

Zihinsel Engelli Çocukların Evde Bakımı ve Hemşirelik Yaklaşımı

Caring Of A Mental-Impaired Child At Home And Nursing Approach

¹Yrd. Doç. Dr. H. Demet GÖNERER

²Öğr. Gör. Yelda GÜLER

³Yrd. Doç. Dr. Birsan ALTAY

⁴Arş. Gör. Dilay Argun AÇIL

¹Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

²Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği

⁴Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği

Gaziantep Tıp Dergisi 2010;16(2):57-65.

Özet

Zekâ, insanın zihinsel birçok yeteneğinin uyumlu çalışması sonucu oluşan yetenekler bütünüdür. Zihinsel engelli çocuklara ilişkin en son tanımlama AAMR(American Association Mental Retardation [Amerikan Zekâ Geriliği Birliği]) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre "zihinsel engellilik, zihinsel işlevde bulunma ve kavramsal, sosyal ve pratik uyumsal becerilerde kendini gösteren uyumsal davranışların her ikisinde anlamlı sınırlılıklar olarak karakterize edilen bir yetersizliktir. Bu yetersizlik 18 yaşından önce başlar." Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) zihinsel engelli bireylerin genel toplum içinde %2-3 oranında görüldüğünü belirtmiştir. Zihinsel engelli olan çocukların en temel/belirgin özelliği gelişim hızlarının yaşitlarına göre daha yavaş olmasıdır. Bu gecikme gelişimin tüm alanlarında görülür. Zihinsel engelliliğin büyük bölümünün etiyolojik faktörü bilinmese de enfeksiyon, travma ve toksinler gibi dış etkenler, prenatal, perinatal veya postnatal etmenler, doğum problemleri ve genetik faktörler nedenler arasında sayılmaktadır. Zihinsel engellilik durumu uzun süreli tıbbi tedavi ve bakımı gerektirdiğinden evde bakım, çocuğa alışık olduğu ortamda hizmetin sunumunu sağladığı için çocukların kendilerini rahat, mutlu, özgür ve bağımsız hissetmelerine neden olmaktadır. Sağlık disiplinleri içinde evde bakım hizmetlerinde, bakım rolü hemşirelik mesleğinin sorumluluğundadır. Zihinsel engelli çocukların sağlık düzeylerinin yükseltmesi için birçok hemşirelik girişiminin uygulanması gerekir. Çocuk ve ailenin günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmanın yanı sıra kriz döneminde ruh sağlıklarının korunması ve sürdürülebilmesi için baş etme yöntemlerinin geliştirilmesinde hemşirenin sorumlulukları içinde yer alır.

Anahtar Kelimeler: Zihinsel engelli çocuk, Evde bakım, Hemşirelik bakımı

Abstract

Intelligence is an whole aptitude which results in coordination of a person's lots of mental abilities. The last definition about the mental-impaired children was made by American Association Mental Retardation. According to this definition, a mental-impaired person can't fulfill his/her mental function entirely and show his/her ability in social, conceptual and practical accordance skills. This disability begins before 18 years old. The World Health Organization expressed that there are 2 or 3% of mental impaired people in a society. The most outstanding feature of a mental-impaired child is that his/her development is slower than his/her peers. This retardation is seen in all development stages. The etiologic factor of a major of mental impairment isn't known but it is thought that the external factors like infection, trauma and toxins, prenatal, perinatal or postnatal factors, birth problems and genetic factors cause the mental impairment. Mental impairment requires long term medical impairment and caring and caring at home provides children to feel themselves more comfortable, happier and more free. Among the health disciplines, in services of caring at home, the caring role is the duty of nursing profession. Lots of nursing enterprise must be carried out to raise the mental-impaired children's health levels. In addition to help child and his/her parents in daily life activities, nurses must improve the methods about coping with the protection and assimilation of their mental health in depression period.

Key Words: Mental-impaired child, Caring at home, Nursing care

Giriş

Zihinsel engellilik bireyde kalıcı yetersizlikler oluşturan, hayat boyu gözlem, kontrol, bakım, tedavi ve rehabilitasyon gerektiren önemli bir bozukluktur. Zihinsel engelli olma, sadece bu sorunu yaşayan bireyi değil, aile üyelerini ve yakın çevresini ekonomik, sosyal ve psikolojik, davranışsal ve bilişsel yönlerden etkileyen bir sorundur (1).

2002 yılı aralık ayında Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nca Devlet İstatistik Enstitüsü'ne uygulatılan "Türkiye Özürlüler Araştırması" sonuçları, engelli olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranını %12.29 olarak belirlemiştir. Bu sonuca göre ülkemizde 8.431.937 kişi hayatlarını engelli olarak devam ettirmektedir (2). Bu oran içinde zihinsel engellilik oranı 0.48 olarak tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) zihinsel engelli bireylerin genel toplum içinde %2-3 oranında görüldüğünü belirtmiştir. Zihinsel engelliliğin erkeklerde, kızlardan iki kat daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (3). Bu sayısal veriler engelliliğin ülkemiz için önemli bir sorun olduğunu göstermektedir(4). Bu makalede, zihinsel engelli çocukların evde bakımı ve hemşirelik yaklaşımı hakkında bilgi vermek amaçlanmıştır.

ZİHİNSEL ENGELLİLİĞİN TANIMI

Zekâ, insanın zihinsel birçok yeteneğinin uyumlu çalışması sonucu oluşan yetenekler bütünüdür. düşünme, mantık yürütme, algılama, öğrenme, bellek, yargılama, sonuç çıkarma gibi yeteneklerdir. Bu yeteneklerin birbirleriyle uyumlu ve ilişkili çalışması sonucunda zihinsel faaliyetler yürütülmektedir (5,6). Günümüzde sağlık ve eğitim alanında zihinsel engellilik anlamında, zeka yetersizliği, zeka geriliği, normal altı zeka, oligofreni, gelişimsel engellilik, gelişimsel gecikme, mental handikap, mental retardasyon gibi terimler kullanılmaktadır. Toplum içinde ise zihinsel engelliler, tutuk, alık, aptal, salak, budala olarak isimlendirilmektedirler (7,8).

Yrd.Doç.Dr. H. Demet GÖNERER, Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Adres: Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, SINOP

Tlf: 0368 271 52 48 **Faks:** 0368 271 48 22 **E-mail:** gonener@hotmail.com

Geliş Tarihi: 12.03.2010 **Kabul Tarihi:** 26.04.2010

Zihinsel engellilik birçok farklı disiplini yakından ilgilendirdiği için bu durum farklı yönleri ile ele alınmış, yıllar içinde değişik tanımlamalar yapılmıştır (9). Zihinsel engelli çocuklara ilişkin en son tanımlama AAMR (American Association Mental Retardation [Amerikan Zekâ Geriliği Birliği]) tarafından 2002 yılında yapılmıştır. Bu tanıma göre "zihinsel engellilik, zihinsel işlevde bulunma ve kavramsal, sosyal ve pratik uyumsal becerilerde kendini gösteren uyumsal davranışların her ikisinde anlamlı sınırlılıklar olarak karakterize edilen bir yetersizliktir. Bu yetersizlik 18 yaşından önce başlar" (10,11).

