

ACİLE BAŞVURAN ÇOCUK VE AİLEYE PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM*

Suzan YILDIZ**

Kabul Tarihi: 26.08.2005

ÖZET

Bu derleme acil hastalığı nedeniyle acil ünitelerine başvuran çocuğun ve ailesinin psikososyal ve emosyonel yönlerini incelemektedir. Çocuk acil ünitelerinde yatan çocukların etkilendiği stresörleri, bu stresörlere karşı çocuk ve ailenin tepkilerini; olayla başedebilmelerini, korkularını, ağrıya karşı reaksiyonlarını, çaresizliklerini, ölümü algılamalarını ve gereksinimlerini içerir. Bu ünitelerde çalışan hemşirelerin bakım sırasındaki rolleri konusunda bilgi verir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk acil hemşireliği, çocuk ve ailenin reaksiyonları, psikososyal yaklaşım.

ABSTRACT

Psychosocial Approach to Child and Family in Pediatric Emergency Unit.

This article reviews the psychosocial and emotional aspects of emergency children were applied emergency care unit. It includes the factors of stress and reactions to stress factors of children and families; to cope with what is happening to them, their fears, their incurability, reactions to pain, perceives of death and needs. Additionally it explores the role of the nurse in a pediatric emergency unit.

Keywords: Pediatric emergency nursing, reactions of children and parents, psychosocial approach.

GİRİŞ

Acil, çocuğun fiziksel veya duygusal yönden tehlike içinde bulunduğu durumlarda, çocuğun ve ailesinin gereksinim duyduğu tıbbi bakımın anında verilmesidir. Pek çok çocuk yaşamlarının herhangi bir döneminde acil bir durum ile karşı karşıya kalır. Her yıl yaklaşık %20 oranında çocuğun çocuk acil ünitelerine getirildiği bildirilmektedir. Bunların çoğu akut hastalıklar veya yaşamı tehdit edici acil durumlardır. Akut hastalık, şiddetli derecede sınırlı aktivite semptomları ile ortaya çıkan ve tıbbi dikkat gerektiren bir durumdur. Çocuk acil ünitelerine getirilen akut hastalıklı vakaların %50'ni solunum yolu ile ilgili acil durumlar oluşturur. Bunların yaklaşık %11'i enfeksiyonlar ve paraziter hastalıklardan, %15'i ise travmalardan kaynaklanırlar. (<http://www.ena.org/redirect.asp?...2001>, <http://ena.org/about/...2001>, Wong et al. 2001).

Çocuğun yaşamının kritik derecede tehlikede olduğu acil durumlarda; gerekli tıbbi tedavi ve bakımını zamanında ve en uygun şekilde verilmesi gerekmektedir. Etkili, hızlı, kaliteli ve bilinçli bir hizmet anlayışı ile girişimler yapılmalıdır. Bu girişimler çocuğun hayatının kurtarılmasında yaşamsal önem taşımaktadır.

* 48.Milli Pediatri Kongresi, 4.Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, 3.Pediatri Asistanları Kongresi ve Pediatrik Aciller Kursu 21-24 Eylül 2004; Samsun'da (Konferans olarak) sunulmuştur.

** Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu.

e-mail: suzuil@istanbul.edu.tr Tel: 0212 440 00 00 / 27012

Acil birime başvuran çocuğa eğitilmiş ve sadece çocuğa bakım veren bir ekip tarafından uygulanan tıbbi girişimlerin ve bakımın yanı sıra; çocuğa ve ailesine psikolojik ve sosyal yönden verilecek destek de son derece önemli olup, tedavinin önemli bir parçasıdır ve rutin hastaneye kabul sırasında verilen destekten farklıdır.

Psikososyal bakım ve destek psikolog ve sosyal hizmet uzmanı tarafından öncelikli olarak verilmesi gereken bir bakım olmasına rağmen, tüm ekip üyelerinin psikososyal bakım ve desteği verebilecek yeterli-likte olması gerekir (<http://ena.org/about/...2001>, Olgun ve ark. 1998, Wong et al. 2001).

