanları	Kadın n:144		Erkek n:106		t	P
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Epilepsi Bilgi Puanı Min=0 Max=10	6.36	1.91	6.25	1.99	0.465	0.642
Diyabet Bilgi Puanı Min=0 Max=11	9.13	1.82	8.25	2.69	3.077	0.002
Astım Bilgi Puanı Min=0 Max=8	6.26	1.49	5.79	1.80	2.233	0.026
Toplam Bilgi Puanı Min=0 Max=29	21.75	4.27	20.29	5.66	2.321	0.021

Tablo 19’ da da görüldüğü gibi öğretmenlerin cinsiyetleri ile *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıkları bilgi düzeyleri incelendiğinde; diyabet, astım hastalıklarına yönelik bilgi düzeylerinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu (t:3.07 , $P<0.01$ – t:2.23 , $P<0.05$), yine her üç hastalığa yönelik toplam bilgi puanının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.(t:2.32 , $P<0.05$), epilepsi hastalığına yönelik bilgi düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (Tablo 19)

Tablo 20: Öğretmenlerin Çalışma Yılları İle “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu” na Göre Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Çalışma Yılı														
Bilgi Puanları	1 yıldan az n:20 (1)		1 – 5 yıl n:56 (2)		6 – 10 yıl n:29 (3)		11 – 15 yıl n:34 (4)		16 – 20 yıl n:25 (5)		21 ve üstü n:86 (6)		F	P
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Epilepsi Bilgi Puanı	5.85	2.16	6.48	2.08	5.48	2.15	6.68	1.36	6.24	1.83	6.47	1.91	1.74	0.12
Diyabet Bilgi Puanı	7.55	3.38	9.16	1.85	8.62	2.44	9.03	1.40	9.04	1.40	8.64	2.54	1.76	0.12
Astım Bilgi Puanı	4.80	1.85	6.05	1.62	5.97	1.90	6.53 (5,6)	1.16	5.88	1.27	6.26 (2,3)	1.65	3.40	0.005
Toplam Bilgi Puanı	18.20	6.71	21.70	4.49	20.07	5.84	22.24 (2,6)	2.73	21.16	3.41	21.36	5.30	2.24	0.05

Tablo 20’ de öğretmenlerin çalışma yılları ile *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular yer almaktadır. Çalışma yılı ile epilepsi, diyabet hastalığına yönelik bilgi puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Astım hastalığı bilgi puanı; 11-15 yıl çalışanlarda 16-20 yıl ve 21 yıl üstü çalışanlara göre, 21 yıl ve üstü çalışanlarda 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur.(F:3.40 , P<0.01). Her üç hastalığa yönelik toplam bilgi puanları 11-15 yıl çalışanlarda 1-5 ve 21 yıl ve üstü çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur (F:2.24 , P<0.05)

Tablo 21: Öğretmenlerin Ailesi Ve Yakın Çevresinde Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalığı Olma Durumu İle Bu Hastalıklarla İlgili Bilgi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Hastalık						
Bilgi Puanı	Aile/Yakın Çevresinde <i>Epilepsi, Diyabet, Astım</i> Hastalığı Olmayan		Aile/Yakın Çevresinde <i>Epilepsi, Diyabet, Astım</i> Hastalığı Olan		t	P
	X	SS	X	SS		
Epilepsi Bilgi Puanı	6.26	1.93	6.78	2.04	1.22	0.223
Diyabet Bilgi Puanı	8.58	2.47	9.16	1.63	1.84	0.67
Astım Bilgi Puanı	5.92	1.70	6.53	1.18	2.77	0.006

Öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalığı olan yakını olma durumu ile bu hastalıklara yönelik bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; epilepsi, diyabet hastalığı bilgi puanları ile anlamlı ilişki bulunamamıştır. Astım bilgi puanı yakın çevresinde astım hastası olan öğretmenlerde olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (t:2.77 , $P<0.01$) (Tablo 21). Her üç hastalığa da sahip yakını olan öğretmen olmadığı için toplam bilgi puanı ile karşılaştırma yapılmamıştır.

Bu bölümde yer alan ve tablolar halinde gösterilmeyen diğer bulgular aşağıda belirtilmiştir.

- Öğretmenlerin eğitim düzeyleri ile *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıkları bilgi düzeyleri (P:0.184, P:0.140, P:0.638, P:0.111) ve bu hastalıkların acil durum uygulamaları (P:0.437, P:0.441, P:0.286) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.
- Öğretmenlerin kendilerinin *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastası olma durumları ile *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalığı bilgi düzeyleri (P:0.254, P:0.170) ve bu hastalıkların acil durum uygulamaları (P:0.270, P:0.838) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.
- Öğretmenlerin ailesi ve yakın çevresinde *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalığı olma durumu ile bu hastalıkları acil durum uygulamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (P:0.267, P:0.126, P:0.207)
- Öğretmenlerin çalışma yılları boyunca *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalığı olan öğrencilerle karşılaşma durumu ile bu hastalıkların bilgi düzeyleri (P:0.550, P:0.331, P:0.144) ve acil durum uygulama düzeyleri (P:0.519, P:0.404, P:0.947) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.
- Öğretmenlerin yaş (P:0.592, P:0.682, P:0.140), cinsiyet(P:0.339, P:0.435, P:0.255), çalışma yılı (P:0.531, P:0.581, P:0.235) ile *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıkları acil durum uygulamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

4.4. ÖĞRETMENLERİN “EPİLEPSİ, DİYABET, ASTİM HASTALIKLARI BİLGİ DÜZEYİ FORMU”NA GÖRE BİLGİ DÜZEYLERİ İLE “ÖĞRETMENLERİN EPİLEPSİ, DİYABET, ASTİM HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN ACİL DURUMLARINA YÖNELİK UYGULAMALARI FORMU”NA GÖRE UYGULAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULAR

Bu bölüm; “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu” na göre bilgi düzeyleri ile “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet Ve Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu”na göre uygulama düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösteren bulguları içermektedir. (Tablo 22)

Tablo 22: “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu” na Göre Bilgi Düzeyleri İle “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet Ve Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu”na Göre Uygulama Düzeyleri Arasındaki İlişki

Uygulama Puanları						
Bilgi Puanları	Yanlış seçeneklerin seçilmesi		Doğru seçeneklerin seçilmesi		Anlamlılık Düzeyi	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	t	P
Epilepsi	6.25	1.94	7.63	1.28	2.55	0.005
Diyabet	8.65	2.31	9.95	1.05	2.47	0.014
Astım	6.01	1.68	6.52	0.98	1.36	0.176

Öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıklarına yönelik bilgi düzeyleri ve uygulamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, epilepsi ve astım bilgi düzeyi yüksek öğretmenlerin, acil durum uygulama puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur ($t:2.55$, $P<0.01$, $t:2.47$, $P<0.05$) Astım bilgi düzeyi ile uygulama puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($t:1.36$, $P>0.05$).

5.TARTIşMA

Toplum sağlığının geliştirilmesinde; çocuk, gebe, yaşlı, işçi gibi risk gruplarının, sunulan sağlık hizmetlerinden en fazla yararlanması ve en iyi hizmeti almaları gerekliliği önemli bir yer tutmaktadır. Toplumumuzun yaklaşık % 38' ini oluşturan 0-14 yaş grubu çocukların her yaşta değişik sağlık sorunlarıyla karşılaştıkları ve düşük sosyoekonomik düzey gibi faktörlerinde bu sorunları daha da arttırdığı bilinmektedir (64). Çocuğun en önemli dönemlerinden biri yaşamının büyük bir bölümünü geçirdiği okul dönemidir (4,13).

Okul çağı çocuklarının; büyüme ve gelişme çağında olmaları, toplu ve kalabalık olarak bulunmaları, sıkışık oturmaları, değişik etnik gruplardan gelmeleri, okulların büyük bir kısmında sağlık koşullarının yetersiz olması, suların akmaması, hijyenik kurallara uyulmaması gibi nedenlerden ötürü pek çok sağlık sorunuyla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir (31). Bu sağlık sorunlarından en önemlileri arasında; üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları, enterit, üriner sistem enfeksiyonları, görme ve işitme sorunları, saçlı deri hastalıkları, psikolojik sorunlar ve kronik hastalıklar belirtilebilir (64).

Kronik hastalıklar tedavinin sürekliliği ve acil durum oluşturabilmeleri açısından önemle takip edilmesi gereken hastalıklardır. Bunlardan *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıkları, çocuğun yaşamını tehdit edebilecek acil durumlar oluşturması açısından

üzerinde önemle durulması önerilen üç ciddi hastalık olarak ifade edilmektedir (21).

Epilepsi, diyabet, astım hastalıkları, hastalık süreçlerinde yaşamsal önemi olan nöbetlerle seyreden kronik hastalıklardır. Bu nedenle çocuk okulda bulunduğu süre içinde de bu nöbetleri yaşayabilir. Bu durumda yapılacak doğru acil müdahalenin çocuğun sağlığı açısından önemi büyüktür.

Epilepsi, diyabet, astım hastalığı olan çocuğun eğitimini sağlıklı olarak sürdürebilmesi, hastalıkların tedavi ve izlemlerinin yapılabilmesinde sunulacak olan okul sağlığı hizmetlerinin önemli bir yeri vardır (8).

Temel amacı çocuğun sağlığını koruyan ve geliştiren sağlık hizmetlerini sunmak olan okul sağlığı hizmetleri; hemşire, hekim, öğretmen, diş hekimi, eğitim psikoloğu, diğer okul personeli gibi bireylerden oluşur. Bu ekip içerisinde okul hemşiresinin önemli bir yeri vardır. Okul sağlığı hizmetleri gelişmiş ülkelerde hizmetlerin sunumundan tek başına hemşirenin sorumlu olduğu ve gerekli zamanlarda diğer ekip üyelerinden danışmanlık aldığı belirtilmektedir (8).

Bu bağlamda *epilepsi, diyabet, astım* hastası öğrencinin bakımı da hemşirenin rolleri kapsamındadır. Okul sağlığı hemşiresi, bu öğrencilerin sağlık bakımında; öğrencilerin tanınması, tedavilerinin yapılması ve izlemi, hekim ve ailesi ile iletişim, öğrencilerin acil durumlarında sağlıklarının korunmasına kadar bir çok hizmet sunmaktadır. Bunlardan öğrencilerin acil durumlarında sağlıklarının korunması, çocuğun sağlığı açısından yaşamsal önem taşımaktadır.

Hemşire bu hastalıkları olan çocukların acil müdahale gerektiren durumlarında (epileptik nöbet, hipoglisemi, hiperglisemi, astım nöbetleri) acil uygulamaları yapar ve çocuğu izlem altına alır. Ancak hemşire çocuğun yanına gelene kadar geçen sürede, çocuğa yakın kişilerin ona öncelikle yardım etmesi gerekir. Bu kişi de sınıf içinde çocuğun yanında olan öğretmendir. Öğretmenlere bu konuda doğru bilgi ve beceri kazandırmak hemşirenin sorumluluğundadır (21).

Türkiye’ de okul sağlığı hizmetlerinde yer alan profesyonel hemşire sayısı yok denecek kadar azdır. Bu çalışmada da araştırma kapsamına alınan okulların hiç birinde sağlık birimi ve okul hemşiresi olmadığı belirlenmiştir. Bunun yanında öğrencilerin dosyalarında kronik hastalıklı çocuklarla ilgili herhangi bir bilgi de yer almamaktadır. Bu noktada; ülkemiz şartları göz önüne alındığında öğretmenlerin *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastası olan öğrencilerin acil uygulama gerektiren durumlarında doğru bilgi ve beceri ile uygulamaları yapabilmesi için eğitilmeleri gerekliliği ön plana çıkmaktadır (64).

Epilepsi, diyabet, astım hastalığı olan çocuklarda oluşabilecek acil müdahale gerektiren durumlarda öğretmenlerin uygulamalarını davranışlarını belirlemek amacıyla planlanan çalışmadan elde edilen bulgular dört bölüm halinde tartışılmıştır.

- 1. Bölümde;** öğretmenlerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili bilgi ve yorumlara,
- 2. Bölümde;** öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları ile ilgili bilgi düzeylerine ve bu hastalıkların acil durumlarındaki uygulamalarına yönelik bilgi ve yorumlara,
- 3. Bölümde;** öğretmenlerin tanıtıcı özellikleri ile *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları bilgi düzeyleri ve bu hastalıkların acil

durumlarına yönelik uygulamaları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bilgi ve yorumlara,

- 4. Bölümde;** öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıklarına yönelik bilgi düzeyleri ve bu hastalıkların acil durumlarına yönelik uygulamaları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bilgi ve yorumlara yer verilmiştir.

5.1. DENEKLERİ TANITICI ÖZELLİKLER

Bu bölümde tanıtıcı özellikler kapsamında ele alınan özellikler; öğretmenlerin *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastası olan öğrencilerinin acil durumlarındaki uygulamalarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla sorulmuş ve değerlendirilmiştir.

Araştırma grubundaki öğretmenlerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, grubun yaş ortalamasının $\bar{X}:36.98\pm8.06$ olduğu görülmektedir. Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde %30.4' ünün 36-43, %26' sının 28-35, %25.4' ünün 44-51 yaş grubunda olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Bu sonuçlar araştırma grubundaki öğretmenlerin yaş gruplarına göre dağılımlarının birbirine yakın olduğunu göstermektedir. Türkiye' de ilköğretimde çalışan öğretmenler yaklaşık 20 yaşlarında mesleğe başlamaktadır (65). Çalışma grubundaki öğretmenlerin büyük bölümünün yaşlarının 28 yaşın üzerinde olması grubun deneyimli öğretmenlerden oluştuğunu düşündürmektedir.

Tablo 2 değerlendirildiğinde, deneklerin %57.6' sının kadın, %42.4' ünün erkek olduğu görülmektedir. Milli eğitim Bakanlığının 1996-1997 istatistiklerinde öğretmenlerin %43.5' inin kadın, %56.4' ünün erkek olduğu belirtilmiştir (78). Bu veride olduğu gibi çalışma grubumuzdaki öğretmenlerin cinsiyet açısından sayısı da birbirine yakın olarak bulunmuştur.

Araştırma grubundaki öğretmenlerin eğitim düzeyleri incelendiğinde büyük kısmının (%78.4) lisans mezunu olduğu, %21.6' sının ise önlisans mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 3). Araştırma grubunda lise mezunu öğretmenin olmadığı bulunmuştur. Araştırma grubundaki

öğretmenlerin büyük bölümünün lisans mezunu olması grubun eğitim düzeyinin iyi olduğunun bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Tablo 4' teki bulgular değerlendirildiğinde, öğretmenlerin büyük bölümünün (%34.4) 21 yıl ve üstü çalıştığı, %22.47 ünün 1-5yıldır çalıştığı, %13.6'sının ise 11-15 yıldır çalıştığı görülmektedir. Öğretmenlerin büyük bölümünün 5 yıl üstü çalışıyor olması deneyimli olduklarını düşündürmektedir.