ZİHİNSEL ÖZÜRLÜLÜĞÜN TANI ÖLÇÜTLERİ:

Amerikan Psikiyatri Birliği'nce en son, hazırlanan psikiyatrik bozukluk tanı sınıflandırmasında (DSM-IV) bireyin zihinsel engellik durumunun tespit edilmesinde üç ölçüt belirlenmiştir.

Genel zekâ fonksiyonlarında ortalamanın önemli derecede altında olması: Standart olarak uygulanan zekâ testlerinde alınan puanın 70 ya da altında olması önemli bir ölçüttür.

Uyumsal davranışlarda yetersizlik olması: Uyumsal davranışlar, bireyin içinde bulunduğu yaş ve yetiştirdiği kültür grubundan beklenen bireysel bağımsızlık ve sosyal sorumluluklarını yerine getirmesidir. Amerikan Zihinsel Özürlülük Birliği'nin belirlediği uyumsal davranış alanları; İletişim, özbakım, ev yaşamı, toplumsal ve kişisel arası beceriler, toplumun sağladığı olanakları kullanma, kendini yönetme, okulla ilgili işlevsel beceriler, iş hayatı, boş zamanları değerlendirme, sağlık ve güvenlidir. Bu uyumsal davranışlardan iki ya da daha fazlasında yetersizlik belirlenmesi teşhis için yeterli sayılmaktadır.

Başlangıç yaşının 18'den önce olması: 18 yaşından önceki dönem zihinsel gelişimin olduğu dönemdir. Böyle bir sınırlama getirilmesinin nedeni ise zihinsel engellik durumunu, zihinsel fonksiyonlarda gerilik ve uyumsal davranışlarda yetersizlik gösteren diğer engel durumlarından ayırmaktır (9,12).

ZİHİNSEL ENGELLİLERDE SINIFLANDIRMA

Zihinsel engelli çocuklar homojen bir grup olmadığı için sınıflandırma yapılmıştır. Sınıflandırma, çocuklara özgü farklılıkların saptanması ve bunlara yönelik özel eğitim imkânları oluşturması açısından önemli bir konudur (10).

Amerikan Psikiyatri Birliği ve Amerikan Zekâ Yetersizliği Birliği, zihinsel engelli olan çocukları Wechsler zeka ölçeği puanlamasına göre dört düzeyde ele almıştır. Bu sınıflandırma psikolojik sınıflandırma olarak da isimlendirilmektedir.

Zekâ bölümü, zekâ yaşı / gerçek yaşı x 100 formülüyle hesaplanır (13). Wechsler puanlarına göre dağılım şu şekilde yapılmıştır (12).

Hafif derecede: ZB = 55-69
Orta derecede: ZB = 40-54
Ağır derecede: ZB = 40-25
Çok Ağır: ZB = 0-24 (12)

Bunun yanı sıra 18 Ocak 2000 tarihinde yürürlüğe giren Milli Eğitim Bakanlığı, Özel Eğitim Yönetmeliğinde, zihinsel engelli çocuklar, "eğitilebilir, öğretilir ve klinik bakıma muhtaç olan çocuklar olarak" sınıflandırılmıştır. Eğitsel sınıflandırmada zekâ bölümü ölçütü, psikolojik sınıflandırmaya göre daha geniş tutulmuş, grupların meydana getirilmesinde zihinsel engelli çocukların eğitim ihtiyaçları dikkate alınmıştır (10,14).

Eğitsel Sınıflandırma

Eğitilebilir : ZB = 75-45
Öğretilir : ZB = 44-25
Ağır : ZB = 25-5 (10)

Yapılan araştırmalarda ileri derece zihinsel engelli olanların tüm grubun içinde küçük bir yüzde oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu gruba genellikle bebeklik veya erken çocukluk döneminde tanı konulmaktadır. Zihinsel engellilerin büyük çoğunluğu hafif derecede zihinsel engelliliğe sahiptir (12).

Hafif Derecede Zihinsel Engellik:

Hafif düzeyde zihinsel engelli bireyler, "eğitilebilir" olarak nitelendirilen grubun içinde yer alırlar (6). Bu gruptaki bireylerin duyuşsal ve motor gelişimleri genellikle normal gelişim olan bireylerden önemli bir farklılık göstermediği için okula başlayana kadar fark edilmezler(14,15). Bu grup çocuklar gerilik derecesine göre 6-12 yaş düzeyinde zekaya sahip olup, bu düzeyde akademik çalışmalar yapabilir (10,16). Hafif düzeyde zihinsel engelli çocuklar, temel akademik becerilerle, özbakım becerilerini öğrenebilirler, yetişkinlik döneminde de kısmen yada tamamen geçimlerini sağlayacak iş becerisi kazanabilirler (14). Zihinsel engelli vakaların %75-85'i yani büyük çoğunluğu hafif derecede zihinsel engelliliğe sahiptir (11,12).

Orta Düzeyde Zihinsel Engellik:

Orta derecede zihinsel engelli olan bireyler, "öğretilir" olarak değerlendirilen grubun içinde yer alırlar (6). Bu grupta yer alan bireylerin zihinsel engellilik durumu okul öncesi dönemde fark edilmektedir, çünkü dil ve anlama yetisinde, özbakım ve motor becerilerinde, normal gelişimi olan çocuklara göre önemli farklılıklar göstermektedirler (14,15). Akademik olarak genellikle ilköğretim ikinci sınıf düzeyinden ileri gidemezler. Bu grup çocukların zekâ yaşı 1-3 yaş arasında değişmektedir (6,10). Zihinsel engelli vakaların %7-10'unu orta derecede zihinsel engelliler grubu oluşturur (11,12). Bu grup çocuklar yetişkinlik döneminde, birçoğu beceri gerektirmeyen işlerde veya uygun destekle daha az beceri isteyen işlerde çalışabilirler. Yeterli destek sağlandığında toplumsal hayata uyum sağlayabilirler (6).

Ağır Düzeyde Zihinsel Engellik:

Ağır düzeyde zihinsel engelli bireylerde belirgin şekilde motor gerilik vardır. Erken çocukluk döneminde konuşma becerilerini ya çok az kazanırlar ya da hiç kazanamazlar. Okul dönemi içinde konuşmayı ve özbakımla ilgili çok basit düzeyde bazı işleri yapabilmeyi öğrenebilirler. Bu grup çocuklar, ancak okul öncesi eğitim düzeyinden yararlanabilir. Ağır düzeyde zihinsel engelli bireyler genellikle hayatları boyunca başkalarının yardımı ve denetimine ihtiyaç duyarlar. Zihinsel engelli vakaların %3-4'ünü ağır derecede zihinsel engelliler oluşturur (6,11,15,16)

Çok Ağır Düzeyde Zihinsel Engellilik:

Zihinsel engelliler arasında "klinik bakıma ihtiyaç duyan çocuklar" olarak ta isimlendirilen gruptur (14). Çok ağır düzeyde zihinsel engelli olan çocukların birçoğunda zihinsel engelin gelişmesine neden olan özel nörolojik bir sorun vardır (6). Bu gruba giren çocukların engellik durumu doğumda ya da doğum sonrasında fark edilir. Yaşamları boyunca, günlük yaşam aktivitelerini (beslenme, boşaltım, hijyen, hareket) bir başkasının yardımı ile yerine getirebilirler(14,15). Zeka gelişimleri 0-2 yaş seviyesindedir (10).Zihinsel engelli olguların %1-2'sini çok ağır düzeyde zihinsel engeli bulunan çocuklar oluşturur (11).

