G.O.P. Taksim E.A.H.
JARAN 2016;2(1):44-50

Kısa Bağırsak ve Waardenburg Sendromlu Çocuğun Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care of the Child with Short Bowel and Waardenburg Syndrome: A Case Report

Selmin ŞENOL, Elif BILSIN, Gülçin ÖZALP GERÇEKER
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZ

Bu olgu sunumu kısa bağırsak ve Waardenburg sendromu olan çocuğun hemşirelik bakım planının sunulması amacıyla yapılmıştır. Hemşirelik Bakımı NANDA-I (INTERNATIONAL)'e göre yapılmıştır. Olgunun bakım sürecinde, çocuk ve annesinin gereksinimine göre beslenmede dengesizlik: Beden gereksiniminden az beslenme, doku bütünlüğünde bozulma, büyüme gelişmede gecikme, aktivite intoleransı, sözel iletişimde bozulma, bakım verici rolünde zorlanma, aile içi süreçlerinin devamında bozulma, sıvı elektrolit eksikliği riski, oral muköz membranda bozulma riski ve enfeksiyon riski hemşirelik tanıları konulmuştur. Hemşirelik girişimleri bu tanılara göre planlanarak uygulanmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Kısa bağırsak sendromu, Waardenburg sendromu, hemşirelik bakımı*

ABSTRACT

This case report was performed with the aim present nursing care plan of the child with Waardenburg and Short Bowel Syndrome. Nursing care plan was made according to North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). During the nursing process, based on the needs of the children and their mothers the following nursing diagnoses were made: imbalanced nutrition, inadequate food intake relative to body requirements, impaired tissue integrity, delayed growth and development, activity intolerance, impaired verbal communication, challenging caregiver role, dysfunctional family processes, risk for fluid-electrolyte deficiency, risk for broken integrity of oral mucous membrane, risk for infection. Nursing care interventions were planned, and performed based on these diagnoses and the results were evaluated.

Key Words: *Short bowel, Waardenburg syndrome, nursing care*

GİRİŞ

Kısa Bağırsak Sendromu

Kısa bağırsak sendromu (KBS) bağırsak uzunluğunun azalması nedeniyle besinlerin yetersiz emilimi ile sonuçlanan multisistemik bir durumdur [1,2]. KBS anatomik olarak kalın bağırsak uzunluğunun yüzdesine göre, fonksiyonel olarak ise yaşamın devamı ve büyüme için gerekli sıvı ve besin emiliminde yetersizlik olarak tanımlanabilir [3]. Çocuklarda geniş bağırsak kaybına konjenital ya da edinilmiş faktörler neden olmaktadır [3,4]. KBS'nin konjenital nedenleri; atrezi, gastroşizis, edinsel nedenleri ise nekrotizan enterokolit (NEK), malrotasyon ve Hirschsprung hastalığıdır [1,3,5]. KBS'nin tıbbi ve cerrahi tedavisi olup, bazı KBS'li hastalarda klinik olarak bağırsak fonksiyonlarında düzelme görülürken bazılarında ise bağırsak uzatma prosedürleri veya transplantasyon gerekmektedir [2]. Ayrıca mortalite ve morbidite hızı geniş bağırsak kaybıyla ilişkilidir [1].

Waardenburg Sendromu

Waardenburg sendromu (WS) ciltte ve iriste pigment bozukluğu, iris heterokromisi, sensörinöral işitme kaybı, distopia kantorum (iç kantusların laterale yer değiştirmesi), poliozis (saçta beyaz perçem) ve diğer gelişim anomalileri ile karakterize otozomal dominant geçişli herediter bir hastalıktır [6-10].

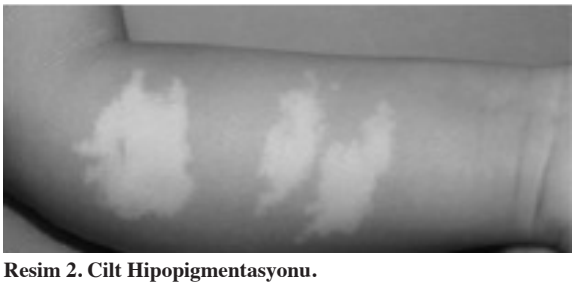
Alındığı tarih: 26.10.2015
Kabul tarihi: 31.03.2016
Yazışma adresi: Ass. Elif Bılsın, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Bornova-35000-İzmir
e-posta: elifbilsin-86@hotmail.com
doi: 10.5222/jaren.2016.044



Resim 1. Poliozis.

