

9533

T.C.

İstanbul Üniversitesi

Çocuk Sağlığı Enstitüsü

Serebral Parezi ile
Konvülsiyon Vakalarında Hemşirelik Bakımı,
Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin
Hemşirelik Bakımlarındaki Rollerine İlişkin Düşünceleri

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NEŞE (ÖZEL) ŞEKERCİ

YÜRÜTÜCÜ

Prof.Dr. SELÇUK APAK

T. C.

Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

İSTANBUL - 1990

İ Ç İ N D E K İ L E R

.....	sayfa
Giriş	1-4
Serebral Parezi (C.P) ve Hemşirelik Bakımı.....	4-26
Serebral Konvülziyonlar ve Hemşirelik Bakımı.....	26-52
Materyal ve Method.....	52-54
Bulgular.....	54-71
Tartışma.....	71-80
Özet.....	80-82
Ek.....	82-102
Kaynaklar.....	102-113

GİRİŞ

Nörolojik özürlere sıklığı, değişik türleri ve insanın yaşamı üzerine olan yoğun etkisi ile ilkçağlardan bugüne kadar toplumda çok çeşitli sorunlara yol açan problemlerin başında gelmektedirler.

Nörolojik özürlere bazıları dünyanın tüm toplumlarında majör problemlerin en önemlilerindendir. Merkezi sinir sistemi anomalileri ölü doğumlar dahil, tüm anomaliler içinde %12.7'lik bir yer tutar. Bu oran diğer anomalilerden %70 daha siktir (Apak-1984). Her ne kadar, her nörolojik özürlere yoğun bir soruna yol açmasa da, genelde nörolojik özürlere sık olarak motor ve mental sorunlara neden olurlar. Bu tür fonksiyonel bozuklukların prenatal ve perinatal nedenlerden oluştuğu belirtilmektedir. (A.M Dereymaether ve ARK-1988)

Gelişmekte olan ülkelerde nörolojik özürlere, gelişmiş ülkelere oranla daha sık görülmekte, hemde daha ağır seyretmektedir (Özmen ve ARK-1987). En sık görülen nörolojik patolojilerden biri olan epilepsi, en az tüm toplumlarda %04 sıklıkta görülmekte olup, Türkiyede de her bin kişiden dördünün epileptik olduğu sanılmaktadır (Apak-1984). Epilepsinin de gelişmekte olan ülkelerde daha sık

görüldüğü bazı yazarlar tarafından belirtilmektedir (Lumbantobing-1983).

Türkiye'de sık görülen diğer patolojilerden Serebral Parezi ise Batı Avrupa ve Amerika'da her bin canlı doğumda 1.5 ile 5.1 sıklıkta görülmesine karşın, gelişmekte olan ülkelerde daha sık, her bin canlı doğumda 21 ile 50 arasında olduğu görülmektedir (Özmen ve ARK-1987).

İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Gelişim Nörolojisi hasta popülasyonunda, bu iki grup patolojinin vakaların çoğunu oluşturduğu belirlenmektedir. Her yıl başvuran yeni olgu sayısının %25'ini konvülziyon vakaları, %25'ini ise Serebral Hareket bozukluğu olan çocuklar oluşturmaktadır.

Bu yüzyılın başından beri önce batı ülkelerinde, daha sonra da gelişmekte olan ülkelerde başarılı bir tedavinin yapılabilmesi, özürlü çocukların rehabilitasyon ve bakımının organize bir şekilde ele alınabilmesinin ancak ekip çalışması ile olabileceği anlaşılmıştır (Nipper Und Tünte-1988). Bu ekipte yer alan hemşirelere de önemli görevler düşmektedir. Ülkemizde ise hemşireler, nörolojik hastalıklar ve bunların yol açtığı özürlerin hemşirelik bakımları ile ilgili yeterli bir eğitim görmemektedirler.

Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak hazırlanan tezimin amacı pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin nörolojik hastalıklar ve bu hastalığa sahip çocukların hemşirelik bakımlarındaki rollerine ilişkin düşüncelerini saptamak, ayrıca da henüz bu konuda uzman hemşirelerin bulunmadığı Türkiye’de hemşirelerin başvuracağı bir kaynağı oluşturmaktır.



Genel Bilgiler

SEREBRAL PAREZİ (C.P)

a) TANIM

Merkezi sinir sisteminin çok çeşitli nedenlerinden bazı motor merkezlerin zedelenmesi sonucu çocuklarda en hafifinden en ağırına kadar, hareket bozuklukları meydana gelir. Bu hareket bozuklukları beceri bozukluğunun yanı sıra ağır spastik felçler şeklinde de olabilir. Hareket bozukluğunun çok hafif olduğu durumlarda genelde okul yaşına kadar herhangi bir özür fark edilmeyebilir. Çünkü bu çocuklarda hareket, yeteneği az etkilenmiş olup, algı kusurları gelişmiştir.

Bu tür önemli felç yapmayan bozukluklar çocuğun bakımını güçleştiren bazı durumlara yol açabilmektedirler. Aşağıdaki tabloda belirtilen minimal hareket bozuklukları, süt çocuğunun bakımını güçleştirmesi yanı sıra bu çocuklarda, daha sonra ortaya çıkabilecek kimi ileri bulguların erken belirtileri de olabilir.

Tablo:1

Minimal Hareket Bozukluğunun Erken Belirtileri

- Devamlı huzursuzluk, sebepsiz bağırma, memnun olmama, uykusuzluk
- Kutis Marmorata, sebepsiz kusma ve tükürme, sebepsiz ishal veya kabızlık
- Sterotip hareketler (Sallanma, jaktasyo kapitis, davranış kusuru)
- Hipereksitabilite sendromu (HES)
- 3. aydan sonra devamlı asimetrik durum
- 3. aydan sonra az gülme, mimik azlığı, konuşmada gecikme
- 4. aydan sonra hala Doll eye's fenomeni
- 4. aydan sonra hala tam moro reflexi
- 4. aydan sonra hala baş kontrolünün tam olmaması
- 4. aydan sonra hala ellerin devamlı yumruk şeklinde olması
- Diğer çeşitli anormal nörolojik kırıntı bulgular (Hemisendrom, reflex anomaliler)
- Nörolojik Anormaliteler (Reflex asimetrileri, EEG anomalileri, v.b)
- Sosyal Gelişim Bozuklukları (psikopati, jaktasyo, terbiye güçlükleri, enürezis, enkoprezis v.b.)

(Apak - 1984)

Bu tabloda da görüldüğü gibi çocuğun bu tür sorunları anneyi tedirgin eder. Hatta bazı hallerde özel bir bakım gerekebilir.

b) GÖRÜLME SIKLIĞI

Spastik felçler yaygın olarak tüm toplumlarda görülür. Ancak olayın sıklığı toplumlara göre değişkenlik gösterir. Gelişmiş ülkelerde her bin çocukta bir yada üç çocuğun spastik olduğu bildirilir (Hagberg - 1979). Bu rakam bundan elli yıl önce yine aynı ülkelerde %010 ile %020 arasında değişmekte idi. Hatta Amerika'da bazı bölgelerde %045'e kadar çıktığı bildirilmiştir (Tonniss und Krenkel - 1963).

Yurdumuzda spastik felçlerin sıklığı hakkında kesin bir rakam olmamasına karşın, bunun %010 dan daha az olmadığı kabul edilmektedir (Özmen ve ARK.-1987).

Türkiye'de, spastik çocukların eğitim, bakım ve tedavisinin hem tıbbi açıdan, hem hemşirelik açısından bir sorun olduğu gözlenmektedir.

c) RiSk FAKTÖRLERİ

Sayırsız nedenler spastik sendromlara yol açabilmektedir. Bunlar tablo:2'de özetlenmiştir. Tablo'ya bakıldığında her nedenin tek başına veya bir kaçının bir arada spastik sendromlara yol açabileceği anlaşılır. Genelde tek başına bir risk faktörü ender olarak spastik sendromlara yol açmaktadır. Sık olarak iki-üç risk faktörünün bir arada olduğu bildirilir (özmen ve ARK - 1987).

Tablo:2

Spastik Sendromlara Yol Açabilecek Risk Faktörleri

A-Anneye Ait Risk Faktörleri

- 1- Dörtten fazla gebelik
- 2- Gebelik süresince ağır çalışma
- 3- Annenin sosyo-ekonomik düzeyinin çok düşük olması
- 4- Anne yaşının 16'dan küçük, 35'den büyük olması
- 5- Önceki gebeliklerinde abortus ve erken doğum hikayesi
- 6- Annenin vücut ölçülerinin doğuma uygun olmaması
- 7- İki gebelik arasında 6 yıldan uzun süre olması
- 8- Gebelikte ağır hastalık geçirilmesi

B- Gebeliğe Ait Risk Faktörleri

- 9- Gebelik sırasında sağlık bakımı almaması
- 10-Gebelikte ödem, hipertansiyon gibi komplikasyonlar
- 11-Gebelikte kanama olması
- 12-Prematüre doğum tehdidi
- 13-Ağır enfeksiyon
- 14-ilk aylarda röntgen ışınları
- 15-ilk aylarda alkol, uyuşturucu kullanılması
- 16-Ağır psikişik olaylar

C- Doğuma Ait Risk Faktörleri

- 17-Çoğul Doğumlar
- 18-Ağır azlığı
- 19-Erken membran rüptürü
- 20-Hidroamniyos
- 21-Doğum süresinin aşırı uzun veya çok kısa olması (30 dakikadan az)
- 22-Operativ doğum
- 23-Amniyon sıvısının kirli ve enfekte oluşu
- 24-Doğum sırasında ÇKS'de bozukluk, anoksi tehlikesi

D- Çocuğa Ait Risk Faktörleri

- 25-Gestasyon yaşının 35 haftadan az, 41 haftadan çok olması
- 26-Plesenta previa
- 27-Plesenta anomalileri
- 28-Rh uyumsuzluğu
- 29-Göbek kordonu dolanması
- 30-Doğumda Asfiksi Olması
- 31-Doğumdan sonra reanimasyon yapılması
- 32-Doğumdan sonra asidoz
- 33-Doğumdan sonra vücut ısısında düşme

E- Post-Natal Risk Faktörleri

- 34-Ağır hipoksi, asfiksi, asidoz, solunum yetmezliği sendromu
- 35-Koma
- 36-Sürekli apne nöbetleri
- 37-Yeni doğan konvülsiyonları
- 38-Doğum travması
- 39-%70'in üzerinde hematokrit
- 40-Ağır sarılık (Exchange yapılmayan durumlar)
- 41-Doğum sırasında acil ameliyat, sepsis.

d) SPASTİK SENDROMLARIN TIPLERİ

Spastik sendromların başlıcaları şunlardır;

1- Spastik Hemipleji Sendromu

Bu hastalar vücutlarının bir yarısını kullanamazlar. Hasta tarafın kol ve ayağında spastik felç nedeni ile atrofi ve deformite gelişir. Bu hastalarda sık olarak serebral konvülsiyonlar olaya katılırlar. Az bir bölümünde zekâ geriliği de görülebilir (Schulte-1988, Neuhauser- 1982).

11- Spastik Dipleji Sendromu

Her iki bacakta simetrik, ender olarakta asimetrik felçlerin yanısıra kollarda da önemli düzeyde hareket bozukluğu görülür. Ender olarak zamanla dejormite gelişir ve zekâ geriliğide sık görülmez (Köng-1974 Bobath-1976, Barsch-1986). Bu sendromda cerebral konvülsiyonlar enderdir. Sık olarak görme kusuru vardır.

iii- Spastik Tetrapleji Sendromu

Buna bilateral hemipleji diyen yazarlarda vardır (Vojta-1981, Neuhaser-1982). Bu sendrom da hareket eden tüm organlar felçli olup, hasta istemli hemen hiç bir hareketi yapamaz. ilaveten cerebral konvülziyon, ileri zekâ geriliği, görme-işitme kusurları, kontraktürler ve deformiteler olaya katılırlar. Ayrıca hastalarda yutma kusuru geliştiği için yoğun beslenme bozukluğu vardır (Olow and Davies-1986). Bu hastalar hemen her zaman çok yoğun bir bakım gerektirirler. Her türlü fonksiyonları için bir başkasına ihtiyaçları vardır.

iv- Diskinetik Sendrom

Bu sendromda spastik tetraparezinin yanı sıra distonik, diskinetik hareketler görülür. Bu tür sendromda ilkel reflekslerin tümü çok yoğun biçimde devam eder. Bu nedenle en ufak bir gürültü yada korkuda bu çocuklar aşırı moro refleksi benzeri hareketler yaparlar ve korkarlar. Kafa kontrolü tetraparezi de olduğu gibi yetersiz olup buna ilave görme kusurları da sıktır. Zekâ geriliği zaman zaman görülebilse de sık olarak zekâ normaldir. Çok hassas olan bu çocuklar gayet alıngandırlar ve çevreye çok tepki gösterirler. Bakımları en az tetra pareziler kadar güçtür,

v- Konjenital Ataksi Sendromu

Koordine hareketlerin yapılamadığı ataktik bir dipleji ile gelişen ve serebellar sistemin belirtilerini gösteren bir sendomdur. Sık olarak zekâ geriliği de beraber olabilir, ancak yoğun çevre bakımı gerekmedende gelişebilirler. Çok ağır türlerinde fizyoterapi ve yoğun bakım gerekebilir. Sık olarak konuşma kusuru ve denge kusuru vardır. Serebellar konvülsiyonlar pek sık görülmez. Bu tür sendromların genetik hastalık tipi de bilinmektedir. Bunlar X kromozomuna bağlı spastik diplejiler olup çok yoğun özürlerle birlikte (Harding - 1984).

vi- Hipotoni Sendromu

Bu hastalar doğuştan yoğun bir kas hipotonisi gösterirler. Hipotoninin yanı sıra hareket edememe, içme-yutma kusurları, yoğun zekâ geriliği ile beraber bulunur. Refleksleri çok canlıdır. Hastalar sık olarak spinal kas atrofileri ile karıştırılırlar. Bakımları son derece güç olup, sık enfeksiyon geçirmelerinden dolayı bazen hastane bakımı gerekir. Soluk almadaki güçlükler, üst solunum enfeksiyonlarına yol açar. Tıpkı spinal kas atrofilerinde

gibi komplikasyonlar vardır (Gamstrop - 1985, Neuhauser - 1982, Vojta - 1981).