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ:

Zihinsel engelli çocuklar hangi zekâ düzeyinde olursa olsunlar, gelişimleri normal çocuklardan farklılık gösterir. Aynı gelişimsel aşamaları izlemelerine rağmen, normal gelişim gösteren akranlarını geriden izlemekte ve tam olarak onlar gibi gelişim gösterememektedirler. Ayrıca zihinsel engeli bulunan çocuklar, hastalıklara karşı daha hassas olma eğilimleri olduğu için yaşlarına göre daha sık hastalanmaktadır (8,17).

Ancak bu grupta bulunan çocukların ihtiyaçları normal gelişim gösteren çocuklardan farklı değildir (18). Zihinsel engeli olan çocukların en temel/belirgin özelliği gelişim hızlarının yaşlarına göre daha yavaş olmasıdır. Zihinsel engelli çocukların özelliklerini genel olarak şöyle sıralanabilir (16).

Motor Özellikleri: Bu çocuklar duyu-motor sorunlar yaşar(16). Zihinsel engelli çocuklarda fiziksel büyüme ve gelişme, genellikle metabolik ya da endokrin hastalıklar ya da genetik mutasyonlar nedeniyle yaşlarının gerisinde kalmaktadır (9). Bu durum kaba ve ince motor becerilerinde yetersizliklere, el-göz koordinasyonun geç ve zor sağlanmasına neden olur.Koordinasyonla ilgili karmaşık hareketlerde belirli derecede gerilik vardır (6,8,9,16). Ayrıca bu grup çocuklarda tekrar eden stereotipik hareketlerde görülür (15).

Zihinsel Özellikleri: Zihinsel engelli çocukların öğrenmeleri güç olduğu için zaman alır.

Hafif zihinsel engele sahip olsalar bile normal gelişim gösteren yaştların düzeyinde öğrenebilmeleri için özel eğitim desteğine ihtiyaç duyarlar. Bu grup çocukların dikkatleri, ilgileri kısa süreli ve dağınıktır, konudan konuya geçerler (9,14,16). Hafızaları zayıftır bu nedenle gördüklerini,duydıklarını ve öğrendiklerini çabuk unuturlar (14,19). Akademik kavramları uzun sürede, zor ve sınırlı öğrenirler. Somut kavramları daha kolay anlarlar. Kavramların somutlaştırılması öğrenmelerini kolaylaştırır. Soyut terim, kavram ve sembollerini öğrenmeleri yavaş ve zordur (9,14,19). Kazandıkları bilgi ve becerileri sadece öğrendikleri durumlarda ve şekilde uygularlar. Yeni durumlara uyum sağlamada ve öğrendiklerini transfer etmede güçlük yaşarlar (16). Zihinsel engeli bulunan çocuklarda zaman kavramı ile ilgili bilgileri çok geç ve zor öğrenirler (7).

Dil Özellikleri: Zihinsel engeli olan çocuklar, konuşmaya yaştlarından daha geç başlamakta ve daha fazla konuşma bozukluğu göstermektedirler (9,16). Bu grupta bulunan çocukların sözcük dağarcıkları zayıftır ve konuşulan dili anlamada zorluk yaşayabilirler (6). Zihinsel engellik derecesi arttıkça, dil ve konuşma sorunları da artmaktadır (18).

Bedensel Özellikleri: Zihinsel engeli olan çocukların fiziksel görünüşleri ve sağlık sorunları, engelin derecesine göre değişmektedir (16). Hafif derecede zihinsel engeli olan çocukların fiziksel görünüşleri genelde normal yaştlarından farklı değilken, orta ve ağır derecede zihinsel engeli olan çocukların fiziksel özelliklerinde farklılıklar bulunabilir (18). Görme ve işitme kusurlarının yanında bu grup çocuklarda diş deformasyonları ve çürükleri iç ve dış organlarda anomaliler gözlenebilir (7,18,19). Zihinsel engeli bulunan çocukların fiziksel olarak belirgin diğer bir özelliği de sık olarak aktivite intoleransının gelişmesidir (8).

Sosyal, Duygusal ve Kişilik Özellikleri.Bu grup çocukların sosyal gelişimleri geri ve yavaş olduğu için kendilerinden yaşça küçük olan çocuklarla sosyal ilişki kurmayı tercih ederler (8,14).Yakın çevresinde bulunan kişilerle kolay dostluk kuramazlar kurdukları dostlukları uzun süre devam ettiremezler (10,19). Özgüven ve yetenek yetersizliği nedeniyle sorumluluk almak istemezler (8). Kişisel ilişkilerini, daima başkalarına bağımlı olarak sürdürürler (15,19). Sosyal ilişkilerde ben merkezlidirler. Kendisine ait olduğunu düşündüğü eşyaları paylaşmak istemezler (8,10). Topluma sosyal uyum sağlamada güçlük yaşarlar (9). Fiziki görünüşleri ve kılık kıyafetleri genellikle farklıdır. Duygu ve düşüncelerini ifade etmekte güçlük yaşarlar (14). Hiperaktivite, agresyon, engellenme eşliğinde düşüklük, sabırsızlık bu grup çocuklarda görülen diğer özelliklerdir (10,15).

ZİHİNSEL ENGELLİLİK NEDENLERİ

Zihinsel engellilik, birçok nedenden kaynaklanabilir (18). Zihinsel engelliliğe neden olan faktörlerin belirlenmesi, tedavinin düzenlenmesine, toplumu koruyucu önlemler konusunda aydınlatmaya, prognoz üzerinde olumlu etkiye ve tekrarlanma risklerinin azalmasına olanak sağlar (13,20).

Bu duruma neden olan faktörler çok sayıda ve çok değişken olabilir. Zihinsel engelliliğin büyük bölümünün etiyolojik faktörü bilinmese de enfeksiyon, travma ve toksinler gibi dış etkenler, prenatal, perinatal veya postnatal etmenler, doğum problemleri ve prematürel vakaların yaklaşık 1/3'nin nedenini açıklayabilmektedir. Ayrıca zihinsel engeli olan çocukların yaklaşık %35'inde genetik bir neden belirtilmektedir (3,13).

Bunun dışında bir gruplama yapılacak olursa, zihinsel engelliğin nedenlerini organik etkiler, çoğul genlerle(poligen) oluşan etkiler ve sosyokültürel etkiler olarak gruplandırabiliriz. Bu etkiler nedeniyle doğum öncesi, doğum sırası ve sonrasında meydana gelen sendrom, bozukluk ve hastalıkları şu şekilde sıralanabilir (12).

Prenatal Nedenler

Fertilizasyondan itibaren doğum gerçekleşinceye kadar geçen sürede belirlenmiş nedenlerdir. Genetik nedenler, anne-fetüs enfeksiyonları, gelişimsel serebral anomaliler, radyasyon, hipotiroidi, anneye ait nedenler prenatal nedenler arasında yer alır (11).