WS'nin dört klinik alt tipi bulunmaktadır [9,10]. Distopia kantorum varsa WS Tip I, distopia kantorum yoksa WS Tip II, ayrıca üst ekstremitelerde gevşeklik ve kaba yüz özellikleri varsa WS Tip III, Hirschsprung Hastalığı varsa WS Tip IV olarak tanımlanmaktadır. Dört tip arasındaki farklılığa rağmen, sensörinöral işitme kaybı tüm hastalarda görülmektedir [10].

WS'nin tanılanması için beş major ve beş de minör kriter bulunmaktadır. Major kriterler, işitme kaybı, iris pigment anormalliği, saç hipopigmentasyonu ve WS'li birinci dereceden akraba varlığıdır (Resim 1). Minör kriterler ise cilt hipopigmentasyonu, synophrys (kaşların bitişik olması), geniş burun kökü, burun kanatlarında hipoplazi ve saç renginde erken beyazlamadır [9] (Resim 2).



Resim 2. Cilt Hipopigmentasyonu.

WS'li hastaların çoğunda işitme kaybının şiddeti değişmektedir. Şiddetli sensörinöral işitme kaybı olan çocuklar için koklear implantasyon gerekebilir [10].

Bu olguda WS ve kısa bağırsak sendromunun birlikte görülmesinin yanı sıra yoğun ve dikkatli hemşirelik bakımı gerektirmesi nedeniyle olgunun Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliğine [North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)] göre, hemşirelik bakım planı kapsamında sunumu amaçlanmıştır. Olgunun sunumu için aileden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

OLGU SUNUMU

• *Hastalık Öyküsü:* Olgu 24 aylık, erkek çocuk olup, sezaryen ile 3300 g ağırlığında doğmuştur. Olguya konjenital waardenburg ve kısa bağırsak sendromu tanısı konulmuştur. Başka bir kurumda 11 ay tedavi gören olguya ileostomi açılmış ve daha sonra hastanemize sevki yapılarak, gastroenteroloji kliniğinde tedaviye alınmıştır.
• *Aile Öyküsü:* Tıbbi tanısı ile ilişkili olarak anne ve babada birinci dereceden akraba evliliği (kuzen-amca çocukları) olan olgunun amcasının kızı kısa bağırsak sendromu tanısı ile ex olmuştur.
• *Fiziksel Ölçümler:* Olgu 9,600 g ağırlığında (%3 persantil), 82 cm uzunluğundadır (%10 persantil).
• *Beslenme Durumu:* Olgu total parenteral beslenme (TPN) ile 55cc/h (6 saat süre ile toplam 330 cc), Nazogastrik tüp (NG) ile 6×120 cc aralıklı infüzyon şeklinde (özel mama ile 2 saat infüzyon ve 2 saat ara verme şeklinde) beslenmekte olup, oral olarak yalnızca su almaktadır. Aldığı çıkardığı sıvı dengededir.
• *Boşaltım:* Olgunun ileostomisi bulunmaktadır. Dışkısı sulu ve yeşil renktedir. İleostomi torbası günde 2-3 kez boşaltılmaktadır.
• *Uyku:* Gece 8 saat, gündüz 2-3 saat uyuyan olgunun uyku ile ilgili bir sorunu yoktur.

