

*Çocuğun Acile Kabulü ve Yönetimi

Doç. Dr. Emine GEÇKİL
T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü,
Konya, Türkiye

İçerik Planı

- Acil bakım kavramı
- Çocuk acil bakım gereksinimi
- Çocuk acil servislerde triaj
- Acil bakım durumundaki çocuk, adölesan ve ailelerinin gereksinimleri
- Çocuk ve adölesanların hastaneye acil kabulü
- Çocuk acil hemşiresinin sahip olması gereken yeterlilikler

Hedefler

Acil durumdaki çocuklara güvenli, etkin bakımı açıklayabilme

Acil durumundaki çocuk, adölesan ve ailelerin temel gereksinimlerini sıralayabilme

Akut bakım durumundaki çocuk, adölesan ve ailelerin psikolojik gereksinimlerini açıklayabilme

Çocuk ve adölesanların hastaneye acil kabul sürecini açıklayabilme

Çocuk Acil Bakım

Travma, ciddi yaralanma,
ani hastalık ya da ani ameliyat olan
çocuğun bakımını kapsar.





Çocuk aciller

- Acil hizmetlerin sunumunda;
 - 16 yaşından küçük her birey **çocuk**,
 - 12-19 yaş arası ise **adölesan**,
- Tüm acil hastaların **%25-%30'unu** oluşturmakta,
- Çocukluk yaş grubunda görülen **ölümlerin %80'i** acil tıbbi sorunlara bağlı ortaya çıkmaktadır.

NSW (2015). Children and Adolescents- Guidelines for Care in Acut Care Settings.

Türkiye'de ve Dünya'da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri Mevcut Durum ve Öneriler. (2008). Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği yayınları.

http://www.cayd.org.tr/images/UserFiles/Documents/Editor/TURKIYE_ve_DUNYA_COÇUK_ACIL.pdf

Acil durumlarda;
Çocuğun bireysel olarak değerlendirilmesi ve
en iyi klinik sonuçlara ulaşacak şekilde karar verilmesi
önemlidir.



Çocuklar hangi nedenlerle acil bakıma gereksinim duyarlar?

- Yüksek ve inatçı ateş,
- Şiddetli enfeksiyonlar,
- Solunum sıkıntısı/yetersizliği,
- Şiddetli ağrı,
- Dehidratasyon,
- Nöbetler,
- Şiddetli allerjik tepkimeler,
- Düşmeler,
- Yanıklar veya donmalar,
- Zehirlenmeler, ısırık-sokmalar,
- Astım, diyabet, orak hücreli anemi, doğumsal ve/veya metabolik hastalıkların şiddetli komplikasyonları, vb
- Ayrıca kırık, çıkık, burkulma, kafa travması, trafik kazaları, vb.

Başer H. (2009). Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisine Başvuran Tüm Çocukların Hastalık Dağılım Profillerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Öztürk, A., Karaböcüoğlu, M. (2004). Çocuk Acil Tıp Kitabı, in Çocuk Acil Tıp Kitabı, M. Karaböcüoğlu, Uzel, N., Yılmaz, H.L., Editor. 2004, Çapa Tıp Kitabevi: İstanbul. p. 7-29.

Çocuk Acile başvuran çocukların profili;

- %45 kız, **%55 erkek**,
- Hastaneye yatma oranı **%3-15**,
- **0-4 yaş grubu %43.3**, 5-9 yaş %32.5, 10-14 yaş %18.8,
- Acile başvuru en çok **Aralık, Ocak ve Mart** aylarında,
- 0-4 yaş (**Akut tonsillit, akut bronşit ve akut nazofarenjit** ilk üç sırada),
- 5-9 yaş (**akut tonsillit, yumuşak doku bozuklukları ve akut bronşit**),
- 15-16 yaş (en sık **yumuşak doku bozukluğu**),

Başer H. (2009). Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisine Başvuran Tüm Çocukların Hastalık Dağılım Profillerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Öztürk, A., Karaböcüoğlu, M., Çocuk Acil Tıp Kitabı, in Çocuk Acil Tıp Kitabı, M. Karaböcüoğlu, Uzel, N., Yılmaz, H.L., Editor. 2004, Çapa Tıp Kitabevi: İstanbul. p. 7-29.

Öztürk C, Bektaş M. (2013). Çocukluk Çağı Acil Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı. İç: Pediatri Hemşireliği (Eds: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B).

Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 851-866.

Acil hasta veya yaralı çocuğun



Yaşamsal
bulguları
güvende
değildir

Hastalığın nasıl
bir seyir izleyeceği
genellikle önceden
belirlenemez

Çocuğun içinde
bulunduğu acil durum
hızlı ve doğru bir şekilde
tanılanmalı ve tedavisi
yapılmalıdır.