Araştırma grubundaki öğretmenlerin; yaş, cins, eğitim, çalışma yılı ile ilgili demografik özellikleri değerlendirildiğinde, grubun deneyimli öğretmenlerden oluştuğunu bu nedenle epilepsi, diyabet, astım hastası öğrenci ile karşılaşma oranlarının yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Yukarıdaki sonuçlarla bağlantılı olarak tablo 7' deki bulgular değerlendirildiğinde öğretmenlerin % 0.3 oranında epilepsi, %0.08 oranında diyabet, %0.2 oranında astım hastası öğrenci ile karşılaştığı görülmektedir. Bu hastalıkların Türkiye' de çocukluk çağında görülme sıklığı incelendiğinde; epilepsinin %1(23), diyabetin %0.015 (3), astımın %3-15 oranında (61) görüldüğü belirtilmiştir. Bu verilerle araştırma sonuçları karşılaştırıldığında, araştırma sonuçlarının Türkiye oranlarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonucun öğretmenlerin bu hastalıklara sahip öğrencileri hatırlayamamaları ya da hastalıkların belirtilerini bilmemeleri ve öğrencileri gözlemleyememeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Öğretmenlerin kendilerinde ve yakın çevrelerinde *epilepsi, diyabet, astım* hastalığı olma durumu; bu hastalıkları tanıyan öğretmenlerin,

öğrencilerin acil durumlarındaki uygulamalarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülerek araştırılmıştır. Tablo 5' te öğretmenlerin %3.6' sının diyabet, %0.8' inin astım hastası olduğu, epilepsi hastası öğretmenin olmadığı görülmektedir. Öğretmenlerin yakın çevresinde *epilepsi, diyabet, astım* hastalığı olma durumu incelendiğinde; %9.2' sinin epilepsili, %30'unun diyabetli, %19.6'sının astımlı yakını olduğu görülmektedir. (Tablo 6) Sonuçlar; Türkiye'de yetişkinlerde bu hastalıkların görülme oranları ile karşılaştırıldığında (epilepsi %1(48), diyabet %5-6 (42), astım %3-9(19)) hastalıkların görülme sıklığının genel popülasyona göre öğretmenlerde daha az olduğunu, yakın çevrelerinde ise daha yüksek olduğunu göstermektedir.

5.2. ÖĞRETMENLERİN EPİLEPSİ, DİYABET, ASTIM HASTALIKLARI İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN, BU HASTALIKLARIN ACİL DURUMLARINDAKİ UYGULAMALARININ VE HASTALIKLARLA İLGİLİ EĞİTİMLERİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları onların bu hastalıkların acil durum uygulamalarının yeterliliğini olumlu yönde etkileyecektir. Bu nedenle öğretmenlerin bilgi düzeyi değerlendirilmiştir. Bilgi düzeyi; öğretmenlerin kendi ifadelerine göre ve araştırmacı tarafından geliştirilen “ *öğretmenlerin epilepsi, diyabet, astım hastalıkları bilgi düzeyi formu*” na göre iki boyutta değerlendirilmiştir.

Öğretmenlerin kendi görüşlerine göre bilgi düzeyleri incelendiğinde (Tablo 8) %76.8’ i epilepsi, %79.2’ si diyabet ve %79.6’ sı astım hastalığı hakkında bilgisinin olduğunu belirtmiştir. Öğretmenlerin kendi ifadelerine göre alınan bu veri öğretmenlerin bu hastalıklar konusunda bilgi düzeylerinin iyi olduğunu göstermektedir. Bu sonuç; öğretmenlerin bu hastalıkların acil durum uygulamalarını olumlu etkilemesi ve ileride düzenlenecek eğitim programlarının başarılı olması açısından olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Konkiriwatana öğretmenler üzerinde yaptığı çalışmasında; öğretmenlerin %38’ inin epilepsi hastalığı ile ilgili hiçbir şey duymadıklarını ve okumadıklarını belirlemiştir (46). Bu çalışmada öğretmenlerin %23.2’ si epilepsi ile ilgili bilgisiz olduğu belirtilmiştir

(Tablo 8). Çalışma grubunun epilepsi hastalığı bilgi düzeyleri daha iyi olmakla birlikte bu iki sonucun birbirine benzer olduğu görülmektedir. Konkiriwatana çalışmasında epilepsi hastalığı hakkında bilgili olduğunu belirten öğretmenlerin bilgilerini çoğunlukla yazılı basın, televizyon ve radyodan öğrendiklerini bulmuştur. Bu çalışmada da öğretmenler, bilgi kaynağı olarak televizyon- radyo (%36), yazılı basını (%47) göstermişlerdir. Bu iki sonuç birbirine benzer niteliktedir. Fadiloğlu ve Değirmencinin epilepsili hastaların yakınları üzerinde yaptığı çalışmada da hastalık hakkındaki bilgilerin kitle iletişim araçlarından edinildiği bulunmuştur (37). Bu sonuçta çalışma bulgularını desteklemektedir.

Öğretmenlerin bilgi düzeyi kendi ifadeleri dışında, araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi düzeyi formu ile de değerlendirilmiştir (Tablo 9). Güvenirliği yüksek olarak bulunan form (Kuder-Richardson 20 katsayısı:0.82) ile değerlendirilen bilgi düzeyleri incelendiğinde; öğretmenlerin epilepsi hastalığı bilgi düzeyleri toplam 10 puan üzerinden $\bar{X}:6.31\pm1.94$, diyabet hastalığı bilgi düzeyleri toplam 11 puan üzerinden $\bar{X}:8.76\pm2.27$, astım hastalığı bilgi düzeyleri toplam 8 puan üzerinden $\bar{X}:6.06\pm1.64$ ve her üç hastalığa yönelik toplam bilgi düzeyleri 29 puan üzerinden $\bar{X}:21.13\pm4.95$ olarak bulunmuştur. Bu değerler 100 üzerinden değerlendirildiğinde; epilepsi bilgi düzeyinin ortalama 63.1, diyabet bilgi düzeyinin ortalama 79.6, astım bilgi düzeyinin ortalama 75.7, toplam bilgi düzeyinin ortalama 72.8 olduğu ifade edilebilir. Bu sonuçlar öğretmenlerin kendi ifadeleri ile belirlenen bilgi düzeyleri ile karşılaştırıldığında birbirine benzer oldukları görülmektedir.

Öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları ile ilgili bilgi düzeylerinin, hem kendi ifadelerine göre hem de bilgi düzeyi formuna göre iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Bu sonuç, öğretmenlerin bu hastalıkların acil durum uygulamalarını ve ileriye dönük hazırlanabilecek eğitim programlarını olumlu yönde etkileyeceğini düşündürmektedir.

Epilepsi, diyabet, astım hastası öğrencisi olan öğretmenlerin, bu öğrencilerin acil durumlarındaki uygulamaları; geriye dönük olarak yaptıkları uygulamalar kendi ifadeleri ile (tablo 10-11) ve araştırmacı tarafından geliştirilen “*öğretmenlerin epilepsi, diyabet, astım hastalığı olan çocukların acil durumlarına yönelik uygulamaları formu*”na göre değerlendirilmiştir (Tablo 12, 13, 14, 15)

Öğretmenlerin kendi ifadelerine göre; bu güne kadar karşılaştıkları *epilepsi, diyabet, astım* hastası öğrencilere yaptıkları uygulamalar değerlendirildiğinde; 98 epilepsili çocuktan%30.6’sında acil durum gelişmediği, %45’ine öğretmenin dışında başkaları tarafından müdahale edildiği ve sadece %23’üne öğretmenin kendisinin müdahale ettiği görülmektedir (Tablo 10). Acil durum gelişen 68 öğrenciden sadece %33.8’ine öğretmenin kendisinin müdahale etmesi ve %66’sına hiçbir uygulamada bulunmaması hasta çocuğun sağlığı üzerindeki olumsuz etkiler açısından düşündürücüdür.

Acil durumdaki epilepsili öğrenciye müdahale ettiklerini belirten öğretmenler (n:23) yaptıkları uygulamalar olarak; sırt üstü yatırdım (n:5), sıkı elbiselerini gevşettim (n:3), ağzını açık tuttum (n:3), el, kol ve ayaklarını açtım (n:3), el-yüzünü yıkadım, kolonya ile masaj yaptım (n:2), diğer öğrencileri sakinleştirdim (n:2), nöbetin

geçmesini bekledim, ailesine haber verdim (n:2) belirtmişlerdir (Tablo 11)

Epilepsi nöbeti geçiren çocuğun sırt üstü yatırılmasının, ağızda biriken sıvıların aspire edilmesi ile solunumun engellenmesi açısından yanlış uygulama olduğu belirtilmektedir(34). Kolonya ile masaj yapma vb. geleneksel uygulamaların yanlış olduğu belirtilmektedir (52). Büyükçoban çalışmasında epilepsili çocuğu olan ebeveynlerin nöbet sırasında yaptıkları ilk müdahalenin çocuğun yüzüne soğuk su dökmek olduğunu bulmuştur (22). Bu sonuç geleneksel uygulamaları yapma açısından çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Bu sonuçlar öğretmenlerin epilepsili öğrenciye yönelik kendi ifadelerine göre belirlenen acil uygulamalarının bilgi düzeyinin aksine oldukça yetersiz olduğunu göstermektedir.

Öğretmenler; karşılaştıkları 24 diyabetli öğrenciden %37.5'inde acil durum gelişmediğini, acil durum gelişen 15 öğrenciden sadece 2'sine uygulama yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç öğrencinin sağlığının olumsuz olarak etkilenmesi açısından düşündürücüdür.

Diyabetli öğrenciye müdahalede bulunduğunu belirten 2 öğretmen yaptıkları uygulamaları "nöbetin geçmesini bekledim" ve "ağızına bir şeker verdim" şeklinde belirtmişlerdir. Diyabetli çocuklarda yılda %40-70 oranında rastlanan hipoglisemi nöbetleri sınıf içindede sıklıkla oluşabilir. Adölesanlar üzerinde yapılan bir çalışmada diyabetik adölesanların yılda %36 hipoglisemi atağı geçirdikleri bulunmuştur (33). Bu bilgiler öğretmenin hipoglisemi nöbeti geçiren öğrenciyle karşılaşma sıklıklarının fazla olacağı ve

doğru acil durum uygulamaları yapması gerekliliğini desteklemektedir.

Araştırma grubundaki öğretmenlerin diyabetli öğrenciye yönelik yaptıkları uygulamalarla ilgili veriler uygulama düzeylerinin bilgi düzeylerine göre yetersiz olduğunu göstermektedir.

Araştırma grubundaki öğretmenler çalışma yılları boyunca karşılaştıkları 62 astımlı öğrenciden %49.2'sinde acil durum gelişmediğini, acil durum gelişen 31 öğrenciden sadece 9'una acil uygulama yaptığını belirtmişlerdir. Bu sonuç astımlı öğrencinin sağlığı açısından olumsuz bir durum olarak nitelendirilebilir.

Öğretmenler müdahalede bulundukları 9 astımlı öğrenciye yaptıkları uygulamalar olarak; pencereyi açıp temiz havaya çıkardım (n:7), ilacını verdim (n:2) uygulamalarını yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 11). Bu sonuçlar astımlı öğrenciye yönelik olarak öğretmenlerin bilgi düzeylerine göre yaptıkları uygulamaların yetersiz olduğunu göstermektedir.

Öğretmenlerin *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastası öğrencilerin acil durumlarında yaptıkları uygulamalar kendi ifadeleri dışında araştırmacı tarafından geliştirilen uygulama formu ile de değerlendirilmiştir (Ek 4). Öğretmenlerin bu hastalıkların acil durumlarındaki uygulamalarını gerçek durumda gözlemleme olanağı olmadığı için, bu form ile her bir hastalığa yönelik geliştirilen senaryolara göre uygulamaları değerlendirilmiştir. Formda *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıklarının her birine yönelik üç senaryo vardır. Her bir senaryonun altında her üç hastalığın acil uygulamalarını içeren aynı 20 madde vardır. Öğretmenler her bir hastalıkla ilgili

senaryoyu okuyup, altındaki maddelerden o hastalıkla ilgili yapılması gereken uygulamaları işaretlemişler ve önem sırasını yanlarındaki parantezlere numaralandırmışlardır.

Uygulama formuna göre öğretmenlerin uygulamaları değerlendirildiğinde; epilepsi hastalığı ile ilgili sadece %4.4'ünün (11kişi), diyabet hastalığı ile ilgili sadece %8'inin (20 kişi), astım hastalığı ile ilgili sadece %8.4'ünün (21 kişi) doğru seçenekleri seçebildiği belirlenmiştir. Öğretmenlerden hiçbirinin seçilen bu seçenekleri önem sırasına göre doğru olarak sıralayamadığı bulunmuştur (Tablo 12). *Epilepsi, diyabet, astım* hastalıklarının acil durumlarında ilk yardım uygulamalarında olduğu gibi ilk 5 ve 30 dakikasının hasta için hayati önemi olduğu belirtilmektedir (21,68). İlk yardım uygulamaları esnasında kaybedilen her zaman dilimi ile ölüm oranının arttığı belirtilmektedir (76). Bu nedenle kısa zamanda doğru sıra ile doğru uygulamaların yapılması önem kazanmaktadır (76).

Araştırma grubundaki öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıklarının acil durum uygulamalarından doğru seçenekleri seçenlerin oranının (%4.4, %8, %8.4) düşük olması, bu gruptan hiçbir öğretmenin seçenekleri önem sırasına göre sıralayamaması; bu hastalıklara sahip öğrencilerin acil yardıma gereksinimleri olduğu zaman yetersiz bakım alacaklarının ve sağlıklarının olumsuz etkileneceğinin bir göstergesi olabilir. Kronik hastalıklara sahip öğrencilerin yaklaşık %30-40'ında hastalıkları ile yaşam ve okul ortamı arasındaki uyumsuzluk nedeniyle, sağlık sorunlarının daha da arttığı belirtilmektedir (47,56). Bu bilgi araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir.

Tablo 13'de öğretmenlerin uygulama formuna göre seçtikleri epilepsi uygulamaları görülmektedir. Epilepsi nöbeti (tonik-klonik nöbet) geçiren bir öğrenciye yönelik hazırlanmış senaryoya göre belirledikleri epilepsi uygulamaları incelendiğinde; seçilmesi gereken maddelerden; Sakin davranırım (%78), ağızdan gelen sıvıları yutmaması için yüzünü yana ve aşağı doğru çeviririm (%77.2), yavaşça yere yatırırım (%76.4), sıkı giysilerini gevşetirim (%73.2), ailesine haber veririm (%60.8) maddelerini işaretledikleri belirlenmiştir (Tablo 13)

Öğretmenlerin epilepsi senaryosu ile ilgili olarak doğru seçenekleri bir ölçüde seçebildikleri ancak önem sırasına göre sıralamalarının olması gerektiği gibi yapılamadığı görülmektedir. Epilepsili çocuğun acil müdahalesindeki amaç çocuğun tonik-kronik nöbetleri esnasında travmaya maruz kalmasını önlemek ve dış zararlardan korumaktır (43,55,58). Öğretmenlerin çocuğun başının altına palto koyma (% 50.4) ve kırılacak kesici aletleri uzaklaştırma (%42.4) uygulamalarını son sıralarda seçmeleri oluşabilecek travmalar açısından düşündürücüdür. Ayrıca seçtikleri doğru uygulamaların yanında kolonya ile yüz, boyun, bileklerin ovulması, soğan koklatma gibi yapılmaması gereken, yapıldığı zaman nöbetin ciddileşmesine neden olabilecek uygulamaların seçilmiş olması öğretmenlerin seçenekleri seçmede tutarsız olduklarını düşündürmektedir.