Fiziksel Değerlendirme

• *Yaşam Bulguları:* Olgunun Kalp Tepe Atımı:120/dk., Solunum sayısı: 30/dk. Kan Basıncı:100/60 mmHg, Vücut Sıcaklığı: 36.4C° (aksiler).
Fiziksel değerlendirmede olgunun genel durumu iyi ve koopere. Tıbbi tanısı ile ilişkili olarak ise cilt hipopigmentasyonu, poliozis ve bilateral işitme kaybı vardır. Solunumu düzenli, abdomende operasyon izi vardır. Port kateteri ve ileostomisi vardır. Diğer sistemlerde herhangi bir sorun yoktur. Rush Medicus Hasta Sınıflandırma Kriterlerine [11] göre hasta bağımsız (bağımlılık düzeyi: 23 puan) olarak değerlendirilmiştir.
• *Laboratuvar Bulguları:* Olgunun total Protein 4.9 g/dL (5.2-7.4 g/dL), Albümin 2.4 g/dL (3.1-4.8 g/dL), Hemoglobin 9.78 g/dL (12-15 g/dL), Hematokrit %29.8 (%37-45) değerleri düşük olarak saptanmıştır. Diğer laboratuvar bulguları ise normal olarak saptanmıştır.

Gelişimsel Değerlendirme

• *Psikomotor Gelişme:* 24 aylık çocuk desteksiz yürüyebilir, koşabilir, merdivenlerden tek başına inip çıkabilir, dikey ve dairesel çizimler yapabilir [12,13]. Olgumuz yalnız başına yürüyemiyor, elinden tutulunca birkaç adım atabiliyor. Fizik tedavi programına başlatıldı. Ancak üst ekstremitelerini aktif bir şekilde kullanabiliyor. Bir objeyi rahatlıkla alıp bırakabiliyor, tutabiliyor ve uzanabiliyor. Olgumuzun psikomotor gelişimi yaşı ile uyumlu değil.

• *Psikososyal Gelişme:* Bu dönem Erikson'a göre Özerkliğe Karşı Kuşku ve Utanç Duygusu (1-3 yaş) dönemidir. Çocuk bu dönemde motor becerilerini ve dili kullanarak çevresini keşfetmeye başlar. Ebeveynler çocuğun bağımsız fonksiyonunu desteklerse ve bazı aktivitelerde (yeme, giyinme, tuvalet gibi) giderek bağımsızlık verirlerse çocukta otokontrol duygusu gelişir. Ancak tam tersi olarak çocuğun sürekli eleştirilmesi, baskılanması, sık cezalandırılması ya da aşırı korunması sonucunda utanç, şüphe ve kararsızlık duygularının gelişmesine neden olur [12,13]. Olgumuz işitme kaybı nedeniyle iletişim kuramadığı için ve psikomotor gelişme geriliği olması nedeniyle birçok günlük aktivitede anneye bağımlıdır. Psikososyal gelişimi yaşının gerisinde kalmıştır.

• *Bilişsel Gelişme:* Bu dönem Piaget'ye göre, İşlem Öncesi dönemdir (2-7 yaş). Bu dönemde çocuk sözcük dağarcığını zenginleştirerek dilini geliştirir ve benlik kavramını oluşturur. Konuşma becerisinin gelişmesine bağlı olarak çocuk oyuncaklarıyla, eşyalarla, değişik objelerle devamlı konuşur [12,13]. Olgumuz işitme kaybı nedeniyle konuşamıyor ve beden hareketleriyle iletişim kuruyor. İsmini biliyor ve söylenen kelimeleri anlıyor. Özellikle yüz ifadelerinden kızma, mutluluk vb. ifadeleri tanıyor. Kıskançlık, korku, öfke duygularını gösteren davranışlar sergiliyor. Olgu işitme kaybı nedeniyle sözel iletişim kuramadığı için bilişsel gelişimi yaşının gerektirdiği özellikleri göstermiyor.

• *Psikoseksüel Gelişme:* Freud'a göre, bu dönem Anal dönemdir (1-3 yaş). Çocuğun haz aldığı bölge anal bölgedir. Tuvalet eğitimi bu dönemde gerçekleşir [12,13]. Olguda sözel iletişim yokluğu ve ileostomi varlığı nedeniyle tuvalet eğitimine henüz başlanmamıştır.