ACİL SERVİSE YATIRILAN ÇOCUK VE AİLENİN TEPKİLERİ

Çocuklar hastaneye planlı bir şekilde yatırıldığında sağlık personelinin ve ebeveynlerin çocuğu, kendilerini ve ailenin diğer bireylerini bu olaya hazırlamaları için zamanları olur. Acil servislere getirilen çocukların hastaneye kabulü, hastanenin diğer servislerine yatırılan çocukların hastaneye kabulünden farklıdır. Acil servislere getirilen çocukları ve aileleri hastaneye yatışa hazırlamak için yeterli zaman yoktur. Aniden gelişen bir olay olduğu için aile; çok az bir para, kısıtlı sayıda giysi ve ihtiyaçları olan diğer eşyalar ile, muhtemelen diğer çocuklarını da yanına alarak hastaneye gelir. Yaralanmalar nedeniyle hastaneye getirilen çocukların bazıları da yalnızdır. Çocuk ve ailesi kendilerini hazırlıksız bir şekilde, birden, yabancı bir çevrede, tanımadığı araç ve gereçler ile koşuşan beyaz üniformalı insanlar arasında ve kendilerine zorunlu olarak uygulanan çeşitli işlemler içinde bulurlar. Bu nedenle hastaneye acil kabul çocuk ve ailesi için daha travmatize bir olaydır (<http://www.ena.org/redirect.asp?...2001>, Jackson and Saunders 1993). Acil ünitelerinin fizik çevresi çocuk ve ailesi için ürkütücüdür. Maske, kep, eldiven,

üniforma gibi giysilerle çalışan yabancı insanlar; monitör, klima, aspiratör gibi araç-gereçlerin görünümü ve çıkardığı sesler, yabancı ve yüksek monoton sesler ile camlı bölmeler arkasından ailesini görme hasta çocukta korku, anksiyete ve izolasyon duygusunu arttırır. Sürekli bir kargaşa ile birlikte, özellikle ebeveyn- çocuk ilişkisi olmak üzere tüm ilişkilerde sosyal izolasyon vardır. Tüm bu çevre faktörleri ile birlikte çocuk sıklıkla ağrı ya da acı çekiyordur, hareketleri son derece sınırlıdır, kritik derecede önemli belirti ve bulguları vardır, çok sayıda korkutucu ve travmatik işlemlere maruz kalır (<http://www.ena.org/redirect.asp?...2001>, Jackson and Saunders 1993, Whaley and Wong 1987).

Bilinmeyen bir durum her zaman anksiyete ve korkuya neden olur. Çocuğun acil servise getirilmesi ve orada başına neler geleceğini bilmemesi onda büyük korku yaratır. Çocukların zaten değişik yaş gruplarına ve gelişimsel aşamalarına göre farklı korkuları vardır. Bunlar; aileden ayrılma, ağrı ve acı çekme, beden imajında değişiklik (vücut bölümlerini kaybetme) vb'dir. Korku hali çocukta mevcut hastalık ve semptomlarının daha da kötüleşmesine yol açabilir. Aileden ayrı kalmanın yanı sıra akranlarından ayrı kalma, oyun oynayamama, okula gidiyorsa okuldan ayrı kalma vb. kaygıları vardır.

Çocuğun ailesi de; çocuğunun yaşadığı sıkıntıları algılayıp, onunla birlikte yaşamasının yanı sıra acil ekibi üyeleri ile çok hızlı bir şekilde karşılaşmaları, hızla yapılan tanılama, yapılan girişimleri zorunlu olarak kabul etmeleri, çocuğunun durumunun ciddi olması ve geçmişte sağlık personeli ile ilgili olumsuz deneyimlere sahip olmaları nedeniyle çaresiz, şaşkın, korkmuş ve anksiyeteli olup çocuklarının ölebileceğini ya da sakat kalabileceğini düşünürler. Çocuğun ağlaması, sızlanması, isteklerde

