

T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ YAYINI NO: 2242

AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ YAYINI NO: 1241

AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ
OKULÖNCESİ ÖĞRETMENLİĞİ LİSANS PROGRAMI

ANNE ÇOCUK SAĞLIĞI VE İLK YARDIM

Yazarlar

Prof.Dr. Nesliban TEKİN (Ünite 1, 2, 3)

Prof.Dr. Başar TEKİN (Ünite 4, 5)

Doç.Dr. İlker YILMAZ (Ünite 6, 7)

Yrd.Doç.Dr. Mehmet YANARDAĞ (Ünite 7)

Editör

Prof.Dr. Coşkun BAYRAK



ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

Bu kitabın basım, yayım ve satış hakları Anadolu Üniversitesine aittir.
“Uzaktan Öğretim” tekniğine uygun olarak hazırlanan bu kitabın bütün hakları saklıdır.
İlgili kuruluştan izin almadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kayıt
veya başka şekillerde çoğaltılamaz, basılamaz ve dağıtılamaz.

Copyright © 2011 by Anadolu University

All rights reserved

No part of this book may be reproduced or stored in a retrieval system, or transmitted
in any form or by any means mechanical, electronic, photocopy, magnetic, tape or otherwise, without
permission in writing from the University.

UZAKTAN ÖĞRETİM TASARIM BİRİMİ

Genel Koordinatör

Prof.Dr. Levend Kılıç

Genel Koordinatör Yardımcısı

Doç.Dr. Müjgan Bozkaya

Öğretim Tasarımcısı

Doç.Dr. Müjgan Bozkaya

Grafik Tasarım Yönetmenleri

Prof. Tevfik Fikret Uçar

Öğr.Gör. Cemalettin Yıldız

Öğr.Gör. Nilgün Salur

Dil ve Yazım Danışmanı

Okt. Ferdi Bozkurt

Ölçme Değerlendirme Sorumlusu

Öğr.Gör. Meryem Aydın

Kitap Koordinasyon Birimi

Yrd.Doç.Dr. Feyyaz Bodur

Uzm. Nermin Özgür

Kapak Düzeni

Prof. Tevfik Fikret Uçar

Dizgi

Açıköğretim Fakültesi Dizgi Ekibi

Anne Çocuk Sağlığı ve İlk Yardım

ISBN

978-975-06-0916-9

1. Baskı

Bu kitap ANADOLU ÜNİVERSİTESİ Web-Ofset Tesislerinde 4800 adet basılmıştır.
ESKİŞEHİR, Temmuz 2011

İçindekiler

Önsöz	vii
Kullanım Kılavuzu.....	viii

Anne-Çocuk Sağlığı	I
GİRİŞ	3
ÜLKEMİZDE VE DÜNYADA ÇOCUK SAĞLIĞININ DURUMU	5
Ülkemizde Çocuk Sağlığının Durumu	5
Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı	6
Neonatal Resüsitasyon Programı	6
Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı	7
İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı.....	7
Büyümenin İzlenmesi Programı	7
Demir Gibi Türkiye Projesi.....	7
İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı	8
Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi.....	8
Fenilketonüri ve Hipotiroidi Tarama Programı	8
Hemoglobinopati Kontrol Programı	8
Dünyada Çocuk Sağlığının Durumu	9
Özet.....	11
Kendimizi Sınayalım.....	13
Yaşamın İçinden.....	14
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	15
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	15
Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar	16

1. ÜNİTE

0-6 Yaş Çocuklarının Fiziksel Gelişimi	17
GİRİŞ	19
Büyüme ve Gelişmeyi Etkileyen Faktörler	19
Büyüme ve Gelişmenin Değerlendirilmesi.....	20
0-6 Yaş Çocuklarda Ağırlık ve Boy Artışı.....	20
Boy uzaması	21
Baş Çevresi	22
Kol Çevresi	23
Göğüs Çevresi	23
Dişlerin Çıkması	25
Kemik Gelişimi.....	26
Özet	29
Kendimizi Sınayalım	30
Yaşamın İçinden	31
Okuma Parçası	31
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	32
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	33

2. ÜNİTE

0-6 Yaş Çocuklarında Görülen Çocuk Hastalıkları	35
GİRİŞ	37
SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI.....	37
Streptokoksik Boğaz Enfeksiyonu.....	37
Streptokoksik Boğaz Enfeksiyonunun Belirti ve Bulguları Nelerdir?...	37
Çocukluk Çağındaki Viral Enfeksiyonlar: Soğuk Algınlığı (Nezle)	38
Viral Pnömoni.....	38
Epiglottit.....	38

3. ÜNİTE

Meningit	39
İmpetigo	39
Bronşiolit	39
Çocukluk Çağında Sık Görülen Döküntülü Viral Hastalıklar	40
Kızamık	40
Kızamıkçık (Rubella)	40
5. Hastalık (Eritema infeksiyozum)	40
6. Hastalık (Roseola Infantum)	41
Suçiçeği	41
Kabakulak	41
Gastroenteritler	41
Parazitolar	42
ÇOCUKLARDA BAĞIŞIKLAMA	43
Verem (BCG) Aşısı	44
Hepatit B Aşısı	44
HİB Aşısı:	44
Çocuk felci (Polio) Aşısı	44
Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık (Measles-Mumps-Rubella):	44
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞININ UYGULADIĞI AŞI TAKVİMİNDE BULUNMAYAN, GEREKTİĞİ ZAMAN YAPILABİLEN BAZI AŞILAR	45
Suçiçeği (Varisella) Aşısı	45
Konjuge Pnömonokok Aşısı	45
Hepatit A Aşısı	45
Grip (Influenza) Aşısı	45
Rotavirüs Aşısı	45
Özet	46
Kendimizi Sınayalım	48
Yaşamın İçinden	49
Okuma Parçası	50
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	51
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	51

4. ÜNİTE

Aile Planlaması ve Gebelikten Korunma Yöntemleri	53
DOĞUM	55
Doğum Eylemine Hazırlık	57
Normal Doğum Eyleminin Seyri	59
Doğum	60
Operatif Doğum (Vakum-Forseps-Sezaryen)	61
LOHUSALIK	62
Lohusalıkta Beklenen Fizyolojik Değişmeler	62
Patalojik Lohusalık	63
Emzirmenin Önemi	64
Laktasyon	65
Lohusalıkta Beklenen Meme Hastalıkları	65
AİLE PLANLAMASI	66
Aile Planlamasının Tanımı ve Önemi	66
Aile Planlamasının Nedenleri	66
GEBELİKTEN KORUNMA YÖNTEMLERİ	67
Modern Yöntemler	67
Geri Dönüslü Kontraseptif Yöntemler	67
Geri Dönüslü Kontraseptif Yöntemler (Sterilizasyon Yöntemleri)	68
Geri Dönüslü Kontraseptif Yöntemler (Sterilizasyon)	72
II. Diğer Korunma Yöntemleri	74
Özet	76
Kendimizi Sınayalım	78

Yaşamın İçinden.....	79
Okuma Parçası	80
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	81
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	82
Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar	82
Genital Sistem ve Gebelik.....	83
GENİTAL SİSTEM VE DÖLLENME	85
Genital Sistemin Gelişimi.....	85
Genital Sistemin Anatomik Özellikleri.....	85
Genital Sistemin Fizyolojisi.....	88
GEBELİĞİN OLUŞMASI.....	91
ÜREMEYE YARDIMCI YÖNTEMLER.....	91
Ovülasyon İndüksiyonu (Yumurtlamayı Uyarma/Başlatma)	92
Inseminasyon (Sunni Dölleme).....	92
In-Vitro Fertilizasyon - Mikroenjeksiyon.....	92
GEBELİK	93
Gebelikte Dikkat Edilmesi Gerekenler	94
Gebelikte Sık Karşılaşılan Yakınmalar	95
Bulantı-Kusmalar.....	95
Kasık, Karın ve Bel Ağrıları.....	96
Kabızlık.....	96
Kilo Artışı.....	96
Gebelik İzlemi - Kontroller.....	96
GEBELİĞİN ANORMAL BULGULARI	97
Kanama	97
Hipertansiyon	98
Fetusun Hareketsizliği.....	98
Su Gelmesi.....	98
Kan Grubu Uyuşmazlıkları	98
Preterm Doğum Eylemi	99
Gebelikte Birlikte Dikkate Alınması Gereken Anormal Durumlar	99
Kalp Hastalığı ve Gebelik.....	99
Diyabet ve Gebelik	100
RİSKLİ GEBELİKLER.....	101
Adolesan Gebelikleri.....	102
İleri Yaş Gebelikleri	102
Çoğul Gebelikler	102
Rh Hastalığı.....	102
Gebelikte Anemi	103
Preterm Eylem	103
Prematür Membran Ruptürü.....	104
Hiperemesis Gravidarum	104
Intrauterin Gelişme Geriliği (IUGR).....	105
Polihidramnios - Oligohidramnios	105
DÜŞÜKLER VE GEBELİĞİ SONLANDIRMA YÖNTEMLERİ	105
Düşükler	105
Tekrarlayan Düşükler.....	107
Düşük Tehdidi.....	107
Servikal Yetmezlikler ve Erken Doğum.....	107
İndükte Düşükler ve Gebelik Sonlandırma Yöntemleri	108
Özet.....	109
Kendimizi Sınayalım.....	111
Yaşamın İçinden.....	112
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	114

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	114
Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar	114

6. ÜNİTE

Çocuklarda Temel İlk Yardım Uygulamaları.....	115
GİRİŞ	117
İLK YARDIM	117
İLK YARDIMDA TEMEL İLKELER.....	117
YARALANMALAR VE KANAMALARDA İLK YARDIM	119
ŞOK VE İLK YARDIM	121
SOLUNUM VE DOLAŞIMLA İLGİLİ DURUMLARDA İLK YARDIM.....	121
Solunum Yollarına Yabancı Cisim Kaçması	124
Solunum Yollarının Kısmen Tıkanması	124
Solunum Yollarının Tam Tıkanması	124
YANIKLAR VE İLK YARDIM.....	126
ZEHİRLENMELER VE İLK YARDIM	126
Sindirim (Ağız) Yoluyla Olan Zehirlenmelerde İlk Yardım.....	126
Solunum Yoluyla Olan Zehirlenmelerde İlk Yardım	127
Cilt Yoluyla Olan Zehirlenmelerde İlk Yardım	127
Deniz Zehirlenmelerinde İlk Yardım	127
Akrep Sokmalarında İlk Yardım.....	127
Yılan Sokmalarında İlk Yardım	127
SICAK ÇARPMALARI, ISI KRAMPLARI VE İLK YARDIM	128
DONMA VE İLK YARDIM.....	128
ANİ HASTALIKLAR VE İLK YARDIM	129
KIRIK, ÇIKIK VE BURKULMALARDA İLK YARDIM.....	130
İLK YARDIMDA HASTA VEYA YARALI ÇOCUĞU TAŞIMA	135
İLK YARDIM ÇANTASI	137
Özet.....	138
Kendimizi Sınayalım.....	140
Yaşamın İçinden	141
Okuma Parçası	141
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	142
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	142
Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar	143
Yararlanılan İnternet Adresleri	143

7. ÜNİTE

Çocuklarda Oyun Yaralanmaları	145
GİRİŞ	147
BEBEKLİK (0-12 AY) DÖNEMİNDE OYUN VE GÜVENLİK	
ÖNLEMLERİ	148
KÜÇÜK ÇOCUKLARDA (1-4 YAŞ) OYUN VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ.....	149
BÜYÜK ÇOCUKLARDA (5-9 YAŞ) OYUN VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ ...	151
ERGENLİK DÖNEMİNDE (10-16) OYUN VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ.....	153
ÇOCUK VE GENÇLERDE GÖRÜLEN SPOR YARALANMALARI	155
SPOR YARALANMALARININ NEDENLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	158
SPOR YARALANMALARININ TEDAVİSİNDE GENEL YAKLAŞIMLAR.....	159
Özet.....	164
Kendimizi Sınayalım.....	166
Yaşamın İçinden	167
Okuma Parçası	167
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	168
Sıra Sizde Yanıt Anahtarları	168
Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar	169

Sözlük	171
---------------------	------------

Önsöz

Sevgili Öğrenciler,

Anne Çocuk Sağlığı ve İlk Yardım kitabı birbirini tamamlayan yedi üniteden oluşmaktadır. Bazı ünitelerin konusu gereği o alana özgü terminoloji kullanıldığından yalın anlatımdan uzaklaşmış gözükabilir. Kitap öncelikle öğretmen adaylarına yönelik hazırlanmıştır. Kitabın öğretmen adaylarının yanısıra sağlıklı yaşam yeterliğini geliştirmeye çalışan kişilere ve anne-babalara da yarar sağlayabilecektir.

Sağlıklı toplum oluşturmada sağlık alanında çalışanlar kadar anne babalara rehberlik eden öğretmenlerin önemli rolleri olduğu bir gerçektir. Anne çocuk sağlığı kavramının nasıl anlaşıldığı, ülkemizde ve dünyada çocuk sağlığının nasıl bir görünüm sergilediğine ilişkin bilgilere birinci ünite de yer verilmektedir.

Çocuklarla sürekli iletişim içerisinde olan ve onları eğitmekle görevli olan kişilerin başında öğretmenler gelmektedir. Öğretmenlerin, 0-6 yaşları arasındaki çocukların fiziksel değişimlerden, çocukların fiziksel sağlığını sürdürebilmeleri için koruyucu önlemlerin neler olabileceğine ilişkin bilgilere sahip olması çocuklar açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca çocukları fiziksel gelişimlerinin ölçülmesi ve grafiklerle gösterimi gibi beceriler çocukların gelişimi için pratik bilgiler sağlamaktadır. İkinci ünite de bu özellikleri kazandıracak bilgilere yer verilmiştir.

Çocuklarda sık görülen hastalıklar daha çok enfeksiyon hastalıklarıdır. Enfeksiyon hastalıklarının neler olduğuna, hangi yollarla bulaştığına, hastalıklardan korunmanın tedavi etmekten daha etkili ve ekonomik olduğuna ilişkin bilgilere üçüncü ünite de yer verilmiştir. Aile planlamasından ne anlaşılması gerektiği, aile planlamasına neden gerek duyulduğu ve lohusalık döneminin özelliklerinin neler olabileceğine ilişkin bilgilere dördüncü ünite de yer verilmiştir. Çocuklarla ve aileleriyle yakın ilişki içerisinde olan öğretmenlerin bilmelerinde yarar görülen doğum, gebelik, aile planlaması, gebelikten korunma yöntemlerine; yaygınlıkla ve bilinçsizce kullanılan korunma yöntemlerinin neler olduğuna ilişkin bilgilere beşinci ünite de yer verilmiştir.

Sağlık personelin bulunmadığı veya geciktiği durumlarda kişinin kendine yardım etmesi ve evde bakımı ilk yardım becerileri içerisinde yer almaktadır. İlk yardımın ne olduğu, ilk yardımda öncelikle alınması gereken önlemlerin neler olabileceği, kırık, çıkık, solunum yetmezliği, böcek sokmaları, zehirlenmeler, kanamalar, yanıklar, donmalar, koma, havale, epilepsi v.b. durumlara ve bu durumlarda nasıl hareket edilmesi gerektiğine ilişkin birey açısından yaşamsal önem taşıyan bilgilere ünite altıda yer verilmiştir.

Beslenme kadar çeşitli ve karmaşık davranışlar içeren ve çocuğun bilişsel, psikososyal ve motor gelişim alanlarını destekleyici bir olgu olan oyunun nasıl anlaşılması gerektiği, sağlıklı gelişimin önemli bir aracı olan oyunun eğitim sistemi içerisinde nasıl değerlendirilmesi gerektiği, oyun sırasında meydana gelebilecek kazaların ve yaralanmaların neler olduğu ve bunlara nasıl yaklaşılması gerektiğine ilişkin bilgilere ünite yedide yer verilmiştir.

Kitap, sağlıklı birey, sağlıklı toplum oluşturmada öğretmenleri ve toplumu bilgilendirmeyi ön plana çıkartmaktadır. Öğretmen adaylarının her üniteye ilişkin sorun tanımını, amaçları, giriş, özet bölümlerini, yaşamın içerisinde ve okuma parçalarını okumaları kitaptan beklenen yararı artırabilecektir.

Emeği geçenlere teşekkür, okuyuculara başarılar dilerim.

Editör
Prof. Dr. Coşkun BAYRAK

Özet

Araştırma sonuçları, özellikle de son yıllarda yapılan araştırmalar, bu konudaki bilgilerin hızla değiştiğini göstermektedir. Bu nedenle, öğrencilerin bu konudaki bilgilerini sürekli olarak güncellemeleri gerekmektedir. Bu bölümde, bu konudaki önemli noktaları tekrar vurguluyoruz.

Okuma Parçası: Bu bölümde, bazı doğrudan ilişkili bilimsel bir çalışmadan alınan okuma parçalarına yer verilmektedir.

Kendimizi Sınavım

1. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır? (1 puan)

2. "Yeni ve değişik bir konuyu..." (1 puan)

3. "Bu yıl Ziraat Bakanlığı..." (1 puan)

4. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır? (1 puan)

5. "Yeni ve değişik bir konuyu..." (1 puan)

6. "Bu yıl Ziraat Bakanlığı..." (1 puan)

7. "Yeni ve değişik bir konuyu..." (1 puan)

8. "Bu yıl Ziraat Bakanlığı..." (1 puan)

Özet: Ünitede ayrıntılı işlenen konuların önemli noktaları tekrar vurgulanır.

Okuma Parçası: Bu bölümde, bazı doğrudan ilişkili bilimsel bir çalışmadan alınan okuma parçalarına yer verilmektedir.

Kendimizi Sınavım: Ünitede işlenen konuları öğrenip öğrenmediğinizi kendi kendinize ölçmenizi sağlayacak, bir tür sınava hazırlık testidir. Sınavlarda çıkabilecek türde soruları içerir.

Kendimizi Sınavım Yanıt Anahtarı: "Kendimizi Sınavım" bölümündeki soruların cevaplarını ve ilgili oldukları konularla ilgili konuları tekrar etmeniz sınavdaki başarınızı artırabilir.

Yaşamın İçinden

Yaşamın içinden aktarılan kuramsal açıklamalar ile günlük yaşamımızda karşılaştığımız olaylar arasında ilişki kurmanızı sağlamak için verilmiş haber ve alıntılardır.

Okuma Parçası

Okuma parçası, bilimsel bir çalışmadan alınan bir bölümdür. Bu bölümde, bazı doğrudan ilişkili bilimsel bir çalışmadan alınan okuma parçalarına yer verilmektedir.

Kendimizi Sınavım Yanıt Anahtarı

1. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır? (1 puan)

2. "Yeni ve değişik bir konuyu..." (1 puan)

3. "Bu yıl Ziraat Bakanlığı..." (1 puan)

4. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır? (1 puan)

5. "Yeni ve değişik bir konuyu..." (1 puan)

6. "Bu yıl Ziraat Bakanlığı..." (1 puan)

7. "Yeni ve değişik bir konuyu..." (1 puan)

8. "Bu yıl Ziraat Bakanlığı..." (1 puan)

9. "Yeni ve değişik bir konuyu..." (1 puan)

10. "Bu yıl Ziraat Bakanlığı..." (1 puan)

Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar

İşlenen konulara ilişkin daha geniş bilgi edinmek isterseniz bu bölümde yer alan kaynakları inceleyebilirsiniz.

Yaşamın İçinden: Ünitede aktarılan kuramsal açıklamalar ile günlük yaşamımızda karşılaştığımız olaylar arasında ilişki kurmanızı sağlamak için verilmiş haber ve alıntılardır.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı: "Sıra Sizde"lerde yer alan soruların cevaplarını içerir. Her hangi bir Sıra Sizde sorusuna verdiğiniz cevap ile bu bölümdeki cevabı karşılaştırarak, ilgili konuyu ne ölçüde öğrendiğinizi belirleyebilirsiniz.

Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar: İşlenen konulara ilişkin daha geniş bilgi edinmek isterseniz bu bölümde yer alan kaynakları inceleyebilirsiniz.

Anne-Çocuk Sağlığı



Sağlık, toplumu oluşturan bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali içerisinde bulunmasıdır. Sağlıklı bir toplum oluşturmada bireylerin kendilerine ve sağlık personeline düşen sorumluluklar kadar, eğitimcilere de görev ve sorumluluklar düşmektedir. Çocuklara çok küçük yaşlarda kazandırılacak sağlıklı yaşam becerileri için en önemli rol öğretmene düşmektedir. Ayrıca öğretmenin çocuklar aracılığı ile ailelere ulaşabilme olanağına sahip olduğu için sağlık konusundaki rolünü yadsımamak gerekir. Bu ünite de çocukların büyüme ve gelişmelerinin nasıl güvence altına alınması gerektiğine ilişkin ulusal ve uluslararası anlaşmaların neler olduğuna, dünyada ve Türkiye’de çocuk sağlığının durumuna, büyümenin nasıl izlenmesi gerektiğine ilişkin şekil, grafik ve ölçütlere, anne sütünün teşviği ve bebek dostu hastaneler programının ne olduğuna yer verilmektedir.

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- 👁️ Ana çocuk sağlığına ilişkin temel kavramları açıklayacak,
- 👁️ Ana çocuk sağlığını etkileyen değişkenleri açıklayacak,
- 👁️ Ana çocuk sağlığında risk yaratan etmenleri sıralayacak,
- 👁️ Ana çocuk sağlığının ülkemizdeki durumunu açıklayacak,
- 👁️ Ana çocuk sağlığının dünyadaki durumunu açıklayacak,
- 👁️ Sağlık Bakanlığı tarafından etkin bir biçimde sürdürülen proje ve programları sıralayacak

bilgi ve becerilere sahip olacaksınız.



Örnek Olay

Sevgi ve Barış üniversite yıllarında birbirine âşık olmuşlardı. Okullarını bitirip bir işe yerleşince evlenmeye karar vermişlerdi. Evliliklerinin ikinci ayında Sevgi hamile olduğunu fark etmişti. Barış dünyanın en mutlu insanı olmuştu. Endişeleri mutluluklarını gölgelemeye başlamıştı. Akraba değillerdi ama çocuklarının sorunlu olmasında sadece akrabalık bağı rol oynamıyordu ki. Ekonomik kaygılar, çevre koşullarının yetersizliği, insanların birbirlerine nefretle bakmaları, güneydoğuda teröristlerce şebit edilen gencecik fidanlar, kan gölüne dönen Ortadoğu, çıkmaza sokulan Irak, ülkemizde oynan oyunlar, çocuklarının gelecekte bir iş bulamamasına neden olan istihdam politikalarının olmayışı, gelecek güvencesini ortadan kaldıran sosyal güvenlik yasası, üniversitelerde yaratılan kargaşa ortamı saymakla bitmeyen ve benzeri sorunların var olduğu bir dünyaya bu çocuğu nasıl getireceklerdi. Daba kendileri bu sorunlarla baş etmeyi öğrenememişlerdi. Çocukları nasıl baş edebilecekleri. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezi bu konularda kendilerine yardımcı olmaları mümkün değildi. Sorunu kendi aralarında tartışıp karar vermeleri gerekiyordu. Ne olursa olsun bir çocuğun dünyaya gelmesi sorunların üstesinden gelmeyi de beraberinde getireceği kanaatine vardılar. Bu sorunlar mutluluklarına gölge düşürmemeliydi. Onun için dünyanın en güzel mutluluğunu tatmaya karar verdiler. Öncelikle kadın hastalıkları ve bir doğum uzmanı ile iletişime geçmeleri gerekiyordu. Tıp fakültesinde bu konuda tanıdık bir uzmanları vardı. Ona ulaşarak danışmanlık hizmeti almaya başlamışlardı. Doğum yaklaşınca Barış, Anne çocuk sağlığı bölümü ile de iletişime geçmeye karar verdi. Bebeğin dünyaya gelmesi yeni dünyalarının olması anlamına geliyordu. Bunun çok iyi farkında idiler. Artık her şey bebeğin varlığı dikkate alınarak planlanmaya başlandı. Yeme, uyku, cinsellik, arkadaşlarla ilişkiler, işyerlerinde işe karşı tutumlar hepsi gözden geçirilerek yeni stratejiler belirlendi. Öyle de olmalıydı. Çünkü kendi sorumlulukları dışında geleceğini yaratacakları bir bebeklerinin ağır sorumluluğu vardı. Sadece ekonomik olarak bebeklerinin durumunu düşünemezlerdi. Özellikle uzmanlardan yardım alarak sağlıklı bebek nasıl yetiştirileceğine ilişkin bilgilere de gereksinimleri vardı. Ayrıca çocukları ile ilgili şimdiden kariyer planı yapmaları gerekiyordu. Barış, Sevgiye ne kadar şanslı olduklarını söyledi. Sevgi de onu onaylıyordu. Biliyorlardı ki şanslarını kendi bilinçlilikleri yaratmıştı.

Anahtar Kavramlar

- Çocuk sağlığı
- Ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezi
- Bin yıl bildirgesi
- Çocuk bakları sözleşmesi
- Yenidoğan
- Dünya sağlık örgütü

İçindekiler

- GİRİŞ
- ÜLKEMİZDE VE DÜNYADA ÇOCUK SAĞLIĞININ DURUMU
 - Ülkemizde Çocuk Sağlığının Durumu
 - Dünyada Çocuk Sağlığının Durumu

GİRİŞ

Çocuklara birinci öncelik ilkesi ilk defa UNICEF tarafından ortaya konmuş olan bir ilke olup bu ilkenin özü; çocukların büyüme ve gelişmelerinin güvence altına alınması, iyi ve kötü günlerde sahiplenilmesi gereken bir amaç olmalıdır. Çocuğun yeterince beslenme, aşı, eğitim ve sağlık gereksinimleri, iktidarda şu ya da bu partinin olmasına, ekonominin gelişme ya da durgunluk dönemine girmesine, faiz hadlerine, savaş ya da barış ortamına bağlı kalmaktan çıkarılmalıdır. Bir çocuğun normal gelişimi için tek bir şansı vardır ve bu şans geciktirilemez veya ertelenemez.

Yoksulluğun, eğitimsizliğin, aşırı doğurganlığın, kötü yaşam koşullarının, hatta silahlanmanın ağır bedelini çocuklar ödemektedir. Eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyin düşük, primer sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu toplumlarda bebekler ve beş yaş altı çocuklar bu olumsuz durumdan en fazla etkilenen kesimi oluşturmaktadırlar. İkinci bin yılda günümüze kadar çok şey yapılmışsa da bu hedefe ulaşma yolunda ilerleme birçok ülkede oldukça yavaştır. Bu nedenle çalışmalara ivme kazandırmak, 2015 yılına dek eşitsizliklere son vermek ve dünyada sağlığı yükseltmek amacıyla 2000 yılında “Bin yıl Zirvesi” yapılmış ve sekiz amacın gerçekleştirilmesi kararlaştırılmıştır.

Bin yıl hedefleri; öncelikli amacı, dünyada yoksulluğa son vermek olan ülkeler arası bir sözleşme olarak tanımlanabilir. Bu amaçları önceki hedeflerden ayıran, daha çok sayıda ulusun benimsemiş olması ve daha fazla çaba göstermesidir. Bin Yıl Bildirgesi’ndeki sekiz amacın üçü, 18 hedefin sekizi, 48 göstergenin 18’i sağlıkla ilişkilidir.

Koruyucu sağlık hizmetleri gelişimini sürdürürken, refahı yükseltmek, daha sağlıklı ve barış içinde bir gelecek için 1977 yılında Dünya Sağlık Assemblası yapılmış, “Herkes İçin Sağlık” başlığı ile yola çıkılarak, 38 adet 2000 Yılı Hedefleri belirlenmiştir Dünya Sağlık Assemblası’nın ardından, 1978 yılında Kazakistan’ın başkenti Almatı’da “Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi” yayımlandı. Almatı Konferansı’ndan sonra birçok adım atılmışsa da “Herkes İçin Sağlık” hedeflerine ulaşmadaki ilerleme birçok ülkede oldukça yavaştır. Sağlık hizmetlerini geliştirmek amacı ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, sağlık eğitimi, çevre sağlığı ve temizlik, bağışıklama, beslenme, endemik hastalıkların kontrolü, sık görülen hastalık ve yaralanmaların tedavisi gibi çalışmalar “En Az Bakım” kavramı başlığı altında toplandı. DSÖ ve UNICEF tarafından “Çocukları Yaşatma Seferberliği” olarak tanımlanan çocuk sağlığı programlarının “GOBI - FFF” başlığı altında toplanmasına karar verildi Bunun kapsamında ana ve çocuk sağlığına yönelik hizmetlerini güçlendirme girişimleri, daha sonra 1981 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen “**Çocuk Sağkalım Devrimi**” programları, **Edinburg ve Talloires (1989) deklerasyonları** ile devam ettirilmiştir. Ana ve çocuk sağlığı alanında programların başlatılması yönünde hükümetlerin, tıp fakültelerinin ve tüm ilgililerin dikkatleri çekilmeye çalışılmıştır. 1989 yılında BM’nin doğrudan çocuklara yönelik hazırladığı “Çocuk Hakları Sözleşmesi” çocuk sağlığı ve haklarını koruma yönündeki en önemli çalışmalardan birisidir. Çocuk Hakları Bildirgesi’nin bugün 15. yılında olmakla birlikte öne koyulan hedeflerden çoğuna erişilememiştir. BM Çocuk Özel Oturumu (8-10 Mayıs 2002) yapılmış ve sağlık çalışmalarında önceliğin çocuklara verilmesi gerektiği belirtilerek, çocukların sağlıklı geleceği için 2010 Yılı Hedefleri belirlenmiştir. Ülkelerin bu politikaları benimseyen hedefleri olmalıdır.

Yalnız Türkiye’de değil dünyanın pek çok ülkesinde yoksulluğun, eğitimsizliğin, aşırı doğurganlığın, kötü yaşam koşullarının, hatta silahlanmanın ağır bedelini çocuklar ödemektedir.

Bin Yıl Hedeflerine ulaşma yolunda neler yapılmalıdır? Tartışınız.



SIRA SİZDE

1

Ülkemizde yapılan çeşitli program ve çalışmalar 2000 yılına kadar Türkiye'de bebek ölüm oranlarını Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesi için öngördüğü % 0-20 düzeyine yakın bir düzeye indirmek amaçlanmaktadır.

Türkiye'de anne ölümlerine bakacak olursak 2005 verilerine göre anne ölüm oranı yüzde 28.5' tir.

Türkiye'nin tüm bölgelerinde 600 civarında ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇSAP merkezi) bulunmaktadır.

Çocuklara bu haklarının sağlanabilmesinin tek yönlü önlemler ile ulaşılabilmemesi olanaksızdır. Belirlenen hedeflere yaklaşmak için primer sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliği yanında örgün eğitim, halkın eğitimi, hekim ve diğer sağlık elemanlarının nitelik ve niceliği, bütçe, ulaşım ve iletişim olanakları, yasalar gibi çeşitli konuların gündeme gelmesi ve devletin çeşitli sektörlerini ilgilendiren bir politika üretilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım devletimizce de benimsenmiştir. Yine bu programlara göre anne ölüm oranları azaltarak yüz binde 50 dolaylarına getirmek, etkin aile planlaması uygulayan aile oranını arttırarak hızlı nüfus artışının ve sık aralıklı doğumların getirdiği sorunları azaltmak ve halen çok çarpıcı olan bölgeler arası farklılıkları önlemek, ana hedefleri doğrultusunda yapılmıştır. Türkiye nüfusunun yüzde % 62'si doğurganlık çağındaki kadınlar ve çocuklardır. Nüfusun yüzde 37'sini 0-14 yaş grubu, yüzde 15'ini 5 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır. 15-49 yaş kadınlar nüfusun yüzde 24'ünü oluşturmaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre Ülkemizde de her yıl 2 milyona yakın (1.958.501) kadın gebe kalmakta, yılda 1.481.000 canlı doğum gerçekleşmekte ancak 48.280'i 1 yaşına bile gelmeden ölmektedir. **0-1 yaş bebek ölüm hızı %0 29'**dur. Yılda 700 den fazla kadın gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle kaybedilmektedir. Günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeyleri; o ülkenin ticari kapasitesi, kişi başına gelir düzeyi ve ortalama yaşam süresi gibi göstergelerden daha önemli bir parametre olan, bebek ölüm hızı ile değerlendirilmektedir. Bebek ölüm hızı, sadece çocuk sağlığının genel göstergesi olmayıp aynı zamanda o ülkenin eğitim düzeyinin de göstergesidir.

Türkiye'de anne ölüm oranının yüzbinde 28.5 olmasına karşılık Bulgaristan'da 15, Danimarka'da 10, Fransa'da 10, İran'da 37, İsrail'de 5, İsveç'te 5' tir. Türkiye'de anne ölümlerinin yüksek oluşunun önde gelen nedenleri; doğum öncesi bakım hizmetlerinin yetersizliği, kanama, enfeksiyon ve toksemi gibi hastalıkların erken teşhis edilememesi ve annenin uygun tedaviyi almaması ve doğumların sağlık kuruluşlarında yapılamamasıdır. Ayrıca anemi, gebelik yaşının 20'nin altında olması veya 35'in üzerinde olması, iki doğum aralığının iki yıldan daha kısa olması da, annede risk yaratan durumlardır. Anne ölümlerinin ülkemizde bu derecede yüksek olması, ulusal sağlık politikalarının geliştirilmesi, sırasında öncelikler konusunda ana-çocuk sağlığına verilen değeri göstermektedir.

SIRA SİZDE

2

İnsanî Gelişme Raporu'na göre Türkiye'de durum nedir?

Türkiye'deki ailelerin yarısı gerektiğinden fazla, dörtte biri gerektiğinden daha az kalori ve protein almaktadır. Hayvansal protein (et, yumurta, süt, yoğurt gibi) tüketimi Avrupa ülkelerinin üçte biri kadardır. Sonuç olarak çocukların %12'si kısa boylu-bodur, %4'ü düşük kiloludur. Kişi başına geliri bizim üçte birimizden az olan Sri-Lanka'da, bebek ölümleri bizimkinin yarısı kadardır. Gelir dağılımındaki çarpıklıklar nedeniyle, ülkemiz nüfusunun (dolayısıyla çocukların) en az beşte biri yoksuldur. Ülkemizde üç milyon çocuk yoksulluk sınırında (günde 1.5\$'ın altında) yaşamakta; her yıl 125.000 çocuk okula gidememekte, toplam çocuk nüfusunun üçte bir çalışmak zorunda kalmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık alanında da yeterli harcama yapılmamaktadır. Gelişmiş ülkelerin GSMH'dan sağlığa ayırdıkları pay en az %10-15 iken, Türkiye %2-4 ile sonlarda gelmektedir (Yurdakök 2005, ss.203-205).

ÜLKEMİZDE VE DÜNYADA ÇOCUK SAĞLIĞININ DURUMU

Bebek ölüm hızı kırsal alanlarda ve okula hiç gitmemiş ya da sadece ilkokula gitmiş annelerin çocukları arasında daha yüksektir. Annenin doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinden yararlanma düzeyi arttıkça bebek ölüm hızı azalmaktadır. Görülmektedir ki bebeklerin yaşamları annelerinin eğitim düzeyini, kadının statüsünü ve annenin sağlık hizmetlerinden faydalanabilme olasılığını çok yakından ilgilendirmektedir. Çocuk ölümlerinin azaltılması yalnız sağlık hizmetlerinin değil, toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesine bağlıdır. Çocuk sağlığının ülkemizde ve dünyadaki durumuna izleyen başlıklarda yer verilmektedir

Ülkemizde Çocuk Sağlığının Durumu

Yıllar içerisinde bebek ölüm hızının Türkiye genelinde azalmasına rağmen bölgeler arası farklılık sürmektedir. Postneonatal dönem ölümlerinin azaltılmasına yönelik sürdürülen bağışıklama, ağızdan sıvı tedavisi ve anne sütü uygulamalarının yaygınlaştırılmasıyla Postneonatal bebek ölümleri azalmaya başlamış, neonatal dönemdeki ölümler ön plana çıkmıştır. Bu programların olumlu etkileri iki kritik göstergede izlenmektedir. 1963 yılında binde 200'ü geçen bebek ölüm hızı (BÖH) 2003'te de binde 29'a düşmüştür. Anne ölüm hızının ise 1970'lerde bu yana %50 oranında azaltıldığı tahmin edilmektedir. Sağlık Bakanlığınca 1997 yılında yapılan Anne Ölümleri Araştırmasına göre anne ölüm hızı yüz binde 54'tür. Bebek ölümlerinin %59'u yenidoğan dönemi ölümleridir. Neonatal bebek ölüm hızı binde 16.8, Postneonatal bebek ölüm hızı binde 11.7'dur.

Neonatal ölümlerin %52'si ise birinci günde olmaktadır.

Dünyadaki yenidoğan ölüm nedenlerinin %33'ü doğum travması ve doğum asfiksisi, %42 enfeksiyonlar, %10 erken doğumla ilgili sorunlar, %14 konjenital anomaliler, %1 diğer nedenler olarak sıralandığı görülmektedir. Ülkemizde yenidoğan dönemine ait sorunların gerçek boyutu ve niteliği bilinmemektedir. Yenidoğan sorunlarına yaklaşım her basamaktaki sağlık kuruluşu için standardize edilmemiştir. Ülkemizdeki duruma bakıldığında aşağıdaki sonuçları çıkarabilmek mümkündür:

- Anne ve/veya babası okur-yazar olan çocukların ölme olasılıkları daha azdır.
- Yirmi yaşından genç anne olanların bebeklerinin ölme olasılıkları daha yüksektir. Halbuki ülkemizde yaşları 15-19 olan kadınların %6'sı çocuk sahibi, %2'si gebedir.
- Doğumlar arasındaki süre yeteri kadar uzunsa, bebek ölümleri daha azdır. Halbuki ülkemizde doğumların dörtte birinden fazlası, bir önceki doğumdan hemen sonra, yani 2 yıl içinde olmuştur.
- Kadınlar gebelikleri sırasında yeterli bakım almışlarsa ve doğumları sağlıklı ortamda eğitilmiş kişilerce yaptırılmışsa bebeklerinin ölme olasılığı daha düşüktür. Halbuki ülkemizde kırsal kesimdekilerin üçte biri doğum öncesi bakım alamamaktadır.
- Ülkemizdeki aşılama oranları artmakla beraber halen istenilen düzeye erişmemiştir.
- Ailelerin yarısı gerektiğinden fazla, dörtte biri gerektiğinden daha az kalori ve protein almaktadır. Hayvansal protein (et, yumurta, süt, yoğurt gibi) tüketimi Avrupa ülkelerinin üçte biri kadardır. Sonuç olarak çocukların %12'si kısa boylu-bodur, %4'ü düşük kiloludur.

Sağlık Bakanlığı yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, anne ve çocuk ölümlerine yol açabilen sağlık problemlerinin çözümüne ve toplumun bu konuda bilinç-

lendirilmesine yönelik çeşitli çalışmalar yürütmektedir. Bu çalışmalarda öncelik çocuk ölümlerinde ve sakatlıklarında önde gelen nedenlere verilmiştir. Çocukluk çağı aşıları gelişmiş ülkelerde uygulanan boyuta çıkarılarak ülke çapındaki uygulama ücretsiz olarak sürdürülmektedir. Aşı ile korunulabilen bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ölüm ve hastalanma oranlarını doğrudan azaltmaktadır. Aşağıda Sağlık Bakanlığı tarafından etkin bir biçimde sürdürülen proje ve programlar yer almaktadır:

- Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı
- Neonatal Resüsitasyon Programı
- Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı
- İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı
- Büyümenin İzlenmesi Programı
- Demir Gibi Türkiye Kampanyası
- İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı
- Fenilketonüri ve Hipotiroidi Tarama Programı
- Hemoglobinoziti Kontrol Programı

Sağlık Bakanlığı bu programlara ilave olarak Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesini de yürütmektedir.

Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı 1987 yılından beri uygulanmaktadır.

Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı

Anne sütü ile beslenmenin yaygın olduğu, ancak doğru uygulanmasında sorunlar bulunduğu dikkate alınarak anne sütünün teşviki amacıyla AÇS/AP Genel Müdürlüğü tarafından bir program uygulanmaktadır.

1987 yılından beri uygulanmakta olan bu programın amacı:

- Bebeklerin doğdukları andan itibaren düzenli aralıklarla sağlık personeline izlenmesini sağlamak,
- Yaşamın ilk 6 ayında sadece anne sütü ile beslenme uygulamasını teşvik ederek, sağlıklı bir beslenme dönemi içine girmelerini temin etmek,
- Bebeklerin uygun zamanda ve uygun şekilde ek besinlere geçişini sağlamak,
- Bebek ve çocukların düzenli izlenmesi sonucu sağlıklı bir beslenme eğitimi ve davranışı kazandırmak,
- Gelişen beslenme yetersizliklerini ve diğer hastalıkları erken dönemde saptayarak tedavisini sağlamaktır.

Bu program kapsamında 1990 yılında “Bebek Dostu Hastaneler” kavramı geliştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ile UNICEF ortak bildirisi olan “Başarılı Emzirmede 10 Adım” temel stratejileri çerçevesinde uygulanan programın amacı, hastane doğumlarını içine alacak şekilde anneleri, doğum öncesi dönemden itibaren hazırlayarak doğumdan hemen sonra emzirmeye başlanması ve hastaneden taburcu olduktan sonra da sağlık personeli izlemleri ile emzirmeyi sürdürmeleri konusunda desteklenmelerinin sağlanmasıdır.

SIRA SİZDE

3

Bebeği memeden ne zaman ayırmak (memeden kesmek) gerekir? Tartışınız.

Neonatal Resüsitasyon Programı

Doğum odasında canlandırma işleminin başarılı bir şekilde yapılması birçok yenidoğan bebeğin hayatını kurtaracak, önemli bir kısmının da sakat kalmasını yüksek riskli gebe ve yenidoğanın tanınması, uygun bakım ve sevk ilkelerinin yerleştirilmesi sağlanarak perinatal ve yenidoğan ölümlerinin önlenmesi önemlidir. Türkiye Neonatal Resüsitasyon Programı'nın hedefi, yurt çapında doğum olayında rolü olan tüm sağlık personelinin standart bir neonatal resüsitasyon eğitimini almasıdır. ve bu bilgi ve becerileri belirli aralıklarla yenilemesidir. Oldukça geniş kapsamlı

Neonatal resüsitasyon eğitimini almak yeterli değildir. Bu eğitimle alınan bilgi ve beceriler belirli aralıklarla yenilenmelidir.

olan bu hedefe ulaşma yolunda kurumsallaşma, kolaylaştırıcı bir öge olmanın ötesinde bir zorunluluktur. Oldukça geniş kapsamlı olan eğitim hedefine ulaşma yolunda kurumsallaşma, kolaylaştırıcı bir öge olmanın ötesinde bir zorunluluktur.

Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı

Akut solunum yolu enfeksiyonları, 5 yaşından küçük çocuklarda daha çok kış aylarında görülen en yaygın hastalık olup zatüre çocuk ölümlerinde ikinci sırada yer almaktadır. 5 yaş altı çocuklarda görülen ve bebek ve çocuk ölümlerinin yaklaşık üçte birini oluşturan akut solunum yolu enfeksiyonlarından ölümlerin azaltılması amacıyla “Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı”, 1987 yılında uygulamaya konulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından programın uygulandığı illerdeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına prokain penisilin gönderilmektedir.

İlaçlar, antibiyotik tedavisi gerektiren akut solunum yolu enfeksiyonları vakalarında öncelikle 5 yaş altı çocuklara ücretsiz olarak dağıtılmaktadır.

İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı

Ağır ishal sonucu oluşan dehidratasyon, Türkiye'deki çocuk hastalık ve ölümlerinin başlıca nedenlerindedir. 5 Yaş altı çocuklarda ishal vakalarının ve dehidratasyona bağlı ölümlerin önlenmesi amacıyla “İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı”, 1986 yılında uygulamaya konulmuştur. Program çalışmaları sağlık ocakları ve AÇS/AP Merkezlerinde temel sağlık hizmetleri yaklaşımı içerisinde sürdürülmektedir. Bu kuruluşlarda görev yapan personel konuyla ilgili eğitim almış olup birinci basamak sağlık kuruluşlarında ishal köşeleri oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında ORS paketleri dehidrate vakalarda ücretsiz olarak dağıtılmaktadır.