Uygulanan Tedavi:

Fiziksel ve gelişimsel değerlendirme ile tedavisi uygulanan ve akut durumu kontrol altına alınan olgu, cerrahi işleme dek bakımının evde sürdürülmesi için taburcu edildi. Ancak üst üste sıvı-elektrolit kaybı ve enfeksiyon gelişmesi nedeniyle yeniden çocuk gastroenteroloji kliniğine yatırıldı. Olgumuzu bu dönemde 3 ay boyunca gözlemledik ve daha sonra taburcu edildi. Ayrıca cerrahi işleme dek olguda komplikasyonlar geliştiğinde yeniden çocuk gastroenteroloji kliniğine yatışı yapılmaktadır. Bu nedenle olgunun hemşirelik bakımına vurgu yapan çalışmamızda aşağıdaki tanılarla yola çıkılmıştır (Tablo 1).

Hemşirelik Bakımı

Olguya NANDA-I'ya göre aşağıdaki hemşirelik tanıları konulmuştur (Şekil 1).

Tablo 1. Olguya Uygulanan Tedaviler.

İlaçlar	Sıklığı x Dozu
Peroral İlaçlar	
Ursodeoksikolik Asit (250 mg/5 ml)	2x1.8 cc
Vitamin D3	3x5 damla
Antiasit infant poşet	3x1 poşet
Domperidon süspansiyon (1 mg/200 ml)	3x2.2 cc
Parenteral İlaçlar	
TPN	55.5 cc/h (20.00-02.00 arası)
Oktreotid (0.1 mg)	2x3 diziem+4 diziem
K vitamini (5 mg/1 ampul) - Intravenöz	1x1 (pazartesi-perşembe)
Metronidazol (500 mg/100 cc)- Intravenöz	3x20 cc
Furosemid - Intravenöz	1x0.5 cc
Tazocin (4.5 g/20 cc) - Intravenöz	3x3 cc
%5 dextroz + %09 NaCI (her 500 cc'ye 1 ampul KCl)	15 cc/h
Kaspofungin (Asetat 50 mg/10 ml) (100 cc SF içinde) - Intravenöz	1x4.7 cc
SF ile burun lavajı	4x1



(Kaynak: 14, 15, 16).

Şekil 1. Hemşirelik Tanıları.

Tanıların sıralaması Maslow'un gereksinimler hiyerarşisi doğrultusunda (var olan sorun ve ardından olası riskler) ele alınmıştır.

Hemşirelik Tanısı 1: Oral alımın olmamasına ve iştahsızlığa bağlı "Beslenmede Dengesizlik: Gereksiniminden Az Beslenme"
Tanımlayıcı Özellikler: Kilo persantili %3, boy persantili %10, oral olarak su dışında alımının olmaması
Amaç: Çocuğun yaşına uygun besin gereksiniminin karşılanması
Hemşirelik Girişimleri:
- Günlük kilo takibi yapıldı.
- Düzenli aralıklarla kilo ve boy persantilleri değerlendirildi.
- Oral alımı değerlendirildi. Oral olarak suyun yanı sıra yarı sıvı besinler denenmeye başlandı.
- NG ile her beslenme öncesi rezidü kontrolü yapıldı.
- Enteral olarak mama ve TPN ile beslenmesi desteklendi.
Değerlendirme: Çocuğun kilosunda azalma görülmedi, (kilo persantili %3), NG ve TPN ile beslenmeye devam ediyor, oral olarak sıvı besinlerle besleniyor. Ek olarak yarı sıvı besinler denenmeye başlandı.

• **Hemşirelik Tanısı 2:** Port kataterine, NG tüpüne ve ileostomiye bağlı "Doku Bütünlüğünde Bozulma"
Tanımlayıcı Özellik: Port katater, NG tüp ve ileostominin bulunması
Amaç: Doku bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi
Hemşirelik Girişimleri:
- Her gün cilt bütünlüğü değerlendirildi.
- NG tüp, port kateteri ve stoma bakımı düzenli aralıklarla yapıldı, enfeksiyon belirtileri (kızarıklık, şişlik, ateş) yönünden takip edildi.
- NG tüpü tespit etmek için kullanılan flasterlerin yerleri günlük olarak değiştirildi ve cilt uygun nemlendirici kremler ile nemlendirildi.
- NG tüpün yeri belirli aralıklarla değiştirilerek burun dokusu travması azaltıldı.
Değerlendirme: Port kateteri, NG tüp ve stoma bakımı düzenli olarak yapıldı.