Öğretmenlerin "*Öğretmenlerin epilepsi, diyabet ve astım hastalığı olan çocukların acil durumlarına yönelik uygulamaları formu*"na göre diyabet acil durum uygulamaları incelendiğinde; diyabetin acil durumunda yapılması gereken uygulamalardan 2-3 adet kesme şeker vermenin %33.2 (83 kişi) oranında, çocuğun geçirdiği nöbet ve

iyileşme belirtilerini değerlendirmenin %33.2 (83 kişi) oranında işaretlendiği bulunmuştur. Kolonya ile yüz, boyun ve bileklerini ovma (%21.6 , 54 kişi) , solunum yollarını açmak için parmak ile ağız temizleme (%8 , 20 kişi) gibi hipoglisemi nöbetlerinde kesinlikle yapılmaması gereken uygulamaları işaretlemeleri öğrenci sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek bir durumdur.

Uygulama formundaki diyabet hastalığı ile ilgili senaryo hipoglisemi nöbeti geçiren ancak bilinci açık çocuğa aittir. Hipoglisemide yapılması gereken en önemli uygulama kan şekerini yükseltmek amacıyla oral yoldan şeker verilmesidir. Hipoglisemi belirtilerinin gerileme durumlarına göre çocuk değerlendirilmeli ve gerekirse şeker uygulaması tekrarlanmalıdır (41). Öğretmenlerin bu uygulamaları az sayıda ve son sıralarda seçmeleri uygulama yetersizliklerini düşündürmektedir.

Epilepside olduğu gibi diyabet hastalığının acil uygulamalarında da öğretmenler tarafından; doğru seçeneklerin yanında yapılmaması gereken uygulamaların seçilmesi, öncelikle yapılması gerekenlerin son seçenekler olarak seçilmesi öğretmenlerin uygulama ile ilgili yetersizliklerini düşündürmektedir.

Öğretmenlerin "*Öğretmenlerin epilepsi, diyabet ve astım hastalığı olan çocukların acil durumlarına yönelik uygulamaları formu*"na göre astım acil durum uygulamaları incelendiğinde; yapılması beklenen uygulamalardan, rahat havadar bir yere götürürüm seçeneğini 185 kişinin (%74), çocuğun kendisine ait ilacını veririm seçeneğini 154 kişinin (%61.6), sıkı giysilerini gevşetirim seçeneğini 144 kişinin (%57.6) işaretlediği bulunmuştur. (Tablo 15)

Öğretmenlerin bu uygulamaları ilk sıralarda seçtikleri gözlenmiş ancak bu uygulamaların yanında çocuğun solunumunu engelleyebilecek olan kolonya ile yüz, boyun ve bileklerini ovma (%26.8 , 67 kişi) ile soğan koklatma (%2.4 , 6 kişi) ve 2-3 adet kesme şeker verme (%2.4) gibi kesinlikle yapılmaması gereken uygulamaları belirtmeleri öğretmenlerin yanıtlarının tutarsız olduğunu göstermektedir.

Öğretmenlerin *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıklarına yönelik eğitilmeleri hakkındaki görüşleri incelendiğinde; büyük bir bölümünün (%95.2) bu konularda bilgilenmeyi istediği (Tablo 16), %69.2'sinin bu hastalıklara sahip öğrencilerin sınıf içi acil uygulamalarını kendilerinin yapması gerektiğini belirttiği bulunmuştur (Tablo 17).

Sınıf öğretmenlerinin eğitimi incelendiğinde; lisans programında birinci yılda görülen canlılar bilimi dersinde ve dördüncü yılda görülen sağlık ve trafik derslerinde ilk yardım konularına değinilmekte *ancak epilepsi*, *diyabet* ve *astım* nöbetlerindeki ilk yardımından bahsedilmemektedir (77).

Bunun yanı sıra Milli Eğitim Bakanlığı'nın bu konuda yapmış olduğu herhangi bir çalışma da bulunmamaktadır. Sadece Milli Eğitim Bakanlığı Tebliğler Dergisinin Ocak 2000 sayısında öğretmen ve eğitim yöneticileri için "Çocukluk çağı diyabeti" hakkında bir sayfalık bir bilgilendirme notu yayımlandığı görülmektedir (75). Araştırma grubundaki öğretmenlerin bu hastalıklar konusunda eğitim almayı büyük oranda düşünüyor olmaları, geliştirilecek olan eğitim programlarının başarılı olmasına ve öğrenci sağlığına olumlu katkıda bulunacaktır.

İkinci bölümdeki verilerin bütünü değerlendirildiğinde araştırma grubundaki öğretmenlerin *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıkları bilgi düzeylerinin “iyi” ancak uygulamalarının “yetersiz” olduğu görülmektedir. Öğretmenlerin eğitim sürecinin içinde olmaları nedeniyle bilgi düzeylerinin yüksek olması beklenen ancak uygulamaları geliştirilmesi gereken bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

5.3. ÖĞRETMENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE EPİLEPSİ, DİYABET, ASTIM HASTALIKLARI BİLGİ DÜZEYLERİ VE ACİL DURUM UYGULAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde öğretmenlerin yaş, cins, eğitim düzeyi, çalışma yılı, kendisinde yada yakın çevresinde *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalığı olma durumu, *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastası öğrencilerle karşılaşma durumlarını gösteren tanıtıcı özellikleri ile bu hastalıklarla ilgili bilgileri ve acil durum uygulamaları arasındaki ilişkiyi değerlendiren yorumlar yer almaktadır.

Öğretmenlerin yaş grupları ile *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıkları bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; epilepsi, diyabet hastalığı bilgi düzeyleri , her üç hastalığa ait toplam bilgi düzeyleri ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P>0.05$) (Tablo 18). Astım hastalığı bilgi düzeyinin 28-35 yaş grubunda 36-43 ve 44-51 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($P<0.05$) Yaş ortalaması 36.98 ± 8.06 olarak bulunan öğretmenlerde astım bilgi düzeyinin genç yaş grubunda daha yüksek olması genç öğretmenlerin konuya daha duyarlı olduğunu düşündürmektedir. Anlamlı ilişki bulunamamasına rağmen 28-35 yaş grubundaki öğretmenlerde diyabet ve toplam bilgi puanlarıda yüksek bulunmuştur. Ancak araştırma grubunun en genç yaş grubu olan 20-27 yaş grubunun bilgi puanları anlamlı ilişki bulunamamasına rağmen tüm yaş grupları içerisinde en düşük olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar mesleğe yeni başlayan öğretmenlerin ve 43 yaş üstü öğretmenlerin konuya daha az duyarlı olduklarını gösteren bir sonuç olarak düşünülebilir. Nitekim araştırma

grubundaki öğretmenlerin çalışma yılları ile bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde astım bilgi puanının 11-15 yıl çalışanlarda 16-20 yıl ve 21 yıl üstü çalışanlara göre, 21 ve üstü çalışanlarda 1-5 yıl 6-10 yıl çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($P<0.01$) (Tablo 20).

Öğretmenler çalışma yıllarına göre de değerlendirildiğinde; mesleğe yeni başlayan ve 16 yıl üstü çalışanlarda bilgi düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ile yaş grupları bulguları arasında benzerlik olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar; yaş ve çalışma yılları açısından çok genç ve emeklilik dönemine yakın öğretmenlere göre diğer öğretmenlerin *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıklarına karşı daha duyarlı olduklarını düşündürmektedir.

Öğretmenlerin yaş grupları ile *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastası öğrencilerin acil durum uygulamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (Bulgular sayfa 78). Bu sonuç yaşı'n uygulama düzeyi üzerinde etkili olmadığını düşündürmektedir.

Öğretmenlerin cinsiyetleri ile *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıkları bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; epilepsi bilgi puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P>0.05$). Diyabet, astım ve her üç hastalığın toplam bilgi puanları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur ($P<0.01$, $P<0.05$, $P<0.05$) (Tablo 19). Fadiloğlu hasta yakınları üzerinde yaptığı çalışmasında da epilepsi bilgi puanlarını kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulmuştur (37). Bu sonuç çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Çalışma sonuçları öğretmenlere yönelik düzenlenecek eğitim programlarında kadın öğretmenlerin daha duyarlı olacağını düşündürmektedir.

Öğretmenlerin cinsiyetleri ile *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastası öğrencilerin acil durum uygulamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Bulgular sayfa 78). Bu sonuç cinsiyetin öğretmenlerin *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıkları acil durum uygulamaları üzerinde etkisi olmadığını düşündürmektedir.

Öğretmenlerin eğitim düzeyleri ile *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıkları bilgi düzeyi ve bu hastalıkların sınıf içi acil uygulama düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır (Bulgular sayfa 78).

Araştırma grubundaki öğretmenlerin eğitim düzeyleri incelendiğinde %78.4'ünün lisans , %21.6'sının önlisans mezunu oldukları görülmektedir. Lisans mezunu öğretmenlerin sayısının fazla olması, önlisans mezunu diğer grubunda üniversite eğitimi almış olması araştırma grubundaki öğretmenlerin eğitim düzeylerinin birbirine yakın olduğunu düşündürmektedir. *Epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalıkları bilgi düzeyleri ve acil durum uygulamaları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasının bu sonuç ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bireyin kendisinin hasta olmasının; bu hastalıklara sahip bireyleri tanıma yardım yollarını doğru olarak bilme ve uygulama konusunda daha duyarlı olmaları beklenen bir sonuç olmasına rağmen; öğretmenlerin kendilerinin *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastası olmaları ile bu hastalıkların bilgi düzeyleri ve acil uygulama durumları arasındaki

ilişki incelendiğinde anlamlı ilişki bulunamamıştır (Bulgular sayfa 78). Bu sonucun; araştırma grubundaki öğretmenlerde epilepsi hastası öğretmen bulunamaması ve diyabet, astım hastası öğretmen sayısının daha az olması nedeniyle bilgi düzeyleri ve acil durum uygulama düzeylerinin etkilenmediği düşünülmektedir.

Yukarıdaki sonuçlarla bağlantılı olarak yakın çevresinde *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastalığı olan yakını bulunan öğretmenlerin, bu hastalıkların bilgi düzeyleri ve acil durum uygulamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; yakın çevresinde astım hastası olan öğretmenlerin astım hastalığı bilgi puanları olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur ($P<0.01$)

Anlamlı ilişki bulunamamasına rağmen aile ve yakın çevresinde *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastası olan öğretmenlerin hastalıklarla ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olması ve yine astımlı yakını olan öğretmenlerin bilgi düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek çıkması, Bu hastalıkları yakın çevrelerinde gören öğretmenlerin daha duyarlı olduklarını düşündürmektedir. Epilepsi bilgi puanı ile yakınlarında epilepsi hastalığının bulunması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P:0.223$). Ailesinde diyabet hastalığı olan yakını bulunanlar ile öğretmenlerin diyabet bilgi puanları ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P:0.67$).

Öğretmenlerin yakın çevrelerinde *epilepsi*, *diyabet*, *astım* hastası olma durumu ile bu hastalıkların acil durum uygulama düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Bulgular sayfa 78). Bu sonuç bilgi düzeylerinin aksine öğretmenlerin yakın çevresinde bu hastalıkları görmüş olmalarının, acil durum uygulama düzeylerini etkilemediğini düşündürmektedir.

Öğretmenlerin çalışma sürelerince *epilepsi, diyabet, astım* hastası öğrenci ile karşılaşmalarının, bu hastalıklara ait bilgi düzeylerini ve acil durum uygulamalarını etkilemediği bulunmuştur (Bulgular sayfa 78). Nitekim öğretmenlerin karşılaşmış olduğu *epilepsi, diyabet, astım* hastası öğrencilerinin acil durumlarına yönelik uygulamalarıda yetersiz olarak bulunmuştur (Tablo 11).

Sonuçlar öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıklarına ait bilgi düzeylerinin iyi düzeyde bulunmasına rağmen ne kadar çok bu hastalıklara sahip öğrenci ile karşılaşırlarsa karşılaşsınlar, acil durum uygulamalarının yetersizliğini düşündürmektedir.

5.4. ÖĞRETMENLERİN “EPİLEPSİ, DİYABET, ASTIM HASTALIKLARI BİLGİ DÜZEYİ FORMU”NA GÖRE BİLGİ DÜZEYLERİ İLE “ÖĞRETMENLERİN EPİLEPSİ, DİYABET, ASTIM HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN ACİL DURUMLARINA YÖNELİK UYGULAMALARI FORMU”NA GÖRE UYGULAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

“Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu”na göre bilgi düzeyleri ile “Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet Ve Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu”na göre uygulama düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; epilepsili çocuğun nöbeti sırasında yapılması gereken acil uygulamalardan doğru olanları seçen öğretmenlerin epilepsi hastalığı bilgi düzeyleri, yanlış seçenekleri seçenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($P<0.01$) (Tablo 22). Yine diyabet hastası çocuğun hipoglisemi nöbeti sırasında yapılması gereken doğru uygulamaları seçen öğretmenlerin diyabet hastalığı bilgi düzeyi de yanlış seçenekleri seçenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($P<0.05$) (Tablo 22) . Astım hastalığı acil durum uygulamaları ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P:0.176$)

Uygulama formunda yer alan “doğru seçeneklerin önem sırasına göre işaretlenmesi” bölümü hiçbir öğretmenin doğru olarak yapmaması nedeniyle bilgi düzeyi ile karşılaştırılamamıştır.

Bir hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmanın bu hastalıklarla ilgili acil durum uygulamaları düzeyini olumlu olarak etkileyebileceği bakış açısı ile bu bölümdeki sonuçlar değerlendirildiğinde epilepsi hastalığı ve diyabet hastalığı bilgi puanı yüksek öğretmenlerin bu hastalıkların acil durum uygulama düzeylerinin, bilgi düzeyleri daha düşük olan öğretmenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Astım hastalığı bilgi düzeyi ile bu hastalığın acil durum uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasına rağmen yine bilgi düzeyi yüksek öğretmenlerin bu hastalığın acil durum uygulamaları ile ilgili doğru seçenekleri seçebildikleri görülmektedir.

Bu sonuçlar öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları ile ilgili bilgi düzeylerinin geliştirilmesi ile bu hastalıklara sahip öğrencilerin sınıf içinde oluşabilecek acil uygulama gerektiren durumlarında doğru ve yeterli beceri ile müdahale edebileceklerini düşündürmektedir. Bu sonuç bu çalışmanın planlama amacı olan; öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları ile ilgili acil durum uygulamalarını ve bunları etkileyen bilgi düzeyi, diğer tanıtıcı özellikler ile ilişkisini belirleyerek bu konuda yeterli düzeye getirmeyi amaçlayan eğitim programlarına temel veri oluşturmak amacını da desteklemektedir.

Araştırma grubunu oluşturan öğretmenlerin görev yaptıkları okulların sağlık ile ilgili olanakları incelendiğinde; okulların hiçbirinde sağlık biriminin olmadığı, öğrencilerin dosyalarında kronik hastalıklarla ilgili kayıtlar olmadığı, öğretmenlerin sınıflarında bulunan öğrencilerinin sağlık sorunları ile ilgili kayıtlarının olmadığı sadece genel görüşe sahip oldukları, okul yöneticilerinin okullarında ne kadar *epilepsi, diyabet, astım* hastası öğrenci olduğunu tam olarak hatırlayamadıkları görülmüştür. Sadece bazı okul ve sınıflarda genel ilk yardım uygulamaları için oluşturulmuş ilk yardım dolapları gözlenebilmiştir.