Ağızdan su-tuz karışımı tedavisi verilmesine rağmen devam eden aşırı kusmalar oluyorsa, su kaybı bulguları belirginse, tedaviyle ishal daha da artıyorsa hastanede damardan serum tedavisi gerekli olur.

Büyümenin İzlenmesi Programı

Çocuklara ait boy ve ağırlık ölçümleri, büyüme ve gelişmenin, dolayısıyla beslenme durumunun belirlenmesinde önemli birer indekstir. Rutin temel sağlık hizmetleri içinde bebek ve çocukların izlenmesi, birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde ebelerin yapmakta olduğu rutin bebek ve çocuk izlemleri ile yürütülmeye çalışılmış; ancak bu çalışmalar nitelik ve nicelik açısından istenen düzeye ulaşamadığı için 1994 yılında Büyümenin İzlenmesi ayrı bir program olarak ele alınmıştır. Bu çerçevede Dünya Sağlık Örgütü Büyüme Grafikleri, kullanılmakta olan çocuk izlem kartlarına uyarlanmış; büyüme ve bebek/çocuk izleminin ilkeleri ve stratejileri belirlenmiştir.

Büyüme geriliği nasıl anlaşılır?

Demir Gibi Türkiye Projesi

Ülkemizde tüm yaş grupları için yaşamsal önem taşıyan demir eksikliği anemisi, genel olarak 0-5 yaş grubundaki çocukların ve gebelerin ortalama %50'sinde karışımıza çıkmaktadır. Bu önemli halk sağlığı sorununun çözümü için Sağlık Bakanlığı ülke düzeyinde; toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, bebeklerin ilk 6 ay anne sütü almasının ve 6. ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesi, 4-12 ay arası her bebeğe profilaktik amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanması, 13-24 ay anemisi olan bebeklere demir tedavisi önerilmesi amacıyla “Demir Gibi Türkiye Projesi”ni başlatmıştır.



“Demir Gibi Türkiye Projesi” bebeklerin ilk 6 ay anne sütü alması ve emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesi teşvik edilecek. 4-12 ay arası her bebeğe profilaktik amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanacak ve 13-24 ay arası anemisi olan bebeklere demir tedavisi uygulanacak.

Ülkemizde 1968 yılında başlayan tuzun iyotlanması çalışmaları, 1994 yılında başlayan ulusal "İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi ve Tuzun İyotlanması Programı" ile hız kazanmıştır. Eğitim, yasal düzenleme, bilgilendirme, bilinçlendirme, izleme ve denetimler ile iyotlu tuz kullanımında artış görülmüştür. Ancak İyot yetersizliği hastalıkları ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu olarak devam etmektedir.

Kalsiyum ve fosfor kemik dokusunun çimentosu olarak görev yapar. Bu sayede kemikler uçlarındaki kırıldak dokunun mineralize olmasıyla uzar ve bu süreç büyüme tamamlanincaya kadar sürer. Erişkin dönemde ise küçük travmalarla yıpranan kemik dokusunun yerine yeni kemik yapımı için de kalsiyum/fosfor ikilisine, dolayısıyla D vitaminine ihtiyacımız vardır.

İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı

İyot eksikliği önlenebilir zeka geriliğinin en önde gelen nedenlerinden biridir ve kişiyi anne karnından başlayarak tüm yaşamı boyunca olumsuz olarak etkileyen bir hastalıklar bütünüdür.

İyot yetersizliğinin en olumsuz ve yıkıcı etkilerinin gözlemlendiği risk grupları; doğurganlık çağındaki kadınlar, gebeler, bebekler ve çocuklardır. Bebek ve çocuklarda; büyüme ve gelişme geriliği, zeka düzeyinin akranlarına göre en az 13.5 puan daha düşük olması, öğrenme yeteneği ve okul başarısında azalma, gebelerde düşük ve ölü doğum riskinde artma ve her yaşta guatr iyot yetersizliğinin oluşturduğu önemli sağlık problemlerinden sadece birkaçıdır. Bu amaçla tüm dünyada iyot yetersizliğinin önlenmesi için ülkemizin de içinde bulunduğu birçok devlet tarafından özel programlar başlatılmıştır.

Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi

Önemli bir halk sağlığı sorunu gibi bilinmese de, subklinik yetersizliği yaygın olarak gözlenen ve yetersizliğinin yarattığı sonuçların bebek ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri bilinen D vitamini yetersizliğinin önlenmesi toplum sağlığının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Özellikle 5 yaş altı çocuklarda, üreme çağındaki kadınlarda ve adolesanlarda D vitamini yetersizliğine bağlı problemler karşımıza çıkmaktadır. Bu önemli halk sağlığı sorununun çözümü için Sağlık Bakanlığı ülke düzeyinde; toplumun D vitamini yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, 1 milyon bebeğe günlük 400 U D vitamininin 1 yıl süre ile verilmesi amacıyla "Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması" projesini başlatmıştır.

SIRA SİZDE

5

D vitamini yetersizliğinin yol açtığı başka ne gibi sorunlar vardır? Tartışınız.

Anne ve babadan genlerle geçer. Bu bebekler doğdukları zaman normaldir. Anne sütü veya diğer mamalarla beslenmeye başladıklarında proteinli gıdalarda bulunan fenilalanin isimli aminoasit, bebekteki bir enzim (fenilalanin hidrosilaz) eksikliği nedeniyle parçalanıp sindirilemez. Fazla fenilalanin ve yan ürünleri (metabolitleri) kan ve dokularda birikir. Biriken fenilalanin beyinde kalıcı hasara neden olur ve sonuçta bebekte zeka geriliğine yol açar. Erken tanı ve bebeğin fenilalanin yönünden fakir bir diyetle beslenmesi sayesinde zeka geriliği önlenebilir.

Fenilketonüri ve Hipotiroidi Tarama Programı

Kalıtsal bir metabolik hastalık olan fenilketonüri, Avrupa ülkelerinde 10.000 doğumda bir görüldüğü halde ülkemizde 3000-4500 doğumda bir görülmektedir. Ak-raba evliliklerinin yüksek oranda süregelmesi bu hastalığın ülkemizde çarpıcı bir sıklıkta görülmesine neden olmaktadır. Ülke düzeyinde her yenidoğan bebekten topuk kan örneği alınarak hastalık taranmakta, saptananlar tedaviye alınmaktadır. Erken tanı ile ve uygun diyet tedavisi ile çocuklar tamamen sağlıklı gelişirken geç kalınması zeka ve gelişim geriliğine yol açmaktadır. Tiroid hormonu normal büyüme ve gelişmenin sağlanması ve beyin gelişimi için önemli bir hormondur. Bazı çocuklarda bu hormonun doğuştan eksikliği büyüme ve zeka geriliğine yol açmaktadır. Fenilketonüride olduğu gibi yenidoğan döneminde topuk kan örneği alınarak eksikliğin erken saptanması, hormon tedavisinin erken başlatılması çocukların tamamen sağlıklı gelişmesini sağlar.

Hemoglobinopati Kontrol Programı

Türkiye'de sağlıklı Türk popülasyonunda beta-talasemi taşıyıcı sıklığı %2.1'dir. Türkiye'de yaklaşık 1.300.000 taşıyıcı ve 4.000 civarında hasta vardır. Her yıl yüzlerce hastalıklı çocuk dünyaya gelmekte, aileler ve toplum maddi ve manevi zarara uğramaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı tarafından şimdiye kadar yapılan

hizmetleri organize etmek ve hizmetleri yaygınlaştırmak amacıyla Hemoglobino-pati Kontrol Programı başlatılmıştır.

Dünyada Çocuk Sağlığının Durumu

Yılda yaklaşık 130 milyon çocuk doğmakta, 530 000 kadın gebelikte yada doğum sırasında kaybedilmektedir. 3 milyondan fazla çocuk ölü doğmaktadır. 4 milyon çocuk ilk günlerde veya ilk haftalar içinde ölmektedir. Dünya Sağlık Örgütü son raporuna göre 10.6 milyon çocuk 5. yaş günlerini kutlamadan ölmektedirler.

Bir çocuğun ölüm riskinin en yüksek olduğu dönem yaşamının ilk ayıdır, bu nedenle güvenli bir doğum ve etkin yenidoğan bakımı esastır. Yenidoğan ölümlerinin önde gelen nedenleri prematüre doğum, doğum asfiksisi ve enfeksiyonlardır. Bebek 1 aylık olduktan sonra 5 yaşına kadar çocuk ölümlerinin yarısından fazlasında pnömoni, diyare, sıtma, kızamık ve HIV ana nedenlerdir. Malnutrisyon ise bu ölümlerin yarısından fazlasına katkıda bulunur.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sorunlar ve çözüm önerileri aşağıda olduğu gibi gruplandırılmıştır:

- Yenidoğan dönemi bebeklerin en hassas olduğu dönemdir. Yılda yaklaşık 4 milyon bebek yaşamın ilk 1 ayında ölmektedir. Yenidoğanlarda sağlığı tehdit eden riskleri azaltabilmek, gebelikte bakım kalitesinin artması, doğumun deneyimli kişilerce yaptırılması, solunum, ısının sağlanması, hijyenik göbek kordonu ve cilt bakımı ve sadece anne sütü ile beslenmenin yer aldığı etkin yenidoğan bakımı ile sağlanabilir.
- Pnömoni 5 yaşından küçük çocuklarda ölümün en büyük nedenidir. Her yıl gelişen 154 milyon vakanın 3/4'ü yaklaşık 15 ülkededir. Bu durum hastalık için majör riskler olan malnutrisyon ve kötü ev ortamının varlığını ve aşılara korunmanın esas olduğunu ortaya koymaktadır. Antibiotikler ve oksijen hayati araçlardır.
- İshal gelişmekte olan ülkelerde çocuk hastalık ve ölümlerinin önde gelen nedenidir. Sadece anne sütüyle beslenme küçük çocuklarda ishalden korunmada yardımcı olacaktır. Hasta çocukların oral rehidratasyon sıvıları (ORS) ve çinko desteği verilerek tedavi edilmeleri güvenli, maliyeti düşük ve hayat kurtarıcıdır. Son 25 yılda 50 milyondan fazla çocuğun hayatı ORS'ye bağlı olarak kurtarılmıştır.
- Afrikada her 30 saniyede bir çocuk sıtmadan ölmektedir. Bu bölgede 5 yaşından küçük ölümlerde ön sıradadır. Haşere ilaçları ile Insecticide-treated nets prevent transmission and increase child survival. Sıtmaya karşı ilaçlarla erken tedavi hayatlarını kurtaracaktır.
- HIV ile enfekte çocukların %90'ı anneden çocuğa geçişe bağlıdır ve antiretroviral kullanımı olduğu kadar doğumun güvenli ellerde yapılması ve beslenme şeklide korunmak için önemlidir. 15 yaşından küçük 2.3 milyon çocuğun HIV + olduğu ve bu sayıya her gün 1400 den fazla yeni vakanın eklendiği tahmin edilmektedir. Herhangi bir girişimde bulunulmazsa HIV ile enfekte çocukların yarısından fazlası 2 yaşından önce ölmektedir. HIV ile enfekte çocuklara antiretroviral tedavi sağkalım oranlarını ve yaşam kalitesini arttırmıştır.
- Dünyada 5 yaşın altında 20 milyon kadar çocuk ağır düzeyde malnutrisyondur, bu durum onları hastalıklara ve erken ölümlere daha yatkın hale getirmektedir. Bu çocukların yaklaşık 3/4'ü kullanıma hazır tedavi edici besin-

Programın planlama, uygulama ve değerlendirilmesinden, İl Sağlık Müdürünün koordinasyonunda Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlamasından ve Tedavi Hizmetlerinden sorumlu müdür yardımcıları ve İl Hemoglobino-pati görevlisi sorumludur. İl Hemoglobino-pati görevlisi AÇSAP şube müdürüdür.

Çocuk için ölüm riski en yüksek yaşamın ilk ayıdır.

lerle tedavi edilebilir. Yüksek derecede içeriği zenginleştirilmiş ve enerjisi artırılmış bu gıdalar 6 ayın üzerinde malnutrisyonu olan çocuklarda yeterli besinleri evde de sağlamaktadır. Buzdolabı gerektirmez ve hijyenik koşullar ideal olmadığında kullanılabilir.

- Dünya yüzeyinde çocuk sağkalım oranları önemli düzeyde farklıdır- 3/4 ölüm Afrika ve Güney Doğu Asya'da olmaktadır. Bu ülkeler içinde çocuk ölümleri fakirlerin ve eğitimsizlerin daha fazla olduğu kırsal kesimde yüksektir.
- Çocuk sağlığı iyi yönde gelişim göstermektedir ancak ölümlerin azaltılmasında global hedeflere ulaşabilmek için ciddi sorunlar halen vardır. Halen çocuk ölümlerinin 2/3'ü pratik, düşük maliyetli girişimlerle ve 5 yaşa kadar primer bakımın sağlanmasıyla önlenilecek nedenlere bağlıdır. Bakıma ve korunmaya ulaşabilmek için daha güçlü sağlık sistemlerinin geliştirilmesi şarttır. Milenyumda gelişimin 4. hedefi olan 2015 yılında 5 yaş altındaki çocuklarda mortaliteyi 2/3 oranında düşürmek için daha büyük yatırımların yapılması temeldir.

Tablo 1.1
Dünya Sağlık
Örgütü İstatistik
Verilerine Göre
Türkiye'deki Son
Durum

Türkiye nüfusu (2006 yılı)	72 974000
15 yaş altı nüfus	%28.07
Kırsal kesimde yaşayan	%32.11
5 yaş altı ölüm hızı	%025.14
Anne ölümü (100000 doğumda)	28.5

Sonuç olarak, ülkemizde olduğu gibi dünyada da ölümlerin büyük kısmı doğumdan sonraki ilk bir yaşta, özellikle de ilk bir ayda görülmektedir. Yenidoğan ölümlerini, büyük ölçüde, annenin gebelik öncesi, sırası ve doğumdaki sağlığı ile bebeğin doğum sonrasındaki bakımı belirler. 1-12 ayda ise, çevresel faktörler, beslenme ve bakımı önem kazanır. Dünyadaki yoksulların en ciddi sorunları arasında yer alan açlık ve beslenme bozukluğu, günümüzde yoksul ülkelerin sağlığını tehdit etmeye almaya devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bebek, çocuk, genç, erişkin ve yaşlı insanların % 30'a yakını beslenme bozukluğu ile karşı karşıyadır. Beslenme bozukluğu; zihinsel ve fiziksel büyüme geriliğine, ölüme ve sonuç olarak ta ulusal sosyoekonomik gelişmede geriliğe neden olur. Hızla gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde; yaygın şişmanlık çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde acil bir sorundur. Annenin kötü ve yetersiz beslenmesi bebeği olumsuz yönde etkileyerek erişkin yaşta kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon ve diyabet riskini artırmaktadır.

Özet



Ana çocuk sağlığına ilişkin temel kavramları açıklamak

Sağlık, toplumu oluşturan bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali içerisinde bulunmasıdır. Sağlıklı bir toplum oluşturmada bireylerin kendilerine ve sağlık personeline düşen sorumluluklar kadar, eğitimciler de görev ve sorumlulukları düşmektedir. Bebek ölüm hızı kırsal alanlarda ve okula hiç gitmemiş ya da sadece ilkokula gitmiş annelerin çocukları arasında daha yüksektir. Annenin doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinden yararlanma düzeyi arttıkça bebek ölüm hızı azalmaktadır. Görülmektedir ki, bebeklerin yaşamları annelerinin eğitim düzeyini, kadının statüsünü ve annenin sağlık hizmetlerinden faydalanabilme olasılığını çok yakından ilgilendirmektedir. Çocuk ölümlerinin azaltılması yalnız sağlık hizmetlerinin değil, toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesine bağlıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri gelişimini sürdürürken, refahı yükseltmek, daha sağlıklı ve barış içinde bir gelecek için 1977 yılında Dünya Sağlık Assemblesi yapılmış, “Herkes İçin Sağlık” başlığı ile yola çıkılarak 38 adet 2000 Yılı Hedefleri belirlenmiştir Dünya Sağlık Assemblesi’nin ardından, 1978 yılında Kazakistan’ın başkenti Almatı’da “Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi” yayımlandı.



Ana çocuk sağlığını etkileyen değişkenleri açıklamak

Çocuğun yeterince beslenme, aşı, eğitim ve sağlık gereksinimleri, iktidarda şu ya da bu partinin olmasına, ekonominin gelişme ya da durgunluk dönemine girmesine, faiz hadlerine, savaş ya da barış ortamına bağlı kalmaktan çıkarılmalıdır. Yalnız Türkiye’de değil dünyanın pek çok ülkesinde yoksulluğun, eğitimsizliğin, aşırı doğurganlığın, kötü yaşam koşullarının, hatta silahlanmanın ağır bedelini çocuklar ödemektedir. Yoksulluğun, eğitimsizliğin, aşırı doğurganlığın, kötü yaşam koşullarının, hatta silahlanmanın ağır bedelini çocuklar ödemektedir. Eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyin düşük, primer sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu toplumlarda bebekler ve beş yaş altı çocuklar bu olumsuz durumdan en

fazla etkilenen kesimi oluşturmaktadırlar. Çocuklara bu haklarının sağlanabilmesinin tek yönlü önlemler ile ulaşılabilmesi olanaksızdır. Belirlenen hedeflere yaklaşmak için primer sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliği yanında örgün eğitim, halkın eğitimi, hekim ve diğer sağlık elemanlarının nitelik ve niceliği, bütçe, ulaşım ve iletişim olanakları, yasalar gibi çeşitli konuların gündeme gelmesi ve devletin çeşitli sektörlerini ilgilendiren bir politika üretilmesi gerekmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri; o ülkenin ticari kapasitesi, kişi başına gelir düzeyi ve ortalama yaşam süresi gibi göstergelerden daha önemli bir parametre olan, bebek ölüm hızı ile değerlendirilmektedir. Bebek ölüm hızı, sadece çocuk sağlığının genel göstergesi olmayıp, aynı zamanda o ülkenin eğitim düzeyinin de göstergesidir.



Ana çocuk sağlığında risk yaratan etmenleri sıralamak

Türkiye’deki ailelerin yarısı gerektiğinden fazla, dörtte biri gerektiğinden daha az kalori ve protein almaktadır. Hayvansal protein (et, yumurta, süt, yoğurt gibi) tüketimi Avrupa ülkelerinin üçte biri kadardır. Gelir dağılımındaki çarpıklıklar nedeniyle, ülkemiz nüfusunun (dolayısıyla çocukların) en az beşte biri yoksuldur. Ülkemizde üç milyon çocuk yoksulluk sınırında (günde 1.5\$’ın altında) yaşamakta; her yıl 125.000 çocuk okula gidememekte, toplam çocuk nüfusunun üçte bir çalışmak zorunda kalmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık alanında da yeterli harcama yapılmamaktadır.



Ana çocuk sağlığının ülkemizdeki durumunu açıklamak

Türkiye nüfusunun yüzde % 62’si doğurganlık çağındaki kadınlar ve çocuklardır. Nüfusun yüzde 37’sini 0-14 yaş grubu, yüzde 15’ini 5 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır. 15-49 yaş kadınlar nüfusun yüzde 24’ünü oluşturmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre Ülkemizde de her yıl 2 milyona yakın (1.958.501) kadın gebe kalmakta, yılda 1.481.000 canlı doğum gerçekleşmekte ancak 48.280’i 1 yaşına bile gelmeden ölmektedir. **0-1 yaş bebek**

ölüm hızı %0 29'dur. Yılda 700 den fazla kadın gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle kaybedilmektedir. Türkiye'de anne ölüm oranının yüz binde 28.5 olmasına karşılık Bulgaristan'da 15, Danimarka'da 10, Fransa'da 10, İran'da 37, İsrail'de 5, İsveç'te 5' tir. Türkiye'de anne ölümlerinin yüksek oluşunun önde gelen nedenleri; doğum öncesi bakım hizmetlerinin yetersizliği, kanama, enfeksiyon ve toksemi gibi hastalıkların erken teşhis edilememesi ve annenin uygun tedaviyi almaması ve doğumların sağlık kuruluşlarında yapılamamasıdır. Yıllar içerisinde bebek ölüm hızının Türkiye genelinde azalmasına rağmen bölgeler arası farklılık sürmektedir. Postneonatal dönem ölümlerinin azaltılmasına yönelik sürdürülen başışıklama, ağızdan sıvı tedavisi ve anne sütü uygulamalarının yaygınlaştırılmasıyla Postneonatal bebek ölümleri azalmaya başlamış, neonatal dönemdeki ölümler ön plana çıkmıştır. Bu programların olumlu etkileri iki kritik göstergede izlenmektedir. 1963 yılında binde 200'ü geçen bebek ölüm hızı (BÖH) 2003'te de binde 29'a düşmüştür. Anne ölüm hızının ise 1970'lerde bu yana %50 oranında azaltıldığı tahmin edilmektedir. Sağlık Bakanlığınca 1997 yılında yapılan Anne Ölümleri Araştırmasına göre anne ölüm hızı yüz binde 54'tür. Bebek ölümlerinin %59'u yenidoğan dönemi ölümleridir. Neonatal bebek ölüm hızı binde 16.8, Postneonatal bebek ölüm hızı binde 11.7'dir.



Ana çocuk sağlığının dünyadaki durumunu açıklamak

Yılda yaklaşık 130 milyon çocuk doğmakta, 530 000 kadın gebelikte yada doğum sırasında kaybedilmektedir. 3 milyondan fazla çocuk ölü doğmaktadır. 4 milyon çocuk ilk günlerde veya ilk haftalar içinde ölmektedir. Dünya Sağlık Örgütü son raporuna göre 10.6 milyon çocuk 5. yaş günlerini kutlamadan ölmektedirler. Bir çocuğun ölüm riskinin en yüksek olduğu dönem yaşamının ilk ayıdır, bu nedenle güvenli bir doğum ve etkin yenidoğan bakımı esastır. Yenidoğan ölümlerinin önde gelen nedenleri prematüre doğum, doğum asfiksisi ve enfeksiyonlardır. Bebek 1 aylık olduktan sonra 5 yaşına kadar çocuk ölümlerinin yarısından fazlasında pnömoni, diyare, sıtma, kızamık ve HIV ana nedenlerdir. Malnutrisyon ise bu ölümlerin yarısından fazlasına katkıda bulunur.



Sağlık Bakanlığı tarafından etkin bir biçimde sürdürülen proje ve programları sıralamak

Sağlık Bakanlığı yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, anne ve çocuk ölümlerine yol açabilen sağlık problemlerinin çözümüne ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesine yönelik çeşitli çalışmalar yürütmektedir. Bu çalışmalarda öncelik çocuk ölümlerinde ve sakatlıklarında önde gelen nedenlere verilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından etkin bir biçimde sürdürülen proje ve programlar yer almaktadır. Bu program ve projeler: Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı, Neonatal Resüsitasyon Programı, Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı, İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı, Büyümenin İzlenmesi Programı, Demir Gibi Türkiye Kampanyası, İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı, Fenilketonüri ve Hipotiroidi Tarama Programı, Hemoglobino-pati Kontrol Programı ve Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi'dir.

Kendimizi Sıneyalım

1. Aşağıdakilerden hangisi çocukların büyüme ve gelişmelerindeki faktörlerinden biri **değildir**?
 - a. Yeteri ve dengeli beslenme
 - b. Aşı programlarının uygulanması
 - c. Barış ortamının olması
 - d. Silahlanma
 - e. Eğitim düzeyinin yüksek olması
2. "Bin yıl Zirvesi" sonuçlarının **en geç** kaç yılına kadar sonuçlanması kararlaştırılmıştır?
 - a. 2005
 - b. 2010
 - c. 2015
 - d. 2020
 - e. 2025
3. Doğurganlık çağındaki kadınlar ve çocuklar Türkiye nüfusunun yüzde kaçını oluşturmaktadır?
 - a. 62
 - b. 64
 - c. 66
 - d. 68
 - e. 69
4. Aşağıdakilerden hangisi postneonatal dönem ölümlerinin azaltılmasına yönelik sürdürülen çalışmalardan biridir?
 - a. Yoksullaştırma
 - b. Silahsızlanma
 - c. Kur uygulamaları
 - d. Çağdaş ameliyatlara
 - e. Bağışıklama
5. Türkiye'de kırsal kesimdeki kadınların doğum öncesi bakım alamama oranı nedir?
 - a. 1/2
 - b. 1/3
 - c. 1/4
 - d. 1/5
 - e. 1/7
6. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı Türkiye'de kaç yıldan beri uygulanmaktadır?
 - a. 1981
 - b. 1983
 - c. 1985
 - d. 1987
 - e. 1990
7. Aşağıdakilerden hangisi iyot yetersizliğinin sonuçlarından biri **değildir**?
 - a. Zeka geriliği
 - b. Büyüme geriliği
 - c. Guatr
 - d. Gebelikte düşük
 - e. Sağlıklı doğum
8. Fenilketonüri hastalığının tanısı için yenidoğanın neresinden kan örneği alınmaktadır?
 - a. Sağ kolundan
 - b. Sol kolundan
 - c. Topuğundan
 - d. Belinden
 - e. El parmağından
9. Bir çocuğun ölüm riskinin **en yüksek** olduğu dönem hangisidir?
 - a. Gebeliğin 6. haftası
 - b. Doğumu izleyen ilk ay
 - c. Doğumu izleyen ilk iki ay
 - d. Doğumu izleyen ilk 3 ay
 - e. Doğumu izleyen ilk 6 ay
10. Aşağıdakilerden hangisi D vitamini yetersizliğinin sonuçlarından biridir?
 - a. Raşitizm
 - b. Neonatal resüsitasyon
 - c. İshal
 - d. Fenilketonüri
 - e. Hemoglobinopati

Yaşamın İçinden

Çocukların Korunması

UNICEF'in temel raporu Ankara'da canlı bir toplantıyla tanıtıldı. UNICEF'in en önemli raporu olan *Dünya Çocuklarının Durumu 2008* 23 Ocak günü Ankara gerçekleştirilen bir toplantıda, dünyanın diğer ülkeleriyle eşzamanlı olarak basına ve kamuoyuna tanıtıldı. Toplantıda konuşan UNICEF Türkiye Temsilcisi Reza Hossaini, bu yılın raporunun ana teması olan Çocuk Yaşamının bir ülkedeki gelişmenin izlenmesinde son derece duyarlı bir gösterge olduğuna işaret etti. Raporda yer alan bilgilere göre, dünyada halen 9.7 milyon çocuk daha beş yaşına gelmeden ölmektedir. Sierra Leone'deki bir çocuğun doğumu izleyen ilk beş yıl içinde ölme olasılığı dörtte bir iken, İsveç'teki bir çocuk için aynı olasılık 315'te birdir. Ayrıca, ülkelerin kendi içlerinde de bu bakımdan önemli eşitsizlikler görülmektedir. Hossaini sözlerine şöyle devam etmiştir: Elimizde, bunu önleyecek teknoloji, bilgi ve araçlar var; ama gene de her gün çok sayıda çocuk ölüyor.

Kaynakların Etkili Kullanımı

Ocak ayında görevine yeni başlayan Hossaini Türkiye'deki bu ilk basın konferansında çocuk ölüm oranlarındaki düşüşe ve dünyadaki değişik bölgeler arasındaki farklılıklara dikkat çekti. Hossaini odaklanmış, entegre temel hizmet paketlerinin sunumuna yönelik hükümetlerin artan taahhütleri, uluslararası, ulusal ve yerel kuruluşlar arasında artan koordinasyon ve işbirliği ile beş yaş altı çocuk ölümlerinin 1990 ile 2015 yılları arasında üçte iki oranında azaltulmasını öngören Binyıl Kalkınma Hedefi'ne ulaşılması konusunda iyimser olduğunu belirtti. Böylece, kurtarılan her yaşamla birlikte, 3-4 çocuğun daha hastalık, engellilik ve kötü beslenme gibi olumsuzluklardan korunması mümkün olacaktır. Hossaini bu konuda Anne ve çocuk sağlığına yapılacak yatırımın, insan hakları bakımından bir zorunluluk olmanın yanı sıra aynı zamanda sağlam bir ekonomik yatırım anlamına geleceğine dikkat çekti.

Daha sonra Türkiye'deki duruma dönen Temsilci, yenidoğanlar üzerinde odaklanması halinde beş yaşından küçükler ölüm hızında daha ileri düzeyde azalmalar sağlanabileceğini belirtti. Tanıtıma gösterdiği ilgi dolaşısıyla medyaya taktirlerini ileten Hossaini bu ilginin çocukların esenliğine sahip çıktığının açık bir göstergesi olduğunu ekledi.

Türkiye'de durum

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Dr. Turan Buzgan Türkiye'deki genel durum hakkında bilgi verirken, ekonomik ve sosyal trendlerle birlikte yetkili mercilerin çabalarının çocuk ölümlerinde keksin bir düşüş sağladığını belirtti. Buzgan, bu bağlamda bebek dostu hastane, doğum öncesi bakıma daha fazla erişim ve bağışıklama oranlarındaki yükselme gibi etmenlerin olumlu katkılarına işaret etti. Buzgan, Türkiye'de 2007 yılında yalnızca üç kızamık vakası görülmesinin bu gelişmenin bir göstergesi olduğuna dikkat çekti.

Müsteşar Yardımcısı Buzgan'ın verdiği bilgiye göre Hükümet'in hedefi 2007 yılında tahminen binde 21.6 olan bebek ölüm hızınının 2013 yılına kadar en fazla binde 15 olacak şekilde aşağıya çekilmesidir. Bebek ölüm hızı bir yaşına gelmeden ölen bebek sayısını anlatmaktadır ve Türkiye'de bebek ölümleri beş yaşından küçük çocuk ölümlerinin yaklaşık yüzde 90'ını oluşturmaktadır. Gene Buzgan'ın belirttiğine göre 2003 yılında 2.2 olan doğurganlık hızı 2008'de 2'ye inecektir.

Canlı Tartışmalar

Hilton Otelindeki basın toplantısı UNICEF Türkiye Temsilciliği ile Sağlık Bakanlığı tarafından ortaklaşa düzenlendi. Aynı zamanda UNICEF iyi niyet elçisi olan tanınmış TV sunucusu Tayfun Talipoğlu toplantının konuşmacılarını tanıttı. Bu konuşmacılar arasında Meclis Sağlık Komisyonu başkanı Profesör Cevdet Erdöl ile meclisteki muhalefet partilerinden birine mensup Adana milletvekili Gaye Erbatur da yer almaktaydı.

Söz alan konuşmacılar, çocuk bakımında babaların rolü, kız çocukların eğitiminin önemi, kadına (hamile kadınlar dahil) ve çocuklara yönelik şiddet, erken yaşta evlilik, hükümetin sağlık ve sağlık sigortası dahil sosyal politikaları ve tütün ürünlerinin satışına ve kullanımına sınırlama getiren son yaşa dahil olmak üzere çeşitli konulara değindiler. Parlamento üyeleri Canan Arıtman ve Nevzat Korkmaz da tartışmalara katkıda bulunan isimler arasındaydı.

UNICEF Milli Komitesi Başkanı Dr. Talat Halman, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü Dr. Rıfat Köse ve Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık Genel Müdürü Dr. Ruhi Kılıç, Milli Eğitim Bakanlığı Yaygın Eğitim Genel Müdürü Necmettin Yalçın ve çeşitli elçiliklerin temsilcileri toplantıya katılan diğer önemli isimlerdi.

Raporda neler var?

Dünya Çocuklarının Durumu 2008 dünyanın çeşitli bölgelerinde çocuk yaşatma bakımından yaşanan durum ve yapılanlar konusunda ayrıntılı bilgiler içermektedir. Raporda, gelişim halindeki sağlık sistemlerinden çıkarılan dersler ve topluluk ortaklıklarının başarılı örnekleri özetlenmektedir. Dile getirilen tavsiyeler arasında şunlar da yer almaktadır: çocuk ölüm hızları ve düzeyleri en yüksek olan ülkeler ve topluluklara odaklanması; temel hizmetlerin paketler halinde bir araya getirilmesi; yaşam süresinde bakım-hizmet bütünlüğünün sağlanması ve sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde sonuçlara odaklı bir yaklaşımın benimsenmesi. Rapor ayrıca siyasal sahiplenme, önderlik ve finansman sürekliliği gibi öğelerin belirleyici rolünü vurgulamaktadır. Rapor, her yıl olduğu gibi bu yıl da çocukların ve kadınların durumunu etkileyen başlıklar olarak ekonomi, demografi, çevre, beslenme, sağlık, eğitim, toplumsal cinsiyet ve çocuk koruma alanlarındaki durumla ilgili bilgileri 40 sayfa tutan tablolarda sunmakta, böylece ülkeler ve bölgeler arası karşılaştırmalara olanak tanımaktadır.

Kaynak: UNICEF Türkiye Basın Merkezi, 2008/01/29: 10 Mart 2008. 19:50

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

- | | |
|-------|--|
| 1. d | Yanıtınız yanlış ise “Giriş “ başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz. |
| 2. c | Yanıtınız yanlış ise “Giriş “ başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz. |
| 3. a | Yanıtınız yanlış ise “Giriş “ başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz. |
| 4. e | Yanıtınız yanlış ise “Ülkemizde Çocuk Sağlığının Durumu” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz. |
| 5. b | Yanıtınız yanlış ise “Ülkemizde Çocuk Sağlığının Durumu” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz. |
| 6. d | Yanıtınız yanlış ise “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz. |
| 7. e | Yanıtınız yanlış ise “İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz. |
| 8. c | Yanıtınız yanlış ise “Fenilketonüri ve Hipotiroidi Tarama Programı” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz. |
| 9. b | Yanıtınız yanlış ise “Dünyada Çocuk Sağlığının Durumu” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz. |
| 10. a | Yanıtınız yanlış ise “Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi” başlığını gözden geçiriniz. |

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı**Sıra Sizde 1**

Dünya Sağlık Assemblesi'nden günümüze kadar geçen 30 yılda sağlık alanındaki yavaş ilerleme göz önünde bulundurulduğunda, bin yıl amaçlarını sürdürebilmek için paranın gerekliliği yadsınamaz bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, kararlı hükümet politikaları, makroekonomik istikrar ve yolsuzluklarla savaştan bir yönetim de gerekmektedir. Hükümetlerin ayrıca sağlık ve eğitime, temel altyapıya yatırım yapması, insan hakları ve hakkaniyeti birincil koşul olarak benimsemesi, tarımsal verimliliği artırması, temiz çevre ve endüstriyel kalkınma için uygun politikaları oluşturması gerekir.

Sıra Sizde 2

Türkiye 175 ülke içinde 96. sıradadır ve 2002 raporuna göre 11 basamak gerilemiş, orta gelişmiş ülkeler arasında yer almıştır. Türkiye'nin İnsani Gelişim İndeksi (HDI) 0.734'dir. Bu değer birinci sıradaki Norveç için 0.944 ve 175. sıradaki Sierra Leone için ise 0.252'dir. Türkiye'de her 100 kişiden 38'i 50 yaşına gelmeden ölmektedir ve bu rakam Avrupa'daki en yüksek değerdir. Bebek ölüm hızı 1998 verilerine göre %0.44'tür. Bu değer 2003 Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre %0.29'a inmiş olsa da bu değer ile bile Ekvator, Gürcistan ve Meksika ile birlikte 101. sıradadır. Üç milyon çocuk yoksulluk sınırı olan günde 1.5 \$'ın altında gelire yaşamakta, her yıl 125.000 çocuk eğitim sistemi dışında kalmakta ve toplam çocuk nüfusunun %32'sinin çalışmak zorunda olduğu bildirilmektedir. Toplumun kültür düzeyine bakıldığında ise yaklaşık 40 milyon insanın hayatında hiç sinemaya gitmemiş, toplumun yarısından fazlasının kitap okumamış, nüfusun %62'sinin gezi amaçlı seyahat etmemiş olduğu görülmektedir. Kitaba yapılan harcama Avrupa'da kişi başına yılda 500 \$ iken, Türkiye'de 3 \$ dolayındadır.

Sıra Sizde 3

Dünya Sağlık Örgütü, bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmesini, 6 aydan itibaren uygun ek gıdalar başlanarak emzirmenin 12-24 ay sürdürülmesini öneriyor. Bu bilginin ışığında, anne ve bebek açısından uygun olan bir zamanda emzirme sonlandırılabilir.

Sıra Sizde 4

Aile, çocuğun büyümesini boy ve kilo artışına göre takip edebilir. Belirttiğimiz standartlar içinde bir gelişme söz konusu değilse bazı şeyler yolunda gitmiyordu. 'Anne-babaya çekmiştir' ya da 'dayısına, halasına çekmiştir' diye dikkate almamak olmaz.

Öncelikle, ergenliğe kadar yılda ortalama 4cm.'den az büyüyorsa mutlaka bir çocuk doktoruna başvurmak gerekir. Senede bir kere çocuk mutlaka doktora götürülmeli ve büyüme eğrisinin neresinde olduğuna bakılmalıdır. Burada, annenin hamilelik döneminden doğum hikayesine, gebelikte beslenmeden, bebeğin doğum şekline kadar pek çok ölçüt dikkate alınmalıdır. Örneğin; makat gelişli doğan bebekler, prematüre bebekler, düşük kilolu doğan bebekler takip edilmelidir. Türk çocukları için hazırlanmış standart büyüme cetvelleri mevcuttur. Bunlar dikkate alınarak çocukların büyümesi değerlendirilmektedir.

Sıra Sizde 5

D vitamini yetersizliği raşitizmden ibaret değildir. Son yıllarda D vitamininin kemik ve kas dokusu dışında prostat, meme, immün (bağışık) sistem ve sinir sistemi gibi değişik dokularda da fonksiyonu olduğu anlaşılmıştır. Kemik ve kas sağlığı için bu kadar önemli olan D vitamini esas olarak ultraviyole ışınlarının etkisiyle derimizde sentez edilir. Günlük D vitamini ihtiyacı 400 ünite kadardır. Bazı balık türleri (somon gibi) dışında besinlerdeki D vitamini düzeyi yetersizdir. Bu durum anne sütü için de geçerlidir ve anne sütü ile beslenme bebeği D vitamini yetersizliğinden korumaz. D vitamini eksikliğine bağlı raşitizm günümüzde hâlâ önemli bir çocuk sağlığı sorunu olmaya devam etmekte; Son yıllarda gelişmiş ülkelerde de D vitamini eksikliğine bağlı raşitizm vakaları rapor edilmektedir. Genel olarak bebeklerdeki D vitamini yetersizliğinden annenin D vitamini deposunun yetersizliği, yeterli D vitamini desteği yapılmaması, annelerin ve bebeklerin yeterli güneş görmemesi, kentlerdeki hava kirliliği ve sıkışık yerleşim gibi ultraviyole ışınlarının etkisini azaltan faktörler sorumlu tutulmaktadır. Son yıllarda ülkemizde yapılan araştırmalar annelerde de yüzde 80'e varan oranda D vitamini yetersizliği olduğunu ve bunun erken bebeklik döneminde (ilk 3 ay) genellikle havale geçirme ile kendini gösteren raşitizme neden olduğuna dikkat çekmektedirler.

Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar

Murat Yurdakök, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Pediatri Profesörü, **Dünyada ve ülkemizde çocuk sağlığı 2005**, Cilt 48, Sayı 3, Sayfa(lar) 203-205.

0-6 Yaş Çocuklarının Fiziksel Gelişimi

2



Çocuklarla sürekli iletişim içinde olan ve onları eğitmekle görevli olan kişilerin başında öğretmen gelmektedir. Çocuktan her ne kadar aileler sorumlu olsa da bilgili kişi olarak asıl sorumlu olan onların öğretmenleridir. Öğretmenlerin sağlıklı bir çocuğun normal gelişim basamaklarını bilmesi ve çocuğun sağlıklı gelişimini sürdürebilmesi için koruyucu önlemlerin farkında olması son derece önemlidir. Çocukların fiziksel gelişim aşamalarını iyi bilen öğretmenler, çocuğun gelişimine uygun çalışmalar yaptırarak en iyi öğrenme ortamını yaratabilirler. Başarılı bir eğitim yaşamı için çocuğun sağlıklı olması ön koşuldur. Çocuğun sağlığının korunması için gerekli olan sağlıklı beslenme, sağlıklı çevrede yaşama, temizlik, spor yapma gibi etmenlerin bilinmesi ve çocuğa sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması için en önemli görev öğretmenlere düşmektedir. Bu bölümde çocuğun döllenenmeden, ergenlik dönemine kadar olan fiziksel büyümesi üzerinde durulmaktadır.

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- 👁️ Sağlıklı bir toplum oluşturmada hastalıklardan korunma yöntemlerini açıklayacak,
- 👁️ Çocuğun büyüme ve gelişmesini etkileyen faktörleri açıklayacak,
- 👁️ Çocukluk dönemi basamaklarını açıklayacak,
- 👁️ Vücut ağırlıklarının değişmesini belli ölçütlerle karşılaştırmanın gerekliliğini açıklayacak,
- 👁️ Sağlıklı çocuğun değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin belli başlı kavramları sıralayacak,
- 👁️ 0-6 yaş çocuklarda ağırlık ve boy artışının ne anlama geldiğini açıklayacak bilgi ve becerilere sahip olacaksınız.



Örnek Olay

Sevgi Öğretmen ile Ekin Öğretmen, kahvaltı için verilen arada, çocukların gelişimleri ve davranışları üzerine konuşuyorlardı. İlk konu, öğrencilerinin aynı yaş grubunda olmalarına karşın gelişimlerinin ve davranışlarının birbirlerinden farklı olmasıydı. Sevgi Öğretmen bu durumu çocukların kalıtsal özelliklerine, Ekin Öğretmen ise ailelerinin onları yetiştirme biçimlerine ve beslenmelerine bağlıyordu. “İyi beslenen bütün çocuklar iyi gelişir, kendisine doğru davranılan bütün çocuklar da iyi çocuklar olarak karşımıza gelirler.” diyordu. Sevgi Öğretmen buna katılmıyordu. “Doğumdan gelen etmenler daha önemli. Bak bizim bir arkadaşın iki çocuğu var. Biri zamanında doğdu, 3,5 kiloydu. Öbürü 7 aylıkken 1,5 kilo olarak doğdu. O küçük olan hep öyle zayıf, çelimsiz kaldı. Oysa normal doğan her zaman sağlıklı, okulda da çok başarılı.” diyordu. Bu iddiaların hangisinin doğru olduğuna ilişkin net bir karara varamamışlardı. Çünkü insan inceleme konusu olduğunda fen bilimleri alanındaki gibi kesin sonuçlara ulaşmak olanaksızdı. Bu konu çok kolay sonuçlandırılacak bir konu olmadığından başka bir konuya sohbeti çevirdiler. Tuvalet eğitimi konusu da okullarda karşılarına çıkan önemli sorunların başında geliyordu. Aslında tuvalet eğitiminin küçük yaşlarda başlaması gerektiğine ve anne babaların bu konudaki tutumlarının belirleyici rol oynadıklarına ilişkin görüşleri aynı idi. “Şimdiki aileler aşırı iletişim bombardımanının etkisinde kalarak çocuklarına çok gevşek davranıyorlar.” diye dert yanıyorlardı. Sevgi Öğretmen annesini örnek gösterdi. On yaş büyük olduğu için annesinin kardeşine 1 yaşındayken nasıl tuvalet eğitimi verdiğini hatırlıyordu. “Çok huysuz bir çocuktum, annem neler çekti ona tuvaletini söylemeyi öğretilene kadar.” dedi. “Ekin Öğretmen de Sevgi öğretmeni destekler şekilde; “Tabii canım, şimdiki tembelliklerinden uğraşmıyorlar çocuklarla. Sonra biz kreşte öğretmeye çalışıyoruz, yorgunluktan ölüyoruz.” diye onayladı.