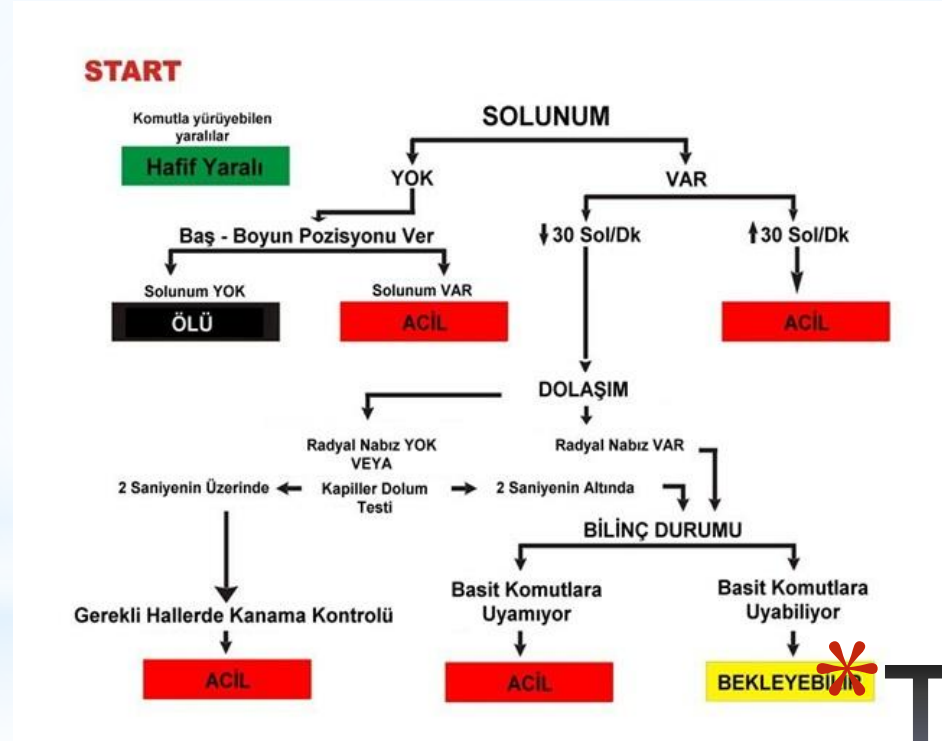
Acil Servisler



Tekşam, Ö. (2009). Çocuk acil servislerinin kalabalığına genel bakış ve çözüm önerisi olarak triaj. Hacettepe Tıp Dergisi, 40:125-132

Başer H. (2009). Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisine Başvuran Tüm Çocukların Hastalık Dağılım Profillerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

***Triaj**, Fransızca “trier” kelimesinden köken almakta ve “seçmek”, “ayıklamak”, “sıraya koymak” anlamına gelmektedir.



TRIAJ

Acil servislerde triaj

- “en acil” veya potansiyel olarak “en ciddi” olguları belirlemek ve bu hastalara tedavi önceliğini vermek
- **Trafik direktörü, “spot-check” ve kapsamlı triaj** veya “spot-check” ve kapsamlı triajın kombinasyonu

Çocuk Acil servislerde triaj

- Triaj çoğunlukla deneyimli bir hemşire tarafından uygulanmakta,
- Çocuk acillerde genellikle kapsamlı triaj kullanılmakta,
- Triaj hemşiresi çocuğu 2-5 dakika içinde değerlendirmekte ve çocuğun hastalığının ciddiyetini belirlemekte,
- Çocuğun genel görünümü, solunum çabası ve dolaşımı değerlendirilerek durumu sınıflandırmaktadır.



Doğru triaj için

- Hangi hasta güvenle bekleyecek?
- Hangi hasta derhal tedavi alacak?
- Hastane içinde ve dışındaki acil servislerle ortak bir iletişim nasıl sağlanacak?

EN DOĞRU YANIT NASIL BULUNACAK???

- Geçerli, güvenilir bir “triaj doğruluk derecelendirme sistemi (triage acuity rating system)

Acil Servis Triyaj Sistemleri

Üçlü triyaj sistemi uygulayanlar

- ABD (beşli triyaj sistemi popülerleşme)
- Türkiye

Beşli triyaj sistemi uygulayanlar

- ABD (Emergency Severity Index-ESI)
- Kanada,
- İspanya,
- İngiltere (ManchesterTriageScale)
- Avustralya,
- Yeni Zelanda,
- İskoçya

Triaj sistemleri

2'li triaj	Çok acil Acil Değil
3'lü triaj	Çok acil Acil Acil değil
4'lü triaj	Hayatı tehdit edici Çok acil Acil Acil değil
5'li triaj	Resüsitasyon Çok acil Acil Acil değil Sevk

Triaj Değerlendirme Yöntemi

Emergency Severity Index- ESI

- Amerikan Acil Hekimleri Koleji (ACEP) ve Amerikan Acil Hemşireleri Birliği (ENA) işbirliği ile hazırlanan Acil Ciddiyet Endeksi (Emergency Severity Index- ESI) dir.