bulunması, çocuğuna yardım edememesi, apar-topar geldikleri için zaman zaman ağlayan çocuğunu bırakıp tahliller vb gereksinimler için çocuğun yanından ayrılması, ekonomik sıkıntısı nedeniyle çocuğuna yapılacak işlemleri karşılayamaması, kendi fiziksel ve sosyal gereksinimlerini karşılayamaması da ailede ayrıca stres yaratır. Bu durumdan kendilerini sorumlu tutmaktadırlar. Bütün stresörler ebeveynlerin baş etme mekanizmalarını zorlar; sonuçta öfke, geri çekilme, ağlama davranışları gösterirler. Stres hiperaktif bir şekilde de kendini gösterebilir. Bazı aileler bağırıp çağırır, yapılan tedavileri reddedebilir. Çocuklar ve aileler normal hospitalizasyon süresinde yaşadıkları protesto, ümitsizlik, inkâr, kabullenme safhalarını yaşayamazlar (<http://www.ena.org/redirect.asp?..2001>, Jackson and Saunders 1993, McKinney et al. 2000).

Acil servislere getirilen bazı çocukların durumları çok ağır olup, kaybedilebilirler. Doğal olarak bu çocuklar, kronik ve ölümcül hastalığı olan çocukların terminal dönemde gösterdikleri tepkileri (inkâr, öfke, pazarlık etme, depresyon, kabullenme) göstermezler. Ebeveynler de ani ve beklenmedik bir ölümle karşı karşıya kalmışlardır. Aileler çocuğun ölümünden sonra bir süre hareketsiz kalma, histeri, şok, bazen inkâr tepkileri gösterirler (Betz et al. 1994, Terakye 1995).

ACİL BİRİMDEKİ STRESÖRLER

Acil birimlere getirilen çocukların karşı karşıya kaldıkları ve stres yaşamalarına neden olan faktörler genel olarak 4 grupta toplanabilir. Bunlar;

Çevresel faktörler; acil birimin görünümü, gürültü, ses, trafik, acil birimdeki araç-gereçler, etraftaki kötü görünen diğer hastalar, sağlık personelinin yaptıkları işlerdir.

Fiziksel faktörler; invazif olan ve olmayan girişimler, ağrı, acı ve sıkıntı

çekme, fiziksel hareket kısıtlılığı, yeme içmede yetersizlik vb faktörlerle birlikte hastalığına yönelik fiziksel sıkıntı (solunum sıkıntısı vb)dir.

Psikolojik faktörler; acile geliş, kontrol ve gizlilik kaybı, iletişim eksikliği, ebeveyn davranışı, bilgi, anlama/-algılama eksikliği ve hastalığın şiddetidir.

Sosyal faktörler; aileden ayrılma, akranlarından ayrı kalma, oyun oynayamama, okula gidememe, derslerinden geri kalma, alışkanlıklarından uzak kalma (spor yapma vb.) v.b'dir. Ayrıca ailenin; ekonomik yetersizliği, sağlık güvencelerinin olmaması, acil birimin çocuk ve ailenin ihtiyaçlarını karşılayacak koşullarda olmaması, sağlık ekibinin çocuk ve ailenin beklentilerini karşılayamaması, ailelerin uyku, yeme-içme, barınma, giyinme vb. fiziksel ve sosyal ihtiyaçları da vardır (Eermiş ve Tamar 1997, Foster et al. 1989).

ÇOCUĞUN ACİL DURUMA KARŞI TEPKİLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Çocuğun; gelişimsel düzeyi (bilişsel düzeyi), yaşı, emosyonel (duygusal) durumu ve kişiliği, günlük yaşam aktivitelerinin ne düzeyde kesintiye uğradığı, önceki hastalık/hastane deneyimleri (kişisel veya diğer), sağlık ekibi ile ilgili önyargıları, sosyo-kültürel değerleri ve hastalık inançları, hastalığı algılaması, hastalık hakkındaki bilgi düzeyi, çevresindeki önemli kişilerin hastalığa karşı tepkileri, destek sistemleri (evdeki yakın çevresi ve arkadaşları) ve sonradan kazanılan yetenekler çocuğun acil duruma karşı tepkilerini, hastalıkla baş etme düzeyini etkileyen faktörlerdir. Ayrıca hastalığın tipi (hafif veya ağır), lokalizasyonu ve şiddeti de önemlidir (Eermiş ve Tamar 1997, Foster et al. 1989).