• **Hemşirelik Tanısı 3:** Kronik hastalığa, uzun süre hastanede kalmaya ve beden gereksiniminden az beslenmeye bağlı "Büyüme Gelişmede Gecikme"
Tanımlayıcı Özellikler: Kilo persantili %3, boy persantili %10, yaşa uygun motor gelişiminin gecikmesi ve konuşamaması
Amaç: Çocuğun yaşına uygun büyüme ve gelişme göstermesinin sağlanması
Hemşirelik Girişimleri:
- Günlük kilo takibi yapıldı.
- Düzenli aralıklarla kilo ve boy persantilleri değerlendirildi.
- Beslenmesi desteklendi.
- İletişimi sağlamak için yüz ifadeleri iletişimde kullanıldı.
- Çocuğun gelişimini sağlayan yaşına uygun uyaranlar (oyuncaklar, renkli kartlar ve objeler vb.) verildi.
- Anneye çocuğun gelişimi destekleyecek uyaranların önemi konusunda bilgi verildi.
- Uyaran vermesi konusunda anne teşvik edildi.
Değerlendirme: Çocuğun persantil artışı sağlanamasa da, kilo kaybı görülmedi (kilo persantili %3). Enteral olarak mama ve TPN ile beslenmesi desteklendi. Yaşına uygun motor gelişim olarak kliniğin koridorunda annesi ile birlikte minik adımlarla yürümeye başladı.

Hemşirelik Tanısı 4: Anemiye bağlı "Aktivite İntoleransı"
Tanımlayıcı Özellikler: Çabuk yorulma, hemoglobin (9.78 g/dL) ve hematokrit (%29.8) düzeylerinde düşme
Amaç: Çocuğun aktivite düzeyinin yaşına uygun olarak arttırılması
Hemşirelik Girişimleri:
- Çocuğun aktivite ve enerji düzeyi değerlendirildi.
- Fazla enerji kullanımı gerektiren aktivitelerden kaçınıldı.
- Çocuğun aktiviteye tepkisi izlendi.
- Yaşam bulguları izlendi.
- Enerji düzeyini korumak için çocuğun oyun aktiviteleri arasında dinlenmesi sağlandı bu konunun önemi hakkında anneye bilgi verildi.

- Çocuğun yaşına uygun oyunlar ve yorucu olmayan (yatak içinde oyuncakları ile oynama vb.) oyunlar oynaması sağlandı.
- Doktor istemine göre gerektiğinde O_2 verildi.
- Hemoglobin ve hematokrit düzeyleri izlendi.
- Diyetinde bulunan ek demir ve vitaminleri düzenli olarak alması sağlandı.

Değerlendirme: Çocuk yatak içinde oyun oynadı. Kliniğin koridorunda anne ile kısa süreli adım atmaya çalışmaktadır. Hemoglobin ve hematokrit düzeyleri halen düşük düzeyde devam etmektedir.

• Hemşirelik Tanısı 5: İşitme kaybına bağlı "Sözel İletişimde Bozulma"
Tanımlayıcı Özellikler: Çocukta bilateral işitme kaybı
Amaç: Çocuk, anne ve sağlık personeli arasında iletişimin sağlanması
Hemşirelik Girişimleri:
- Çocuk ile iletişim yüz yüze ve göz teması ile kuruldu. Bu konuda anneye bilgi verildi.
- İletişimde yüz ifadesi, jest ve mimikler kullanıldı.
- Çocuğa uygulanan işlem öncesinde anneye yapılacak işlemler hakkında bilgi verildi.
- İşitme kaybının olumsuz etkilerini önlemek için erken dönemde işitme cihazı kullanılması konusunda anneye bilgi verildi.

Değerlendirme: Çocuğa işitme cihazı takıldı ancak çocuk cihazı sürekli olarak çıkardığı için tamamen çıkarılmak zorunda kalındı.