Sizce tartıştıkları konunun bilimsel dayanakları olabilir miydi?

Anahtar Kavramlar

- Embryonel
- Fetal dönem
- Yenidoğan
- Süt çocukluğu
- Oyun çocukluğu
- Okulöncesi
- Okul çocukluğu
- Ergenlik
- Genetik faktörler
- Hormonal faktörler
- Uterus ortam faktörleri
- Büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi

İçindekiler

- GİRİŞ
- YAŞLARA GÖRE GELİŞİM DÖNEMLERİ
- BÜYÜME VE GELİŞMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

GİRİŞ

Çocuklarda normal büyüme ve gelişmenin bilinmesi normal durumlardan sapmanın tanımlanması yoluyla hastalıkların belirlenmesi ve önlenmesi açısından gereklidir. Büyüme ve gelişme işlevi tümüyle ayrı olmamasına karşın, 'büyüme vücudun tümünün ya da ayrı bölgelerinin büyüklük olarak artışı', 'gelişme' duygusal ve sosyal ortamlar tarafından etkilenmeleri de içeren işlevlerdeki değişimleri tanımlamak için kullanılır. İnsan organizmasının gelişimi çok geniş, karmaşık bir konudur. Altta yatan hastalığın tanınması ve tedavisi için, çocuklara bakan herkesin normal büyüme ve gelişme konusunu bilmesi önemlidir. Büyüme ve gelişme konusunun bilinmesi sayesinde çocuklardaki anormal değişimlerin tanımlanabilmesi ve önlem alınması kolaylaşabilmektedir.

Büyüme ve gelişme, döllenmeden başlayan ve ergenliğin sonuna kadar süren devamlı bir süreçtir. Bununla birlikte büyüme ve gelişmenin temposu belirli dönemlerde hızlanma ve yavaşlamalar gösterir. Fetal yaşamda çocuk en hızlı şekilde büyür ve gelişir. Doğumdan sonra hızlı olan büyüme ve gelişme giderek yavaşlar. 3-4 yaş ile 9-10 yaş arasında oldukça sabit ve kısmen yavaş bir tempo gösterir, ergenlik dönemine yaklaşırken tekrar hızlanır.

Büyüme daha çok vücudun boyutlarındaki farklılaşma uzama, kilo alma, yaş alma v.b. sayısal göstergeler için kullanılmaktadır.

Gelişme ise; kalıtım çevre etkileşiminin bir ürünüdür. Gelişim sürekli ve belli aşamalarda gerçekleşir. Deyim yerinde ise gelişim nöbetleşe devam eder.

Gelişim ilkeleri nelerdir? Sıralayınız.



İnsanın bedensel gelişimi farklı dönemlere ayrılabilir. Her dönemde insan bedensel yönden değişikliklere uğramaktadır. Yaşlara göre gelişim dönemleri döllenme ile başlayan ve ergenlik dönemini içerecek şekilde aşağıda verilmektedir:

- I. Doğum öncesi** (gestasyonel, antenatal, prenatal veya intrauterin dönem)
 - A. Embryonel dönem (0-10 hafta)
 - B. Fetal dönem (10 haftalıktan doğuma kadar)
- II. Doğum sonrası dönem** (Postnatal dönem)
 - A. Yenidoğan (neonatal) dönemi (0-4 hafta)
 - B. Süt çocukluğu dönemi (1 ay-2 yaş)
 - C. Oyun çocukluğu dönemi (2-3 yaş)
 - D. Okul öncesi dönem (4-6 yaş)
 - E. Okul çocukluğu dönemi (kızlarda 6-10 yaş, erkeklerde 6-12 yaş)
 - F. Puberte (ergenlik) dönemi (kızlarda 10-18 yaş, erkeklerde 12-20 yaş)

Büyüme ve gelişme çok boyutlu bir kavramdır. Bu kavramların daha iyi anlaşılabilmesi için bir takım kategorilere bölünmesi gerekmektedir. Büyüme genetik potansiyel ve bunu etkileyen çevresel faktörlere bağlıdır. Büyüme ve gelişmeyi, genetik faktörler, cinsiyeti etkileyen faktörler, hormonal faktörler, rahim iç faktörler, çevresel faktörler olarak gruplandırılmak mümkündür.

Büyüme ve Gelişmeyi Etkileyen Faktörler

- **Genetik faktörler:** Çocuğun döllenme anında edindiği genetik yapı ve taşıdığı genlerin birbiriyle olan etkisi büyüme ve gelişme potansiyelini belirler. Kısa boylu ailelerin çocuklarının kısa olması gibi.
- **Cinsiyet:** Büyüme-gelişme süreci kız ve erkeklerde farklıdır.
- **Hormonal faktörler:** Çocukluk çağında büyüme ve gelişmeyi etkileyen iki esas hormon büyüme hormonu ile tiroid hormonudur. Büyüme hormonu özellikle boy uzamasını etkiler. Tiroid hormonu ise büyüme için olduğu kadar gelişme ve olgunlaşma için de gereklidir. Puberte çağında böbreküstü bezi ve gonadlardan salınan androjenler ve östrojenlerde büyüme etkiler.
- **Uterus (rahim) içi ortam faktörleri:** Gebelikteki ilaç, ışın, enfeksiyon, hormonal bozukluklar anne karnındaki gelişim üzerine etkilidir.
- **Çevresel faktörler :** Yeterli ve dengeli beslenme büyüme etkileyen en önemli çevresel faktördür. Bununla birlikte başta bağırsak enfeksiyonları ol-

mak üzere enfeksiyon hastalıkları katabolik yıkıma ve çocuğun hastalık süresince, yeterince beslenememesine neden olarak büyüme durumunu etkiler. Enfeksiyonlar tekrarlayıcı olursa büyüme büyük oranda etkilenir.

SIRA SİZDE

2

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hangi yaş grubundaki çocukların izlenmesi gerektiğini belirtmektedir?

Büyüme ve Gelişmenin Değerlendirilmesi

Büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesinde farklı parametreler kullanılmaktadır. Bunlar; büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler ve gelişimin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler olarak iki başlıkta toplanabilir. Büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesinde kullanılan parametrelerin bazıları aşağıda verilmiştir.

Büyümenin (bacımce artma) değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler

- Vücut tartısı ve tartı artma hızı
- Boy uzunluğu ve boy uzama hızı
- Baş çevresi ve baş çevresinin artma hızı
- Vücut ölçümlerinin birbirine oranları

Gelişmenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler

- Dişlerin çıkma ve gelişme yaşı
- Kemiklerin olgunlaşma derecesi
- Nöromotor gelişme derecesi
- Zeka ölçümleri
- Cinsel gelişme

SIRA SİZDE

3

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) özellikle hangi yaş grubundaki çocukların izlenmesi gerektiğini belirtmektedir? Açıklayınız?

Fiziksel gelişimi başlığı altında 0-6 yaş çocuklarının boy, ağırlık ve diş gelişimleri incelenmektedir.

0-6 Yaş Çocuklarda Ağırlık ve Boy Artışı

Normal gebelik süresi 40 haftadır. 37 gebelik haftasını tamamlamadan doğanlar prematüre (erken doğan) bebek olarak tanımlanırlar. 37-42 haftasında doğanların hepsi term yani zamanında doğan bebekler olarak kabul edilir. Normal büyüyen çocuğun kilosunun boyuna, boyun da yaşına uygun olması beklenir. Bu nedenle çocuğun beslenme durumu vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve yaşı dikkate alınarak değerlendirilebilir. Burada sağlıklı ve zamanında doğan bebeklerde 6 yaşa kadar beklenen büyüme ve gelişme üzerinde durulacaktır.

Yenidoğan bebeğin doğum ağırlığı, bebeğin ve annenin sağlık durumu ve annenin yapısı ile ilgilidir. İri annelerin çocukları, ufak tefek annelerin çocuklarına kıyasla doğumda daha iri olurlar. Zamanında doğan bebeklerin ortalama vücut ağırlığı 2500 g ile 4000 g arasında değişir, ortalama 3250 g, boyları 48-53 cm, ortalama 50 cm ve baş çevreleri 34-35 cm'dir. Çocuklar genellikle doğum sonrası 3-6. aydan başlayarak kendi genetik yapısına uygun büyüme temposuna erişirler. Yaşa uygun olarak vücudun ve vücut kısımlarının gelişmesi üzerine cinsiyetin, ırkın, çevresel faktörlerin ve sosyo-ekonomik etmenlerin etkili olduğu, çeşitli toplumlar ve hatta aynı toplumun farklı kesimleri arasında bile bu fizik ölçümlerin farklılık gösterdiği bilinmektedir.

Zamanında doğan bebekler term, zamanından önce doğan bebekler prematüre olarak adlandırılmaktadır.

Yenidoğan bir bebek ışığı fark edebilir. Gözlerini, kısa bir süre, bir cisme odaklayabilir; sesleri duyabilir ve tepki verebilir. Emme refleksi vardır.

Doğumdan sonraki ilk 3-4 gün içinde fizyolojik tartı kaybı denen (damar dışındaki sıvı fazlalığının atılması) ve genellikle çocuğun tartısının %5-6'sı kadar bir tartı azalması olur. Bebek normal beslenme ile yaklaşık 10 gün içinde doğum ağırlığına erişir. Sonraki birkaç ay içinde de bebek günde yaklaşık 30 g kazanır. İlk aylardaki hızlı kilo artışı giderek azalır; aylık kilo artışı ilk 3 ayda 820 g, 4-6 ayda 630 g, 7-9 ayda 380 g, 10-12 ayda 320 g, 13-18 ayda 230 g ve 19-24 ayda 200 g olur. Doğum ağırlığı 5. ayın sonunda 2 katına, 1 yaşında 3 katına, 2. ayın sonunda 4 katına ulaşır. Bundan sonra 5. yaşın sonuna kadar çocuğun ağırlığı her yıl 2-2.5 kg kadar artar. Tablo I'de 0-12 yaş çocuklarda vücut ağırlığının tahmini hesaplanması yer almaktadır.

Bir çocuğun ölçümlerinin sağlıklı bir biçimde analiz edilebilmesi için, o toplumdaki elde edilmiş ve referans olarak kullanılacak standart değerlerin bilinmesi gerekmektedir. Büyümenin izlenmesi, çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla uygun standard büyüme eğrilerinde değerlendirilmesi, normalden sapmaların erken tanımlanıp önleyici tedbirlerin alınmasına imkan tanır.

Ağırlık	kilogram
Doğumda	3.25
3-12 ay	$\frac{\text{Yaş (ay)} + 9}{2}$
1-6 yaş	$(\text{yaş (yıl)} \times 2) + 8$
7-12 yaş	$\frac{(\text{yaş (yıl)} \times 7 - 5)}{2}$

Tablo 2.1
Çocuklarda
Ortalama Ağırlığın
Hesaplanması

Vücut ağırlığının değerlendirilmesi yaşa ve boya göre yapılmaktadır. "Yaşa göre ağırlık" ölçütü, çocuğun aynı cinsiyetteki yaşlılarına göre durumunu değerlendirmede kullanılmaktadır. Bunun için önceden yapılmış çalışmalar ile normal sınırların belirlenmiş olması gerekir. Pratikte ise bu normal sınırlar üzerinden oluşturulmuş 'büyüme eğrileri' kullanılır. Büyüme eğrilerinde alt çizgi 3. persentile denk gelir ve bu çizginin altında kalan çocuklar 'düşük kilolu' olarak adlandırılır. Malnutrisyon sınırı 3. persentil olsa bile 10. persentilin altındaki tüm çocuklar risk altında kabul edilmektedir. Vücut ağırlığı uzunlamasına izlenmezse yalnızca malnutrisyon olguları yakalanabilir, büyüme duraklaması olanlar gözden kaçır. Diğer bir ölçüt "boya göre ağırlık"tır. Çocuğun enfeksiyon hastalığı gibi bir durum yüzünden yakın zaman önce beslenmesinin bozulması sonucu boya göre ağırlığında düşme olur. Boya göre ağırlığın 3. persentilin altında olması 'zayıflık' olarak adlandırılır ve çocuğun akut olarak beslenme yetersizliği yaşadığını gösterir. Bir toplumda depresyon, savaş gibi olağandışı durumlarda, kıtlık zamanlarında ve enfeksiyon hastalıklarının (özellikle ishallerin) fazla olduğu dönemlerde zayıflık sıklığında artış gözlenir.

Vücut ağırlığını belirlemenin yararı nedir?

Boy uzaması

Boy ilk 3 ayda 9-10 cm, ikinci 3 ayda 6-7 cm, üçüncü 3 ayda 4-5 cm, birinci yılın son 3 ayında ise 3-4 cm uzar. 1 yaşında boyun 75 cm olması beklenir. 1-2 yaş arasında boy uzunluğu 10-12 cm artar. 2-4 yaşları arasında büyüme hızı daha da yavaşlar ve yılda yaklaşık 7 cm'ye iner. 4 yaş ile ergenliğin başladığı 10-12 yaşlarına kadar yıllık boy uzaması 5-6 cm'dir. Tablo II'de 0-12 yaş çocuklarda ortalama tahmini boyun hesaplanması yer almaktadır.



Tablo 2.2
Çocuklarda
Ortalama Boyun
Hesaplanması

Boy	Santimetre
Doğumda	50
1. yaş	75
2-12 yaş	(yaş (yıl) × 6) + 77

Boy uzunluğu da 'yaşa göre boy' ölçütü ile değerlendirilmekte ve 3. persentilin altında kalan çocuk "bodur" olarak tanımlanmaktadır. Bir çocuğun yaşlarına göre bodur olarak ölçülmesi, sık geçirilen enfeksiyonları ve geçmişte yaşanmış bir malnutrisyonu ifade etmektedir. Geçirilmiş malnutrisyon ya da sık yineleyen enfeksiyonlar nedeniyle çocuğun dikey (lineer) büyümesi yani boy uzaması yavaşlamaktadır. Bodurluk sıklığı, üçüncü aydan itibaren artarak üç yaş dolayında yavaşça düşmeye başlamaktadır. Sosyoekonomik koşulların ve çevrenin kötü olduğu toplumlarda bodurluk sıklığı fazladır. Yukarıda söz edilen antropometrik ölçütler için istisnalar her zaman için olanaklıdır. Örneğin, boy standartlarının üst sınırına yakın olan ve ağırlık standartlarının alt sınırına yakın olan bir çocuk "boya göre ağırlık" açısından zayıf bulunabilir. Yine benzer biçimde, boyu alt sınıra yakın olan normal kilolu bir çocuk akut olarak ağırlık kaybetse bile "boya göre ağırlığı" 3. persentilin altına düşmediği için normal olarak sınıflandırılabilir. Bu nedenlerden dolayı, çocukluk döneminde büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesinde belirli aralıklarla izlemeler yapılarak "büyüme hızı" izlenmelidir. Böylece, 3. persentilin altında düşmediği halde bir süredir kilo alamayan bir çocuğu saptamak da olanaklıdır. Beslenmesi bozulmaya başlayan bir çocukta önce kilo alışımda yavaşlama olur ve boya göre ağırlık persentili düşer. Eğer bu beslenme bozukluğu sürerse boy uzamasında yavaşlama olacak, yaşa göre boy persentili düşmeye başlayacaktır. Eğer çocuğun beslenmesi bu dönemde düzelse yeniden kilo alacaktır, bir süre boy kısalığı devam edeceği için bu dönemde sadece "boyuna göre kısa" olarak saptanacaktır. Eğer bu beslenme yetersizliği kronik bir durum alır ise, o zaman hem boyu kısa, hem de kilosu düşük bir çocuk olacaktır ve bu dönemde antropometrik ölçümleri yapılan bir çocuk boyuna göre normal kiloda, ancak yaşına göre düşük kiloda saptanacaktır. Bu duruma göre; boy kısalığı tanımını şöyle sıralanabilir:

Çocukların büyümesinin izlenmesinde;
a. Baş çevresi
b. Kol çevresi
c. Göğüs çevresi ölçümü yollarına başvurulmaktadır.

- Boy ölçümünün yaşa ve cinse göre % 3'ün altında olması
- Boy yüzdesine bakılmaksızın büyüme hızının düşük olması (ergenlik öncesi dönemde yılda 5 cm'den az büyümesi)
- Boy normal eğriler içinde olsa bile ailesel hedef boya göre belirlenen eğrinin altında olması. Kız çocuk için hedef boy: Anne boy + (Baba boy-13) ± 7cm/2. Erkek çocuk için hedef boy: Baba boy + (Anne boy+13) ± 7cm/2

Baş Çevresi

Doğumdan başlayarak bebek 24 aylık olana kadar izlemi yapılmalıdır. Çocuğun beyin gelişimi ile ilgili bilgi vermesi açısından önemlidir. Ölçümlerden baş çevresi sıklıkla boy ile ilişkilidir. Baş çevresi normal sınırlarda bile olsa boy persentilinden çok farklı olan çocuklarda dikkatli olmak gerekebilir. Ayrıca baş çevresindeki hızlı persentil artışları hidrosefali açısından uyarıcı olmalıdır. Boyu normal sınırlarda olmasına karşın baş çevresi %3'ün altında olan çocukların kesinlikle ayrıntılı muayenesinin yapılması gerekir.

Kol Çevresi

Kol çevresi ölçümü, beş - altı yaşındaki çocuklar için oldukça kolay ve pratik bir ölçüdür. Pratik olmasının nedeni, persentil eğrileri üzerinden değerlendirmeye gerek olmadan yorumlanabilmesidir. Bu ölçüm çocuklarda boya göre ağırlık ile ilişkilidir, dolayısıyla akut olarak zayıflayan bir çocuğun kol çevresi de normal sınırının altına düşer. Beş yaş altı çocuklar arasında altı aydan büyük olanlar için ölçülmektedir; 11 cm'nin altı 'ağır malnutrisyon', 11-12.5 cm. ise 'orta derecede malnutrisyon' olarak tanımlanır. Kol çevresi ölçümü, üst kolun tam ortasından yapılmalıdır. Tüm çocuklar için sınır değerinin aynı (12.5 cm) olması nedeniyle, pratiktir. Ancak yine aynı nedenle hata riski yüksektir. Örneğin; dört yaşında bir çocuk, akut olarak zayıfladığı halde kol çevresinin 13 cm olarak ölçülmesi ya da beslenmesi normal olan altı aylık bir bebeğin kol çevresinin 12 cm ölçülmesi gibi. Böyle durumlarda, diğer antropometrik ölçümler yapılmalı ve fizik muayeneye başvurulmalıdır. Kol çevresi ölçümünün, doğal afetler, göçler gibi nedenlerle kurulan geçici yerleşim yerlerinde, beslenme durumunun hızlı değerlendirilmesinde kullanımı önerilmektedir.

Göğüs Çevresi

Göğüs çevresi ölçümü daha çok yenidoğan döneminde anlamlıdır. Göğüs çevresinin; doğumda ağırlık ölçülmesi yapılamadığı, evde doğumların fazla olduğu toplumlarda kullanılması önerilmektedir. Doğum ağırlığı ile yüksek korelasyon gösterir. Göğüs çevresi 29 cm'nin altında olan yenidoğanlar "yüksek riskli", 29-30 olanlar "riskli" kabul edilmektedir.

Çocuğun büyüme eğrisinin plato çizmeye başlaması ya da 75. persentilden 25.'ye ya da 50. persentilden 10.'ya düşmesi gibi, iki majör persentil kaybı olması çocuğun beslenme durumunun bozulduğunu gösterir ve hekim tarafından incelenmesini gerektirir. Bu nedenle belirli aralıklarla yapılan izlemlerin önemi büyüktür. Sağlık Bakanlığınca uygulanan izlem sıklığı; bölgesel önceliklere, personel sayısına, anne eğitimine göre değişmekle birlikte; ilk 48 saat, 15. ve 41. gün, 2., 3., 4., 6., 9., 12. aylar ve 1-3 yaş arasında 6 ayda bir, 4-6 yaşlar arasında yılda bir izlemeyi ön görmektedir.

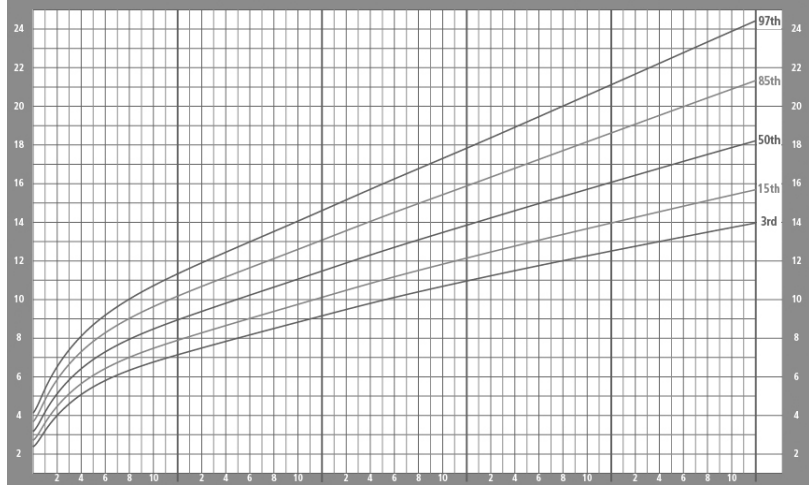
Beslenme bozukluğu öncelikli olarak ilk yıllarda ağırlık kaybına, daha sonraki yıllarda ise boy kısalığına neden olur. Bu sebeple ilk yıllarda çocuğun büyümesinin izlenmesi pratik olarak belirli aralıklarla tartılması ile yapılabilir. Şekil 1,2,3,4,5,6 'da kız ve erkek çocuklarında yaşlara göre boy ve tartı persentilleri yer almaktadır. Bir çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla uygun standard büyüme eğrilerinde değerlendirilmesi, normalden sapmaların erken tanımlanıp önleyici tedbirlerin alınmasına olanak tanır. Normal bir çocuğun vücut tartısı, boy uzunluğu ve baş çevresi değerleri alt ve üst sınırlar dışında kalan çocuklar izleme ve incelemeye alınmalıdır. Düzenli büyüyen çocuk belirli bir yaşa kadar izlediği değerlerden sapma gösterir ise yine izleme ve incelemeye alınmalıdır.

Beslenme bozukluğu öncelikli olarak ilk yıllarda ağırlık kaybına, daha sonraki yıllarda ise boy kısalığına neden olur.

Büyüme ve gelişmenin duraklaması birçok hastalığın ilk belirtisidir.

Şekil 2.1

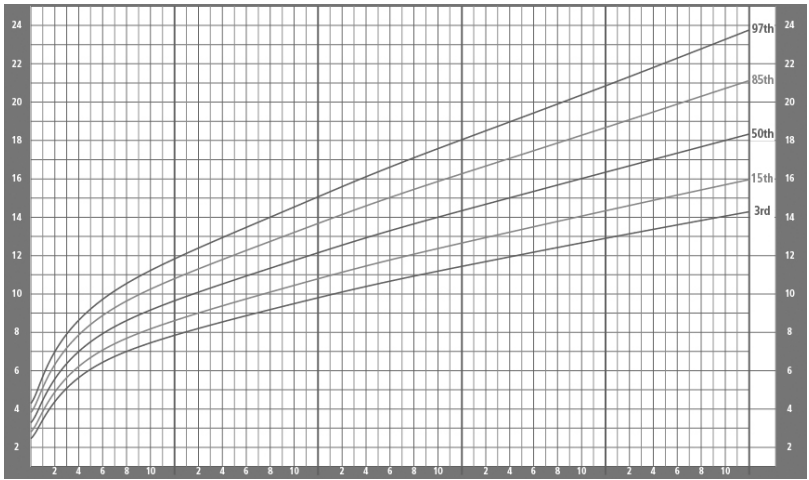
0-5 Yaş Kız
Çocuklarının
Ağırlık Persantilleri



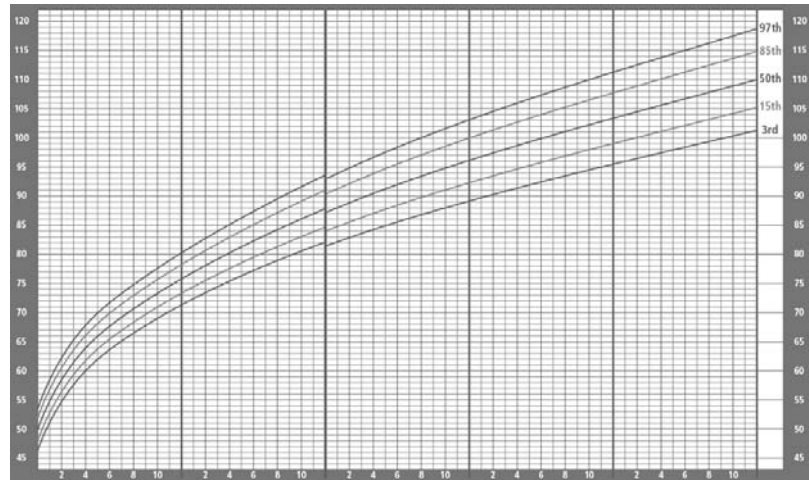
aylar/yıl

Şekil 2.2

0-5 Yaş Erkek
Çocuklarında
Ağırlık Persantilleri

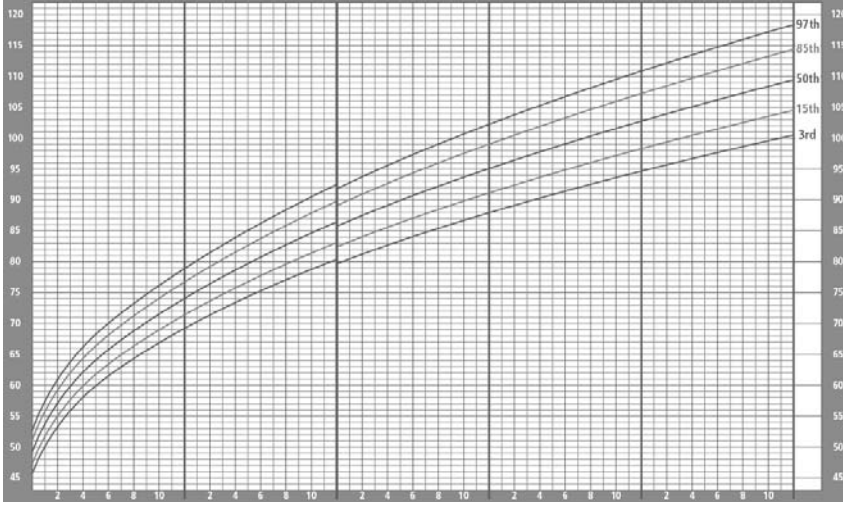
**Şekil 2.3**

0-5 Yaş Arası Erkek
Çocuklar İçin
Boy/Uzunluk
Persantilleri



Şekil 2.4

0-5- Yaş Arası Kız Çocuklar İçin Boy/Uzunluk Persantilleri



Dişlerin Çıkması

2.5 yaşına kadar (30 ay) toplam 20 adet süt dişi çıkar. Önce 20 süt dişi sonra da 32 kalıcı diş çıkmaktadır. Genellikle ilk önce alt ortadaki kesici dişler çıkar. Daha sonra 8.-9. aylarda üst çenedeki ortada olan iki kesici diş bunu izler. Bunu üst yan ve 1 yaşına doğru alt yan kesiciler takip eder. Bir yaşını tamamlayan bir çocuğun ağızında 6-8 diş bulunur. Bundan sonra genellikle diş çıkarmada aylarca süren bir ara görülür. Bu arayı takiben peşi sıra 6 diş daha çıkar ki, bunlar son 2 kesici ile 4 azı dişidir. Bunlarına arasında sonradan 4 köpek dişinin dolduracağı boşluklar kalır.

Çocukların çoğunda ilk dişler 6-8 ayda çıkar.

Dört azı dişide çıktıktan sonra kesici dişlerle azılar arasında sivri köpek dişleri çıkana kadar aradan birkaç ay geçer. Köpek dişleri genellikle 1.5-2 yaş arasında patlak verir. Bunları öteki 4 azı dişi izler ve böylece çocuğun ilk dişleri tamamlanmış olur. İkinci azılar köpek dişlerinden hemen sonra 2-2.5 yaş arasında çıkar. (Tablo 2.3). Normalde her süt dişinin altında çene kemiğinin içinde kalıcı bir diş yer alır. Kalıcı dişin büyümesi sistemik hastalıklar, diş çürükleri ve travma gibi üstteki süt dişine ait bölgesel faktörlerden etkilenir. Diş çıkarma ile genetik arasında ilişki vardır. Bazı ailelerin çocuklarında diş erken, bazılarında ise geç çıkar. Süt dişlerinin erken dökülmesi kalıcı dişlerin erken çıkmasına neden olabileceği gibi geç çıkmalarına da yol açabilir. Ancak 13 aylık olduktan sonra bebekte diş halen çıkmamışsa doktora başvurulmalıdır.

Kalıcı dişin aktif çıkma devresinde üstteki dişin çekilmesi kalıcı dişin erken çıkmasına sebep olabilir. Bu, genellikle süt dişlerinin normal dökülmesine bir yıldan daha az süre kalması durumunda geçerlidir. Süt dişinin, normal dökülmesine daha uzun bir süre kala kaybedilmesi durumunda ise kemikte ve kalıcı dişin üzerindeki diş etinde oluşacak yara iyileşmesi kalıcı dişin çıkmasını geciktirir. Süt dişinin erken dökülmesi ile komşu dişler bu boşluğa kayarak alttaki kalıcı dişin çıkmasını engeller. Diş çıkmasını önleyen ve geciktiren diğer bölgesel faktörler arasında fazla dişler, tümörler, çıkmamış süt dişi ve gömülü dişler sayılabilir. Diş çıkarmada genel bir gecikme ise hormonal bozukluklardan (ör: hipotiroidi) veya diğer sistemik hastalıklardan (ör: raşitizm, mongolizm) kaynaklanabilir.

Tablo 2.3
Çocuklarda Dişlerin
Çıkma Zamanları

Süt dişleri	Üst dişler	Alt dişler	Üst dişler	Alt dişler
Ön kesiciler	6-8 ay	5-7 ay	7-8 yaş	6-7 yaş
Yan kesiciler	8-11 ay	7-10 ay	8-9 yaş	7-8 yaş
Köpek dişleri	16-20 ay	16-20 ay	11-12 yaş	9-11 yaş
Birinci molar	10-16 ay	10-16 ay	10-11 yaş	10-12 yaş
İkinci molar	20-30 ay	20-30 ay	10-12 yaş	11-13 yaş
Kalıcı dişler				
Ön kesiciler	7-8 yaş	6-7 yaş		
Yan kesiciler	8-9 yaş	7-8 yaş		
Köpek dişleri	11-12 yaş	9-11 yaş		
Birinci küçük azı	10-11 yaş	10-12 yaş		
İkinci küçük azı	10-12 yaş	11-13 yaş		
Birinci azı	6-7 yaş	6-7 yaş		
İkinci azı	12-13 yaş	12-13 yaş		
Üçüncü azı	17-22 yaş	17-22 yaş		

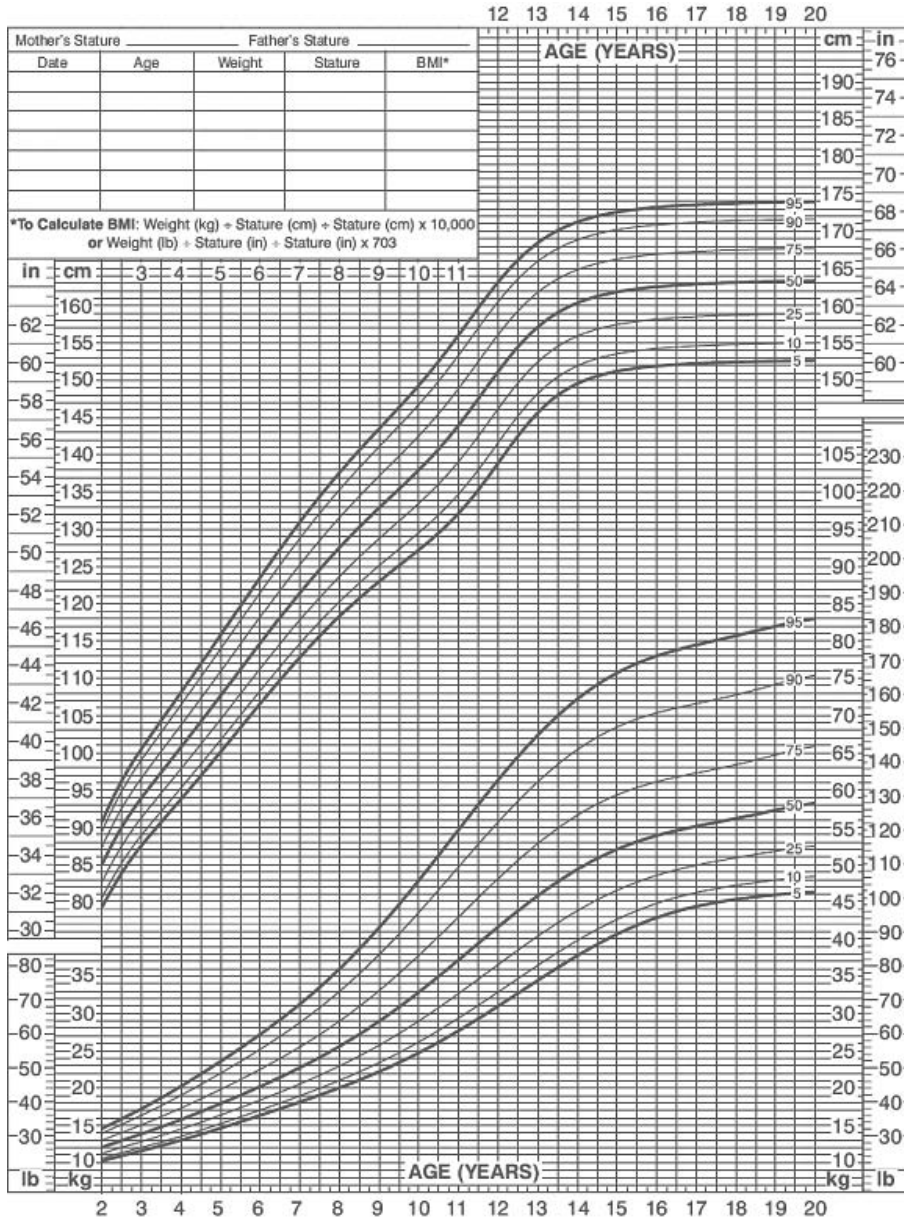
Kemik Gelişimi

Büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesinde kullanılan en iyi ölçütlerden biri kemiklerin olgunluk derecesinin saptanmasıdır. Kıkırdak dokusunun çoğalması ile büyüyen uzun kemikler, daha sonra kıkırdak dokunun kemik dokusuna dönüşmesi ile olgunlaşır. Kemikleşme merkezleri kemiğin orta kısmından başlar ve uçlara doğru ilerler. Merkezde başlayan bu ilk kemikleşme oluştuktan sonra daha geç olarak kıkırdak kemik taslağının uç kısmındaki çekirdek şeklindeki epifizlerde kemikleşme başlar. Kemik epifizlerinin büyüklüğü ve şekli bir kemiğin olgunlaşma derecesinin ölçütüdür ve boy uzaması potansiyelini gösterir. Kemiğin normal olgunlaşması genetik faktörler dışında tiroid hormonu, büyüme hormonu ve cinsiyet hormonlarının etkisi altındadır.

Kemik olgunlaşma derecesi "**kemik yaşı**" olarak ifade edilir ve değerlendirme, normal çocuklar ile karşılaştırma yoluyla yapılır. 3 aydan büyük çocuklarda sol el bileği filmi çekilerek sol el-bileği filmlerinden hazırlanmış atlaslar yardımıyla karşılaştırılır. Kemik yaşını değerlendirecek kişinin deneyimli olması gerekir.

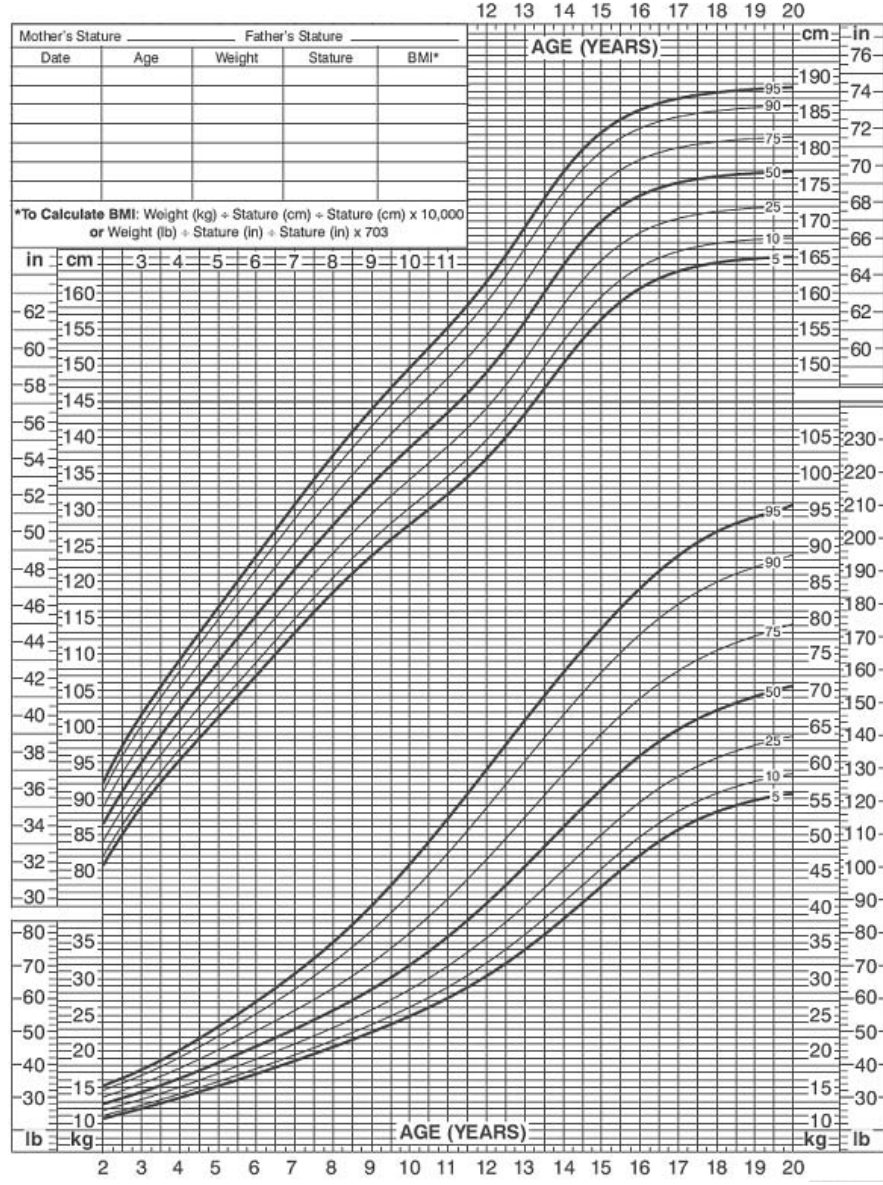
Şekil 2.5

2-20 Yaş Arası
Kızlar İçin Tartı ve
Boy Persentilleri



Şekil 2.6

2-20 Yaş Arası
Erkekler İçin Tartı
ve Boy Persentilleri



Özet



Sağlıklı bir toplum oluşturmada hastalıklardan korunma yöntemlerini açıklamak.

Çocuklarla sürekli iletişim içinde olan ve onları eğitmekle görevli olan kişilerin başında öğretmen gelmektedir. Çocuktan her ne kadar aileler sorumlu olsa da bilgili kişi olarak asıl sorumlu olan onların öğretmenleridir. Öğretmenlerin sağlıklı bir çocuğun normal gelişim basamaklarını bilmesi ve çocuğun sağlıklı gelişimini sürdürebilmesi için koruyucu önlemlerin farkında olması son derece önemlidir. Çocukların fiziksel gelişim aşamalarını iyi bilen öğretmenler, çocuğun gelişimine uygun çalışmalar yapıtarak en iyi öğrenme ortamını yaratabilirler. Başarılı bir eğitim yaşamı için çocuğun sağlıklı olması ön koşuldur. Çocuğun sağlığının korunması için gerekli olan sağlıklı beslenme, sağlıklı çevrede yaşama, temizlik, spor yapma gibi etmenlerin bilinmesi ve çocuğa sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması için en önemli görev öğretmenlere düşmektedir. Bu bölümde çocuğun döllenmeden, ergenlik dönemine kadar olan fiziksel büyümesi üzerinde durulmaktadır.



Çocuğun büyüme ve gelişmesini etkileyen faktörleri açıklamak

Büyüme ve gelişme çok boyutlu bir kavramdır. Bu kavramların daha iyi anlaşılabilmesi için bir takım kategorilere bölünmesi gerekmektedir. Büyüme genetik potansiyel ve bunu etkileyen çevresel faktörlere bağlıdır. Büyüme ve gelişmeyi, genetik faktörler, cinsiyeti etkileyen faktörler, hormonal faktörler, rahim iç faktörler, çevresel faktörler olarak gruplandırmak mümkündür



Çocukluk dönemi basamaklarını açıklamak

İnsanın bedensel gelişimi farklı dönemlere ayrılabilir. Her dönemde insan bedensel yönden değişikliklere uğramaktadır. Doğum öncesi dönem: Embryonel dönem ve Fetal dönem olarak iki dönemde incelenmektedir. Doğum sonrası dönem: Yenidoğan dönemi, Süt çocukluğu dönemi, Oyun çocukluğu dönemi, Okul öncesi dönem, Okul çocukluğu dönemi, Puberte (ergenlik) dönemi olarak incelenmektedir.



Vücut ağırlıklarının değişmesini belli ölçütlerle karşılaştırmanın gerekliliğini açıklamak

Büyüme ve gelişme, döllenmeden başlayan ve ergenliğin sonuna kadar süren devamlı bir süreçtir. Bununla birlikte büyüme ve gelişmenin temposu belirli dönemlerde hızlanma ve yavaşlamalar gösterir. Fetal yaşamda çocuk en hızlı şekilde büyür ve gelişir. Doğumdan sonra hızlı olan büyüme ve gelişme giderek yavaşlar. 3-4 yaş ile 9-10 yaş arasında oldukça sabit ve kısmen yavaş bir tempo gösterir, ergenlik dönemine yaklaşırken tekrar hız-

lanır. Büyüme daha çok vücudun boyutlarındaki farklılaşma uzama, kilo alma, yaş alma v.b. sayısal göstergeler için kullanılmaktadır. Gelişme ise; kalıtım çevre etkileşiminin bir ürünüdür. Gelişim sürekli ve belli aşamalarda gerçekleşir. Bir çocuğun ölçümlerinin sağlıklı bir biçimde analiz edilebilmesi için, o toplumdaki elde edilmiş ve referans olarak kullanılacak standart değerlerin bilinmesi gerekmektedir. Büyümenin izlenmesi, çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla uygun standart büyüme eğrilerinde değerlendirilmesi, normalden sapmaların erken tanımlanıp önleyici tedbirlerin alınmasına imkan tanır.