Yapılan çalışmalarda hastaneleri tanıtım programlarının hazırlanmasının ve bu programlarla hastane acil

servisinin çocuk hasta olmadan önce, ilköğretim çocuklarına sağlıklı iken tanıtılmasının ve acil birimleri çocuğun, hastalanmadan önce ziyaret etmesinin çocukların hastaneyi olumlu algılamalarını etkilediği gösterilmiştir (Çavuşoğlu 1996).

ÇOCUK VE AİLESİNE PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Çocuk ve Ailesinin;

Neden:

- * Ortamdan olumsuz etkilenmesi

Gösterilen davranış:

- * Huzursuzluk

Gereksinimi:

- * Duygusal destek

Hemşirelik Yaklaşımı:

- * Duygusal destek sağlanır

Sağlık ekibi üyelerinin;

Neden:

- * Bilinmeyen durumla karşı karşıya kalmaları

- * Zaman kaybetmeme düşüncesi

- * Aşırı çalışma yükleri

Gösterilen davranış:

- * Farklı duyu durumları

- * Gerginlik

(Bu davranışları çocuk ve aileye yansıyabilir.)

Gereksinimi:

- * Duygusal destek (çocuk ve ailenin)

- * Profesyonel yardım (sağlık ekibi üyelerinin)

Hemşirelik Yaklaşımı:

- * Duygusal destek sağlanır (çocuk ve aileye)

- * Profesyonel yardım alınır (sağlık ekibi üyelerine)

Çocuk ve Ailenin;

Neden:

- * Önceki olumsuz hastane deneyimleri

- * Sağlık ekibine karşı şüphe ve güvensizlikleri

Gösterilen davranış:

- * Hekim ve hemşireye karşı tepki

Gereksinimi:

- * Şüphenin giderilmesi

- * Güven sağlanması

Hemşirelik Yaklaşımı:

- * Çocuğa ve aileye zaman ayrılmalı

- * Anlayacakları dilde açıklamalar yapılmalı/ durum açıklanmalı.

- * Güven verici uygulamalar sağlanmalıdır.

Çocukta;

Neden:

- * Çocuk istismarı ve ihmali

Gösterilen davranış:

- * Çocuğun durumu ağır olmasına rağmen ebeveynin önemsememesi

Gereksinimi:

- * Ailenin psikolojik tedavisi

Hemşirelik Yaklaşımı:

- * İyi anamnez alınmalı

- * Ebeveynlerin çocuğuna ilgisi ve hastalığına karşı tutumu değerlendirilmeli

- * Tedaviye yönlendirilmeli

Çocuk ve Ailede;

Neden:

- * Belirsizlik

Gösterilen davranış:

- * Çocuk ve ailede güvensizlik

Gereksinimi:

* Bilgilendirme

Hemşirelik Yaklaşımı:

Çocuk ve aileye;

-Bilgi verilerek kontrol ve sorumluluk duyguları arttırılır.

-Bilgilendirme kendini güvende hissetmelerini sağlar.

-Yapılan tüm işlemlerin sonuçları anlayabilecekleri dilde anlatılır.

-Anksiyeteleri yüksek ise verilen bilgileri zor anlayabilirler.

*Açıklamalar birçok kez yinelenmeli

*Her işlem yavaş ve basit bir dille anlatılmalı

*Soru sorma fırsatı verilmeli

Çocuğa yapılan hızlı girişim nedeniyle;

Neden:

* Çocuğun yapılacaklar konusunda bilgilendirilmemesi/ hazırlanmaması

Gösterilen davranış:

* Anksiyete

* Korku

* Endişe

Gereksinimi:

* İşlemlere hazırlanma gereksinimi

* Cesaret; korku ve endişeleri ile baş edebilme gereksinimi

Hemşirelik Yaklaşımı:

* Yaş gruplarına göre çocuğun bilişsel gelişim düzeyleri, korkuları, beklentileri değerlendirilir.

* Çocuğa destek olunur.

* Cesareti sembolize eden kahramanlık rozeti vb takılabilir.

- Korku ve anksiyetesi ile baş etmesinde yardımcı olur.

- Stresli deneyim olumlu bir anıya dönüşür.