Yukarıda belirtilen sendromlardan yurdumuzda en sık görüleni spastik tetraparezi sendromu'dur (Özmen ve ARK. - 1987). Batıda ise en sık görüleni spastik dipleji sendromudur. Biz de spastik tetraparezi sendromunun çok sık görülmesi kötü koşullarda gerçekleşen gebelik ve doğumların payının fazla olduğunu düşündürmektedir.

e- ERKEN TANI

Son yıllardaki gelişmeler, tıpta bazı hastalıkların erken tanı olanağı olduğunu göstermiştir. Erken tanı ile tanınan hastalıkların bir kısmı hastalık başlamadan önlenebildiği gibi bir kısmı da hastalığın daha çok baştaki belirtilerinin olduğu dönemde tedavi edebilme olanağı vermesidir. Spastik sendromlarda bu olarak çok iyi araştırılmış ve çeşitli erken tanı ve tedavi yöntemleri geliştirilmiştir (Bobath, B and Bobath, K - 1977, Vojta, V- 1980).

Erken tanı yöntemlerinin spastik sendromlardaki önemi hemşirelik bakımında şu nedenler ile geçerlidir;

- Hastalığın erken tanısının tedavi olanaklarını daha iyi sağlayacağını, erken tanının tedaviyi daha etkin hale getireceği aileye anlatılmalıdır.

- Erken tanı ile tedavinin erken başlayacağı, böylece de çocuğun bakımının gündelik sorunlarının daha az olacağı hakkında aileye açıklayıcı bilgiler verilmelidir. Ayrıca aileye olabilecek bozuklukların böylece önlenebileceği (deformite, dekübütüs v.s.) anlatılmalıdır.

- Ailenin erken dönemde aydınlatılması, hastalık hakkında gerekli bilgilerin verilmesi çok önemlidir. Bu bilgiler verilirken hemşire, doktor, fizyoterapist, sosyal danışmanların işbirliği içinde olması gerekir.

f-FİZİK TEDAVİ

Spastik çocuklarda fizik tedavi, tedavide çok önemli bir yer tutmakta, tedavinin temelini oluşturmaktadır. Hastalık nedeni göz önüne alındığında hareketin bu hastalar için ne kadar önemli olduğu anlaşılır. Fizik tedavide çok çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Ancak halen bunların içinde iki tanesi yaygın olarak kullanılmaktadır.

Bunlardan bir tanesi Bobath yöntemidir. Bobath yöntemi 1940'lı yıllarda geliştirilmiş olup, yanlış hareketleri önleyip, yapılması gereken hareketleri sağlayan tedavi sistemidir. Diğerisi ise Vojta yöntemidir. Bunda ise vücuttaki bazı motor noktalar uyarılıp, çocuğu aktif harekete zorlar.

Her ne kadar tedavi fizyoterapist tarafından yapılıyor ise de her iki yöntemde de pediatri hemşirelerine görevler düşmektedir. Bunları daha ileride gözden geçireceğiz.

Fizik tedavinin başarılı olabilmesi için çocuk ve ailenin aktif işbirliği, çocuğun yaşının çok küçük olması ve beyin özürünün çok ağır olmaması gerekir (Feldkamp-1982, Palmer ve Ark-1988).

g- SPASTİK ÇOCUKTA DİĞER SORUNLAR

Spastik çocuklarda, özellikle ağır şekillerinde değişik ek sorunlar görülebilir. Beyindeki çeşitli merkezlerin tahrip olması ve hastalığın bazen kafa çiftlerini tutması sonucu görme, işitme ve duyu kusurları olabilmektedir. Bu nedenle spastik çocuklarda daha çok erken dönemde, şaşılık ve ağır görme kusurları olabilmektedir.

işitme ve duyu kusurlarının geliştiği de bildirilir (Zölch - 1982).

Diğer önemli bir sorunda bu çocuklarda sık görülen serebral konvülziyonlardır (Krenkel - Brocheler - 1982). Spastik çocuklarda serebral konvülziyonlar diğer çocuklardan daha farklı güçlükler yaratırsa da tedavi diğerlerinde olduğu gibidir.

h- MINİMAL HAREKET BOZUKLUKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

- Olayın tehlikeli bir durum yaratmadığı göz önüne alınırsa önce hemşire aileyi bu konuda aydınlatmalı, aileye destek olmalı ve hastalık hakkında gerekli açıklamaları yapmalı, aileye hastalık hakkında bilgi vermeli ve bu konuda eğitim yapmalıdır. Eğitim de özellikle anneler üzerinde durulmalıdır. Anneye, devamlı huzursuz olan bu çocukların kucağa alınarak sakinleştirilmelerinin hatalı olabileceği nedenleri açıklanarak anlatılmalıdır. Çünkü, bu şekilde ağladıkça kucağa alınan çocuk, isteklerini ağlayarak belirtecektir. Bu gibi rahatsızlıkların bir enfeksiyon hastalığı gibi üç beş günde geçmeyeceği göz önüne alınırsa, annenin aylarca çocuğu kucakta taşımasının nasıl bir problem yaratacağı açıktır.

- Tablo (1) in diğer durumlarına baktığımızda sebepsiz ishal, kusma, kabızlık gibi durumların önemli sorunların başında geldiğini görürüz. Bu durumların yoğun ilaç tedavisi gerektirmediği akla gelmelidir. Aileye, özellikle anneye çocuğun öğünlerinin arttırılması ve gıdaların bazen ısıtılmadan oda sıcaklığında verilmesi tavsiye edilir (Huck - 1981). Çünkü sıcak gıdalar mide peristaltizmini arttırmakta ve kusmaya yol açmaktadır.

- Minimal Serebral Disfonksiyon ve spastik çocuklarda sirkadien ve ultradien periotlarda bozukluk bilinmektedir (Pechstein - 1981).

Böyle bozukluklarda yemek ve uyku düzeni aksamaktadır. Hemşire burada, annenin çocuğa yaklaşımında doğal ritmin hiç şaşmadan uygulamasını sağlamalıdır. Yani yapılacak iş, çocuğun belirli aralıklarla ihtiyaçlarının sağlanmasıdır.

Buna karşın ağır motor bozukluğun görüldüğü çeşitli spastik sendromlarda doğumdan hemen sonra başlayan çok çeşitli sorunlar nedeni ile bu grup hastalıklar hemşirelik bakımı açısından ayrı bir önem taşırlar. Bu hastalık grubunda beyinde hastalığa yol açan neden hep aynıdır. Hiç değişmez, ilerlemez bu özürün vücutta yaptığı çeşitli felçler zamanla kontraktür ve deformitelere yol açar. Olabilecek bu bozukluklar;

- Deformite
- Kontraktür
- Dekübütüs
- Skolyoz
- Tortikolis

- Kafa kontrolünün olmaması gibi durumlar olup bunlar hastaların bakımını güçleştirirler. Bundan anlaşılan şudur ki, bu tür hastalarda sürekli bakım gerekliliği vardır. Bu bakımı gerçekleştirecek olanların iyi bir ekip çalışması ile bu sorunların ilerlemesini önleyeceği açıktır. Ekte; anne-baba ve hemşirenin yanı sıra fizyoterapist, psikolog, doktor, konuşma terapisti, çocuk gelişim uzmanı bulunmalıdır.



i- SEREBRAL PAREZİDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Seberal parezi de temel hemşirelik bakımı şu amaçları içerir;

- Amaçlı gelişim periyodları boyunca verileri değerlendirmek ve gözlemek
- Tedavi ve iyileştirme işlemlerinde ortak çalışmaya katılmak, çocuğun hastalığa alışma sürecinde yardımcı olmaktır (Mc Elroy and Davis-1980).

Nöro-motor durum çocuğun postürüne, lokomasyonuna, kas tonüsüne, koordinasyonuna, manipülasyonuna ve reflekslerine bağlıdır. Hemşireler nöromotor fonksiyonu değerlendirmek ve bulguları aileye anlatabilmek için nöromotor gelişimi iyi bilmelidirler (Mc Elroy and Davis-1980). Ayrıca, spastik sendromların çeşitli türleri aynı yoğunlukta seyretmediği için hemşirelik bakımları da bazı değişiklikler gösterecektir. Spastik sendromlar içinde spastik tetraparezinin en yoğun hemşirelik bakımı gerektiren grup olduğu daha öncede belirtilmişti. Spastik tetraparezide hemşirelik bakımında şu noktalar önem kazanmaktadır;

- Ağır tetraparezi bulgularında sık olarak yutma güçlüğü vardır. Bu güçlük bulber fonksiyon bozukluğundan kaynaklanır (Psödobulber paralizi). Çocuğu gavaj ile beslemek gerekebilir. Batı'da hemşireler böyle çocuğa sahip ailelerin evlerine gitmekte, çocuğu gavaj ile beslemektedirler (Huck-1981).
- Oyun çağındaki çocuklara yiyecekler püre şeklinde verilmeli, beslemeyi anne kucağında tutarak yapmalıdır. Anne, dizlerinin üzerine yüzü kendine dönük olacak şekilde çocuğu yerleştirmelidir. Çocuğu sol kol eklemleri ile destekledikten sonra küçük bir kaşık ile yavaş ve sakın bir şekilde beslemelidir (Weng and Whaley-1987). Bu çocukların beslenme problemleri nedeniyle geliştirilmiş bir takım beslenme teknikleri vardır. Beslenme teknikleri tedavinin önemli bir parçasıdır. Ağız kaslarının tutulduğu serebral parezili çocuklarda blanchard yöntemi olarak bilinen beslenme yaklaşımı sıklıkla kullanılır. Bu yöntemde belli yemek alışkanlıklarını geliştirmek için kullanılır, ayrıca hastanın uygun konuşma örneklerindeki olması sağlanır. Hemşire veya çocuğun bakımını üstlenen kişi kafası hareketsiz olacak ve yüzü öne bakacak şekilde onu yüksekçe bir

yere tercihen sandalyeye oturtur. Bir kaşığın ucu ile çok az miktarda yiyecek çocuğa verilir. Hemşire, dudaklarını kapayıp kaşığı çekerken çocuk kaşığın ucundan yemeği almaya özendirir. Bu yaklaşım da amaç, dişlerin değil, dudakların kaşıktan yemeği almasıdır. Yemek bir kez dudaktan alınınca çiğneme ve yutma bunu takip eder. Ayrıca, çift kulplu fincanlar, emme kapları, yalama kenarları olan tabaklar gibi adaptif araçlar bağımsız yemeyi kolaylaştırabilir. Bağımsız yeme yeteneğinin geliştirilmesinde parmak şeklindeki besinler çocuğun manipulasyonuna yardımcı olabilir.

Yeme işlemi genellikle yorucudur. Çocuk beslenmesi sırasında çok daha fazla olumlu destek ister. Çocuk beslenmesi sırasında sık sık desteklenmelidir (Mc Elroy; Gayle-1980).

Spastik sendromların diğerlerinde ise beslenme sorunları zaman zaman tetraparezili çocuk kadar zor olabilir. ÖR: Ağır hemiplejilerde ve ağır hiptonik sendromlarda olduğu gibi. Kural olarak denebilir ki, tetraparezi dışındaki sendromlarda beslenme fazla bir sorun teşkil etmez (Huck-1981).

Bu çocukların temel bakımlarında, en az beslenmeleri kadar önemlidir. Vücut temizliğinin çok iyi yapılması, hastalık sırasında sağlıklı bir çocuğa nazaran daha fazla ilgi ve bakım gösterilmesi temel ilkelerdir (Mash and Dickens-1973). Ağır spastik olguların bakımında temizliği güçleştiren durumların başında addüktör kasların spazmı gelir. Bu kaslarda ki spazm nedeniyle bacakların açılması güçleşir ve tam bir vücut hijyeni sağlanamaz.

Ağız boşluğu ise spastik çocuklarda sık sık enfeksiyona maruz kalabilir. Traumanın yanı sıra diş çıkarma döneminde de ağız mukozası enfekte olabilir veya sık sık kanayabilir. Spastik çocuklarda oral motor yetersizlik nedeniyle diş ve çene anomalileri (ortodontik anomaliler) sıklıkla görülmektedir (Riedel-1982). Ayrıca diş etlerinde de paradontoz (şişme, iltahap) sık görülür (Riedel-1982). Bu nedenlerle, çocukların diş bakımı çok önemlidir ve Anne tarafından yumuşak bir fırça ile hergün yapılmalıdır.

Süt çocuğunda banyo bir sorun teşkil etmez iken, bir yaşından sonra spastik çocuklarda bazı noktalara dikkat etmek gerekir. Çocuğa genelde, 27-30C'de suyu olan dolu bir küvette banyo yaptırılması tavsiye edilir. Çocuk hiç bir zaman banyoda yalnız bırakılmamalıdır. Banyo sonrası saç bakımı tarak ile değil saç fırçası ile yapılmalıdır. Çünkü tarak baş kontrolü olmayan çocuklarda yaralanmalara yol açabilir (Wang and Wholey - 1987).

Bu çocukların yatak odaları aydınlık olmalı, çocukta sıkça pozisyon değişimi yapılmalıdır. Böylece çocuklarda istenmeyen şekil bozukluklarının önüne geçilmiş olur. Çocuklar süngerden yapılmış yatakta, yastıksız yatırılmalıdırlar (Jansen - 1981).