Perinatal Nedenler

Doğum gerçekleşmeden önceki bir haftayı ve doğumdan sonraki dört haftalık dönemi içerir. Doğum travması, edinsel metabolik bozukluklar, enfeksiyonlar, intraventriküler kanama, multiple konjenital deformiteler, neonatal konvülsiyonlar perinatal nedenler arasında yer alır (11).

Postnatal Nedenler

Doğum gerçekleşikten sonraki dört hafta ile onsekiz yasa kadar olan sürede merkezi sinir sisteminde hasara neden olabilecek faktörleri içerir. Enfeksiyonlar ve inflamatuvar hastalıklar, kafa travmaları, intoksikasyonlar, çevresel nedenler, doğumsal metabolizma hastalıkları, subseleüler organer hastalıkları postnatal nedenler arasında yer alır (11).

İleri derecedeki zihinsel engellilikler genellikle prenatal nedenlerle meydana gelirken, hafif derecedeki zihinsel engellilik ise uyaran yoksunluğu, proteinden yetersiz beslenme, malnütrisyon, ve sosyoekonomik şartların uygunsuzluğu gibi çevresel şartlara bağlı olarak meydana gelmektedir (11,13,18).

ZİHİNSEL ENGELLİK VE EVDE BAKIM:

Evde bakım, bireylerin bakım ihtiyaçlarının ev ortamında karşılanması ve bireylere evinde sunulan sağlık hizmetidir. Evde bakım hizmeti, profesyonel bir kişinin hasta bireye ve ailesine, hastanın evinde, günlük yaşam aktivitelerine yardım sağlanması etkinlikleridir (21,22). Evde bakım, medikal hizmetler yerine gereksinimi olan insanların/hastaların kendi evlerinde sağlık bakımı ve sosyal hizmetleri içeren bir sistemi tanımlar (23).

Evde bakım hizmetlerinde amaç, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyini yükseltmek, en üst seviyede tedavi ve bakıma ulaşmak, hastalığın ve engelliliğin etkilerini en aza indirerek aynı zamanda yaşamın ve yaşama koşullarının kalitesini yükseltmektir (21). Evde bakım hizmetinin başka bir boyutu da, tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetler ile bütünleştirilerek bireye yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Evde bakım hizmeti amacı ile geliştirilen sağlık hizmetleri holistik yaklaşımı temel olarak sektörler ve disiplinler arası işbirliğini gerektirir (24). Bütün bu faktörler evde bakım hizmetlerinin ekip çalışması ve anlayışı içinde sunulması zorunlu hale getirmektedir (22). Uzun süreli bakım ihtiyacı oluşturan engellilik durumu, bu sorunu yaşayan birey ve ailelere yeterli bakım hizmeti ve sosyal destek sağlanmadığında, ailelerin yaşamları olumsuz etkilemekte buna bağlı olarak önemli sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunların da oluşmasına neden olmaktadır (25). Gelişmiş ülkeler bakım yükünün, ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkamayacak boyutlara ulaşacağını öngördüklerinden ailenin desteklenmesini hedef alan bakım sigortası kapsamında yasal düzenlemelere sosyal politikaları içinde yer verdikleri görülmektedir. Nitekim Almanya, Avusturya, Hollanda, İsrail ve Japonya'da sosyal güvenlik sistemi içinde "bakım sigortası" uygulamaları yer almaktadır. Bunun yanında, sosyal hizmet uygulamaları içindeki düzenlemeleri içinde İngiltere, Norveç, İsveç, Almanya ve Hollanda'da devletin, bakıcı aile bireylerini destekleyen uygulamaları söz konusudur. Birçok ülkenin de, sosyal güvenlik ve mali düzenlemelerle bu grubun haklarını gözetecek, sosyal ve ekonomik avantajlar sağlayacak çabalar içinde oldukları görülmektedir (26). Ülkemizde de mevcut sağlık sistemi içinde yapılandırılmış bir evde bakım hizmet sistemi bulunmamaktadır (25). Evde bakım hizmetleri tüm bireyleri kapsamaktadır, bu kapsamda şu durumları sayabiliriz. Hamilelik, bebeklik, adolesan, erişkin ve yaşlılık gibi özel yaşam dönemleri ve bu dönemler, Kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, böbrek yetmezliği gibi), Büyüme, gelişme geriliği ve zihinsel engellilik durumu, Kalp damar hastalıkları, Terminal dönemdeki hastalar, HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalığı olanlar, Doğuştan ya da kaza sonucu bedensel engellilik durumu, Madde bağımlılığı, Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapamayan ve bir başka kişinin yardımına ihtiyaç duyan bireyler ve aileleri (21,27). Evde bakım hizmetlerini cazip hale getiren faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz.

*Evde bakım, bakıma gereksimin duyan bireye kendi alışık olduğu ortamda hizmetin sunumunu sağladığı için bireylerin kendilerini rahat, mutlu, özgür ve bağımsız hissetmelerini sağlamaktadır. Ayrıca bireyin sevdiği insanlarla bir arada olması, yakın iletişimde bulunması, kendini daha iyi hissetmesine aile bütünlüğünün bozulmamasına ve tedavinin olumlu ilerlemesine neden olmaktadır. Evde bakımın bu özelliği hizmetin çekiciliğini artıran en önemli faktörlerdendir (21,22,24,27).

* Evde bakım, ev ortamında bakım sağladığı için bireyin yaşam kalitesini ve memnuniyetini arttırmaktadır (22,27).

*Evde bakıma ihtiyacı olan bireyin bakım sorumluluğunun, aile fertlerinin üzerinden alınması iş ve sosyal yaşantının kısıtlanmasını engellemekte buna bağlı olarak bireylerin tükenmişlik sendromu yaşamlarını ortadan kaldırmaktadır (22).

*Evde bakım bireye günün her saati ve hafta sonları da hizmetin kesintisiz olarak sunulmasını sağlar.

*Evde bakım ile bireye ve aileye özel bakım planlanabilmekte ve hizmet sunumu yapılabilmektedir.

*Evde bakım bireyin ve aile fertlerinin bakıma daha fazla katılmasını sağlarken ailenin tüm üyelerinin hasta bakımı hakkında eğitilmesine de olanak sağlar.

*Evde bakım, bireyde enfeksiyon oluşma riskini azaltmaktadır. Bunun yanında bakımı uzun süre gerektiren bireylerin bakımı evde daha kolay yapılmaktadır.

*Hastane ile karşılaştırıldığında evde bakımın maliyeti daha uygundur (22,27).

*Evde bakım bireyin hobilerini ve alışık olduğu aktiviteleri gerçekleştirmek için olanak sağlar (27).