Okulda oluşan acil durumlarda kişinin ambulans çağrılarak yada özel araçlarla en yakın sağlık kuruluşuna gönderildiği, olay yerinde yapılan müdahalelerinde çok yetersiz, bilgisiz ve geleneksel uygulamalar şeklinde olduğu görölmüştür. Ancak öğretmenlerin Türkiye'nin eğitim düzeyleri yüksek bölümünü oluşturdukları göz önüne alınırsa eğitildikleri zaman bu tablonun olumlu hale dönüşebileceği düşünölmektedir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Epilepsi, diyabet, astım hastalığı olan çocuklarda oluşabilecek acil müdahale gerektiren durumlarda öğretmenlerin uygulamalarını ve davranışlarını belirlemek, bu konuda öğretmenlerin eğitiminde kullanılacak rehber kitapçığı geliştirerek çocuk sağlığının gelişimine katkı sağlamak amacıyla planlanan ve değerlendirilen çalışmanın sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

Öğretmenlerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili sonuçlar:

- Çalışma grubumuzu; yaş ortalaması 36.98 ± 8.06 olan %30.4'ü 36-43, %26'sı 28-35, %25.6'sı 44-51 yaş grubundaki 250 öğretmen oluşturmaktadır.
- Araştırma grubunun %57.6'sının kadın, %42.4'ünün erkek olduğu bulunmuştur.
- Öğretmenlerin %21.6'sının önlisans, %78.4'ünün lisans mezunu olduğu, %34.4'ünü 21 ve üstü yıl, 22.4'ünün 1-5 yıl, %8'inin 1 yıldan az süredir çalıştığı görülmüştür.
- Öğretmenlerden %3.6'sı diyabet, %0.8'i astım hastasıdır ve %30'unun diyabet, %19.6'sının astım, %9.2'sinin epilepsi hastası yakınının olduğu belirlenmiştir.

- *Epilepsi, diyabet, astım* hastalığı olan öğrenci ile karşılaşan öğretmenlerin, %15.8'inin astımlı, %10.4'ünün epilepsili, %7.6'sının diyabetli öğrenci ile en az bir kez karşılaştığı saptanmıştır.

Öğretmenlerin *epilepsi, diyabet, astım* hastalıkları bilgi düzeyleri ve bu hastalıkların acil durumlarındaki uygulamaları ile ilgili sonuçlar:

- Öğretmenlerin %23.2' i epilepsi, %20.8'i diyabet, %20.4'üastım hastalığı hakkında hiçbir bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir.
- Öğretmenlerin "*Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet, Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu*"na göre diyabet bilgi puanı $\bar{X}:8.76\pm2.27$, epilepsi bilgi puanı $\bar{X}:6.31\pm1.94$, astım bilgi puanı $\bar{X}:6.06\pm1.64$ olarak belirlenmiştir.
- Hasta öğrencisi olan öğretmenlerin % 45.9' unun epilepsili, % 54.2' sinin diyabetli, % 30.1' inin astımlı öğrencisine hiçbir müdahale yapamadığı saptanmıştır.
- Öğretmenlerin önceki uygulamalarında hasta öğrencilerini; epilepside sırt üstü yatırdıkları %21.8, sıkı elbiselerini gevşettikleri %13, diyabette nöbetin geçmesini bekledikleri %50, ağzına şeker verdikleri %50, astımda pencere açıp temiz havaya çıkardıkları % 77.8 belirlenmiştir.
- Öğretmenlerin "*Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet ve Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu*"na göre %95.6'sının epilepsi, %92'sinin diyabet, %91.6'sının astım uygulamalarının yanlış olduğu bulunmuştur.
- Öğretmenlerden %77.2'sinin epilepsi uygulamalarında ağızdan gelen sıvıların yutulmaması için çocuğun yüzünü yana ve aşağıya çevirdiği, %76.4'ünün yavaşça yere yatırdığı, %50.4'ünün kırılabilir kesici aletlerden uzaklaştırdığı, %40.8'inin kolonya ile

yüz, boyun, bilekleri ovduğu, %14.4'ünün soğan koklattığı belirlenmiştir.

- Öğretmenlerden %33.2'sinin diyabet uygulamalarında çocuğa 2-3 adet kesme şeker verdiği, %33.2'sinin çocuğun geçirdiğı nöbet ve iyileşme belirtilerini değerlendirdiğı, 54' ünün kolonya ile yüz, boyun, bilek ovduğu saptanmıştır.
- Öğretmenlerin %74'ünün astım uygulamalarında çocukları havadar bir yere götürdüğü, %61.6'sının çocuğun kendisine ait ilacını verdiği, %57.6'sının çocuğun sıkı giysilerini gevşettiğı, %26.8'inin kolonya ile yüz, boyun, bileklerini ovduğu bulunmuştur.
- Öğretmenlerin % 95.2'si epilepsi, diyabet, astımlı çocuğun hastalıkları konusunda eğitim alınması gerektiğini, % 69.2'si sınıfta acil bir durum oluştuğunda ilk müdahaleyi öğretmenin yapması gerektiğini düşünmektedir.
- 28-35 yaş grubundaki öğretmenlerin astım bilgi düzeyleri diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur.($P<0,05$)
- Kadınlarda erkeklere göre diyabet bilgi düzeyi ($P<0,01$), astım bilgi düzeyi ve toplam bilgi düzeyinin ($P<0,05$) daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Çalışma yıllarına göre astım bilgi puanı ve her üç hastalığın toplam bilgi puanı 11-15 yıl çalışanlarda diğer yaş gruplarına göre ($P<0,01$ - $P<0,05$), daha yüksek olarak bulunmuştur.
- Astım hastası yakını olanların astım bilgi puanlarının, astım hastası yakını olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($P<0,01$).
- Epilepsi ve diyabet bilgi düzeyi yüksek öğretmenlerin acil uygulama puanlarının, bilgi düzeyi düşük öğretmenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($P<0,01$ - $P<0,05$).

6.2. ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre önerilerimiz aşağıda gösterilmiştir.

Birinci aşamada;

- Öğretmenlerin periyodik aralarla epilepsi, diyabet ve astım konularında eğitilmesi,
- Eğitim programlarının uygun ortamda, yeterli eğitim materyali ve interaktif eğitim yöntemleri ile bilgi ve beceri geliştirecek şekilde uygulanması, becerilerinin beceri kontrol listeleri ile değerlendirilmesi,
- Eğitim fakültelerinde ilk yardım derslerinin içerisinde epilepsi, diyabet, astım hastalıkları ve acil uygulamaları konularına yer verilmesi,
- Okul hemşireliği hizmetlerinin gelişmediği ülkemizde; bu hastalıklara yönelik eğitimlerin bu konuda eğitilmiş halk sağlığı hemşirelerince verilmesi,
- Epilepsi, diyabet, astım hastalıkları eğitim programlarına öğretmenlerin yanı sıra tüm okul personeli, hasta çocuğun sınıf arkadaşları ve okul otobüs şoförlerinin de alınması,
- Hazırlanan rehber kitapçığın örneklem grubundaki öğretmenlere dağıtılması önerilmektedir.

İkinci aşamada;

- Bu çalışmanın daha geniş evrende tekrarlanması,
- Okul hemşireliği kadrolarının ve her okulda bir hemşire olacak şekilde genişletilmesi önerilmektedir.



7. ÖZET

Bu çalışma; epilepsi, diyabet ve astımı olan çocuklarda oluşabilecek acil müdahale gerektiren durumlarda öğretmenlerin uygulamalarını ve davranışlarını belirlemek, bu konuda öğretmenlerin eğitiminde rehber olacak kitapçığı geliştirmek amacıyla planlanmıştır.

Tanımlayıcı tipte kesitsel olarak planlanan bu çalışma Bahçelievler ve Güngören ilçelerine bağlı 10 ilköğretim okulunda çalışan 250 öğretmen üzerinde yapılmıştır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacının literatür bilgisi ve uzman görüşüne dayanarak hazırladığı; 30 sorudan oluşan "*Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet ve Astım Hastalıkları Bilgi Düzeyi Formu*", üç ayrı bölümden Oluşan "*Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet ve Astım Hastalığı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Uygulamaları Formu*" ve "*Anket Formu*" kullanılmıştır. Bulgular bilgi düzeyi formunun güvenilirliği için Kuder-Richardson 20 güvenirlik katsayısı, gruplanmış değişkenlerin frekans ve yüzdelik değerleri, sayısal değişkenlerin aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplanmış, iki grup arasındaki farkları belirlemede normal dağılımda t testi, ikiden fazla ortalamanın karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Öğretmenlerin yaş ortalamasının 36.98 ± 8.06 olduğu, %57.6'sının kadın, %42.4'ünün erkek olduğu, %78.4'ünün lisans, %21.6'sının önlisans mezunu olduğu bulunmuştur. *Epilepsi, diyabet, astım* hastalığı olan öğrenci ile karşılaşan öğretmenlerin, %15.8'inin astımlı, %10.4'ünün epilepsili, %7.6'sının diyabetli öğrenci ile en az bir kez karşılaştığı saptanmıştır. Öğretmenlerin %23.2' i epilepsi, %20.8'i diyabet, %20.4'ü astım hastalığı hakkında hiçbir bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Hasta öğrencisi olan öğretmenlerin % 45.9' unun epilepsili, % 54.2' sinin diyabetli, % 30.1' inin astımlı öğrencisine hiçbir müdahale yapamadığı belirlenmiş; %95.6'sının epilepsi, %92'sinin diyabet, %91.6'sının astım uygulamalarının yanlış olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak öğretmenlerin epilepsi, diyabet, astım hastalıkları bilgilerinin iyi düzeyde olduğu, uygulamalarının yetersiz olduğu bulunmuştur.

Okullarda öğretmenlere yönelik periyodik aralarla epilepsi, diyabet, astım hastalıklarının acil uygulamaları konusunda eğitimler yapılması ve bu eğitimlerin planlanmasında araştırma sonuçlarının dikkate alınması, eğitici olarak okul hemşirelerinden yararlanılması önerilmiştir.

SUMMARY

This study was planned to determine the types of interventions and behaviors displayed by teachers when faced with emergency situations involving children with epilepsy, diabetes, and asthma. In addition, recommendations were made for proposed education programs for the teachers.

A cross-sectional descriptive study was done with 250 teachers in ten elementary schools located in the Bahçelievler and Güngören districts of Istanbul.

Data for the study was collected by the "Knowledge Level of Teachers About Epilepsy, Diabetes and Astma Form," a 29-question form, developed by the researcher after literature search and consultation with experts. A three-part form, the "Teacher Interventions in Emergencies Involving Children with Epilepsy, Diabetes, and Astma Form," was also used. Validity of the information forms was obtained by use of the Kuder-Richardson 20 coefficient analysis. The grouped variable frequency and percentage values, the arithmetic mean of the numerical variables, and the standard deviation were calculated. The differences between the groups in normal distribution were analyzed with the t-test. The one way variance analysis was used to compare multiple means.

The average age of the teachers was 36.98 ± 8.06 . 57.6% of the participants were female, 42.4% were male, 78.4% were masters-prepared, 21.6% were university graduates. It was found that the profile of the teachers with asthma, epilepsy and diabetes and those who faced such cases once in their whole lives displayed a 10.4 percent of cases with epilepsy, 15.8 percent of cases with with asthma, 7.6 percent of cases with diabetes. 23.2 percent of teachers reported not to have almost no knowledge about epilepsy, 20.8 percent did so about diabetes, and 20.4 did not have any knowledge about asthma. It was also reported that the teachers who had one of those three cases reported to have taken no preventive actions towards 45.9 % of cases with epilepsy, 54.2 % with diabetes, and 30.1% with asthma. It was found out that 95.6 percent of their treatment- based actions towards epilepsy, 92 % towards diabetes, and 91.6 % towards asthma proved wrong.

While the level of knowledge of the teachers about epilepsy, diabetes, and asthma was good, their interventions were found to be insufficient.

It is recommended that schools provide the teachers with periodic educational programs that discuss the emergency interventions required for students with epilepsy, diabetes, and asthma. Recent research findings should be used in planning of this education, and school nurses should participate in an educator capacity.

8. KAYNAKLAR

1. Akdur R. Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yapma Rehberi (Projelendirme , Uygulama , Rapor Yazma), Ankara,1996.
2. Akçakaya N. ve ark. Çocukluk Çağı Astımında Tanı ve Tedavi Önerileri. Çocuk Solunum Yolları Hastalıkları Derneği Yayını, İstanbul, 1999 .
3. Akçay T, Altıntaş M Başarer T. Diabetes Mellitus (Tanı, Klinik ve Tedavi). ed. Hüsrev Hatemi, Alemdar Ofset, İstanbul, 1988.
4. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A.Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, ed. İnci Erefe, Birlik Ofset, İstanbul, 1998.
5. Aktin E, Baslo A, Çalışkan A.Nöroloji İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitapları. Taş Matbaası, Cilt:4,İstanbul,1983.
6. Allerji Çözümü Olan Bir Problem, Finans Pharmaceuticals ve Azim İlaç A.Ş.
7. Algier L ve ark. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı.Vehbi Koç Vakfı Yayınları,İstanbul, 1997.
8. Alendar J.A. Spradley B.W.Community Health Nursing Concept and Practice . Philedelphia , 1996.
9. Astım El Kitabı 1, Eczacıbaşı Phöne- Poulenc İlaç Pazarlama A.Ş.
10. Astım El Kitabı 2, Eczacıbaşı Phöne- Poulenc İlaç Pazarlama A.Ş.
11. Astım ve Çocuğum, Glaxo Wellcome İlaçları San. A.Ş.
12. Atabek T. Şeker Hastalığının Yönetimi. Kaya Matbaacılık, İstanbul,1995.

13. Bahar,Z. Okul Sağlığı Çalışmaları ve Hemşireliği ,Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi , C:5 , S:2, İzmir, 1989 .
14. Bağrıaçık N. Diabet ve Tedavisi, Nurettin Uycan Basım Sanayii A.Ş., İstanbul, 1988 .
15. Ball J.W. Mosby's Pediatric Patient Teaching Guides. 0-8151-1558-x, Washington, 1998.
16. Barış İ, Ertürk Ö. Acil Durumlarda Tanı ve Tedavi. Hekim Yayın Birliği (Medico Graphics),Ankara, 1999.
17. Baslo A, Bahar S,Yazıcı J. Nöroloji Ders Notları, Ak Basımevi, İstanbul, 1991.
18. Başpınar İ ve ark. Çocukların Astma Etiyolojisinde Ev Tozu Akar ve Besin Allerjilerinin Rolü, İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, 61:3, İstanbul,1997.
19. Bavbek S ve ark. Ulusal Verilerle Asthma Data. Ed. Kalyoncu F, Türктаş H, Kent Matbaa, Ankara, 1999
20. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:6, Ankara, 1995.
21. Bowen C. Education Teachers in Children's İllnesses : A Study , *Nurs Stand* , Jun. 33-6, England , 1996.
22. Büyükçoban S. 60 Epileptik Çocuğun Anne ve Babasının Epilepsiye İlişkin Bilgi Tutum ve Tepkileri, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1992.
23. Can G. Ve ark. Trabzon İl Merkezinde 0-6 Yaş Grubu Epilepsi Prevalansı ve Risk Faktörleri, 5.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul, 1996.
24. Care Of Children With Diabetes İn The School and Day Care Setting, American Diabetes Association (ADA), Diabetes Care, Volume 23, Supplement, USA, 2000.