Spastik çocukların pek çok problemleri olduğundan taşınma tekniklerinde modifikasyonlar gereklidir. Kullanılan teknikler çocuğun yeteneklerine uygun olmalı ve ona gereken yardımı vermelidir (Mc Elroy and Davis - 1980). Spastisitesi olan çocuğu kaldırırken hemşire extremitelerin var olan hiperflexsion ve hiperextansiyon derecelerinden haberdar olmalıdır. Bu nedenle hemşire önce;

- Kaldırmadan önce çocuğu oturur pozisyona getirmeli
- Kollarından kaldırarak, koltuk altlarından tutmalı
- Onun kollarını kendi omuzlarına koyarken bacaklarını ayırarak ve dizlerini flexiona getirerek kaldırmalı
- Çocuğa ihtiyaç duyduğu desteği sağlamalıdır.

(Mc Elroy and Davis-1980)

Fiziksel bakımı sağlamaya ek olarak hemşire için çocuğun psikososyal ihtiyaçlarının farkında olmakta önemlidir. Bu çocuklar tedavi ile öyle yoğundurlarki çoğu zaman oyun, öğrenme, dinlenme gibi temel gereksinimleri ihmal edilir. Anne ve babalara rahatlama, çocuğun oyun ve gelişim gereksinimlerinin tatminini kolaylaştırma öğretilmelidir (Wang and Wholey - 1986).

Bu konuda pek çok geliştirilmiş yöntem olmasına rağmen her çocuğun ve onun problemlerinin kendine özel olması nedeniyle geliştirilen bu yöntemler kişilere yönelik olmalıdır. Pek çok disiplinin ana amacı; çocuğun kapasiteleri sonuna kadar geliştirmek ve mümkün olduğunca normal bir yaşam sürmesini mümkün kılmaktır (Mc Elroy - David, 1980).

Son yıllarda hemşirelik alanında da gelişmeler olmuş ve hemşireler serebral parezili çocuğa yönelik bakım planları geliştirmişlerdir. Bu planların gelişmesi ile her çocuğun yeteneklerine ve ihtiyaçlarına uygun bakım vermek ve uygun eğitimsel olanakları sağlamak hemşirelerin amaçlarına dahil olmuştur. Ek(1)'de serebral palsy'li çocukta hemşirenin amaçları, yapılan müdahaleler ve sonuçlar görülmektedir (Wong-Whaley 1986).

SEREBRAL KONVÜLZİYONLAR

a) TANIM

Konvülziyonlar, beyindeki nöron gruplarının anormal deşarjı, sonucu gelişen biyolojik elektriksel olaylardır. Konvülziyonun klinik görüntüsü; bayılma, çirpınma, dalgınlık v.b. şeklindedir. Her insan konvülziyon geçirebilir. Ancak bazı koşullarda çeşitli faktörlerin bir araya gelmesi ile konvülziyonlar daha sık olabilir (Scipien and other - 1975).

Her konvülziyon bir epilepsi değildir. Çeşitli olaylar insanlarda bilinç kaybına yol açabilir. Bu nedenle konvülziyon deyiminin yanı sıra havale, nöbet, senkop gibi diğer deyimlerde kullanılabilir. Konvülziyon nedenlerinden biri olan epilepsi ise; kronik, tekrarlayıcı bir konvülsif hastalıktır (Matsumata ve Ark-1981).

Tanı koymak ve tedavi amacıyla yapılan en geçerli epilepsi sınıflaması 1979'da Gastaut komisyonunca yapılandır. Bu sınıflamaya göre epilepsi iki büyük grupta incelenir.

- 1- Generalize Epilepsiler
- 2- Fokal Epilepsiler

Epilepsilerin bir bölümünü bu iki gruba da sokmak mümkün olmayabilir. Bu epilepsilere Sınıflandırılmayan Epilepsiler denmektedir.

b) GÖRÜLME SIKLIĞI

Konvülziyonlar her yaşta görülebilmektedirler. Yeni doğan döneminden, ileri yaşlara kadar her insan herhangi bir neden ile konvülziyon geçirebilir. İnsanların %5'i hayatlarında bir kez, %04'ü ise kronik tekrarlayıcı konvülziyon geçirirler. Konvülziyon geçiren kişinin yaşı ne kadar küçük ise olay o denli ciddi ve tedavisi de güçtür.

Dünya da her bin kişiden 3 ile 5 kişinin epileptik olduğu belirtilmektedir (Aicardi ve Chevrie - 1986). Gelişmekte olan ülkelerde bu rakkamın daha da yüksek olduğu bildirilir (Apak ve Ark-1985). Epilepsiler en sık %60 oranında 0-9 yaş grubu çocuklarda gelişir ve havale geçiren hastalar %60 oranında 0-9 yaş arasındaki çocuklardır (Doose - 1983).

c) ETİYOLOJİ

Epilepsilerin etiyolojisi türlerine göre değişiklik gösterir. Generalize epilepsilerde genetik eğilim yüksektir, özellikle primer generalize epilepsilerde kalıtım ağır basar. Buna karşın parsiyel epilepsilerde kalıtımın pek önemi yoktur (Apak - 1986).

Konvülziyona eğilim, hayatın hiçbir döneminde yenidoğanda olduğu kadar yüksek değildir. Çok çeşitli nedenler konvülziyona yol açabilirler. Konvülziyon nedenleri genel olarak ilk 48 saat içinde ve daha sonra olanlar için iki gruba ayrılabilir (Apak - 1986).

Hayatın ilk 48 saatinde konvülziyona yol açan nedenler tablo 3 de görülmektedir.

Tablo: 3

Hayatın ilk 48 saatindeki konvülziyon nedenleri

- Hipoksi-anoksi
- Doğum travması
- intrakraniyal kanama
- Hipoglisemi
- Su intoksikasyonu
- Hipokalsemi
- B6 bağımlılığı ve eksikliği
- Hiponatremi (Surrenal yetersizliği)
- Konjenital Serebral anomaliler

(Apak - 1986)

3. Günden yenidoğan döneminin sonuna kadar olan süre içindeki konvülziyon nedenleri tablo 4'de görülmektedir.

Tablo: 4

3-28 günlük yenidoğanlarda konvülziyon nedenleri

- Hipokalsemi
- Hipomagnezemi
- infeksiyonlar
- intrakraniyal kanamalar
- Doğuştan metabolik hastalıklar
- Nöroküton displaziler
- Kongenital serebral malformasyonlar ve displaziler
- MSS'nin dejeneratif hastalıkları
- Kromozom anomalileri
- Selim familyal yenidoğan konvülziyonları
- ilaç kesilmesi sendromları
- Kernikterus
- Neoplazmlar

Apak (1986)

Tablo: 5

Yeni doğan sonrası dönemde konvülziyonların gelişmesinde rol oynayan etiyolojik faktörler.

(Yaşlara Göre Sıralanmıştır.)

Küçük Çocuk: 6 ay-3 yaş : Febril konvülziyon

Doğum travması

infeksiyonlar

Travma, zehirlenme

Metabolik nedenler

Serebral dejenerasyon

West Sendromu, Serebral anomaliler

Vasküler Nedenler

Okul çocuğu ve adoleson : Primer generalize epilepsiler

Kafa travması

Doğum travması

infeksiyon

Serebral dejenerasyon

Serebral anomaliler

Nörokütan displaziler

Vasküler nedenler

Erken erişkin dönemi	:	Kafa travması Tümörler Primer generalize epilepsi Doğum travması infeksiyon Serebral Dejenerasyon Vasküler nedenler
Geç erişkin dönemi	:	Vasküler hastalıklar Tümörler Kafa travması Serebral dejenerasyon Epilepsi generalize sekonder tardiv Primer generalize epilepsi

(Apak - 1986)

Bu tablolarıda görüldüğü gibi konvülsiyonlara yol açan nedenler yaşlara göre değışiklikler göstermektedir.

d) Konvülziyonlarda Genel Hemşirelik Bakımı

1- AKUT BAKIMI

Nöbet geçiren çocuğun hemşirelik bakımı; hem nöbet sırasında ki akut bakımını, hemde bozuklukla ilgili olarak çocuğun ve ailenin desteklenmesini, çocuğun, ailenin ve toplumun eğitimini de içereceği için uzun vadelidir (Wang-Whaley, 1986).

Akut nöbetler sırasında hemşire sakinliğini koruyabilmelidir. Genellikle ilk kez generalize serebral nöbet geçiren bir çocukla karşılaşan hemşireler, korkar, şaşırır ve hareketsiz kalırlar. Bu tepkiler normaldir. Fakat çocuğun bakımının etkinliğini azaltabilir ve olayın gözlemini engelleyebilir. Atak sırasında hemşirenin gözlemleri, bozukluğun tanısı ve tedavisi için değerli bilgiler sağlar.

Nöbet başladığında bunu durdurmak imkansızdır. Buna yönelik hiçbirşey yapılmamalıdır. Hemşire çocuk ile birlikte kalmalı ve çocuğun kendine bir zarar vermesini engellemelidir. Çocuk hareket ettirilmemeli ve dişlerinin arasına katı bir cisim koymak için zora başvurulmamalıdır. Nöbet başladığında çocuk ayakta ise yada bir sandalye de oturuyorsa (tekerlekli sandalyede dahil) ve hemşire ona yakınsa, hemen yere yatırılmalıdır ve nöbetten uyanana kadarda bir yatak üzerinde yan yatırılarak nöbetin geçmesi beklenmelidir (Chee-1980).

Az nöbet geçiren veya göreceli olarak nöbetleri azalan çocukların aktiviteleri çok az kısıılır. Çocuk hastaneye yatırıldığında da uygun önlemler alınmalıdır.

Örneğin; özellikle Grand-mal nöbet geçiren çocukların bir çoğu noktürnal nöbetler geçirdiklerinden dolayı yatak kenarındaki korkuluklar yararlıdır. Yatakta su geçirmez örtüler ve muşambalar bulundurulmalıdır.

Hemşirenin nöbet sırasında önemli bir fonksiyonu da, nöbeti gözlemek ve çocuğun nöbet öncesi, nöbet sırasındaki ve nöbet sonrasındaki davranışları da dahil olmak üzere nöbetin belli başlı özelliklerini tarif etmektir (Wang-Whaley, 1986). Hemşireler, generalize konvülsif nöbet sırasında nöbetlerin gözlemlerini yaparken şunlara dikkat etmelidirler;

Nöbetin Gözlenmesi ;

Tarif Ediniz

Yalnızca gerçekten gözlenen

Olayların sırasını

Nöbetin uzunluğunu rapor ediniz

Başlangıç

Belirgin nöbet öncesi olaylar (Gürültü, heyecan, duygusal patlamalar)

Davranış

Yüz ifadesinde değişimler

Çığlık veya başka bir ses

Stereo tip veya otonom hareketler

Azalmış aktivite

Kafanın, vücudun, extremitelerin durumu

rapor ediniz

Yüz

Renk Değişikliği (kızarma, siyanoz)

Terleme

Ağzın durumu (Bir tarafa kayması, dişlerin
kenetlenmesi, dilin ısırılması, ağızda köpüklenme,
kanama)

rapor ediniz

Gözler

Gözlerin Durumu (Tam karşı, yukarı sapma, dışa
sapma)

Pupillalar "Gözlemek mümkünse", (büyüklüklerindeki
fark, ışığa reaksiyonda eşitlik ve akomodasyon)

rapor ediniz

Solunum Çabası

Apnenin varlığı ve uzunluğu

rapor ediniz

Diğer

istemsiz işeme

istemsiz defekasyon

rapor ediniz

Daha Sonra Gözlem (Anlatınız ve Tarif ediniz)

Sonlanma biçimi

**Bilinçlilik durumu (Yanıtsızlık, uyku hali,
konfüzyon)**

Zaman, kişi, yer ve benzer oryantasyonlar

Motor yetenek

Motor güçte herhangi bir değişiklik

Tüm ekstremiteleri hareket ettirme yeteneği

Herhangi bir güçsüzlük veya parezi

Duyular

Rahatsızlık veya ağrı yakınması
Herhangi bir duyma veya görme bozukluğu
Nöbet öncesi bulguların varlığı
Nöbetin başladığının bilinci

iyileştirici Dinlendirme

Çocuğu rahat ettirtiniz
Nöbet sonrasında dinlenmesine izin veriniz
Duysal uyarıları azaltınız
Doktora nöbetin süresini ve başka nöbetlerin olup olmadığını belirtiniz

Anksiyeteyi azaltmak

Sakin rahat bir ortam yaratınız.

(Servonsky-Opas, 1987)

ii- Uzun Vadeli Bakım

Tekrarlayan konvülsif bozukluğu olan çocuğun bakımı, tıbbi bakımı, ilaç tedavisini ve daha önemlisi bozukluğun duygusal yönleri ile ilgili problemleri içerir. Akrabalar arasında konvülziyon kadar endişe uyandıran pek az hastalık vardır. Hastalık ve onun tedavisi hakkındaki yanlış fikirler ve korkular kişilerin aklını kurcalar. Öyleyse hemşirelik bakımının odağı, bozukluğa bağlı olan psikolojik ve sosyolojik problemlerle ilgili olarak çocuğa ve ailesine yardım etmek, ayrıca çocuğu ailesini, yakınlarını ve toplumu daha gerçekçi bir düşünceye kavuşturmaktır (Wangand Whaley - 1987).

Konvülziyon hastalığı olan çocukların bir kısmının ilaç tedavisi görmesi gerekir. Hemşire, aile düzenini mümkün olduğunca az bozacak şekilde, ilaçların alınımı konusunda aileye yardımcı olabilir. ilaç ile belirli kan seviyesi sağlandıktan sonra ailenin ve çocuğun günlük aktivitelerini etkilemeyecek şekilde verilebilir. ilaç vermek için en uygun zamanlar yemekle beraber veya yatma zamanı gibi görülmektedir (Conway - 1977).