ESI avantajları

- Kullanımı kolaydır.
- Acil triyaj da kullanımı minimize eder.
- Diğer triyaj sistemleri ile sonuçlar verdiği kanıtlanmıştır.
- Acil bakım alan hastaların yaşamını sağlar,
- Hastaların triyaj görevlisi yetişkin olarak farklı 5 gruba ayırarak farklı 5 kullanımı sağlar.
- Ayrıca, acil servise doğru bir algoritmayı kullanır.
- Hastaların hızlı bakım birimlerine ulaşmasını sağlar.
- Aynı dilin konuşulduğu acil servis ve hastane içinde işleyişi kolaylaştırır.

Travmalı Çocuğun değerlendirilmesi

- Pediyatrik Travma Skoruması

Kriter	Puan		
	(+2)	(+1)	-1
Vücut Ağırlığı	>20 kg.	10-20 kg.	<10 kg.
Hava yolu bütünlüğü	Normal	Korunabilir	Korunamaz
Sistolik Kan Basıncı	>90 mmHg.	50-90 mmHg.	<50 mmHg.
Bilinç	Açık	Bulanık	Koma/deserebre
İskelet	Normal	Kapalı kırık	Açık/Çok sayıda kırık
Deri	Normal	Minör	Majör/penetre yara

≤8 puan potansiyel olarak önemli bir travmayı ifade eder

ESI- Aciliyet ve ihtiyaca göre 5 kategori

- 1. Basamak **Resusitasyon.** Hasta ölüm halindedir, hayat kurtarıcı müdahalelerin hemen yapılması gereklidir.
- 2. Basamak **Çok Acil.** Hastanın durumu risklidir, bekletilemez.
- 3. Basamak **Acil.** Vital bulguları stabil olmakla birlikte acil serviste değerlendirilip birden fazla tetkik istenmesi/olanaktan faydalanması gereken hastalar.
- 4. Basamak **Daha az acil.** Vital bulguları stabil, acil serviste değerlendirilip tek bir tetkik istenmesi/olanaktan faydalanması gereken hastalar.
- 5. Basamak **Acil değil.** Hastanın vital bulguları stabil, problemi yeni oluşmamış, acil olarak yapılması gereken bir tetkik yok, ayaktan poliklinikte değerlendirilmesinde sakınca yok.

ESI Seviye I Durumlara Örnekler

Solunum arresti

Kardiyopulmoner arrest

Hipoventilasyonun eşlik ettiği major travma

Aktif nöbet

Cevapsızlık

Mental durum değişikliğinin eşlik ettiği peteşial döküntü (vital bulgulardan bağımsız olarak)

Solunum sıkıntısı

- Hipoventilasyon
- Siyanoz
- Kas tonus kaybı
- Azalmış mental durum
- Bradikardi (geç dönem bulgusu, kardiyopulmoner arrest gelişmek üzeredir)

Hipoperfüzyon bulguları ile birlikte şok-sepsis

- Taşikardi
- Takipne
- Nabızda değişiklik (azalmış veya sınırlanmış)
- Uzamış kapiller geri dolum zamanı (>3- 4 sn)
- Cilt renginde değişiklik (solgun, benekli ya da kızarmış görünüm)
- Genişlemiş nabız basıncı
- Hipotansiyon (prepubertal hastalarda genelde geç bulgu)

Anaflaktoid reaksiyon

- Solunumu riske atan (dispne, wheezing, stridor, hipoksemi)
- Düşük sistolik kan basıncı
- Hipoperfüzyon (senkop, inkontinans, hipotoni)
- Cilt ve mukozal ödem/lezyon (ürtikeryal döküntüler,dudak, dil ödemi)
- Dirençli gastrointestinal şikayetler

ESI Seviye 2 Durumlara Örnekler

Senkop

Ateşli immüno-komprime hasta

Akut kanama riski olan hemofili hastaları

- Eklem ağrısı ya da şişlik
- Düşme ya da yaralanma öyküsü
- Normal sınırlar dışında vital bulgular ve/veya mental durum

< 28 gün febril infant, rektal ateş $\geq 38^{\circ}\text{C}$

< 90 gün hipotermik infant, rektal ateş $\leq 36.5^{\circ}\text{C}$

İntihar eğilimi

Menenjit ekartasyonu (baş ağrısı/ense sertliği/ateş/letarji/irritabilite)

Nöbet-uzamış postiktal periyod (mentaldurum değişikliği)

İlımlı-ciddi krup

Alt hava yolu obstrüksiyonu (ılımlı-ciddi)

- Bronşiolit
- Reaktif hava yolu (astım)
- Respiratuar distress
 - Takipne
 - Taşikardi
 - Artmış solunum çabası (burun kanadı solunumu, retraksiyonlar)
 - Anormal sesler (homurtular)
 - Değişmiş mental durum

Kaynak gerektirmeyen ESI seviye 5 hasta örnekleri

İlaç reçete edilmesi

Sağlıklı okul çağında çocukta kulak ağrısı

Normal vital bulgularla idrar yolu enfeksiyonu bulguları

2 yaşında burun akıntısı, hafif öksürük ve 38°C ateşi olan, triyaj süresince aktif ve oral alımı olan çocuk