25. Conk Z, Tanaç R. Çocuk Hastalarda Astımı Uyarıcı Etkenlerin İncelenmesi , Ege Üniversitesi hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi , 3:1, İzmir , 1987 .
26. Çalangu S. Acil Dahiliye, Bayda Basın Yayın A.Ş., İstanbul, 1985
27. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Bizim Büro Basımevi, Ankara, 1997.
28. Çetinkaya F. Çocuk ve Allerji, UCB Pharma A.Ş., İstanbul, 1998.
29. Demirbilek V, Dervent A. Epilepsilerde Tanı ve Tedavi, Ed.:Esat Eşkazan, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Komisyonu Yayını No:8, İstanbul 1998.
30. Demirezen E. 11-17 Yaş Grubu Okul Çağı Çocuklarda Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörlerinin Belirlenmesi , İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999 .
31. Dirican R, Bilge N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Uludağ Basımevi, Bursa, 1993.
32. Diyabet ve İnsülin, Novo Nordisk Diyabet Servisi.
33. Dündar Y, Şükrü H. Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Tip 1 Diyabet El Kitabı. ed:Martin Slink, MedicoGraphics Matbaacılık ,Ankara, 1997.
34. Epilepsi'de Ana-Baba Rehberi, Epilepsi ile Savaş Derneği, Sifar İlaçları Tic. Ve San. A.Ş., 1995.
35. Ergin K. Diyabetik Hastaların Eğitim Gereksinimleri ve Bir Eğitim Planı Örneği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, İzmir ,1998.
36. Ergin K. Şeker Hastalığının Yönetimi (Hemşireler ve Hastalar İçin Rehber Kitapçık). Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir ,1991.
37. Fadiloğlu Ç, Değirmenci N. Bireylerin Epilepsi Konusunda Bilgi Düzeyleri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 4:2, İzmir ,1988.

38. Görak G. ve Arkadaşları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. A.Ö.F., Yayın No:265, Ertam A.Ş. Web-Ofset, Eskişehir,1993.
39. Hatun Ş,Tahsin T.Diyabetli Çocuğu Büyütmek (Aileler İçin Kılavuz). Özden Matbaası (Nova Nordisk),1996.
40. Hipoglisemi, Novo Nordisk Diyabet Servisi Kitapçığı.
41. İlk ve Orta Dereceli Okullarda Diyabetik Öğrenciler ile Öğretmenlerini Bilgilendirme Kampanyası, Türkiye Diyabet Tedavi ve Eğitim Vakfı , İstanbul.
42. İmamoğlu Ş, Akalın S,Temel Yılmaz, M. Diyabet ve Siz. Ceren Tanıtım Ltd. Şti.,1995.
43. Karadakovan A.Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Saray Medikal Yayıncılık, İzmir, 1993.
44. Karlıkaya C.Astımınız İçin Siz ve Aileniz Neler Yapabilirsiniz. Trakya Üniversitesi Yayını, Edirne, 1999 .
45. Kavaklı A. Çocuk Hastalıkları Hemşireliği. Alemdar Ofset, İstanbul, 1995.
46. Konkirawatana P. Epilepsy Awareness Among School Teachers in Thailand, Apr; 40(4): 497-501, Epilepsia, 1999 .
47. Mengükaan H. Astım Eğitim Programlarının Astımlı Çocukların Tedavisi ve İzlenmesi Üzerine Olan Etkileri, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1992.
48. Mollaoğlu M. Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2000.
49. Neyzi O. Pediatri 1-2. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1989.
50. Ocakcı A. Şeker Hastalıklı Çocuğun Bakım İlkeleri. Türk Hemşireler Dergisi, Hürbilek Matbaacılık, Cilt:43, Sayı:4, 1993.
51. Özer E. Şeker Hastaları İçin Diyet El Kitabı. Novo Nordisk Diyabet Servisi.

52. Özkara Ç. Sara Hakkında Sorular ve Cevaplar. Epilepsi ile Savaş Derneği ve Abdi İbrahim İlaç San. Ve Tic. A.Ş., İstanbul, 1993.
53. Pala Ö, Ünal B. Her Yönü ile Diabetes Mellitus (Çocuk Diabeti). Haseki Hastanesi Vakfı Yayını-II, İstanbul, 1995.
54. Pınar R. Diyabet ve Yönetimi. Merve Matbaacılık, İstanbul, 1998.
55. Sadıkoğlu S. Epilepsi Ed: Oğul E, Nöroloji Ders Kitabı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1996.
56. Saka N, Balaban S, Bundak R. Diyabette Büyüme ve Gelişme Sorunları. Aktüel Tıp Dergisi, Cilt1-7, İstanbul, 1996 .
57. Samurkaşoğlu B, Özel Durumlarda Astımlı hastaya Yaklaşım, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, İstanbul, 1995.
58. Staden U, Isaacs E, Boyo S.G. Language Dysfunction İn Children With Rolandic Epilepsy. Neuropediatrics, ISSN: 0174-304x, Germany, 1998.
59. Steel S A. School Health, Comunity Health Nursing, Theory and Practice, ed. C.M.Smith, F.A.Mavrer, WB Saunders Co., Philadelphia, Penslvania, 1995.
60. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Özdemir Yayıncılık, Ankara, 1987.
61. Tanaç R. Çocukluk Çağı Astımında Genel Önlemler ve Eğitim. 22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği Günleri 2000'li Yıllarda Çocuk Sağlığı Program ve Özet Kitabı, İstanbul, 2000.
62. Tezbaşaran A.A. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997.
63. Topalkara K, Akyüz A, Sümer H. Sivas İl Merkezinde Tabakalı Örneklem Yöntemi İle Gerçekleştirilen Epilepsi Prevelans Çalışması. Epilepsi Dergisi, Cilt:5.1 ,1999.
64. Tuncel N, Şanlı T, Perk M. Halk Sağlığı Hemşireliği. T.C Anadolu Üniversitesi yayınları, Eskişehir, 1993.

65. Türkiye İstatistik Yıllığı 1996, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1997.
66. Türkiye' de Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, 1993.
67. Valente M.B, Valente S.M. Pediatric Epilepsy. Primary Care Treatment and Health Care Management, *Nurse-Pract.*, USA, 1998
68. World Health Organization Regional Office for Europe, Therapeutic Patient Education, Continuing Education Programmes for Healthcare Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases, Report of a WHO Working Group, 1998.
69. World Health Organization Statics, 1995.
70. Yalçın D. Rolandik Epilepsili 44 Olgunun Klinik ve Elektroensefalografik Açından İzlenmesi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1990.
71. Yaltkaya K, Balkan S, Oğuz Y. Nöroloji Ders Kitabı. Palme Yayıncılık, Ankara, 1994.
72. Yaman M. Akut Astım Atağının Tedavisi, Klinik Gelişim Dergisi. İstanbul, 1996.
73. Yılmaz G. Ve ark. Hipokrat Dergisi Bronş Astımı Özel Sayısı. Sayı:26 , İstanbul, 1994.
74. Yılmaz S. Diyabet Hastalığının Çocuk ve Adolesana Psikolojik Etkileri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1994.
75. Yılmaz T. Öğretmen ve Eğitim Yöneticileri İçin Çocukluk Çağı Diyabeti Hakkında Bilgilendirme Notu, Milli Eğitim Bakanlığı Tebliğler Dergisi, Ocak 2508, 2000.
76. Yürügen B, Durna Z. Afetlerde Hemşirelik Bakımı ve İlk Yardım, TC Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1992.
77. www egt.anadolu.edu.tr/tegt/tilk. 8.01.2001
78. www.meb.gov.tr/Stats/MyHTML.7.htm. 22.11.1999

9. EKLER

- EK 1:** UYGULAMA YAPILAN OKULLARIN LİSTESİ
- EK 2 :** ANKET FORMU
- EK 3 :** ÖĞRETMENLERİN EPİLEPSİ, DİYABET VE ASTİM HASTALIKLARI BİLGİ DÜZEYİ FORMU
- EK 4 :** ÖĞRETMENLERİN EPİLEPSİ, DİYABET VE ASTİM HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN ACİL DURUMLARINA YÖNELİK UYGULAMALARI FORMU
- EK 5 :** ÖLÇEKLERİN DİL VE KAVRAM GEÇERLİĞİ İÇİN GÖRÜŞ ALINAN UZMANLAR
- EK 6 :** UYGULAMA YAPILAN BÖLGELERDEKİ İZİN BELGELERİ
- EK 7 :** REHBER KİTAPÇIK

EK 1 : UYGULAMA YAPILAN OKULLARIN LİSTESİ

Bahçelievler İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okullar;

1. Şirinevler İlköğretim Okulu	33 Öğretmen
2. Refik Saydam İlköğretim Okulu	21 Öğretmen
3. Yenibosna İlköğretim Okulu	40 Öğretmen
4. Bahçelievler İlköğretim Okulu	25 Öğretmen

Güngören İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okullar;

1. Güngören İlköğretim Okulu	29 Öğretmen
2. Güngören Atatürk İlköğretim Okulu	8 Öğretmen
3. Abdi İpekçi İlköğretim Okulu	37 Öğretmen
4. Kemal Kaya İlköğretim Okulu	22 Öğretmen
5. Şehitler İlköğretim Okulu	23 Öğretmen
6. İncirlibahçe İlköğretim Okulu	9 Öğretmen

EK 2 : ANKET FORMU

Sevgili Meslektaşım;

Bu çalışma meslek hayatınızın her anında öğrencilerinizde görebileceğiniz ve acil müdahale yapma durumunda kalabileceğiniz Epilepsi (sara hastalığı), Diyabet (şeker hastalığı) ve Astım hastalıklarına yönelik yaklaşımlarınızı belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma sonucuna göre hazırlanacak olan rehber kitaplar bu durumdaki öğrencilerinizin sağlığına olumlu katkıda bulunmanızı sağlayacaktır. Bu nedenle her soruyu yanıtlamanız önemlidir. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Önemli olan sizin cevabınızdır. Cevaplarınız gizli tutulacağı için isim belirtmenize gerek yoktur.

Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Nalan Öngün Aktaş

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı

Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi /

Ortopedi Teknik Lisesi Meslek Dersleri Öğretmeni

Aşağıdaki sorulardan size uygun olanlarını yanındaki parantezlere işaretleyiniz

1- Yaşınız(Yazınız):.....

2- Cinsiyetiniz: 1) Kadın () 2) Erkek ()

3- Eğitim Durumunuz : 1) Lise ()

2) Yüksekokul (önlisans) ()

3) Üniversite (lisans) ()

4) Master (yükseklisans) ()

5) Diğer ()

4- Kaç yıldır öğretmenlik yapıyorsunuz?

1) 1 yıldan az ()

4) 11-15 yıl ()

2) 1-5 yıl ()

5) 16-20 yıl ()

3) 6-10 yıl ()

6) 21 ve üstü yıl ()

5- Sizde epilepsi (sara) , diyabet (şeker hastalığı) veya Astım hastalıkları var mı?Olanları işaretleyiniz.

1) Yok ()

3) Diyabet hastasıyım ()

2) Epilepsi hastasıyım ()

4) Astım hastasıyım ()

6- Aileniz ve/veya yakın çevrenizde epilepsi , diyabet veya astım hastası olan var mı? Olanları işaretleyiniz.

1) Hayır ()

2) Epilepsi hastası tanıdığım/yakınım var ()

3) Diyabet hastası tanıdığım/yakınım var ()

4) Astım hastası tanıdığım/yakınım var ()

7- Öğretmenlik yaptığınız süre içerisinde epilepsi hastalığı olan öğrenciniz oldu mu ?

1) Hayır ()

2) Evet () Toplam kaç öğrenciniz oldu yazınız

8- Cevabınız evet ise acil müdahale yapma durumunda kaldınız mı ?

1) Evet, ancak müdahalede bulunmadım.() (ne yaptınız yazınız
.....)

2) Evet karşılaştım ve müdahalede bulundum.() (ne yaptınız yazınız
.....)

9- Öğretmenlik yaptığınız süre içerisinde diyabet hastalığı olan öğrenciniz oldu mu ?

1) Hayır ()

2) Evet () Toplam kaç öğrenciniz oldu yazınız

10- Cevabınız evet ise acil müdahale yapma durumunda kaldınız mı ?

1) Evet, ancak müdahalede bulunmadım.() (ne yaptınız yazınız
.....)

2) Evet karşılaştım ve müdahalede bulundum.() (ne yaptınız yazınız
.....)

11- Öğretmenlik yaptığınız süre içerisinde astım hastalığı olan öğrenciniz oldu mu ?

1) Hayır ()

2) Evet () Toplam kaç öğrenciniz oldu yazınız

12- Cevabınız evet ise acil müdahale yapma durumunda kaldınız mı ?

1) Evet, ancak müdahalede bulunmadım.() (ne yaptınız yazınız
.....)

2) Evet karşılaştım ve müdahalede bulundum.() (ne yaptınız yazınız
.....)

13- Size göre; epilepsi, diyabet veya astım hastalığı olan öğrencilerin sınıf içi acil uygulamalarını öğretmenler mi yapmalı ?

- 1) Hayır () 2) Evet ()

14- Öğretmenler epilepsi, diyabet ve astımlı çocukların acil durumlarında sınıf içinde yapılması gerekli olan yöntemler ile ilgili olarak eğitim almalı mı ?

- 1) Hayır () 2) Evet ()

15- Epilepsi, Diyabet ve Astım hastalıkları konusunda bilginiz var mı? Var ise bilginizi hangi kaynaklardan aldınız? Aşağıdaki maddelerin karşısına işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

	Epilepsi	Diyabet	Astım
1) Bilgim yok	()	()	()
2) Yazılı basından okudum	()	()	()
3) Televizyon / radyoda dinledim	()	()	()
4) Konferans / panel vb. etkinliklere katıldım	()	()	()
5) Sağlık görevlisine danıştım	()	()	()
6) Çevremden edindiğim bilgilere sahibim	()	()	()
7) Diğer kaynaklar (Yazınız).....	()	()	()

EK 3 : ÖĞRETMENLERİN EPİLEPSİ, DİYABET VE ASTIM HASTALIKLARI BİLGİ DÜZEYİ FORMU

Yönerge: Aşağıda epilepsi , diyabet , astım hastalıklarına yönelik maddeler yer almaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz , katılıp katılmadığınızı aşağıdaki örneğe göre belirtiniz.