• Hemşirelik Tanısı 6: Annenin tek başına bakım vermesine, çocuğun çok uzun ve zor tedavi sürecine, kronik hastalığa ve uzun süre hastanede kalmaya bağlı "Bakım Verici Rolünde Zorlanma"
Tanımlayıcı Özellikler: Annenin yorulduğunu belirtmesi
Amaç: Bakım vericinin dinlenmesi ve yükünün azaltılmasının sağlanması
Hemşirelik Girişimleri:
- Annenin uzun süre hastanede kalması ve bakım verici rolüne ilişkin duygu ve düşünceleri öğrenildi.
- Annenin destek kaynakları öğrenildi (Annenin dışında çocuğuna bakabilecek yakınlarının varlığı araştırıldı.) ve destek kaynaklarını kullanması sağlandı.
- Anneye dinlenmesi için fırsat verildi.

Değerlendirme: Anne yaklaşık 15 aydır hastanede kalmakta ve diğer çocukları ve eşi başka bir şehirde bulunmaktadır. Ara ara izinli olarak eve gönderilerek annenin dinlenmesi sağlandı. Hastanın bakımı üstlenilerek annenin bakım yükü hafifletildi.

• Hemşirelik Tanısı 7: Kronik hastalık, uzun süre hastanede kalmaya ve sürekli olarak annenin bakım vermesine bağlı "Aile İçi Süreçlerinin Devamında Bozulma"
Tanımlayıcı Özellikler: Aile üyelerinin başka şehirde olması, annenin diğer çocuklarını görememesi, anneden beklenen rolleri yerine getirememesi ve babanın ev içinde rollerinin artması
Amaç: Aile üyelerinin birbirleri ile iletişiminin, desteğinin ve aile içi süreçlerin devamının sağlanması
Hemşirelik Girişimleri:
- Annenin hastalıkla ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlandı.
- Ailenin güçlü yönleri vurgulandı.
- Aile üyelerinin birbirine destek olması konusunda bilgi verildi.
- Babanın ve kardeşlerin çocuğu ziyaret etmesi ve bunun önemi konusunda anne ile görüşüldü.
- Annenin diğer çocukları ile iletişimini sürdürmesi sağlandı.
- Annenin annelik rolünde ve çocuğun bakımında olumlu yönleri desteklendi.

Değerlendirme: Anne evdeki çocukları ile telefon ile iletişimini sürdürmektedir, büyük kız kardeş belli aralıklarla hastanede kalarak annenin eve gitmesini ve dinlenmesini sağladı. Baba belli aralıkla hastaneye ziyarete geldi.

• Hemşirelik Tanısı 8: İleostomiye, aralıklı kusmaya ve sulu dışkılamaya bağlı "Sıvı Elektrolit Eksikliği"
Amaç: Sıvı elektrolit eksikliğinin düzeltilmesi
Hemşirelik Girişimleri:
- Yaşam bulguları takip edildi.
- Dehidratasyon belirtileri ve bulguları izlendi.
- Çocuk her gün tartıldı.
- Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapıldı.
- Elektrolit düzeyleri (Na, K vb.) izlendi.
- İdrar dansitesi kontrol edildi.
- İleostomiden çıkan gaita miktarı dikkatli bir şekilde takip edildi ve kaydedildi.

Değerlendirme: Çocukta sıvı elektrolit dengesizliği düzeltildi.

• Hemşirelik Tanısı 9: Oral alamamaya ve NG tüpüne bağlı "Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski"
Amaç: Oral membranın bütünlüğünün sağlanması, uygun ağız hijyeninin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri:
- Günlük olarak oral mukoz membranlar ve diş etleri kontrol edildi ve değerlendirildi.
- Günde en az 2 kez 1/1 SF ile dilüe edilmiş sodyum bikarbonat ile ağız bakımı verildi.
- Tolere edilebildiği kadar sıvı alımı desteklendi.
- Anneye ağız hijyeni ve önemi anlatıldı.
Değerlendirme: Oral mukoz membranlarda herhangi bir değişim görülmedi.