Ekstremitelerde zehirli sarmaşık teması

**Çocuk hastalar için
ESI seviye 5 çok az kullanılmaktadır.**

Pediatric psikiyatrik hasta örnekleri

Hastanın gelişi	Kaynaklar	ESI	Gerekçe
17 yaş erkek, suisid hikayesi mevcut, ailesi tarafından cevapsız bulunmuş. Yatağının yanında birkaç likör şişesi ve boş ilaç kutuları var	Hayat kurtarıcı müdahale	1	Hayatı tehdit eden durum
16 yaş erkek, ailesi tarafından kontrolden çıkma, ailesini öldürmekle tehdit etme, küfür etme ile getiriliyor. Hasta koopere, triyajda sorulara sakince cevap veriyor	Yüksek riskli durum, kaynak sayısına ihtiyaç yok	2	Yüksek riskli durum, kendine/çevresi ne zarar verebilir
15 yaş kız, erkek arkadaşıyla geliyor,'sanırım hamileyim, annem duyduğunda beni evden attı ve bebek bekliyor olabilirim' diyor. KB:126/85, KH:100, SS: 16	Birden fazla kaynak	3	Lab testleri ve birden fazla uzman konsültasyonu
10 yaş kız, öğretmeni sınıfta ani patlamalar yaşadığı için aramış, annesi hiç tanık olmamış ancak çocuk istediği şeyler olmadığında meydan okuyucu olabiliyormuş. Şu anda çocuk gülüyor ve küçük kardeşiyle oynuyor. KB:98/72, KH:82, SS:22	1 kaynak	4	Uzman konsültasyonu
13 yaş erkek,cuma akşamı annesiyle acil servise geliyor. Dikkat eksikliği-hiperaktivite için kullandığı ilaçları bitmiş. Hasta koopere, vital bulguları stabil.	Yok	5	İlaç reçete edilmesi

2011 YILI Sağlık Uygulama Tebliği

Hastalar için belirlenen kriterler çerçevesinde öncelik sırasını gösteren kırmızı, sarı, yeşil renk kodları kullanmaktadır

Kırmızı renk kodu alan hastalar hemen değerlendirilerek tedavi gereksinimi olan kritik hasta grubu

Sarı renk kodu alan hastalar göreceli olarak daha az aciliyeti olan ve belirli bir süre bekleyebilir hasta grubunu

Yeşil renk kodu alan hastalar acil olmayan, ayaktan tetkik ve tedavi edilebilir hasta grubunu oluşturmaktadır.

Triaj

- Doğru zamanda, doğru yerde, doğru şekilde yapılabilir.

Triyaj hemşiresinin görevi hasta çocuğu hızlı ve doğru şekilde doğru triyaj kategorisine atamak ve zamanında tedavi ve inceleme için gerekli acil alanına yönlendirmektir.

SistematiK Triyaj

- ❑ Pediatrik Değerlendirme Üçgeni (PAT)
- ❑ Primer bakı (ABCDE)
- ❑ Sekonder Bakı (FGHI)
- ❑ Hikaye (CIAMPEDS)
- ❑ Triyaj Düzeyi (Hastanenizin Seçtiği Metot)

HİKAYE

- ✓C-Chief Complaint
- ✓I-Immunizations
- ✓A-Allergies
- ✓M-Medications
- ✓P-Past medical history
- ✓E-Events
- ✓D-Diet/Diapers
- ✓S-Symptoms (Associated)

PRİMER BAKI

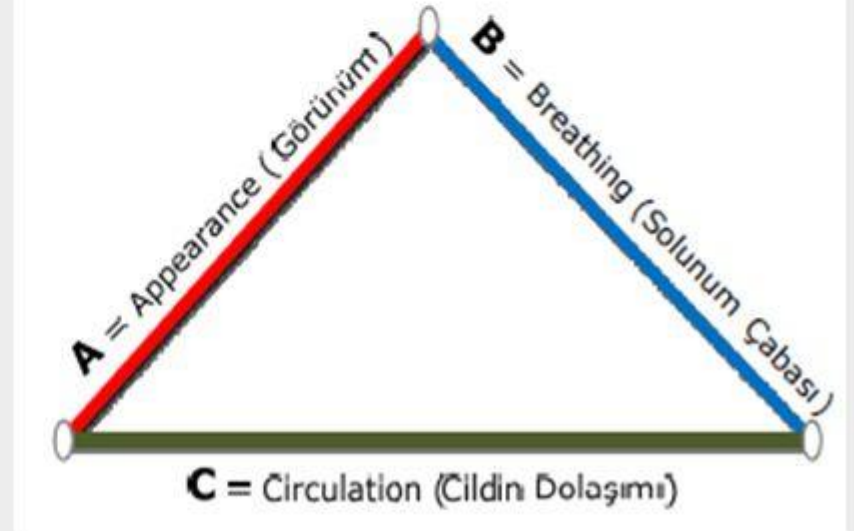
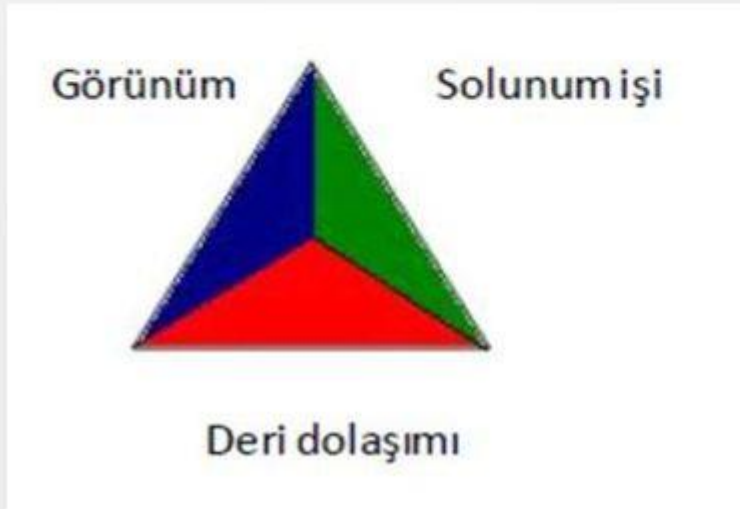
- ✓A-Havayolu ve servikal omurga korunması
- ✓B-Solunum ve ventilasyon
- ✓C-Dolaşım ve kanama kontrolü
- ✓D-Disabilite (Mental durum)
- ✓E-Expose/Environment—Çocuğun soğuktan korunması