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUK ve HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Sağlık disiplinleri içinde evde bakım hizmetlerinde, bakım rolü hemşirelik mesleğinin sorumluluğundadır. Ev ziyaretleri sırasında hemşire birey- aile ilişkisini de gözlemler. Hemşire, gereksinimler doğrultusunda sağlık eğitimlerini bireye ve ailesine yönelik planlar (23). Hemşire, evde bakımda da, hastane bakımında olduğu gibi bağımsızdır. Ancak klinik dışı ortamda olmaya bağlı ekip üyelerinden uzakta olduğu için evde bakım hizmeti verecek olan hemşirenin bilgi birikiminin kuvvetli olması, kendine güven duyması, iletişim becerisinin güçlü olması, liderlik özelliklerinin olması, otonomi ve kritik düşünüp karar verebilme gibi meslekte profesyonellik gerektiren özelliklerin gelişmiş olması daha fazla önem kazanmaktadır. Zihinsel engelli bireyin evde bakımında bakım; birey ve ailenin gereksinimlerine odaklanır. Ayrıca evde bakım hizmeti veren hemşire gerektiğinde sağlık kurumları ile işbirliğine geçmelidir. Diğer hemşirelik dallarında olduğu gibi evde bakım hizmetlerinde de kayıt çok önemlidir. Bu alanda çalışan hemşireler bilgisayar ve kullanılan tüm kayıt araçları ve dokümanlar konusunda bilgi sahibi olmalıdır (28). Evde bakım hizmetlerinin büyük bir kısmı hemşirelik hizmetlerinden, küçük bir kısmı ise tıbbi tedaviden oluşmaktadır. Evde bakım hizmetlerinde hemşirelik hizmetlerinin niteliğinin maksimum düzeyde olması için, klinik ortamda hemşirenin profesyonel olarak çalışma sisteminde kullandığı tüm yöntemlerini kullanması gereklidir. Yani, kliniklerde hastanın öyküsünün alınarak, bütüncül yaklaşımla, bakım planı sürecinin oluşturulması ve değerlendirilmesi ne kadar önemli ise, evde bakım hizmetlerinde de o kadar önemlidir. O nedenle hemşire evde bakım vereceği bireyi değerlendirirken, bireyi kendisi ve çevresiyle bir bütün olarak ele almalı, yaşını ve zihinsel engellilik derecesi ve buna bağlı olarak becerileri yapabilece

durumuna göre ve ayrıntılı öyküsüne göre bakım planı doğrultusunda bakımını yapmalıdır (24). Buna göre zihinsel engelli çocuklarda temel hemşirelik tanımlarını şu şekilde sıralanabilir.

HEMŞİRELİK TANISI

Zihinsel engelli çocuğun "günlük yaşam aktivitelerinde başkasına bağımlı olması bakım verenlerin değişmesi, özgüvenin yetersiz olması ve başarısızlık korkusu nedeniyle gelişen anksiyete" tanısı olabilir (11). Böyle bir durumda;

AMAÇ: "Çocukta rahatsızlık ve huzursuzluk duygularının giderilmesini sağlamak" olabilir (29). Bu amaca uygun olarak aşağıda belirtilen hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanabilir.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:

Çocuğun anksiyete düzeyi değerlendirilir(hafif, orta, şiddetli, panik)bunun için hem sözel hem de sözel olmayan iletişim teknikleri kullanılarak, empatik bir anlayış izlenir. Birey dikkatli dinlenir, kısa ve basit cümleler kullanılarak sakin ve yavaş konuşulur. Fazla uyarılar, ortamdan uzaklaştırılır. Anksiyete ile ilgili risk faktörleri kontrol altına alınmaya çalışılır. Bireyin zihinsel engellilik derecesine göre oyun oynanır, resim, kukla ve oyuncaklar kullanılarak olaylar açıklanır. Çocuk, korku ve endişelerini ifade etmesi için cesaretlendirilir. Çocuğun anksiyete ile baş etme yöntemleri değerlendirilerek uygun baş etme yöntemlerini kullanmasına yardımcı olunur. Çocuğun mental aktivitesi izlenir. Çocuğa gevşeme egzersizleri, solunum egzersizleri ve hayal etme gibi anksiyete ile baş etme teknikleri öğretilir. Sınırlılıkları içinde fiziksel aktivitede bulunmasını sağlanır. Çocuğun kendi bakımına katılması için fırsat verilir. Ebeveynlerin veya bakım veren kişilerin bireyle beraberken anksiyetesinin yönetilmesine yardımcı olunur. Şiddetli ve panik düzeyde anksiyetesi olan çocuk, psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilir. Önerilen ilaç tedavisi varsa uygulanır. Ebeveynlerin endişeleri giderilmeye çalışılır ve bilgi verilir (29-31).

HEMŞİRELİK TANISI

Zihinsel engelli çocuğun "destek sistemlerinin yetersiz olması, zekâ seviyesinin düşük olması, uyumsal davranışlarda yetersizlik olması nedeniyle oluşan düşünce sürecinde değişiklik" tanısı olabilir (30). Böyle bir durumda;

AMAÇ; "Çocuğun kendisine ve çevresine zarar verici davranışları düzeltmek ve günlük yaşam aktivitelerini uygun şekilde yerine getirmesini sağlamak" olabilir (29,30). Bu amaca uygun olarak aşağıda belirtilen hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanabilir.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:

Çocuğa sakin, güven verici ve destekletici bir tutumla yaklaşılır. Çocuk,sürekli ve tehdit edici olmayan şekilde gerçeğe yönlendirilerek oryante olması sağlanır.

Genel soyut yorumlar ve imalar yerine açık, net basit somut ifadeler kullanılır. Çocuğun günlük yaşam aktivitelerini alışık olduğu şekilde yapmasına yardım edilir. Çocuk, bu aktiviteleri gerçekleştirirken acele edilmemeye dikkat edilir. Çocuğa devamlı aynı kişilerin bakım vermesi sağlanır. Çocuğun basit aktivitelere katılması desteklenir. Sonraki aşamalarda çocuğun sosyalleşmesinin sağlanması amacıyla grup aktivitelerine katılması için uygun ortam hazırlanır. Çocukta gözlenen uygun davranışlar desteklenerek olumlu geri bildirim verilir. Çocuğun baş yöntemleri değerlendirilerek uygun baş etme yöntemlerini kullanması için destek olunur. İntihar riskine yönelik olarak çocuğun davranışları ve sözel ifadeleri dikkatle takip edilir bu konuda çocuğun ailesine ve yakınlarına bilgi verilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanır. Çocuğa uygulanan ilaç tedavisi varsa uygun şekilde tedavisinin yapılması sağlanır (29-31).

HEMŞİRELİK TANISI:

Zihinsel engelli çocukta **"engelliğe eşlik eden kas iskelet sistemi, sinir sistemi, dolaşım sistemi, sindirim sistemi, endokrin bozukluklar ayrıca ebeveynlerin ihmali, ilgisizliği nedeniyle gelişen büyüme ve gelişmede değişim"** tanısı olabilir (31). Böyle bir durumda;

AMAÇ; "Çocuğun yaşına uygun motor aktivitelerde, bireysel, sosyal ve bilişsel davranışlarda artış olmasını sağlamak" olabilir (31). Bu amaca uygun olarak aşağıda belirtilen hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanabilir.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:

Spesifik bir değerlendirme ölçeği ile çocuğun tüm fonksiyon alanlarındaki gelişim düzeyi değerlendirilir. Ebeveynlere çocuğun yaşı ile ilgili olarak gelişimsel görevler hatırlatılarak bilgi verilir. Özellikle 0-1 yaş grubunda bulunan çocuk için uyaranların artırılarak bakım görevini üstlenen kişilerin değişmemesi sağlanır. Çocuğun yaşına uygun olarak öz-bakım aktivitelerinin kendisi tarafından yapılması desteklenir. Çocuğa yapılan bütün işlemler açıklanır. Bireyin hareketi sırasında güvenli bir ortam yaratılır. Çocuğun yaşına uygun el becerileri ile ilgili bir bakım kararlarına katılmasına destek olunur (31).