Bakımın tıbbi yönünde en önemli konu, aileye tedavinin gerektiği kadar devam ettirilmesinin önemini anlatmaktır. Fenobarbital ve/veya Fenitoin alan çocuklar yeterli vitamin D ve Folik asit almalıdırlar. Çünkü bu antikonvülsiflerle bunların eksikliği söz konusudur (Wang and Whaley - 1987). Bazı zamanlar dozları atlamak veya tamamı ile ilacı kesmek; çocuk bir süredir nöbet geçirmiyorsa, çocuk büyükse ve tedavisini kendi üstlenmişse söz konusu olmaktadır. ilacın alınmaması Status Epilepticus'un en sık sebebidir (Chee - 1980).

Anne, baba ve çocuk verilen ilacın yan etkilerini bilmelidir. Belli başlı yan etkileri bilmelidirler çünkü; alışılmadık durumları, istenmeyen reaksiyonları rapor edebilsinler. Uzun vadeli hemşirelik bakımında dikkat edilecek diğer bir konuda konvülziyonlu çocuğun aşılardır. Konvülziyon geçiren çocuklara boğmaca aşısı yapılmamalıdır (Aicardi and Chevrie, 1986).

Çocuk herhangi bir neden ile hastahaneye yatmış ise, hasta kabulü yapan hemşirenin çocuğun aldığı antikonvülsif ilaçları ve kullandığı dozları not etmesi ve diğer hemşirelerde bu konuda rapor vermesi gerekmektedir.

Yatak başı hemşiresi bu çocukların antikonvülsif ilaçlarını düzenli vermenin önemini bilmelidir. Çocuk ameliyat olacak ise, uzun süreli antikonvülsif tedavi kesilemeyeceğinden anestezi doktorunu durumdan haberdar etmelidir. Burada alınacak önlemler 2 türdür. Çocuğun kullandığı ilacın i.m türü var ise ilacın ameliyat günü istenen dozda çocuğa i.m olarak yapılması ancak, ilacın i.m türü yok ise sabah çok az su ile ilacın verilmesi ve ilacın verilmesinden 4 saat sonra çocuğun ameliyata gitmesinin sağlanmasıdır (Aicardi and Chevrie, 1986).

Konvülziyon geçiren çocukta acil tedavi ise; çocuk evde nöbet geçiriyor ise yeni doğan dönemi dışındaki konvülziyonlarda yapılacak ilk iş; solunum yollarının açık tutulmasının sağlanması ve konvülziyon nedeni ile oluşabilecek yaralanmaların önlenmesidir (Servonsky and Opas-1987). Bunlar yapıldıktan sonra,

- Sıkan giysilerin gevşetilmesi
- Hiçbir karışma olmadan nöbetin bitmesini bekleme
- Nöbet bittiğinde solunum kontrolü yapma
- Çocuğu yalnız bırakmama
- Nöbet geçiren çocuğun en yakın kliniğe götürülmesidir.

Klinikte ise sayılanların dışında;

- Oksijen verilmesi
- i.v yol açılması ve antikonvülsif ilaç uygulanmasının başlatılması gerekmektedir.

Bütün bunların yanı sıra son yıllarda küçük çocuklarda diazem de kullanılmaktadır. Diazem rectal yol ile lavman şeklinde 2-3 yaşındaki çocuklarda 5 mg, 3 yaş üzeri çocuklarda ise 10 mg olarak yapılmaktadır.

Konvülziyonlar ateş ile geliyor ise ateşi düşürücü uygulamalar hemen yapılmalıdır. Hemşire aileye bu gibi durumlarda soğuk uygulama ile ateşi düzenlemenin nasıl yapılacağını ve bunun önemini anlatmalıdır (Servonsky and Opas-1987). Bu uygulamaların öğretildiği aileler ne yapacaklarını bildikleri için konvülziyon sırasında daha az korku duyarlar. Duyulan bu korku, ailelerin çocuklarını konvülziyon sırasında öleceği düşüncesiyle olmaktadır. Oysaki konvülziyon sırasında ölüm yeni doğan dönemi dışında çok enderdir. Genelde geçerli olan kural şudur; Konvülziyonlar genelde ölüme yol açmaz. Ancak ölüm konvülziyonun yol açtığı nedenler ile olur. Bu nedenlerden bazıları ise kazalar ve aspirasyondur (Apak-1986).

Ailenin eğitiminde hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Konvülsif bozukluğu olan çocuğun anne ve babasının tavırları diğer kronik hastalığı olan çocukların anne babalarının tavırları kadar değişkendir ve aynı uzun vadeli problemlerle karşı karşıyadırlar.

Nöbetler hastalık, yaralanma veya bilinmeyen bir etyolojiden kaynaklanabilir. Anne ve baba genellikle suçluluk, korku ve endişe hissederler. Çocuğun bu durumda mental kapasitesinin etkilenip etkilenmediğini merak eder ve bu konuda bilgi isterler. Hemşire aileye bu konularda açıklamalarda bulunmalıdır. Çocuğun okula gidebileceğini, hayatını fazlaca kısıtlamayacağını, ileride evlenebileceğini ve seçme haklarının olacağı konusunda aileyi tatmin etmelidirler. Aileyle nöbetlerin kontrol altına alınabileceği veya oldukça azaltılabileceği vurgulanmalı ve yeni çalışmaların daha ümit verici olduğu da belirtilmelidir (Chee - 1980).

Çocuğa karşı sağlıklı bir tavır desteklenmeli ve anne-babaların çocuklara karşı sorumlulukları konusunda yardım edilmelidir. Çocuk korunma gereksinimi abartılmadan normal bir çocuk gibi yetiştirilmelidir. Pek çok anne-babalar çocuğa karşı çok hoşgörölü davranır, cezalandırmadan kaçınırlar. Çocuk kendini farklı hissetmemelidir. Bazı anne-babalar ise hastalık hakkında, hastalığın utanç verici

olduğunu düşünür ve çocuğun hastalığının doğasını saklamaya çalışırlar. Çocuğun aktivitelerini de aşırı kısıtlama ile değilde, güvenliği için gerekli olacak şekilde yapmalıdır. Kısıtlama gereksinimi çocuğun güvenliği için gerekli olabilir, fakat bunu çocuğun neler yapamayacağını söylemek yerine neler yapabileceğini söyleyerek daha olumlu hale getirebiliriz. Çocuğun oyun ve işin olgunlaştırıcı etkisine ihtiyaçları vardır (Wong and Whaley - 1987). Hemşireler bu konularda aileye eğitim vermelidirler.

Gelişmiş ülkelerde hemşireler konvülziyon hastalıklarına özel bazı bakım planları geliştirmişlerdir. Bunlar Ek 2'de gösterilmiştir.

e) KONVÜLZİYON TÖRLERİNE GÖRE HEMŞİRELİK BAKIMI

En sık görülen akut febril konvülziyonlar, en ciddi sekeller oluşturabilen ya da ölümle sonuçlanan yenidoğan konvülziyonları, tanısı güç olan bu nedenle tedavisi geciken çok ağır ve ciddi bir tablo oluşturan infantil spazm önemleri nedeniyle özel hemşirelik bakımı gerektirmektedir. Ayrıca en sık yaralanmaya neden olan, küçük çocuklarda görülen myoklonik astatik nöbetler ile tonik klonik generalize nöbetler ve epileptik statusta da gerekli olan özel hemşirelik bakımı ayrıca özetlenmiştir.

i- Akut Febril Konvülziyonlar

Daha öncede belirtildiği gibi üst solunum yollarının açık tutulması, ateşin düşürülmesi ön planda gelir. Febril konvülziyonlar, çocuklarda akut enfeksiyonların gidişinde sık görülür (Çocukların %6-8 inde). Ateşe bağlı konvülziyona, en fazla 6 ay ile 5 yaş arasındaki çocuklarda rastlanır (Neyzi-Kavaklı, 1981).

Ateşi düşürmek için kol, bacak ve gövdeye soğuk uygulama yapılır. Çocuğun giysileri de çıkartılmalı, üzerine bir örtü örtülmelidir. Çocuk yan, ya da yüzü koyun yatabilir. Baş, kusma veya aspirasyonu önlemek için yana dönük olmalıdır (Ender-Öztaş-1988).

Bütün bunların yanısıra çocuğa rectal yol ile diazem yapılmalıdır (Bak. Sayfa 33). Ayrıca konvülziyona yol açan enfeksiyonun tedavisine başlanmalıdır. Febril konvülziyonlarda yaralanma hemen hiç olmaz; çünkü zaten enfeksiyon geçirmekte olan çocuk genellikle yatmaktadır. Özetlersek febril konvülziyonlarda ek olarak hemşirelik bakımında aşağıdakiler yapılmalıdır;

- Enfeksiyona yol açan hastalığın tedavisi

- Daha önce bahsedilen hemşirelik bakımının yapılması (Bak Sayfa 27)

Çok ender olarak aynı enfeksiyon hastalığı sırasında 3-4 konvülziyon olabilmektedir. Bu durumda komplike bir febril konvülziyon söz konusudur.

ii- Yeni Doğan Konvülziyonları

Öncede belirtildiği gibi konvülziyonların en tehlikeli olduğu dönemdir. Bu dönemde olan konvülziyonlar bazen çevre tarafından tanınmaz. Yeni doğan konvülziyonlarının büyük bir kısmı pek belirti vermezler.

Belirtiler şunlar olabilir;

- Yüzde hafif solukluk
- Ağız kenarında titreme
- Göz kapaklarında kıpırtırma
- Kol ve ayaklarda hafif çekilmeler.

Bunlar aile içinde tanınmayabilir, gözden kaçabilir. Halbuki yenidoğan konvülziyonlarının erken tanı ve tedavisi son derece önemlidir (Özmen-1989).

Bu durumu göz önünde tutarak bazı riskli çocukların konvülziyon geçirebileceğini aileye belirtmekte yarar vardır. Risklerin neler olduğu, gebelik sırasında ve doğum sonrasında nelere dikkat edileceği konusunda hemşire aileye eğitim yapmalıdır. Ayrıca gebelikte, doğumda ve doğum sonrasında bazı hastalıkların merkezi sinir sistemi zedelenmesine yol açabileceği aileye belirtilmeli, bu hastalıklar anlatılmalıdır.

Konvülziyon geçiren yenidoğanda yapılması gereken ilk iş, konvülziyonun bir an önce durdurulmasıdır. Hekimin önerisine göre antikonvülsan ilaç tedavisine başlanır veya rectal yol ile diazem uygulanır.

Rectol diazem uygulaması; plastik insülin enjektörü ile yapılabilir. Enjektöre çekilen diazemin dozu çocuğun yaşına göre ayarlanır. Kanül kullanmadan enjektörün ucu vazelinlenir ve 1cm kadar rectuma sokulur. Ve ilaç enjekte edilir. Enjektör çekilirken gluteal bölge elle tutulur ve böyle ilacın geriye alınması önlenmiş olur.

Yeni doğan konvülziyonlarında çok önemli diğer bir noktada, yeni doğan konvülziyonlarına yol açabilecek etyolojik faktörün hızla tanınmasıdır. Hemşire tanı işlemleri sırasında aileye destek olmalıdır.

iii. infantil Spazm (West Sendromu)

Süt çocuğu döneminin en ağır epilepsi hastalığıdır. Nöbetlerin tanınmaması söz konusudur. Nöbetler çoğu kez; karın ağrısı veya başka bir hastalık ile karıştırılır. Bunun sonucunda hastalığın tanınması geç olduğu için tedaviyide geciktirir. Hemşireler bu nöbetleri iyi tanımalıdırlar. Nöbetler genelde üç şekilde gelebilmektedir. Fakat en sık görülen şekil, öne doğru ani eğilmelerdir. Arka arkaya seriler şeklinde gelen bu nöbetler daha çok uykudan uyandıktan sonra görülür ve çocuk bu nöbetler sırasında acı ile bağıırır. Buna flexion spazmı adı verilmektedir.

Diğer bir nöbet şeklide ki, bu daha az gelir, kolların yukarı doğru savrulmasıdır. Bunlara da extansiyon nöbetleri denir. Üçüncü ve en ender görüleni ise bu iki türün karışımıdır (Apak - 1986).