SEKONDER BAKI

- ✓F-Vital bulgular + Ağırlık, ailenin yanında bulunması
- ✓G-Konforu sağla (Ağrı kontrolü)
- ✓H-Hikaye + Baştan-Ayak parmağına kadar değerlendirme
- ✓I-Arka yüzeyleri incele



Hemşirelerin PAT değerlendirmesi ile hekimlerin tanılarını karşılaştırıldığı bir çalışmada (n=528), PAT'ın çocuğun klinik durumunu belirlemede çok yüksek bir güce sahip olduğu belirlenmiştir.



Pediatric triyaj değerlendirilmesinde standardize yaklaşım

1. Basamak: Solunum ve dolaşımın hızlı değerlendirilmesi (30 sn'den kısa sürede)
2. Basamak: ABCDE (havayolu, solunum, dolaşım, kısa nörolojik değerlendirme, vücudun hızla gözden geçirilmesi/çevresel maruziyetin kontrolü)
3. Basamak: Odaklanmış öykü
4. Basamak: Vital bulgular
5. Basamak: Ateş
6. Basamak: Ağrı

Birincil ve İkincil değerlendirme sonucunda

- Bu değerlendirmelerde fark edilen ciddi bir bulgu acil tedavi ihtiyacını doğurabilir ve kalan basamaklar atlanabilir.
- Bu değerlendirme tamamlandıktan sonra ve hikaye alındıktan sonra, çocuk hastanın triaj düzeyi belirlenerek sınıflandırılır.

Triyaj değerlendirilmesinin dokümantasyonu

- Triyaj değerlendirilmesi tarih ve zamanı
- Triyaj görevlisinin adı
- Esas şikayet /başvuru nedeni
- Sınırlı ilgili öykü
- İlgili değerlendirme bulguları
- İlk triyaj kategorisi
- Zaman ve nedeni ile beraber re-triyaj kategorisi
- Tanısal ilk bakı veya triyajda başlanan tedavi

Acilde Bekleyen Hastalar

- Triaaj sistem ile yeniden değerlendirilir ve hastanın durumundaki değişikliklere göre gerekirse yeni düzey belirlenebilir.



Çocuğu değerlendiren triaj hemşiresinin dikkat etmesi gereken noktalar;

1. Genel görünüm, cilt rengi ve solunum paterni değerlendiren hemşire bebek ve çocukların çok katlı giysi ya da battaniye altında iyi değerlendirilemeyebileceğini akılda tutmalı,
2. Bebekler sırasıyla ; gözlemlenmeli, oskölte edilmeli ve palpe edilmelidir.
3. Dokuz aydan büyük çocuklarda belirgin bir yabancı korkusu vardır. Tehdit etmeyecek şekilde bir tavır sergilenmelidir. Sıcak bir dokunuş ve yumuşak bir ses değerlendirmeye yardımcı olur. Bebeğin güvendiği bir yakınının devamlı yanında olması değerlendirmeyi daha kolay kılar.
4. İlkokul çağında ya da daha büyük olan çocuklar genellikle ana şikayetlerini güvenilir bir şekilde söyleyebilirler. Bazı anaokulu çocukları da aynı yetiye sahip olabilir ancak birçoğu genellikle utangaç ya da korkmuştur. Bu durumda ana şikayet ebeveynden öğrenilebilir.