HEMŞİRELİK TANISI:

Zihinsel engelli çocuğun **"hareketlerinin sınırlı olması, duyu kaybı, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, hipotermi veya hipertermi, yağ dokusunun azalması, değişen bilinç düzeyi, özbakım uygulamalarının yetersiz olması nedeniyle gelişen deri bütünlüğünde bozulma"** tanısı olabilir (32). Böyle bir durumda;

AMAÇ; "Çocuğun deri bütünlüğünün devamını sağlayarak bası ülserlerinin açılmasını önlemek" kendisine ve çevresine zarar verici davranışları düzeltmek ve günlük yaşam aktivitelerini uygun şekilde yerine getirmesini sağlamak" olabilir (30). Bu amaca uygun olarak aşağıda belirtilen hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanabilir.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:

Deri, kızarıklık, lezyon ve enfeksiyon belirtileri yönünden gözlenir. Deri ısı, turgor, tonus, kapiller dolgunluk, peteşi, nem, inceleme yönünden kontrol edilir. Deri bütünlüğünü etkileyen faktörler değerlendirilerek çocuğun durumundaki değişikliğe göre deri gözlemindeki önceliklerde değişir. Sabah ve akşam olmak üzere deri kontrolü günde iki kez yapılır. Deri temiz ve kuru tutulur. Çocuk yatağa bağımlı ise basınç bölgeleri bası ülserleri yönünden takip edilir. Bası ülserlerinin gelişim evreleri tanımlanır. 1. evrede sağlam deri üzerinde basıyla beyazlaşmayan kırmızılık, 2. evrede deride kalınlaşma, dermis ve epidermiste ülserasyon, 3. evrede subcutan dokuya ulaşan doku kaybı, 4. evrede ise kas- kemik ya da destekleyici yapıları da içine alan yoğun ülserasyon görülür. Bası ülselerinin gelişimini önlemeye yönelik hemşirelik girişimleri uygulanır. Bu girişimleri şu şekilde sıralayabiliriz. Basınç bölgelerine masaj yapılır (kızarıklık varsa masaj yapılmaz), giysilerin sıkı olmaması gevşek olması sağlanır, sık sık pozisyon değiştirilir, yatak takımlarının nemsiz ve kırışksız olması sağlanır eğer kızarıklık varsa bölge sabunla yıkanır iyice durulanır ve sürtmeden hafif vurarak kurulanması sağlanır. İdrar ve gaita inkontinansına yönelik deri irritasyonu önlenir. Çocuğun deri bütünlüğünün korunması ve yara iyileşmesini hızlandırmak amacı ile yeterli ve dengeli beslenmesi ve hidrasyonu sağlanır. Deri bütünlüğü bozulmuş çocukta zihinsel engelli çocukta yara bakımı, yaranın genel durumuna göre planlanır. Yara bölgesinde kötü kokulu akıntı, ateş, hipotansiyon, nabızda artma, bilinç düzeyinde bozulma olan çocuklar mutlaka sepsis yönünden değerlendirilir. da zaman geçirmeden sepsis tedavisine başlanmalıdır. Osteomyelit ve bakteriyemi bası ülserlerinin en ciddi komplikasyonlarından (30-32).

HEMŞİRELİK TANISI:

Zihinsel engelli çocuğun **"öz-bakım eksikliğine, bakımda bağımlı düşünce sürecinde bozulmaya ve iletişimdeki yetersizliğe bağlı olması nedeniyle gelişen sosyal izolasyon"** tanısı olabilir (29-31). Böyle bir durumda;

AMAÇ; "Çocuğun çevresinde bulunan kişilerle etkileşimi artırarak sosyal etkileşim ve aktivitesini sağlamak" olabilir (29). Bu amaca uygun olarak aşağıda belirtilen hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanabilir.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:

Durum ile ilgili risk faktörleri tespit edilerek kontrol altına alınır. Sosyalizasyonu engelleyen davranışlar belirlenir. Çocuk ile destekleyici iletişim kurulur. Gün içinde bireyle kısa etkileşimler aktivitelerde bulunacak şekilde planlama yapılır. Çocuğun sosyalleşmesini sağlayacak yöntemler birlikte belirlenir. Çocuk için önemli, destek verecek kişiler tespit edilerek bu kişiler ile etkileşimin artırılmasını sağlanır. Çocuğun günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi sağlanarak desteklenir. Çocuğun sosyalleşmesine yardımcı olacak ortam oluşturulur. Ebeveynlere zihinsel engelli çocuğa bakım verirken destekleyici bir tutum içinde olmaları konusunda eğitim verilir (29-31).

HEMŞİRELİK TANISI:

Zihinsel engelli çocukta "nöromüsküler hastalıklar, bedensel gelişimin yavaş olması, yaşlılarından daha zayıf ve dirençlerinin az olmasına bağlı olarak gelişen aktivite intoleransı" olabilir (8). Bu bir durumda;

AMAÇ: "Zihinsel engelli çocuğun yorgunluk hissetmeden günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi sağlamak ve artan aktiviteyi tolere ettiğini göstermek "olabilir (29). Bu amaca uygun olarak aşağıda belirtilen hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanabilir.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Çocuğun aktiviteye tepkisi değerlendirilir. Bu amaçla vital bulgular izlenir. Çocuk tolere ettikçe aktiviteler artırılır. Aktiviteyi arttırmak için çocuk cesaretlendirilir. Çocuğun günlük programına göre aktiviteler arası dinlenme periyotları planlanır. Çocuğun yaşına uygun yorucu olmayan aktiviteler planlanır. Kasların tonüsünü ve eklem fonksiyonlarını arttırmak amacı ile düzenli olarak aktif ve pasif hareketler yaptırılır (29,31,33).

HEMŞİRELİK TANISI:

"Zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin, çocuğun evde bakımına ve zihinsel engelliğe yönelik olarak bilgi ihtiyaçlarının olması" olabilir (33). Bu bir durumda;

AMAÇ; "Ebeveynleri çocuğun evde bakımı ve zihinsel engellikle ilgili olarak bilgilendirmek"olabilir (33). Bu amaca uygun olarak aşağıda belirtilen hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanabilir.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:

Ebeveynlere, doğumdan itibaren zihinsel engelliğin nedenleri, sınıflandırılması ve zihinsel engelli çocuğun genel özellikleri hakkında hem yazılı hem sözlü bilgi verilir. Çocuğun durumu ebeveynler ile tartışılarak çocuğun bakımı ile ilgili kararlar birlikte alınır. Aile üyeleri, benzer rahatsızlığı olan diğer aileler ile tanıştırılır.