Bu hastalığın tedavisi, yoğun ilaç tedavisi ile beraber klinikte bakımı gerektirir. Çünkü hastaların %90'ında sekeller gelişir. Yoğun olarak verilen ilaçların birçok yan etkisi olmakta ve bu yan etkilere yönelik hemşirelik bakımları önem kazanmaktadır. Tedavi için verilen

ilaçların başında bir steroid türü olan synacten gelmektedir. Bu tür ilaçlar;

- Ağızda pamukçuk
- Genital bölgede pişik
- Yüzde akne
- Kan basıncında yükselme
- Huzursuzluk

- Nadir olsada beyin kanaması yapmaktadır. Hemşire bu yan etkileri bilmeli ve bunlara yönelik yapacağı hemşirelik bakımını planlamalıdır.

iv - Myoklonik - Astatik Nöbetler

Konvülziyon türleri içinde yaralanmaya en çok yol açan bir nöbet türüdür. Hastalığın başlangıç yaşı oyun çocuğu döneminde olması ve nöbetlerin çok ani düşmeye yol açması nedeni ile özellikle yüzde ve kafa yaralanmalar olabilmektedir. Nöbetlerin çok yoğun olduğu dönemlerde çocuğun baş ve yüzünü koruyucu kasklar takılmasında yarar vardır. Hemşire bunun önemini aileye anlatmalı ve gerekli önlemlerin alınmasında aileye danışmanlık yapmalıdır. Myoclonik-astatik nöbetler diğer bir türde ağır zeka geriliği ile gelen Gastault-Lennox sendromu. Burada ayrıca

atakside geliştiği için yaralanmalar daha şiddetli olabilmektedir (Chee-1980).

v- Tonik-Klonik Generalize Nöbetler

Halk dilinde sara nöbeti olarak tanınan, erişkinlerde ve büyük çocuklarda görülen nöbet türü olup, yaralanma nöbetin başında tonik kasılma sırasında olur. Hastalar genellikle bağırma ile yere düşerler, dışkı ve idrar inkontinansı vardır. Birçok hastada çene kilitlenir ve soluk alamama nedeniyle yüzde morarma olur. Bu birkaç dakika süren dönemde ölüyor endişesi ile büyük bir panik gelişir. Hemşire böyle bir durumda soğukkanlı davranmalı ve gerekli olan hemşirelik bakımını yaparak, nöbetin hastaya zarar vermeden geçirilmesini sağlamalıdır.

vi - Epileptik - Status

Konvülziyon nöbetlerinin yarım saatten daha uzun sürmesi halinde epileptik statustan bahsedilir. Bu tür nöbetlerde sürekli çarpınma vardır. Buna konvülsif status denir. Eğer hasta hareketsiz baygın yatar bir durumda ise

buna da konvülsif olmayan status denir. Heriki durumda yoğun bir hemşirelik bakımını gerektirir. Epileptik statusta;

- Solunum merkezi depresyonu
- Bronkopnomoni
- Aspirasyon
- Santral hiperpreksi
- Elektrolit imbalansı
- Beyin ödemi
- Anüri

gelişebilir. (Fröscher - 1976)

Bu konvülziyon türünde tedavi her zaman klinikte yapılmaktadır. Hemşirenin bu konvülziyon türünde oluşabilecek komplikasyonları bilmesi gerekmektedir. Bu komplikasyonları bildiği zaman hastaya bakımı daha bilinçli olacaktır.

MATERYAL VE METHOD

Bu çalışma, hemşirelerin Serebral parezi ve Konvülziyon geçiren çocukların hemşirelik bakımlarında ki rollerine ilişkin görüşlerini saptamak amacıyla planlanmıştır.

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk kliniklerinde çalışan 35 hemşire ile İ.Ü. Çapa Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Kliniklerinde çalışan 35 hemşire çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırmacı tarafından geliştirilen ve hemşirelerin Serebral Parezi ve Konvülziyon geçiren çocukların hemşirelik bakımlarında ki rollerine ilişkin soruların yer aldığı bilgi formu, Araştırmacının kendisi tarafından etkileşim olmaması amacıyla aynı gün, aynı birimde çalışan ve çalışmaya katılan tüm hemşirelere uygulanmıştır. Bazı hemşirelerin çalışmaya katılmayı reddetmeleri nedeniyle toplam 50 hemşireye anket uygulanamamış, ancak 70 hemşire çalışmaya katılmıştır.

--53--

Bilgi formu, araştırmacının kendisi tarafından Cerrahpaşa'da 21.Temmuz.1989 günü, çapa da ise 14.Aralık.1989 günü uygulanmıştır.

Elde edilen veriler yüzdelik hesabı ile değerlendirilmiş ve gerekli öneriler yapılmıştır.



B U L G U L A R

Tablo: 6

Deneklerin Yaşlarına Göre Dağılımı

Deneklerin Yaşları	i.Ü.Cerrahpaşa		i.Ü.Çapa		Toplam	
	Çocuk Hasta.		Çocuk Hasta.			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-24	18	51.43	18	51.43	36	51.42
25-34	11	31.43	15	42.84	26	37.14
35-44	6	17.14	2	5.73	8	11.42
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 6'ya bakıldığında her iki grupta ki deneklerin 18'inin de (% 51.43) 15-24 yaş grubunda olduğu gözlenmiştir.

Tablo: 7

Deneklerin Mezun Oldukları Okula Göre Dağılımları

Deneklerin Mezun Oldukları Okullar	i.ü.Cerrahpaşa		i.ü.Çapa		Toplam	
	Çocuk Hasta.		Çocuk H.		Sayı %	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Meslek L.	31	88.57	27	77.14	58	82.86
Yüksek Okul	4	11.43	8	22.86	12	17.14
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 7’de,

Her iki gruptaki deneklerin büyük çoğunluğunun, Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde 31’inin (% 88.57), Çapa Çocuk Hastanesinde ise 27’sinin (% 77.14) Sağlık Meslek Lisesi çıkışlı oldukları saptanmıştır.

Tablo: 8

Deneklerin Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları

Deneklerin Çalış- ma Süreleri	İ.Ü.Cerrahpaşa		İ.Ü. Çapa		Toplam	
	Çocuk Hast.		Çocuk Hast.			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-5 yıl	18	51.43	17	48.57	35	50. -
6-10 yıl	8	22.85	10	28.58	18	25.71
11-20 yıl	9	25.72	8	22.85	17	24.29
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 8'e bakıldığında deneklerin çalışma süreleri yönünden 1-5 yıl grubunda yoğunlaştıkları, (Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde 18'inin (%51.43) Çapa Çocuk Hastanesinde ise 17'sinin (%48.57) görülmektedir.

Tablo: 9

Deneklerin Pediatri Kliniklerinde Çalışmayı İsteme Durumlarına Göre Dağılımları

Deneklerin Pediatri Kliniklerinde Çalışmayı İsteme Durumları	İ.Ü.Cerrahpaşa Çocuk Hastanesi		İ.Ü.Çapa Çocuk Ha.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	25	71.43	16	45.71	41	58.57
Hayır	10	28.57	19	54.29	29	41.43
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 9'a bakıldığında, Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin pediatri kliniklerinde isteyerek çalıştıkları saptanmıştır. İki hastane arasında ki fark anlamlı bulunmuştur.

$$\chi^2 = 4.77 , 0.02 < p < 0.05$$

Tablo: 10

Deneklerin Mesleklerini Sevme Durumlarına Göre Dağılımları

Deneklerin Mes- leklerini Sevme Durumları	İ.Ü.Cerrah- paşa Ço.H.		İ.Ü.Çapa Çocuk Has.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	30	85.72	25	71.42	55	78.57
Hayır	5	14.28	10	28.58	15	21.43
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 9'a bakıldığında deneklerin meslekleri sevme durumları yönünden iki hastane arasında fark bulunamamıştır.

$$\chi^2 = 2.12, \quad p > 0.05$$

Tablo: 11

Deneklerin Çocukları Sevme Durumlarına Göre Dağılımları

Deneklerin Ço- cukları sevme Durumları	İ. Ü. C. Paşa		İ. Ü. Çapa		Toplam	
	Çocuk Has.		Çocuk Has.			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	31	88.57	29	82.85	60	85.71
Hayır	4	11.43	6	17.15	10	14.29
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 11'e bakıldığında deneklerin çocukları sevme durumlarına göre dağılımlarında iki hastane arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

$$x^2 = 0.47 \quad p > 0.05$$

Tablo: 12

Deneklerin Eğitimleri Sırasında Serebral Parezi ve Konvülziyon Hastalıklarına İlişkin Ders Görme Durumlarına Göre Dağılımları

Deneklerin Ders Görme Durumları	İ.Ü.C.Paşa Çocuk Has.		İ.Ü.Çapa Çocuk Has.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	25	71.42	11	31.42	36	51.43
Hayır	10	28.58	24	68.58	34	48.57
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 12’de ise Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitimleri sırasında, Serebral Parezi ve Konvülziyon hastalıkları ile ilgili ders gördükleri gözlenmiştir. İki hastane arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

$$\chi^2 = 11.21$$

$$p > 0.001$$

Tablo: 13

Deneklerin Eğitimleri Sırasında Serebral Parezili ve Konvülziyonu Olan Çocuğa Bakım Verme Durumlarına Göre Dağılımları

Deneklerin Eği- tim Esnasında Bakım Verme Durumları	İ. Ü. Cerrah- paşa Çocuk H.		İ. Ü. Çapa ÇocukHas.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	13	37.14	8	22.86	21	30
Hayır	22	62.86	27	77.14	49	70
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 12’de deneklerin eğitimleri sırasında Serebral Parezili ve Konvüziyonu olan çocuğa bakım verme yönünden iki hastane arasında fark bulunamamıştır.

$$\chi^2 = 1.70, \quad p > 0.05$$

Tablo: 14

Deneklerin Mezuniyetlerinden Sonra Serebral Parezili Çocukla Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımları

Deneklerin Serebral Parezili çocukla karşılaşma Durumları	İ.Ü.Cerrahpaşa Çoc.H.		İ.Ü.Çapa Çocuk Has.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	14	40.0	22	62.86	36	51.43
Hayır	21	60.0	13	37.14	34	48.57
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 14'e bakıldığında Deneklerden Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde çalışanların 21'i (%60) serebral parezili çocukla karşılaşmadıkları, Çapa Çocuk Hastanesinde çalışanların 22'sinin (%62.86) ise Serebral parezili çocukla karşılaştıkları gözlenmiştir. İki hastane arasında ki fark anlamlı bulunmamıştır.

$$\chi^2 = 3.66 \quad p > 0.05$$

Tablo: 15

Deneklerin Mezuniyetlerinden Sonra Çalıştıkları Bölümde
Konvülziyon Geçiren Çocukla Karşılaşma Durumlarına Göre
Dağılımları

Deneklerin Kon. i.Ü.Cerrah- Çocuk ile Kar- paşa Çoc.H. i.Ü.Çapa şılaşma durum. Çocuk H.	Toplam	
	Sayı	%
Evet	31	88.57
Hayır	4	11.43
Toplam	35	100

Tablo 15'e bakıldığında deneklerin büyük çoğunluğunun çalıştıkları bölümde konvülziyon geçiren çocukla karşılaştıkları (Cerrahpaşa Çocuk Sağ. Hast. A.B.D. 31'i (%88.57), İ.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hast. A.B.D. 30'u (%89.71) saptanmıştır.

Tablo: 16

Deneklerin Mezuniyetlerinden Sonra Serebral Parezili Çocuğa Bakım Verme Durumlarına Göre Dağılımları

Deneklerin Me- zuniyetlerinden sonra SP'li Ço- cuğa bakım ver- me durumları	İ.Ü.Cerrah- paşa Ço.Ha.		İ.Ü.Çapa Çocuk Has.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	13	37.14	20	57.14	33	47.14
Hayır	22	62.86	15	42.86	37	52.86
TOPLAM	35	100	35	100	70	100

Tablo 16'te Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde çalışan deneklerin 13'ü (% 37.14) Mezuniyetten sonra SP'li çocuğa bakım vermelerine karşın, Çapa Çocuk Hastanesinde çalışan deneklerin 20'sinin (% 57.14) bakım verdikleri gözlenmiştir. İki hastane arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

$$\chi^2 = 2.80 \quad p > 0.05$$

Tablo: 17

Deneklerin Mezuniyetlerinden Sonra Konvülziyon Geçiren Çocuğa Bakım Verme Durumlarına Göre Dağılımları

Deneklerin konv. geçiren çocuğa bakım verme durumları	İ.Ü.Cerrahpaşa Çocuk Hastanesi		İ.Ü.Çapa Çocuk Ha.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	28	80	31	88.57	59	84.29
Hayır	7	20	4	11.43	11	15.71
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 17'ye bakıldığında deneklerin büyük çoğunluğunun, Cerrahpaşa Çocuk hastanesinde 28'inin (%80) Çapa Çocuk Hastanesinde 31'inin (%88.57) konvülsiyon geçiren çocuğa mezuniyetten sonra bakım verdikleri saptanmıştır.

Tablo: 18

Deneklerin Sadece Konvülziyonların ve Serebral Parezinin Yol Açtığı Özürlülerin Bakımının ve Tedavisinin Yapıldığı Bir Bölümde Çalışmayı İsteyip-İstememe Durumlarına Göre Dağılımları

Deneklerin Çalışmayı İsteyip İstememe Durum.	İ.Ü.Cerrahpaşa Çocuk Hastanesi		İ.Ü. Çapa Çocuk Has.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	3	8.57	2	5.80	5	7.15
Hayır	32	91.43	33	94.28	65	92.85
Toplam	35	100	35	100	73	100

Tablo 18'e bakıldığında deneklerden çoğunluğunun Cerrahpaşa'da 32'sinin (%91.43) Çapa'da ise 33'ünün (%94.23) böyle bir bölümde çalışmayı istemedikleri gözlenmiştir.

Tablo: 19

Deneklerin Serebral Parezi'yi Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Deneklerin Serebral Parezi'yi Bilme Durumları	İ.Ü.C.Paşa Çocuk Hast.		İ.Ü.Çapa Çocuk Has.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Beyin Zedelenmesi, Nörolojik bir hastalık ve felç	25	71.43	12	34.28	37	52.85
Bilmiyorum	10	28.57	23	65.72	33	47.15
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 19'da ise deneklerin serebral Pareziyi bilme durumlarına bakıldığında, iki hastane arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. $\chi^2 = 9.69$ $0.001 < p < 0.01$. Deneklerden, Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde Çalışanların 25'i (%71.43). Çapa Çocuk Hastanesinde çalışanların 12'si (%34.28) Serebral Pareziyi Beyin Zedelenmesi, ya da nörolojik felçli bir hastalık diye doğru olarak tanımladıkları, gözlenmiştir.