Sağlıklı çocuğun değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin belli başlı kavramları sıralamak

Büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesinde farklı parametreler kullanılmaktadır. Bunlar; büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler ve gelişimin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler olarak iki başlıkta toplanabilir. Büyümenin (hacimce artma) değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler; vücut tartısı ve tartı artma hızı, boy uzunluğu ve boy uzama hızı, baş çevresi ve baş çevresinin artma hızı, vücut ölçümlerinin birbirine oranları dikkate alınırken, Gelişimin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütlerinde; dişlerin çıkma ve gelişme yaşı, kemiklerin olgunlaşma derecesi, nöromotor gelişme derecesi, zeka ölçümleri, cinsel gelişmeler dikkate alınmaktadır



0-6 yaş çocuklarda ağırlık ve boy artışının ne anlama geldiğini açıklamak

Zamanında doğan bebekler term, zamanından önce doğan bebekler prematüre olarak adlandırılmaktadır. Normal gebelik süresi 40 haftadır. 37 gebelik haftasını tamamlamadan doğanlar prematüre (erken doğan) bebek olarak tanımlanırlar. 37-42 haftasında doğanların hepsi term yani zamanında doğan bebekler olarak kabul edilir. Normal büyüyen çocuğun kilosunun boyuna, boyun da yaşına uygun olması beklenir. Bu nedenle çocuğun beslenme durumu vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve yaşı dikkate alınarak değerlendirilebilir. Vücut ağırlığının değerlendirilmesi yaşa ve boya göre yapılmaktadır. "Yaşa göre ağırlık" ölçütü, çocuğun aynı cinsiyetteki yaşatlarına göre durumunu değerlendirmede kullanılmaktadır. Bunun için önceden yapılmış çalışmalar ile normal sınırların belirlenmiş olması gerekir. Pratikte ise, bu normal sınırlar üzerinden oluşturulmuş 'büyüme eğrileri' kullanılır. Boy ölçümünün yaşa ve cinsine göre % 3'ün altında olması durumu boy kısalığı olarak tanımlanmaktadır. Çocukların büyümesinin izlenmesinde; baş çevresi, kol çevresi, göğüs çevresi ölçümü yollarına başvurulmaktadır.

Kendimizi Sınavalım

1. Çocukta büyüme ve gelişmenin bilinmesinin **en önemli** yararı nedir?
 - a. Hastalıkların erken tanımlanması
 - b. Vücudun boyutlarının fark edilmesi
 - c. Genetik etkenlerin izlenmesi
 - d. Çevresel değişimlerin gözlenmesi
 - e. Psikolojik gelişimin değerlendirilmesi
2. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre **kaç yaşından küçük** çocukların büyümesinin izlenmesi gerekir?
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. 5
3. Sağlıklı beslenme, sağlıklı çevrede yaşama, temizlik ve spor yapma gibi sağlıklı yaşam alışkanlıklarının çocuklara kazandırılmasında anne ve baba dışında **en çok kim** rol oynar?
 - a. Doktor
 - b. Aile büyükleri
 - c. Hemşire
 - d. Öğretmen
 - e. Komşular
4. Aşağıdakilerden hangisi gelişim ilkelerinden biri **değildir**?
 - a. Sürekli dir.
 - b. Nöbetleşe devam eder.
 - c. Baştan ayağa, içten dışa doğrudur.
 - d. Çocuklarda aynıdır.
 - e. Bir bütündür.
5. Kalıtım ve Çevre etkileşiminin ürününe ne ad verilir?
 - a. Büyüme
 - b. Cinsiyet
 - c. Gelişim
 - d. Olgunlaşma
 - e. Büyüme eğrisi
6. Aşağıdakilerden hangisi büyüme ve gelişmeyi etkileyen faktörlerden biri **değildir**?
 - a. Genetik faktörler
 - b. Term faktörler
 - c. Cinsiyet
 - d. Hormonal faktörler
 - e. Rahim içi faktörler
7. Aşağıdakilerden hangisi gelişmenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütlerden biridir?
 - a. Vücut tartısı
 - b. Boy uzama hızı
 - c. Baş çevresi
 - d. Baş çevresinin artma hızı
 - e. Dişlerin çıkma yaşı
8. Göğüs çevresi kaç santimetrenin altında olan yenidoğanlar **"yüksek riskli"** kabul edilmektedir?
 - a. 15
 - b. 19
 - c. 24
 - d. 29
 - e. 34
9. Çocuklarda ön kesici üst dişler kaçınıcı aylarda çıkar?
 - a. 6-8
 - b. 9-11
 - c. 12-14
 - d. 15-17
 - e. 18-20
10. Aşağıdakilerden hangisi boy kısalığı tanımlaması içerisinde yer alır?
 - a. Boy ölçümünün yaşa göre %5'in üstünde olması
 - b. Boy ölçümünün cinse göre %5'in üstünde olması
 - c. Boy ölçümünün yaşa göre %3'ün altında olması
 - d. Boy yüzdesine bakılmaksızın büyüme hızının düşük olması
 - e. Ergenlik öncesi dönemde yılda 5 cm' den az büyümesi

Yaşamın İçinden



Bebeginiz normal gelişimi ve aşamaları

İlk üç ay içinde

Gözleri ile hareket eden şekilleri takip edebilir, kucağa alındığında kafasını dik tutabilir, yüz üstü yatarken kafasını bir miktar yukarı kaldırabilir ve yanlara çevirmeye çalışır, kollarını hareket ettirebilir, ellerini yumruk haline getirebilir.

3 - 6 ay arasında

Nesne ve oyuncakları yakalamaya çalışır onlara uzanmaya çalışır, eline aldığı nesnelere ağızına götürmeye çalışır, hoşuna giden nesnelere uzanmaya çalışır. Kafasını yüz üstü yatarken tam dik kaldırabilir. Kafasını tutabilir.

6 - 12 ay arası

Oturabilir, emekleyebilir, tutunarak ayağa kalkabilir, 12. ayın sonuna doğru ayakta çok kısa süreli durabilir, ayakta tutulduğunda ayaklarını hareket ettirir, ufak eşyaları ve oyuncakları iterek yuvarlayabilir, elleri arasında oyuncak geçişi yapabilir, sırt üstü yatarken düz dönebilir, işaret parmağı ile nesnelere gösterebilir.

12 - 18 ay arası

Yürür, elinden tutulduğunda merdiven tırmanır, ayakta iken çömelebilir, ayağı ile topa vurabilir, yere doğru eğilir, destekle zıplayabilir, kaşığı rahatlıkla tutabilir.

18 - 24 ay arası

Kapıyı açabilir, kendi başına merdivenden inip çıkabilir, bir elini daha çok kullanmaya başlar, oyuncakları ile oynarken el becerilerini rahatlıkla kullanabilir (2-3 küpten kule yapabilir), eğilir, destekle zıplayabilir, kaşığı rahatlıkla tutabilir.

İlk 3 yaş arası

Düşmeden koşabilir, bazı çizgileri taklit eder, merdivenden rahatlıkla kendi başına inip çıkabilir, oyuncakları ile oynarken el becerilerini rahatlıkla kullanabilir, düğmesini açabilir, üç tekerlekli bisikleti sürebilir, tek ayaküstünde kısa bir süre durabilir, bir bardak suyu taşıyabilir, yürürken engelleri adım atarak rahatlıkla geçer, rahatlıkla çömelip kalkabilir, geri geri yürüebilir.

3 - 4 yaş arası

Tek ayağı üzerinde uzun süre durabilir, ayakkabısını giyer, kendini doyurabilir, düz çizgi çizebilir, tek başına dolaşmaya çalışır, çift ayakla 40 cm sıçrayabilir, öne

takla atabilir, yardımsız kaydırdan kayabilir, çömelip kalkma hareketini rahatlıkla yapabilir, oyuncakları ile oynarken el becerilerini rahatlıkla kullanabilir, 40-50 cm'den aşağı atlayabilir, tek ayakla sıçrayabilir, dans etme müzik ile beraber tempo tutma, zıplayan topu eli ile tutma, kağıttaki şekilleri boyar, 3-4 renk eşleştirebilir, aynı kartları eşleştirebilir, bazı harfleri eşleştirebilir, artı eksi yapabilir.

4 - 6 yaş arası

Makasla kağıtları kesebilir, bakarak 1 den 8-9'a kadar sayı yazabilir, öğretilirse adını yazabilir, sek sek oynayabilir, üçgen ve kareyi kopyalar, kendi giyinir kendi soyunur, ayakkabısını bağlar, yüzünü yıkar, dişini fırçalar, altı yaşında iki tekerlekli bisiklete binebilir, el becerileri gözle görülür bir şekilde gelişir.

Kaynak: anneyizbiz.com. 19.03.2008.23:15 Uzman Dr. Osman Abalı

Okuma Parçası

Hormonların orkestra şefi: Hipofiz

Vücuttaki hormonların salgılanmasını kontrol eden hipofiz, iç salgı bezlerinin en önemlisi. Hipofizde oluşan tümörler, Büyüme Hastalığı, cinsel isteksizlik, aşırı kilo veya zayıflık gibi pekçok rahatsızlığa neden oluyor. Son 15 yıldır, Hipofiz Tümörleri konusundaki çalışmaları ile tanınan Operatör Dr. Halit Togay, konu hakkında bilgiler verdi.

Hipofiz bezi, iç salgı bezlerinden en önemlisi ve vücutta bir orkestra şefi gibi çalışmakta. Ön ve arka olmak üzere iki loba yarılan hipofiz bezinden, vücudun günlük fonksiyonlarıyla ilgili birbirinden farklı çok sayıda hormon salgılanır. Bu nedenle hipofiz beziyle ilgili hastalıklar pek çok vücut fonksiyonunu etkiler. Ülkemizde, özellikle son 20 yıldır, hipofiz ameliyatları daha başarılı olarak gerçekleştirilebilmekte.

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinden Operatör Dr. Halit Togay, konu hakkında merak edilenleri anlattı: Hipofiz bezi ameliyatları ortalama 40 dakika sürmekte, normal koşullarda hastalar 5. günde işlerine dönebilmektedir. Hipofiz bezinde bir sorun olduğunda, büyüme hastalığı, adet düzensizliği, memeden süt gelmesi, erkeklerde erkeklik kaybı, aşırı tüylenme veya kulların dökülmesi, çok su içme, çok idrara çıkma, yüksek tansiyon,

aşırı kilo ya da kilo kaybı, cinsel isteksizlik gibi rahatsızlıklar gündeme gelir.

Bu tür belirtilerde, sorunun teşhisi için muayene ve hormon testleri gibi yöntemlere başvurulur, hipofizin MRC'sinin çekilmesi de gerekebilecektir. Tümör söz konusu olduğu durumlarda, cerrahi müdahale ve ışın tedavisi yapılır. Bazı hipofiz tümörleri birkaç ilaca cevap verir. Gerekli hormonların vücut tarafından salgılanmadığı durumlarda, hormonlar vücuda dışarıdan sağlanır. Beyin tümörlerinin bir kısmını, hipofiz ve hipofiz bölgesi tümörleri oluşturur. Hipofiz ameliyatları beyin cerrahisinin özellikli ameliyatlarından ve gerekli teknik imkanlar, ekip ve yoğun bakım şartları sağlandığında yapılabilir.

Hipofiz Bezi Tarafından Salgılanan Hormonlar ve Etkileri

Beynin altında, beyne yapışık olarak bulunan hipofiz bezi, tiroid, böbrek üstü bezi gibi diğer bezlerin, hormon salgılamasını kontrol eder. Bu hormonlar, vücudun sağlıklı işlemesi için çok önemli etkilere sahiptir.

Tiroid Hormonları: Tiroid bezi hormonlarının aşırı salgılanması, zayıflama, sinirlilik, kalp atım hızının normalden fazla olması (taşikardi), ellerde titreme, kaslarda güçsüzlük, yorgunluk ve ishal gibi etkiler yaparken, az salgılanması durumunda tersi etkiler görülmektedir. Bunlar fazla uyuma, şişmanlık, kas gücünün azalması olarak sıralanabilir... Bebeklerde bu hormonun az olması ise zeka geriliğine neden olmaktadır.

Büyüme Hormonu: Hipofiz bezindeki tümörler nedeniyle oluşan hastalıkların en belirgin olanı Büyüme Hastalığı'dır. Hasta el bileğindeki sinir sıkışmaları, yüzde ve vücudun diğer bölgelerindeki büyüme nedeniyle doktora gider. Genellikle, eller, yüz, kulak, çene, kaş ve cinsel organ gibi vücudun uç bölümlerinde oluşur. Çok su içmek, kilo kaybetmek, şeker hastalığı, kalp büyümesi bu tabloya eşlik edebilmektedir.

ADH Hormonu: Hipofiz bezi tarafından salgılanan ADH hormonu, sürekli idrara çıkmayı engeller. Kafa travmaları, hipofiz bezi tümörleri ve iltihapları söz konusu olduğunda, ADH salgılanmadığı için, kişi sürekli idrara çıkma ihtiyacı hisseder. Ayrıca, hipofiz ameliyatları sırasında, arka hipofizin alınması da hastalığın sebepleri arasında yer almaktadır. Benzer şikayetler yaratması nedeniyle diabetes mellitus (şeker hastalığı) ile karıştırılan Şekersiz Şeker Hastalığı, ADH hormonunun eksikliği nedeniyle oluşmaktadır.

ACTH Hormonu: Hipofizin salgıladığı ACTH hormonu, böbrek üstü bezini etkileyerek kortizon salgılanma-

sını sağlar. Kortizonun fazla olması, şişmanlık, tüylenme ve yüzde kırmızılık gibi etkiler yapar. Prolaktin Hormonu: Hipofiz tarafından salgılanan prolaktin, lohusalık ve emzirme döneminde, süt üretimi sağlar ve adet durmasından sorumludur. Böylece emzirme döneminde kadın yeniden gebe kalmaktan korunur. Prolaktin hormonu hipofiz tümörüne (adenomuna) bağlı olarak fazla salgılandığında, adet döngüsünün düzeni bozulur. Lohusa olmayan kadınlarda, göğüslerden süt salgılanmasına neden olabilir. Hipofiz adenomuna bağlı olarak erkeklerde fazla salgılanıyorsa libido kaybı yapabilir.

Kaynak: anneyibiz.com. 10.03.2008 Alındığı tarih: . 19.03.2008.23:15

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. b Yanıtınız yanlış ise "Büyüme ve gelişme" başlıklı bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
2. e Yanıtınız yanlış ise "Sıra Sizde 4" başlıklı bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
3. d Yanıtınız yanlış ise "Giriş" başlıklı bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
4. d Yanıtınız yanlış ise "Sıra Sizde 1" başlıklı bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
5. c Yanıtınız yanlış ise "Giriş" başlıklı bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
6. b Yanıtınız yanlış ise "Büyüme ve Gelişmeyi Etkileyen Faktörler" başlıklı bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
7. e Yanıtınız yanlış ise "Gelişmenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler" başlıklı bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
8. d Yanıtınız yanlış ise "Göğüs Çevresi" başlıklı bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
9. a Yanıtınız yanlış ise "Tablo 2. 3" başlıklı bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
10. c Yanıtınız yanlış ise "Boy Uzaması" başlıklı bölümünü yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Gelişim;

1. kalıtım-çevre etkileşiminin ürünüdür.
2. sürekli. Belli aşamalarda gerçekleşir.
3. nöbetleşe devam eder
4. baştan ayağa, içten dışa doğrudur.
5. genelden özele doğrudur.
6. de kritik dönemler vardır
7. bir bütündür
8. de bireysel farklılıklar vardır

Sıra Sizde 2

Yaşamın ilk üç yılı büyüme açısından çok önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yaşamın ilk üç yılı daha önemli olmak üzere gelişmekte olan ülkelerde yaşayan beş yaşından küçük her çocuğun büyümesinin izlenmesi gerektiğini belirtmektedir.

Sıra Sizde 3

Sağlam çocuk izlemleri, çocukları hastalıklardan korumak ve fark edilmeyen bir hastalıkları varsa erken tanı koyup tedavi başlatmak için çok önem taşır. Büyümenin izlenmesi, çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi, büyüme eğrilerindeki sapmaların erken tanımlanıp gerekli önlemlerin alınması olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yaşamın ilk üç yılı daha önemli olmak üzere gelişmekte olan ülkelerde yaşayan beş yaşından küçük her çocuğun büyümesinin izlenmesi gerektiğini belirtmektedir. Özellikle anne sütü almayan, düşük doğum ağırlıklı, ikiz eşi ya da ailenin çok sayıda çocuğundan biri olan, doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde kardeş ölümü bulunan bebekler gibi bazı risk etmenlerini taşıyan çocukların izlemi çok dikkatle yapılmalıdır.

Sıra Sizde 4

Vücut ağırlığı, kısa zaman aralıklarında büyük değişiklikler gösterebildiği için “yaşa göre ağırlık” beslenme ile ilgili sorunların ya da araya giren bir hastalığın değerlendirilmesinde çok duyarlıdır ve büyümenin izlenmesinde en iyi ölçüt olarak kabul edilmektedir.

0-6 Yaş Çocuklarında Görülen Çocuk Hastalıkları

3



Çocuklarla çok yakın ilişki içerisinde olan öğretmenin bir doktor kadar olmasa da belirtilerden hareketle çocukları sağlık kurumlarına yönleltebilecek ve ailelere rehberlik yapabileceği kadar temel bilgiye sahip olmalıdır. Ayrıca öğrencinin gözünde en saygın kişi öğretmen olduğundan bazı konularda bigisiz olduğu söylemeni ortadan kaldırmaktadır. Bu ünite de çocuklarda sık karşılaşılan hastalıklar ve hastalıklardan korunmak için alınması gereken önlemlerin neler olabileceğine yer verilmektedir.

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- 👁 Çocuklarda sık görülen hastalıkların neler olduğunu tanımlayacak,*
- 👁 Çocuklarda sık görülen solunum yolu hastalıklarının özelliklerini açıklayacak,*
- 👁 Çocuklarda sık görülen hastalıkların belirtilerine göre hangi işlemlerin yapılabileceğini ifade edecek*
- 👁 Korunmanın tedavi etmekten daha etkili bir yol olduğunu tanımlayacak bilgi becerilere sahip olacaksınız.*



Örnek Olay

Barış ve Özlem mutlu giden evlilik yaşamlarına bir de bebeğin katılacağını öğrenince çok sevinmişlerdi. Her şey mutluluklarına mutluluk katıyor gibiydi. Bebeğin doğumu doktor kontrolünde gerçekleşmişti. Bebeğin doğumunda sorun yaşamamışlardı. Aileye yeni katılan bir varlığın olması her türlü alışkanlıklarını değiştirmiş, önceden özgürce davrandıkları her şeyi şimdi bebeklerinin geleceği için hesaplama durumunda kalır olmuşlardı. Bu durum hem zevkli hem de çok özverili bir davranış sergilemeyi beraberinde getirmekteydi. Çocuğun sesi farklı olsa, bakışı istemedikleri gibi olsa hemen paniğe kapılıp ne yapacaklarını bilemez duruma geliyorlardı. Bebek 6 aylıkken birden ateşlendi. Ateşi 39 derecenin üzerindeydi. Bebek ağlıyor, sızlanıyor, uykuya daldığında oldukça halsiz görünüyordu. Baba çocuğu hemen doktora götürmeleri gerektiğini söyledi. Anne ise bebeklerde bu durumun normal olduğunu, bir süre sonra bu durumun ortadan kalkabileceğini söyledi. Karşılıklı tartışmalaradan sonra bebeğin bir doktora götürülmesi gerektiğine karar verildi. Doktor gerekli muayeneyi yaptıktan sonra tedavi amacıyla önerilerini sundu. Bundan sonra da bebek hastalandı. Ancak Barış ve Özlem, çocuğu doktora götürme ya da götürmeme konusunda tereddüt yaşamadı. Çünkü çocukların zaman zaman hasatalanması, ishal olması, ateşi çıkması, döküntülü hastalıkları geçirmesinin normal olduğunu anlamışlardı. Çocukların ansızın rahatsızlanması normal, ancak kendilerinin gösterdiği panik davranışların anormal olduğunu öğrenmişlerdi. Arkadaş çevrelerine bir de bebekten dolayı doktor eklemişlerdi. Biliyorlardı ki sağlıklı yaşam sağlık önlemlerinin zamanında alınması ile gerçekleşir.

Anahtar Kavramlar

- Enfeksiyon
- Viral
- Solunum yolu
- Bağışıklama

İçindekiler

- GİRİŞ
- SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI
- ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SIK GÖRÜLEN DÖKÜNTÜLÜ VİRAL HASTALIKLAR
- ÇOCUKLARDA BAĞIŞIKLAMA

GİRİŞ

0-6 yaş çocuk grubunda en sık görülen hastalıklar diğer yaş gruplarında da olduğu gibi enfeksiyon hastalıklarıdır. Bulaşıcı özelliği olan ve çoğu virüslerle oluşan döküntülü hastalıklara en çok çocukluk çağında rastlanır. Günümüzde genişletilmiş aşılama programları ile gerek bakterilerle gerekse virüslerle oluşan bulaşıcı hastalıkların bir çoğuna daha nadir rastlanmaktadır. Özellikle kış ve erken ilkbahar döneminde daha sık görülen solunum yolu enfeksiyonları her çağda olduğu gibi çocuklarda da ilk sırada yer alır. Solunum yolu enfeksiyonlarında Streptokok adı verilen bakteriler dışarda tutulacak olursa en sık etken virüslerdir.

Çocuklar solunum yolu ile çok sık solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanabilirler. Sık görülen enfeksiyonlar; streptokoksik boğaz enfeksiyonu, Soğuk algınlığı (nezle), bronşiolit, viral pnömoni, epiglottit. Menenjit, İmpetigo, gastroenterit, Parazitler olarak isimlendirilebilir. Bir de çocuklarda sık karşılaşılan döküntülü hastalıklar vardır. Bunlar; kızıl, kızamık, kızamıkçık, 5.hastalık (eritema infeksiyozum), 6. hastalık (ekzantem subitum), suçiçeği ve kabakulaktır. İzleyen başlıklarda sık karşılaşılan solunum yolu hastalıklarına ve döküntülü hastalıklara yer verilmiştir.

Çocuk ateşlendiğinde neler yapmak gerekir?



SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI

Streptokoksik Boğaz Enfeksiyonu

Streptokoksik boğaz enfeksiyonu, A grubu beta hemolitik streptokoklarla oluşan bir bakteriyel enfeksiyondur. Streptokoksik boğaz enfeksiyonları bulaşıcıdır ve insandan insana öksürme ve burun akıntısına bağlı damlacık yolu enfeksiyonu ile yayılır. Streptokoklar aynı zamanda besin, su ve sütü kontamine edebilir. Bazı olgularda streptokoklar kızıl hastalığına yol açar, akut romatizmal ateş, akut poststreptokoksik glomerulonefrit oluşturabilir. Streptokoksik boğaz enfeksiyonu bakteriler tarafından oluşan en sık enfeksiyondur ve 5-15 yaş arası çocukları etkiler. Bakterilerle oluşturulan en sık boğaz enfeksiyonu olmasına rağmen tüm boğaz enfeksiyonlarının %15' i dir. Geri kalanında etken virüslerdir.

Streptokoksik Boğaz Enfeksiyonunun Belirti ve Bulguları Nelerdir?

Boğaz ağrısından önce sıklıkla kusma, başağrısı veya karın ağrısı gibi şikayetler vardır. Ateş vardır ve 40 dereceyi bulabilir. Çocukta yutma güçlüğü vardır, boyun yan ve ön tarafında lenf bezleri şişer. 2/3 çocukta boğaz hafif kırmızı iken geri kalanında bademcikler büyük ve kırmızıdır. Bademcikler üzerinde pü, beyaz krater, puy benekleri, tonsillerin beyaz, gri kaplanmış hali %50 vakada olabilir.

Streptokoksik boğaz enfeksiyonuna bağlı olarak bazen yumuşak damakta küçük kırmızı noktalar veya benekler oluşabilir.

Streptokoksik boğaz enfeksiyonu en çok nerelerde görülür?



Tanı ve tedavi: Bakteriler antibiyotikle tedavi edilebilir. Viral olaylarda tedavi gerekmeceğinden nedenin streptokoklara bağlı olup olmadığının ve antibiyotik verilip verilmeyeceğinin saptanması gerekir. Boğaz kültürü alınarak laboratuara gönderilir. Streptokok enfeksiyonları penisilinle tedavi edilir, alerji varsa 10 gün oral eritromisin tedavisi verilir. antibiyotik başlandıktan 24 saat sonra ateş düşer, hastalık 1-2 güne kadar kısalmır. %20 çocukta oral penisilin tedavisine rağmen hastalık ısrar eder. 2. kür tedaviden sonra streptokok saptanırsa taşıyıcılık durumunun oluştuğunu gösterir. Asemptomatik çocukların tekrar tedavisi gereksizdir.

Çocukluk Çağındaki Viral Enfeksiyonlar: Soğuk Algınlığı (Nezle)

Soğuk algınlığını oluşturan virüs:

- Orta kulak iltihabı (otitis media)
- Sinüzit
- Bronşit veya bronşiolit
- Pnömoni (zatüre) gibi komplikasyonları ortaya çıkarabilir.

Üst solunum yolu viral enfeksiyonları genel olarak soğuk algınlığı olarak bilinirler. Bir hafta süren burun akıntısı, burun tıkanıklığı vardır, 1-4 çeşit değişik virüs etkindir. Bu etkenler:

- rinovirüsler,
- parainfluenza virüsleri,
- respiratuar sinsisyal virüs (RSV) bir yaşa kadar en sık bronşit ve pnömoni,
- ve koronavirüslerdir.

Bazen soğuk algınlığını oluşturan virüs, çocukta solunum sisteminin diğer bölgelerine de yayılabilir.

Belirti ve bulgular: Soğuk algınlığı olan çocuk sıklıkla hapsirir, burnu tıkalıdır yada akmaktadır. Bazen hafif bir ateş olur, kendini hasta hissedebilir, kusma, diyare ve vücudunda ağrı şikayeti vardır.

Tam ve tedavi: Tanı semptomlara dayalı olarak konur. Soğuk algınlığının 1 haftada geçmesi beklenir eğer geçmiyorsa komplikasyon gelişmiş olabilir, doktora başvurulmasını gerektirir.

Viral Pnömoni

Pnömoni (zatüre) akciğerin derin, süngerimsi tabakalarının iltihabıdır ve etken virüslarda olabilir.

Belirti ve bulgular: Viral pnömoni; ateş, titreme, hızlı solumaya neden olur. Küçük çocuklarda en sıktır ve 2-3 yaşlarında pik yapar. Hışıltı veya hırıltılı solunum sıklıkla eşlik eder. Pnömonili çocuklar hava almak için oldukça güç sarfedebilirler böylelikle göğüs kasları içe doğru çekilir, her nefesi almak için çabalarlar. Eğer akciğerlerine giren hava çok azalacak olursa dudakları ve tırnak yatakları morarır.

Tam ve tedavi: Pnömonisi olan çocukların eğer solunumları iyi değilse ya da solunum enfeksiyonu onları dehidrate bırakıyorsa hastanede tedavi edilmeleri gerekir. Hastanede oksijen verilir, IV sıvı almaları sağlanır. Eğer test sonuçları RSV enfeksiyonunu destekliyorsa ribavirin antiviral tedavi başlanır. Eğer bakteriyel pnömoni olasılığı varsa antibiyotik tedavisi başlanır.

Epiglottit

Epiglot, dil kökünde bulunan, fonksiyonu larinks (gırtlak) ve soluk borusunu korumak olan kapak benzeri bir kıkırdaktır. Epiglot, en sık olarak Haemophilus influenzae, tip B bakterisi ile enfekte olarak epiglotit adını alır. Şişer ve hareketleri sınırlanır. Sıklıkla 2-5 yaş arası çocuklarda ileri düzeyde şişmesi havayolunu tamamen tıkayarak yaşamı tehdit edici boyuta ulaşabilir.

Belirti ve bulgular: Boğaz ağrısı, güç ve ağrılı yutma, boğuk seslilik yapar. Solunumla öter, ılık çalar gibi ses çıkarır, solunum güçlüğü, yeme ve içmeyi ret, tükürüğünü yutamama gibi belirtileri vardır.

Tam ve tedavi: Radyolojik olarak tanı, fizik muayenenin gırtlakta ani ve ölümcül kapanmaya neden olma riski vardır. Muayene anestezi altında yapılır. Epiglot şiş ve kırmızı görünür. Tedavide antibiyotikler kullanılır. İleri düzeyde solunum güçlüğü havayolunun açık tutulmasını gerektirir. Bazen bu trakeostomi (soluk borusunu açarak tüp yerleştirme) ile sağlanır. Bu işlemden sonra birkaç gün hastanede yatış gerekir. Hemophilus influenzae type b'ye karşı rutin aşılanmanın başlatılmasıyla epiglotit nadir bir hastalık durumuna gelmiştir.

Pnömonisi olan çocuklar göğüs ağrısı veya karın ağrısından yakınabilirler.

Menenjit

Beyin zarlarının iltihabıdır. (pia mater; araknoid; ve dura mater). Enfeksiyonlar (viral, bacterial, and fungal) bu durumun en sık nedenidir.

Bakteriyel menenjit : Sıklıkla beyin kabuğu, kranyal sinirler, beyin kan damarları, omurilik ve sinir köklerinde tutulduğu beyin zarları ve subaraknoid boşluğun bakteriyel enfeksiyonudur. Etkenler yaş ve klinik duruma (ameliyat sonrası, travma sonrası, immün düşkün) bağlı değişir. Ani başlangıçlı ateş, ense sertliği, fokal nörolojik defisitler, nöbetler, bilinç değişiklikleri klinik bulguları oluşturur. Patolojik olarak subaraknoid boşlukta iltihabi eksuda ve yaygın iltihabi hücre infiltrasyonu vardır. Tanı için beyin omurilik sıvısı alınarak incelenir. Erken tanı çok önemlidir, gecikme ölüm ya da sekel ile sonuçlanır. (From Joynt, Clinical Neurology, 1996, Ch26, pp1-3) [1]

Menenjitin klinik bulguları ateş, baş ağrısı, ense ağrısı, kusma ve meningeal irritasyondur.

Menenjit göstergeleri nelerdir?

Impetigo

Stafilokok veya A grubu beta hemolitik streptokoklarla oluşan cilt enfeksiyonudur. Püstül adı verilen döküntüler açıldığı zaman içinden sıvı sızar ve kabuklanır. Dha çok yüzde ağız ve burun etrafında olmak üzere vücudun herhangi bir bölgesinde olabilir.

Bronşiolit

Virüslerin oluşturduğu alt havayollarının (bronşiolerin) iltihabi hastalığıdır. En sık etkenler *parainfluenza virüs 3*, *rinovirüs*, *RSV'dir*. Çocuklar ve erişkinlerde hafif semptomlarla seyreden soğuk algınlığı yapan bu virüsler bebek ve küçük çocuklarda hafif soğuk algınlığı semptomları oluşturabileceği gibi sıklıkla pnömoni ve bronşiolit gibi ciddi alt solunum yolu enfeksiyonu yaratır.

RSV'nin yayılımı RSV enfeksiyonu olan bir kişinin öksürük, hapsirik, nazal sekresyonundan damlacık yolu ile olur. Tipik olarak kontamine olmuş parmaklarla yüze dokunma ya da gözleri ovuşturduğunda burun ve göz yoluyla da giriş gösterir.

En ciddi enfeksiyon tablosunun olduğu aylar 2-8 aydır. Genellikle sonbahar sonu ve erken ilkbahar arasında enfeksiyon salgın yapar. Hemen hemen 3 yaşa kadar tüm çocuklar RSV ile karşılaşır. Çoğu tehlikeli düzeyde hastalık geçirmemiştir. Reenfeksiyon sıktır fakat izleyenler daha hafif geçirilir.

Belirti ve bulgular: RSV genellikle boğaz ağrısı, burun akıntısı, burun tıkanıklığı, hafif hışıltı, ateş ve baş ağrısı yapar. RSV'li bir kişi ile karşılaştıktan 4-6 gün sonra belirtiler başlar. 3 yaşın altında ise daha çok yüksek ateş, öksürük, hızlı solunum, hışıltı ve solunum güclüğü ile seyreden alt solunum yolu hastalığı yapar. Solunum çabası artmış, zorlu solunum vardır.

Tanı ve tedavi: Tanı daha çok belirti ve bulgulara göre konur. Hafif RSV enfeksiyonunda semptomlara yönelik ateş düşürücü ve ağrı kesiciler, serum fizyolojik gibi burun damlası ve buhar verilir. Ağır vakalarda hastaneye yatırılır, ek olarak nemlendirilmiş oksijen, solunumu rahatlatıcı ilaçlar ve hastalık süresini kısaltmak için virüsa karşı tedavi verilir.

Krup (Yalancı difteri): Nezle ve gripal enfeksiyonu takiben gırtlak ve ses tellerinde iltihaplanmaya bağlı köpek havlaması şeklinde öksürük, hırıltı, nefes almakta zorlanma gibi belirtileri vardır. Daha çok virüslerin neden olduğu (sıklıkla parainfluenza tip 2) bu hastalıkta 6 ay-3 yaş arası çocuklar gündüz sağlıklı veya



Antibiyotik tedavisi gerekir. (From Joynt, Clinical Neurology, 1994, Ch24, pp1-5) [1]

RSV aynı zamanda iyi yıkanmamış ellerle ve üzeri kontamine olmuş cisimlerle (kirli örtüler, kapı tokmakları ve sıraların yüzeyi) temas ile de yayılır.

Bakterilerin neden olduğu durumlarda ateş, solunum yetmezliği ve hava açlığı daha ciddi bir tabloya yaratabilir.

çok hafif soğuk algınlığı tablosu varken gece aniden havlar trazda öksürük, nefes almada zorluk ve huzursuzluk gelişir. Solunum gücülüğü olan vakalar hastaneye yatırılarak tedavi edilir. Soğuk buhar makineleri evde tedaviye yardımcıdır. Neden ne olursa olsun doktora başvurulması gerekir.

Çocukluk Çağında Sık Görülen Döküntülü Viral Hastalıklar

Çocukluk çağında sık görülmekle beraber bağışıklığı olmayan kişilerde herhangi bir yaşta olabilir.

Çocukluk çağında sık görülen döküntülü viral hastalıklar; Kızamık, Kızamıkçık (Rubella), 5. Hastalık (Eritema infeksiyozum), 6. Hastalık (Roseola Infantum) Suçiçeği, Kabakulak, Gastroenteritler ve Parazitozlardır. İzleyen başlıklarda bunların kısaca açıklamalarına yer verilmektedir.

Kızamık

Morbillivirüs'un neden olduğu oldukça bulaşıcı bir hastalıktır. Virüs solunum yoluna damlacık yolu ile girer, epitel hücrelerinde çoğalır, retikuloendotelial sisteme yayılır. (From Dorland, 27th ed) [1] Kuluçka dönemi 10-12 gün, döküntü öncesi 4 gün süren dönemde ateş, konjunktivit, nezle, öksürük, ağız içinde koplik lekesi adı verilen 1 mm çapında beyaz lekeler oluşur. Döküntü enseden başlar, yüze boyuna, kollara, gövdeye yayılır. Birleşme özelliğindedir. Avuç içi ve ayak tabanlarında da olur. 3. günden sonra solmaya başlar. Ateş döküntünün 3. gününden sonra düşmezse komplikasyon düşünülmelidir. antibiyotik tedavisi verilmez. A vitamini komplikasyon riskini azaltmaktadır. Aşı ile korunulabilen hastalıklar arasındadır.

SIRA SİZDE

4

Kızamığın en sık görülen komplikasyonu nelerdir?

Kızamıkçık (Rubella)

Rubivirüs'un neden olduğu akut, sıklıkla benign seyirli bir enfeksiyon hastalığıdır. Virüs, damlacık yolu ile solunum sistemine girer ve lenfatik sisteme yayılır. Damlacık yolu veya direk temas ile bulaşır. Çocuklarda tipik hastalık 16-18 gün süren kuluçka dönemi sonrası genellikle 3 gün kadar devam eden bir döküntü şeklinde görülür. Döküntü yüzden başlar, süratle tüm vücuda yayılır, 2. günde yine yüzden başlayarak solar. Ensede saçlı deri içinde ve kulak arkasında lenf bezeleri şişer. Ateş nadiren 39°C'ye çıkar. Bulaşıcılık süresi döküntüden 1 hafta öncesinden 2 hafta sonrasın kadar uzayabilir. Belirtisiz de geçirilebilir. Tedavi semptomatiktir. Aşı ile korunulabilen hastalıklardandır. (From Dorland, 27th edition) [1] Konjenital rubella enfeksiyon : Maternal enfeksiyon sonucu gebeliğin 1. kısmında virüsün transplental yolla fetusa geçişi yenidoğanda gelişimsel anomalilerle sonuçlanır. Kardiyak ve okular lezyonlar, sağırılık, mikrosefali, mental gerilik, yaygın gelişme geriliği yapar. (From Dorland, 27th ed) [1]

5. Hastalık (Eritema infeksiyozum)

Human Parvovirüs B19 ile oluşan, daha çok okul çağındaki çocuklarda görülen bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığıdır. Sıklıkla kızamıkçık ile karıştırılır. 3 evresi vardır: 1. evrede yanaklarda kebek tarzı döküntü, 2. evrede kollarda ve gövdede olan bacaklara yayılan döküntü, 3. evrede döküntüler kaybolur ve tekrar belirir, sıcakta artar. Tedaviye gerek yoktur.

6. Hastalık (Roseola Infantum)

6. hastalık, ekzantem subitum veya psödokızamıkçık gibi isimler alır. Bulaşıcı viral bir hastalıktır, sıklıkla 2 yaş altında yüksek ateş, kırmızı döküntü ile seyredir. Kalabalık yerlerde yayılımı fazladır, büyük alışveriş merkezleri, kreşler gibi. En çok ilkbahar ve erken yaz aylarında salgın yapar. Roseola etkeni human herpes virüs 6' dır, uçuk ya da seksüel yolla geçiş gösteren herpes virüsten farklıdır. Erişkin ya da büyük çocuklarda çok nadirdir, erken çocukluk çağında geçirilmiş bir atağın yıllar boyu hatta ömür boyu koruyuculuğuna inanılır. **Belirti ve bulgular:** Roseola ile karşılaşılan çocukta semptomların ortaya çıkması 5-15 günü alır. Roseolanın ilk bulgusu 39-40 yükselen ani ateştir. Yüksek ateşe rağmen çocuk uyanık ve aktiftir. Başın arkasında, boyun yan tarafı ve kulağın arkasındaki lenf bezleri büyüyebilir. Dalak hafifçe büyümüş olabilir. Ateş 3-4 gün sürer, aniden kaybolur tam bu sırada roseolanın döküntüsü gövdeden başlayarak ekstremitelere, boyun, yüz ve bacaklara yayılır. Benek, benek, pembemsi veya kırmızıdır, birkaç saatte de solabilir. En fazla 1-2 gün sürer. roseolası olan çocuk 1 hafta içinde iyileşir. Çok yüksek ateş oluşturabileceğinden febril konvülsiyonu tetikler, 6. hastalığı olan yaklaşık %5-35 arası çocukta saptanır.

Tanı ve tedavi: Doktorların ateş düşüpte döküntüler ortaya çıkıncaya kadar roseola tanısını koyması güçtür. Ateş acetaminofen veya ibuprofen gibi ateş düşürücüler ile azaltılabilir. Reye sendromu riski olduğu için aspirin kullanılmamalıdır. Yüksek ateş sıvı kaybı yaratabileceğinden bol sıvı verilmeli, dehidratasyon bulguları açısından izlenmelidir. Bu bulgular dil ve dudakların kuru olması, irritabilite, gözyaşı yokluğu, idrar miktarında azalmadır. Uygulanan aşısı yoktur.

Suçiçeği

Varicella zoster virüsü (Herpervirüs 3, Human) ile oluşan son derece bulaşıcı bir enfeksiyondur. Sıklıkla çocuklarda, direk temas ya da solunum yolu ile damlacık yoluyla yayılır. Cilt ve mukozalarda tipik kaşıntılı veziküler lezyonlarla karakterizedir. Kolaylıkla patlar ve kabuk bağlar. Çocuklarda sıklıkla selim seyirlidir ancak erişkinlerde pnömoni veya ensefalit ile komplike olabilir. (From Dorland, 27th ed) [1]

Kabakulak

Rubulavirüs tarafından oluşan, direk temas, damlacık yolu, enfekte tükürük, idrarla kontamine atıklarla yayılan ve 15 yaş altında çocuklarda daha sık görülen akut enfeksiyon hastalığıdır. Erişkinlerde geçirebilir. Hastalık belirtileri görülmeden 4 gün evvel ve görüldükten 7 gün sonraya kadar hastanın salgısında virüs bulunur. Şişlik 4-10 gün sürer. Ağız açıldığı zaman ağrı vardır. Kabakulakta başta testis ve MSS olmak üzere epididim, prostat, over, panreas, karaciğer, böbrek, tiroid gibi organklarda da tutulma olabilir. Tedavi semptomatik, yatak istirahati, gerekiyorsa ateş düşürücü, ağrı kesiciler verilir ve ekşi olmayan gıdalarla beslenme tavsiye edilir. Prognoz genellikle iyidir.

Kuluçka dönemi 16-21 gün, çocuklarda genellikle prodrom dönemi görülmez, hastalık parotis bezinde şişme ve ateşe başlar.

Gastroenteritler

Çocuklarda en sık gastrointestinal sistem (sindirim; mide, barsak) problemi enfeksiyöz gastroenteritlerdir. Başta rotavirüs olmak üzere en sık etken virüslerdir. Tifo oluşturan etkenle oluşan gastroenteritler *Salmonella* gastroenteriti, *Şigella*, basilli dizanteri olarak tanımlanır. *Escherichia coli*, koli basili olarak bilinen bakteriler normal koşullarda barsak florasında bulunur ancak bazı türleri ishal etkeni-

Ülkemizin bazı bölgelerinde "ishalli çocuğa su verilmez" biçiminde yanlış bir inanışın olması ishalli hastalıklardaki sıvı kaybının yükseltmektedir.

dir. *Giardia* Barsak mukozasına yapışarak sekresyonlarla beslenen bir parazittir. İshal tablosu yaratır. *Dişare ya da ishal*: Normalden daha sık, miktarca fazla, sulu ve şekilsiz kaka yapmaktır. Gastroenterit, kusma ve ishalin birlikte olduğu durumlar için kullanılır. İshal genellikle kusma ile birlikte seyrederek. Bu durum çocuklarda vücut suyunun önemli bir kısmının kaybolması ve su-elektrolit dengesinin bozulmasına neden olur. Bundan dolayı ishal küçük çocuklarda ölüme yol açan önemli bir hastalıktır.

İshalli bir çocukta vücuttan suyun kaybedildiğini gösteren bulgular:

- Halsizlik ve huzursuzluk
- Ağız ve dudaklarda kuruluk
- Bungıldağın çökmesi
- Gözlerin çukura kaçması
- İdrara çıkma sıklığı ve miktarında azalma

Çocuklara ishale yol açan nedenler:

- Hatalı beslenme,
- Enfeksiyonlar,
- Gıda zehirlenmeleri,
- Besin alerjileri,

Doktora ne zaman başvurulmalıdır?

- Ağızdan sıvı ya da gıda alımı yoksa
- Şiddetli kusma
- Su kaybı bulgularının varlığı
- Kakanın kanlı, sümüksü ve kötü kokulu olması
- Yüksek ateşin varlığı

Evde neler yapılabilir?

- Anne sütü alıyorsa emzirmeye devam
- Ek besin sağlayıcı ishal diyeti uygulanmalı ve oral rehidratasyon sıvıları verilmelidir.
- Yoğurt
- Elma, şeftali suyu
- Patates püresi
- Pirinç lapası veya çorbası
- Su muhallebisi
- Az şekerli çay, ayran verilmeli.

Parazitler

İnsan barsağında yaşayıp çoğalan değişik boy ve şekildeki parazitler vücut için gerekli besin maddelerini kullanarak çoğalır ve yaşadıkları canlıya zarar verir. Karın ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık veya devamlı açlık hissi, baş ağrısı, burunda ve popoda kaşıntı, ishal, deride kaşıntılı döküntü ve solukluk, gelişme geriliği yapabilir.

En sık *askaris* (solucan), *oksiyür* (kıl kudu) ve *tenya* (şerit) ya raslanır. *Askaris* bahçe solucanlarına benzer, boyu 20-25 cm' dir. Dişi parazitler hergün 200000 yumurta yapar genellikle dışkı ile beraber vücuttan atılır. Tedavi ile ortadan kaldırılması mümkündür. Kıl kurdu olarak bilinen oksiyür 0.2-1 cm boyundadır. Kalın barsakta yaşar. Geceleri makattan çıkarak kaşıntı yapar. Aile bireylerine kolaylıkla yayılır. İplik tarzında görülebilir. Tenyaların boyları 10 m kadar olup makarnaya benzer. Çiğ ve az pişmiş etlerin tüketilmesiyle geçiş gösterir. İlaçla tedavi edilir. Parazit kuşkulnulan tüm durumlarda dışkının incelenmesi gerekir.