Ebeveynlerin duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine izin verilir (34). Ebeveynler genetik danışmanlığa yönlendirilir. Ebeveynlerin, çocuğun yardıma ihtiyaç duyduğu günlük yaşam aktivitelerine katılımı sağlanır ve desteklenir. Ebeveynlerin çocuğa değer vermelerini sağlayarak, çocuğun sınırları dâhilinde yapabildiklerine ağırlık vermelerini, bu şekilde çocukta olumlu benlik kavramının gelişeceğine vurgu yapılır. Ebeveynlere çocukla nasıl iletişim kurması gerektiği hakkında bilgi verilir. Çocuğun kullandığı ilaç varsa, ilaçları etkileri, yan etkileri ve nasıl kullanılması gerektiği hakkında bilgi verilir. Gerekirse ebeveynler yardım alabilecekleri başka kaynaklara yönlendirilir. Bu sayede çocuğun hem ruhsal hem de gelişimsel ihtiyaçları giderilerek sağlıklı gelişimi sağlanmalıdır (33,35).

HEMŞİRELİK TANISI:

Zihinsel engelli çocuğun "engellik ile beraber bulunan kas iskelet sistemi, sinir sistemi, sindirim sistemi bozuklukları ve ekstremiteler/ekstremitelerin yokluğuna bağlı olarak gelişen öz bakım defisiti sendromu" (Bu tanı içinde, kendi kendine beslenmede defisit, hijyenik bakımda defisit, kendine özen göstermede defisit, tek başına tuvalet kullanma defisiti ve enstrümental öz bakım defisiti ele alınacaktır.) olabilir (31). Böyle bir durumda;

AMAÇ; "Zihinsel engelli çocuğun sağlık durumuna ve zihinsel engellilik derecesine uygun olarak özbakımı ile ilgili uygulamaları yapmasını sağlamak"tanısı olabilir (31). Böyle bir durumda; Bu amaca uygun olarak aşağıda belirtilen hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanabilir.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:

Çocuğun işlevsellik seviyesi değerlendirilerek, özbakım defisitinin kapsamı tespit edilir. Özbakım uygulamalarının yapıldığı süre içinde çevresel uyaranlar azaltılır ve mahremiyetine saygı duyulur. Özbakım uygulamaları için rutin hedefler oluşturulur (29). Birey özbakıma katılımı yönünde cesaretlendirilir (31).

Kendi kendini beslemede defisit:

Çocuğa öğünler dikkat dağıtmayan, rahatsızlık hissetmeyeceği ortamda sunulur. Çocuk fiziksel sınırlılıkları içinde yemek yeme için en uygun pozisyona getirilir. Yemekten önce ve sonra ağız bakımı verilir. Yemek süresince sosyal etkileşim olanağı sağlanır. Çocuğun üst düzeyde bağımsızlığını sağlamak desteklemek ve güçlendirmek amacı ile uyumu arttıran gereçler kullanılır. Örn/Daha güvenli kavrama sağlayabilmek için geliştirilmiş kulplu kaplar ve bardaklar. İhtiyaç duyulduğunda planlı ve destekleyici şekilde yemek yeme aktivitelerine yardımcı olunur (31).

Hijyenik bakım defisiti:

Hijyen uygulamaları için kullanılan malzemeler, bireyin kolay ulaşabileceği bir yerde olması sağlanır. Hijyen uygulamaları süresince çocuğun mahremiyeti ve güvenliği sağlanır. Hijyen uygulamaları sırasında çocuğun uyumunu arttıracak araç ve gereç temini sağlanır.Örn: Banyo duvarlarına hareketi sağlayabilmek amacı ile gerekli yerlere tutunma kolları yerleştirmek. Gerekli görüldüğünde hijyen uygulamalarına yardımcı olunur. Çocuğun hijyen uygulamalarını bağımsız şekilde yapmasını sağlamak için destek olunur (31).

Kendine özen gösterme defisiti:

Çocuğa sürekli ve gerektiğinde destekleyici uygulama yaparak giyinme-soyunma aktivitesi bağımsızca yapılması sağlanır. Giyinme ve soyunma aktivitesi zorlayıcı ve yorucu olduğundan çocuğa yeterli zaman ayrılır ve mahremiyetine saygı gösterilir. Sıkmayan, gevşek, geniş kollu ve geniş paçalı giysiler tercih edilir. Giyinme ve soyunma için uyumu arttıracak gereçler tercih edilmelidir. Örn düğme-bağ yerine birbirine yapışan bant şeklinde kapatıcılar (31).

Kendi kendine tuvalet kullanma defisiti:

Çocuğun tuvalet örüntüsü tanımlanır. Sürekli ve gerektiğinde destekleyici uygulamalar yapılarak bağımsızlığı sağlanmaya çalışılır. Çocuğun tuvalet ihtiyacını belirtmekte kullandığı iletişim sistemleri belirlenir. Bu konuda başarısızlık duygusunu önlemek için iletişim sistemlerine hemen yanıt verilir. Boşaltım işleminin mümkün olduğunca banyo ya da tuvalette yapması sağlanır.

HEMŞİRELİK TANISI:

Zihinsel engelli çocukta "nöromüsküler hastalıklar, kromozom anomalileri, enfeksiyonlar, perinatal ve postnatal dönemde oluşan travmalar nedeniyle oluşan fiziksel mobilitede bozulma" olabilir (31). Böyle bir durumda;

AMAÇ; "Zihinsel engelli çocukta hareketsizlikten kaynaklanan komplikasyonların gelişimini (bası ülserleri, kontraktür gelişimi, tromboflebit, bası ülserleri, pnömoni) önlemek, olası travmaları en aza indirmek için güvenlik önlemleri almak ve hareketlerde artış olmasını sağlamak" olabilir (29-31). Bu amaca uygun olarak aşağıda belirtilen hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanabilir.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:

Motor ve duyu işlevleri takip edilir. Günde en az dört kez pasif ve aktif ROM egzersizleri uygulanır. Çocuk iki saatte bir döndürülür. Kullanılan tüm yardımcı araç ve gereçlerin uygun şekilde kullanılması öğretilerek doğru kullanıp kullanmadığı izlenir. Yavaş yavaş oturma pozisyonuna geçmesi için çocuk desteklenir, durumuna göre günde 3-4 defa 15 dakika süre ile yürütülür. Çocuk tolere ettikçe bu süre uzatılır. Çocuk yürüyemiyorsa yatak dışında tekerlekli sandalye ya da normal sandalyeye geçmesine yardımcı olunur. Komplikasyon gelişimini önlemeye yönelik olarak, ayak tahtası kullanılır, aynı pozisyonda uzun süre kalması önlenir, el ve bilekler doğal pozisyonunda olacak şekilde desteklenir, masaj uygulanır, antiembolik çorap giydirilir, solunum egzersizleri yaptırılır. Duyarlılığı azalmış bölgeler aşırı sıcak ve soğuktan korunur (29-31).