• **Hemşirelik Tanısı 10:** IV girişimlere, ileostemiye, port katetere, NG tüp ve hastane ortamına bağlı "Enfeksiyon Riski"
Amaç: Enfeksiyon gelişiminin önlenmesi
Hemşirelik Girişimleri:
- Anneye el hijyeninin önemi açıklandı.
- Ziyaretçi kısıtlaması yapıldı.
- Anneye enfeksiyon belirti ve bulguları hakkında bilgi verildi.
- Hastaya yapılacak girişimlerden önce eller yıkandı ve aseptik tekniğe dikkat edildi.
- Yaşamsal bulguları takip edildi.
- Laboratuvar bulguları (lökosit ve CRP değerleri) takip edildi.
- İleostomi ve port kateter bölgesi enfeksiyon belirti bulguları açısından gözlemlendi.
- İleostemi, NG ve port kateter bakımı aseptik ilkelere uygun olarak yapıldı.
- IV set, enteral beslenme seti her gün değiştirildi.
Değerlendirme: Hastanın kültür sonucuna göre port kateterinde mantar ürediği saptandı. Antifungal ilaç tedavisi başlandı.

TARTIŞMA

KBS'nin tedavisi birkaç yıl gibi uzun dönemi kapsayan kompleks bir süreçtir [1]. Tedavi sürecinde tıbbi ve cerrahi müdahaleleri içeren multidisipliner bir bakım gerekmektedir. Tıbbi tedavinin temel amaçları; sıvı-elektrolit, asit-baz dengesinin devamını [1,3] ve bağırsak adaptasyonunu sağlamak, bağırsak uzunluğunu devam ettirmek, parenteral beslenmeyi artırmak, büyüme ve gelişmeyi sürdürmek, bağırsak uyumunu artırmak, komplikasyonları önlemek ve ishali kontrol altına almaktır [1,4,5].

Çocuklarda yetersiz besin emilimine ve ishale bağlı büyüme gelişme geriliği ve sıvı-elektrolit kaybı görülmektedir [1,3]. Beslenme ve hidrasyon yetersizliğini karşılamak, büyümeyi sağlamak için ek parenteral beslenme ve intravenöz sıvı tedavisi gerekmektedir [1,4]. Uzun süre peranteral beslenme sıklıkla karaciğer hasarına neden olmakta [1], ayrıca sepsis, kolestaz ve ölüm gibi uzun dönemli komplikasyonların riskini artırmaktadır [2]. Bu nedenle KBS'li çocuklarda sıvı dengesi ve kilo takibi çok önemlidir [3].

Çocuklarda kronik hastalığın etkisi geniş kapsamlıdır. Organ fonksiyonlarında bozulma, nöro gelişimsel sakatlık, tıbbi tedaviye bağımlılık, sağlık çalışanları ve aile tarafından destekleyici bakıma gereksinim duyma gibi sağlığa ve gelişmeye etkileri bulunmaktadır [17]. KBS çocuğun yaşam kalitesini azaltmakta ve sürekli parenteral beslenmeye bağımlılığa neden olmaktadır [2].

KBS'nin yönetiminde doktor, hemşire, diyetisyen ve eczacıları kapsayan multidisipliner bir ekip gerekmektedir [5]. Hemşirelerin, çocuğun bakımındaki aktif rolü önemlidir. Hemşirelerin kronik hastalığa sahip çocuğun bakımında aile merkezli ve gelişimsel bakım verme, terapötik ilişki kurma, hastalığın etkilerini ve tedaviyi değerlendirme, hastalık, prognoz ve beklenen komplikasyonlar ile ilgili aileye bilgi verme ve yaşam kalitesini değerlendirme gibi görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan çocuk ve ailesine bakım veren hemşirenin en önemli hedefi; ailenin başa çıkmasını desteklemek ve çocuğun yaşam kalitesini artırmaktır [17].

Bu bilgiler ışığında olguda hemşirelik bakım planı ile uygulanan girişimler ve çıktıları değerlendirilmiştir. Olgunun bakım sürecinde, çocuk ve annesinin gereksinimine göre beslenmede dengesizlik: Beden gereksiniminden az beslenme, doku bütünlüğünde bozulma, büyüme gelişmede gecikme, aktivite intoleransı, sözel iletişimde bozulma, bakım verici rolünde zorlanma, aile içi süreçlerinin devamında bozulma, sıvı elektrolit eksikliği riski, oral muköz membranda bozulma riski ve enfeksiyon riski hemşirelik tanıları konulmuştur.