Tablo: 20

Deneklerin Serebral Parezideki Hemşirelik Bakımında Dikkat Ettikleri Durumlara Göre Dağılımları

Deneklerin Hem. Bak. Dikkat et- tikleri noktalar	İ.Ü.Cerrah- paşa Çoc.Ha.		İ.Ü.Çapa Çocuk Has.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çocuğa ve Aileye destek, eğitim, fizik tedavi, beslenme	21	60	13	37.14	34	48.57
Bilmiyorum	14	40	22	62.86	36	51.43
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 20'ye bakıldığında, Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde çalışan deneklerin 21'i (%60) bakımında, çocuğa ve aileye eğitim, fizik tedavi ve beslenmeye önem verirken, Çapa Çocuk Hastanesinde çalışan deneklerin 22'sinin (%62.86) bakımı bilmedikleri gözlenmiştir. Ancak bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

$$x^2 = 3.66 \quad p > 0.05$$

Tablo: 21

Deneklerin Konvülziyonları Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Deneklerin Konv- ları Bilme Dur.	İ.Ü. Cerrah- paşa Çoc. H.		İ.Ü. Çapa Çocuk Has.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Beynin elektrik- sel deşarj ile olan istem dışı kasılması	29	82.85	25	71.43	54	77.15
Bilmiyorum	6	17.15	10	28.57	16	22.85
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 21'de deneklerin konvülziyonun tanımını genellikle doğru bildikleri (Cerrahpaşa Çocuk Hast. 29 kişi, Çapa Çocuk Hast. 25 kişi) saptanmıştır. İki hastane arasında konvülziyonları bilme durumları yönünden fark bulunmamıştır.

$$\chi^2 = 1.29$$

$$P > 0.05$$

Tablo: 22

Deneklerin Hem. bakımında dikkat ettikleri durum.	İ.Ü.C.Paşa		İ.Ü.Çapa		Toplam	
	Çocuk Hast.		Çocuk Hast.			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hava yolu açıklı- ğını sağlamak, O2 vermek, ateş düşü- rülmesi aspirasyonu	26	74.28	25	71.43	51	72.85
Bilmiyorum	9	25.72	10	28.57	19	27.15
Toplam	35	100	35	100	70	100

Tablo 22'ye bakıldığında deneklerin çoğunluğunun (Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde 26'sının, Çapa Çocuk hastanesinde 25'inin) hemşirelik bakılarını bildikleri gözlenmiştir. İki hastane arasında fark bulunamamıştır.

$$(\chi^2 = 0.07 \quad P > 0.005)$$

TARTIŞMA

Çocukların sağlıklı iken nasıl bakıldıkları, hasta olduklarında nasıl tedavi edildikleri konusundaki yaklaşımlar, toplumun yetişkin bireylerinin çocuğa ne gözle baktığına göre farklılıklar gösterir. Bu farklılıklar toplumun dini inançlarına, çocuğun değerine, göç sorunlarına sosyo-ekonomik durumlarına, hastalıkların nedenleri ve bunların tedavileri konusunda neler bildiklerine bağlı olarak belirlenir (Marlow - 1973).

Nörolojik özürlü çocukların sayısı, günümüzde iki nedenle artmaktadır. Birincisi yoğun bakım ünitelerinde her türlü imkanlarla hayata döndürülen prematürelerde görülenler, ikincisi ise çeşitli nedenlerle oluşanlardır. Gelişmiş ülkelerde bu çocukların bakımı, büyük sorunları da beraberinde getirmiştir. Bu nedenlerledir ki bu ülkelerdeki hemşireler, nörolojik özürlü çocuğun bakımında önemli roller üstlenmişlerdir (Stanley - 1988).

Hemşirelerin, bu önemli rollerini yerine getirebilmeleri, kapsamlı hemşirelik bakımı verebilmeleri, bu konuda iyi bir eğitim almaları ile mümkündür (Wang and Whaley - 1987). Eğitimin yanı sıra, iyi bir hemşirelik bakımı için çok önemli olan bir faktörde, yoğun bakım gibi ünitelerde çalışan hemşirelerin sayısal olarak

yeterliliğidir. Yoğun bakım gibi ünitelerde, sayısal yeterlilik daha da önem kazanmaktadır.

Özürlülerin oluş nedenleri gelişmiş ülkelerle, gelişmekte olan ülkeler arasında farklılıklar gösterir (Özmen ve Ark - 1987). Gelişmekte olan ülkelerde özürlülerin meydana gelişinde iki faktör ön sıralarda yer almaktadır (Apak - 1984). Bunlar enfeksiyon ve beslenme bozukluklarıdır. Yeni doğan döneminde ve ileri yaşlarda, merkezi sinir sistemi enfeksiyonu nörolojik özürlere yol açabilir. Beslenme bozukluklarının temelinde ise bilgisizlik, ekonomik yetersizlik, yalınış beslenme alışkanlıkları yatmaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenme çocuk yaşamını etkileyen en önemli sorunlardan biridir ve çocuk ölüm nedenleri arasında ön sıralarda yer almaktadır. Beslenme sorunu içinde yaşanan toplumun sosyo - ekonomik koşulları ile de doğru orantılıdır (Uyer - 1979).

Nörolojik özürlere yol açan diğer bir faktörde doğumların istendik şartlarda yapılmamasıdır. Evde yapılan doğumlara göz attığımızda ise (Spastik parezi konusunda bahsedildiği gibi) Türkiye'de yılda ortalama 1600 yeni spastik çocuk olgusu gelişmektedir (Apak - 1984).

Ailelerin sosyo - ekonomik düzeyinin düşük olması bu hastalığın oluşmasında önemli rol oynamakta, düşük sosyo - ekonomik düzeyde ve yetersiz bakım koşullarında daha sık görülen nörolojik özürler ayrıca da daha ağır seyretmektedir (Özmen ve Ark - 1987).

Gelişmiş ülkelerin bir çoğunda yaygın olarak yapılan bir uygulama da ise bölge çeşitli mahallelere ayrılmış ve her mahallede bir hemşirenin (Gemeinde Schwester), ev ziyaretleri yaparak nörolojik sorunu olan çocukları tespit etmesi istenmektedir. Belirli gün ve saatlerde aileyi ziyaret eden ve özürlü çocukların bakımlarını yapan bu hemşireler aileye de eğitim vermektedirler (Stone - 1981).

Aile içinde paniğe neden olan ve ailede çeşitli endişelere yol açan diğer bir durum da konvülziyonlardır. Konvülziyonlar acil bakım gerektirirler ve genelde aile de yoğun endişe ve korkuya neden olurlar (Marlow - 1973).

Nöbet geçiren çocukların hemşirelik bakımı, hem nöbet sırasında akut bakımı, hem de bozuklukla ilgili olarak, çocuğun, ailenin ve toplumun eğitimi de dahil olmak üzere uzun vadeli bir bakımı gerektirir (Wong and Whaley - 1987). Nöbetler sırasında hemşirenin iyi gözlem yapması, soğukkanlı olması, bozukluğun tanı ve tedavisi için çok

değerlidir. Hemşire, akut tedaviyi iyi bilirse nöbet sırasında çocuğun daha az zarar görmesini sağlayacak, bilinçli olarak verdiği hemşirelik bakımı ile de iyileşmeyi hızlandıracaktır (Chee - 1980).

Yeni doğan konvülziyonları da yoğun nörolojik özörlere yol açarlar. Burada topluma yönelik hizmet veren hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Stone - 1981). Bebek ve çocukları evde izleyerek gelişimlerini takip eden, anneye ve aileye eğitim yapan bu hemşirelerin konuya ilişkin bilgilerininde tam, doğru ve yeterli olması gerekir. Ev ziyaretleri sırasında bebekleri ve çocukları izleyen ebe ve hemşireler sadece boy ve ağırlıkları almakla yetinmeyip, çocuğun ayına göre motor gelişimi, mental gelişimi, reflex kontrolü ve aşılarını da dikkate almalıdırlar. Bu izlemler, periodik olarak yapıldığı zaman anlamlı olacağı için sürekliliği de çok önemlidir.

İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Gelişim Nörolojisi Polikliniğine yılda yaklaşık 3000 yeni olgu, 7-8 binde eski kontrol olgusu başvurmaktadır. Çocukların anamnezlerine göz atıldığında büyük çoğunluğunun sosyo - ekonomik kültürel düzeyinin son derece düşük olduğu gözlenmiştir. Bu çocukların bakımında anne - baba eğitimi ön plana çıkmaktadır. Bu eğitimin yapılmasında toplum sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Hastanesi ve Çapa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin konu ile ilgili değerlendirmeleri sonucunda; her iki hastane de hasta çocuk bakımından sorumlu hemşirelerin 20 - 24 yaş grubunda yoğunlaştıkları, çoğunluğunun sağlık meslek Lisesi çıkışlı olduğu ve buna paralel olarak çalışma sürelerinin 2-5 yıllık grupta yer aldıkları gözlenmiştir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu mesleklerini ve çocukları sevmektedirler. Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşireler bunun doğal sonucu olarak pediatri kliniklerinde çalışmaktan memnun oldukları saptanmıştır. Çapa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin ise pediatri kliniklerinde çalışmaktan memnun olmadıkları görülmüştür.

Hemşirelerin eğitimleri sırasında serebral palsi ve konvülsiyonlara ilişkin ders görme durumlarına bakıldığında (Tablo 12) Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde çalışanların ders gördükleri, Çapa Çocuk Hastanesinde çalışanların ise bu konularda ders görmedikleri gözlenmiştir. İki grup arasında ki eğitim yönünden bu farklılığın mezun oldukları okullar ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Her iki grubunda yine eğitimleri sırasında Serebral Palsy ve konvülziyon geçiren çocuklara çoğunlukla bakım vermedikleri görülmüştür (Tablo 13).

Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun mezuniyetten sonrada serebral palsy ile karşılaşmadıkları (Tablo 14), Çapa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitimleri sırasında karşılaşmamalarına rağmen, çoğunluğunun mezuniyetten sonra serebral palsy'li çocukla karşılaştıkları saptanmıştır. Bu durumda İ.T.F.'de Gelişim Nörolojisi Ana Bilim dalına ait hastaların Çapa Çocuk Kliniğine yatırılmasının sonucu olduğu düşünülmüştür.

Her iki Hastanede çalışan hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun ise Serebral Palsynin aksine mezuniyetlerinde sonra konvülziyon geçiren çocuk ile karşılaştıkları (Tablo:15) görülmüştür. Mezuniyetlerinden sonra çalıştıkları kliniklerde Serebral Parezili çocukla pek karşılaşmayan Cerrahpaşa Çocuk Hastanesi hemşirelerinin büyük çoğunluğunun bu çocuklara bakımda vermediği, Çapa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin ise çalıştıkları kliniklerde serebral parezili çocukla karşılaştıkları bunun doğal sonucu olarakta bakım verdikleri saptanmıştır (Tablo:17). Burada, Cerrahpaşa Çocuk Hastanesi içinde buraya bağlı Gelişim Nörolojisi bölümünün bulunmamasının rol oynadığı düşünülebilir. Tablo 16'da ise konvülziyon geçiren veya geçirmiş çocuğa her iki hastanede çalışan hemşirelerin büyük

çoğunluğunun bakım verdikleri gözlenmiştir. Buda tablo 14 ile paralellik göstermektedir.

Cerrahpaşa Çocuk Hastanesi ve Çapa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin hemen hepsi sadece konvülziyonların ve Serebral Parezinin yol açtığı özürlerin bakımının ve tedavisinin yapıldığı bir bölümde çalışmayı istemedikleri saptanmıştır (Tablo 18). Bu durumda akla, eğitim sırasında bu hastalıkları yeterli düzeyde görmedikleri için çalışmak istemediklerini getirmektedir.

Hemşirelerin Serebral Pareziyi bilme durumlarına bakıldığında ise Serebral parezi ile fazla karşılaşmayan Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin çoğunluğu serebral pareziyi doğru olarak tanımladıkları, Serebral Parezi ile daha çok karşılaşan Çapa Çocuk Hastanesi Hemşirelerinin ise bu soruya bilmiyorum diye cevap verdikleri saptanmıştır (Tablo 19). Bununda, Cerrahpaşa çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin pediatri kliniklerinde çalışmaya istekli olmaları ve eğitimleri sırasında bu hastalıklara ilişkin ders görme durumları ile doğru orantılı olduğu düşünülmüştür (Tablo:8 , 11).

Her iki hastanede çalışan hemşirelerin, Serebral Parezinin hemşirelik bakımında dikkat ettikleri noktalara Cerrahpaşa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin bakımda çocuğa ve aileye destek olma, eğitim verme, beslenme ve fizik tedaviye önem veririm diye doğru cevap verdikleri,

Çapa Çocuk Hastanesinde çalışan hemşirelerin ise Serebral Parezinin hemşirelik bakımını bilmiyorum diye cevap verdikleri gözlenmiştir (Tablo 20). Bu da bize hastalığı bilmeyen grubun, doğal olarak hemşirelik bakımında bilmediğini göstermiştir.

Hemşirelerden konvülziyon'un tanımı istenmiş ve her iki hastanede çalışan hemşirelerin çoğunluğunun konvülziyonu doğru olarak cevapladıkları saptanmıştır (Tablo 21). Hemşireler, konvülziyonları daha sık görmekte ve hastalığı doğru olarak tanımlamaktadırlar.

Konvülziyon hemşirelik bakımında dikkat ettikleri noktalar sorulduğunda ise, her iki hastanede çalışan hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik bakımlarını bildikleri gözlenmiştir. Bu da hemşirelerin konvülziyonları sık gördükleri, tanımladıkları ve hemşirelik bakımlarını da doğru olarak bildiklerini ortaya koymuştur (Tablo:22). Bu araştırmada, hemşirelerin büyük çoğunluğunun eğitimleri sırasında nörolojik hastalıkları hiç görmedikleri, bir kısmının ise biraz gördüğü saptanmıştır. Hemşireler bu hastalıkları ve hemşirelik bakımlarını yeterince bilmedikleri için, bu bölümlerde çalışmayı düşünmediklerini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin, eğitim programlarında bu konulara daha ağırlık verildiği, çalışmaya başlamadan önce hazırlayıcı bir kurstan geçirildiği, bu bölümlerde daha gönüllü, isteyen hemşireleri çalışması ile bu çocukların bakımlarınında daha etkin olacakları düşünülmektedir.