Paraziti bulunan kişinin dışkı ile atılan parazit yumurtaları yiyecekler, içecekler ve eşyalara bulaşır.

Doktor tavsiyesi ile ilaç kullanılmalıdır.

ÇOCUKLARDA BAĞIŞIKLAMA

Doğumdan itibaren başlatılan aşılama programları ile ölme ya da sakat kalma riski olan birçok bulaşıcı hastalığın görülme olasılığı son derece azalmıştır. Amaç, aşı ile korunulabilen hastalıkların tamamen ortadan kaldırılabilmesidir. Bu başarı zamanında çiçek virüsünde elde edilmiştir ve günümüzde artık dünyada hiç görülmediği için çiçek aşısı yapılmamaktadır. Çocuk felci açısından da hemen hemen bu noktaya gelinmiştir. Ülkemizde de aşılama programları başarı ile sürdürülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından rutin uygulanan aşilar tablo 1' de yer almaktadır.

Özgül bağışıklık ve özgül olmayan bağışıklık ne demektir? Tanımlayınız?



Tablo 3.1

Sağlık Bakanlığı tarafından rutin uygulanan aşilar tablo 1' de yer almaktadır.

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PEDIATRİ ANABİLİM DALI AŞI TAKVİMİ													
ADI SOYADI:		DOĞUM TARİHİ:											
PROTOKOL NO:													
	Doğum	1. Ay	2. Ay	4. Ay	6. Ay	9. Ay	12. Ay	15. Ay	18. Ay	24. Ay	4-6 Yaş	7-11 Yaş	12-18 Yaş
BCG			BCG.../.../...										
HEPATİT B	HBV.../.../...	HBV .../.../...			HBV .../.../...					HBV .../.../...			
DİFERİ TETANOS BOĞMACA			DTab/DTB .../.../...	DTab/DTB .../.../...	DTab/DTB .../.../...			DTab/DTB .../.../...				Td .../.../...	Td .../.../...
HEMOFİLUS İNFLUENZA TİP B			HIB .../.../...	HIB .../.../...	HIB .../.../...		HIB .../.../...						
İNAKTİF POLİO (IPV) veya OPV			IPV .../.../...	IPV .../.../...	IPV .../.../...				IPV .../.../...			OPV .../.../...	
KIZAMIK KIZAMIKÇIK KABAKULAK SU ÇİÇEĞİ							KKK .../.../...					KKK .../.../...	KIZAMIKÇIK .../.../...
							SÇ .../.../...				SÇ .../.../...		
İNFLUENZA					.../.../2008	.../.../2009	.../.../2010	.../.../2011	.../.../2012	.../.../2013	.../.../2014	.../.../2015	.../.../2016
HEPATİT A							HEP A .../.../...		HEP A .../.../...				
PNÖMOKOK			PCV7 .../.../...	PCV7 .../.../...	PCV7 .../.../...		PCV7 .../.../...				PCV7 .../.../...		PPV .../.../...
ROTAVİRÜS			ROTA .../.../...	ROTA .../.../...	ROTA .../.../...								
HPV													HPV .../.../...

SAGLIK BAKANLIĞI ÜCRETSİZ	ÖZEL AŞILAR	SARI KUTULARDAKİ AŞILAR İÇİN DOKTORUNUZA YA DA 0-222-2392799-2717'DEN BİLGİ ALABİLİRSİNİZ.
---------------------------	-------------	--

Kulak iltihabı, sünizit ve zatüre etkeni olan pnömokok ve en sık ishal nedeni olan Rota virüs ile suçiçeği aşısı dışında ülkemizde çocukluk çağı aşı uygulaması aynı ABD ve Avrupa ülkelerinde olduğu gibidir. BCG (verem aşısı) ülkemizde 2. ayın sonunda tek doz uygulanırken bu aşı gelişmiş ülke aşı programlarında yer almamaktadır.

Aşı ile korunabilen hastalıklar; Hepatit B, Tüberküloz, Difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci, Hemophilus influenza ile oluşan menenjit, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, pnömokoklarla oluşan enfeksiyonlar, rotavirüs ishalleridir. İzleyen sayfalarda bazı aşılarından kısaca söz edilmektedir.

Verem (BCG) Aşısı

Gelişmekte olan ülkelerde verem (tüberküloz) hastalığına karşı korunmada en etkili yöntem verem aşısıdır. Verem aşısı ilk olarak 2. ayın sonunda ve daha sonra ilköğretim 1. sınıfta yapılmaktadır. Aşı daima sol omuz adalesi üzerindeki deri içine yapılır. Aşı yerinde reaksiyon 2-3 hafta sonra belirir, kırmızılık, hafif sulanma ve kabuklanma olabilir.

Hepatit B Aşısı

Doğumda, 1. ayın sonunda ve 6. ayın sonunda olmak üzere tüm çocuklara 3 doz olarak uygulanmaktadır.

Karma aşı olarak da bilinen bu aşı 2. ayın sonunda başlayarak 1-2 aylık aralarla 3 doz uygulanır ve 3. dozdan 1 yıl sonra rapel(tekrar) yapılır. Çocuk felci (polio) aşısı ve Hemophilus Influenza B'ye karşı aşı içinde aynı program geçerlidir. Ülkemizde, bu 5 enfeksiyon etkenine karşı olan aşılar tek bir enjeksiyon halinde 2-4-6. ayların sonunda ve 18. ayda yapılmaktadır.

HIB Aşısı:

Haemophilus Influenzae Tip B adlı bir bakterinin yaptığı; bazı menenjit, zatürree, artrit (eklem iltihabı) gibi hastalıklara karşı geliştirilen bir aşıdır. HIB bakterisinin yaptığı bu hastalıklar 5 yaşından sonra pek görülmez. Bu aşı medyada ve bazı hekimlerce menenjit aşısı olarak adlandırılmaktadır. Bu tanımlama eksiktir. Çünkü Hib aşısını yaptırarak yalnız Hib menenjiti önlenir. Bu aşı, Pnömonokok, Meningokok ve bazı nadir mikropların (bakteri ve virüs) yaptığı diğer menenjitlere karşı koruma sağlamaz. Hib aşısı 2. Aydan itibaren Çocuk Felci ve Difteri - Boğmaca - Tetanoz aşılarıyla beraber veya ayrı olarak 1-2 ay aralarla 3 doz ve 1 yıl sonra tekrarı yapılır (3+1; toplam 4 defa). 6. Aydan sonra başlanırsa 1-2 ay ara ile 2 doz ve 1 yıl sonra tekrarı yapılır (2+1; toplam 3 defa). 12. Aydan sonra başlanırsa tek doz yeterlidir. 5 yaşından sonra yapmaya gerek yoktur. Ülkemizde Difteri, Boğmaca, Tetanoz ve Polio aşısı ile birlikte uygulanmaktadır.

Çocuk Felci (Polio) Aşısı

Canlı (ağızdan verilen) ve ölü (kas içine yapılan) iki ayrı formu vardır. Ağızdan uygulanan aşıdan sonra ortaya çıkan bağışıklık durumu (sekretuar IgA) kas içine uygulanan aşıdan sonra gelişmez. Çocuk felci hastalığının tümüyle ortadan kalkmış olduğu ülkelerde kas içine uygulanan aşı kullanılmaktadır. Ülkemizde son 1 yıldır bu gruba girmiştir. Karma aşılarla birlikte uygulanır.

Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık (Measles-Mumps-Rubella):

Kızamık, kızamıkçık ve kabakulak hastalıklarına karşı geliştirilen 3' lü bir aşıdır. 12. ay ve 4-6 yaş arası (ilkokul 1' de) olmak üzere 2 defa yapıldığında 3 hastalığa karşı ömür boyu koruyuculuk olduğu kabul edilmektedir. Tek doz yapıldığında 10 yaşından sonra koruyuculuk azalmakta hatta kaybolmaktadır. Ülkemizde rutin aşı takvimine girmiştir.

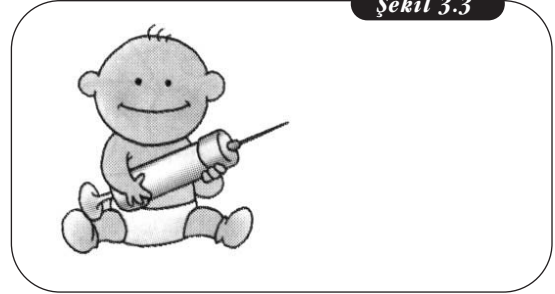
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞININ UYGULADIĞI AŞI TAKVİMİNDE BULUNMAYAN, GEREKTİĞİ ZAMAN YAPILABİLEN BAZI AŞILAR

Suçiçeği (Varisella) Aşısı

Suçiçeği virüsüne karşı geliştirilen yeni bir aşıdır. Birçok ülkede rutin aşı takvimine girmemiştir. 12. Aydan sonra yapılır. 4-6 yaş arası 2 doz tavsiye edilmektedir.

Konjuge Pnömonokok Aşısı

Pnömonokok adlı bir bakterinin yaptığı bazı zatürree, menenjit ve orta kulak iltihabına karşı geliştirilen yeni bir aşıdır. Ancak yalnız bu mikrobun yaptığı zatürree, menenjit ve orta kulak iltihabını önler. Diğer mikropların yaptığı zatürree, menenjit ve orta kulak iltihablarını önlemez. 2. aydan itibaren en az 1 ay ara ile 3 kez yapılmalı, 12-15 ay arası 4. doz yapılmalıdır. 7-11 aylık, daha önce aşılanmamış bebekler yaklaşık 1 ay ara ile 2 kez aşılanmalı ve 1. yaş gününün ardından 3. doz aşıları yapılmalıdır. İkinci ve üçüncü doz aşılar arasında en az 2 ay ara olmalıdır. Önceden aşılanmamış 12-23 ay arasındaki çocuklar en az iki ay ara ile 2 kez aşılanmalıdırlar. 24 ay ile 9 yaş arasındaki, daha önceden aşılanmamış çocuklarda tek doz aşı yeterlidir. Pahalı bir aşıdır.



Şekil 3.3

Hepatit A Aşısı

Hepatit A virüsünün yaptığı, su ve yiyeceklerle bulaşan Hepatit A (çocuklarda çoğu zaman sarılık yapmadan seyreden karaciğer iltihabı) hastalığına karşı geliştirilen bir aşıdır. Rutin bir aşı değildir. Maliyet etkinlik değerlendirilmesine göre yapılması önerilmektedir. 6 ay ara ile 2 defa yapılmaktadır.

Grip (Influenza) Aşısı

Grip (Influenza) virüsünün yaptığı Grip hastalığına karşı geliştirilen bir aşıdır. Rutin aşı takvimine girmemiştir. Bazı doğuştan kalp hastalığı olanlara, diyabet (şeker hastalığı), astım, kronik böbrek yetmezliği, tekrarlayan bronşiolit, AIDS tanısı almış hastalara, 55-65 yaş üzerinelere, bazı riskli meslek gruplarına (doktor, hemşire, öğretmen vb) önerilmektedir. Grip virüsü değişken bir virüs olduğundan aşısı her yıl yeniden hazırlanmaktadır. Grip aşısı değişik yaş gruplarına aşağıdaki şekilde önerilmektedir. 6 ay-3 yaş arası: İlk defa yapıldığında 1 ay ara ile 2 defa - 0.5 doz, daha sonraki yıllar 1 defa 3 yaş-8 yaş arası: İlk defa yapıldığında 1 ay ara ile 2 defa -1 doz, daha sonraki yıllar 1 defa 8 yaş üzerinelere tek doz önerilmekte, her yıl tekrarlanmalıdır.

Rotavirüs Aşısı

Süt çocuklarında ishalin en sık etkeni olan rotavirüslara karşı geliştirilmiş aşı ağızdan uygulanır. İki ayrı aşı mevcuttur. biri 2. ve 4. aylarda 2 doz olarak diğeri ise 2, 4, 6. aylarda 3 doz olarak uygulanmaktadır. Birbirine üstünlükleri yoktur. Rotavirüs aşısının ilk dozu 6-12 hafta arasında başlanmalıdır, 3. aydan sonra rotavirüs aşısının ilk dozu uygulanmaz.

Yukarıdaki aşılarından başka gerekli hallerde yapılan; Kuduz, Meningokok (zaman zaman hacı adaylarına yapılmaktadır), Tifo, Şarbon, Sarıhumma vb. aşılar mevcuttur. AIDS aşısı için çalışmalar devam etmektedir.

Özet



Çocuklarda sık görülen hastahkların neler olduğunu tanımlamak

Çocuklarda sık görülen hastalıklar, enfeksiyon hastalıklarıdır. Bulaşıcı özelliği olan ve çoğu virüslerle oluşan döküntülü hastalıklara en çok çocukluk çağında rastlanmaktadır. Özellikle kış ve erken ilkbahar döneminde daha sık görülen solunum yolu enfeksiyonları her çağda olduğu gibi çocuklarda da ilk sırada yer alır. Çocuklar solunum yolu ile çok sık solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanabilirler. Sık görülen enfeksiyonlar; streptokoksik boğaz enfeksiyonu, Soğuk algınlığı (nezle), bronşiolit, viral pnömoni, epiglottit. Menenjit, İmpetigo, gastroenterit, parazitozlar olarak isimlendirilebilir. Bir de çocuklarda sık karşılaşılan döküntülü hastalıklar vardır. Bunlar; kızıl, kızamık, kızamıkçık, 5.hastalık (eritema infeksiyozum), 6. hastalık (ekzantem subitum), suçiçeği ve kabakulaktır. İzleyen başlıklarda sık karşılaşılan solunum yolu hastalılara ve döküntülü hastalıklara yer verilmiştir.



Çocuklarda sık görülen solunum yolu hastahklarının özelliklerini açıklamak

Çocuklarda sık görülen hastalıkların başında streptokoksik boğaz enfeksiyonu gelmektedir. Streptokoksik boğaz enfeksiyonu, bakteriyel bir enfeksiyonu olup bulaşıcı ve insandan insana öksürme ve burun akıntısına bağlı olarak yayılır. Boğaz ağrısından önce sıklıkla kusma, baş ağrısı veya karın ağrısı gibi şikayetler önemli belirtileri vardır. Ateş 40 dereceyi bulabilir. Bakteriler antibiyotikle tedavi edilebilir. Sık görülen diğer bazı hastalıklar; Soğuk algınlığı (nezle), Viral pnömoni, Epiglottit, Menenjit, İmpetigo, Bronşiolit, Krup, Kızamık, Kızamıkçık (Rubella), 5. Hastalık (Eritema infeksiyozum) , 6. Hastalık (Roseola Infantum), Suçiçeği, Kabakulak , Gastroenteritler, Parazitozlardır.



Çocuklarda sık görülen hastahkların belirtilerine göre hangi işlemlerin yapılabileceğini ifade etmek

Streptokoksik boğaz enfeksiyonuna bağlı bakteriler antibiyotikle tedavi edilebilir. Viral olaylarda tedavi gerekmeyeceğinden nedenin streptokoklara bağlı olup olmadığının ve antibiyotik verilir

verilmeyeceğinin saptanması gerekir. Üst solunum yolu viral enfeksiyonları genel olarak soğuk algınlığı (nezle) olarak bilinirler. Soğuk algınlığını oluşturan virüs. orta kulak iltihabı (otitis media). Sinüzit, bronşit veya bronşiolit, Pnömoni (zatüre) gibi komplikasyonları ortaya çıkarabilir. Soğuk algınlığının 1 haftada geçmesi beklenir eğer geçmiyorsa komplikasyon gelişmiş olabilir. Doktora başvurulmasını gerektirir. Viral Pnömoni (zatüre), çocuklar hava almak için oldukça güç sarfederler. Pnömonisi olan çocukların eğer solunumları iyi değilse ya da solunum enfeksiyonu onları dehidrate bırakıyorsa hastanede tedavi edilmeleri gerekir Epiglottitin muayensi anestezi altında yapılır. Tedavide antibiyotikler kullanılır. İleri düzeyde solunum güçlüğü havayolunun açık tutulmasını gerektirir. Menenjitin tanısı için beyin omurilik sıvısı alınarak incelenir. Erken tanı çok önemlidir.Gecikme ölüm ya da sekel ile sonuçlanır. Bir cilt enfeksiyonu olan impetigonun tedavisi antibiyotik geretirir. Bronşiolit tanısı daha çok belirti ve bulgulara göre konur. Hafif RSV enfeksiyonunda semptomlara yönelik ateş düşürücü ve ağrı kesiciler, serum fizyolojik gibi burun damlası ve buhar verilir. Ağır vakalarda hastaneye yatırılır. Kızamıkta antibiyotik tedavisi verilmez. Aşı ile korunulabilen hastalıklar arasındadır. Kızamıkçık (Rubella), aşı ile korunulabilen hastalıklardandır. Maternal enfeksiyon sonucu gebeliğin 1. kısmında virüsün fetusa geçişi yenidoğanda gelişimsel anomalilerle sonuçlanır. 5. Hastalık (Eritema infeksiyozum sıklıkla kızamıkçık ile karıştırılır. Tedaviye gerek yoktur. 6. Hastalık (Roseola Infantum)da aAteş düşürücüler kullanılabilir ancak aspirin kullanılmamalıdır. Yüksek ateş sıvı kaybı yaratabileceğinden bol sıvı verilmelidir. Uygulanan aşısı yoktur. Kabakulak tedavisi semptomatik, yatak istirahati gerekiyorsa ateş düşürücü, ağrı kesiciler verilir ve ekşi olmayan gıdalarla beslenme tavsiye edilir. Giardia çocukları en çok uğraştıran bir parazit türüdür. Çocuklarda vücut suyunun önemli bir kısmının kaybolmasına neden olarak küçük çocuklarda ölüme yol açan önemli bir hastalıktır.



Korunmanın tedavi etmekten daha etkili bir yol olduğunu tanımlamak

Hastalıklardan korunmak tedavi etmekten hem etkili hem daha ucuz bir yoldur. Bunun içinuzmanlar birincil yol denen koruma yolunu öncelikle tercih ederler. Bunun kişinin yaşamı ile tutum ve davranışları ile içerisinde yaşadığı kültürel özelliklerle doğrudan ilişkisi vardır. Öncelikle okullarda birincil korumayı öne çıkartmak gerekir. Sağlıklı beslenme, sağlıklı çevre koşulları yaratarak sağlıklı yaşam alışkanlığı geliştirme, temizliğe önem verme, spor yapma, sağlığa zararlı maddeler kullanmama, düzenli uyku, dinlenme, gerekli aşıları zamanında yaptırma, yeterli ve dengeli beslenme v.b. birincil korumalar olarak nitelendirilmektedir. Bu tür korumaların insan sağlığının sürdürülmesinde önemli etkisi olduğu gibi ekonomik olarak da oldukça verimlidir.

Hastalık eğilimi olan çocuklarda hastalığın gelişmesini ya da var olan hastalığın belirti vermeden tedavisini sağlamak, ikincil koruma olarak adlandırılmaktadır. Bunun temeli erken tanıdır. Erken tanı doğumdan önce veya doğumdan sonra olabilir. Üçüncü koruma yolu da hastalığın ilerlemesini engelleyecek koruyucu tedavi yollarının uygulanmasıdır.

Kendimizi Sınavalım

1. Aşağıdakilerden hangisi solunum yolu enfeksiyonlarından biridir?
 - a. Kızıl
 - b. Kızamık
 - c. Bronşit
 - d. 5. Hastalık
 - e. 6. Hastalık
2. İnsandan insana öksürme ve burun akıntısına bağlı damlacık yolu enfeksiyonu ile yayılan hastalık aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Streptokoksik boğaz enfeksiyonu
 - b. Soğuk algınlığı (nezle)
 - c. Zatüre
 - d. Menenjit
 - e. Krup
3. Akciğerlere giren havanın azalması sonucu dudakların ve tırnakların morarması gibi belirtiler gösteren hastalık hangisidir?
 - a. Streptokoksik boğaz enfeksiyonu
 - b. Soğuk algınlığı
 - c. Menenjit
 - d. Zatüre
 - e. Krup
4. Nezle ve gribal enfeksiyonu takiben gırtlak ve ses tellerinde iltihaplanmaya bağlı köpek havlaması şeklinde öksürük, hırıltı, nefes almakta zorlanma gibi belirtileri olan hastalık hangisidir?
 - a. Impetigo
 - b. Bronşiolit
 - c. Kızamıkçık (Rubella)
 - d. 6. Hastalık (Roseola Infantum)
 - e. Krup (Yalancı difteri)
5. Aşağıdakilerden hangisi ishalleri çocuğun doktora götürülmesi için bir sebep **değildir**?
 - a. Ağızdan sıvı ya da gıda alınıyorsa
 - b. Şiddetli kusma varsa
 - c. Su kaybı bulgularının varlığı mevcutsa
 - d. Kaka kanlı, sümüksü ve kötü kokulu ise
 - e. Yüksek ateşi varsa
6. Verem aşısı **ilk** olarak ne zaman yapılmalıdır?
 - a. Doğumun olduğu ilk hafta içerisinde
 - b. İlk birinci ayın sonunda
 - c. İlk ikinci ayın sonunda
 - d. İlk altıncı ayın sonunda
 - e. İlköğretim dördüncü sınıfta
7. Aşağıdaki aşılarından hangisi üç doz olarak uygulanmaktadır?
 - a. Verem (BCG)
 - b. Hepatit B
 - c. Çocuk felci (Polio)
 - d. Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık
 - e. Difteri-Boğmaca-Tetanoz (DBT)
8. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi diğerlerine göre çok fazla ciddiye **alınmaz**?
 - a. Bademcik iltihapları
 - b. Zatürre
 - c. Sinuzit
 - d. Bronşit
 - e. 5. Hastalık (Eritema infeksiyozum)
9. Aşağıdakilerden hangisi döküntülü hastalıklardan korunmak için **ailelerin** alması gereken önlemlerden biridir?
 - a. Okul yönetiminden okula kayıta aşı kayıtlarını istemesi
 - b. Hastalık iyileşene kadar çocukların okula gönderilmemesi
 - c. Sınıfın sık sık havalandırılması
 - d. Ellerin kolanyalı mendille silinmesi
 - e. Okul kıyafetlerinin sık sık değiştirilmemesi
10. Louis Pasteur hangi yıl ölmüştür?
 - a. 1700
 - b. 1795
 - c. 1800
 - d. 1895
 - e. 1905

Yaşamın İçinden

Hürriyet

9 Mart 2008

“Çocuklar neden özellikle kışın çok hastalanıyorlar?”

Kış ve ilkbahar mevsimleri çocukların sağlığını olumsuz etkileyen bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması ve yayılması için uygun bir dönemdir. Okul dönemi, kapalı ortamlarda bulunma, ani hava değişiklikleri, hava kirliliği, son zamanlarda eyelence merkezleri haline gelen alıs-veriş merkezleri bu dönemde daha çok hastalanma nedenlerindedir.

Kışın çocuklarda en çok görülen hastalıklar nelerdir ?

En çok görülen hastalıklar; nezle, grip, üst solunum yolu enfeksiyonu, bademcik iltihabı, sinuzit, orta kulak iltihabı, bronşit, bronşiolit, zatürre (pnömoni), krup (yalancı difteri), kızıl, suçiçeği ve kızamık gibi döküntülü çocuk hastalıkları ve viral ishallerdir.

Bu hastalıkların belirti ve sonuçları nelerdir ? Her hastalıkla ilgili kısa bilgi verebilir misiniz?

Nezle ve grip: Çocuklarda en sık görünen enfeksiyonudur ve en sık doktora başvurma nedenidir nezle ve soğuk algınlığını üst solunum yolu virüsleri gripi ise influenza virüsleri yapar. Burun tıkanıklığı, burun akıntısı, ateş halsizlik, öksürük şikayetleri gelişir. Takip ve tedavi edilmezse kulak iltihabı ve alt solunum yolu enfeksiyonlarına zemin hazırlar.

Bademcik iltihabı (Tonsillit): Vucut direncinin düştüğü zamanlarda bademciklerin streptokok bakterisi ile iltihaplanması sonucu gelişir. Yüksek ateş, bulantı, boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü, öksürük başlıca belirtileridir. Tedavi edilmezse eklem romatizması, böbrek iltihaplanması, kalp kapak iltihaplanması gibi komplikasyonlar gelişebilir.

Sinuzit: Çocuklarda her yaşta görülebilir. Uzun süren burun tıkanıklığı, burundan yeşil sarı akıntı, yatar pozisyonda öksürük gelişmesi sinüziti düşündürmeli ve muayeneden geçilmelidir.

Orta kulak iltihabı (Otitis media): Uzun süren nezle ve burun tıkanıklığı sonucu kulak ile ağız arasındaki borunun havalanması bozulur ve enfeksiyon gelişir. Tedavi edilmezse işitme kayıpları, çevre dokularda iltihaplanma ve sık tekrarlayan akıntılı kulak iltihaplanmalarına neden olur.

Bronşit: Virüslerin neden olduğu bir alt solunum yolu enfeksiyonudur. İki yaşından küçük çocuklarda ateş, solunum zorluğu, öksürük, hırıltı gibi belirtilerde ortaya çıkar. Hastahane tedavisi gerektirebilir.

Zatüre (Pnömoni): Sık görülen alt solunum yolu enfeksiyonudur. İlk üç yaşta hastaneye en sık yatma nedenidir. Etkeni genellikle küçük çocuklarda virüs büyük çocuklarda bakteridir.

Gripal enfeksiyon gibi başlayıp uzayan ve düşmeyen ateş ile seyrederek yakından takip ve tedavisi gereklidir.

Krup (Yalancı difteri): Nezle ve gripal enfeksiyonu takiben girtlak ve ses tellerinde iltihaplanmaya bağlı köpek havlaması şeklinde öksürük, hırıltı, nefes almakta zorlanma gibi belirtileri vardır. Solunum güçlüğü olan vakalar hastaneye yatırılarak tedavi edilir. Soğuk buhar makinaları evde tedaviye yardımcıdır.

Kızıl: Kasıklarda ve gövdede kırmızı döküntülerle seyreden, yüksek ateş, şiddetli boğaz ağrısı, dilde çilek görünümü, halsizlik, eklem ağrıları gibi belirtileri olan bir hastalıktır.

Boğaz kültüründe streptokok bakterisi görülür. Antibiyotik ile tedavi edilir.

Viral İshal: Viral ishallerde genellikle etken rota virüsleridir. Ateş kusma ve sulu dışkılama başlıca belirtileridir. Sıvı ve elektrolit kaybı bakımından yakından takip edilmeli gerekirse hastaneye yatırılarak tedavisi sürdürülmelidir.

Bu hastalıklar içerisinde en ciddiye alınması gerekenler hangileridir?

Bu hastalıklar arasında özellikle streptokok bakterilerinin neden olduğu bademcik iltihapları, orta kulak iltihapları, sinuzit, bronşit, zatürre, döküntülü çocuk hastalıkları ve virüslerin etken olduğu bağırsak enfeksiyonları ciddiye alınması gereken hastalıklardır.

Bu tip hastalıklardan korunmak için ailelere neler öneriyorsunuz?

Öncelikle kreş ve okula başlamadan önce, tüm aşı programının tamamlanması, okul kayıtlarında aşı karnelerinin istenmesi, hasta çocukların hastalık bulguları iyileşene kadar okula gönderilmemesi, sınıfların ve çocuk odalarının sık sık havalandırılması, mümkün olduğu kadar kapalı ortamlara gidilmemesi, çocuklara el yıkama alışkanlığının küçük yaşlardan itibaren kazandırılması, okul kıyafetlerinin eve gelir gelmez değiştirilmesi, sık banyo alışkanlığının geliştirilmesi önerilebilir.

Kaynak: Hürriyet. Sağlık.com. 9 Mart 2008 15:17

Okuma Parçası



Louis Pasteur

27 aralık 1822 yılında doğdu. 1846'da Ecole Normale Supérieure'nün fen bölümünü bitirdi. 1847'de fizik ve kimya dalında doktora derecesini alan Pasteur, bu yıllarda izomerlik, kristal yapı ve optik etkinlik konularındaki çalışmalarıyla adını duyurmayı başardı. 1848'de Strasbourg Fen Fakültesi'nde yardımcı kimya profesörlüğüne yükseltildi. 1854'te Lille Fen Fakültesi'nde kimya profesörlüğüne ve Ecole Normale'de kurulmasını istediği araştırma laboratuvarının yöneticiliğine getirildi. Bu laboratuvar, 1871'de şarbon, tavuk kolerası ve kuduz gibi virütik hastalıklar, bağışıklık mekanizması ve aşı hazırlama teknikleri üzerinde çalışmaya başlayan Pasteur, kuduz köpekler üzerindeki incelemelerini daha güvenli bir ortamda yapabilmek için 1885'te eski bir imparatorluk şatosunu amaca uygun olarak düzenleyerek, Pasteur Enstitüsü'nün çekirdeğini oluşturdu.

Pasteur, Strasberg'li Marie Laurent ile evlendi. Marie'nin eşini, araştırmalarını her şeyin üstünde tutması için özendirmesi sayesinde Pasteur, laboratuvar çalışmaları üzerinde yoğunlaşabiliyor ve işine gereken zamanı ve önemi verebiliyordu. Pasteur, kimyager ve daha sonra bakteriyolog olarak görev yaptığı süre boyunca, tıbbın ilerlemesine büyük katkılarda bulundu. Tıp doktoru olmadığı için, 1800'lü yılların doktorları teorilerine karşı çıktılar. Pasteur, buna rağmen çalışmalarını sürdürdü. Pasteur'un bakterilerin ya da mikropların gerçekten var olduklarına ve bunların hastalıklara yol açabileceğine olan inancı tamdı. Kendi bildiği yöntemle yaptığı işe ve kendine inancını sürdürerek araştırmalarına devam etti. Pasteur kendine inanan, başkalarının söyledikleriyle değil, kendi doğrularıyla yaşayan ve sezgilerine güvenen bir bilim insanıydı. 1895 yılında hayata gözlerini yumduğu güne kadar son derece alçak gönüllü, gösterişsiz ve sade bir yaşam sürdürdü. Yaşlılık yıllarında insanların ona gösterdikleri büyük saygı karşısında şaşkınlığa düşer ve bunu pek komik bulurdu.

Londra'da uluslararası bir tıp kongresinde kongre salonuna girdikten kısa bir süre sonra Pasteur kürsüye davet edildi. Pasteur'un yüzünde hayal kırıklığına uğramış gibi bir ifade belirdi. Pasteur, "İngiltere vefiat (kral aday) Prens'i buraya geliyor olsa gerek" dedi. "Keşke dırdarda dursaydık. Gelişini de izleyebilirdik böylece." Bu

içten sözler herkesi çok duygulandırmıştı. Kongre başkanı Pasteur'e "Hayır Bay Pasteur" dedi. "Gelen sizsiniz. Herkesin takdir ettiği ayakta alkışladığı insan sizsiniz." demiştir. Kuduz aşısı için ilk deneyimini 16 yaşındaki bir çocuk üzerinde denemiştir.

Pastörizasyon yöntemi

Pasteur'un, özellikle mayalanma olayında ve bulaşıcı hastalıklarda mikroorganizmaların sorumlu olduğunu kanıtlaması, kendiliğinden türeme teorisini çürütmesi, şarap, bira, süt, meyve suyu gibi mayalanabilir sıvıların uzun süre bozulmadan saklanabilmelerini sağlayan "pastörizasyon" adlı konserve yönteminin gelişmesini sağladı.

Bu yöntemde, sütü 63°C'de otuz dakika süreyle ısıtmak ve sonra hızlı bir biçimde soğuttuktan sonra sütü kapalı ve sterilize edilmiş şişelere koymak gerekiyordu. Buna benzer bir yöntem (UHT) sütü mikroplardan arındırmak için günümüzde de kullanılmaktadır.

İlk kuduz aşısı

Joseph Meister adlı bir çocuk kuduz bir köpek tarafından on dört yerinden ısırıldığında, anne ve babası çocuğu Louis Pasteur'e getirdiler. Bu bilim insanı daha önce insan üzerinde hiç denememiş olan kuduz aşısını çocuğa uygulamakta tereddüt etti. Pasteur bunu ancak, kendisine gelen iki doktorun, çocuğun kuduz hastalığından her durumda öleceğini ve başarılı olursa yöntemin kuduz hastalığına bir çare olabileceğini söylemesinden sonra denemeye karar verdi. Aşının başarılı olması bu öldürücü hastalığın önlenmesi ve aşıların geliştirilmesi için büyük bir adım oldu. Temmuz ayı 1885 yılında Louis Pasteur tarafından bu kuduz aşısının keşfedilip uygulanması insanlığın tarihinde ikinci aşı olarak görülmektedir. 1887 Yılı Ocak ayında Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şâhâne'de ilk kuduz aşısı üretildi ve aynı yıl içinde Kuduz Tedavi Müessesesi kuruldu.

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. c Yanıtınız yanlış ise “Giriş” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
2. a Yanıtınız yanlış ise “Solunum Yolu Hastalıkları” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
3. d Yanıtınız yanlış ise “Viral Pnömoni (zatüire)” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
4. e Yanıtınız yanlış ise “Krup (Yalancı difteri)” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
5. a Yanıtınız yanlış ise “Gastroenteritler” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
6. c Yanıtınız yanlış ise “Verem (BCG) Aşısı” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
7. b Yanıtınız yanlış ise “Hepatit B Aşısı” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
8. e Yanıtınız yanlış ise “5. Hastalık (Eritema Infeksiyozum)” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
9. b Yanıtınız yanlış ise “Yaşamın İçinden” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
10. d Yanıtınız yanlış ise “Okuma Parçası” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Çocuk ateşlendiğinde ortam ısısını 21-22 derecede tutmak, çocuğa ince ve gevşek elbiseler giydirmek, gerekirse tamamen soyup ılık suyla ıslatmak ya da banyo yaptırmak ve bol sıvı vermek gerekir.

Sıra Sizde 2

Kreş ya da anaokulu gibi çocukların toplu yaşadıkları toplu yerlerde görülme sıklığı oldukça yüksektir.

Sıra Sizde 3

Küçük çocuklarda ateş, huzursuzluk, iştahsızlık, kusma gibi özgül olmayan bulgularla ortaya çıkabilir. Bıngıldak kapanmamışsa gergin ya da bombe olduğu fark edilebilir. Daha büyük çocuklarda ise baş ağrısı, bulantı kusma, bilinç değişiklikleri ve “ense sertliği” olarak adlandırılan başı öne eğememe vardır.

Sıra Sizde 4

Orta kulak enfeksiyonu ve zatürre kızamığının en sık görülen komplikasyonlarıdır. Hastalara destekleyici tedavi uygulanır. Komplikasyon gelişmedikçe antibiyotik vermek gerekmez.

Sıra Sizde 5

Özgül bağışıklık: Vücudun belirli bir mikro organizmaya karşı kazandığı bağışıklıktır. Pasif ve aktif olarak kazanılabilir. Pasif bağışıklık, o hastalığı geçirmiş birinin serumunda bulunan “antikor” adı verilen koruyucu maddelerin hastalanma riski taşıyan kişiye verilmesi yolu ile kazanılır. Bir kişinin bir köpek tarafından ısırıldığında ona kuduz aşısı yapılması aktif bağışıklığa örnek verilebilir. Aktif bağışıklık ise kişinin o hastalığı geçirmesi sonucu “antikor” sentezlenmesi ile kazanılabilir. Kişinin hastalanmadan aktif bağışıklık kazanması da mümkündür. Bu da aşılama yolu ile sağlanır.

Özgül olmayan bağışıklık: Belirli bir enfeksiyon etkenine karşı olmayan, hastalık yaratıcı etkenlerin tümüne karşı genel koruyucu mekanizmalar ile sağlanan bağışıklıktır.

Aile Planlaması ve Gebelikten Korunma Yöntemleri

4



Eğitimin temel işlevlerinden biri, ne yaptığını ve nasıl yapacağını bilen bireyleri yetiştirmektir. Öğretmenler, doğum ve lobusalık hakkında bilgiye sahip olması; bebek bakımı ve beslenmesi konusunda neler yapması gerektiğini bilmesi; bir sağlık kuruluşuna başvurmadan önce kendi yapacağı uygulamaları bilip yerine getirmesi sağlık eğitiminin birer ürünüdür. Eğer insanlarımız istenmeyen evlilikler sonucu dünyaya geliyorsa bilinçsiz koruma yöntemleri yaygınlıkla kullanılıyorsa bu durumun ortaya çıkmasında eğitim düzeyimizin büyük payı vardır. Türkiye aile planlaması ve gebelikten korunma yöntemlerini uygulama bakımından hem gelişmiş ülkelerin hem de gelişmemiş ülkelerin sorunlarını birlikte yaşamaktadır. Her iki grubun sorunlarını birlikte yaşama bazen içinde yaşanan kültürel ortamdandır bazen de küreselleşmenin sonuçlarından kaynaklanmaktadır. Son yıllarda Türkiye'deki ilk çağlara yönelik özlemlerin öne çıkartılmaya çalışılması, var olan sorunları giderek daha da ağırlaştırmaktadır. Öğretmenlerin doğum, lobusalık, aile planlaması ve gebelikten korunma yöntemleri konularında bilinçlenmeleri var olan sorunların asgariye inmesine yardımcı olabilecektir. Bu nedenle üniteye; doğum, lobusalık, aile planlaması ve gebelikten korunmada modern yöntemler başlıklarının açıklanmasına yer verilmiştir.

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- 👁️ Doğum, lobusalık, aile planlaması ve gebelikten korunma yöntemleriyle ilişkili temel kavramları açıklayacak
- 👁️ Doğum eyleminin özelliklerini açıklayacak,
- 👁️ Emzirmenin önemini açıklayacak,
- 👁️ Lobusalıkta dikkat edilmesi gerekenleri sıralayacak,
- 👁️ Aile planlamasının amaçlarını açıklayacak,
- 👁️ Gebeliği önleyici modern yöntemleri uygulamaya konusunda ve bilgi ve becerilerine sahip olacaksınız



Örnek Olay

Rana iş yaşamına ilk kez atılıyordu. Artık çevresinde yeni insanlar ve öğrenmesi gereken bir çalışma yaşamı vardı. Yiğit ve Rana birbirlerini daha yakından tanıdıktan sonra evlenmeye karar vermişlerdi. Evliliklerinin dördüncü ayında Rana eşine iki aylık hamile olduğu müjdesini vermişti. Yiğit eşine doktora gidip bebeğini görmek istediğini söyledi. Her şey çok güzeldi. Gerçi Rana ilk 3 ayını biraz zor atlattı. Çünkü mide bulantıları çok fazlaydı. Ama dördüncü ayından itibaren sorun kalmamıştı. Öyle ki; hamileliği onun hiçbir bareketine engel oluşturmuyordu. Rana'nın çevresindekiler, Rana'ya devamlı doğumun çok zor bir olay olduğunu, yaşamları boyunca böyle bir sancı çekmediklerini ve kesinlikle bir daha doğum yapmak istemediklerini söylüyorlardı. Rana, bütün bu korkuları kafasına takmıştı. Rana Yiğit'e bu korkulardan bahsediyordu, eşi de bu doğum olayını gözünde büyütmemesi için onu sürekli telkin ediyordu. Rana iş yerinden doğum öncesi iznine ayrılmış artık evde doğum için son hazırlıkları yapıyordu. Hafta sonu Yiğit ile birlikte akşama kadar gezdikten sonra eve gelmişlerdi. Rana belinde hafif hafif ağrı hissediyordu ve bunun fazla ayakta kaldığı için olduğunu düşünerek eşine belli etmiyordu. Aradan 2-3 saat geçmişti Rana dinlendiği halde ağrıları daha da artmıştı, hemen Yiğit'e "Bugün baba olmaya hazır mısın? Biz hazırız." dedi. Yiğit hemen telaşlandı ve ne yapacağını şaşırılmıştı. Hastaneye geldiklerinde doktor, Rana'yı muayene etti ve "3cm'lik açılma var, doğum başlamış hemen sizi doğum odasına alalım." demişti. Rana'nın o anda kendisine söylenen tüm kötü doğum olayları aklına gelmişti, ayaklarının titrediğini hissetti. Rana doğum odasına alınalı bir saat olmuştu, doktor gelip muayene ettiğinde açılma olayının durduğunu fark etti ve Rana'ya: "Korkuyor musun?" dedi. Rana "Evet, hem de çok korkuyorum." diye yanıt verdi. Doktor: "Belli oluyor, çünkü korkudan sancıların kesilmiş, bu durumda sana sancı serumu takmamız gerekiyor." dedi. Serum takılmaya başlandı ama halen Rana kafasındaki korkulardan kurtulamadığı için açılma gerçekleşmiyordu. Bu durum doktoru telaşlandırdı ve Rana'ya "Böyle korkmaya devam edersen doğumu sezaryen ile yapmak zorundayım ve bu da normal doğumdan daha zor senin için, çünkü sezaryen sonrası sağlığına kavuşman daha uzun zaman alır ve bebeğini besleme sırasında zorlanırsın" dedi. Rana doktorun bu sözlerinden sonra normal doğumun daha kolay olduğu düşüncesine kapılıp korkularını biraz olsun atmıştı kafasından. Tam 12 saat olmuştu hastaneye geleli ve halen korkusundan dolayı doğum gerçekleşmemişti. Doktor son kez gelip muayene etti ve açılma 4,5 cm olmuş, bu yeterli değil ama doğumbaneye alalım seni dedi. Rana doğumbaneye girildiğinde korktuğu için serumuna biraz sakinleştirici katılmıştı. Rana 3-4 dakika sonra kendisini daha rahat hissetmeye başladı. Doktoru kendisine çok yardımcı oluyordu. Bir yandan Rana'yı sakinleştirmeye çalışıyor, bir yandan da onunla birlikte doğru olarak nasıl nefes alıp vereceğini gösteriyordu. Doktorun tüm çabasına rağmen daha fazla açılma olmuyordu. Doktor bebeğin ve annenin yaşamlarını riske atmamak için doğumun vakum yardımı ile yapılmasına karar verdi. Doktorun son bir çabası ile bebek vakumla dünyaya geldi. Rana sadece bebeğini doktorun eli arasında baş aşağı dururken gördü ve sonrasını anımsamıyordu. Bir süre sonra gözlerini açtığı anda başında eşini, doktorunu ve yanında pembe ve küçücük yüzü kızını görünce çok mutlu olmuştu. Doğumu kafasında fazla büyüttüğünü boşu boşuna hem eşini hem de doktoru zor durumda bıraktığını düşünerek gülmüşü...

Anahtar Kavramlar

- Aile planlaması
- Bishop skorlaması
- Diafram
- Doğum
- Emzirme
- Epizyotomini
- Fetus
- Kondom
- Laktasyon
- Lobusalık
- Morning after pill
- Norplant
- Ovülasyon
- Rabim İçi Araçlar (RIA)
- Servikal açılma
- Sezaryen (Vakum-Forseps)
- Spermisitler
- Tüp ligasyon
- Vajinal halkalar
- Vazektomi

İçindekiler

- DOĞUM
- LOHUSALIK
- AİLE PLANLAMASI
- GEBELİKTEN KORUNMA YÖNTEMLERİ

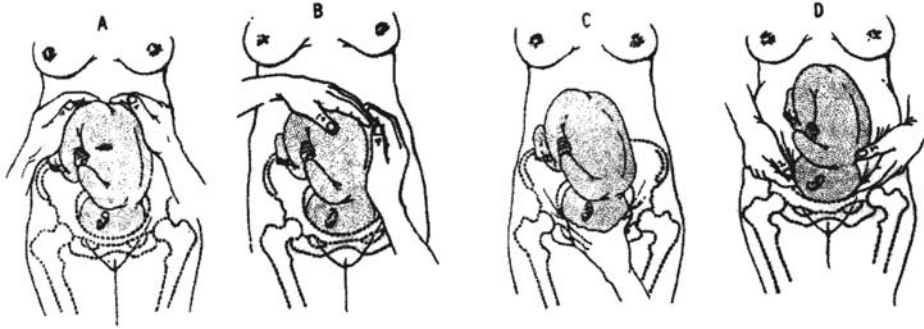
DOĞUM

Doğum normalde 40 haftalık bir gebeliğin sonlanması olarak düşünülse de tanım olarak uterus kontraksiyonlarına bağlı olarak servikal açılma ve silinme ile başlayan, fetus ve eklerinin tamamının doğması ile sonlanan süreç olarak bilinir. Gebelik sürecinde özellikle son aylarda artan Braxton Hicks kontraksiyonları denen ve daha çok fetusun hareketleri ile ortaya çıkan uterus kontraksiyonları ile fetus doğum eylemine hazırlanmaya başlar. Gebeliğin son 5 haftası içinde fetal baş normal gebelik eylemi için kemik pelvisin girimine angaje olur (yerleşir). Bu safha yani angajman çok doğurmuşlarda doğum eylemi sırasında başlar. Angajman döneminde servikste de bazı değişimler başlar. Bu sırada fetal hareketlerin azalması, servikal kaynaklı akıntının artması ile servikal mukus atılımı -halk arasındaki adıyla nişane- doğumun başlayacağını ilk işarettir. Nişane sonrası bazen saatler içinde, bazen ise 1-2 gün içinde gerçek doğum eylemi başlayacaktır.

Doğum: Kontraksiyonlarına bağlı olarak servikal açılma ve silinme ile başlayan, fetus ve eklerinin tamamının doğması ile sonlanan süreç denir.

Şekil 4.1a

Leopold Manevraları ve Bebeğin Konumu



Gerçek doğum eylemi uterusun ağırlı kontraksiyonları sonrası gelişen servikal açılma ve silinme ile devam ederken, yalancı doğum eylemi (ağrısı) uterusda yine ağırlı kontraksiyonlar yapmasına karşın, fonksiyonel kontraksiyonlar olmadığından servikal değişimlere neden olmaz. Yalancı doğum eyleminde uterin kontraksiyonlar tüm uterusun birlikte kasılması iken, gerçek doğum eyleminde kontraksiyonlar uterin fundustan başlayarak aşağıya doğru yayılır ve içindeki fetus ve plasentayı aşağıya doğru iter, servikal değişime neden olur, doğum eyleminin devamını sağlar.

Doğum eylemi; servikal açılma dönemi, servikal açıklık tamamlanarak fetusun tamamen doğmasına kadar geçen dönem ve fetusun çıkması ile plasentanın çıkması tamamlanmaya kadar geçen dönem olmak üzere üç dönemden oluşmaktadır.

Servikste bu değişimler sırasında kanlı akıntı, bazen amniotik membranın açılması ile devam edebilir. Ancak amniotik membran doğum eyleminden 2 saat fazla önce yırtılmışsa ya da membran açılmasından sonra en az 6 saat geçmesine rağmen aktif doğum eylemi başlamamışsa ya da 12 saat geçmiş olmasına karşın doğum gerçekleşmemişse bu durumda "prematür membran rüptürü"nden söz edilir. Normalde amniotik membran doğum eyleminde açılması beklenir.

Doğum Eylemi Kaç Dönemden Oluşur?



Doğum eylemi üç dönemden oluşur:

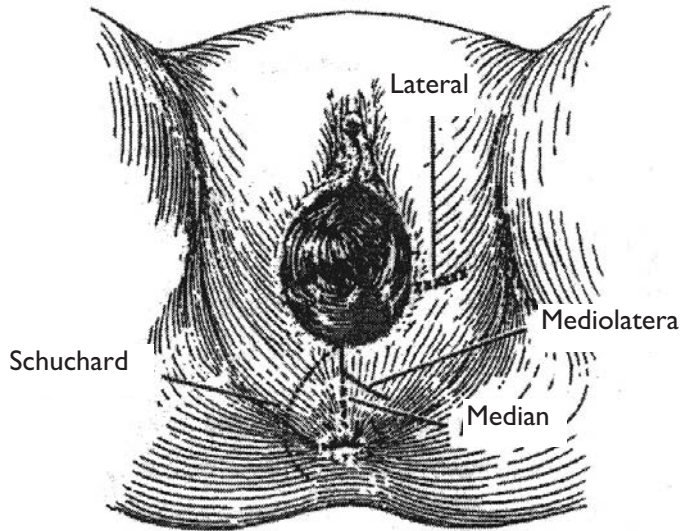
- Birinci dönem servikal açılma dönemidir.
- İkinci dönem servikal açıklık tamamlanmasından (10 cm olmasından) fetusun tamamen doğmasına kadar geçen süreçtir.
- Üçüncü dönem ise fetusun çıkması ile plasantanın çıkması tamamlanıncaya kadar geçen süreçtir.

Birinci dönem kendi içinde, latent faz ve aktif faz olmak üzere ikiye ayrılır. Latent faz servikal değişimlerin başlaması ile başlar ve yaklaşık 3-4 cm'lik servikal açılma sonrasına kadar devam eder. Bu dönemde kontraksiyon şiddeti düzenli ağrı uyandıracak nitelikte değildir. 10-20 dakikada bir 15-20 saniye süren ve 20-25mmHg'lık intrauterin basınç yapacak niteliktedir. Latent period daha çok servikte yumuşama, öne eğimin artması (doğum yolunun oluştuğu Carus eğrisine uyan bir eğim), servikal açıklık ve silinmenin başlaması ve doğumda fetusun önde gelen (prezente olan) kısmının ilerlemeye başlaması ile oluşan servikal değişimlerinin oluşma sürecidir. Bu dönemdeki değişiklikler Bishop skorlaması ile değerlendirilir (Cervical priming). Latent period ne zaman başladığı her gebede anlaşılabilir, ancak yaklaşık 8-12 saat sonra doğum ağrıları (kontraksiyonlar) şiddetlenir; 40-50 mmHg düzeyindeki ağrılı kontraksiyonlar giderek daha da şiddetlenir (akselerasyon fazı), en şiddetli döneme gelir (maksimal akselerasyon) ve daha sonra servikal açıklık ve silinme tam olunca fetusun doğum kanalında ilerlemesi nedeniyle kontraksiyon sırasındaki açılma hızı azalır (deselerasyon fazı). Artık servikal açıklık ve silinme tam yani 10 cm olmuş, doğumun ikinci dönemi başlamıştır. Fetus vajen içinde ilerler ve başı doğum kanalının sonu olan vulvadan (perineden) görünür. Bu sırada vulva, adeta başın üzerine taç gibi yerleştiğinden bu döneme "taçlanma" dönemi denir. Fetusun başının doğması için perinenin yırtılmaması amacıyla bu dönemde perine gerekli analjezi ya da lokal anestezi uygulanarak, rahat bir doğumu sağlayacak şekilde epizyotomi (perineotomi) yapılır.

Epizyotominin amacı, doğuma bağlı yırtığın oluşmadan düzenli bir kesinin olmasıdır. Böylece düzgün dikilme şansının olması, tüm doku katlarının bilinçli olarak onarılabilmesi, doğumda ıkınma ile ortaya çıkan gevşeme ve doku yırtıklarının en az olması ve bu arada doğumun kolaylaştırılması olmaktadır.

Şekil 4.1b

Epizyotomi



Fetusun doğumunu izleyen yaklaşık 10-20 dakikalık dönemde plasenta uterus kontraksiyonlarının şiddetindeki artış ile uterusu yapıştığı yerden ayrılarak vajenden atılır (halas dönemi-doğumun 3. fazı).

Doğumun latent fazından başlayarak fetus doğum kanalının değişen koşullarına uyum sağlamak için farklı pasif hareketler yapar, hatta dar yerlerden geçebilmek için “molding” yapar. Molding, fetusu başının fontanel (halk arasında bingildak denir) ve suturalar arasının oluşturduğu boşluklar nedeniyle, fetus başının sıkışması sırasında, kafa çapı 1-1.5 cm kadar küçülebilir.

Fetusun başının doğum kanalına uyumu, fizik kuralları çerçevesinde gerçekleşir. Uterusun fetusu doğum kanalı doğrultusunda itmesi sonrasında, fetus başı pasif olarak karşıt kuvvetler nedeniyle fleksiyona uğrar ve en küçük çap olan suboksipitobregmatik çapa ulaşır. Bu çap 9.5 cm kadardır. Fetusun biparietal kafa çapı ise yaklaşık 8 cm kadardır; fetus başı elipoid yapıdadır. Uzun eksen pelvisin sağ-sol uçları arasındaki en geniş çapa uyacak şekilde transvers pozisyonda yerleşir (Angajman). Sonra fleksion uterin kuvvet ile sağlanır. Böylece fetus en küçük çapa ulaşmıştır. Bundan sonra devam eden kontraksiyonlar ile fetus pelvis içinde inmeye (desent) devam eder. Orta pelvis içinde spina iskiadikaların çıkıntı yapması, sakrumun konkavitesinin olması nedeniyle fetal baş uzun eksenini ön-arka yönüne vererek, yüzünü arkaya döndürür (iç rotasyon). Bu şekil fetal başın pelvis çıkımına kadar gelmesi için yeterlidir. Sonra subpubik açının altından geçerken, fetal başın ekstansiyon hareketi ile perinenden kurtulması halinde, sadece fetal gövde vajende kalmış olmaktadır. Fetal gövdede omuz eksenini fetal baş ile 90 derece açılı olduğundan omuzlar da baş gibi aynı hareketleri yapmaktadır. Bu kardinal hareketlerin sonuncusu subpubik açıdan omuzların geçebilmesi için 90 derece yana dönmeyi gerektirir ki bu son harekete dış rotasyon denir.

Sonuç olarak doğumda fetal kardinal hareketler sağlıklı bir doğum için sırayla yapılmalıdır; angajman, fleksiyon, desent, iç rotasyon, defleksiyon, dış rotasyon. Böylece fetus vajeni terk etmiş olur, doğumun ikinci dönemi bitmiştir. Artık plasenta ve ekleri çıkacaktır. Plasenta ve ekleri 45 dakikada kendiliğinden çıkmazsa o takdirde mesanenin boş olduğu, uterus kontraksiyonunun yeterli olduğu kontrol edilir. Bir saat içinde plasenta çıkmamış olursa plasentanın yapışma anomalileri akla gelmelidir.

Plasentanın yapışma anomalilerinden plasenta akreata (plasentanın yüzeyel myometrium tabakalarına kadar yayılmış olması) elle halas (elle çıkarma) yapılabilir bir patolojik durumdur. Ancak plasenta inkreata ise myometrium derin tabakalarına yayıldığından, ayrılamaz ve histerektomi (uterusun cerrahi olarak çıkarılması) gereklidir. Çok daha nadir olarak plasenta yapışma anomalisi formu ise plasenta perkreata yani plasentanın tüm myometrium katlarının tutması yanında serozayı bile aşmasıdır. Bazen yayılım pelvis organlarına kadar ulaşabileceğinden histerektomi uygulaması da kolay olmamaktadır.

Doğum Eylemine Hazırlık

Doğum eylemi her zaman uterus kontraksiyonlarıyla başlamaz. Doğal olarak serviksin doğuma hazırlanması için özellikle prostaglandinlerin etkisi ile servikal yumuşama, düzenli ya da düzensiz olarak başlayabilecek uterin kontraksiyonlar ile servikal aşılma ve silinmenin başlaması, doğum kanalı doğrultusunda serviksin yer değiştirmesi (Serviksin öne doğru gelmesi), fetal prezante olan kısmın servikse bası yapmaya başlaması ile doğum kanalı içinde inmeye başlaması servikste doğum için hazırlık anlamına gelmektedir (servikal ‘priming’). Bu değişimler Bishop skorlaması ile puanlanarak doğum için serviksin ne kadar uygun olduğu değerlendirilir.

Molding: halk arasında bingildak olarak kullanılır.

Dış rotasyon: Fetal gövdede omuz eksenini fetal baş ile 90 derece açılı olduğundan omuzlar da baş gibi aynı hareketleri yapmaktadır. Subpubik açıdan omuzların geçebilmesi için 90 derece yana dönmeyi gerektiren son harekete verilen ad.

Plasenta ve ekleri 45 dakikada kendiliğinden çıkmazsa mesanenin boş olduğu, bir saat içinde plasenta çıkmamış olursa plasentanın yapışma anomalileri olabileceği düşünülmelidir.

Bishop skorlaması:

Puan	Açıklık	Silinme	Gelen Kısımın Yer	Yumuşama	Önegelen
1	1-2 cm	40-50%	-1/-2	Var	Önde
2	3-4 cm	60-70%	0	Yok	Arkada
3	5-6 cm	80%	+1/+2		

Bishop skorlaması ile 6-9 puanlık değişim oluşmuşsa serviks doğuma hazırlanmış kabul edilir. Doğum için gebenin kontraksiyonların düzenli olması hazırlıkları başlatmalıdır.

DÜŞÜNELİM**Sezaryen ile Doğum Olasılığı Var İse Ne Yapmak Gerekir?**

Sezaryen ile doğum olasılığında gebenin midesinin, mesanesinin ve barsaklarının boş olmasına dikkat etmek gerekir.

Kişinin doğum eylemi boyunca operatif doğum yani cerrahi girişim olasılığı vardır. Sezaryen ile doğum olasılığı olasılık dahilindedir. Sezaryen ile doğum olasılığı olduğunda gebenin midesinin, mesanesinin ve rektumunun (barsaklarının) boş olması istenecektir. Mesane boşaltımı sezaryen ameliyatı öncesi sonda uygulamasıyla sağlanabilir. Rektum ise doğum kanalı olarak vajenin arkasında yer almakla doğum eyleminde de doğumu kolaylaştırması için boş olması istenmektedir. Ancak, gebenin doğum eylemi kısa süren bir süreç değildir; 8-12 saat sürebileceği düşünülmelidir. Bu süreçte ağızdan gıda ve sıvı almaması enerji ve sıvı gereksiniminin karşılanamaması anlamına gelmektedir.

Doğum eylemi boyunca gebenin rahat, güvenli bir ortamda tutulması, kontraksiyonlarla ortaya çıkacak şiddetli ağrıların kontrol altında olması ve gebenin ağrısının azaltılması gereklidir. Ağrının azaltılması sadece rahatlık için değil aynı zamanda nefes almanın kolaylaşması ve böylece fetusa daha rahat oksijen transferi imkanı sağlayacaktır.

Doğum eyleminde enerji gereksinimi yanında sıvı alımı ve gerektiğinde ilaç uygulama olanağının da sağlanması nedeniyle saatte 100-150 cc %5 dekstrozu izotonik tuz içerikli sıvı (serum) verilmelidir. Gebe doğum eyleminin aktif periyodunda yakın izlemde ve uygun olanaklar varsa monitrize olarak fetusun kalp atım sayısı ve gebenin uterus kontraksiyonları, vital bulguları (solunumu, kalp atımı, ateş, arteriyel tansiyon) izlemi yapılmalıdır. Bu izlem doğum olduktan sonra da lohusa açısından yapılmalı, bebek yenidoğan hekimi ya da ilgili sağlık personeli tarafından değerlendirilmelidir.

Gebenin kontraksiyonları ile fetal kalp hareketinin ilişkisi fetusun iyilik halinin değerlendirilmesinde önemlidir. Fetal kalp atımının normal sınırlarda (120-160/dk arası) olmasına dikkat edilmelidir. Gebe doğum eylemi boyunca rahat, güvenli bir ortamda olmalıdır. Bunun için doğum eyleminde kontraksiyonlarla ortaya çıkacak şiddetli ağrıların kontrol altında olması ve gebenin ağrısının azaltılması gereklidir. Ağrının azaltılması sadece rahatlık için değil aynı zamanda nefes almanın kolaylaşması ve böylece fetusa daha rahat oksijen transferi imkanı sağlayacaktır. Bu amaçla verilebilecek basit analjezikler (ağrı gidericiler) yararlı olamayacağı gibi kimi analjeziklerin de fetusa olumsuz etkilerinin olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle de narkoleptik analjezik ilaçların kullanımından yararlanılsa da sınırlı kullanım olanağı sağlayacaktır. En uygun çözümlerden biri epidural analjezi olmaktadır. Bir uzmanın uygulayacağı bu tip bir bölgesel analjezi doğumun seyrini kolaylaştıracak; ancak gebenin doğumun son döneminde ıkınma hissini kalkmasından dolayı sağlıklı ıkınmayacağı akla getirilmeli, gerektiğinde teşvik edilmelidir.

Doğum Eyleminde Nelere Dikkat Etmek Gerekir?



Doğum eyleminde hem gebe hem de fetus kontrolü önemlidir. Gebenin doğum hazırlıkları olarak lavman, mide ve mesanenin boş olması, rahat ve huzurlu bir ortam, analjezinin sağlanması (gerektiğinde operatif doğum olanaklarının bulunması) gibi hazırlıklar yanında sağlıklı bir doğum için fetusun da kontrolü gereklidir. Bunun için fetal kalp hızının doğum eyleminin başında 30 dakika aralıkla, aktif doğum eylemi içinde ise her 15 dakikada bir fetoskop da denen fetus kalbi dinleme aleti ile kalp atım sayısı ve ritmi dinlenmelidir. Kalp atımlarının özellikle uterus kontraksiyonlarıyla ilişkili değişimleri fetal iyilik hali hakkında bilgi verecektir. Uterus kontraksiyonları aktif doğum eyleminde 2-3 dakika aralıkla ağrılı olarak belirlir, 40-60 saniye kadar şiddetle sürer, bu sürede uterus sertleşir, sonra gevşer. Gevşeme süresinde ortaya çıkacak bir kalp atım hızı yavaşlaması (geç deselerasyon) fetusun sıkıntı içinde olduğunu göstermektedir.

Tansiyon arteryel gebelik başında ya da öncesinde ölçülen değere göre maksimumda 30 mmHg ya da minimumda 15 mmHg'lık artış hipertansiyon anlamına gelir. Gebeliğin hipertansif hastalıkları ise hem gebeyi hem de fetusu yaşam düzeyinde tehdit eden hastalıkları oluşturmaktadır. Birlikte proteinüri, ödem hastalık tablosunun daha da komplikeleşmesine neden olur (preeklampsi). Buna konvülsiyonların ve şuur bulanıklığının eklenmesiyle eklampsi tablosu ortaya çıkabilir, hatta karaciğer enzimlerinde yükselme, eritrosit yıkımı ve trombositlerde azalma olması ile oluşan HELLP sendromu öldürücü tablonun oluşmasına neden olmaktadır. Bu durumda son tedavi seçeneği gebeliğin hızla sonlandırılmasıdır. Solunum sayısı ve ateş izlemi, nabız, doğum eylemi süresince izlenmelidir.

Pelvik muayene doğum eylemi başlangıcından itibaren 2-3 saat aralıklı yapılarak, hem serviksin durumu hem de fetusun ve pelvisin özellikleri, fetopelvik uyum, amniotik zarların durumunun kontrolü açısından önem kazanmaktadır. Aktif doğum eylemi başlayınca izlem sıklaştırılmalıdır. Saatlik pelvik muayenelerde fetusun pelvis içindeki kardinal hareketleri izlenmeli, servikal açıklık ve silinme, doğum yolu içinde ilerleme kontrol edilmelidir.

Pelvik muayene doğum eylemi başlangıcından itibaren 2-3 saat aralıklı yapılarak hem serviksin durumu hem de fetusun ve pelvisin özellikleri, fetopelvik uyum, amniotik zarların durumunun kontrolü açısından önem taşımaktadır.

Normal Doğum Eyleminin Seyri

Normal doğum eyleminin servikal değişimleri sağlayacak -Bishop skorlamasında ilerlemeye neden olacak- değişimlerle başlar. Bu dönemde kontraksiyonlar düzenli olmayabilir, 15-20 dakika aralıklı olması beklenir. Doğum eylemi başladıktan sonra herhangi bir zamanda amniotik membran rüptürü olmaktadır. Bu gebe tarafından "sularının gelmesi" şeklinde tanımlanmaktadır. Eğer membran rüptürü doğum eylemi başlamadan 2 saatten önce olmuşsa ya da aktif doğum eyleminin başlamasından 6 saatten önce olmuşsa ya da rüptür sonrası 12 saat geçmesine rağmen doğum gerçekleşmemişse "prematür membran rüptürü"nden söz edilir. Bu durum bebeğin vajinal floradan enfekte olma olasılığını getirir. Fetus matür ise doğumun hızlandırılması gereklidir.

Kontraksiyonlara eşlik eden servikal açıklık yaklaşık 3-4 cm oluncaya kadar latent periyot devam eder; kontraksiyonların şiddeti yavaş yavaş artar. Bunu aktif periyot izler; kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir 40-60 saniye süren ve uterus içi basıncı 50-80 mmHg düzeylerinde tutacak şekildedir. Aktip periyotta önce akselerasyon sonra maksimal akselerasyon ve servikal açıklık tam yani 10 cm'ye yaklaşınca fetal ilerlemenin artması ile deselerasyon fazı oluşur. Fetus deselerasyon fazı sonunda vajen içinde vulvaya (çıkıma) doğru ilerlemektedir. Açıklık tam olmasında fetusun doğmasına kadar geçen süreye doğumun ikinci dönemi denir.

Aktip periyotta önce akselerasyon, sonra maksimal akselerasyon ve servikal açıklık tam yani 10 cm'ye yaklaşınca fetal ilerlemenin artması ile deselerasyon fazı oluşur.

İlerleyen baş, vulvadan çıkarken, perinenin direnciyle defleksiyon yaparak doğar. Arkadan gelen omuzlar, fetal başa göre 90 derece farkla ön-arka çapa göre daha fazla transvers ölçümü olduğundan fetal başın yaptığı hareketlerin aynısını yapacaktır.

Kontraksiyonlar yaklaşık 100 mmHg'ya ulaşmakta ve doğum için karın adalelerinin yardımının istendiği dönemdir. Fetus başının rektuma bası yapması da eklenerek annede ıkınma hissi başlar. Eğer epidural (spinal) analjezi nedenli ıkınma hissi olmuyorsa gebenin kontraksiyonlar sırasında ıkınması, kontraksiyonlar arasında dinlenmesi istenmelidir. Fetus doğum eyleminin aktif fazlarından başlayarak pelvis içinde kardinal doğum hareketlerini yapacaktır. Bu hareketler fetusun kontraksiyonlarla itilmesi ve bu itilmeye pelvisin oluşturduğu direnç ile oluşmaktadır.

İlk olarak fetus pelvise angaje olacaktır. Başın en geniş çapı pelvis girimine gelecek ki tepe noktası bu durumda spina iskiadikalar arasına (0 hattı) gelmektedir. Fetusun başının ön-arka çapı, biparietal çapa (transvers çapa) göre daha fazla olduğundan pelvise göre transvers yerleşir. Bu sırada karşısına çıkan pelvik kemiklerin engeli nedeniyle fetal baş fleksiyona geçer, böylece en küçük çapı olan suboksipitobregmatik çapa ulaşmıştır. Kontraksiyonların devamıyla pelvis içinde ilerlerken, fetal başın daha uzun eksenli olan ön-arka çap, sakrum konkavitesinin rahatlığı nedeniyle 90 derece döner (iç rotasyon). Fetusun ensesi subpubik açığı dayanmıştır. İlerleyen baş, vulvadan çıkarken, perinenin direnciyle defleksiyon yaparak doğar. Arkadan gelen omuzlar, fetal başa göre 90 derece farkla ön-arka çapa göre daha fazla transvers ölçümü olduğundan fetal başın yaptığı hareketlerin aynısını yapacaktır. Bu nedenle de çıkımda omuzların ön-arka çapa gelmesi gerektir ki bu da fetal başın 90 derece dönerek sağ ya da sola dönmesine neden olacaktır (dış rotasyon). Böylece fetal baş ve omuzlar çıkınca fetal gövdenin normal bir fetusda daha küçük olması nedeniyle doğumun ikinci dönemi sonlanacaktır.

Her bir saatte aktif doğum eyleminde iken servikal açıklık 1cm artması ya da %10 kadar silinme olması beklenen değişimi ifade eder. Bu değişime ek olarak fetusun gelen kısmının (prezente olan kısmının) desentinin de olması şarttır. Bu ilerlemenin olmaması ise ilerlemeyen bir doğum eylemidir ki nedeninin incelenmesi gereklidir.

Fetusun doğmasına kadar geçen süre ilk gebeliklerde 8-12 saati geçmezken, bu süre çok doğum yapmışlarda 5-6 saat kadar kısadır. Eğer 3 saatten az olursa buna "partus presipitatus" (hızlı doğum) denir. Patolojik bir süreçtir, servikal yırtıklar ile giden, servikal yetmezliklerin nedeni ya da sonucu olabilir.

Doğum

Fetal başın vulvaya yaklaşmasıyla doğum hazırlıkları yapılmalıdır. Doğacak bebek için yeni doğanın ilk bakımı için deneyimli kişi sıcak ortamı, oksijen ve aspirasyon koşulları kontrol edilmeli, kordon klempı gibi gereksinimleri sağlanmalıdır. Bu sırada doğum masasına alınacak olan gebenin doğumu için gerekebilecek olan anestetik madde, enjektör, steril bezler, cerrahi girişim için hazırlık, epizyotomi takımı, gerekli haller için vakum-forseps hazırlıkları kontrol edilmelidir. Fetal başın taçlanması halinde epizyotominin açılması genel kabul görülen doğum yardımını kapsamaktadır. Taçlanma fetal baş üzerinde vulvanın bir taç görünümü verecek şekilde aralanmasıdır. Bu aşamada yeterli anestezinin olmaması halinde lokal infiltrasyon anestezisi yapılarak, perine median ya da mediolateral kesiyile (epizyotomi) bebeğin daha kolay doğmasına olanak verir. Epizyotomi pelvik relaksasyonu (ürogenital-rektal dokuların sarkması) olmaması için bir önlemdir. Aynı zamanda yırtılmalar olmadan düzgün kesinin olması hem daha kontrollü bir yaranın olmasını, dolayısı ile onarımın daha kolay ve düzgün olmasına yardımcı olmaktadır. Ancak epizyotominin açılması kimi obstetrisyenler tarafından "olmazsa olmaz" olarak görülmemekte, ancak "çok gerektiğinde açılmalı" olarak sınırlandırılmaktadır.

Epizyotomi açılan gebenin kontraksiyonlar sırasında ıkmaması istenerek fetal başın çıkması hızlandırılmış olur. Ritgen manevrası ile perine korunarak fetal başa defleksiyonunda yardımcı olunur. Fetal baş çıktığında derhal orofarinksindeki (ağız boşluğundaki) sıvı aspire edilerek, dış rotasyona sınırlı yardım yapılır. Bebek böylece doğurtulmuştur. Eğer prematürite gibi özel bir durum yoksa fetusun anne seviyesinden yukarıda tutulmadan solunumu başlatılmalı, sırtı sıvazlanmalıdır. Bundan sonraki aşama göbek kordonunun bağlanarak kesilmesidir. Yenidoğan hekiminin ilk bakımı yani “doğum odası bakımı” vermesi için bebek teslim edilir.

Fetal baş çıktığında derhal ağız boşluğundaki sıvı aspire edilerek, dış rotasyona sınırlı yardım yapılır.

Operatif Doğum (Vakum-Forseps-Sezaryen)

Doğum her zaman istendiği gibi olmayabilir. Fetal distress (sıkıntı) durumunda, gebelikte kalp hastalığı gibi bir nedenle gebenin ıkmaması gereken durumlarda, çıkımın bebeğin doğmasına zorluk yaratacağı durumda, doğumun hızlandırılması ve gerçekleştirilmesi için vakum ile ya da forseps ile traksiyon gerekir. Vakum cihazı fetal başa uygulanan çan benzeri bir yapının içine vakum uygulaması ve böylece fetal başın yakalanabilmesi sonrasında traksiyonu prensibine dayanır. Vakum cihazının 0.8 kg/cm² negatif basınçla fetal başı tutması ve yaklaşık 15 kg çekme gücü ile başın traksiyonu gerekmektedir. Traksiyon kontraksiyonlarla aynı anda olmalı ve beş kezden fazla uygulanmamalıdır.

Traksiyon kontraksiyonlarla aynı anda olmalı ve beş kezden fazla uygulanmamalıdır.

Forseps ise, aynı nedenlerle (endikasyonlarla) uygulanır. Fetal başın aynı nedenlerle madeni forseps kaşıkları ile tutulması sonrasında kontraksiyonsuz ortamda bile çekilebilmesini sağlar. Forseps başın çıkımında uygulanırsa ve rotasyon yapmadan sadece traksiyon yapılırsa çıkımda forseps adını alır. Ancak rotasyon yapmak amacıyla ya da çıkıma henüz gelmemiş başa yapılan forseps uygulamalarına aşağı forseps uygulaması denir. Orta pelvisde forseps uygulaması pek tercih edilmeyen, olumsuz etkilerinin fazla olduğu bir uygulamadır. Yukarı forseps ise uygulama dışı bir terimdir.

Vakum Uygulamasında Nelere Dikkat Edilmelidir?

Vakum uygulamasında mesane ve rektum boş olmalı, fetus baş gelişi olmalı, amniotik membran rüptüre olmalı, baş-pelvis uyumsuzluğu olmamalı, servikal açıklık 8 cm'den fazla olmalı, bilen bir kişi tarafından uygulanmalıdır.

Forseps uygulama koşulları vakum uygulama koşullarına ek olarak anestezi altında uygulanmalı, servikal açıklık tam olmalı, uzman kişi tarafından uygulanmalı, geniş bir epizyotomi açılmış olmalıdır. Vakum uygulaması için kontraksiyonlar etkili olmalıdır.

Sezaryen ise vajinal doğum olanağı olmayan durumlarda (baş pelvis uyumsuzluğu), hızlı doğum gereken durumlarda (fetal distress, eklampsi ya da erken membran rüptüründe servikal skorlama hızlı doğuma uygun değilse), prezantasyon (bebeğin yerleşme) anomalilerinde, plasenta previa ya da abrupsiyo plasenta gibi durumlarda, prematür bebeklerde, makat prezantasyonunda, uterusun eski kesisi olan kişilerde (sezaryen ameliyatı ya da bazı myom ya da uterin anomali ameliyatı geçirilenlerde), iri bebek ya da fetal anomali gibi doğum morbiditesinin fazla olduğu durumlarda, normal doğum koşullarının uygun olmadığı durumlarda 28. gebelik haftasını aşmış fetusun cerrahi olarak karın ön duvarı ve uterus kesisi ile uterusdan çıkarılmasına sezaryen denir. Aynı cerrahinin 28. haftadan önce yapılmasına histerotomi denir, fetusun yaşama şansı yok kabul edilir. Sezaryen için anestezi tipi, genel anestezi olabileceği gibi rejyonel (örneğin epidural) analjezi de olabilir.

Sezaryen: Doğumun doğal olmadığı durumlarda karın ve döl yatağının kesilerek bebeğin alındığı cerrahi bir işlemdir. Dünyada sezaryen yöntemiyle doğan ilk insan meşhur roma imparatoru Sezar'dır.



Lohusalık: Doğumdan sonraki 6 hafta (42 gün) sonunda gebeliğin kadında yarattığı fizyolojik ve psikolojik değişimlerin gebelik önceki haline dönmesidir. Bu süreç her organ ve sistem için farklı zamanlar alır.

Doğumdan sonra rahim içinden gelen akıntıya "Löşi (lochia)" adı verilir. İlk gelen taze kırmızı kan "löşi rubra" olarak adlandırılır.

% 5 vakada ise idrar yaparken yanma, kasık ve bel ağrıları, yüksek ateş şikayetlerinin eşlik ettiği idrar yolu enfeksiyonu (İYE) ortaya çıkabilir. Genelde 2. veya 3. günde belirti verir

LOHUSALIK

Doğumu izleyen ilk 6 haftalık dönem lohusalıktır. İlk 7 gün erken puerperium olarak, sonraki 5 hafta ise geç puerperium olarak adlandırılır. Normal lohusalıkta (puerperiumda) gebeliğe ait olan değişimler sırayla normale dönecektir. Ancak özellikle doğumdan hemen sonraki dönem önemlidir: kanama, ateş, nabız, tansiyon arteryel, uterus fundusunun (rahim tabanı) yeri ve kontrakte (kasılma) olup olmadığı, uterusun involüsyonu (rahimin küçülerek normal büyüklüğünü alması), lohusalık akıntısı (lochia) durumu sürekli izlenmelidir.

Uterus normalde plasentanın desidüal tabakadan ayrılarak çıkmasından sonra hızla küçülmeye başlar. İki haftada pelvis içinde dokunulunca hissedilemez olur, 6 hafta sonunda normal 100 gr'lık halini alır. Oysa gebelik bitiminde 1000-1500 gr kadardır. Lochia ilk olarak kruenta (kanlı) olarak bir kaç saat sürer, sonra lochia rubra olarak kanlı akıntı halini alır. Lochia rubra 2-3 günde rengi açılırken lochia flava, daha sonra seroza ve 3-4 gün sonra ise beyaz renge dönüşerek lochia alba halini alır ve yavaş yavaş kesilir. İlk günlerdeki eritrosit (alyuvar) yoğunluğu giderek yerini lökosit (akyuvar) ve seroz sıvıya bırakmış ve rengi açılmıştır. Lochi rubranın 10-15 günü aşması halinde bunu bir kanama gibi patolojik süreç olarak değerlendirmek gereklidir. Yine lochianın pis kokulu olması enfeksiyon yönünden düşünülmelidir.

Puerperiumda vajen ruğları (kırımları) yerine gelmeye başlar, vajen normal genişliğine ulaşır. Ciltte gebeliğe bağlı olarak gelişmiş olan strialar kalıcı beyaz sefedi rengi alır, ancak adale tonusu (gerginliği) artar, karın duvarını örten kasların orta hatta birbirinden ayrılmış gibi olması iyileşir ve normale döner. Vücutta tutulmuş olan fazla sıvı idrar ile atılır. Hemodilüsyon (kanın sulanması) ortadan kalkar, dilüsyonel anemi düzelir.

Lohusalıkta Beklenen Fizyolojik Değişmeler

Gebelik sürecinde olan değişimler düzelmeye başlamaktadır. Gebeliğin hiperkoagülabilitate durumu ortadan kalkar. Ancak bu değişim erken puerperium denen ilk günde daha çok koagülasyona (pıhtılaşma) eğilimin artması şeklinde olur, izleyen günlerde ise koagülasyona eğilim azalmaktadır. Kanda eritrosit miktarı artar, daha doğrusu hematokrit artar. Bu artışta esas neden gebelik boyunca birikmiş olan sıvının birkaç gün içinde atılmasıdır. İdrar miktarı artar ve daha çok idrara çıkılır.

Cilt gerilir, karında ortaya çıkan sarkma hemen ortadan kalkmaz, genellikle 3-5 hafta içinde düzelmeye eğilimine girer. Karın ortasında belirilmiş olan diastasis rekti denen ve adalelerin aralanması ile ortaya çıkan durum yine haftalar içinde düzelir. Gebeliğin daha çok ikinci trimesterinde başlayan çatlaklar (strialar) beyaz sefedi renkte olarak kalıcıdır.

Ödem (doku arasına sıvı toplanması) ortadan kalkar, iştah normale döner. Lohusanın emzirme nedeniyle gereksinimi olan enerji miktarı ve mide kapasitesi artmıştır. Kabızlık gibi barsak hareketlerinin azalması varsa da gebelik bittikten sonra eski dışkılama alışkanlıkları tekrar yerine gelir. Memeler gebelik son zamanlarında

büyümeye başlamışken, doğumla birlikte emzirmenin de başlamasıyla (laktasyon) süt üretimi (galaktopoez) başlamıştır. Doğumda açılan epizyotomi yarası her ne kadar 3-5 günde iyileşirse de ağrılı olması ve oturmada ortaya çıkan zorluk 1-2 hafta devam edebilir. Sezaryen yarası 1 haftada iyileşmiş kabul edilir. Ancak yara izi ortadan hemen kalkmaz. Libido (cinsel arzu) genellikle 6-8 haftadan önce yerine gelmez. Zaten ilk 6 haftada cinsel ilişki uygun değildir.

Solunum sisteminde azalmış olan rezidüel volüm (akciğerlerde kalan hava hacmi) artarak, normal inspirasyon volümü (nefes alma sırasında alınan hava hacmi) oluşacaktır. Kalp ritmi hemen hemen değişmez.

Patalojik Lohusalık

Normal doğumda 500 cc, sezaryenlerde 1000 cc kanama normal kabul edilir. Bunun üzerindeki kanamalar anormal kanamalar olarak adlandırmak gereklidir. Özellikle ilk gün ortaya çıkan atoni kanamaları (doğum sonu uterusun kasılıp gevşeme yeteneğini kaybetmesine bağlı kanamalar) erken postpartum (doğum sonu) kanamaları yapmaktadır. Kişiyi şoka sokabilen ve mortal (ölümcül) olabilen kanamalardır.

Uterusun tonusunu toplaması için uterin masaj yapılmalı, oksitosin preparatları uygulanmalı hatta kontrendike değilse ergo preparatları uygulanmalıdır. Doğumu izleyen kanamalarda atoni yoksa sıklıkla doğum yolu yırtık kanaması olabilir. Derhal doğum yolu, vajen kontrol edilmeli ve varsa kanayan yırtık (laserasyon), uterus rüptürü (yırtağı) onarılmalı, kanayan damar tutulmalıdır.

İlk 24 satten sonra olan kanamalara geç postpartum kanamaları denir. Bunlar enfeksiyon nedeni ya da plasental-desidüal parça kalmasında meydana gelen kanamalardır. Antibiyotik basısı altında uterin kürtajın yapılması gereklidir. Genellikle 7-8 günde ortaya çıkar.

Lohusalıkta Nelere Dikkat Etmek Gerekir?

Emzirmeyenlerde ya da bebeğin yeterli emmediği durumlarda memede sütün birikmesi durumunda angorjman ortaya çıkar. Bu durumda meme gerginleşir, kırmızılaşır, ağrı ve ateş başlar. Bu aseptik mastit de (mikropsuz meme iltihabı) denen tablonun gerilemesi için ılık kompreslerle (havlu benzeri bezlerle) yumuşatılma sonrasında sütün sağılması gerekmektedir. Sütün boşaltılması ile dramatik iyileşme sağlanır. Ancak aseptik mastit meme çatlaklarında bakteriel olarak enfekte olursa septik mastit (mikroplu meme iltihabı) olur ki bu durumda antibiyotik uygulaması ve abseleşme varsa cerrahi olarak abse boşaltılması gerekmektedir. Fazla sütün gelmesini engellemek için bromokriptin ya da dopa agonisti ilaçlar kısa süreli uygulanabilir. Ayrıca meme bandajı da yararlı olabilir.

Lohusalık enfeksiyonlara açık olunan bir dönemdir. İlk 24 saat dışında 6 saat ara ile ölçülmüş iki 38 derece ateş olması febril morbidite (ateşli hastalık) olarak adlandırılmakta ve altındaki neden saptanarak derhal tedavi edilmelidir. Altında sıklıkla üriner sistem enfeksiyonu (% 2-10 sıklıkla) ortaya çıkar. Lökosit sayısı erken puerperiumda zaten yüksek olacağından lökositoz anlamlı değildir. Ancak periferik kandan yayma yapılırsa sola kayma olması, yükselen lökosit değerleri, üriner yakınmalar (ağrılı idrar yapma, sık idrara çıkma..) tanıyı güçlendirir.

Pnömoni (bronşit), enfeksiyonu yanında derin ven trombozu da akla gelmeli hasta derin ven trombozunun komplikasyonu olarak pulmoner emboli mortal seyredebileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Nefes darlığı, hava açlığı, siyanoz (morarma), yan ağrısı, sık nefes alma ile klinik verebilir. Ancak her zaman tipik klinik vermeyebilir.



Normal doğumdan sonra hemen sezaryen sonrası ise 3. günden itibaren ayakta duş şeklinde banyo yapılabilir. Banyo esnasında zorlanmadıkça vajinaya su kaçmaz. Vajinanın yıkanması ise sakıncalıdır.

Doğum sonrası eve çıkan anne dilediği ve kendisine dokunmadığını bildiği her şeyi yiyip içebilir. Protein içerikli gıdalar ile taze meyve ve sebzeler özellikle önerilir. Süt veren annelerin günde ortalama 2600-2800 kalori almaları önerilir.

Lohusalıkta beslenmenin önemi emzirme açısından önem kazanmaktadır. Kişinin yaklaşık 300-400 kCal ek gereksinimi vardır. Bunun sebze, meyve ağırlığı yanında karbonhidrattan zengin olması, bol protein ile takviye edilmiş olması gereklidir. Sıvı alımı teşvik edilmelidir.

Lohusalıkta fizikî aktivite doğumla birlikte başlamalıdır. Hafif egzersiz hareketleri için 15 gün geçmesi, gebeliği ilgilendiren yaraların tamamen iyileşmiş olması gerekmektedir. Aletli jimnastik ve ağır egzersizler lohusalık döneminde yapılmamalıdır.

DÜŞÜNELİM



Lohusalıkta Cinsel İlişki Ne Zaman Kurulabilir?

Doğum sonrası cinsel arzulara bir süre azalma olur. Bu azalma genel olarak psikolojik kökenlidir. Genelde istek 12. haftadan sonra eski haline döner. Doğumdan sonra 20-25 gün sonra cinsel ilişki olabilir. Emzirme döneminde yükselen "Prolaktin hormonu" (Süt hormonu) kadında estrogen hormonunu baskılayarak vajende kuruluklara yol açabilir.

Cinsel ilişki için, en az 6 haftanın geçmesi beklenmelidir. Lochia varlığında enfeksiyon riski tüm pelvis organlarını ilgilendirir. Emzirenlerde bu dönemde ovülasyon beklenmez. Ancak emzirmeyenlerde ve laktasyon (süt salgılanması) baskı altında tutulan kişilerde ilk ay sonunda ovülasyon beklenebilir.

Emzirmenin Önemi

Gebelik sağlıklı bir bebeğin doğumunu amaçlamaktadır. Sağlıklı bir bebek doğduğu andan itibaren annesine bağımlı yaşamak ve kendisi için en uygun besinini almak hakkına sahiptir. Anne sütü yenidoğan bebek için gerekli tüm besin değerlerini, sıvıyı, mineralleri içerir. Daha önemlisi doğumdan sonra bebeğin emeceği ilk sütte bir bebeğin gereksinimi olan önemli immünglobülinlerin bulunmasıdır. Bu süte kolostrum (ağız) denir. Yeni doğan bir bebeğin savunma sistemleri henüz gelişmemiş olduğundan kolostrumdaki bol miktardaki immünglobülin ve yağ içeriği, uygun aminoasitlerden yararlanmış olacaktır.

Anne sütü alan bebeklerde, ek besinle beslenmelere oranla daha az ishal görülür. Bunun yanı sıra daha az solunum ve ortak kulak enfeksiyonları gelişir. Anne sütünde demir bağlayan laktoferrin vardır. Bu da demire gereksinim gösteren zararlı bazı bakterilerin gelişmesini engeller.

Bebeğin anne memesini emmesiyle gebelik boyunca yüksek plasental hormonlar ile gelişmiş, hipertrofiye olmuş olan galaktofor beslenir ve kanallarda sütün boşalması ve üretilmesi devam eder. Emzirme, prolaktin refleksi de denenen nöro hormonal uyarıyı başlatır. Bebeğin emmesi ile memede oluşan sinirsel uyarılar, omurilik yolu ile beyine ve hipotalamusa uyarı olarak iletilir. Hipotalamusdan prolaktin inhibing faktör (PIF) azalması ile prolaktin salınımı artar. Aynı şekilde artan oksitosin hormonu ile meme süt kanallarında birikmiş olan süt salınımı başlar. Yani emzirme ile hem süt üretimi devamlılığı sağlanmış hem de süt salınımı başlamış olur. Bu ikinci uyarı bazen annenin acıkmış ve emmeye hazırlanan bebeği görmesi ile de ortaya çıkar ve "let down" refleksi adını alır.