KATILIYORUM KATILMIYORUM

Örnek:

Astım hastalığı ileri yaşlarda görülür	()	(x)
1- Epilepsi tedavi edilemeyen bir hastalıktır	()	()
2- Diyabet hastalığı bulaşıcı bir hastalıktır	()	()
3- Astım hastalığının ortaya çıkmasında kalıtsal etkenlerin rolü vardır	()	()
4- Astım akciğerdeki hava yollarının bir hastalığıdır	()	()
5-Çocuğun kandaki şeker düzeyi düştüğünde titreme, terleme, renk solukluğu ve huzursuzluk gibi belirtiler görülebilir	()	()
6- Epilepsi bir çeşit akıl hastalığıdır	()	()
7- Epilepsi nöbetleri 1-2 dakikadan daha uzun sürmez	()	()
8- İnsülin hormonu kandaki şeker düzeyini dengeler. Azlığı ya da yokluğunda diyabet hastalığı oluşur.	()	()
9- Diyabet hastalığının ilk belirtileri ; çok yeme , çok içme ve sık idrara gitmedir.	()	()
10- Astım krizini başlatan sebepler çocuktan çocuğa değişir.	()	()
11- Astım hastalığı olan çocuklar özel bir sınıfta okutulmalıdır.	()	()
12- Mevsimler ve ısı değişimleri astım nöbetinin oluşumunda etkilidir.	()	()
13- Çocuğun tepkisiz boş bakışları epilepsi nöbeti geçireceğinin habercisi olabilir.	()	()
14- Epilepsili çocukların özel bir sınıfta okutulması uygun olur.	()	()

- 15- Spor aktiviteleri epilepsi nöbetlerinin artmasına neden olabilir. () ()
- 16- Astımlı öğrenci beden eğitimi derslerine kontrollü olarak katılmalıdır. () ()
- 17- Çocukluk döneminde görülen diyabet hastalığı İnsülin iğnelerinin kullanımını gerektirmez () ()
- 18- Epilepsi nöbeti geçiren her çocuk nöbet sırasında mutlaka hastaneye gönderilmelidir. () ()
- 19- Diyabetli çocukların özel bir sınıfta okutulması gerekir. () ()
- 20- Düzenli egzersiz yapmanın diyabetli hastalar üzerinde olumsuz herhangi bir etkisi yoktur. () ()
- 21- Tebeşir tozu, sigara, parfüm, boya astım krizine yol açabilir. () ()
- 22- Kandaki şeker düzeyi çok yükselen bir öğrenci komaya girebilir. () ()
- 23- Astım hastalığı olan çocuklar özel bir sınıfta okutulmalıdır. () ()
- 24- Epilepsi, diyabet ve astım hastalığı olan çocukların Sınıf arkadaşları da bu konularda eğitilmelidir. () ()
- 25- Kandaki şeker düzeyi yükselince çok su içme () ()
Ve çok idrar yapma belirtileri görülür.
- 26- İnsülin enjeksiyonu yapan çocuklar öğünlerini tam zamanında yemelidir. () ()
- 27- İnsülin kullanan bir öğrencinin kendisi için hazırlanmış öğün miktarına ve aralıklarına dikkat etmesi gerekir () ()
- 28- Epilepsi nöbeti 5 dakikadan daha uzun sürerse çocuğun hekime gönderilmesi gerekir () ()
- 29- Epilepsi nöbetleri başlamadan önce bazen çocuk nöbet geçireceğini anlayabilir () ()
- 30- Astım nöbeti geçiren bir çocuğun ağız, dudak tırnak dibi ve kulak memelerinde morarma olabilir () ()

EK 4 : ÖĞRETMENLERİN EPİLEPSİ, DİYABET VE ASTIM HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN ACİL DURUMLARINA YÖNELİK UYGULAMALARI FORMU

Yönerge: Aşağıda Epilepsi , Diyabet ve Astım hastalıkları ile ilgili senaryolar ve bu hastalıkların acil durumlarında yapmanız gereken uygulamaları içeren maddeler yer almaktadır. Lütfen her bir senaryoyu dikkatlice okuyunuz ve senaryonun altında verilen seçeneklerden bu durumda yapmanız gerekenleri seçiniz. Sonra bu seçtiklerinizi önem sırasına göre sıralayarak yandaki paranteze rakam ile belirtiniz.

1- Matematik dersinde epilepsi hastası olan Mustafa isimli öğrencinizin boş baktığını ve dikkatini toplayamadığını fark ettiniz. Göz bebekleri yukarıya doğru kaydı ve hızlı hızlı göz kırpmaya başladı. Yanına gittiğinizde istemsiz kol ve bacaklarda kasılma hareketleri başladı. Böyle bir durumda ne yaparsınız?

- () 1) Yavaşça yere yatırırım
- () 2) Sakin davranırım
- () 3) 2-3 adet kesme şeker veririm
- () 4) Diğer çocukları sakinleştiririm
- () 5) Ailesine haber veririm
- () 6) Bir saat dinlendiririm
- () 7) Çocuğun geçirdiği nöbet ve iyileşme belirtilerini değerlendiririm
- () 8) Batıcı/kesici ve kırılabilir eşyalardan uzaklaştırırım
- () 9) Soğan koklatırım
- () 10) Kolonya ile yüz , boyun ve bileklerini ovarım
- () 11) Başının altına yumuşak bir palto koyarım
- () 12) Ağzından gelen sıvıları yutmaması için yüzünü yana ve aşağı doğru çeviririm
- () 13) Rahat havadar bir yere götürürüm
- () 14) 10-15 dakika beklerim ve düzelmez ise tekrar şeker veririm
- () 15) Çocuğun kendisine ait ilacı varsa veririm
- () 16) Sıkı giysilerini gevşetirim
- () 17) Hekime gönderirim
- () 18) Solunum yollarını açmak için parmağım ile ağzını temizlerim
- () 19) Ulaştırmaya çalışırım
- () 20) Yardım çağırırım
- () 21) Diğer (Belirtiniz).....

2- Sınıfa girdiğinizde ön sırada oturan ve diyabet hastası olan Ali isimli öğrencinizin renginin solduğunu , titreyerek terlediğini gördünüz. Yanına gittiğiniz zaman size kalbinin hızla çarptığını etrafı bulanık gördüğünü söyledi. Çok huzursuz ve sinirli bir hali var. Böyle bir durumda ne yaparsınız?

- () 1) Yavaşça yere yatırırım
- () 2) Sakin davranırım
- () 3) 2-3 adet kesme şeker veririm
- () 4) Diğer çocukları sakinleştiririm
- () 5) Ailesine haber veririm
- () 6) Bir saat dinlendiririm
- () 7) Çocuğun geçirdiği nöbet ve iyileşme belirtilerini değerlendiririm
- () 8) Batıcı/kesici ve kırılabilecek eşyalardan uzaklaştırırım
- () 9) Soğan koklatırım
- () 10) Kolonya ile yüz , boyun ve bileklerini ovarım
- () 11) Başının altına yumuşak bir palto koyarım
- () 12) Ağzından gelen sıvıları yutmaması için yüzünü yana ve aşağı doğru çeviririm
- () 13) Rahat havadar bir yere götürürüm
- () 14) 10-15 dakika beklerim ve düzelmez ise tekrar şeker veririm
- () 15) Çocuğun kendisine ait ilacı varsa veririm
- () 16) Sıkı giysilerini gevşetirim
- () 17) Hekime gönderirim
- () 18) Solunum yollarını açmak için parmağım ile ağzını temizlerim
- () 19) Ulaştıracabileceğim en yakın oksijen tüpüne ulaştırmaya çalışırım
- () 20) Yardım çağırırım
- () 21) Diğer (Belirtiniz).....

3- Beden eğitimi dersinde astım hastalığı olan Ayşe'nin öksürerek hareketlerinin yavaşladığını fark ettiniz. Yanına gittiğinizde hırıltılı nefes aldığını , nefes almada güçlük çektiğini , dudak ve tırnaklarının morardığını gördünüz Böyle bir durumda ne yaptınız?

- () 1) Yavaşça yere yatırırım
- () 2) Sakin davranırım
- () 3) 2-3 adet kesme şeker veririm
- () 4) Diğer çocukları sakinleştiririm
- () 5) Ailesine haber veririm
- () 6) Bir saat dinlendiririm
- () 7) Çocuğun geçirdiği nöbet ve iyileşme belirtilerini değerlendiririm
- () 8) Batıcı/kesici ve kırılabilir eşyalardan uzaklaştırırım
- () 9) Soğan koklatırım
- () 10) Kolonya ile yüz , boyun ve bileklerini ovarım
- () 11) Başının altına yumuşak bir palto koyarım
- () 12) Ağzından gelen sıvıları yutmaması için yüzünü yana ve aşağı doğru çeviririm
- () 13) Rahat havadar bir yere götürürüm
- () 14) 10-15 dakika beklerim ve düzelmez ise tekrar şeker veririm
- () 15) Çocuğun kendisine ait ilacı varsa veririm
- () 16) Sıkı giysilerini gevşetirim
- () 17) Hekime gönderirim
- () 18) Solunum yollarını açmak için parmağım ile ağzını temizlerim
- () 19) Ulaştıracabileceğim en yakın oksijen tüpüne ulaştırmaya çalışırım
- () 20) Yardım çağırırım
- () 21) Diğer (Belirtiniz).....

**EK 5 : ÖLÇEKLERİN DİL VE KAVRAM GEÇERLİĞİ İÇİN GÖRÜŞ
ALINAN UZMANLAR**

Prof. Dr. Semra ERDOĞAN	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Prof. Dr. Zehra DURNA	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Prof. Dr. Gülay GÖRAK	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Prof. Dr. Seçil AKSAYAN	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Doç. Dr. Güler CİMETE	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Doç. Dr. Sevim SAVAŞER	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Doç. Dr. Nursen NAHCİVAN	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Doç. Dr. Suzan YILDIZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Doç. Dr. Metin KARABÖCÜOĞLU	İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Yard. Doç. Dr. Sakine MEMİŞ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRMEDE GÖRÜŞÜ ALINAN

Uzm. Hekim Günay Can	İ.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
----------------------	--

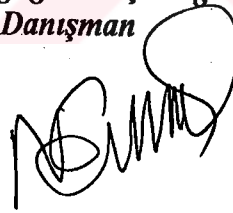
05.04.2000

Bahçelievler İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne,

Danışmanı olduğun Nalan Öngün Aktaş, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde "Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet ve Astımı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Yaklaşımlarını" değerlendiren bir yüksek lisans tezi yapmaktadır. Tezin sonuçlarına göre öğretmenlere yönelik hazırlanacak olan rehber kitapçıkların öğrenci sağlığının gelişimine katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bu amaçla öğretmenlerin konu ile ilgili yaklaşımlarını belirlemek için hazırlanan formun öğretmenleriniz tarafından değerlendirilmesi hususunda yardım ve desteklerinizi saygılarımla arz ederim.

Yard. Doç. Dr. M. Nihal ESİN

*İ.Ü. Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu Halk
Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi
ve Danışman*



EK: İadet uygulama formu örneği

T.C
BAHÇELİEVLER KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

SAYI : B.08.4.MEM.4.34.04.18.379/4155
KONU: Anket.

12 NİSAN 2000
Bahçelievler

KAYMAKAMLIK MAKAMINA
Bahçelievler

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşirelik Öğretim Üyesi ve Danışmanı Yrd. Doç. Doktor. M. Nihal ESİN nin Müdürlüğümüze vermiş olduğu, 05.04.2000 tarihli dilekçesinde; danışmanı olduğu Nalan Öngün Aktaş, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü' nde "Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet ve Astımı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Yaklaşımlarını" değerlendiren bir yüksek lisans tezi yapmakta olduğunu Tezin sonuçlarına göre öğretmenlere yönelik hazırlanacak olan rehber kitapçıkların öğrenci sağlığının gelişimine katkıda bulunacağını, Bu amaçla öğretmenlerin konu ile ilgili yaklaşımlarını belirlemek için hazırlanan formun Öğretmenler tarafından değerlendirilmesini talep etmektedir.

Konu ile değerlendirilmenin İlçemiz Yenibosna İlköğretim Okulu, Şirinevler İlköğretim Okulu, Dr. Refik Saydam İlköğretim Okulu ve B.Evler İlköğretim Okulu öğretmenleri tarafından yapılması ve adı geçenin teklifi Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde OLUR' larınıza arz ederim.

EK : 1 Ad. İlgı Yazı.

Muzaffer MORGÜL
Bahçelievler İlçe Milli Eğitim Müdürü

OLUR
11.. / 04 / 2000
Abdullah DURUKAN
Bahçelievler Kaymakamı

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

Tel : 0 (212) 224 26 18

Fax: 0 (212) 224 49 90

SAYI: 242

TARİH: 03 Mayıs 2000

Güngören İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne,

Danışmanı olduğum Nalan Öngün Aktaş, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde "Öğretmenlerin Epilepsi, Diyabet ve Astımı Olan Çocukların Acil Durumlarına Yönelik Yaklaşımlarını" değerlendiren bir yüksek lisans tezi yapmaktadır. Tezin sonuçlarına göre öğretmenlere yönelik hazırlanacak olan rehber kitapçıkların öğrenci sağlığının gelişimine katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bu amaçla öğretmenlerin konu ile ilgili yaklaşımlarını belirlemek için hazırlanan formun öğretmenleriniz tarafından değerlendirilmesi hususunda yardım ve desteklerinizi saygılarımla arz ederim.

Yard. Doç. Dr. M.Nihal ESİN

*Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim
Dalı Öğretim Üyesi*



Ek: 1 adet uygulama formu örneği.

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
GÜNGÖREN İLÇE
MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ

22-05-2000

YAYI: B.08.4.MEM.4.34.17. 18-379/2997
KONU: Anket.

HERDEFERELİ RESMİ VE ÖZEL OKUL MÜDÜRLÜKLERİNE
GÜNGÖREN

İlgi:İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığının 03.05.2000 tarih ve 242 sayılı yazıları.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Danışma olan Nalan Öngün AKTAŞ Öğretmenlerin Epilepsi,Diyabet ve astım olan çocukların akıl durumlarına yönelik yaklaşımlarını"değerlendiren bir yüksek lisans tezi yapmaktadır.Tezin sonuçlarına göre Öğretmene yönelik hazırlanacak olan rehber kitapçıkların öğrenci sağlığının gelişimine katkıda bulunacağı ilgi yazıdan anlaşılmıştır.

Bu amaçla öğretmenlerin konu ile ilgili yaklaşımlarını belirlemek amacıyla hazırlanan formların ilköğretim öğretmenleri tarafından değerlendirilerek,formların 2 HAZİRAN 2000 tarihine kadar Müdürlüğümüze gönderilmesini rica ederim.

Cengizhan APAS
Müdür Ab
Şube Müdürü

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

ÖZGEÇMİŞ

1971 yılında Tekirdağ'da doğan Nalan (Aktaş) Öngün ilk ve orta öğrenimini Keşan'da (Edirne) tamamladı. 1989 yılında Şişli Sağlık Meslek Lisesi'nden ve 1993 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun oldu. Üniversite öğrenimi sırasında İzmir Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde hemşire olarak çalıştı. Meslek dersleri öğretmeni olarak 1994 yılında Keşan Sağlık Meslek Lisesinde , 1994-1996 yılları arasında Bakırköy 70.Yıl Sağlık Meslek Lisesi, 1996- 1999 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, 1999-2001 yılları arasında Ortopedi Teknisyen Okulu'nda çalıştı. Halen aynı okulda çalışmakta olup evli ve bir çocuk annesidir.