Çocuğu değerlendiren triaj hemşiresinin dikkat etmesi gereken noktalar;

5. Okul çağındaki bir çocuğu değerlendirirken öncelikle çocukla konuşulmak, daha sonra ebeveyni dahil etmek gerekir. İşlemler yapılmadan hemen önce ne yapılacağı açıklamalıdır.
6. Adölesan çağındaki çocukların da küçük çocuklar kadar korkmuş ve yanlış inançlara sahip olabileceği unutulmamalıdır. Ağrı yanıtı adölesan çağında abartılmış olabilir.
7. Bir yenidoğan ya da bebekte ciddi bir hastalığın belirtileri kolayca gözden kaçabilir.
8. Bebeklerde ve küçük çocuklarda kardiyak output kalp hızına bağımlıdır ve bradikardi taşikardi kadar, hatta ondan daha tehlikelidir.
9. Bebekler ve küçük çocuklar geniş bir yüzey alanına sahiptirler ve bu onları ısı ve sıvı kaybı açısından risk altına sokar. Bu gruplar gereğinden uzun bir süre çıplak bırakılmamalı ve muayene edilen bölgeleri mümkünse iş bitince örtölerek diğer alanlara geçilmelidir.

Çocuğu değerlendiren triaj hemşiresinin dikkat etmesi gereken noktalar;

10. Puberte öncesindeki çocuklarda hipotansiyon geç bir şok belirtisidir ve hipotansif bir çocuk (ESI 1) acil hayat kurtarıcı girişimlere gerek duyar.
11. Tüm pediatrik hastalar triyaj alanında ya da tedavi alanında tartılmalıdır. Kritik hasta çocuklarda ya da yaralı çocuklarda hesaplama yöntemleri kullanılabilir.
12. Pediatrik değerlendirmenin doğru bir şekilde yapılabilmesi için teknik donanıma ihtiyaç vardır.
13. Çocuğun vitalleri ölçülürken uygun ebatta ekipman kullanılmalıdır.

Çocuğun hastaneye yatırılması

- Stresli ve travmatik bir deneyimdir.



- Bu stres ve travmayı azaltmak için çocuk ve ailelerin **bakıma ve kendi sağlık durumlarıyla ilgili kararlara** aktif olarak katılmaları önemlidir.

- Cimete G, Kuğuoğlu S. Dede Çınar N. (2013). Çocuk, Hastalık ve Hastane Ortamı. İç: Pediatri Hemşireliği (Eds: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B). Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 132-133.
- Commodari E. RChildren staying in hospital: a research on psychological stress of care givers. Commodari Italian Journal of Pediatrics 2010, 36:40.
- Coyne I (2006) Children's experiences of hospitalization. Journal of Child Health Care 10(4): 326–336.
- Clavering KE and McLaughlin J (2010) Children's participation in health research: From objects to agents? Child: Care, Health & Development 36(5): 603–611.
- Dowle S and Siddall SR (2006) Family responses to ill health and admission to hospital. In: Glasper A and Richardson J (eds) A Textbook of Children's and Young People's Nursing. London: Churchill Livingstone Elsevier, pp.114–126.
- So"derba"ck M, Coyne I and Harder M (2011) The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. Journal of Child Health Care 15(99): 8.

Acil bakım durumundaki çocuk ve adölesanların ebeveynlerinin gereksinimleri;

85 ebeveyn;

- Ebeveynler alt-üst olduklarını,
- Çaresizlik yaşadıklarını,
- Mental ve fiziksel olarak tükenmişlik yaşadıklarını,
- Uykusuzluk ve günlük rutinlerin bozulması gibi duygular yaşadıklarını ifade ettiler.
- Ekstra maliyetler

Akut diyare kısa bir hospitalizasyon gerektiren bir durum olmasına rağmen ebeveynleri önemli ölçüde etkilediği görülmektedir.

Acil durumdaki çocuk ve adölesanların özel gereksinimleri



Öncelikle farklı dil
konuşan çocuk ve
aileler için
tercüman
kullanılmalı

Çocuk ve adölesanların acil kabulünde
rutin hazırlıklar da yapılmış olmalıdır;

Çocuğun yaşına göre
iletişim (telefon veya
internet/bilgisayar),
kitap ve kırtasiye
olanakları sağlanmalı

Çocuk ve adölesanların acil kabulü



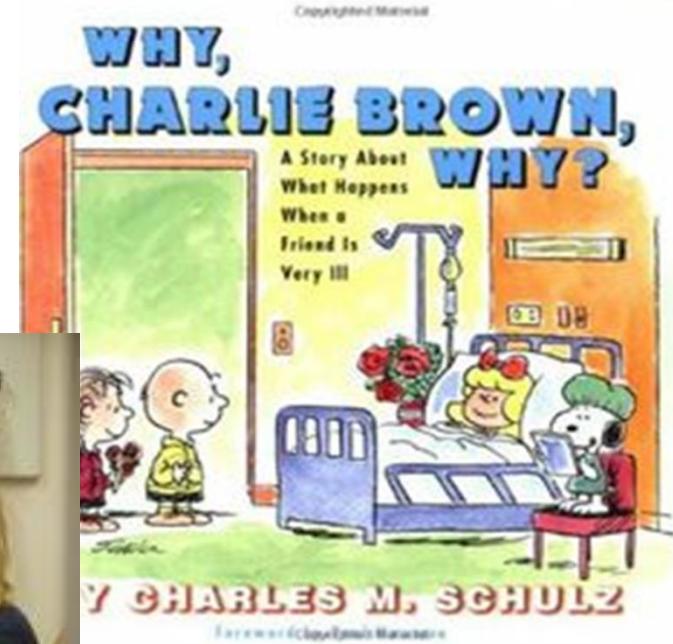
- Çocuğa hastaneye kabul ile ilgili yeterli bilgi verilmeli,
- Uygun bir bakım vericinin bulunması sağlanmalı.