ÖZET

Çalışma, hemşirelerin Serebral Parezi ve Konvülsiyon geçiren çocukların hemşirelik bakımlarında ki rollerine ilişkin düşüncelerini saptamak amacı ile planlanmıştır.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı ile, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim dalında çalışan 70 hemşire üzerinde bu çalışma yapılmıştır.

Çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun 20-24 yaş grubunda yer aldığı, yine büyük çoğunluğunun sağlık meslek lisesi çıkışlı oldukları, mesleklerini ve çocukları sevdikleri saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin büyük çoğunluğunun eğitimleri sırasında Serebral parezi ve konvülziyonlara yönelik ders görmedikleri hemşirelerinde yeterli bilgiye sahip olmadıkları için bu çocukların tedavilerinin yapıldığı kliniklerde çalışmayı istemedikleri ve bu çocukların hemşirelik bakımlarını yeterince bilmedikleri gözlenmiştir.

Bu alışma sonucunda, hemşirelerin mesleklerini ve çocukları sevmelerine karşın, bu tür nörolojik hastalıkların ve bunların yol açtıkları özürlerin tedavilerinin yapıldığı kliniklerde, yeterli eğitim görmedikleri için çalışmayı istemedikleri düşüncesine varılmıştır.



EK(1)

SEREBRAL PAREZİDE HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HEMŞİRELİK TANILARI

Hemşirelik Amaçları	Hemşirelik Müdahaleleri	Beklenen Hasta / Aile Sonuçları
---------------------	-------------------------	---------------------------------

Yaralanma: Travma için potansiyel

Risk Faktörleri: Fizyolojik yetersizlik,
nöro-müsküler bozukluk

Risk altındaki bebekleri
bulunuz.

Fötal anoksiye sebep
verebilen doğum ortamının ve
prenatal faktörlerin dikkatli
anamnezini alınız.

Etkilenmiş bebekler erken
saptanır.

Bozukluğu erkenden
saptayınız.

Motor disfonksiyonun varlığı
için uyanık olunuz.
Hiperaktif davranışlar,
belirgin uyumsuzluklar işitme
kaybı gibi duysal bozukluklar

**Hemşirelik
Amaçları**

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

**Beklenen Hasta/
Aile Sonuçları**

Deformiteyi
önleyiniz.

Destek uygulayınız ve
doğru kullanınız. Aileye
gerilme egzersizlerle uygulama-
mayı öğretiniz.

Uygun önleyici tedbirlerden
çocuk fayda görür.

Hareket egzersizlerini doğru
sırada yapmalarını sağla-
yınız.

Düzeltilici cerrahiye ihtiyaç
duyan çocuklar için pre
operatif ve postoperatif
bakım sağlayınız.

Fiziksel zararı önleyiniz.

Güvenli fizik çevre
sağlayınız.

- Bezlerle kaplanmış eşya
- Kaymayan büyük parça eşya
- Yatakta korkuluklar
- Hafif halılardan ve cilalı
zeminden kaçınınız.

**Hemşirelik
Amaçları**

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

**Beklenen Hasta/
Aile sonuçları**

Yaşa ve fiziksel kısıtlamalara uygun eşya seçiniz.
Yeterli dinlenmeyi destekleyiniz.

Aile ve Çocuk için emin bir çevre yaratır.

Çocuk sandalyede veya araçta iken sınırlayıcılar kullanılmasını sağlayınız.

Düşebilecek çocuğa koruyucu kask takınız ve kullanılmasını sağlayınız.

Beklenen çocukta nöbet önlemlerini alınız.

**Hemşirelik
Amaçları**

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

**Beklenen Hasta/
Aile Sonuçları**

Beslenme, değişim: Vücut gereksinimlerinden daha az

Etiyoloji: Normal enerji israfından fazla

Dengeli diyetten emin olunuz.

Artmış kas ihtiyacının
gereklerini yerine
getirebilecek, ekstra
enerjiyi verebilecek şekilde
kalori sağlayınız.

Çocuk dengeli yer.

Ağırlık artışını gözleyiniz.

Ağırlık istenilen limitlerde
sürer.

Eğer yemek alışkanlıkları
zayıfsa vitamin, mineral veya
protein veriniz.

**Hemşirelik
Amaçları**

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

**Beklenen Hasta/
Aile Sonuçları**

Aktivite intolerans

Etiyoloji: Azalmış enerji ve yorgunluk

Rahatlamayı teşvik ediniz.

Yeterli dinlenme ve uyku
zamanları sağlayan iyi
düzenlenmiş programlara sahip
olunuz.
Semptomları arttıran
yorgunluk için uyanık olunuz.

Çocuk yeterince dinlenir.

Genel Sağlığı teşvik ediniz.

Düzenli sağlık korunmasından
emin olunuz.

Çocuk yeterli ve düzenli
sağlık değerlendirmesine
tabidir.

Fiziksel Değerlendirme

Çocuğa yeterli bağışıklık ve
diş bakımı sağlanır.

Diş Bakımı

Bağışıklama

**Hemşirelik
Amaçları**

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

**Beklenen Hasta/
Aile Sonuçları**

Hareketlilik: Bozuk fiziksel

Etiyoloji : Nöromusküler bozukluk

Hareketi Sağlayınız.

Uygun yaşlarda oturmayı,
emeklemeyi ve yürümeyi teşvik
ediniz.

Güçlendirici tedavileri
veriniz, kontrolü arttırınız.

Hareket için teşvik edici
şeyleri sağlayınız.

Arzu edilen hareketleri
sağlayan oyunlara başvurunuz.

Eğer gerekli ise aile ve
çocuğu cerrahi müdahale için
hazırlayınız.

Çocuk kapasitesi ölçüsünde
hareket eder.

**Hemşirelik
Amaçları**

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

**Beklenen Hasta/
Aile sonuçları**

Kendi kendine bakım eksikliği-beslenme,banyo/temizlik,

giyinme, traş, tuvalet

Etyoloji: Nöromusküler bozukluk

Kendi kendine yardımı
destekleyiniz.

Yaşı ve yetenekleri yardım
ettiği ölçüde çocuğa kendine
bakımda yardımcı olunuz.
Motor fonksiyonu ve duysal
alınımı arttıran ve çocuğun
maksimum katılım sağladığı
oyuncakları ve aktiviteleri
seçiniz.

Çocuk kabiliyetlerine uygun
olan kendi-kendine
aktivitelere girer.

Bir amaca ulaşmak için
gereksiz ısrardan kaçınınız.
Her iki el, her tek el
gerektiren aktiviteleri
teşvik ediniz.

--89--

Çocuğun tuvalet eğitimi için
anne-babalara yardımcı
olunuz.

Kendi kendine yardım için
uygun tabaklar ve giyecekler
bulunuz.örneğin: sapı bez ile
kaplanmış kaşık, kayan değil
yapışan yiyecekler g.b.

**Hemşirelik
Amaçları**

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

**Beklenen Hasta/
Aile Sonuçları**

iletişim, bozuk; sözsöz

Etyoloji: Nöromüsküler bozukluk

iletişimi kolaylaştırınız.

Konuşma terapisti ile
işbirliği yapınız.

Çocuk bakıcısı ile kendi
gereksinimleri hakkında
iletişim kurabilir.

Konuşmayı zorlamak için
makaleler ve resimler
kullanınız.

Dudakları, dişleri ve çeşitli
dil hareketlerini kullanarak
konuşmayı kolaylaştırıcı
beslenme teknikleri
kullanınız.

**Hemşirelik
Amaçları**

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

**Beklenen Hasta/
Aile Sonuçları**

Kişisel kavram, rahatsızlık; vücut imajı, kendine saygı

Etyoloji: Fiziksel yetersizlik

Olumlu bir kişisel görüntü
yaratınız.

Çocuğun değerlerini
saptayınız, bağımlılıkları
için kompensasyon yaratınız.

Çocuk kendine saygısını
arttıran davranışlar
gösterir.

Çocuğu bir işi yarım veya tam
bitirdiği için övünüz.

Çocuk için gerçekçi amaçlar
saptayınız.

Düzgün fiziksel görünüme
teşvik ediniz.

Çocuk temizdir, yaşına uygun
cazip elbiseler giyer.

Çocuk duygu ve düşüncelerini
tartışır.

iyi vücut temizliği, düzgün-
temiz dişler, iyi kesilmiş
saçlar.

Güzel Giysiler.

Ergenlik Çağındaki kızlar
için makyaj.

**Hemşirelik
Amaçları**

Kendi hakkında olumlu görüşü
destekleyiniz.

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

Çocuğun yeteneklerine uygun
olan okul sonrası
aktivitelerini ve yaratıcı
işleri destekleyiniz.

**Beklenen Hasta/
Aile Sonuçları**

Çocuk okula düzenli olarak
devam eder.

Çocuğun kendini,
rahatsızlığını ve
diğerlerinin onun hakkında
hissettikleri için neler
düşündüğünü tartışmasına izin
veriniz.

Onun benzer problemleri olan
çocuklarla ilişki kurmasını
destekleyiniz.

Çocuğun özel ihtiyaçlarını
karşılamanı kolaylaştırıcı
faktörleri destekleyiniz.

Çocukla onun zka düzeyinde
konuşunuz.

**Hemşirelik
Amaçları**

Testler ve diğer işlemler
için hazırlayınız.

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

Görme ve duyma testleri için
çocuğu hazırlayınız;
Düzeltilici araçların
sağlanması için anne ve
babaya yardım ediniz.

**Beklenen Hasta/
Aile Sonuçları**

Düzeltililebilir kusurları olan
çocuklar uygun tedavi görür.

RRP : Aile Olgusuna değişiklik
Etyoloji: Sakat bir çocuğun doğumu

Aileyi Destekleyiniz.

Çocukla ilgili duyguların
anlatılmasına, bozuklukla
ilgili olarak ailenin kendi
suçunu anlatmasına,
hastalığın aile üzerindeki
etkilerini ifade etmelerine
izin veriniz.

Aile çocuğun kapasitesi ile
ilgili görüşlerini ve
duygularını, çocuğun
gereksinimleri ile başetme
güçlerini tartışır.

Ailenin bu durumu yemesine
yardım ediniz.

Problemin çözümünde aileye
yardımcı olunuz.

**Hemşirelik
Amaçları**

Optimum aile fonksiyonunu destekleyiniz.

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

Aileye verilen tedaviyi uygulamasında ve sorumluluğu almasında yardımcı olunuz.

Tedavi programlarında erken yeralmayı destekleyiniz.

Ailenin çocuğun yapabilecekleri hakkında ve geleceğe bakış açısından gerçekçi bir tavır almasına yardım ediniz.

Yakınları destekleyiniz, onlara hasta çocuğu ve onun özel ihtiyaçları ve onların yaşamı üzerindeki etkelirini anlamalarına yardım ediniz.

Danışma hizmeti veren kuruluşlara ör: Birleşik Birliği g.b. başvurunuz.

Aile ile teması sürdürünüz.

**Beklenen Hasta/
Aile Sonuçları**

Aile tavsiye edilen tedavi programını anlar ve sürdürür.

CP Aile Sağlık birlikleriyle teması geçer.

EK(2)

KONVÜLZYONLARDA HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HEMŞİRELİK TANILARI

Hemşirelik Amaçları	Hemşirelik Müdahaleleri	Beklenen Çocuk/ Aile Sonuçları
----------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

Yaralanma : Travma için potansiyel

Risk Faktörleri: Ani nöbet

Nöbet sırasında yaralanmadan
koruyunuz.

Jeneralize nöbet sırasında
çocuğu koruyunuz.

Çocukta fiziksel zarar izi
görülmez.

Çocuk için, uygun
aktiviteleri çocuğa ve aileye
eğitim vererek açılınız.

Nöbet sırasında tehlike
yaratabilecek durumlardan
kaçınınız(ağaca tırmanmak
vs.).

**Hemşirelik
Amaçları**

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

**Beklenen Çocuk/
Aile Sonuçları**

Yüzme bisiklete binme gibi
izin verilen aktivitelerde
çocuğa eşlik ediniz.

Nöbet sırasında doğru
davranışı göstermeleri için
öğretmeni ve diğer ilgili
kişileri eğitiniz.

Nöbetleri önleyiniz.

Kırpışan ışık, duygusal
stress gibi nöbeti başlattığı
bilinen durumlardan
kaçınınız.

Çocuk Nöbet aktivitesinden
uzak durur.

Tedavi komplikasyonlarını
önleyiniz.

Tedavinin istenmeyen
etkilerini biliniz ve aileyi
haberdar ediniz.

Çocuk ve aile tedavinin olası
istenmeyen etkileri anlar ve
gerekli, uygun müdahaleyi
yapar.

Normal bulgulardan olası
sapmaları değerlendirmek için
periodik fiziksel ve
laboratuar değerlendirmeyi
destekleyiniz.

**Hemşirelik
Amaçları**

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

**Beklenen Çocuk/
Aile Sonuçları**

Kişisel kavram, rahatsızlık; Vücut imajı, kendine saygı, kişilik

Etyoloji: Yetersizliğin kabulü (Kendi ve diğerleri tarafından)

Olumlu bir kişisel kavram
geliştiriniz.

Çocuğu hastalığı ve onun
etkileri hakkındaki duygu ve
düşüncelerini anlatmaya
teşvik ediniz.

Çocuk duygu ve düşüncelerini
açar.

Çocuğu başkalarının kendisi
hakkında hissettiklerine dair
neler düşündüğünü tartışmaya
teşvik ediniz.