**ÜÇ ÖNEMLİ
HASTALIĞA SAHİP ÖĞRENCİNİZE
ACİL DURUMLARINDA YARDIM
EDEBİLİRSİNİZ
108302**



108302

**EPILEPSİ, DİYABET, ASTİM HASTASI ÖĞRENCİYE
YARDIM REHBERİ**

HAZIRLAYAN: NALAN ÖNGÜN

**İstanbul
2001**

Ingel fire.

www. Okulsāglipi...

İÇİNDEKİLER

- **ÖĞRETMENLER EPİLEPSİ, DİYABET, ASTİM HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLMALILAR MI?**
- **ÖĞRETMENLER EPİLEPSİ, DİYABET, ASTİM HASTALIKLARININ ACİL DURUMLARINDA MÜDAHELE ETMELİLER Mİ?**
- **EPİLEPSİ, DİYABET, ASTİM NÖBETİ GEÇİREN ÇOCUĞA NASIL YARDIM EDERİZ?**
- 3. **ÖNCELİKLE HASTALIKLARI TANIYALIM**
- 4. **BU HASTALIKLARA SAHİP ÖĞRENCİLERİMİZİ BELİRLEYELİM VE HASTALIKLARI İLE İLGİLİ BİLGİLERİ TOPLAYALIM**
- 3. **NÖBET GEÇİREN ÇOCUKTAKİ BELİRTİLERİ TANIYALIM**

**4.NÖBETLER SIRASINDA ÇOCUĞUN ZARAR
GÖRMEMESİ İÇİN GEREKLİ ÖNLEMLERİ ALALIM**

**5. NÖBET SIRASINDA ÖĞRENCİMİZE YARDIM
EDELİM**

- ***EPİLEPSİ, DİYABET, ASTİM
HASTALIKLARI İLE İLGİLİ YANLIŞ
TUTUM VE İNANIŞLAR***
- ***KİMLER EPİLEPSİ, DİYABET VE ASTİM
HASTALIKLARI KONUSUNDA
BİLGİLENDİRİLMELİ?***
- ***EPİLEPSİ, DİYABET VE ASTİM HAKKINDA
AYRINTILI BİLGİ ALABİLECEĞİNİZ
MERKEZLER***



ÖĞRETMENLER EPİLEPSİ, DİYABET, ASTİM HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLMALILAR MI?

Evet. Epilepsi, diyabet ve astım hastalığı çocuğun günlük yaşamının her anında yaşamsal krizler oluşturabilecek hastalıklardır. Çocukların yaşamlarının büyük bir bölümünü geçirdiği okul ortamında da çocuk yaşamını tehdit edebilecek bir nöbet geçirebilir. Bu nedenle okul ortamında acil önlemlerin alınması gereklidir.

Çocuğa ilk yardımı yapacak kişi okul hemşiresi ile öğretmendir.

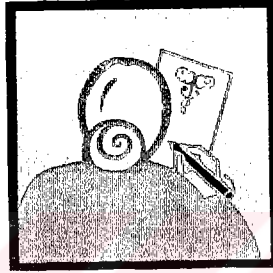
Meslek yaşamları boyunca epilepsili, diyabetli ve astımlı çocuklarla karşılaşma ve acil müdahale etme durumunda kalma olasılıkları yüksek olduğundan öğretmenlerin bu konularda eğitilmiş olmaları önem taşımaktadır.

ÖĞRETMENLER EPİLEPSİ, DİYABET, ASTIM HASTALIKLARININ ACİL DURUMLARINDA MÜDAHELE ETMELİLER Mİ?

Epilepsi, diyabet, astım hastalıklarının nöbetlerinde yapılacak ilk yardım girişimleri çocuk için yaşamsal önem taşımaktadır. Nöbet geçiren çocuğun kendi haline bırakılması yada yanlış müdahale edilmesi durumlarında çocuk komaya girerek hayatını kaybedebilir.

Sınıf içerisindeki çocuğu ilk gözlemleyen kişi öğretmendir ve yapacağı doğru acil yardım müdahalesi hem çocuğun yaşamını olumlu yönde etkileyecek hem de sınıftaki diğer çocuklara iyi rol model olacaktır.

EPİLEPSİ, DİYABET, ASTİM NÖBETİ GEÇİREN ÇOCUĞA NASIL YARDIM EDERİZ?



1. ÖNCELİKLE HASTALIKLARI TANIYALIM

EPİLEPSİ NEDİR?

Beynin normal elektriksel işlevlerinde, zaman zaman kısa kesintiler ve düzensizlikler meydana getiren nörolojik bir durumdur.

Epilepsi nöbeti; beyinde ortaya çıkan anormal elektriksel boşalmaların sonucu olarak görülen geçici nörolojik disfonksiyon dönemidir.

Epilepsinin sebebi çoğunlukla belli olmamakla birlikte zor doğum, kafa travması, beyinde oksijen yetmezliğine bağlı inmeler, çocukluk döneminde geçirilen ateşli hastalıklar, menenjit, beyin iltihabı gibi beyin hasarına neden olan durumlar başlıca nedenleri arasında sayılmaktadır.

EPILEPSİ NÖBETLERİNİ TETİKLEYEN FAKTÖRLER

Stres (sınav stresi),
Işık (televizyon, video oyunları vs),
Uykusuzluk,
Ateşli hastalıklar,
Yorgunluk,
Gürültülü ortamlar

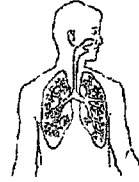
DİİYABET NEDİR?

Şeker hastalığı (Diabetes Mellitus) kandaki şeker (glukoz) düzeyini dengeleyen insülin adlı hormonun eksikliği veya yokluğu sonucunda oluşan bir hastalıktır.

Çocuklarda görülen diyabet (Tip 1 Diabetes Mellitus) egzersiz ve diyetin yanında ömür boyu düzenli insülin kullanımını gerektirir. Bugün için çocuğa insülin vermenin tek yolu enjeksiyondur.



ASTİM NEDİR?



Öksürük, hışıltılı solunum, göğüste sıkışma ve solunum güçlüğüyle ayırt edilen havayollarının kronik enflamatuvar bir hastalığıdır.

Astımı tetikleyen etkenler sonucunda hava yolları çevresinde düz kas spazmı, yanma ve fazla mukus üretimi olur. Akciğerlere giden hava yollarında nefes alıp vermek için daha az boşluk kalması sonucunda çocukta nefes darlığı, hışıltılı solunum, öksürük gibi belirtiler ortaya çıkar.

ASTIMI TETİKLEYEN ETKENLER

Allerjenler, ilaçlar, enfeksiyonlar, çevresel değişiklikler, hava kirliliğine yol açan maddeler, tahrişe yol açan kimyasal maddeler, heyecanlar, hava durumu, gıdalardaki katkı maddeleri

2. BU HASTALIKLARA SAHİP ÖĞRENCİLERİMİZİ BELİRLEYELİM VE HASTALIKLARI İLE İLGİLİ BİLGİLERİ TOPLAYALIM

1. Okulda sağlık birimi varsa hekim, hemşire ile iletişim kurup girdiğin sınıfta (sınıflarda) epilepsi, diyabet, astımlı çocuk bulunup bulunmadığını öğrenin

2. Ailelerle görüşüp epilepsi, diyabet, astımlı çocukları olup olmadığını belirleyin (Bazı aileler çocuklarının hastalığını gizleme eğilimindedir)

3. Eğer sınıfınızda epilepsi, diyabet, astımlı çocuk varsa acil durumda ulaşabileceğiniz çocuk ile ilgili telefon ve adresleri (yakınlarından birinin tel., doktorunun tel. gibi) kolay ve bilinen bir yerde bulundurun

4. Hasta çocuğun gün içerisinde alması gereken ilaçları (enjeksiyonları) alıp almadığını takip edin

5. Sınıftaki diğer arkadaşlarının hastalık hakkında bilgilendirilmesini sağlayın (Bunun için okul sağlık görevlileri, ilgili kuruluşlardan yardım alabilirsiniz)

3. NÖBET GEÇİREN ÇOCUKTAKİ BELİRTİLERİ TANIMALIM

EPİLEPSİ NÖBET BELİRTİLERİ

Epilepsinin 40'a yakın nöbet çeşidi bulunur. Hepsinin belirtileri birbirinden farklıdır.

Kısmi (Parsiyel) Nöbet:

İşitme, görme duyularında bozulmalar, vücudun bir bölümünün titremesi gibi belirtiler görülür.

Basit kısmi nöbette bilinç bu durumdan etkilenmez. *Karmaşık kısmi nöbette* ise çocuk yarı bilinçsiz ve şaşırmış davranır. Yürüme, mırıldanma, kafa çevirme gibi amaçsız davranışlar sergileyebilir ve daha sonra bunların hiç birini anımsamaz.

Kendini Kaybetme (Petit mal - Absans) Nöbetleri:

Bilincin 5-15 saniyelik sürelerle kesintiye uğraması şeklindedir. Bu süre içerisinde çocuk boşluğa bakıyor gibi görünebilir. Bu nöbetler gün içinde öyle çok görülür ki (100-200 kez) çocuk dikkatini derse veremediğinden başarısızlıkla suçlanır.

Jeneralize Tonik- Klonik Nöbetler:

Bu nöbetler iki aşamada gerçekleşir. Birinci aşamada (tonik); çocuk bilincini kaybeder ve yere düşer, vücut kaskatı bir hal alır.

İkinci aşamada (klonik); uzuvlar titremeye ve gerilmeye başlar. Nöbet bittikten bir süre sonra bilinç yavaşça tekrar kazanılır. Nöbetler nöbetin tipine göre birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar uzayabilir.

Status Epilepticus:

Tonik-klonik nöbetlerin çok uzun süreli (birkaç saat gibi) olması durumudur. Hekim yardımına ihtiyaç vardır.

Atonik, Akinetik ve Myoklonik Nöbet:

Baş, gövde , kollar gibi vücudun üst kısmında veya bir grup kasta ani kontrolsüzlük sonucunda ciddi yaralanmaların görüldüğü nöbetlerdir. Çocuk bir anda vücudunun üst kısmını kontrol edemez ve yere düşer.

DİYABET NÖBET BELİRTİLERİ

Diyabetli çocuğun nöbet geçirmesi; hipoglisemi (kan şekerinin düşmesi), hiperglisemi (kan şekerinin yükselmesi), ketoasidoz (keton cisimciklerinin kanda birikmesi) sebepleri ile olur.

Bu sebeplerin içinde çocuklarda çok sık görülen, hızlı gelişen ve acil müdahalenin süratle yapılmasını gerektiren hipoglisemi nöbetidir.

Çocukların aktif ve enerjik olması, ağır egzersiz yapmaları, öğünlerin atlanması, ishal ve kusma ile giden hastalıklar, hızlı büyüme döneminde daha fazla dozda insülin gereksinimi gibi nedenler hipoglisemi riskini arttırır.

Çocukların gelişme çağında olmaları nedeniyle kan şekeri düşüklüğü ve bu düşüklüğün uzun sürmesi tehlikelidir.

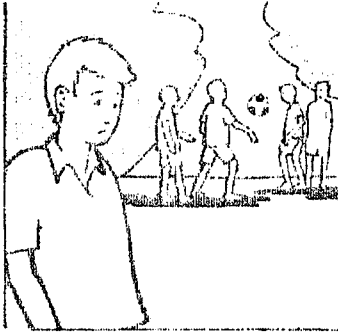
Kan şekeri düşen çocukta;

Önceleri acıkma hissi, terleme, solukluk, huzursuzluk, sinirlilik, bulantı görülür.

Kan şekeri çok daha fazla düştüğünde; uyuklama, konuşma bozukluğu, görmenin azalması, oturma veya ayakta durmada zorluk, en sonunda da havale geçirme ve koma gibi bulgular görülür.

Kan şekeri yükselen çocukta;

Çok su içme, sık tuvalete gitme, kendini iyi hissetmeme, karın ağrısı ve bazen de kusma görülür.



ASTIM NÖBET BELİRTİLERİ

Nefes darlığı, hışıltılı solunum, göğüste sıkışma hissi, kambur omuzlar, hareket edememe, devamlı ve derin öksürük, çocuğun aniden sararıp sessizleşmesi ve anlamsızca ajite olmasıdır.

Eğer çocuk;

- Bir nefesi iki defada alırsa,
- Hızlı ve kısa nefes alırsa,
- Nefes alabilmek için göğüs, omuz kaslarını

kullanıyorsa,

- Ağız, dudak, tırnak dibi ve kulak memelerinde mavimsi morluk varsa,

- Göğsü daha büyük görünüyorsa,
- Omuzları dik ve aşağı inmeme eğilimindeyse,

- Nefes aralarında birkaç kelime veya kısa cümlelerden daha fazlasını söyleyemiyorsa,

- Daha az tepkiler veriyorsa çok ciddi bir astım atağı geçiriyor demektir.

*Siz
Bir defada
nefes alırken
Bir defada
çocuk iki
kez alırsa.*

4. NÖBETLER SIRASINDA ÇOCUĞUN ZARAR GÖRMEMESİ İÇİN GEREKLİ ÖNLEMLERİ ALALIM

EPİLEPSİ NÖBETİNE ÖN HAZIRLIK

Nöbet esnasında kendine zarar vermemesi için sınıfta bir takım düzenlemeler yapılmalıdır;

- Portatif ısıtıcılar kolaylıkla devrilebileceğinden ısınmada sabit ısıtıcılar, mümkünse kalorifer tercih edin
- Sınıf zemininin bir kenarına uzun, kalın tüylü paspas yerleştirin, mümkünse halı ile kaplatın
- Çocuğu cam eşyalardan uzak tutun, yemek saatlerinde kırılmayan, kesmeyen, ahşap eşyaları kullanmasını sağlayın
- Çıkıntı yapan sivri uçlu, keskin mobilya köşelerini (sıra-masa) kauçuk yada süngerle kaplatın
- Sık, inatçı, kontrol edilemeyen nöbetlerde çocuğun koruyucu başlık (kask) giymesine izin verin
- Bazen çocuk nöbet geçireceğini hissedebilir (aura). Böyle bir durumda çocuğu hemen güvenli bölgeye alın ve acil müdahaleye hazırlanın
- Çocuğun nöbet geçirdiği günlerin işaretlendiği epilepsi günlüğünü siz de takip edin

DIYABET NÖBETİNE ÖN HAZIRLIK

- Diyabetli çocuğun beslenme planı 3 ana ve 3 ara öğün olmak üzere 6 öğünden oluşur. Bu öğünleri tam ve zamanında yemesini sağlayın
- Egzersiz öncesinde 1 ara öğün (1 kibrit kutusu beyaz peynir, 2 ince dilim ekmek, 1 orta boy meyve) almasını hatırlatın. Oyun sahasında, jimnastik salonunda öğrencinin yanında 2-3 adet kesme şeker bulunduğundan emin olun (hipoglisemi geliştiğinde kullanılacak)
- Sınıfta öğretmen masasında yiyecek (meyve suyu, bisküvi gibi) bulundurun. Çocuğun öğün zamanı gecikiyorsa sınıfta bir şeyler yemesine izin verin
- Çocuğun çantasında sürekli yiyecek bulundurmasını sağlayın
- Öğünlerin dışında fazladan bir şeyler yemesini çocuğu kırmadan önleyin
- Çocuğun size güvenmesini sağlayın