NSW (2015). Children and Adolescents-
Guidelines for Care in Acute Care Settings.

Çocuk ve adölesanların acil kabulü

- Hastaneye yatmadan önce çocuğun yaşına ve gelişimine uygun olarak üniteyi ziyaret etme, video izlettirme, broşür verme gibi işlem öncesi hazırlıklar sunulmalı



Çocuk ve adölesanların acil kabulü

- Çocuğun oyun gereksinimini karşılamak için hastanede oyun hakkında uzman birini bulunmalı
- Hastanede akut bakım ortamının en az düzeyde kısıtlayıcı olmalı



Çocuk acil hemşiresinin yeterliliği

- 51 acil sorumlu hemşiresi ve 362 acil hemşiresi, çoğunluğu 6 yıldan fazla süredir acilde çalışmakta, sertifika sahibi ve pediatrik hemşirelik eğitimi (pediatrik ileri yaşam desteği, acil hemşireliği sertifikası, yoğun bakım sertifikası vb.) almışlardır.
- Hemşirelerin çok büyük bir çoğunluğu;
 - yenidoğan acil,
 - majör travma,
 - çocuk istismarı ya da cinsel istismar,
 - ani bebek ölümü sendromu,
 - zehirlenme,
 - psikiyatrik aciller,
 - meningokoksemi,
 - boğulma,
 - solunum durması ve
 - kalp durması ile ilişkili **bilgilerinin yetersiz olduğu ve kendilerini rahatsız hissettikleri** bulunmuştur.

Özel pediatrik politikalara gereksinim olduğunu göstermektedir.

Pediatric Acil Bakım ve Değerlendirme Üniteleri:

Çocuklar kısa süre kalmakta ve çocuk merkezli bir yaklaşım, bakıma ve kararlara katılma, bilgilendirilme

- 8 çocuk (8-10 yaş), kalitatif çalışma çocuklar genelde **pozitif şeylere** odaklandı,
- İşlemlerde **ağrı yaşamadıklarını** (sihirli flaster),
- Hastane içinde transferi sağlayan **aracı sürmenin keyifli**
- Dinlenmek için **boş bir zaman**
- Ödevini yapması gerektiğini **hatırlatan biri olmadığını**
- Genellikle **ilgi odağı olduklarını** hissettiklerini
- Personelin kendileriyle **çok hoş konuştuğunu**
- Bir çocuk hemşirenin her zaman kendisine **çok hoş el salladığını**
- Ebeveynleri ile **yalnız birlikte** olmaktan hoşlandıklarını
- Çocuklar oyun aktivitesi olarak kendilerine ne yapmak istediklerinin **sorulduğunu** ifade ettiler ve **bundan hoşlandıklarını**

Evde de benzer yaratıcı aktiviteleri yapabileceklerini ifade ettiler.



Çocuk acil hemşiresinin yeterlilikleri;

- Çocuğun yaşam bulguları ve diğer parametreleri değerlendirebilme, normalden sapmaları belirleyebilme
- Büyüme ve gelişmeyi değerlendirebilme
- Acil hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerine etkilerini açıklayabilme
- Çocuk, adölesan ve aileleriyle etkili iletişim kurabilme
- Çocuğun acil durumu ile ilgili tıbbi ve cerrahi pediatri bilgisine sahip olma
- Temel pediatrik resusitasyonu başlatabilme ve sürdürebilme
- Çocuğun güvenliğine tehdit oluşturan sorunları fark edebilme ve yönetebilme
- Çocuğun sağlığını geliştirecek yararlı uygulamalar yapabilme (bağışıklama, çocuğun güvenliği vb.).
- Çocuk ve adölesanın savunucusu olarak hareket etme
- Bakımda ortaklık felsefesini klinik uygulamaya entegre etme
- Psikolojik olarak çocuk ve adölesan için zararlı olabilecek durumları değerlendirebilme

NSW (2015). Children and Adolescents- Guidelines for Care in Acut Care Settings.

Öztürk C, Bektaş M. (2013). Çocukluk Çağı Acil Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı. İç: Pediatri Hemşireliği (Eds: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B). Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 851-866.