* Nazik, yumuşak, sevecen bir ses tonu ile konuşulmalı

* Tensel dokunma, göz göze iletişim, yakın ilgi ve empati ile yaklaşılmalı; korku ve endişeyi azaltır.

Ailenin ziyaretinde;

Neden:

* Çocukta dren, sonda vb. takılı olması,

* Çocuğun huzursuz olması, ağrısı

* Çocuğun olumsuz düşünceleri, vb

Gösterilen davranış: * Ailede;

-Sıkıntı

-Şaşkınlık

-Korku

-Ne yapacağını bilememe

Gereksinimi: Ailenin ;

-Duygusal destek gereksinimi

-Bilgilendirme gereksinimi

Hemşirelik Yaklaşımı:

* Çocuğun neler düşündüğü ve niçin aletlerin takılı olduğu açıklanmalı

* Çocuğun yanında bulunmalı

* Aileye duygusal destek sağlamalı

* Soruları varsa yanıtlanmalı

Kardeşlerin ziyaretinde;

Neden:

* Çocukta dren, sonda vb. takılı olması,

* Çocuğun huzursuz olması, ağrısı

* Çocuğun olumsuz düşünceleri

Gösterilen davranış: Kardeşlerde;

- Şaşkınlık

- Korku

Gereksinimi: Kardeşlerin ;

-Bilgilendirilmesi

-Duygusal destek

-Ziyaret zamanı ve süresinin ayarlanması (erken, geç sürer)

Hemşirelik Yaklaşımı: Kardeşler;

-Çocuğun görünüşü, düşünceleri vb. konularda hazırlanmalı /bilgilendirilmeli

-Kardeşlerin kişisel özelliklerine göre ziyaret zamanı, süresi ayarlanmalı (hemen mi? / çocuk stabilleşince mi?)

* Erken ziyaret durumunun olduğundan kötü hayal edilmesini azaltır.

* Oksijen, tüp, sonda vb. bağlı ise çocuk ağrılı ya da tepkisiz ise korkutucu olabilir.

* Ziyaret saatlerine uyulmalıdır.

* Çocuğun sıkılıp / sıkılmadığı izlenir.

Çocuğun sağlık ekibinin kontrolünde olmasıyla;

Neden:

* Değişen ebeveyn rolü

* Ebeveynin rollerinin sınırlanması

Gösterilen davranış: Ailede;

- Çaresizlik

- Korku

- Engellenme duygusu

Gereksinimi:

* Bilgilendirme

* Yeni rollerini bilme isteği

* Çocuğuna bakım verme isteği

Hemşirelik Yaklaşımı: Ebeveynler;

- Kendilerinden beklenen yeni rol ve sorumluluklar konusunda bilgilendirilir/ eğitilir / hazırlanır.

-Yapabilecekleri fonksiyonlar belirlenir (banyo ve yemeğine yardım etme, konuşma, dokunma vb)

-Yeni rol ve sorumluluklar belirlenir (işlemlere yardımcı olmak vb)

Çocukta;

Neden:

* Hastalık nedeniyle gelişen ağrı

* Ağrılı işlemler

Gösterilen davranış:

* Sürekli ağlama

* Sızlanma

* Sözel Ağrı İfadesi

* Yüz buruşturma

* Büyük motor hareketler

* Saldırgan davranışlar

Gereksinim:

* Hastalık / tedavi hakkında bilgilendirme

* Ağrılı işlemlere hazırlık gereksinimi

* Ağrı tedavisi

Hemşirelik Yaklaşımı:

* Ağrı skalası kullanılarak ağrının lokalizasyonunun ve şiddetinin belirlenmesi

* Korku ve anksiyetenin giderilmesine yönelik tüm hemşirelik girişimleri

* İlk ağrılı işlemlerde (özellikle) ağrıyı en iyi giderebilecek yöntemler seçilmeli

* İşlem öncesi; sırası; sonrası hazırlık yapılmalı

* Uygun ağrı tedavisi yapılmalı

* Gevşetici yaklaşımlar; dikkati başka yöne çekme, düşünme ve oyun, ebeveyn ile birlikte olma, gevşeme egzersizleri, bebeği kucağa alma,

pozisyon verme, müzik terapi vb. uygulanmalıdır.