- İnsülin enjeksiyonlarını yapabileceği, kanda şeker, idrarda keton bakabileceği uygun bir oda bulun. Enjeksiyonlarını yaparken yalnız bırakmayın, doğru dozda uyguladığından emin olun,gerekilyorsa yardım edin

- Çocuğun kendini kötü hissettiği durumlarda kesinlikle evine yalnız göndermeyin

- Diyabet günlüğünü siz de takip edin

- Hastalıklarda diyabet tedavisinin değişebileceğini unutmayın

- Kan şekeri seviyesindeki değişikliklerin çocuğun konsantrasyonunu ve davranışlarını etkilediğini bilin

- Kaza, yaralanma, rahatsızlık durumlarında girişimi yapacak sağlık ekibinin çocuğun diyabetini hesaba katmasını sağlayın

ASTIM NÖBETİNE ÖN HAZIRLIK

Çocuğun bilinen ya da olası allerjenlerle temasının ortadan kaldırılması gereklidir. Bunun için;

- Her teneffüs sınıfları havalandırın
- Sınıf temizliğinin elektrikli süpürge, nemli bez ile astımlı çocuğun olmadığı zamanlarda yapılmasını sağlayın
- Çocuğun katkı maddeli, boya içeren sakız, cips, şekerleme gibi yiyecek maddelerini yemesini, soğuk içecek tüketmesini önleyin (Gerekirse kantin görevlisi ile konuşun)
- Nöbet anında kullanılması gereken ilaçların yerini bilin (çocuğun çantasında taşımalarını sağlayın, gerekirse sınıfta yedek ilaç bulundurun)
- Çocuğun hastalığına bağlı davranış değişikliği gösterebileceğini unutmayın
- Fizik aktivitelerini destekleyin, egzersiz öncesi ilacını almasını sağlayın

- Uzun aktiviteler yerine kısa aralıklı aktiviteleri destekleyin, kapasitesinin ötesine zorlamayın

- Eğer yiyecek ve hayvanları ilgilendiren aktiviteler planlanmışsa aileyi bilgilendirin

- Mevcut aktivite sağlık açısından risk taşıyorsa alternatif aktiviteler hazırlayın

- Okul başlamadan önce ailelere sınıfı gezdirip, astım riskleri hakkında bilgilendirin

- Bulaşıcı hastalığı olan çocukların okula gelmesini önleyin

- PEF (tepe akım hızı) kullanımını destekleyin ve sizde kullanmayı öğrenin

5. NÖBET SIRASINDA ÖĞRENCİMİZE YARDIM EDELİM

Öğretmen öğrencinin derslerini kaçırmaması ve nöbetin verdiği sarsıntıları kolay atlatmasına yardımcı olmalıdır

EPİLEPSİ NÖBETİ GEÇİREN ÖĞRENCİYE YARDIM

Küçük kasılmalarda çocuğun korkuya kapılmamasını sağlayın

Kompleks kısmi nöbetlerde; çoğunlukla mırıldanma, sıkıntı, uyuşukluk olur. 1-2 dakika süren bu nöbetlerde;

- Öğrenciyi yavaşça sırasından kaldırın
- Yumuşak sesle konuşun
- Yerinden kalkmak istemezse zorlamayın

Genel tonik-klonik nöbetlerde;

Sert ve keskin kasılmalar olacağından çocuğun kendine zarar vermemesi için önlemler alın

- Sakin davranın
- Yardım çağırın
- Çocuğu yavaşça yere yatırın
- Diğer çocukları sakinleştirin
- Kırılacak kesici aletlerden uzaklaştırın
- Başının altına yumuşak bir palto koyun
- Ağzından gelen sıvıları yutmaması için yüzünü yana ve aşağı çevirin
- Çocuğun durumunu değerlendirin
- Ailesine haber verin
- Nöbet sonrası çocuğu dinlendirin

Eğer nöbet sonrası çocuk sınıfta kalabilecek durumdaysa sınıfta bırakılabilir.

Tuvalete gitmesine izin verin ve sınıftan 1-2 çocuğu kendinize yardımcı seçin

Büyük nöbet (tonik-klonik) sırasında yapılmaması gerekenler nelerdir?

- Nöbet anında çocuğu sıkıca tutup kasılmalarını engellemeyin
- Dişlerinin arasına zorla herhangi bir şey koymayın, ağzını yada çenesini açmaya çalışmayın
- Tehlikeli bir yerde değilse çocuğu hareket ettirmeyin
- Bilinci tamamen yerine gelinceye kadar zorla bir şey içirmeyin
- Nöbet sırasında bilincin açılmasını sağlayabilmek için üzerine su dökmeyin, kolonya, soğan koklatmayın, zorla nefes aldırmaya çalışmayın
- Nöbetten sonra çocuğu sallayarak, yüzüne, bedenine vurarak, belli maddeler koklatarak yada başka yollarla uyandırmaya çalışmayın
- Tehlikeli görünümüne rağmen epilepsi nöbetinin öldürücü olmadığını unutmayın. Akıllıca gözlemek akılsızca müdahale etmekten daha yararlı olacaktır.



AMBULANS ÇAĞIRILMASI GEREKEN DURUMLAR

- Daha önce epilepsi nöbeti geçirmemiş ise
- Nöbetten sonra bilinci yerine gelmiyorsa
- Nöbet 5 dakikadan uzun sürmüşse
- Kasılmalar ard arda geliyorsa
- Kasılmalarda çocuk başını vuruyor, kendine zarar veriyorsa
 - Kusuyorsa
 - Görme bozukluğu varsa
 - Nöbet geçtikten 20 dakika sonra bile toparlanamıyorsa
 - Sürekli baş ağrısı varsa
 - Cevap-tepki vermiyorsa
 - Göz bebekleri sulanmış ve farklı boyuttaysa 112'yi arayın

DİYABET NÖBETİ GEÇİREN ÖĞRENCİYE YARDIM

Okul sağlık personelinden daha çok öğretmenler çocuktaki hipoglisemi belirtilerini ilk gözlemleyen kişilerdir. Hipoglisemi belirtilerini fark ettiğinizde;

- Sakin davranın
- Yardım çağırın
- Çocuğun bilinci yerindeyse 2-3 adet kesme şeker (şekerli su, 2 çay kaşığı reçel veya diyet olmayan 1 bardak kola, meyve suyu) verin
- Çocuğun durumunu değerlendirin
- Sınıftaki diğer çocukları sakinleştirin
- 10-15 dakika bekleyin çocukta iyileşme olmazsa tekrar 2-3 adet kesme şeker verin
- Çocuğu yalnız bırakmayın
- Ailesine haber verin

Diyabetli öğrenciniz birkaç gündür iyi görünmüyorsa, aynı zamanda çok su içip tuvalete sık gidiyorsa bunun sebebi kan şekeri seviyesinin yükselmesi olabilir. Çocuğun ailesine ve okul sağlık birimine haber verilmelidir.

Eğer çocukta ağır hipoglisemi gelişmiş ve bilinci yerinde değilse;

- Ağızdan bir şey vermeyin
- Glukagon enjeksiyonu yapılmasını sağlayın (insülin gibi yapılır)
- Çocuğu yana doğru yatırıp acilen hastaneye ulaştırın (koma pozisyonunda yatırılmalıdır)

ASTIM NÖBETİ GEÇİREN ÖĞRENCİYE YARDIM

Çocuk sınıfta nöbet geçireceğini anlasa bile belirtilerin ağırlığı nedeniyle öğretmenini uyaramayabilir. Öğretmen çocuğa inanmalı, çocuğu astımlı başka bir çocuk ile karıştırmamalı, belirtileri asla küçük görmemelidir. Nöbet belirtilerini fark ettiğinizde;

- Sakin davranın
- Yardım çağırın
- Çocuğun durumunu değerlendirin
- Rahat, havadar bir yere götürün
- Sıkı giysilerini gevşetin
- Çocuğun kendine ait bronkodilatör ilacını

verin

- Ulaştırılabilecek en yakın oksijen tüpüne ulaştırın

- Bir saat dinlendirin
- Ailesine haber verin

Eğer çocuk 5 dakika içinde iyi olmaz veya 2 saat içinde belirtilerden biri tekrarlırsa çocuğun hekim kontrolüne girmesi gerekir. Ambulans çağırın ve hastaneye gönderin.

Tedavi çocukta sarsıntı ve uyuşma gibi davranış değişikliği oluşturuyor, öğrenmesinde sorun yaratıyorsa aile ile konuşulmalı, tedavi için gerekli değişiklikler yapılmalıdır.

EPİLEPSİ, DİYABET, ASTİM HASTALIKLARI İLE İLGİLİ YANLIŞ TUTUM VE İNANIŞLAR

Bu çocuklar ayrı sınıflarda okutulmalı mı?

Hayır. Çocuğa hasta olduğu için farklı davranılmamalı, diğerk arkadaşları ile birlikte okula gitmelidir. Unutulmamalıdır ki farklı olduğunu hisseden, mutsuz bir çocuğun hastalığı daha güç kontrol altına alınacaktır

Beden eğitimi derslerine alınmalı mı?

Evet. Bu çocukların egzersiz yapması için sakınca olmadığı gibi hastalıklarının yönetiminde onlara yardımcı bile olur. Epilepsili çocuk fazla yorulmaktan kaçınarak, diyabetli çocuk egzersiz önce ve sonrasında ek besin alarak, astımlı çocuk egzersiz öncesinde ilacını kullanarak derslere katılabilir.

Epilepsi zeka geriliği ya da davranış kusuru ile ilgilimidir?

Epilepsinin ruh ve akıl hastalığı ile hiçbir ilgisi yoktur, çocukların çoğu normal bir zekaya sahiptir. Bazıları okulda ortalamanın üstüne bile çıkarlar.

Epilepsinin ağır beyin hasarı ile birlikte olduğu durumlarda (travma, tümör gibi) zihinsel gelişme bozulabilir veya geri kalabilir.

Dişabet hastası çocuklar insülin iğnesi olmadan da tedavi edilebilirler mi?

Maalesef edilemezler. Çocukluk çağı dişabetinde (Tip 1 Diabetes Mellitus) pankreas yeterli miktarda insülin hormonu üretemediğinden eksikliği gidermek için dışarıdan insülin enjeksiyonu gereklidir. Günümüz teknolojisinde iğnesiz tedavi yöntemi henüz yoktur.

Astımlı çocuklar süt ürünlerini kullanmamalı mı?

Süt ve diğer süt ürünlerinin mukus salgılanmasına neden olduğu ve süt ürünlerinin astıma iyi gelmediğine dair yaygın bir görüş vardır. Bu sadece bir söylentidir. Bunu gösteren herhangi bir tıbbi bulgu yoktur.



**KİMLER EPİLEPSİ, DİYABET VE ASTİM
HASTALIKLARI KONUSUNDA
BİLGİLENDİRİLMELİ?**

- Öğretmenler
- Okul müdürü ve idari görevde çalışanlar
- Sınıf arkadaşları
- Okul servis şoförleri
- Kantin görevlileri
- Tam gün çalışanların bu konularda bilgi sahibi olmaları, nöbet belirtilerini tanımaları ve acil uygulamaları yapmaları gereklidir.

HASTA ÇOCUĞUN SINIF ARKADAŞLARINA UYGULANABİLECEK BİR SAĞLIK EĞİTİMİ ÖRNEĞİ

Sınıfta bir öğrenci nöbet geçirir ise sınıf arkadaşları bundan etkilenir ve üzürlüler. Böyle bir durumda öğrenciler yaşlarına uygun bir şekilde hastalık konusunda bilgilendirilmelidir. Öğretmen yada okul hemşiresi çocuklara hastalığı ve nöbeti tanımlamalı, onları rahatlatmalı, konu tartışmaya açılmalıdır. Hasta çocukta bu tartışmalara katılabilir.

Verilecek örnekte sınıfta bir çocuk epilepsi nöbeti geçirmiştir. Eğitimi verecek olan kişi çocukların epilepsiyi anlamaları için;

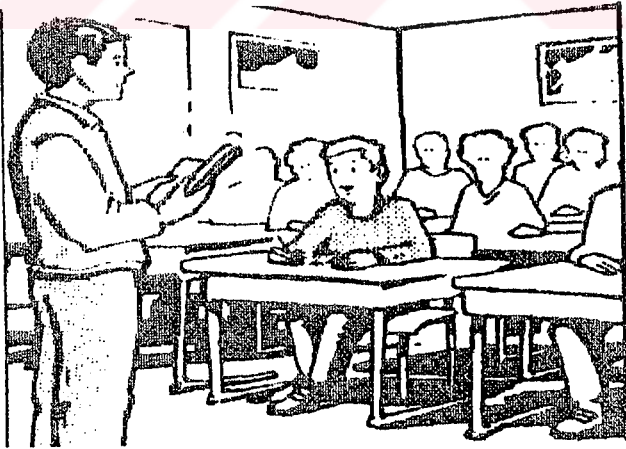
- Arkadaşınız epilepsi hastası olduğu için nöbet geçirdi,
- Onun beyinde bir bozukluk olup, beyin vücudun başka yerlerine karışık mesajlar gönderdi. Ama şimdi beyni iyi çalışıyor,
- Epilepsi bulaşıcı bir hastalık değildir ve sizlere bulaşmaz,
- İlacı vardır,
- Nöbet kendiliğinden biter, alınacak tedbirlerin neler olduğu bilinmeli

- Nöbet kasılma şeklindeyse korkulmaması gerekir, arkadaşınızın garip davranışları zihinsel özürlü yada deli olduğundan değildir diyerek çocuklara anlatılmalıdır.

Epilepsili çocuğa "nöbet geçirirken ne hissettin?" diye sorulur ve cevaplama beklenir.

Sınıfa "siz nöbet geçirirseniz ne yaparsınız? Ne yapılmalı?" sorusu sorulur.

Herkese "nöbet geçiren kişiye en iyi nasıl yardım edilir?" sorusu sorulur ve cevap olarak "onu emniyete alın ve nöbet bitince arkadaşlık edin" yanıtı beklenir/verilir. Epilepsili çocuk bu konulardan uzak tutulmamalıdır.



***EPİLEPSİ, DİYABET VE ASTIM HAKKINDA
AYRINTILI BİLGİ ALABİLECEĞİNİZ MERKEZLER***

Türk Epilepsi ile Savaş Derneği
Çocuk ve Adolesan Diyabetikler Derneği
Çocuk Solunum Yolu Hastalıkları Derneği

KAYNAKLAR

1. Alendar J.A, Spradley B.W.Community Health Nursing Concept and Practice , Philedelphia , 1996
2. 2. Ball, J.W.: Mosby's Pediatric Patient Teaching Guides, 0-8151-1558-x, Washington, 1998
3. Bowen C. Education Teachers in Children's Illnesses : A Study, Nurs Stand , England , 1996
4. Care Of Children With Diabetes In The School and Day Care Setting, American Diabetes Association (ADA), Diabetes Care, Volume 23, Supplement, USA, 2000
5. Konkirawatana P. Epilepsy Awarenes Among School Teachers in Thailand, Epilepsia, 1999 Apr; 40(4): 497-501
6. Steel S, A. School Health, Comunity Health Nursing, Theory and Practica, C.M.Smith, F.A.Mavrer, WB Saunders Co., Philadelphia, Penslvania, 1995
7. World Health Organization Regional Office for Europe, Therapeutic Patient Education, Continuing Education Programmes for Healthcare Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases, Report of a WHO Working Group, 1998