Bakım veren hemşire çocuk hemşireliği alanında uzman olmalı



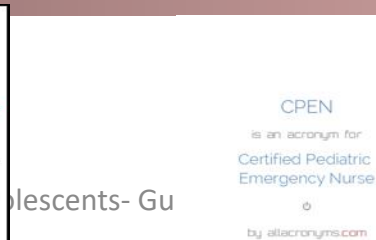
Çocuk Acil Hemşiresinin Eğitimi

Çocuk Acil Hemşiresi; profesyonel olarak **Çocuk Hemşireliğinde** yüksek lisans tamamlamış olmalı; buna ek olarak şu konularda eğitim almalı;

- Çocuk ve adölesanların gelişimsel ve psikolojik gereksinimleri
- Çocuğun hastalığını belirleme
- Çocuk ve aile merkezli çalışma
- Aile merkezli bakım ve bakımda ortaklığı ilerletme
- Bakım vericilerin çocuğun bakımına katılmasını desteklemek için onların gereksinimlerini belirleme
- Ailelerin kültürel değerlerine saygı gösterme ve kültürel gereksinimlerini belirleme ve karşılama
- Çocuk Acil Bakım Hemşireliği Eğitim Programı eğitimi almış olmalıdır.

AYRICA ÇOCUK ACİL ÜNİTELERİNDE;

- Prosedürler ve politikalar yazılı olmalı, personel tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olmalıdır.



CPEN is a shorter form of Certified Pediatric Emergency Nurse by allacronyms.com



Çocukların gereksinimlerini karşılamak konusunda toplum, özel bir sorumluluğa sahiptir.

Çocuklar, sağlık ve güvenliklerinin sağlanması konusunda erişkinlere bağlıdır ve toplumsal veya politik bir güce sahip değildir.

Erişkinlerde olduğu gibi talebe göre hizmet sunulması veya piyasanın oluşması beklenemez.

Çocuklara yönelik sağlık hizmetleri kamusal bir sorumlulukla ele alınmalı ve düzenlenmelidir. (...)"

A.B.D. Institute of Medicine Raporu'ndan

Kaynaklar

- Acil Bakım Hemşireliği Eğitim Programı (2016). <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101253/h/acil-bakim-son-tarama.pdf>
- Acil Servis Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 11.05.2000 Resmi Gazete Sayısı: 24046
- Akköse Aydın Ş. (2015). Pediatrik Hastada Triaj. Acil Triaj Eğitim Rehberi. TC. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu.
- Cimete G, Kuşuoğlu S. Dede Çınar N. (2013). Çocuk, Hastalık ve Hastane Ortamı. İç: Pediatri Hemşireliği (Eds: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B). Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 132-133.
- Başer H. (2009). Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisine Başvuran Tüm Çocukların Hastalık Dağılım Profillerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Commodari E. RChildren staying in hospital: a research on psychological stress of care givers. Commodari Italian Journal of Pediatrics 2010, 36:40.
- Hereczko T, Enriquez B, McGrath N, Gausche M, Lewis RJ. (2013). The pediatric assesment triangle: Accuracy of its application by nurses in the triage of childre. J Emergency Nurs, 39(2):182-189.
- K. Foster, et al., Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation, Injury (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>
- Fredrickson JM , Bauer W , Arellano D , Davidson M (1994). Emergency nurses' perceived knowledge and comfort levels regarding pediatric patients Journal of Emergency Nursing, 20 (1):13-17.
- Jensen CS, Kolbaek R, Glasdam S. Children's experiences of acute hospitalisation to a paediatric emergency and assessment unit-A qualitative study. Journal of Child Health Care 2012; 16(3): 263-273.
- Lee WS, Chai PF, İsmail Z. (2012). Impact on parents during hospitalisation for acute diarrhoea in young children. Singapore Med. 53 (11): 755-759.
- Lines LE, Mannix T, Giles TM. Nurses' experiences of the hospitalisation of their own children for acute illnesses. Contemporary Nurse 2015, 50 (2-3).274-285.
- NSW (2015). Children and Adolescents- Guidelines for Care in Acut Care Settings.
- Öztürk, A., Karaböcöğlu, M., Çocuk Acil Tıp Kitabı, in Çocuk Acil Tıp Kitabı, M. Karabocuoglu, Uzel, N., Yılmaz, H.L., Editor. 2004, Çapa Tıp Kitabevi: İstanbul. p. 7-29.
- Öztürk C, Bektaş M. (2013). Çocukluk Çağı Acil Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı. İç: Pediatri Hemşireliği (Eds: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B). Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 851-866.
- Tekşam, Ö. (2009). Çocuk acil servislerinin kalabalığına genel bakış ve çözüm önerisi olarak triaj. Hacettepe Tıp Dergisi, 40:125-132
- Türkiye'de ve Dünya'da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri Mevcut Durum ve Öneriler. (2008). Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği yayınları. http://www.cayd.org.tr/images/UserFiles/Documents/Editor/TURKIYE_ve_DUNYA_COÇUK_ACIL.pdf
- WHO (2013). Pocket Book of Hospital care for children. Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses. Second Ed. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81170/1/9789241548373_eng.pdf