Çocukta;

Neden:

* Vücut bütünlüğünün bozulması tehdidi (yapılacak işlemlerle)

Gösterilen davranış:

* Çaresizlik

Gereksinimi:

* Rahatlama

* Bilgilenme

Hemşirelik Yaklaşımı:

* Hastalığa ve tedaviye yönelik açıklama yapılır.

* Vücuduna yapılacak işlemler açıklanır

Çocuk ve ailede;

Neden:

* Stres

Gösterilen davranış:

* Söylenenleri anlamama

* Kendilerinden bekleneni yapamama

Gereksinimi:

* Yeterli bilgi alma

* Rahatlama

Hemşirelik Yaklaşımı:

* Önceki bilgi düzeyi ve önceki hastalık deneyimi değerlendirilir.

* Anlama / öğrenme kapasitesi (bilişsel gelişim düzeyine göre) değerlendirilir.

* Yeterli açıklamalarla eğitilir / anlatılır.

* Ne anladığından emin olunur (feed-back ile)

* Güven verme uygulamaları yapılır.

Çocuk ve ailede;

Neden:

* Sağlık ekibi personelinin kendileri ile ilgili konuşmaları, tartışmaları (deskte, koridorda vb)

Gösterilen davranış:

* Korku

Gereksinimi:

* Korkunun giderilmesi

Hemşirelik Yaklaşımı:

* Onları ilgilendirmeyen tartışmalar, duyamayacakları yerlerde yapılmalı

* Yatak başı tartışmalarında çok dikkatli konuşulmalı, ifadeler özenle seçilmeli, çocuğun varlığı unutulmamalı

* Yatak başı konuşma gerekli ise aile ya önceden bilgilendirilmeli ya da üniteyi bir süre terk etmesi istenmelidir.

Çocukta;

Neden:

* Çevresel uyaranlar (gürültü, vb)

* Yüksek sesle konuşulması

Gösterilen davranış:

* Duygusal yüklenme

* Uyku bozuklukları

Gereksinimi:

* Sessizlik

* Uyku gereksinimi

Hemşirelik Yaklaşımı:

* Ortamın sessiz olması sağlanmalı; konuşmalar yüksek sesle yapılmamalı

* Çevresel uyaranlardan korunmalı; kullanılmayan yatakbaşı aletleri kapatılmalı

* Rahatsız edici seslerden kaçınılmalı

* Evde uykuya dalma alışkanlıkları

öğrenilmeli, gerekiyorsa aynı ortam sağlanmaya çalışılmalı

Çocuk ve aileye sosyal yönden yaklaşım;

- Uyku
- Beslenme
- Barınma
- Giyinme vb fiziksel ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasına destek olmalıdır. Bunun için hastane yakınlarındaki otel, lokanta, kafeterya vb.yerler hakkında bilgi, broşür verilmeli.

- Hastanenin krokisini, kurallarını gösteren broşür verilmeli

- Sosyal çevresi (yakın arkadaşları ve ailesi), destek grupları, ortak ilgisi olan kişilerle görüşme fırsatı verilmektedir.

Çocuğun;

Neden:

- * Başka bir çocuğun ölümüne şahit olması

Gösterilen davranış:

- * Korku
- * Anksiyete

Gereksinimi:

- * Korkunun giderilmesi
- * Güven gereksinimi

Hemşirelik Yaklaşımı:

- * Ölüm olayı bilişsel gelişim düzeyine göre, anlayabilecekleri bir dille, dürüstçe anlatılmalı (Çavuşoğlu 1996, Giganti 1998, Olgun ve ark. 1998, Wong et al. 2001).

ÖLEN ÇOCUĞUN AİLESİNE YAKLAŞIM

Hiçbir şey bir çocuğun ölümünü kabullenmekten daha güç değildir. Ani bir ölüm olursa ve çocuğun ailesinin ölüme hazır oluşluğu yoksa bu aile bazen yıllarca keder yaşar. Bu ailelerden kaçılmamalıdır. Ancak sağlık ekibi

üyelerinin genellikle davranışları kaçma yönündedir. Böyle ölümlerde ebeveynler ve kardeşler çocuğun ölümünden sonra ölüm evrelerinden (öfke-pazarlık-depresyon-keder-kabullenme) geçerken hemşire onlar için aylarca ulaşabilecekleri bir yardım kaynağı olmalıdır.