Sonuç olarak, hemşirelik bakım planı ile olguda gelişen komplikasyonlar yönetilmiştir. Hemşirelik tanılarıyla sunulan bireyselleştirilmiş bakım, komplikasyonların azaltılmasını, hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesini, sağlık personelleri arasında iletişimin devamını ve bakımın sistemli olarak yapılmasını sağlamıştır.

Bu örnekte olduğu gibi benzer karmaşık olgularda, bakımın daha net sürdürülebilirliği ve hastanın bakım kalitesini yükseltmek için "hemşirelik bakım planı basamaklarıyla" bireyselleştirilmiş bakım uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Coletta R, Khalil BA, Morabit A. Short bowel syndrome in children: surgical and medical perspectives. Seminars in Pediatric Surgery, 2014; 23: 291-97. http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2014.09.010

2. Demehri FR, Stephens L, Herrman E, West B, Mehringer A, Arnold MA, et al. Enteral autonomy in pediatric short bowel syndrome: Predictive factors one year after diagnosis. Journal of Pediatric Surgery, 2015; 50: 131-35. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2014.10.011

3. Smith N, Harwood R, Almond S. Short bowel syndrome surgical perspectives and outcomes. Paediatrics and Child Health, 2014; 11: 513-18. http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2014.06.004

4. Sulkowski JP, Minneci PC. Management of short bowel syndrome. Pathophysiology, 2014; 21: 111-18. http://dx.doi.org/10.1016/j.pathophys.2013.11.013

5. Batra A, Beattie RM. Management of short bowel syndrome in infancy. Early Human Development, 2013; 89: 899-904. http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.09.001

6. Neyzi O, Ertuğrul T. (Edt.) Pediyatri. 4. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. 2010. ss: 1066.

7. Bal M, Berkiten G, Topaloğlu İ, Büyükkoç O. Waardenburg sendromu (dört olgu nedeniyle). Okmeydanı Tıp Dergisi, 2012; 3: 157-161. http://dx.doi.org/10.5222/otd.2012.157

8. Alp H, Alp E. Waardenburg sendromu: Bir vaka sunumu. Güncel Pediatri, 2010; 8: 123-6.

9. Bansal Y, Jain P, Goyal G, Singh M, Mishra C. Waardenburg syndrome-A case report. Contact Lens & Anterior Eye, 2013; 36: 49-51. http://dx.doi.org/10.1016/j.clae.2012.10.083

10. Kontorinis G, Goetz F, Lanfermann H, Luytenski S, Giesemann AM. Inner ear anatomy in waardenburg syndrome: radiological assessment and comparison with normative data. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2014; 78: 1320-26. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2014.05.020

11. Haussmann RKD, Hegyvary ST, Newman JF, Bishop AC. Monitoring quality of nursing care. Health Services Research, 1974; 9: 135-48.

12. Arıkan D, Çelebioğlu A, Güdücü Tüfekci F. In: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B. Eds. Pediatri hemşireliği. 1. Baskı. İzmir: Asya Tıp Kitabevi; 2013. s. 941-61.

13. Kılıçarslan Törüner E, Büyükgönenç L. Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları. Göktuğ Yayıncılık. 2011. s. 39-43, 45-7.

14. Ak B. Hemşirelik Süreci. In: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B. Eds. Pediatri hemşireliği. 1. Baskı. İzmir: Asya Tıp Kitabevi; 2013. s. 941-61.

15. Erdemir F. (Çev.). Hemşirelik tanıları el kitabı. 13. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi; 2012. s. 11-7.

16. North American Nursing Diagnosis Association-NANDA. The 3. Complete list of NANDA Nursing Diagnosis for 2012-2014, with 16 new diagnoses. http://www.kc-courses.com/fundamentals/week2process/nanda2012.pdf. January 15, 2015.

17. Hockenberry MJ, Wilson D. (Edt.) Wong's essentials of pediatrıc nursing. 9th Edition. Mosby, 2013. pp: 536-37.