Ortaya çıkan artmış prolaktin hormonu, lohusanın folikül gelişimini inhibe ederek, aynı zamanda kontraseptif (gebeliği önleyici) etki sağlar. Nitekim halk arasında sözü edilen "süt korur" sözcükleri bunun ifadesidir. "Süt koruması" günde 7 kez, yani gece yarısı uykudan kalkarak emzirme dahil, her 3-4 saatte düzenli ve yeterli emziren bir kişide, ovülasyonun 4-6 ay inhibe olması anlamına gelir. Ancak bu durumda menstrüasyon (adet kanaması) olmadan da ovülasyon (gebeliğin) başlama olasılığı akla gelmelidir, yani güvenli bir yöntem değildir.

Laktasyon

Bebeğin emmesi laktasyonu doğumdan 1-3 gün içinde başlatmalıdır. Gebelik boyunca artmış olan österojen hormonu nedeniyle süt bezleri gelişir, süt yapımına katılmak üzere hazırlanır. Ancak gebeliğin yükselmiş progesteron hormonu laktasyon öncesi süt üretimini baskılar, adeta durdurur. Doğum ile birlikte laktasyon başlayacaktır.

Laktasyon; mamogenez, laktogenez, galaktopoiez 3 aşamada kabul edilmektedir. Mamogenez, gebelik boyunca artan hormonlar ile memenin süt yapımına hazırlanması olarak düşünülebilir. Laktogenez ise, süt yapımının başlamasıdır. Galaktopoiez ise, emzirme ile sütün üretiminin devam etmesi demektir. Sonuçta sağlıklı bir laktasyon için bu üç aşamanın da sağlıklı yapılması gereklidir. Gebeliğin sağlıklı süre ve şekilde olması, memede yapısal ve işlevsel bir bozukluğun olmaması, süt üretimini destekleyecek olan insülin, prolaktin ve glukokortikoid hormonlarının yeterli olması, son olarak da düzenli ve sağlıklı bir emzirmenin devamlılığı emzirmede devamlılığı ortaya koyacaktır.

Genellikle 1-3 günde başlaması beklenen laktasyon 7 gün içinde başlamazsa doğumda aşırı kanama nedeniyle oluşabilen "Sheehan" sendromunu akla getirir. Düzenli emzirmekle laktasyon sürecektir. Artmış prolaktin pülsatil salgılanan GnRH'nın pülzasyonuna etki yaparak, FSH ve LH üzerindeki etkisini ortaya koyar, bu da FSH'nın azalması nedeniyle ovülasyonun olmamasına yetmektedir. Bebek emmediği zaman haftalar içinde süt üretimi azalır ve önceleri birikme olursa da giderek süt üretimi azalır ve annenin sütü kesilir.

Lohusalıkta Beklenen Meme Hastalıkları

Meme çatlakları: Genellikle ilk günlerde ortaya çıkan ağrılar ile belirir. Ancak yeterli sütün gelmesi ile bebeğin zorlaması azalacak, giderek memede ağrı ortadan kalkacaktır. İyileşmenin hızlanması için ılık havlu uygulamaları ya da ışık uygulamaları yararlı olmaktadır. Bunun için 50 cm mesafeden 60W ampul sıcaklığı 20 dakikalık uygulamalar tanımlanmaktadır.

Angorjman: Genellikle ilk haftada damarlardaki yoğunlaşma ve ödem yanında sütün birikmesi sonrası areolar meme (meme başı çevresini halka şeklinde saran açık kahverengi bölge) kısmı ya da meme angorje olur, sütün bırakılmasına engel olacak şekilde süt kanallarına baskı yapar. Bu baskı sütün salınımını engellerken, birikmeyi de teşvik eder ve böylece aseptik (mikropsuz) mastit hali oluşur. Saat yönüne yapılacak meme başı masajları ve memenin mekanik olarak sağılması klinik iyileşmeyi sağlamaktadır. Analjezik (ağrı kesici), ılık havlu uygulamaları yararlı olabilir.

Mastit ve meme absesi: Angorjman ya da meme çatlakları sonrası ortamda özellikle deri uyum içindeki patojen bakterilerden özellikle stafilokoklar, çatlaklarda girerek, meme absesine kadar giden septik mastitler yapabilmektedir. Bu durumda tedaviye sefalosporin gibi geniş spektrumlu antibiyotikler kullanılabilir. Tablonun yerleşmesi halinde bu iltihaplı meme dokusu, abseleşmeye kadar olan değişiklikleri yapar.

Kolostrum sütü, doğumdan sonra ilk 4-5 gün anne tarafından yavruya verilen ilk süttür, bileşimi normalden farklıdır ve sarımsı renkte hafif tuzlu ve tatlıdır. Normal sütle karıştırılmamalıdır. Bileşiminde yüksek oranda protein ve bağışıklık kazandıran immüoglobulin içerir. Yüksek oranda serum proteini içerdiklerinden ve yüksek pH derecesinden dolayı kaynatıldıklarında pıhtılaşma göstermektedir.

Doğum öncesi dönemde meme bakımının iyi olmaması, emzirmenin tekniğine uygun olarak yapılmaması, lohusalıkta meme başının iyi temizlenmemesi meme başının çatlamasına yol açabilir.

Memelerin yeterince boşaltılmadığı durumlarda veya süt yapımının fazla olduğu durumlarda meme başı aşırı dolgunlaşıp sertleşebilir.

Memelerin aşırı dolgunlaşıp, memede kırmızılık, sütün iyi boşaltılmaması, hızlı nabız, 38-40 derece ateş, lohusada baş ağrısı gibi belirtiler gösteren Meme iltihabında (mastit) memeler iyice boşaltılması, çok ağrılı ise 48 saat emzirilmenin yapılmaması (iltihap yoksa emzirmeye devam edilebilir) gerekir. Memeler sağılarak boşaltılır. Memelere sıcak uygulaması yapılır. İltihabik durumda mutlaka doktor kontrolünde ilaç alınması gerekir.

AİLE PLANLAMASI

Aile planlaması, sağlıklı bireylerin oluşturduğu, sağlıklı toplumları amaçlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (The World Health Organization) kabul ettiği tanıma göre Üreme Sağlığı yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalıkların ve sakatlıkların olmaması değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde tamamlanmasıdır. Bu tanım kapsamında kişinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkında bilgili olması, böylelikle de sağlıklı bir toplum için en küçük sosyal grup olarak kendi ailesini sağlıklı değerlendirme olanağı verecektir.

Aile Planlamasının Tanımı ve Önemi

Aile planlaması, aile bireylerinin istediği zaman, istediği kadar çocuk sahibi olabilmeleri olarak tanımlanabilir. Tanımdan anlaşılacağı gibi, aile planlaması çocuk olmasının önlenmesi ya da gebeliklerin sonlandırılması değildir. Aile planlamasının yanında üreme sağlığının da önemli bir konu olarak ele alınması gereklidir.

Gebelik fizyolojik bir süreç olarak bilinir. Gebeliğin olması dışında, kişilerin cinsel ilişkilerinin de sağlık açısından değerlendirilmesi, özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıkları (STD) ön plana çıkarmış ve üreme sağlığı konusunun vurgulanmasını gerektirmiştir. Yaklaşık olarak dünyada günde 100.000.000 kadar cinsel ilişki olduğu varsayılmaktadır. Bunların 910.000 kadarı gebelik ile, 356.000 kadarı STD ile devam ettiği sanılmaktadır. Oluşan gebeliklerin %25 kadarının kesinlikle istenmeden oluşan gebelik olduğu hesaplanmaktadır. Sonuçta istenmeden oluşan bu gebeliklerin 150.000 kadarı isteyerek yapılan düşüklükler ile devam etmekte ve üreme sağlığını olumsuz etkileyen ve aile planlamasının olmamasından kaynaklanan grubu oluşturduğu bilinmektedir. Sağlıklı koşullarda yapılmayan bu gebelik sonlandırmaları ise her gün 500 kadının ölümüne neden olmaktadır. Yine doğal bir süreç olan gebeliklerin doğum ile sonlanması da her gün 1.370 kadının yaşamını kaybetmesi, 25.000 bebek kaybı yanında 1-4 yaş arasında 14.000 bebeğin bakım-sızlık ve hastalıklar nedeniyle yaşamlarını yitirdiği hesaplanmaktadır.

Her aile bireyi kendisinin ve ailesinin yaşamını, sağlıklı olmasını, mutluluğunu, geleceğini, sağlıklı çocuklar elde etmeyi arzulamaktadır. Ancak gerek bilgilendirme eksikliği gerekse eğitiminin eksikliği nedeniyle aile planlamasının ve bunun ile ilişkili olan üreme sağlığı bilincini kazanamamak nedeniyle istenmeyen koşullar ile karşılaşmaktadır.

Aile Planlamasının Nedenleri

Aileler, çocuk sahibi olmak ve mutlu bir yaşam sürmek, yeni kuşakların sağlıklı ve mutlu olmasını istedikleri hemen hemen herkesçe bilinmektedir. Ancak istendiği zaman çocuk sahibi olmak isteği, sağlıklı bireylere ulaşmakta engeller de getirebilir. Doğurganlığın verimli yaşları olarak 20-35 yaş arasından söz edebiliriz. Kadın yaşının 35'ten fazla olması artan yaş nedeniyle doğumsal hastalıkların artmasını da birlikte getirmektedir. Ayrıca hipertansif hastalıklar, şeker ve kalp hastalıkları, bebeğe ve gebeliğe ait (abruptio plasenta gibi) tabloların artmasına neden olabilmektedir. Yine özellikle, 18 yaş öncesi oluşan "adolesan gebeliklerinin" bebeğin anne karnında gelişmesinde bozukluklarla, anne adayının hipertansif hastalıklarının artması gibi olumsuzluklarla sürdüğü bilinmelidir. O halde "istendiği zaman, istendiği kadar çocuk sahibi olmak" tanım sınırları bilgi gereksinimini arttırmaktadır.

Aile planlaması, istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları için ailelere verilen hizmetlerin tümüdür. Aile planlaması ailelerdeki kişi sayısını sınırlandırma anlamını taşımaz. Amaç anne ve doğacak çocukların sağlıklı olması ve çocuk sahibi olmak istendiğinde gebeliğin oluşmasıdır.

Ailelerin gelir durumları, bakabileceği çocuk sayısını belirlemede önemli bir parametredir. Doğan bebeğin karnını doyurmak çocuk bakmak sınırında olmamalıdır. Sağlık tanımında olan ruhsal sağlık ve sosyal iyilik hali gibi uygun koşulların olmasının beklendiği koşullar maddi ve manevi birikimi gerektirmektedir. Ailenin ekonomik yapısı doğan çocuk sayısı ile orantılı olarak bölünecektir. O halde aile planlaması, çocuk isteğinin yerine getirilmesi olmadığı gibi, istenmeyen çocuk sayılarına ulaşmamak için önlem almayı da gerektirir. Oluşan gebeliği sonlandırmak ya da kişinin sağlık koşullarını bozmak uğruna gebelik önlemek yerine en uygun yöntemlerin bilinerek seçilmesi esas olmalıdır.

Çocuk sayısını belirleyen en önemli parametrelerin başında; ailelerin gelir durumları ve bakabileceği kadar çocuk sayısı gelmektedir. Ruhsal sağlık ve sosyal iyilik hali gibi uygun koşulların olması hali sağlık tanımında maddi ve manevi birikimi anlatmaktadır.

Aile Planlamasının amaçları nelerdir? Aile Planlaması Hizmetlerinin nerelerde verilmektedir? Tartışınız?



GEBELİKTE KORUNMA YÖNTEMLERİ

Kadın ve erkek anatomisi, işlevleri ve fizyolojisini bilerek doğurganlık işlevini bilmek doğurganlık bilincini oluşturur. Fertil dönem (üretken dönem) boyunca doğurganlığın aile bireyleri arasında karar vererek istendiği kadar ve istendiği zaman çocuk sahibi olmak için gebelikten korunma yöntemlerini bilmek ve uygulamak gereklidir. Bunun için doğal ya da modern aile planlama yöntemlerinin kullanımının bilinmesi gereklidir. Kontraseptif (gebelik önleyici) hizmetleri; modern kontraseptif yöntemler ve diğer koruma yöntemleri olmak üzere iki başlıkta toplamak olanaklıdır.

Günümüzde doğum kontrol yöntemlerine her geçen gün yenileri ekleniyor. Gebelikten korunma yöntemleri geri dönüşümlü ve geri dönüşümsüz olarak ikiye ayrılır. Geri dönüşümsüz olanlar, kadınlarda tüplerin, erkeklerde kanalları bağlanmasıdır.

Gebelik belirtileri nelerdir? Açıklayınız?



Modern Yöntemler

Kontrasepsiyon yöntemleri içinde etkinliği bilinen ve kişinin sağlığına olumsuz etkisi olmayan yöntemlerdir. Günümüzde en fazla tanınan ve kullanılan yöntemleri oluşturmaktadır. Kontraseptif yöntemler daha sonraları gebelik şanslarını kullanacak olan çiftlerin kullanabileceği “geri dönüşlü yöntemler” olabileceği gibi bundan sonra hiç gebelik istemeyen ve doğurganlıklarını tamamlamış olan çiftlerin seçtiği “geri dönüşsüz kontraseptif yöntemler” olarak sterilizasyon yöntemleri olabilmektedir. Geri dönüşlü yöntemler, yöntemin bırakıldığında tekrar gebelik şansının olması ve istendiği takdirde çocuk sahibi olma olanağı verirken, sterilizasyon yöntemleri bir daha çocuk şansının tamamen ortadan kaldırıldığı yöntemleri ifade etmektedir.

Doğurganlığa sadece birkaç yıl ara verilme isteniyorsa; doğum kontrol hapları, iğneleri, deri altına yerleştirilen ve hormon salgılayan çubuklar, rahim içi araç (spiral), kadın kondomu, diyafram gibi modern yöntemlerden biri kullanılabilir. Tabii erkeklerin kullandığı prezervatif de unutulmamalıdır.

Modern Yöntemler Kendi İçerisinde Kaç Gruba Ayrılmaktadır?



Modern yöntemleri geri dönüşlü kontraseptif yöntemler ve geri dönüşsüz kontraseptif yöntemler olmak üzere iki alt başlıkta incelemek olanaklıdır. Bu alt başlıklar da kendi içlerinde farklı adlandırmalara sahiptir.

Geri Dönüşlü Kontraseptif Yöntemler

- Bariyer
- Hormonal
- Rahim içi araçlar
- Spermisitler

Geri Dönüşsüz Kontraseptif Yöntemler (Sterilizasyon Yöntemleri)

- Erkeklerde vazektomi
- Kadında tüp ligasyonu (tuba uterinaların bağlanması)

Geri dönüşlü kontraseptif yöntemler; bariyer, hormonal, rahim içi araçlar, spermisitler olarak adlandırılmaktadır. İzleyen sayfalarda bu yöntemlerin ayrıntılı açıklamasına yer verilmiştir.

DÜŞÜNELİM

Bariyer Yöntemler Nelerdir?

Bariyer Yöntemleri;

- kondom
- diafram yöntemi olmak üzere iki başlıkta toplanır.

Bariyer Yöntemlerinin en bilinenleri, (a) kondom ve (b) diafram yöntemidir.

Kondom: Kontraseptif olarak 18 yüzyıldan beridir kullanılmaktadır. Japonya'da en fazla (%45) kullanılsa da dünyada % 5-10 sıklıkla kullanılmaktadır. İdeal kullanımla koruyuculuk oranı %97 düzeyindedir. Özellikle STD'den koruyucu olması en önemli özelliğini oluşturmaktadır. Ereksiyona ulaşmış penise giydirilen genellikle kauçuktan yapılmış kılıftır. Tek kullanımlı ve üstünde kayganlaştırıcı olması yanında bazen sperm öldürücü (spermisit) etkili jel ile kaplı olanları gebelikten koruyuculuğu artırılmış olanlardır. Sağlığa zararlı olmadığı gibi, rahim ağzı kanserinden ve STD'den koruyucu olması, erken boşalmanın engelleyicisi olması önemli özelliklerindedir. Bu arada erkeklerde duyarlılığın azalması ve böylece ereksiyonu zorlaştırması, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratması, her ilişki için yenisinin kullanılmak zorunluluğu olumsuz yönlerini oluşturur.

Şekil 4.2

Prezervatif Uygulaması



SIRA SİZDE

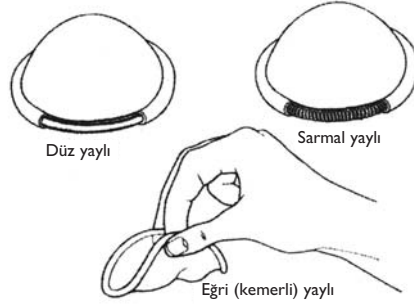
4

Kadın Kondomu hakkında neler biliyorsunuz? Açıklayınız?

Diafram: Vajen arka forniksine yaslanarak, serviksin kapatılması şeklinde kullanılır. 1880 yıllarından beri bilinmektedir. Ancak kullanımı yaygın değildir. Kadın kondomu ise vajene uygulanan prezervatif niteliğindedir ve başarısı henüz kesinlik kazanmamıştır.

Şekil 4.3

Diyaframlar



Diyafram %75-90 arası başarılı koruma sağladığından ek bir koruyucu olarak spermit ile güçlendirilmelidir. Bu şekilde ideal kullanım ile %95'lere ulaşılabilir. maktadır.

Serviks kanseri ve STD'den koruyucu olmanın yanında, olumsuz olarak cinsel ilişki sonrası en az 6 saat yerinde bırakılması gerekliliği, ilk uygulamada bir klinisyenin yardımının şart olması ve her cinsel ilişki öncesi kullanımı zorunluluğundan söz edilebilir. Allerjik yapılı kişilerde ve kötü hijyenli kişilerde sorunlar çıkarabilir. Servikal başlık da tıpkı diafram gibi servikse takılabilen bir bariyer yöntemdir. Aynı özelliklerdedir.

Hormonal Yöntemler Nelerdir?

Hormonal yöntemler, etkinliği fazla olan yöntemlerdir. RİA içine hormon uygulayarak, cilt içine hormon uygulayarak (Norplant) ya da adaleye enjekte edilenler, ağızdan hormon içerikli haplar kullanarak alınanlar en yaygın uygulamalardır. Hormonal yöntemler başlığında; (a.) Kombine oral kontrastifler (KOK), (b.) Minihaplar, (c.) Enjekte edilenler, (d.) Deriyaltına yerleştirilenler (Norplant), (e.) vajinal halkalar ve (f.) Progesteronlu RİA'ların açıklanmasına yoluna gidilmiştir.

Kombine oral kontrastifler (KOK): Hem östrojen hem de progesteron hormonu içeren haplardır. Genellikle 28 günlük siklus (döngü) hesaplanarak 21 günlük hap ve 7 gün hormonsuz dönem planlanmıştır. Hormon alınmayacak olan 7 gün için kimi firmalarda vitamin, demir içeren haplar eklemiştir. Uygulamada östrojen gonadotropin salınımını baskılayarak yeterli östrojen replasmanı yapacak ve yumurtlama işlevini durduracak, progesteron ise östrojenin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak yanında endometriumun ve serviksin gebeliğe uyumsuz değişimlerini sağlayacaktır. Başarısızlık beklentisi %1'den azdır. Kullanılan preparatlar (haplar) monofazik (tüm haplarda aynı bileşik), bifazik (siklusun ilk yarısında ve ikinci yarısında farklı kompozisyon) ya da trifazik (her 7 gün için farklı kompozisyon) olabilmektedir. Amaç etkinliğin yanında fizyolojiye en fazla uyumlu hormonal yapıyı kullanmaktır. Böylece en az yan etki ve en uygun etkinin eldesi mümkün olacaktır. KOK'lerin metabolik etkilerinden söz etmek gerekirse; östrojenin fazla olması ile insülin rezistansının artışı olmuşsa da günümüzde çıkartılan KOK'lerde östrojen dozu çok azaltılarak bu yan etki ortadan kaldırılmıştır. Östrojenlerin lipid (yağ) metabolizması üzerindeki etkisi LDL-kolesterol (düşük yoğunluklu lipoproteinli kolesterol) azalması yanında HDL-kolesterol (yüksek yoğunluklu kolesterol) artışına neden olur. Bu değişim ise özellikle kalp damar hastalıkları açısından



DÜŞÜNELİM

Hormonal yöntemler;

- Kombine oral kontrastifler (KOK),
- Minihaplar,
- Enjekte edilenler,
- Deriyaltına yerleştirilenler (Norplant),
- Vajinal halkalar,
- Progesteronlu RİA'lar olarak sınıflandırılabilir.

Doğum kontrol hapları, yumurtalıktan yumurtanın atılmasını engeller ve sperm geçişini önler. Ayrıca rahimin iç tabakasını inceltirerek döllenmiş yumurtanın yuvalanmasını engeller. Doğum kontrol hapları düzenli kullanıldığı sürece etkisi fazladır.

olumludur. Ancak KOK içinde kullanılan progesteronlar ise (eski preparatlarda) tam ters etki yapıyordu. Yeni jenerasyon progesteronlar ise bu olumsuzluk ortadan kalkmıştır. Kanama zamanı ve pıhtılaşma mekanizmaları üzerine etkilerine gelince yine benzer değişimlerden söz etmek gerekecektir. Önceleri kullanılan preparatlarda pıhtılaşmayı artırıcı etki varken, günümüzde bu olumsuz etkinin gözlenmediği daha gelişmiş KOK preparatları kullanılmaya başlanmıştır. KOK'lerin bu değişim süreci, önceleri 35 yaş üzerinde kullanımındaki korkuları ortadan kaldırmış, önceleri belirtilen "kullanılmaması gereken durumlar" listesini hemen hemen ortadan kaldırmıştır. Bu arada kullanımları ile over kanserinden koruyuculuğu, adet düzenini sağlamak yanında endometrium kanserinden koruyucu olması fonksiyonel over (yumurtalık) kistleri ve benign meme hastalıklarından koruyucu olması, pelvik enfeksiyonlardan koruyuculuğu, dış gebelikten koruması, endometriosis hastalığının ilerlemesini önlemesi gibi yararları nedeniyle kadınların benimsediği yararlı bir kontraseptif olma özelliği kazanmıştır. Yine de kalp infarktusu geçirenlerde, beyin damar hastalığı olanlarda, hipertansif, depresyondakilerde, damar tıkanması olanlarda hekim kontrolünde kullanılmalıdır. Nadir de olsa kimi kişilerde başağrısı, bulantı, ara kanaması şeklinde lekelenme, kilo artışı yapabildiği bilinmektedir.

Minihaplar: Yalın progesteron içerir. Başarısızlıkları %1-10 arasında değişmektedir. Ancak emzirenlerde laktasyonun (süt salgılanması) üzerindeki etkisinin hemen hemen olmaması nedeniyle, KOK kullanımı uygun olmayan durumlarda kullanılabilir. En önemli yan etkisi kanama düzensizliği yapmasıdır. Sürekli kullanılabilirler; KOK'lerde olduğu gibi 7 gün ara vermek gerekmez.

Enjekte edilenler: Hem yalın progesteron içerenler hem de progesteron yanında östrojen içerenler bulunmaktadır. Progesteron olarak en sık medroksiprogesteron asetat ya da noretindron enantat, östrojen olarak da östradiol türevleri kullanılırlar. Aylık, 2-3 aylık etkili formülleri vardır. Başarısızlık hızları %0.1 kadardır. Progesteron ve östrojen etkisi KOK'lerde anlatıldığı gibidir. Ancak uzun süreli etkileri nedeniyle menstrüasyonun uzun süre görülmemesi (amenore) gibi, kilo artışı ve ara kanamaları şeklinde düzensiz kanamalar yapması gibi yan etkileri vardır.

Deri altına yerleştirilenler (Norplant): Yalın progesteron içerdiklerinden benzer etki mekanizması ile kontrasepsiyonu sağlarlar. Progesteron salgılayan silikon çubukların küçük bir cerrahi işlemle deri altına yerleştirilmesi ile günde yaklaşık 85 mcg progesteron salınımı gerçekleşmektedir. Tıpkı mini haplarda olduğu gibi progesteron etkisi ile ovülasyonu önlemeden gebeliği önlemektedirler. Ara kanaması en fazla vazgeçme nedeni olmaktadır. Kontraseptif etkisi 5 yıl sürmektedir. Bu sürenin sonunda deri altındaki çubuklar cerrahi olarak çıkarılıp gerekirse yenileri yerleştirilmektedir. Aktif meme hastalığında, damar tıkanması olgularında, genital kanser ve karaciğer kanseri olgularında kullanılmaması gerekmektedir.

Vajinal halkalar: Vajinal halkalar, nadir kullanılan ve östrojen ve progesteron içeren ya da yalın progesteron içeren tipleri vardır. KOK ya da minihaplar gibi etkili olurlar. Ancak vajende yabancı cisim varlığı nedeniyle pek kullanılmazlar. Kendiliğinden atılma, vajinal akıntı gibi beklenmeyen etkiler ortaya çıkabilir.

Progesteronlu RİA'lar: Progesteronlu RİA'lar ise 5 yıl korumalı olarak tanınmaktadır. Günlük olarak eşit salınan progesteron, endometriumda gebeliğe uygun ortamı bozarken, endometrium kanserinden koruyucu etki yanında özellikle RİA'ların kanama artırıcı etkisini engelleyerek, bir RİA tipi olmasına karşın, âdet kanamasında azalma yaparak oluşabilecek demir eksikliğine bağlı kansızlık için koruyucu olarak tanınmaktadır. Yalın progesteron içermesi ile kanama düzensizlikleri beklenebilmektedir.

Rahim İçi Araçlar (RİA)

Tarihte ilk olarak çöl geçen develerin gebe kalmaması için rahim içine taş konma ile konu oluşturmuştur. Ülkemizde, günümüzde %20'lere varan sıklıkla en fazla kullanılan kontraseptif yöntem olmaktadır. Çeşitleri etkinliğini arttırmak ve yan etkilerini azaltmaya yönelik olmaktadır. Direkt karın röntgen filminde görünebilmesi için radyopak madde emdirilmiş ya da bakır, gümüş gibi maddeler ile donatılmışlardır. Çeşitleri vardır: Bakırlı olanlar düzenli bakır salınımı yaparak koruyuculuğunu en yüksek sınırdan tutarlar (koruyuculuğu %99'dan fazladır) ve en az 10 yıl etkindirler.

Ülkemizde de bulunan progesteron içerikli olanlar hem koruyuculuğu artmış hem de içerdiği progesteron ile menstrüasyon kanamalarının azalmasını sağlamaktadırlar. Oysa yalın ve bakırlı RİA'lar adet kanamasının miktarını artırma özelliği olan RİA'lardır. Etki mekanizması, steril inflamasyon oluşturarak sperm ve erken gebelik ürünü için toksik olduğu kadar prostaglandinlerin açığa çıkması ile de inflamatuvar reaksiyonun artmasına neden olmaktadır. Eğer içeriklerinde progesteron varsa hormonal sisteme etkili olarak ovülasyonun olması da %20-30 olguda engellenmektedir. Ortamdaki progesteron endometriumun gelişimini engelleyerek, kanamanın azaltılmasını engellemesi, özellikle hipermenore (aşırı âdet kanaması) olanlarda yararlı olmaktadır. İplerinin mult filament olması halinde pelvik enfeksiyon oluşturması önemli bir yan etki olarak sözü edilebilir. Bu nedenle günümüzde monofilament olanlar üretilmiş, bakırlı ya da progesteronlu olanlar kişinin özelliklerine göre tercih edilmektedir.

Spiraller:

- Gebelik kuşkusu varsa
- Yeni geçirilmiş, ya da tekrarlayan jinekolojik iltihap varlığında
- Teşhis konulmamış vaginal kanama varsa
- Rahim anatomisinde bozukluk varsa
- Büyük myomlar varsa
- Kronik bağışıklık yetmezliği
- Bakır alerjisi varsa (bakır içeren spiraller için)
- Wilson hastalığı varsa (bakır içeren spiraller için) uygulanmalıdır.

Şekil 4.4

Aynı Amaçla Kullanılan Farklı Tipte RİA'lar



Multiload 375



Nova T



Bakır-T 380A



LNg-20

Gebelik kuşkusu olanlarda, pelvik enfeksiyonu olanlarda, uterin anomalilerde (rahim bozukluklarında yerinde durmadığında sorun olacağı için), kansızlığı veya anormal kanaması olanlarda, jinekolojik kanseri olanlarda kullanılmamalıdır.

Olumlu yönleri arasında uygulama sonrası hemen etkili olması, emzirenlerde uygun seçenek olması, cinsel ilişkiden bağımsız olarak bulunabilmesi, ek bir sıkıntı olmadıkça yıllık kontrol dışında değiştirme ya da çıkarılma gerekmemesi, güvenli olması, çıkarıldığında hemen geri dönüş sağlanması en önemli özellikleridir. Ancak uygulamanın eğitilmiş personel gerektirmesi, STD'ye karşı korumaması, uygulama sonrası ilk 3 ayda kanama artışı, kramp tarzı ağrıların olabilmesi gibi olumsuz yanları da vardır.

RİA uterus içi gebeliği önler ancak dış gebeliği önlemez. Bu nedenle de RİA'lı olgularda gebelik oluştuğunda dış gebelik olasılığının normale göre 10 kat arttığı unutulmamalı ve derhal kesin tanı ve tedaviye geçilmelidir.

Spermisitler

Sperm öldürücü olarak suda eriyebilen tabletler, krem, jel ya da köpük tarzında kullanılabilen ürünlerdir. Vajen içine gerektiği gibi uygulandığında %95'lere varan etkinliği olsa da %70'lere kadar düşebilmektedir. STD'ye karşı koruyucu, kayganlaştırıcı olması yanında emziren kişilerde kullanılabilmesi olumlu yönleridir. Olumsuz olarak ise genital organlarda tahriş, uygulama sonrası etkinleşebilmesi için 5-10 dakikalık bekleme gerekliliği, etkinliğinin az olması sayılabilir. Ancak seyrek cinsel ilişkide bulunan kişilerde, kontraseptif etkinliği artırmak için kondom ya da vajinal diafragma ek olarak kullanılabilir.

Geri dönüşsüz kontraseptif yöntemlerin en bilinenleri, vazektomi ve tüp ligasyondur.

Geri Dönüşsüz Kontraseptif Yöntemler (Sterilizasyon)

Geri dönüşsüz kontraseptif yöntemlerin en bilinenleri, (a) vazektomi ve (a) tüp ligasyonu yöntemleridir.

Vazektomi: Erkekte vazektomi yaşamı içinde çocuk beklentisi olmayan kişilerin tercih edebilecekleri yöntemdir. Geri dönüşsüz kabul edilir. Mikrocerrahi ile yapılan "reversal" operasyonlarda gebelik oluşturmaya yönelik başarı %40-90 arasında değişmekte ise de geri dönüş şansının olmadığı kabul edilerek uygulanmalıdır.

Testiste üretilen sperm hücrelerinin vas deferens yoluyla penise iletiildiği düşünülerek geliştirilen bu yöntemde vas deferenslerin bilateral kısmı kesilerek çıkarılması (vazektomi) erkek sterilizasyon (kısırlaştırma) yöntemi olarak kullanılmaktadır. Prostat ve vesikula seminalisler uygulama yapılmadığından, seksüel aktivite sırasında ejakülasyonun oluşması ve atılmasında bir değişiklik olmamaktadır. Gerek cinsel işlevde ve gerekse hormonal değişimlere neden olmaması ancak çocuk oluşumuna engel olması nedeniyle bir daha çocuk istemeyecek olan -sterilizasyon isteyen- erkekler ve aileler için çok uygun bir seçenektir. Etkili ve güvenli, ucuz ve kalıcı, kadını kontraseptif kullanımından kurtarması avantajlarıdır. Dezavantajları arasında ise geri dönüşde gebelik beklenti oranının azlığı en önemli olanıdır.

Vazektomi yapılır yapılmaz sterilizasyon oluşmaz. Vazektomi sonrası gerek vesikula seminaliste ve gerekse prostat gibi spermin geçiş alanlarındaki sperm hücrelerinin temizlenmesi için en az 3 ay geçmesi ya da çok sayıda ejakülasyon olması gereklidir. Bu iki işlemten herhangi biri yapılmadığında gebelik şansı vardır.

Şekil 4.5

Vazektomi



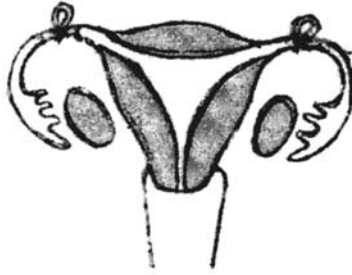
Tüp Ligasyonu: Kadında tüp ligasyonu gebelik sonrası, laparoskopik yöntemle, kolpotomi denen vajinal girişim ile, mini laparotomi ile, sezaryen sonrası operasyon sırasında veya histeroskopik yolla tübal giriş ağzlarının tıkanmasıyla yapılabilir.

Erkeklerde yapılan vazektomi gibi kadındaki tüp ligasyonu da geri dönüşsüz kabul edilmelidir. Her ne kadar mikrocerrahi yöntemler ile %20-80 arası geri dönüş başarısından söz edilse de geri dönüş ile ortaya çıkan gebeliklerin sağlıklı bir gebelik değil, dış gebelik riskini de getirdiği, geniş bir operasyon yapılması gerekliliği unutulmamalıdır.

Uygulamada hangi yöntem uygulanırsa uygulansın yapılan uterus ile overlerin ilişkisini kesmek için tubaların açıklığını kapatmak prensip edilmiştir. Mini laparotomi ile (interval sterilizasyon da denir) tubaların uterusu yakın olan kısmından bilateral (çift taraflı) olarak küçük bir kısım çıkarıp, kenarlarının kapatılması, koter ile yakılması uygulamaları laparoskopik uygulamada da yapılabilmektedir. Ayrıca laparoskopik ile klip konarak daha kısa zamanda ve tubalara en az zarar vererek yapılan yöntemler olması, laparoskopik cerrahi sonrası kişinin hastanede kalmasının gerekmemesi, laparoskopiyi öne çıkarmıştır. Sezaryen sonrası tüp ligasyonu yapılması karın cerrahisi sırasında ek yük getirmemesi ile kolaylaşması yanında karar veren çiftlerin objektif olarak doğru karar veremeyecekleri, bebeklerinin sağlık durumundan emin olamama gibi nedenlerle hata yapabilecekleri nedeniyle her zaman tercih edilmemektedir.

Şekil 4.6

Tüp Ligasyonu



Kolpotomi ile yapılan uygulama daha çok tüplerin uç kısımlarının çıkarılması şeklinde yapılmaktadır. Bu yöntem hem vajinal yani kirli ortama yakın olması (enfeksiyon riski) hem de tubaların geri dönüş ameliyatlarından sonra en önemli kısmı olan fimbrialarının çıkarılmasına neden olacağından (geri dönüş şansı en az olan yöntemdir) günümüzde tercih edilmemektedir. Bu yöntemlerin başarısızlık olasılığı %1'den azdır (~%0.1).

Histeroskopik girişimde ise tübaların uterusdan çıkış noktalarına tıkaç şeklinde maddeler uygulanır ve/veya bu bölge koter ile yakılır. Yöntemin geri dönüş başarısı az olması ve kendi yöntem başarısının az olması nedeniyle pek uygulanmamaktadır. Histeroskopik tıkaçlar zaman içinde yerlerinden oynayabilmektedir.

Hangi sterilizasyon yöntemi olursa olsun, tercih edilen ailelerde ayrıca bir kontraseptif uygulamasına gereklilik ortadan kalkar, gebelik açısından âdet düzeni izlemesinde bulunmak, cinsel ilişki sırasında, öncesinde ya da sonrasında herhangi bir işlem gereği olmaksızın serbest beraberlikler sağlanabilir. Ancak, bu sterilizasyon

yöntemlerinin hiçbirinin STD'den koruyuculuğu olması (prezervatif kullanımında vardır), hormon replasmanı sağlaması (oral kontraseptiflerde vardır) gibi bir ek avantajı yoktur, geri dönüşsüzdür.

- Diğer koruma yöntemleri;
- Koitus interruptus (geri çekme)
 - Morning after pill
 - Postkoital RIA uygulaması
 - Laktasyon amenoresi
 - Postkoital duş
 - Spermisitler
 - Takvim yöntemi sayılabilir.

II. Diğer Korunma Yöntemleri

Bu grup içinde günümüzde modern kontraseptif yöntemler içinde yer almayan bazı uygulamalardan söz edilecektir. Bu uygulamalar aslında bir yöntem değil, sadece gebelik oluşma hızını azaltan uygulamalardır.

Koitus interruptus (geri çekme): Bilinçsiz toplumların en fazla kullandığı geri çekme yöntemi (koitus interruptus) bir kontraseptif yöntem olarak tanınmamaktadır. Cinsel ilişki sırasında ejakülasyonun olacağı hissedilmesi ile penisin vajenin dışına çekilerek dışarıya boşalma şeklinde bir yöntemdir. Başarı %60'dan fazla değildir.

Morning after pill: Morning after pill denen uygulama, sürekli cinsel yaşamı olmayan kadınların ya da beklenmedik cinsel ilişkisi olan kişilerin ilişkiden sonra ilk saatlerde yüksek dozda östrojenli kontraseptif ilaç kullanımını ifade eder. Bunun için 50 mikrogram etinil östradiol içeren preparatlardan bir gün 4-8 adet alınması şeklinde bir uygulama yapılabilir. Alınan yüksek doz nedeniyle yan etkiler kişinin günlük yaşamını olumsuz etkileyecek düzeyde olacaktır.

Postkoital RIA uygulaması: Beklenmedik bir cinsel ilişki sonrasında olası gebeliğin engellenmesi için aynı gün RIA uygulaması da gebeliği önleyebilmektedir.

Laktasyon amenoresi: Laktasyon döneminde eğer doğumdan başlayarak günde en az 6 kez düzenli ve yeterli emziren bir lohusedan söz ediyorsak, 6 aylık sürede hemen hemen hiç ovülasyon beklenmez. Eğer yeterli emzirme olmazsa, 7-8 saatlik dönemlerde emzirmeme durumu söz konusu olursa bu yöntemin güvenilirliği olmamaktadır. Doğumdan sonra emzirme olmamışsa 1 ay, emzirme düzensiz olmuşsa 2-3 ay, düzenli emzirenlerde 5-6 ay âdet görülmeyebilir. Ancak, laktasyon amenoresi ile en fazla 6 ay güvenli kontrasepsiyon beklenebilir. İlerleyen aylarda menstrüasyon olmasa da ovülasyon olabileceği için gebelikten koruyuculuğu, yani kontraseptif güvenliliği ortadan kalkmaktadır.

Postkoital duş: Beklenmedik bir cinsel ilişkiden sonra vajenin duş şeklinde yıkanması sanıldığı gibi bir kontraseptif etki göstermez. İlişki sonrası vajene dökülen spermlerin 90 saniye gibi kısa bir sürede tubalara kadar ulaşabildikleri gösterilmiştir. Yani ilişki sonrasında derhal vajenin yıkanmasının gebeliği önleyebileceği hiçbir zaman düşünülmemelidir. Ovülasyon sonrası ovumun döllenebilme yeteneği 24-48 saat kadar iken, spermin döllenebilme kapasitesini sürdürmesi 48-72 saat olarak kabul edilir. Yani periovülatuar dönemde çok düzenli ovülasyonu olan olgularda bile en az 5 günlük gebelik riski olan dönemden söz edilmektedir. Yıkama ile vajenin asiditesi bozulup enfeksiyonlara karşı koruyuculuğu ortadan kaldırılabilir.

Spermisitler: Spermlere karşı immobilizan ya da öldürücü etkili ilaçlardır. Cinsel ilişkiden en az 30 dakika önce vajene yerleştirilecek olan spanç, köpük ya da tablet şeklindeki spermisit etkili preparatlar ile kontrasepsiyon sağlanmaktadır. Bu yöntemin özellikle yararlı olduğu bir başka konu da cinsel yolla bulaşan hastalıklara (STD) karşı koruyucu özellik taşımasıdır. Kontrasepsiyon başarısı %85 kadardır.

Takvim yöntemi: Gebelik ovülasyondan önceki 4 gün ile ovülasyondan sonraki 3 gün sonraki günler arasında en fazla olasılık taşımaktadır. Âdet düzeni değişmeyen, çok düzenli adet gören kişilerde adet 11-18 günleri arasında cinsel

ilişkiden kaçınılması gebeliği önleyecektir, kontraseptif metot olarak kullanılabilir. Ancak âdetleri tam düzenli olmayan kişilerde güvenli bir yöntem değildir. Örneğin adetlerinin başlangıç arası 26 ile 35 gün olan bir kadının $(35-11=)24$ gün ile $(26-18=)8$. Günleri arasındaki günler gebelik olasılığı olan günlerdir. Yani bu yöntem ile adetinin 8-24 günleri arasında gebelik şansı olduğundan cinsel ilişkide bulunmaması gerekmektedir.

Takvim yönteminin yanında, vücut ısısı izlemi ve mukus izlemi ovülasyon gününün tespitine dayanır. Ovülasyon ile birlikte vücut ısısı 0.5 derece kadar artar, servikal mukus akıntısı uzayabilme özelliğini yitirir. Serviksin kapalı olması ve sertleşmesi ovülasyondan sonra olan değişimlerdir. Ancak bu yöntemler güvenilirliği olmayan yaklaşımlardır.

Doğal Korunma Yöntemlerinden emzirme ile korunma (Laktasyon Amenoresi) hakkında bilgi veriniz?



SIRA SİZDE

5

Özet



Doğum, lobusalık, aile planlaması ve gebelikten korunma yöntemleriyle ilişkili temel kavramları açıklamak

Doğum, normalde 40 haftalık bir gebeliğin sonlanması olarak düşünülse de tanım olarak uterus kontraksiyonlarına bağlı olarak servikal açılma ve silinme ile başlayan, fetus ve eklerinin tamamının doğması ile sonlanan süreç olarak bilinir. Kişinin doğum eylemi boyunca operatif doğum yani cerrahi girişim olasılığı vardır, sezaryen ile doğum olasılığı düşünülmelidir. Bunun için gebenin midesinin, mesanesinin ve rektumunun (barsaklarının) boş olması istenecektir. Mesane boşaltımı sezaryen ameliyatı öncesi sonda uygulaması ile sağlanabilir. Doğum eyleminde enerji gereksinimi yanında sıvı alımı ve gerektiğinde ilaç uygulama olanağının da sağlanması nedeniyle saatte 100-150 cc %5 dekstrozu izotonik tuz içerikli sıvı (serum) verilmelidir. Gebelik fizyolojik bir süreç olarak bilinir. Gebeliğin olması dışında, kişilerin cinsel ilişkilerinin de sağlık açısından değerlendirilmesi, özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıkları ön plana çıkarmış ve üreme sağlığı konusunun vurgulanmasını gerektirmiştir.