Çocuğun kendi değerini ve
gücünü anlamasına yardım
ediniz.

Çocuğun gerçekçi amaçlar
edinmesine yardımcı olunuz.

**Hemşirelik
Amaçları**

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

**Beklenen Çocuk/
Aile Sonuçları**

Aile olgusu, değişiklik

Etyoloji; Durumsal Kriz (sakat bir çocuğun doğumu)

Anne babaları destekleyiniz.

Çocuğun rahatsızlığı ve bunun
sorunları ile ilgili olarak
duyguların açıklamalarına
izin veriniz.

Aile duygu ve düşüncelerini
açar.

Yardım ve eğitim için Amerika
Epilepsi Kuruluşu gibi
örgütlere başvurunuz.

Aile örgütlerle ilişki kurar.

Ailelere yakın olunuz.

**Hemşirelik
Amaçları**

Hastalığı anlayınız.

**Hemşirelik
Müdahaleleri**

Aileye hastalığı, tedavisini
ve olası etkilerini anlama
konusunda yardımcı olunuz.

**Beklenen Çocuk/
Aile Sonuçları**

Aile hastalık, tedavisi ve
etkileri hakkında bilgi
sahibi olur.

Aile çocuk ve onun
yetenekleri hakkında gerçekçi
bir görüş edinmesine yardımcı
olunuz.

Aileyi ev için hazırlayınız.

Tedaviyi öğretiniz.

Aile anlatılanlara uyar,
çocuk nöbetlerden korunur.
Bir nöbet esnasında aile
doğru olarak yapılacakları
yapar.

Nöbetlerin önlenmesini ve
nöbet sırasında ne
yapılacağını öğretiniz.

EK 3

Araştırmada Kullanılan Anket Formu

- 1- Doğum Tarihiniz
- 2- Mezun Olduğunuz Okul
- 3- Mezuniyet tarihiniz
- 4- Şu an çalıştığınız bölüm
- 5- Mesleğinizi Seviyormusunuz?
- 6- Bu bölümde çalışmayı siz mi istediniz?
- 7- Çocukları seviyormusunuz?
- 8- Eğitiminiz sırasında Serebral Parezi ve Konvülziyonlara ilişkin Ders Gördünüz mü?
- 9- Eğitiminiz sırasında Serebral Parezili ve konvülziyon geçiren çocuğa bakım verdiniz mi?
- 10- Mezuniyetinizden sonra çalıştığınız bölümde Serebral Parezili çocukla karşılaştınız mı?
- 11- Mezuniyetinizden sonra çalıştığınız bölümde konvülziyon geçiren çocukla karşılaştınız mı?
- 12- Mezuniyetinizden sonra Serebral Parezili çocuğa bakım verdiniz mi?
- 13- Mezuniyetinizden sonra konvülziyon geçiren çocuğa bakım verdiniz mi?

- 14- Sadece bu hastalıkların ve bu hastalıkların yol açtığı
özürlerin bakımlarının ve tedavilerinin yapıldığı bir
bölümde çalışmak istermisiniz?
- 15- Serebral Parezi sizce nedir?
- 16- Serebral Parezinin hemşirelik bakımında nelere önem
verirsiniz?
- 17- Konvülziyon sizce nedir?
- 18- Konvülziyon geçiren bir çocuğa bakım verirken nelere
önem verirsiniz?

Kaynaklar:

- 1- Aicardi, J., and J.J.Chevrie, Children with epilepsy in: Nevrologically, Handicapped Children. Eds: Gordon and Mc Kinlay, Blachwell Scientific Publications. Oxfort-London, s; 255 - 285, 1986
- 2- Apak, S., Çocuklarda Akut Ensefalopati ve Koma. Yeni Tıp Dergisi, Cilt 5, Sayı:4, sayfa: 124-138, 1988
- 3- Apak, S., und F. Darendeliler, A.Çelenk, A.Çalışkan, A.Gökyiğit, Antikonvülsive, langezeittherapie und die probleme Der Efilepsies prechstunde in der Türkei, in: Sozialpadiatrie in praxis und Klinik 7, s: 690-692, 1985
- 4- Apak, S., Gelişim Nörolojisi, Sanal basımevi, istanbul, s:65, 1984

- 5- Apak, S., Merkezi Sinir Sistemi anomalileri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eds: Neyzi-Ertuğrul-Koç, Cilt:3, S:511, 1984
- 6- Apak, S., Pediatrik Epileptoloji, Sanal Basımevi, İstanbul, s: 158-161, 1986
- 7- Barsch, R.H., The Parent of the Handicapped child. Thomas Springfield II 1968.
- 8- Beland, L.I., Joyce, Y.P., Clinical Nursing., Mc Million Publishing s: 989-1018, 1975
- 9- Bobath, B., Abnorme Haltungsreflexe bei Gehirnschaden, 2.Aufl, Theime, Stuttgart, 1971 (3.Aufl 1976)
- 10- Bobath, B., und Bobath, K., Die Motorische Entwicklung bei Zerebrallparesen, Theime-Stuttgart, 1977

- 11- Chee, C., Seizure Disorders in: Nursing Clinics of North America, ed: Mc Elroy vol:15, No:1, March, s: 72-78, 1980
- 12- Conway, B., Pediatric Nevrologic Nursing, s: 208-222, 1977.
- 13- Dereymaeker, J.P. Frnys., J. Haegeman, J. Deroover and H. Van Den Berghe. A genetık-Diagnostik survey in an institutialized population of 158 mentally retarded patients. The Viaene experience. Clinical genetics, 34:126-134, 1988
- 14- Doose, H., Zerebrale anfaelle im Kindesalter Desitin Werke Carl Klinke Gmb H. Severin Druck Hamburg-, 1983
- 15- Ender, R., M zeyyen  .,  ocuklarda Febril Konvülziyonlar, hem ireik bakımı ve aile e itimi, Türk Hem ireler Dergisi, s:43-45, sayı:1 ,1988

- 16- Feldkamp, M., Krankengymnastik, in: Die infantilen Zerebralpareesen, ed: H.Thom, Thieme-Verlag, Stuttgart, s:374, 1982
- 17- Fröscher, W., Therapie des status epilepticus. Schattenshauer Verlag Stuttgart-Newyork, 1976
- 18- Gamstrop, I., Paediatric Neurology. Butterworths, Cambridge, 1985
- 19- Gastaut, H., (1982 a) "Benign" or "Functional" (Versus Organic) epilepsies in different stages of life an analysis of the corresponding age-related variation in the predisposition to epilepsy. Neurosciences (EEG suppl. 35) Ed:Bj., Broughton:17, 1982
- 20- Gastaut, H., Michel, B., Gastaut, J.L., et Cerda, M., A propos d'une eventuelle epilepsie generalisee secondaire tardive. Apport de la scannographie cerebrale Rev. EEG-neurophysiol, 3:276, 1982

- 21- Gastaut, H., Gastaut, J.L., Goncalves, L., Silva, GE,
and Farnandez; Sanchez GR., Relative Frequency of
different types of epileps. *Epilepsia*, 163:467, 1975

- 22- Gastout, H., Dictionary of epilepsy. Part I Defination
WHO Genf/Isviçre, 1973

- 23- Hagberg, B., Klinische Syndrome bei Cerebral Parese
Eine umfassende, neuropadiatrische studie.
Monatsschrift kinder. Heilkunde, s:121, 259-264, 1973

- 24- Harding, A.E., The Hereditary ataxias and Related
Disorders. Churchill Livingston edinburg-London, 1984

- 25- Huck, K., Die Aufgaben Der Kinderkranken schwester in:
Klinische Sazialpödiatrie Ed: TH. Hellbrügge, Springer-
Verlag. Berlin-Heidelberg-Newyork, s:493, 1983

- 26- imgard, Nippert und Wilhelm Tünste., Belastungskans-
tellationen von müttern genetisch kranker kinder,
Sozialpadiatrie NR:11, s:820-827, 10 jg 1988

- 27- Jansen, D.A., Nöte und Aufgaben der Eltern
Behinderter Kinder, in: Klinische Sozialpädiatrie. Ed:
Th. Hellbrugge, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg,
s:503, 1981
- 28- Krenkel, W.V. und J.L. Brocheler., Neurologie und
Neurochirurgie, in: Die infantilen Zerebralpareesen.,
Ed: H.Thom, Thime-Stuttgart, s:156, 1982
- 29- Kang, E., Zerebrale Bewegungsstörungen beim Kind. Karger,
Verlag Basel, 1974
- 30- Lathom, H.C., M.S. Robert H., Elizabeth B., Pediatric
Nursing, The C.V. Mosby Company, S: 500-502, 1972
- 31- Lumbantobing, S.M., Hendarto S.K., Soetomenggolo and
Rumateaul. Epilepsy und mental retardation. in: Child
Neurology. Eds: Fukuyama-Arima-Maekawa-Yamaguchi.,
experpta Medica, Amsterdam-Oxford-Princeton, 1983

- 32- Marlow, D.R., Textbook of Pediatric Nursing , WB
Sounders Company, Philadelphia, s: 3-19, 524-525, 1973
- 33- Mash, J.B., Margaret D., Nursing Care of Children, FA
Davis Company, philadlephia s:367-368, 1973
- 34- Matsumato, A., Watonabe. K., Sugiara M, Negaro T,
Takeasu E and iwase K Etilogic Factors and long Term
prognasis of convulsive disordes in the first year of
life, in: Neuropediatrics, 14(4): 231, 1983(b).
- 35- Matsumato, A., Watonabe, K, Sugiara, M., Negero T.,
Dakeasu E., and iwase K., Progrostic Factors of
Convülsive Disorders in The First Year of life. Brain
of development 5(2):469, 1983(a).
- 36- McElroy, B.Diane., Gayle, T.Davis., The Nursing Clinics
of North America, Sounders Company, s:1290-1293, 1980

- 37- Neyzi, O., Kavaklı, A., ve Diğerleri, Çocuk Hemşireliği Bilgisi, İstanbul, İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, s: 492-493, 1981.
- 38- Neuhausser, G., Klinik Der infantilen Zerebralparesen. in: Die infantilen Zerebralparesen.. Ed: H.Thom. Time Verlag-Stuttgart, s:73, 1982
- 39- Olow, i., and E.Davies., Children with Cerebral Palsy. in: Nevrologically haddcapped Children. Eds: Gordon, McKinlay. Blackwell Scientific Probl., Oxford-London, s:60-81, 1986.
- 40- Özmen, M., Yeni Doğan Konvülziyonları, Gelişim Nörolojisi, Ed: S.Apak, Bayrak basımevi, II. Baskı, s:192, 1989
- 41- Özmen, M., F. Darendeliler, S.Apak, Epidermiologie und Klinische Erscheinungs forme der infantilien Zerebralparese der kinderorzt. Nr.5, s:703-709, 10jg (1987)

- 42- Palmer, F.B., The Effects of Physcical Therapyon
Cerebral Palsy: The New England Journal of Medicine,
vol: 318, no:13, s:803-809, 1988

- 43- Pechstein, J., Physilogie Der Sozialentwicklung Des
Kinders in: Klinische Sozialpadiatrie Ed: TH.
Hellbrügge. Springer-verlag, Berlin-Heidelberg-Newyork
S:51, 1981

- 44- Riedel, H., Zahnarztliche Gesichtspunkte, in: Die
infantilien Zerebralparesen. Ed: H. Thom, Thime-
Stuttgart, s:356, 1982

- 45- Schulte, P., Klassifikationsschemala der infantilen
Cerebral Paresen Der Kinderarzt, 19/8, s: 1015-1020,
1988

- 46- Servonsky, J., Opas, R.S., Nursing Management of
Children, Jones and Baittlett Publishers, inc., Boston-
California, s:1288-1294, 1987

- 47- Scipien, M.G., Martha, U., Marilyn, C., Jeanne, H., Patricia, P., Comprehensive Pediatric Nursing, Mc Graw-Hill Book Company, s:490-492, 1975
- 48- Stanley, J.F., The Changing Face of Cerebral Palsy, Devel.Med. Child. Neur. 29: 263, 1987
- 49- Stone, S.C., Diane G.E., Sandra L.M., Comprehensive Family and Community Health Nursing, Ed: Mc Grawhill, s:429-432, 1981
- 50- Tönnis, W., und W.Krenkel, Neurologie und Neurochiurgie, in: Die infantilien Zerebralpareesen, Ed: Lindemann, Thime-Stuttgart, s:70-103, 1963
- 51- Uyer, G., Çocuklarda Yetersiz ve Dengesiz Beslenme Sorunlarına İlişkin Çözüm yolları, Türk Hemşireler Dergisi, Sayı:2, sayfa: 8-9, 1979

- 52- Vojta, V., Neurokinesiologische Diagnostik, Documenta Padiatrica, Housisches Verlogskontur tübeck, 1980

- 53- Vojta, V., Die Zerebralen Bewegungstörungen im Sauglingsalter, 2.Aufl.Enk Stuttgart, 1976

- 54- Vojta, V., Diagnostic und Teropie Der infantilen zerebralpaesen in ihrer Entwichlur in: Klinische Sozial-Padiatrie, ed: TH. Hellbrügge, Springer-Verlag, Berlinl, s:289, 1981

- 55- Wang,L. Donna, Lucille, F.W., Nursing Care of infants and Children, The C.V. Mosby Company, ST Louis, Washington-Toronto, s: 1665-1671, 1987

- 56- Wang, L. Donna., Lucille, F.W., Clinical Handbook of Pediatric Nursing, Mosby Company, s: 278-283, 1986

- 57- Zülch, K.j., Morphologische und Klinische Typen der infantilien Zerebralpaesen. in: Die infantilien

--113--

Zerebralparezen, Ed: H.Thom, Thieme-Verlag, Stuttgart,
s:113, 1982

Y. G.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi