

Pediatric Nursing



Akıllı Notları

Güncel . Pratik . Referanslı

Editör:

Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU



- ✓ Hasta Bakımında **Gerekli Bilgiler**
- ✓ Algoritma, Tablo ve Şemalarla Sunulan **Pratik Yaklaşım**
- ✓ Bilinmesi Gereken **Önemli Ayrıntılar**
- ✓ Uyarılar, Önlemler



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Pediatri Hemşireliği



Akıl Notları

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Editör

Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

PEDİATRİ HEMŞİRELİĞİ AKIL NOTLARI

Copyright © 2018

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.**'ne aittir. Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-975-277-688-3

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Dizgi - Düzenleme: Ümit Saçı

Kapak Tasarımı: İhsan Ağın

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A

Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontraendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Verilen bilgilerin sorumluluğu o bölümün yazar (yazarlarına) aittir. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTAPBEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Bu kitapta pediatri hemşireliğine yönelik güncel ve pratik bilgilere yer verilmiştir. Öğrencilerin klinik ortamda hasta bakımında gereksinim duyacakları bilgiler tablo ve şemalarla özetlenmiştir. Kitabın oluşmasında bölüm yazarlıklarını üstlenerek destek veren pediatri hemşireliği alanında-ki 41 öğretim üyesine değerli katkıları için teşekkür ederim.

Bu kitabın pediatri hemşireliği alanına yararlı olması dileklerimle.

Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu

YAZARLAR

Yrd. Doç. Dr. Bedriye Ak

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu

Doç. Dr. Özgür Alparslan

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Prof. Dr. Duygu Arıkan

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Özlem Avcı

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Serap Balcı

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Meral Bayat

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Murat Bektaş

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Güler Cimete

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Hüsnüye Çalışır

Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Zehra Işık Çalışkan

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve
Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Ayda Çelebioğlu

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Hacer Çetin

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu

Yrd. Doç. Dr. Bengü Çetinkaya

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Zerrin Çiğdem

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Behice Ekici

Maltepe Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Emine Erdem

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Sibel Ergün

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Figen Işık Esenay

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Emine Geçkil

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Duygu Gözen

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Ayşegül İşler

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. İlknur Kahraman

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Hülya Karataş

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Hacer Kobya

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Melahat Kostak

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Sibel Küçük

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Raziye Özdemir

Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Hava Özkan

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Doç. Dr. Nurcan Özyacıoğlu

Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Hatice Yıldırım Sarı

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Emel Sezici

Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Nejla Canbulat Şahiner

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Öznur Başdaş

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Esra Tural

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Türkan Turan

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Fatma Gündücü Tüfekçi

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Fadime Üstüner

Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Fatma Yılmaz

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Hatice Bal Yılmaz

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Rana Yiğit

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu

İÇİNDEKİLER

Büyüme ve Gelişme	1
<i>Dr. Duygu Arıkan, Dr. Ayda Çelebioğlu, Dr. Fatma Güdücü Tüfekçi</i>	
Çocuk ve Aile İle İletişim	19
<i>Dr. Zümrüt Başbakkal</i>	
Normal ve Yüksek Riskli Yenidoğan ve Hemşirelik Bakımı	25
<i>Dr. Zerrin Çiğdem, Dr. Hava Özkan, Dr. Serap Balcı, Dr. Duygu Gözen, Dr. Raziye Özdemir</i>	
Genetik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı	61
<i>Dr. Türkan Turan, Dr. Bengü Çetinkaya</i>	
Enfeksiyon Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	69
<i>Dr. Bedriye Ak, Dr. Sibel Ergün</i>	
Çocukluk Döneminde Bağışıklama ve Aşılar	91
<i>Dr. Hatice Bal Yılmaz</i>	
Solunum Yolu Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	99
<i>Dr. Hatice Yıldırım Sarı, Dr. Murat Bektaş</i>	
Kalp Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	115
<i>Dr. Hüsnüye Çalışır, Dr. Hülya Karataş</i>	
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	131
<i>Dr. Öznur Başdaş, Dr. Meral Bayat, Dr. Emine Erdem, Dr. Ayşegül İşler</i>	
Özel Durumlarda Beslenme ve Hemşirelik Bakımı	159
<i>Dr. Özlem Avcı, Dr. Emel Sezici</i>	
Kan Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	171
<i>Dr. Figen Işık Esenay, Dr. Sibel Küçük</i>	
Onkolojik Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı	187
<i>Dr. Hacer Kobya, Dr. İlknur Kahraman, Dr. Fadime Üstüner</i>	

Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı213*Dr. Hacer Çetin, Dr. Emine Geçkil, Dr. Nurcan Özyacioğlu***Endokrin Sistem Hastalıkları ve
Hemşirelik Bakımı229***Dr. Nejla Canbulat Şahiner, Dr. Fatma Yılmaz***Alerjik-İmmünolojik Hastalıklar ve
Hemşirelik Bakımı241***Dr. Zehra Işık Çalışkan, Dr. Özlem Avcı***Kas İskelet Sistemi Hastalıkları ve
Hemşirelik Bakımı261***Dr. Melahat Kostak, Dr. Özgür Alparslan***Nörolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı283***Dr. Behice Ekici, Dr. Emel Sezici, Dr. Esra Tural***Adölesan Dönemde Görülen Sorunlar299***Dr. Güler Cimete, Dr. Rana Yiğit*



BÜYÜME VE GELİŞME AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Duygu Arıkan, Dr. Ayda Çelebioğlu,
Dr. Fatma Güdücü Tüfekçi

Kavramlar

- Büyüme ve gelişme, döllenmeden sonra anne karnında başlayarak erişkinliğe kadar sürer.

Büyüme

- Vücut ağırlığı, boy uzunluğu gibi hacim ve kitle ile ilgili değişiklikleri içerir.
- Organizmada hücre sayısı ve büyüklüğünde artma vardır.
- Boyun uzaması, kilo artışı, baş ve göğüs çevresinin genişlemesi büyüme göstergeleri arasında sayılır.

Gelişme

- Organizmada meydana gelen fizyolojik ve fonksiyonel olgunlaşma sürecidir.
- Nitelik belirden değişkenleri içerir.
- Büyüme, olgunlaşma ve öğrenme sonucunda meydana gelir.

Olgunlaşma

- Kişinin doğuştan getirdiği potansiyelin zaman içinde ortaya çıkmasını ifade eder.
- Olgunlaşma insan organizmasında biyolojik sistemin kendi içinden gelen etkenler nedeniyle meydana gelen gelişmedir.

Büyüme ve Gelişmenin İlkeleri

- Büyüme ve gelişme bedenin iç kısımlarından dışa doğrudur.
- Büyüme ve gelişme baştan ayağa, basitten karmaşığa doğrudur.
- Büyüme ve gelişme hızı her yaşta aynı değildir.
- Büyüme ve gelişme belirli dönemlerde hızlanma ve yavaşlamalar gösterir.
- Organ ve sistemlerin büyüme ve gelişme hızı birbirinden farklıdır.
- Büyüme ve gelişme sürecinde çocuklar arasında bireysel farklılıklar vardır.

Büyüme ve Gelişmeyi Etkileyen Faktörler

- Çocuklarda doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde büyüme ve gelişmenin normal olması birtakım faktörlere bağlıdır.

- Sigara kullanımı da adölesan dönemde görülen sağlıkla ilgili riskli davranışlardandır.

Şiddet

- Şiddet, adölesanların yaşamındaki önemli tehdit unsurlarından biridir.
- Alkol-madde kullanımı, medya, düşük sosyo ekonomik düzey, psikiyatrik bozukluklar, geçmişte şiddet öyküsünün varlığı gibi nedenler risk faktörleri arasında sayılabilir.

Cinsel Davranışlar

- Adölesan dönemdeki riskli davranışlardan biri de gençlerin cinsel davranışlarıdır.
- Bu dönemde rastlanan erken ve riskli cinsel aktivite girişimleri, adölesan gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile sonuçlanabilmektedir.

Kaynaklar

1. Akıncı A. [Büyümenin değerlendirilmesi]. Yakıncı C, Selimoğlu MA, editörler. Çocuk Hastalıklarında Klinik Tanı. Adana: Nobel Kitabevi; 2009. p.41-60.
2. Arıkan D, Çelebioğlu A, Güdücü Tüfekçi F. [Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme]. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B, editörler. Pediatri Hemşireliği. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2013. p.53-66.
3. Bayhan PS, Artan İ. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi. 1.Baskı. İstanbul: MORPA Kültür Yayınları; 2005. p.9-38.
4. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 11. Baskı. Cilt I. Ankara: Ankara Sistem Ofset; 2013. p.71-106.
5. Erden M, Akman Y. Eğitim Psikolojisi. 17. Baskı. Ankara: Arkadaş Yayınevi; 2008. p.23-86.
6. Erdoğan S. [Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme]. Seçim H, editör. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları; 1996. p.99-126.
7. Ertem ÜA. [Birey ve ailenin büyüme ve gelişmesi]. Akça Ay F, editör. Temel Hemşirelik-Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2008. p.79-93.
8. Gökmen E. Puberte Fizyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 2005;43:p.9-16.
9. Güngör S, Celiloğlu C. [Gelişimin değerlendirilmesi]. Yakıncı C, Selimoğlu MA, editörler. Çocuk Hastalıklarında Klinik Tanı. Adana: Nobel Kitabevi; 2009.
10. Günöz H, Saka N, Darendeliler F, Bundak R. [Büyüme, gelişme ve endokrin]. Cantez T, Eker Ömeroğlu R, Uğur Baysal S, Oğuz F, editörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul Üniversitesi Temel ve Klinik Bilimleri Ders Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri; 2003.
11. Gür E. Sağlam Çocuk İzlemi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi. Etkinlikleri. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi 2003: 9-16.
12. Harkreader H. Fundamental of Nursing: Care and Clinical Judgment. Pennsylvania:W.B. Saunders Company; 2000. p.408-409.
13. James SR, Ashwill JW, Draske SC. Nursing care of Children Principles & Practice. Saunders: Philadelphia; 2002. p.68-80, 204-223.
14. Kavaklı A. Çocukluk Yaşlarında Büyüme Gelişme. İstanbul: Hilal Matbaacılık; 1992. p.27-67,88,92,226.
15. Mandelco BL. Growth and development of the infant. In: Vincent JL, ed. Pediatric nursing: Caring for children and their families. 2nd ed. Thomson Delmar Learning 2007. p.202-231.

16. Mandelco BL. Theoretical approaches to the growth and development of children. In: Potts NL, Mandelco BL, eds. Pediatric nursing: Caring for children and their families. 2nd ed. Thomson Delmar Learning; 2007. p.142-199.
17. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. 4. Baskı. Cilt I. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2010. p.113-227.
18. Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F. Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51:1-14.
19. Özbay Y. Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi: Araştırma-Kuram-Uygulama. 3.Baskı. Trabzon: İber Matbaacılık; 2002. p.51-59.
20. Özbay Y. Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi: Araştırma-Teori-Uygulama. 3.Baskı. İstanbul: Empati Yayıncılık;1999. p.44-68.
21. Pillitteri A. Maternal child health nursing: care of the childbearing & childrearing family. Newyork: Lippincott Williams& Wilkins; 2007. p.769-815.
22. Pillitteri A. Child health nursing. Newyork: Lippincott Philadelphia; 2007. p.176-207.
23. Royce CF. [The well adolescent]. In Harkreader H, eds. Fundamental of nursing: Caring and Clinical Judgment. Philadelphia, Pennsylvania: WB Saunders Company Press; 2000. p.425-431.
24. Savaşer S, Yıldız S, Gözen D, Balcı S, Mutlu B, Çağlar S. Hemşireler İçin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2009. p.200-221.
25. Senemoğlu N. Gelişim Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya. 12.Baskı. Ankara: Gazi Kitabevi; 2005. p.68-76.
26. Senemoğlu N. Gelişim Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya. 9.Baskı. Ankara: Gazi Kitabevi; 2004. p.62-84.
27. Senemoğlu, N. Gelişim Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya. 12.Baskı. Ankara: Gazi Kitabevi; 2005. p.11-242.
28. Sevil Ü. [Adölesan dönemi]. Şirin A, Kavlak O, editör. Kadın Sağlığı. İstanbul: Bedray Basımevi; 2008. p.57-90.
29. Sulkes SB, Dosa NP. [Çocukta gelişme ve davranış]. In Behrman RE, and Kliegman RM, Editörler (Çeviri ed.Tuzcu M) Nelson Essentials of Pediatrics. Philadelphia, PA: WB, Saunders. 2003. p.1-28.
30. Tanyer Ş. Çocuk Sağlığı Hastalıkları ve Hemşireliği. 7.Baskı. Konya: Dizgi Ofset; 2005. p.42-72.
31. Törüner EK, Büyükgöçenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. 1.Baskı. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 2012. p.49.
32. Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkında kanun Resmi Gazete Tarih : 26/11/1996 Sayı: 22829
33. Uşun S, Taşdelen Karçbay A, Şahin C ve ark. Eğitim Psikolojisi. Akbaba S, Anlak Ş, editörler. 1. Baskı. İstanbul: Lisans Yayıncılık; 2007. p.37-141.
34. Wong DL, Hockenberry MJ. Nursing care of infants and children. 7th ed. The CV Mosby Company; 2003. p.230-233.
35. www.tuik.gov.tr erişim tarihi 23.08.2011
36. Yiğit R. Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme. 1. Baskı. Ankara: Ankara Sistem Ofset; 2009. p.51-87.

ÇOCUK VE AİLE İLE İLETİŞİM AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !



Dr. Zümrüt Başbakkal

İLETİŞİM

Tanım

- İnsanın kendini, duygu ve düşüncelerini, gereksinimlerini anlatma ve başkalarını anlama yoludur. İletişim, fikirlerin, duyguların, düşüncelerin, niyet ve gereksinimlerin insanlar arasında karşılıklı olarak üretildiği bir süreçtir.
- İletişim sürecinin majör öğeleri gönderici, mesaj, kanal, alıcı ve geri bildirimdir.

Sözlü ve Sözsüz İletişim

- Sözlü iletişim, verilmek istenen mesajın kelimeler ve dil kullanılarak iletilmesidir.
- Sözsüz iletişim ise duyguların, tutumların ve niyetlerin aktarılmasıdır.

Aile

- Aile; kan bağı taşıyan iki ya da daha fazla kişiden oluşan, evli olan veya birlikte yaşamayı kabul eden aynı evi, aynı duygusal bağları ve sosyal rolleri taşıyan kişilerden oluşan bir topluluktur.

AİLE İLE İLETİŞİM

- İletişim, hasta çocuk, ailesi ve bakım verenler arasında bilgi alışverişini içeren pediatrik sağlık bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Çocukla ilgili bilgi çoğunlukla doğrudan gözlemlere dayalı olarak toplanır. Çocukla yakın ilişkide oldukları için ebeveynlerin verdiği bilgiler güvenilir kabul edilir.
- Çocukla ilgili bir değerlendirme yapmak için; çocuğun sözlü ya da sözsüz verdiği bilgiler, ebeveynin çocukla ilgili verdiği bilgiler, hemşirenin çocukla ilgili kendi gözlemleri ve çocukla ebeveyn arasındaki ilişki bir bütün olarak yorumlanır.
- Çocuk kendini ifade etmeye başladığında, iletişim sürecine aktif olarak katılabilir. Kendini ifade edemeyen bebek ve küçük çocuklarda ebeveyn ile

NORMAL VE YÜKSEK RİSKLİ YENİDOĞAN VE HEMŞİRELİK BAKIMI AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !



Dr. Zerrin Çiğdem, Dr. Hava Özkan, Dr. Serap Balcı,
Dr. Duygu Gözen, Dr. Raziye Özdemir

Tanım

- Doğumdan sonraki ilk 4 haftaya (0-28 gün) yenidoğan dönemi denir. Sağlıklı yenidoğan, normal gebelik süresi 40 ± 2 hafta ve ortalama vücut ağırlığı 3500 gr olan, doğumsal bozukluk veya hastalık belirtileri göstermeyen bebek olarak tanımlanır.
- Sağlıklı bir yenidoğanın dış ortama uyum yapabilmesi için, doğumu izleyen saatlerde, fizyolojik ve davranışsal işlevlerinde çok önemli değişiklikler meydana gelir.
- Yenidoğan doğumdan sonraki ilk birkaç dakika içinde hızla gözlenir ve aşağıda belirtilen sorular yönünden değerlendirilir;
- Bebek term mi?
- Amnion sıvısı temiz mi?
- Bebek ağlıyor mu ya da solunumu var mı?
- Kas tonüsü iyi mi?

Bu soruların tümünün yanıtı “evet” ise risk faktörü bulunmayan yenidoğanlardır.

Normal yenidoğan bir bebek doğduktan sonraki ilk 30 saniye içinde;

- Steril ılık kompres ile kurulanır,
- Radyant ısıtıcı altına alınarak ısıtılır,
- Hava yolu açıklığı sürdürülür ve
- Cilt rengi değerlendirilir.

Apgar Değerlendirmesi

- Yenidoğanın doğumdan sonra 1. ve 5. dakika içinde değerlendirilmesini içerir. Bu değerlendirme; renk, kalp atım hızı, refleks uyarısı, kas tonüsü ve solunum olmak üzere 5 bileşenden oluşur (Tablo 1).
- Her bileşe 0-1 ve 2 puan verilir. Sonuçta 5 bileşenin puanları toplanarak 0 – 10 puan arasında değişen apgar skoru elde edilir. Skor 7 – 10 arasında ise yenidoğanın durumu iyidir ve rutin bakım yapılır.
- Apgar skorunun 4 – 6 olması yenidoğanın orta düzeyde deprese olduğunu, 3 ve altında olması ise bebeğin ileri düzeyde deprese olduğunu ve yoğun bakım ünitesinde izlenmesi gerektiğini gösterir. Apgar skoru 7’den düşük ise gereken girişimler yapılarak 20 dakika süreyle her 5 dakikada bir Apgar değerlendirilir.

Anne İçin

- Anne ve bebek arasında tensel iletişim sağlar, duygusal bağı artırır.
- Annenin annelik rolüne uyumunu kolaylaştırır,
- Oksitosin salınımı, uterusun involüsyonunu hızlandırır.
- Kontraseptif etkisi vardır.
- Emziren annenin gebelik öncesi ağırlığına dönmesi kolaylaşır.

Emzirme Tekniği

- Anne ve bebek hazırsa yenidoğanın doğumdan sonra ilk 15-30 dakikalık dönemde emzirilmeye başlanması önemlidir.
- Emzirme zamanlarında bebek aç, altı kuru ve rahat pozisyonda; anne rahat ve huzurlu olmalıdır.
- Bebeğin yüzü annenin memesine dönük, başı ve gövdesi düz bir hatta olmalı, burnu tam meme ucunun karşısına gelmelidir.
- Bebeğin memeye yerleştirilmesi esnasında önce meme ucuyla bebeğin dudaklarına dokunulmalı, bebeğin ağzını genişçe açması beklenmeli; ağzını açınca, alt dudağı meme ucunun altına gelecek şekilde memeye tutulmalıdır.
- Bebeğin dudakları meme ucunun yanı sıra areolanın tamamını kavramalı ve alt çenesi memeye değmelidir.
- Bir elle bebek desteklenirken, diğer elle de meme desteklenerek meme ucu bebeğin ağzına, burundan nefes almasını engellemeyecek şekilde yerleştirilir.



Emzirilen Bebeğin Gazını Çıkarma Teknikleri

- Bebek kucakta oturur pozisyonda tutulur.
- Başı başparmak ve işaret parmağı ile desteklenir.
- Sırtı yumuşakça sıvazlanarak yutmuş olduğu havanın dışarı atılmasına yardım edilir.

Emzirme Sıklığı ve Süresi

- Bebek günde en az 8 kez emzirilir.
- Bebek memeden kendi ayrılmalı ve doyana kadar emmesine izin verilmelidir.
- Her emzirmede iki meme birden boşaltılmalıdır.

DIYABETLİ ANNE BEBEĞİ

Tanım

Diyabetik gebelerde hormonal ve metabolik değişiklikler fetus/yenidoğanın gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir.

Klinik Bulgular

- Gebelik yaşına göre büyük bebeklerdir.
- Solunum sıkıntısı vardır.
- Letarjik ve hipotoniktir.

Prognoz ve Komplikasyonlar

- Yenidoğanın geçici taşipnesi, respiratuvar distes sendromu
- Doğum travması, konjenital anomaliler, makrozomi, renal ven trombozu
- Hipokalsemi, hipoglisemi, polisitemi, hiperbilirubinemi
- Mortalite (%15-25) görülebilir.

Hemşirelik Bakımı

- Vücut ısısını korumak için bebek küvöze alınır.
- Aldığı çıkardığı sıvı ve kan glikoz düzeyi izlenir.
- Erken dönemde oral yolla beslenir. Oral alamıyorsa nazogastrik yolla ya da parenteral yolla %10 glikoz solüsyonu uygulanır.
- Diyabetli gebeler eğitilmeli, diyabetli anne bebekleri çocukluk dönemi boyunca izlenmelidir.



Şekil 1. Radyant ısıtıcı.



Şekil 2. Radyant ısıtıcı.

GENETİK HASTALIKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !



Dr. Türkan Turan, Dr. Bengü Çetinkaya

TEK GEN HASTALIKLARI

- Otozomal dominant, otozomal resesif ve X'e bağlı hastalıklar bu gruba girer

Otozomal Dominant Kalıtım

- Otozomal kromozomlarda heterozigot olarak bulunmasına karşın fenotipte bozukluğa yol açan baskın genlerin oluşturduğu kalıtım biçimidir.

Kalıtım Özellikleri

- Bu tip hastalıklarda dominant gen, otozomal kromozomlardan birinin üzerinde yer alır.
- Dominant geni heterozigot olarak taşıyan (sadece bir dominant gene sahip olan) kişilerde hastalık belirtileri görülür.
- Hastalık her kuşakta ortaya çıkabilir
- Mutant geni heterozigot olarak taşıyan kişi hastadır. Hastalık erkek veya kız çocuklarına yüzde 50 olasılıkla aktarılır.
- Hastalığın kız ve erkek çocuklarda görülme olasılığı eşittir.
- Ebeveynlerden biri hasta ise çocukların yüzde 50 hasta olma riski vardır.
- Otozomal dominant kalıtım gösteren hastalıklar arasında akondroplazi, herediter sferositozis, osteogenesis imperfecta, nörofibromatozis, polikistik böbrek hastalığı, polisindaktili yer almaktadır.

Otozomal Resesif Kalıtım

- Resesif genin klinik etkisinin bu geni homozigot olarak taşıyanlarda ortaya çıktığı, heterozigotların ise taşıyıcı olduğu kalıtım biçimidir.

Kalıtım Özellikleri

- Kız ve erkek çocuklar hastalıktan eşit oranda etkilenir.
- Resesif hastalıklar dominant kalıtımla geçen hastalıklara göre nadir görülür ve belirtileri daha şiddetlidir.
- Akraba evliliklerinde bu hasta genlerden birinin ebeveynlerin her ikisinde de bulunma riski rasgele yapılmış bir evliliğe göre daha yüksektir.

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE BAĞIŞIKLAMA VE AŞILAR AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !



Dr. Hatice Bal Yılmaz

- Bağışıklık (immünite) vücuda giren yabancı maddelerin etkisizleştirilmesi ya da yok edilmesine yönelik vücudun geliştirdiği direnç durumudur.
- İnsanda “Doğal” ve “Edinsel” olmak üzere iki tip bağışıklık vardır.
- **Doğal Bağışıklık** genetik özelliklere bağlıdır ve nesilden nesile aktarılır
- **Edinsel Bağışıklık** antikorlarla edinilir. “Aktif” ve “Pasif” bağışıklık olmak üzere iki çeşittir.
- **Aktif Edinsel Bağışıklık:** Hastalık etkenine karşı vücudun antikor oluşturmasıyla sağlanan bağışıklıktır. Bu yolla kazanılan bağışıklık süresi uzundur.
- **Pasif Edinsel Bağışıklık:** Vücuda dışarıdan hazır antikor verilmesiyle kazanılan bağışıklıktır. Bu nedenle, kazanılan bağışıklık süresi kısadır.
- **Bağışıklama**, bulaşıcı hastalıklardan korumaya yönelik direnç/immünite kazandırmayı amaçlayan çok önemli bir temel sağlık hizmetidir.
- Bağışıklamada temel amaç, aşı ile önlenabilir hastalıklara bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltarak, bu hastalıkları kontrol altına almak ya da tamamen ortadan kaldırmaktır.
- Ülkemizde ilk önce 1985 yılında altı hastalığa (difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci, kızamık, tüberküloz/verem) karşı korunma sağlayan Genişletilmiş Bağışıklama Programı başlatılmıştır.
- Ulusal Aşı Takvimi’nde 1998 yılında değişiklik yapılmış, yukarıda sayılan 6 hastalığa ilave olarak Hepatit B aşısı programa ilave edilmiştir. Daha sonra 2006 yılında bütün sağlık kuruluşlarında Hib (menenjit), Kızamıkçık, Kabakulak aşıları uygulanmaya başlanmıştır.
- 2008 yılında ise DaBT-İPA-Hib aşıları, beşli karma şeklinde uygulanmaya başlanmıştır. Kasım 2008’de Konjuge Pnömonokok (KPA/Zatürre) aşısı, 2012’den itibaren de Hepatit A ve Suçiçeği aşıları Ulusal Aşı Takvimine ilave edilmiştir

Aşı

- Bağışıklık sistemini uyarmak ve hastalığa engel olmak amacıyla vücuda verilen patojenik özelliği yok edilmiş virüs, bakteri ya da bakteri parçalarından oluşan bir süspansiyondur. Ülkemizde uygulanmakta olan aşı takvimi Tablo 1’de verilmiştir

Tablo 1. T. C. Sağlık Bakanlığı Tarafından Uygulanan Aşı Takvimi (2013)

Aşılar	Doğumda	1. Ayın Sonunda	2. Ayın Sonunda	4. Ayın Sonunda	6. Ayın Sonunda	12. Ayın Sonunda	18. Ayın Sonunda	24. Ayın Sonunda	İlköğretim 1. Sınıf	İlköğretim 8. Sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG			I							
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT-İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A *							I	II		
Suçiçgeçil **						I				

Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8187/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html> (Erişim tarihi: 12.03.2014)

*Ekim 2012'den itibaren

**Aralık 2012'den itibaren

BCG: Tüberküloz/Verem aşısı

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aseklüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b (menenjit) Aşısı (Beşli Karma aşı)

KPA: Konjuge Pnömonok (zatürre) aşısı

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak aşısı

OPA: Oral Polio/Çocuk felci aşısı

Td: Erişkin tipi Difteri-Tetanoz aşısı

R: Rapel (Pekiştirme)

Tablo 2. Çocuklarda aşıların verilmiş yolu, dozu ve aşı reaksiyonları.

Aşılar	Veriliş Yolu	Dozu	Aşı Reaksiyonları
Hepatit B (inaktif viral aşı)	Intramüsküler (bembeklerde vastus lateralis kasına)	10 yaşa kadar 0,5 ml, 10 yaş ve üzerinde 1 ml	Genellikle iyi tolere edilir Hatif ateş olabilir
BCG (canlı bakteriyel aşı)	Intradermal (sol omuz deltoid kasi)	0 yaşta 0,05 ml, 1 yaş ve üzerinde 0,1 ml	Baş dönmesi, bulantı, anafaktik reaksiyon, aşı yapılan alanda keloid oluşumu, hiperpigmentasyon görülebilir
DaB-TiPA-Hib DT (Bakteriyel toksinlerden üretilen toksoid aşı) iPA (inaktif virüs aşı) Boğmaca ve Hib (inaktif bakteriyel aşı)	Intramüsküler (bembeklerde vastus lateralis kasına)	0,5 ml	Difteri-Tetanoz, enjeksiyon bölgesinde ağrı, kızamık ve şişlik, davranışsal değişiklikler Boğmaca; konvülsiyon, ağlama epizodları, nörolojik belirtiler, ateş, sistemik alerjik reaksiyon Hib, enjeksiyon bölgesinde ağrı ve eritem
KPA (polisakkarid-protein konjugasyonu)	Intramüsküler (bembeklerde vastus lateralis kasına)	0,5 ml	Ateş, uyku hali, huzursuzluk, iştahsızlık, lokal eritem, ishal, kusma, ürtiker
KKK (canlı virüs aşı)	Subkutan (bembeklere kol ya da bacadan)	0,5 ml	Kızamık; döküntü ve ateş Kızamıkçık; lenfadenopati, ateş, döküntü
OPA (canlı virüs aşı)	Oral	2 damla	Çok nadiren paralizi
Hepatit A (inaktif virüs aşı)	Intramüsküler (bembeklere bacadan vastus lateralis kasına)	0,5 ml	Nadiren lokal eritem
Suçiçeği-Varicella (canlı virüs aşı)	Subkutan (sol omuz deltoid kasi)	0,5 ml	Enjeksiyon bölgesinde ağrı ve kızamık

Kaynak: Wilson D. Health Promotion of the Infant and Family. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML, Kline NE. Wong's nursing care of infants and children. 7th Edition. Mosby, 2003. p.535-541.

SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !



Dr. Hatice Yıldırım Sarı, Dr. Murat Bektaş

Göğüs Fizyoterapisi

- Göğüs fizyoterapisi etkin bir solunum gerçekleştirmek, akciğerlerde biriken sekresyonların atılımını kolaylaştırmak, solunum kaslarının gücünü artırmak ve akciğerlerin genişlemesini sağlamak amacıyla yapılan aktiviteleri içerir.
- Göğüs fizyoterapisi sonucunda, yaşam bulgularında düzelme, atılan sekresyon miktarında artma, oksijen gereksiniminde azalma, solunum seslerinde ve kan gazlarında düzelme görülür.
- Göğüs fizyoterapisi postüral drenaj, perküsyon, vibrasyon ve hasta immobilize ise pozisyon verme, derin solunum ve öksürük egzersizlerini içerir.

Postüral Drenaj

- Postural drenaj, çocuğa pozisyon verilerek, yer çekiminin etkisiyle sekresyonların akciğerden büyük hava yollarına doğru hareketini sağlamak amacıyla uygulanır.
- Çocuğa, durumuna ve hangi akciğer segmentindeki sekresyon atılmak isteniyorsa bu segmente göre pozisyon verilir.
- Postural drenajın etkinliğini arttırmak için varsa uygulama öncesi buhar tedavisi ya da bronkodilatatör tedavi uygulanabilir.
- Kusmanın önlenmesi için Postural drenaj uygulaması yemeklerden önce ya da yemeklerden 1-1.5 saat sonra uygulanır.

Perküsyon ve Vibrasyon

- Göğüs duvarında oluşturdukları basınç ve enerji dalgası ile sekresyonların hareketlenmesini sağlayarak atılımını kolaylaştırır. Küçük çocuklarda perküsyon yapılırken biberon emziği ya da küçük oksijen maskesi gibi özel araçların kullanılması gerekebilir.
- Perküsyon sırasında el kubbe şeklinde yapılarak ya da özel araçlarla kostalar üzerine küçük darbeler halinde vurulur. Böylece akciğerlerdeki yoğun sekresyon uzaklaştırılır. Perküsyon çocuğa 1-2 dakika uygulanır.
- Vibrasyonda ise perküsyon yapılan bölgeye ekspirasyon sırasında basınçlı titreşim uygulanır. Vibrasyonla, sekresyonun yoğunluğu azalmakta ve atılımı kolaylaşmaktadır.

Derin Solunum ve Öksürük Egzersizleri

- Okul çocuğu ve adölesanlarda etkili şekilde kullanılabilen bir yöntemdir. Derin solunum egzersizi ile birlikte akciğerlerin tüm bölgelerinin havalanması sağlanarak sekresyonların gevşemesi ve hareketi sağlanır.
- Çocuğun derin bir nefes alması, beş saniye kadar tutması, nefes vermesi ve öksürmesi istenir. Öksürükle birlikte oluşan başınçla sekresyonlar akciğerlerden daha kolay uzaklaştırılır. Daha küçük çocuklarda ise balon şişirme, su kabarcıkları yapma ya da rüzgar gülüne üfleme gibi oyunlar kullanılabilir.

Pozisyon Verme

- İmmobil çocuklarda akciğer volümünü artırmak, solunumu kolaylaştırmak, kalbin yükünü azaltmak, sekresyonların hareketini sağlamak ve hava yollarının sekresyondan temizlenmesini kolaylaştırmak için çocuğun durumuna göre uygun pozisyon verilir.
- Göğüs fizyoterapisi yorucu bir işlem olması nedeniyle günde 3-4 kez, 15-30 dakikayı geçmeyecek şekilde planlanır. İşlem bittikten sonra kayıt edilir ve çocuğa ağız bakımı verilir.
- Eğer çocukta kafa travması, pulmoner ödem, pulmoner hemoraji, kosta kırıkları ve son dönem böbrek yetmezliği varsa göğüs fizyoterapisi uygulanmaz.

PULMONER FONKSİYON TESTİ

- Pulmoner fonksiyon testi, nefes alıp verme sırasında akciğerlerden geçen havanın miktarını ve geçiş hızını belirlemek amacıyla spirometre cihazı ile yapılan bir tanı testidir.

Tablo 1: Pulmoner fonksiyon testleri.

Test	Ölçüm	Klinik Önemi
Vital Kapasite (VC)	Maksimum inspirasyonla akciğerleri şişirdikten sonra ekspire edilen hava miktarıdır.	Bronşiyal lümenin darlığında azalır.
Tidal Volüm (TV)	Normal bir solunumda her soluk almada akciğerlere giren ve çıkan hava miktarıdır.	Bronşiyal lümen darlığında azalır.
Rezidüel Volüm	En zorlu ekspirasyondan sonra bile akciğerde kalan hava miktarıdır.	Obstrüktif akciğer hastalığı varlığında artar.
Fonksiyonel Rezidüel Kapasite (FRC)	Normal ekspirasyon sonrası akciğerlerde kalan hava miktarıdır.	Obstrüktif akciğer hastalığı varlığında artar.
Zorlu Ekspiratuar Volüm (FEV)	Derin bir inspirasyondan sonra bir saniyede zorlu bir şekilde çıkarılan hava miktarıdır.	Obstrüktif akciğer hastalığı varlığında azalır.
Zorlu Vital Kapasite (FVC)	Maksimum inspirasyonla akciğerleri şişirdikten sonra maksimum düzeyde zorlu bir şekilde ekspire edilen hava miktarıdır.	Obstrüktif akciğer hastalığı varlığında azalır.



KALP HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Hüsniye Çalışır, Dr. Hülya Karataş

KALP KATETERİZASYONU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Tanı

Kalp kateterizasyonu çocuğun kardiyak fonksiyonları ve durumu hakkında detaylı bilgi elde etmeyi sağlayan, tanı ve tedavi amaçlı uygulanan invazif bir işlemdir. İşlem, çeşitli sedatifler kullanılarak genel sedasyon altında yapılır. Çocuğun yaşı, kardiyak kateterizasyon türü, işlem süresince çocuğun konforu ve diğer değişkenlere göre anestezinin türüne karar verilir.

Endikasyonlar

- Siyanoz bulgusu veren kalp hastalıklı yenidoğanlar (bunlar, işlem sırasında palyatif cerrahi veya balon atriyal septostomi gerektirebilen hastalardır)
- Cerrahi gerektirecek kadar şiddetli lezyonu olan siyanotik konjenital kalp hastalıklı çocuklar
- Kardiyak cerrahi geçirmiş, ancak başarı elde edilmemiş çocuklar
- Balon anjiyoplasti/valvüloplasti ile başarılı sonuçlar alınmış bebek ve çocuklar.

Komplikasyonlar

- Kardiyak arrest, aritmi, hipotansiyon, kardiyak tamponat, sağ ventrikül yetmezliği, solunum yetmezliği, pulmoner hemoraji, işlem sonrası saturasyonda düşme, bronkospazm, pnömotoraks, hemotoraks ve pulmoner hemoraji.
- Ayrıca işleme (emboli vb) ve katetere bağlı komplikasyonlar (kardiyak perforasyon, balon rüptürü) gelişebilmektedir.
- Girişimsel amaçlı yapılan kalp kateterizasyonunda komplikasyon gelişme olasılığı, tanısal amaçlı yapılan kateterizasyon işlemlerinden daha yüksektir.

Hemşirelik Bakımı

Kalp kateterizasyonunda işlem öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı uygulanır.

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !



Dr. Öznur Başdaş, Dr. Meral Bayat, Dr. Emine Erdem,
Dr. Ayşegül İşler

KUSMA

Tanım

Kusma, mide kaslarının kuvvetli kasılması ile intragastrik basıncın artması sonucu mide içeriğinin ağız yoluyla dışarı atılması olarak tanımlanır. Kusma bir hastalık değil, çoğunlukla bir hastalığın belirtisidir.

Klinik Bulgular

- Tükrük salgısı artar, solunum zorlaşır.
- Bradikardi, terleme ve cilt renginde solukluk vardır.
- Öğürme ve besin artıklarının regürjitasyonu gözlenir.
- Ağrı ve kötü koku kusmayı uyabilir.
- Bulantı, iştahsızlık, ateş gibi belirtiler kusmaya eşlik edebilir.

Tanı

- Çocuğun yaşı, kusulan materyalin içeriği, miktarı, şekli ve zamanı değerlendirilir.
- Kusmaya eşlik eden belirtiler tanı koymada yardımcıdır. Örneğin; ateşin varlığı enfeksiyon, ishalin varlığı gastroenterit ve konstipasyonun varlığı ise obstrüksiyon belirtisi olabilir.

Tedavi

- Nedene yönelik tedavi uygulanır.
- Kusma ile vücuttan atılan sıvı ve elektrolitler verilir.

Prognoz ve Komplikasyonlar

- Prognoz ve gelişebilecek komplikasyonlar nedene yönelik olarak değişebilir.
- Dehidratasyon, elektrolit dengesizlikleri ve metabolik asidoz gelişebilir.

ÖZEL DURUMLARDA BESLENME VE HEMŞİRELİK BAKIMI AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !



Dr. Özlem Avcı, Dr. Emel Sezici

GAVAJLA (ENTERAL) BESLENME

Tanımı

Gastrointestinal sistemin bazı hastalıkları ve cerrahisi, nörolojik bozukluklar gibi durumlar nedeni ile beslenme sağlanamadığı zaman bebeğin/çocuğun oral ya da nazal yolla mideye yerleştirilen bir tüp aracılığıyla beslenmesidir.

Enteral beslenmenin; hastanın tanısı ve beslenme süresi temel alınarak uygulanan 3 farklı tipi bulunmaktadır. Enteral beslenme nedenleri, tipleri ve özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Gerekli Malzemeler

- Çocuğun ölçümleri, beslenme solüsyonunun yoğunluğu ve tedavi süresine bağlı uygun bir tüp (Tablo 2)
- İşlem öncesi tüpü ıslatmak için steril su ya da serum fizyolojik
- Steril olmayan eldiven
- Çocuğun yaşına uygun beslenme solüsyonu, şişesi ve seti
- Küçük miktarlardaki beslenme solüsyonu için 10-30 ml'lik; büyük miktarlar için 60 ml'lik enjektör
- Tüpün midede olup olmadığını kontrol etmek için steteskop
- Aspirasyon kontrolü yapmak için 5 ml'lik enjektör
- Temiz ölçme kabı
- Kağıt ya da alerjen olmayan flaster

Beslenme Öncesi Hazırlık

Bebek/Çocuk Takibi

- Çocuk kilo kaybı, kas atrofisi, zayıflık, letarji, gelişme geriliği gibi malnütrisyon semptomları yönünden değerlendirilir.
- Beslenmenin etkinliğini değerlendirmek için çocuğun her gün vücut ağırlığı ölçülerek, ödem varlığı kaydedilir.
- Alabileceği sıvı miktarını kısıtlayabilecek kalp, böbrek, karaciğer, pulmoner hastalıklar yönünden değerlendirilir.
- Her 4 saatte bir bağırsak sesleri değerlendirilir.
- Yenidoğan bebeklerde distansiyonu belirlemek için karın çevresi ölçülür.