Ölen çocuğun ailesi histeri, şok belirtileri gösterir. Hazırlayıcı evrelerden geçmeye zaman kalmadıysa inkar belirtileri de görülür. Şok anında söylenenleri sıklıkla anlamazlar. Aile sessiz, sakin bir yere alınmalı, sessiz kalarak ve onları dinleyerek duygularını ifade etmeleri sağlanmalı, aile hiçbir zaman suçlanmamalı, özellikle anne kendini suçlu hissedebilir. Bebekleri için en iyisini yaptığına onu inandırmaya çalışılmalıdır (Terakye 1995).

Ölümden sonra ailenin çocuklarını görmesine izin verilmelidir. Aile ölmüş çocuğu kucağına almak, onunla bir süre zaman geçirmek, soğuk su sürmek istiyorsa rahatlaması için izin verilmelidir. Olabildiği kadar ailenin yanında kalınmalı, çocuğun şahsi eşyalarının toplanması gibi uygulamalarda aileye yardım edilmeli ve istedikleri zaman bize ulaşabilecekleri söylenmelidir.

Bazı durumlarda çocuğa otopsi yapılması gerekir. Bu durum aile biraz rahatladıktan sonra uygun bir ortam sağlanarak aileye uygun şekilde açıklanmalıdır.

Çocuğun ölüm nedenine göre, ailenin daha önce aynı nedenle çocuklarını kaybeden ailelerle tanıştırılması, ülkede ailenin durumuna uygun dernekler varsa onlarla ilişki kurması sağlanmalıdır (Betz et al. 1994, Çavuşoğlu 1996, Terakye 1995).

Çocuğun ve ailenin emosyonel ihtiyaçlarının teröpatik iletişim teknikleri kullanılarak değerlendirilmesi ve onlara yardım edilmesi, öncelikle hemşirenin görevi olmasına rağmen tüm ekip aynı hassasiyetle konuya önem vermeli ve destek olmalıdırlar.

KAYNAKLAR

- Betz CL, Hunsberger M, Wright S** (1994). Family Centered Nursing Care of Children. Second edition. W.B.Saunders Company, Philadelphia.
- Çavuşoğlu H** (1996). Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Bizim Büro Basımevi Tesisleri, Ankara.
- Emergency Nurses Association Position Statement: Educational Recommendation for Nurses Providing Pediatric Emergency Care** (2001). <http://www.ena.org/redirect.asp?PATH=/services/posistate/statements/educationrecommendationped.htm>.
- Emergency Nursing Pediatric Course** <http://www.ena.org/about/calendar/nursing/enpc/2001statechairs.htm>
- Erermiş HS, Tamar MI** (1997). Çocuk psikiyatrisinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-II Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 2(2): 271-284.
- Foster LR, Hunsberger M, Anderson JT** (1989). Family Centered Nursing Care of Children. WB Saunders Company, Philadelphia.
- Giganti AW** (1998) Families in pediatric critical care: the best option. Pediatric Nursing 24(3): 261-265.
- Jackson DB, Saunders RB** (1993). Child Health Nursing. JB. Lippincott Company, Philadelphia.
- Kübler-Ross E** (1995). Yaşamın son Günleri. Çeviri Editörü: Terakye G, II. Basım, Aydoğdu Ofset, Ankara.
- McKinney ES, Ashwilly JW, Murray SS et al.** (2000). Maternal-Child Nursing. W.B.Saunders Company, Philadelphia.
- Olgun N, Aslan FE, Kuşuoğlu SY** (1998). Acil Bakım. Yüce Yayın, İstanbul.
- Whaley LF, Wong DL** (1987). Nursing Care in Infant and Children. 3.Edition, St. Louis, The C.V.Mosby Company, Washington.
- Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D et al.** (2001). Essentials of Pediatric Nursing. Sixth edition, Mosby Company, St.Louis.