Zihinsel engelli çocukların sağlık düzeylerini yükseltmek için birçok hemşirelik girişiminin uygulanması gerekir. Hemşireler sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam konusunda zihinsel engelli çocuklarla yakın ilişkide bulunan sağlık profesyonelleridir. Olumlu benlik saygısı ve benlik kavramı, mutlu ve güvenli olma ve başkaları tarafından kabul görme, değerli olduğunu hissetme çocuk sağlığının en önemli olgularıdır. Çocuk diğer insanlarla beraber yaşayarak kendi yaşamı için anlamlar oluşturur. Bu durum çocuğun daha iyi gelişmesini sağlar. Çocuk duygusal bir kriz içinde olursa öfke, acı, ümitsizlik duyguları yaşayarak yaşamın anlamını öğrenmeye çalışır. Çocuk ve ailenin günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmanın yanı sıra kriz döneminde ruh sağlığının korunması ve sürdürülebilmesi için baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi hemşirenin görevleri arasında yer alır (32-33). Zihinsel engelli çocukların uzun süreli tıbbi tedavi ve bakım hizmetine gereksinimi vardır (36).

Zihinsel engelli çocuğa verilen evde bakım hizmetleri, hastane veya rehabilitasyon merkezlerinde sunulan bakım hizmetine göre maliyeti düşüktür, etkilidir ve sağlık sorunlarının çözümünde aileye özgü olması nedeniyle değerlidir (37). Hemşire aileyi ve çocuğu dinleyerek tepkilerini anlamaya çalışmalı, gerektiğinde onları yardım alabilecekleri başka kaynaklara yönlendirerek destek olmalıdır (32,37). Hemşire, ebeveynlerin; inkar, anksiyete, korku, depresyon, suçluluk, kızgınlık süreçlerini yaşamalarına izin vermeli ve bu süreçte onları anlamaya çalışarak destek vermelidir (38). Zihinsel engelli çocuklara yeterli ve doğru bakım hizmeti sunulursa bireysel ihtiyaçlarını kendileri karşılayacak yeterliliğe ulaşarak ailelerine ve topluma yük olmayacakları gibi toplum içinde engellerine rağmen uyumlu ve mutlu bireyler olacaklardır (39).

Sonuç olarak zihinsel engellilik çocuklarda kalıcı yetersizlikler oluşturan, hayat boyu gözlem, kontrol, bakım, tedavi ve rehabilitasyon gerektiren önemli bir bozukluktur. Zihinsel engelli bireylerin bu durumları sadece kendilerini değil aileyi, yakın çevresini olma, sadece bu sorunu yaşayan bireyi değil, aile üyelerini ve yakın çevresini ekonomik, sosyal ve psikolojik yönlerden etkileyen bir sorundur. Zihinsel engelli bireye ve ailesine evde sunulacak olan hemşirelik bakımı zihinsel engelli çocuğun ve ailesinin kaliteli, yeterli ve doğru bakım almalarını sağlayacakları gibi ailenin duygusal yüklenmesini de azaltacaktır. Çocuk ise zihinsel engeline rağmen toplum içinde daha uyumlu ve mutlu bireyler olacaklardır.

Kaynaklar

1. Yıldırım F, Conk Z. Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;9:2-8.
2. www.ozida.gov.tr/egitim/cinselegitim.htm
3. Söhmen T, Türkbay T, Engelli Çocuklar, GATA Basımevi, Ankara, 2003:11-12.
4. Sarı H, Altıparmak S. Ebe ve hemşirelerin zihinsel engelli çocuklarla ilgili bilgileri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008;7:127-128-132.
5. http://tdkterim.gov.tr/bts
6. www.ozida.gov.tr/egitim/egitimseti/zihinsel.htm
7. www.shcek.gov.tr/ayas/zihin.doc
8. okulweb.meb.gov.tr/.../ZİHİNSEL%20ENGELLİLİĞİN%20TANIMI.doc
9. Yıldırım N, Yılmaz İ. Mental retardasyon ve fiziksel uygunluk. Öz-veri Dergisi. 2004;1:86.

10. Karadağ H. Adana ilindeki eğitilebilir zihinsel engelli çocukların sosyal gelişim özelliklerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Adana:T.C. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim AD, 2008:20-25.
11. Güzel E. Çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine başvuran zeka geriliği tanısı alan hastaların özellikleri. Uzmanlık Tezi, Adana: T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. 2009:3-7-14-15-16-25.
12. www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocukruh/mr.htm.
13. Okan M, Özdemir Ö. Çocuklarda mental retardasyon. Güncel Pediatri Dergisi. 2005;3:62-66.
14. Akkuş N. Orta düzeyde öğrenme yetersizliği (eğitilebilir) olan çocuklara günümüzde uygulanan ilköğretim eğitim programına ilişkin öğretmen görüşlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Adana: T.C. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri AD, 2007:24-25.
15. www.ctf.edu.tr/anabilimdallari/pdf/377/Zeka_Gerilikleri.pdf
16. Yaşarsoy E. Duygusal zeka gelişim programının, eğitilebilir zihinsel engelli öğrencilerin davranış problemleri üzerindeki etkisinin incelenmesi . Yüksek Lisans Tezi, Adana: T.C. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi AD. 2006:28-29.
17. www.bayar.edu.tr/besbd/folders/1999c3s4p01-17.pdf
18. yayim.meb.gov.tr/dergiler/sayi39/topaloglu.htm
19. orgm.meb.gov.tr/OzelEgitim/zihinsel.htm
20. Eripek S. Açıköğretim Kitabı, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 1998:44-56.
21. Çoban M, Esatoğlu A. Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. Tıp Kliniği Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi. 2004;12:109115.
22. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. J Geriatr. 2002;5:155-159.
23. Nies MA, McEwen M, Community/ Public Health Nursing Promoting the Health of Populations, 4. Edition, Canada, Saunders-Elsevier Co. 2007;671-693
24. Erci B. Halk Sağlığı Hemşireliği, Göktuğ Basımevi, Ankara, 2009:54-56.
25. Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim: evde bakım hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2006;5:20-21.
26. Oğlak S. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. J Geriatr. 2007;10:100-108.
27. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara, 2004:82-83.
28. Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003;7:19-29.
29. Ançel G, Ofaz F, Albayrak A, Akbayrak N. Hemşirelik bakım planları, Birlik Matbaası, Ankara, 2007:62-63-71-73-105-107-110-111-118-359.
30. Birol L. Hemşirelik Süreci, Etki Matbaacılık, İzmir, 2005:293-345-360-361-368-369.
31. Carpenito L. Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Erdemir F. (Çvr. Ed.), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2005:27-28-29-105-106-107-126-127-143-183-184-185-186-235-236-237-239-240-242-243.
32. server.karaelmas.edu.tr/saglik/ozcoc.htm
33. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği, Sistem Ofset, Ankara, 2002:48-49.
34. Hockenberry M, Wilson D. Wong’s essentials of pediatric nursing In Bryant R, Impact of cognitive or sensory. Impairt Child Family. 2009(19);610-615.
35. Gürçan A. Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerde sosyal desteğin önemi. Aile ve Toplum Dergisi. 2009;5:108-15.
36. http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov1/ov1kiminsorunu.htm
37. www.ozida.gov.tr/ozveri/ov8/ov8mak5.htm
38. Potts NK, Mandlco BL. Pediatric Nursing, Cognitive Alterations (2th Ed.). Canada, 2007(33);1117-1120.
39. okulweb.meb.gov.tr/28/01/814979/ozel.htm