Tablo 1. Enteral beslenme nedenleri, tipleri ve özellikleri.

Enteral Beslenme Nedenleri	Enteral Beslenme Tipleri	Enteral Beslenme Özellikleri
• Yenidoğanda emme ve yutma bozuklukları • Respiratuar distres • Serebral palsi • Kafa travması • Koma • Ağız ve özefagus yanıkları • Ağız, özefagus ve mideye ilişkin konjenital anomaliler • Enflamatuvar bağırsak hastalıkları • Kısa bağırsak sendromu • Kistik fibrozis • Kronik malnütrisyon • Kronik ishal • Metabolik hastalıklar • Pankreatit • Kemoterapi ve radyoterapide destek	Aralıklı enteral beslenme	• Kısa süreli beslenmelerde tercih edilir (4 haftadan kısa) • Beslenme, enteral tüpe takılan enjektör ya da besin torbası yoluyla yapılır. • Besinler 2-3 saat aralıklarla verilir. • Enjektör, 10-20 cm yukarı kaldırılarak yerçekiminin etkisiyle besinin akması sağlanır. • Çocuğun beslenme tolerasyonuna göre besinin akış hızı ayarlanır. • Tüp, her öğünden önce ve sonra su ile irrigé edilir.
	Devamlı enteral beslenme	• Özellikle enflamatuvar bağırsak hastalığı, kısa bağırsak sendromu ve radyasyon enteritinde kullanılabilecek güvenli bir yoldur. • Kısa süreli beslenmelerde tercih edilir (4 haftadan kısa) • Küçük çaplı tüpler tercih edilir. • Yüksek enerjili besinler daha iyi tolere edilir. • Besinler 4 saatlik olacak şekilde aseptik koşullarda hazırlanır. • Beslenme pompası aracılığıyla besin gönderilir. • Tüpler 4 saatte bir irrigé edilir.
	Tropik enteral beslenme	• Çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebekler fayda sağlayabilir. • Amaç, sindirim hormonlarını stimüle etmek ve GİS maturasyonunu hızlandırmaktır. • Yaklaşık 6-20 ml/kg/gün, her 4 saatte olacak şekilde verilir. • Tolerasyon sağlandığı durumda (3-5 gün içinde) 2-3 saate iner. • Anne sütü ya da mama ile tam beslenmeye geçilmesi yaklaşık 7-10 gün sonra (160 ml/kg/gün) olabilir.

Tablo 2. Çocuklarda nazogastrik tüp ölçüleri ve uygun beslenme uygulamaları

Çocuğun yaşı	Tüp ölçüsü (French)*	Beslenme yöntemi	Beslenmede uygun pozisyon **
Yenidoğan	5 Fr	Orogastrik	Sağ yan
1-18 ay	5, 6-8 Fr	Nazogastrik	Sırt üstü, baş ve göğüs 30 derece yüksekte
18 ay-6 yaş	8, 10, 12 Fr	Nazogastrik	Sırt üstü, baş ve göğüs 30 derece yüksekte/ fawler
6 yaş ve üzeri	12, 14, 16 Fr	Nazogastrik	Fawler

*Küçük çaplı tüpler, daha rahat olmasına rağmen, şiddetli öksürüğü olan ve kusan çocuklarda kolayca yer değiştirebileceğinden dikkatli olunmalıdır.

**Beslenmede pozisyonun amacı, midenin rahat boşalmasını sağlayarak reflü riskini azaltmaktır.

Çocuk/Ailenin İşleme Hazırlanması ve Enteral Tüpün Uygulanması

- Çocuğa ve ailesine enteral beslenmenin yararları ve riskleri anlatılır.
- Yaş dönemine göre çocuğa ve ailesine işlem açıklanır.
- Enteral tüpün burun (nazogastrik-NG) ya da ağızdan (orogastrik-OG) takılması bebek/çocuğun solunum yolu açıklığı ve başka herhangi bir sağlık problemi (yarık damak, yarık dudak, ağızda/burunda ilerlemiş yaralar vb.) olup olmadığı veya tüpün kalıcılığı dikkate alınarak yapılır.
 - Yenidoğan bebekler burun solunumu yaptıkları için orogastrik tüp takılması daha uygundur.
 - Kalıcı tüpler burundan takılır ve üst solunum sistemi lokal irritasyonu nedeni ile 24 saatte bir değiştirilir.
 - Çok küçük bebeklerde besinin damla düzeninde gönderilmesi için sürekli nazogastrik beslenme yöntemi kullanılır.
- İşlemden önce eller yıkanır.
- Nazogastrik tüpün takılmasında; beslenme tüpü, burun ucundan kulak memesine ve ksifoid ile umblikusun ortasına kadar ölçülerek işaretlenir.
- Orogastrik tüpün takılmasında; tüp dudakların orta hattı üzerinden kulak memesi ve ksifoid ile umblikusun ortasına kadar ölçülerek işaretlenir.
- Enteral tüp steril su ya da serum fizyolojik ile ıslatılır. *Aspirasyon riski nedeniyle yağlı bir madde ıslatmak için kullanılmaz.*
- Tüpün trakeaya girme olasılığını azaltmak için bebeğin/çocuğun başı hiperfleksiyonda tutulur ve tüp, nazik bir şekilde işaretli yere kadar ağız/burundan sokulur.
- Tüpün yerinde olup olmadığı kontrol edilir (Bknz. Şekil 1. NG/OG yerleşim kontrol haritası).
- Yerleşim sağlandıktan sonra tüp, flaster ile yanağa tespit edilir.
- Tüpün takılış tarihi, numarası, tipi, giriş yeri, yaşanan güçlükleri hemşire notuna kaydedilir.
- Kullanılan malzemeler atılır ve eller yıkanır.

Pediatric Nursing Smart Notes

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTAPEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpasha Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-688-3



9 789752 776883