Doğum eyleminin özelliklerini açıklamak

Doğum her zaman istendiği gibi olmayabilir. Sıkıntı durumunda, gebelikte kalp hastalığı gibi bir nedenle gebenin ıkmaması gereken durumlarda, çıkımın bebeğin doğmasına zorluk yaratacağı durumda, doğumun hızlandırılması ve gerçekleştirilmesi için vakum ile ya da forseps ile traksiyon gerekir. Doğum eylemi üç dönemden oluşur: Birinci dönem servikal açılma, İkinci dönem servikal açıklık tamamlanması, Üçüncü dönem ise fetusun çıkması ile plasentanın çıkması tamamlanmaya kadar geçen süreçtir. Epizyotominin amacı, doğuma bağlı yırtığın oluşmadan düzenli bir kesinin olmasıdır. Böylece düzgün dikilme şansının olması, tüm doku katlarının bilinçli olarak onarılabilmesi, doğumda ıkmama ile ortaya çıkan gevşeme ve doku yırtıklarının en az olması ve bu arada doğumun kolaylaştırılması olmaktadır. Fetusun başının doğum kanalına uyumu, fizik kuralları çerçevesinde gerçekleşir. Uterusun fetusu doğum kanalı doğrultusunda itmesi sonrasında, fetus başı pasif olarak karşı kuvvetler nedeniyle fleksiyona uğrar ve en kü-

çük çap olan suboksipitobregmatik çapa ulaşır. Doğum eylemi her zaman uterus kontraksiyonlarıyla başlamaz. Kişinin doğum eylemi boyunca operatif doğum yani cerrahi girişim olasılığı vardır. Sezaryen ile doğum olasılığı olasılık dâhilindedir. Doğum eylemi boyunca gebenin rahat, güvenli bir ortamda tutulması, kontraksiyonlarla ortaya çıkacak şiddetli ağrıların kontrol altında olması ve gebenin ağrısının azaltılması gereklidir. Ağrının azaltılması sadece rahatlık için değil aynı zamanda nefes almanın kolaylaşması ve böylece fetusa daha rahat oksijen transferi imkanı sağlayacaktır. Fetal kalp hızının doğum eyleminin başında 30 dakika aralıkla, aktif doğum eylemi içinde ise her 15 dakikada bir fetoskop da denen fetus kalbi dinleme aleti ile kalp atım sayısı ve ritmi dinlenmelidir.



Emzirmenin önemini açıklamak

Gebelik sağlıklı bir bebeğin doğumunu amaçlamaktadır. Sağlıklı bir bebek doğduğu andan itibaren annesine bağımlı yaşamak ve kendisi için en uygun besinini almak hakkına sahiptir. Anne sütü yenidoğan bebek için gerekli tüm besin değerlerini, sıvıyı, mineralleri içerir. Daha önemlisi doğumdan sonra bebeğin emeceği ilk süte bir bebeğin geeksinimi olan önemli immünglobülinlerin bulunmasıdır. Bu süte kolostrum (ağız) denir. Yeni doğan bir bebeğin savunma sistemleri henüz gelişmemiş olduğundan kolostrumdaki bol miktardaki immünglobülin ve yağ içeriği, uygun aminoasitlerden yararlanmış olacaktır. Bebeğin anne memesini emmesiyle gebelik boyunca yüksek plasental hormonlar ile gelişmiş, hipertrofiye olmuş olan galaktofor beslenir ve kanallarda süten boşalması ve üretilmesi devam eder. Emzirme, prolaktin refleksi de denen nörohormonal uyarıyı başlatır. Bebeğin emmesi ile memede oluşan sinirsel uyarılar, omurilik yolu ile beyine ve hipotalamusa uyarı olarak iletilir. Hipotalamustan prolaktin inhibing faktör (PIF) azalması ile prolaktin salınımı artar. Doğum öncesi dönemde meme bakımının iyi olmaması, emzirmenin tekniğine uygun olarak yapılmaması, lohusalıkta meme başının iyi temizlenmemesi meme başının çatlamasına yol açabilir. Memelelerin yeterince boşaltılmadığı durumlarda veya süt yapımının fazla olduğu durumlarda meme

başı aşırı dolgunlaşıp sertleşebilir. Memelerin Aşırı dolgunlaşıp memede kırmızılık, sütün iyi boşaltılmaması, hızlı nabız, 38-40 derece ateş, lohuseda baş ağrısı gibi belirtiler gösteren Meme iltihabında (mastit) memeler iyice boşaltılması, çok ağrılı ise 48 saat emzirmenin yapılmaması (iltihap yoksa emzirmeye devam edilebilir) gerekir. Memeler sağlıklı olarak boşaltılır. Memelere sıcak uygulaması yapılır. İltihabik durumda mutlaka doktor kontrolünde ilaç alınması gerekir.



Lohusalıkta dikkat edilmesi gerekenleri sıralamak

Doğumu izleyen ilk 6 haftalık dönem lohusalıktır. Kanama, ateş, nabız ve kasılma olup olmadığı, lohusalık akıntısı durumu sürekli izlenmelidir. Lohusalıkta beslenmenin önemi emzirme açısından önem kazanmaktadır. Kişinin yaklaşık 300-400 kCal ek gereksinimi vardır. Bunun sebze, meyve ağırlığı yanında karbonhidrattan zengin olması, bol protein ile takviye edilmiş olması gereklidir. Sıvı alımı teşvik edilmelidir.

Lohusalıkta fizik aktivite doğumla birlikte başlamalıdır. Ancak bu hareketlilik ev içinde günlük işlerin yapılması olması gerekir. Hafif egzersiz hareketleri için 15 gün geçmesi, gebeliği ilgilendiren yaraların tamamen iyileşmiş olması gerekmektedir. Aletli jimnastik ve ağır egzersizler lohusalık döneminde yapılmamalıdır. Cinsel ilişki için en az 6 haftanın geçmesi beklenmelidir. Lochia varlığında enfeksiyon riski tüm pelvis organlarını ilgilendirir. Emzirenlerde bu dönemde ovülasyon beklenmez. Ancak hiç emzirmeyenlerde ve laktasyon baskı altında tutulan kişilerde ilk ay sonunda ovülasyon beklenebilir.



Aile planlamasının amaçlarını açıklamak

Aile planlaması, sağlıklı bireylerin oluşturduğu, sağlıklı toplumları amaçlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği tanıma göre üreme sağlığı yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalıkların ve sakatlıkların olmaması değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde tamamlanmasıdır. Bu tanım kapsamında kişinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkında bilgili olması, böylelikle de sağlıklı bir toplum için en küçük sosyal grup olarak kendi ailesini sağlıklı değerlendirme olanağı verecektir. Aile planlaması, aile bireylerinin istediği zaman, istediği kadar çocuk sahibi olabilmeleri olarak tanımlanabilir. Tanımdan anlaşılacağı gi-

bi, aile planlaması çocuk olmasının önlenmesi ya da gebeliklerin sonlandırılması değildir. Aile planlamasının yanında üreme sağlığının da önemli bir konu olarak ele alınması gereklidir. Her aile bireyi kendisinin ve ailesinin yaşamını, sağlıklı olmasını, mutluluğunu, geleceğini, sağlıklı çocuklar elde etmeyi arzulamaktadır. Ancak gerek bilgilendirme eksikliği gerekse eğitiminin eksikliği nedeniyle aile planlamasının ve bunun ile ilişkili olan üreme sağlığı bilincini kazanamamak nedeniyle istenmeyen koşullar ile karşılaşmaktadır.



Gebeliği önleyici modern yöntemleri uygulayamaması konusunda bilgi birikimine sahip olmak

Kontrasepsiyon yöntemleri içinde etkinliği bilinen ve kişinin sağlığına olumsuz etkisi olmayan yöntemlerdir. Günümüzde en fazla tanınan ve kullanılan yöntemleri oluşturmaktadır. Kontraseptif yöntemler daha sonraları gebelik şanslarını kullanacak olan çiftlerin kullanabileceği "geri dönüşlü yöntemler" olabileceği gibi bundan sonra hiç gebelik istemeyen ve doğurganlıklarını tamamlamış olan çiftlerin seçtiği "geri dönüşsüz kontraseptif yöntemler" olarak sterilizasyon yöntemleri olabilmektedir. Modern yöntemleri; geri dönüşlü kontraseptif yöntemler (Bariyer, Hormonal, Rahim içi araçlar, Spermisitler) ve geri dönüşsüz kontraseptif yöntemler (Erkeklerde vazektomi, Kadında tüp ligasyonu) olmak üzere iki grupta toplamak mümkündür. Doğum kontrol hapları, yumurtalıktan yumurtanın atılmasını engeller ve sperm geçişini önler. Ayrıca rahimin iç tabakasını incelterek döllenmiş yumurtanın yuvalanmasını engeller. Doğum kontrol hapları düzenli kullanıldığı sürece etkisi fazladır. Spiraller, gebelik kuşkusu varsa yeni geçirilmiş, ya da tekrarlayan jinekolojik iltihap varlığında teşhis konulmamış vaginal kanama varsa, rahim anatomisinde bozukluk varsa büyük myomlar varsa, kronik bağımsızlık yetmezliği, Bakır alerjisi varsa (bakır içeren spiraller için), Wilson hastalığı varsa (bakır içeren spiraller için) uygulanmalıdır. Bu yöntemlerin yanı sıra; koitus interruptus (geri çekme), morning after pill, postkoital RIA uygulaması, laktasyon amenoresi, postkoital duş, spermisitler ve takvim yöntemi de kullanılmaktadır.

Kendimizi Sınyalım

1. Normal koşullarda doğum, gebeliğin kaçınıcı haftasında gerçekleşir

- 20
- 30
- 40
- 50
- 60

2. Aşağıdakilerden hangisi epizyotomi yapılmasının amaçlarından biri **değildir**?

- Tüm doku katlarının bilinçli olarak onarılması
- Doğum sırasında ortaya çıkan yırtıkların en aza indirilmesi
- Doğumun kolaylaştırılması
- Dokulardaki gevşemenin giderilmesi
- Kanlı akıntının kesilmeye çalışılması

3. Aşağıdakilerden hangisi sezaryen ile doğumun bir gereğesi **olamaz**?

- Doğum beş saat sürecekse
- İkınılmaması gereken durumlarda
- Anne kalp hastası ise
- Doğumun hızlandırılması gerekiyorsa
- Çıkım, bebeğin doğmasına zorluk yaratacaksa

4. Doğumu izleyen ilk altı haftalık döneme ne ad verilir?

- Gebelik
- Forseps
- Laktasyon
- Lohusalık
- Angorjman

5. Aşağıdakilerden hangisi üreme sağlığını **en iyi** tanımlamaktadır?

- İşlevlerin tam olması
- Hastalıkların olmaması
- Üremenin tam bir iyilik hali içerisinde olması
- Cinsel sağlık hakkında bilgili olunması
- Üreme sağlığı hakkında bilgili olunması

6. Emzirmenin önemi açısından lohusalıkta kaç kCal'e gereksinim vardır.

- 150-250
- 300-400
- 450-500
- 550-600
- 650-700

7. Aile planlamasını aşağıdakilerden hangisi en iyi anlatmaktadır?

- Ailelerin çocuklarının isteklerini karşılayabilmesi
- Ailenin devamını sağlayacak kadar çocuk sahibi yapılması
- Ailenin bakabileceği kadar çocuk sahibi olması
- Siyasal ve sosyal durumu devam ettirebilecek kadar çocuk yapılması
- Toprakları sürebilecek kadar çocuk yapılması

8. Aşağıdakilerden hangisi geri dönüşlü kontraseptif yöntemlerden biridir?

- Erkeklerde vazektomi
- Kadında tüp ligasyonu
- Morning after pill
- Postkoital uygulaması
- Kondom

9. Aşağıdakilerden hangisi gebelikten korunmada yararlanan hormonal yöntemlerden biri **değildir**?

- Minihaplar
- Spermisitler
- Enjekte edilenler
- Progesteronlu RİA'lar
- Kompine oral kontrastifler

10. Aşağıdakilerden hangisi kondom yönteminin yararlarından birisi **değildir**?

- % 97 oranında korunmasıdır.
- Rahim ağzı kanseri için önleyici olmasıdır.
- Erken boşalmayı engellemesi
- Ereksiyonu kolaylaştırması
- AIDS'ten koruması

Yaşamın İçinden



DOĞUMDAN SONRA GEBELİKTE KÖRÖNÖMÖK

Doğumdan sonra bir süre annenin ruhsal, fiziksel sağlığı için yeni bir gebelik önerilmez. Bu sebepten belli bir dönem gebelikten korunmak şarttır. Bu dönemin uzunluğu herkes için değişken olmakla birlikte doğumlardan sonra vücudun toparlanması için genel olarak en az bir yıl süreyle yeni bir gebelik önerilmez. Ancak bu bir yıl içinde vücut tam olarak kendini toparlayabilir. Sezeryan ya da normal doğumla çocuk dünyaya getirmiş olmak bu süreyi değiştirmez.

Emzirme gebelikten korur mu?

Emzirme, doğum sonrası yaklaşık olarak 3 aya kadar tam koruyucu olmakla birlikte bu süre sonunda koruyuculuğu azalarak devam eder. Çünkü ovulasyon yani yumurtlama genellikle 3. aydan sonra başlar ve 5-6. aylardan sonra normal periyoduna döner.

Bir başka deyişle korunma olmadığı durumlarda, emzirmeyenlerde 3 hafta, emzirenlerde ise 3 aydan sonra gebelik şansı vardır.

Günde 5-6 kezden az olmayacak şekilde emziren, bebeğe verilen ek gıda oranı % 10-15'i geçmeyen ve adet görmeyen lohusalarda, koruma çok yüksek bir oranda olabilmektedir.

Daha başka korunma yöntemleri nelerdir?

Doğum sonrası korunma yöntemleri içinde en uygun yöntemler spiral, prezervatif (kondom) ve üç aylık depo progesteron iğneleridir.

Spiral doğumdan hemen sonra veya daha ideal olarak 40-45 gün sonra takılabilir. Takılacağı zaman adetli olmak şart değildir. Ancak elbette öncelikle detaylı bir jinekolojik muayeneden geçmek ve rahim ağzında yara, vajinal enfeksiyon, rahim veya yumurtalıklarda enfeksiyon (iltahap) bulguları, adet düzensizlikleri yaşamamak gerekir. Yine kişilerde bakır alerjisi de olmamalıdır. Erkeğin prezervatif (kılıf) uygulaması da uygun şekilde kullanıldığı zaman spirale eşdeğer koruma sağlar. Ancak her erkek prezervatif kullanmayı sevmiyor olabilir. Her iki yöntemi de kullanamayan kişilere "üç aylık depo progesteron" yapılabilir. Bu iğneler doktor tarafından yalnızca uygun kişilere reçete edilebilir. Süte bir zararı yoktur. Tam olarak 90 gün süreyle korunma sağlanır, bu sürenin sonunda tekrar yapılması gerekir.

Depo iğnelerin bazı istenmeyen yan etkileri de olabilir. Bu istenmeyen yan etkileri iğnelerin yapıldığı süre boyunca adeta bir gebelik hali gibi adet görememe, bazen akne (sivilce), göğüslerde gerginlik, iştaha bağlı kilo artışı, zaman zaman adet düzensizlikleri şeklinde ara kanamalarıdır. Ayrıca iğneler bırakıldıktan sonra adetler bir süre daha eski düzenli haline dönmeyebilir. Bu süre bazen 6 ayı bulabilmektedir.

Üç aylık depo progesteron iğneleri gibi "saf progesteron içeren doğum kontrol hapları" nadiren tercih edilen doğum kontrol yöntemlerindedir. Oluşturduğu yan etkiler depoprovera'ya benzer. Çok düzenli ve saatinde kullanılmadığı durumlarda gebelikler de oluşabilir. 3. aydan sonra uzun etkili, cilt altı implantların (progesteron içeren) kullanılması da, alternatif bir kontraseptif yöntem olarak hastalara sunulmalıdır.

Emziren kadınlarda doğum kontrol hapları kullanılabilir mi?

Klasik doğum kontrol hapları hem estrogen hem de progesteron içerir. Progesteronun anne sütüne herhangi bir zararları olmazken estrogenler anne sütünü azaltır. Bu yüzden emzirme döneminde doğum kontrol hapları önerilmez. Doğum sonrası artık kesinlikle yeni bir çocuk istemeyen ve 30 yaşın üzerindeki kişilerde tüplerin - kanalların bağlanması (ligasyon) işlemi yapılabilir.

Tüplerin bağlanması normal doğumdan sonra ilk 5 gün içinde veya doğumdan 40 gün sonrasında itibaren aile planlaması kliniklerinde laparotomi veya minilaparotomi denilen küçük bir kesi yardımıyla yapılabilir. Tüp bağlanması işlemi sezaryen olan gebelerde, ailelerin önceden işlem için rızalarını belirtir imza vermeleri durumunda ameliyat sırasında da yapılabilir.

Tüplerin bağlanması durumunda geriye dönüş yok denecek kadar az olduğu için çiftler çocuk istememe konusunda kesin kararlı olmalıdırlar. Ancak eğer geriye dönüş istenirse tüp bebek yöntemiyle bunun da mümkün olabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca yanlış bir inanış olarak tüplerin bağlanması adet düzensizlikleri, cinsel fonksiyonlarda azalma ve kasık ağrısı gibi şikayetler kesinlikle yaratmaz.

Erkeklerde tüp bağlanması işlemi ise vazektomi olarak bilinir. Lokal anestezi eşliğinde ayaktan yapılan çok basit bir işlemdir. İşlem sonrası cinsel istek veya fonksiyonlarında azalma yaratmaz ve meni'nin miktarında değişim olmaz. Yine geri dönüşümü olmadığı düşünülerek

yapılması gereken bir yöntemdir ama bu da tıpkı tüplerin bağlanması gibi tüp bebek yöntemiyle tekrar gebelik oluşturulabilecek bir tekniktir. Diğer doğum kontrol yöntemleri ise servikal keş (başlık), vajen içi fitil ve kremler, geri çekme yöntemleri (coitus interruptus) ise koruyuculukları daha az olan yöntemlerdir.

Hangi korunma metodu kullanılırsa kullanılsın her türlü adet gecikmesi durumunda öncelikle gebelik düşünülmalıdır. Eğer gebelik testleri ve muayene sonuçlarında gebelik saptanmazsa adet gecikmesi nedenine yönelik tedavi uygulanmalıdır.

Kaynak: www.gebelikveannelik.com. Dr. Selman Laçın (selmanlacin.com). 24.03.2008. 18:30

Okuma Parçası

Hepatit B ve Korunma Yolları

Geçirildiğinde bazı durumlarda ciddi belirtilerle seyredilen, bazen de kronikleşerek ciddi sağlık sorunları yaratabilen bir hastalık olan **Hepatit B**, aşı yoluyla hemen tümüyle önlenilebilen bir hastalıktır.

Hepatit B enfeksiyonu, Hepatit B virüsünün (HBV)

karaciğer dokusunda enfeksiyona yol açmasıyla ortaya çıkan bir durumdur. Virüs vücuda ilk kez girdiğinde şiddetli belirtiler ve sarılık yapabileceği gibi hiçbir belirti de vermeyebilir. Enfeksiyon sonrası seyir tam şifa ve ömür boyu süren bağışıklık olabileceği gibi kronikleşme ve kalıcı karaciğer hastalığına ve karaciğer kanserine dönüşüm de söz konusu olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü **hepatit B virüsünü** insanda sigaradan sonra kanser yapan en önemli dış etken olarak değerlendirmektedir.

Hepatit B geçiren erişkinlerin %5-10'unda, çocukların ise %70'inde hastalık kronikleşir. Kronikleşen hepatit B enfeksiyonu karaciğer yetmezliği, siroz ve karaciğer kanseri riskini önemli oranda artırır. Ek olarak kronik hepatit B enfeksiyonu olanlar virüsü taşımaya devam ettikleri için hastalığı başta yakın temas halinde olduğu kişiler olmak üzere diğerlerine bulaştırmak için önemli bir kaynak teşkil ederler. İlk enfeksiyon sonrası taşıyıcı durumuna geçmeyen şanslı bireylerde vücutta gelişen antikorlar hastalığa karşı ömür boyu bağışıklık sağlarlar ve bu bağışıklığı olanlarda kronik enfeksiyona bağlı riskler gerçekleşmez.

Belirtileri Nedir?

Virüs vücuda girdikten sonra 60-120 gün süren bir kuşak dönemi sonrası belirti vermeye başlar. Hastaların yarısında hafif kırgınlık gibi hastalığa özgü olmayan belirtiler gözlenirken, diğer yarısında kas ve eklem ağrıları, baş ağrısı, bulantı kusma, yorgunluk, karaciğer bölgesinde ağrı gibi belirtilerle birlikte gözaklarında sararma, ciltte sararma, idrar renginde koyulaşma, dışkı renginde açılma ortaya çıkabilir.

Kimlerde Olur? (Risk Grupları)

Hepatit B enfeksiyonu damar yoluyla uyuşturucu kullananlarda, eşcinsel ilişkisi olanlarda, doktor, hemşire gibi sağlık personelinde, kanama bozukluğu nedeniyle sık sık kan ya da kan ürünü alanlarda, hemodiyaliz hastalarında diğer insanlardan daha sık görülür. Hastalığı taşıyan kişilerin yakınları da büyük risk altındadır. Cinsel ilişki virüsün bulaşması için en uygun yollardan biridir ve bu haliyle hepatit B cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında da ön sıralarda yer alır.

Nasıl Bulaşır?

Hepatit B virüsünü taşıyan kişilerin kanlarında, tükürük salgılarında, spermaları (meni) içinde, vajinal salgılarında virüs yoğun olarak bulunur. Virüsün çok az bir miktarının bile bulaşıklığı olmayan birinin kan dolaşımına geçmesi enfeksiyonu başlatmaya yeterlidir. Virüs ciltte, ağızda, genital bölgelerde gözle bile görülmeyen ufak çatlaklar bularak kişinin kan dolaşımına geçebilmektedir. Aynı kaptan yemek yiyen kişiler arasında ve iyi temizlenmemiş çatal-bıçak gibi malzemenin kullanılmasıyla da bulaşabilir.

Korunma

Hepatit B uygun aşılamayla önenebilen bir hastalıktır. Bu yüzden ülkemiz de dahil olmak üzere tüm dünyada bu virüse karşı yoğun bir aşı kampanyası başlatılmıştır. Artık çocukların aşı takvimlerinde hepatit B aşısı rutin olarak yer almaktadır. Amaç, bir zamanların salgın hastalığı olan ve şu anda dünyadan silinmiş çiçek hastalığı gibi hepatit B hastalığını da sonsuza kadar silmektir. Sizin kolunuzdaki çiçek aşısı izini çocuğunuz taşımayacak. Belki onun çocuğu da hepatit B aşısı olmak zorunda kalmayacak. Aşının içinde bulunan madde aslında virüsün bir parçasının "rekombinan" teknikle yani laboratuvar ortamında suni olarak üretilmiş şeklidir. Bu madde vücuda girdiğinde çoğalmaz ve enfeksiyon yapmaz, ancak yabancı bir madde olarak algılandığından özgün antikorlar üretilir. Bu antikorlar vücuda virüs girdiğinde virüsü hemen tanıyarak yok eder.

Aşı bazı kan ölçümleri yapılan ve bu ölçümlerle Hepatit B'ye karşı bulaşıklığı olmayan ve virüs taşıyıcısı olmayan bireylere uygulanır. Şu anda güncel olan aşılama şemasına göre ilk dozdan bir ay ve altı ay sonra olmak üzere toplam üç doz uygulanır (bu şema değişebilir). Aşı bittikten belli bir süre sonra kanda virüse karşı antikor gelişiminin seviyesi ölçülür ve gerekli durumlarda bir doz daha uygulanır. Aşının beş yıl aralıklarla tekrarlanması önerilir. Başta risk altında olanlar olmak

üzere tüm bireyler Hepatit B'ye karşı aşılanmalıdır. Ailedeki fertlerden birinde taşıyıcılık olması durumunda tüm aile bireyleri aşılanmalıdır.

Hepatit B virüsü taşıyan biriyle temas edilmesi durumunda (cinsel ilişki, kan alınması esnasında iğne batması, ameliyat ekibinin eline iğne batması, aynı ortamda yakın ilişki içinde bulunmak gibi) aşısız olan kişiye temastan sonraki ilk 48 saat içinde koruyucu Hepatit B immun serumu uygulanır ve aşı başlanır.

Kaynak: www.kadinhastaliklariuzmani.com. 21 Şubat 2008 admin Kategori: Kadın Hastalıkları | 24. 03. 2008. 19.30

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

- | | |
|-------|--|
| 1. c | Yanıtınız yanlış ise "Doğum" başlıklı bölümünü tekrar gözden geçiriniz |
| 2. e | Yanıtınız yanlış ise "Doğum Eylemi Kaç Dönemden Oluşur?" başlıklı bölümünü tekrar gözden geçiriniz |
| 3. a | Yanıtınız yanlış ise "Operatif Doğum" başlıklı bölümünü tekrar gözden geçiriniz |
| 4. d | Yanıtınız yanlış ise "Lohusalık" başlıklı bölümünü tekrar gözden geçiriniz |
| 5. c | Yanıtınız yanlış ise "Sıra Sizde 1" başlıklı bölümünü tekrar gözden geçiriniz |
| 6. b | Yanıtınız yanlış ise "Lohusalıkta Nelere Dikkat etmek gerekir" başlıklı bölümünü tekrar gözden geçiriniz |
| 7. d | Yanıtınız yanlış ise "Aile Planlaması" başlıklı bölümünü tekrar gözden geçiriniz |
| 8. e | Yanıtınız yanlış ise "Geri Dönüslü Kontraseptif Yöntemler" başlıklı bölümünü tekrar gözden geçiriniz |
| 9. b | Yanıtınız yanlış ise "Hormonal Yöntemler Nelerdir?" başlıklı bölümünü tekrar gözden geçiriniz |
| 10. d | Yanıtınız yanlış ise "Kondom" başlıklı bölümünü tekrar gözden geçiriniz |

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Üreme sağlığı kavramının temel öğelerini oluşturan;

- Üreme organlarının normal işlev görmesi,
- Sağlıklı ve mutlu bir cinsel hayat,
- Cinselliği ve doğurganlığı zorlamalar olmadan yaşayabilme,
- Çocuk sahibi olup olmama ya da ne zaman ve kaç çocuk sahibi olacağına karar verebilme,
- Bu kararı istediği gibi uygulayarak planlanmış gebelikler sonucu sağlıklı çocuklara sahip olabilme,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon etkenlerinden korunabilme ve gerektiğinde tedavi olabilme, kadın ve erkeklerin yaşam boyu mutluluğu için vazgeçilmezdir.

Sıra Sizde 2

- Aile planlamasının amaçları;
- Bireyleri ve aileleri, üreme sağlığı konusunda eğitmek Anne ölümlerini önlemek ve sağlığını korumak
- Bebeklerin sağlıklı doğmalarını ve yaşamalarını sağlamak
- Yüksek riskli gebelikleri önlemek
- İstenmeyen gebelikleri önlemek
- Çocuk sahibi olmak isteyenlere tıbbi yardım sağlamak
- Bireyleri aile planlaması yöntemleri konusunda eğitmek

Türkiye’de aile planlaması hizmetleri; Sağlık Bakanlığına bağlı olan sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve hastanelerin yanında SSK hastaneleri, üniversite ve diğer kamu kuruluşlarının hastaneleri ve özel sağlık merkezlerinde verilmektedir. Kamu kuruluşlarında, kondom ve doğum kontrol hapları ücretsiz dağıtılmakta, rahim içi araç (RIA) ücretsiz ya da çok düşük bir ücret karşılığında uygulanmaktadır.

Sıra Sizde 3

Gebelik belirtilerinin bir bölümü, kadının kendisinin de anlayabileceği değişikliklerdir. Bir bölümü ise ancak doktorun muayenesi sonucu anlaşılır. Gebeliğin başlangıcında bu işaretler başka durumlarla da karıştırılabilir, ama daha sonraları kuşku ortadan kalkar. Bazı belirtiler her gebede görülmez, bazıları ise bütün gebelerde ortaktır.

Ciltteki değişiklikler: Gebeliğin başlamasıyla vücudun belirli bölgelerinde derinin koyulaştığı görülür. Başlangıçta, pigmentasyon denilen koyuluk, meme başlarında ve karnın ortasında düz bir çizgi halinde ortaya çıkar. Bu durum ikinci ayın sonunda gittikçe belirginle-

şir. Pigmentasyon elde yüzde veya vücudun başka kısımlarında lekeler halinde oluşabilir. Yüzde oluştuğunda çoğunlukla gebelik maskesi diye adlandırılır. Bu pigmentasyon nerede oluşursa oluşsun geçicidir ve çocuğun doğumundan sonra yok olur.

Sıra Sizde 4

- İnce, şeffaf, yumuşak plastikten yapılmış, uçları halka ile gerilmiş kılıf şeklinde bir araçtır
- Cinsel ilişki öncesinde, kadının vajinasına yerleştirilir
- Cinsel ilişki sırasında, meni içindeki spermelerin kadının vajinasına dökülmesini engeller
- Spermisitle birlikte ve doğru kullanıldığında oldukça etkilidir
- Her cinsel ilişkide yeni bir kadın kondomu kullanılmalıdır
- Anne sütünü etkilemediği için emziren kadınlar da kullanabilir
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda (HIV/AIDS, Hepatit-B, Frengi, Bel soğukluğu, Klamidya gibi) korur.
- Hiçbir yan etkisi yoktur

Sıra Sizde 5

Doğumdan sonra, ilk altı ay boyunca anne, bebeğini sadece anne sütü ile sık aralarla, günde toplam en az 60 dakika süreyle emzireyerek beslediği takdirde, annede yumurtlama gerçekleşmeyebilir. Bu durumda cinsel ilişki olsa dahi gebelik oluşmaz. Bu süre sırasında adet kanaması görülür, ek gıdaya geçilir ya da anne emzirmeyi keserse bu yöntemin koruyuculuğu çok azalır. Emzirme ile korunmanın doğumu izleyen ilk altı aydan sonra mümkün olmayacağı bilinmeli ve daha bu süre bitmeden mutlaka etkili bir biçimde gebelikten korunmalıdır.

Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar

Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Editor: Alan De Cherney, Martin Pernoll.

Novak’s Gynecology. Editors: Jonathan Berek, Eli Adashi, Paula Hillard.

Danford’s Obstetrics and Gynecology. James Scott, Philip Disaia, Charles Hammond, William Spellacy.

Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınlarından.

Genital Sistem ve Gebelik

5



Ülkemizde 15 - 49 yaş arası doğurganlık çağındaki kadınlar ve 0 - 14 yaş arasındaki çocuklar toplam ülke nüfusunun yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Bu da gösteriyor ki bu kalabalık grup öncelik arz etmektedir. Bir toplumun gelişmişliği anne ve çocuk ölümleri ile ortaya koyulduğundan bu öncelik önem taşımaktadır. Bu önem dikkate alınıp ülkemizdeki tabloya bakıldığında, gelişmiş ülkelere oranla rakamların oldukça yüksek olduğu kolaylıkla görülebilir. Son yıllarda bu rakamlarda azalma görülse de, istenilen noktaya ulaşmak için çok çabalar harcanması gerekmektedir. Ülkelerin kalkınmışlık düzeyini gösteren anne ve çocuk sağlığını daha üst düzeylere çıkarmak için, toplumun bireyleri olarak elimizden geleni yapmalıyız. İnsan sağlığının korunması yalnız sağlık hizmetlerinden yararlanmak anlamına gelmez. İnsanların günlük yaşamda yaptıkları herşey sağlıklarını korumak için etkili olabilmektedir. Bu anlamda da sağlık eğitimi büyük önem kazanmaktadır. Çağdaş bir bireyin, üreme organlarının yapısını ve işleyişini bilmesi ve genel anlamda gebelik konularında bilgi sahibi olması gerekir. Bu ünite, anne çocuk sağlığıyla ilişkili olarak düşünülen genital sistem, dölleme ve gebelik konularına yer verilmektedir.

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- Genital sistemin gelişimini bilecek,
- Genital sistemin özelliklerini kavrayabilecek,
- Gebelikle ilgili genel kavramları bilecek,
- Gebelikte dikkat edilmesi gerekenleri kavrayabilecek,
- Gebelikte karşılaşılan yakınmaları değerlendirebilecek,
- riskli gebelikleri ayırt edebilecek,
- Gebeliği sonlandırma yöntemlerini kavrayabilecek bilgi ve becerilere sahip olacağız.



Örnek Olay

Hakan ve Canan görücü usulü ile evlenmiş bir çiftti. Tam sekiz yıllık evlilerdi ama çocukları yoktu. Olmuyordu. İlk zamanlar Hakan dabil berkes Canan'ı kusurlu görmekteydi. Onun doğurganlık özelliğinin olmadığı söylenir, kısır damgası vurulurdu. Oysa bütün tabliller ondan kaynaklanan bir sorunun söz konusu olmadığını gösteriyordu. Ama Hakan bunu hep reddediyor ve ailesine de sorunun Canan'dan kaynaklandığını söyleyip duruyordu. Aksini düşünmek bile istemiyordu. Her ne kadar Canan, eşini bir doktora gitme konusunda ikna etmeye çalışıyorsa da bir türlü ikna edemiyordu. Bu yıllarca böyle gitti ve en sonunda belki de yaşının belli bir olgunluğa ulaşması sonucu Hakan, bir doktora gitmeye karar verdi. Neslinin devam edemeyeceği düşüncesi onu iyice endişelendirmişti. Canan ile birlikte doktora gittiler. Doktor kendilerine bir dizi tedaviden sonra olumlu bir sonuç alınabileceğini söyledi. Çok umutlanmıştı ikisi de. Aradan birkaç ay geçmişti ki Canan hamile kalmıştı. Canan bilinçli bir hamilelik dönemi geçirmek için beslenmesine çok dikkat ediyordu. Doktor, bir anne adayının kesinlikle haftada 500 gr. dan fazla kilo almaması ve gebelik sürecinde ortalama 12 kg alması gerektiğini vurgulamıştı. Canan bol vitamin ve mineral içeren besinlerden alıyor, çok yemiyor ama sık sık yemeye çalışıyordu. Canan hamileliğinin başından beri bulantı gibi rahatsızlığı olmadığı için sigara içmeye devam ediyordu. Çok içmiyordu ama tamamen de bırakmıyordu. Bu yüzden Hakan ile sürekli tartışıyorlardı. Canan'ın savunduğu ise bebek için ve kendisi için gerekli vitaminleri ve mineralleri alıyor olması ve bunların nikotini vücudundan attığı idi. Bebeğe zararı olmadığını söylüyordu. Ne yapabilirdi ki? Sigarayı azaltmıştı ya Hakan, Canan'ın yanlış düşündüğünü belirtse de bir işe yaramıyordu. Hamileliğinin yedinci ayında Canan aşırı baş ağrısı ve baş dönmesi ile doktora gitti. Sürekli halsizlik çekiyor ve çok çabuk nefesi kesiliyordu. Doktor, Canan'ın bu rahatsızlıklarının sigarayı hâlâ bırakmamış olmasından kaynaklandığını söyledi. Canan hipertansiyon ile yüz yüze idi. Doktor eğer ısrarla içmeye devam ederse erken doğumun hatta bebeğin anne karında ölebileceğinin bile kaçınılmaz olabileceğini belirtti. Hakan'a bundan bahsedememişti. Ama sigarasızlığa ancak üç gün dayanabilmişti. Beklenen gün gelmişti. Küçük Arzu aileye katılmıştı artık. Canan'ın içi rahattı, çünkü doktorun dedikleri çıkmamıştı. Ancak bebek çok zayıftı. Bu yüzden uzun süre küvezde tutuldu. Canan buna anlam veremiyordu. Halbu ki...Beslenmesine çok dikkat etmişti.

Siz de önemli olaylarda alışkanlıklarınızdan vazgeçer misiniz?

Anahtar Kavramlar

- Genital Sistem
- Döllenme
- Doğum
- Gebelik
- Üreme
- İmplantasyon
- Yumurtlama
- Tüp bebek
- Spermiler
- Düşükler

İçindekiler

- GENİTAL SİSTEM VE DÖLLENME
- GEBELİĞİN OLUŞMASI
- ÜREMEYE YARDIMCI YÖNTEMLER
- GEBELİK
- GEBELİĞİN ANORMAL BULGULARI
- RİSKLİ GEBELİKLER
- DÜŞÜK VE GEBELİĞİ SONLANDIRMA YÖNTEMLERİ

GENİTAL SİSTEM VE DÖLLENME

Bu başlıkta; genital sistemin gelişimi, genital sistemin anatomik özellikleri, genital sistemin fizyolojisi konularının açıklamalarına yer verilmektedir.

Genital Sistemin Gelişimi

Anne uterusu içindeki yaşamın 7.-8. haftasında erkek ve kadında cinsel organları verecek olan taslaklar belirlemeye başlar. Üriner sistem ile genital sistem birlikte ortaya çıkar. Uterusu verecek olan Müller kanalı ve erkekte testisten çıkan kanalları verecek olan Wolff kanalı böbrek taslağı ile aynı dönemde ortaya çıkar. Bu dönemde erkek ve dişi genital gelişim birlikte ve ortak yapılar şeklindedir. Ancak 12. gebelik haftasından başlayarak "Testis Determining Faktör" olarak bilinen TDF ve "Müllerien Inhibiting Faktör" (MIF) erkek fetusda var olduğundan dışıden farklı olarak ortak yapı olan gonadların testis olarak gelişmesine ve kanalların testisten çıkan kanal olarak gelişmesine neden olur. Eğer TDF ve MIF yoksa gelişim dişi yönde olacaktır.

GenitalSistem: Üreme Sistemi
Üterus: Rahim,dölyatağı
Üriner: İdrar yolları
Fetus: Uterus içinde gelişen yavru
Gonad: Cinsiyet bezi
TDF: Testis Determining Faktör
MIF: Müllerien Inhibiting Faktör
Overler: Yumurtalık

Kadının üreme organları(genital organlar) kaç grupta incelenebilir? Açıklayınız.



SIRA SİZDE

1

Erkekte genital sistemin gelişimi nasıldır?



DÜŞÜNELİM

Erkek fetusta indiferansiye gonad, TDF nedeniyle dihidrotestosteron salgılayarak gonadın testis yönünde gelişimini başlatacaktır. Beraberinde kadında tubaları verecek olan MIF varlığı nedeniyle Müller kanalı atrofiye uğrayacak (normal yapı ve görevini kaybedecek), Wolff kanalı spermatik kanalları, seminifer tubulları verecektir. Genital tüberkülden gelişen fallus erkekte penisi verecektir.

Kadında genital sistemin gelişimi nasıldır?



DÜŞÜNELİM

Dişi gelişimde TDF ve MIF olmaması nedeniyle gonadlar aynı tip hücrelerin varlığına karşın ovarium (yumurtalık) olarak gelişecektir. Bu sırada MIF olmaması nedeniyle Müller kanalı varlığını sürdürürken, Wolff kanalı atrofiye uğrayacaktır. Müller kanalı uterus ve tubaları 9. haftada verecek ve urogenital sinusa açılacaktır. Gebeliğin 12-20. haftaları arasında ortada birleşen Müller kanallarının orta kısmı rezorbe olarak (emilerek) uterus içi boşluk ve vajen iç kısmı ortaya çıkar. Vajenin dışı yakın kısmı ve vulva ise genital tüberkülden gelişecektir.

Genital Sistemin Anatomik Özellikleri

Kadın ve erkek genital yapısı birbirine benzer bir pelvis içinde gelişmektedir. Birbirine yapışık olan sakrum, koksiks ve koksa kemikleri iç genital sistemi taşımaktadır. Bu yapının kadında doğum eyleminde önemi vardır. Oluşan pelvik boşluk üstte büyük ve altta küçük pelvisi verir. Büyük pelvis daha çok barsakların bulunduğu yer iken, küçük pelvis iç genitalianin bulunduğu yer olmaktadır. Arkada kolumna vertebralis (omurga) ile devam eden sakrum ve koksiks kemikleri aslında birbirine yapışmış omurlardan oluşmaktadır. Koksiks doğumda bası altında iken minimal bir arkaya yer değiştirme yapabilmekte yani kısmen pasif hareket yapabilmektedir.

Doğumda ortalarında 0.5-1 cm kadar açıklık oluşturabilen simfiz pubis (iki taraf çatı kemiklerinin birleştiği kısım) ise koksa kemiğinin önemli bir parçasıdır.

Kadın ve erkek genital yapısı birbirine benzer bir pelvis içinde gelişmektedir.

Pelvis : Leğen boşluğu
Sakrum: Sağrı
Koksiks: Kalça
Pubis : Çatı
İskium : Oturak
Ilium : Leğen

Koksa pubis, iskiüm ve ilium kemiklerinin yapışmasından oluşmaktadır. Pelvis boşluğu doğum kanalının ana çatısını yaparken, “Carus” eğrisi şeklinde bir dirsek yaparak doğumda fetusun geçeceği yolun sert ve zorlayıcı sınırlarını oluşturacaktır. Oysa erkekte bu yapı kadında da olduğu gibi sadece iç organların taşıyıcısı olarak görev yapmaktadır. İskiümün iç yanında dikensi bir çıkıntı, doğum kanalının ortasında önemli bir işaret taşı olarak değer kazanmaktadır. Spina iskiadika olarak adlandırılan bu nokta, pelvik kanalın ortası olarak kabul edilir ve doğumda fetal başın tepe noktasının buraya gelmesi halinde başın en geniş çapının pelvis girimine yerleştiğini (angajman) ifade eder.

DÜŞÜNELİM



Doğum için doğum açısından en uygun tip jinekoid tip pelvistir ve kadınların yaklaşık %60'ında bu tip pelvis vardır.

İnsan pelvisinin yapısı nasıl anlatılmaktadır?

İnsan pelvisi genellikle 4 tip pelvis yapısı ile anlatılır. Bunlar:

1. **Jinekoid pelvis:** Kadın tipi pelvis
2. **Android pelvis:** Erkek tipi pelvis
3. **Andropoid pelvis:** Maymun tipi pelvis
4. **Platipelloid pelvis:** Yassı tip pelvis

DÜŞÜNELİM



Üretra : İdrar yolu
Prepusium: Sünnet derisi

Erkek genital sisteminin anatomik özellikleri nasıldır?

Erkek genital sistemi dışta penis ve bunu örten prepusium (sünnet derisi) uç kısmında bir açıklık bırakarak işeme işlevi için üretra (idrar yolu) ağzının dışarı açılmasını sağlar. Penis içindeki üretra bir taraftan mesaneye (idrar kesesi) açılırken, diğer taraftan iç genitaleden gelen kanallarla birleşir.

Testis skrotum denen torbalar içinde yerleşik olan gonadlardır. Gonadlar sperm hücrelerinin yapım yeridir. Spermiler testiste yapılarak seminifer kanallar yoluyla vezükula seminalise ve hemen üstündeki prostat bezine ulaşarak buralardan aldığı sıvı salgı ile spermayı yapacaktır. Sperma cinsel aktivite sırasında fişkirircasına uretra içine dolayısıyla penis ucuna atılacaktır. Penis içindeki kavernöz cisim, cinsel uyarılar ile penisin sertleşip irileşmesini sağlayacak ve koitus (cinsel ilişki) sırasında spermanın vajen içlerine ulaşmasına olanak verecektir.

DÜŞÜNELİM



Overler : Yumurtalık
Hymene: Kızlık zarı

Kadın genital sisteminin anatomik özellikleri nasıldır?

Kadın genital sistemi iç ve dış genitalia olarak incelenebilir. İç genital kısımda overler, tubalar, uterus ve hymene kadar olan vajen (dölyolu) yer alırken, dış genitalia vulva; labium minora ve majoralar (büyük ve küçük dudaklar), klitoris, uretral ağız ile hymene kadar olan açıklığı kapsamaktadır.

Uterus normalde 120 gr kadar ağırlıkta iken gebelik sonunda 1.5 kg ağırlığa ulaşabilmektedir. Vajen normalde 8-10 cm uzunlukta iken, doğumda fetal başın geçebileceği 10 cm çapa kadar esneme gösterebilmektedir.

DÜŞÜNELİM



Dış genitaliannın anatomik özellikleri nasıldır?

Dış genitalia (vulva) mons pubis, labia majora ve minora, klitoris, introitus denen girim boşluğu ve buraya açılan Bartolin bezleri ve Skene bezlerinden oluşmaktadır. Mons pubis ve labium majooralar kılla kaplıdır. Bartolin bezi cinsel uyarı ile kaygan bir salgı yaparken, erkekte penisin karşılığı olan klitoris ise cinsel uyarı ile sertleşme özelliği gösterir. Cinsel uyarı ile labia minoralarda kanlanma artışı bu bölgenin duyarlı ve ödemli hal almasına neden olmaktadır.

Himen yani kızlık zarı, labia majoraların iç yüzünde bazen kalbur gibi delikli “kribriform”, bazen band şeklinde “septat”, bazen ay gibi “semilunar”, bazen halka gibi “annüler” olabilir. Nadiren tamamen zar gibi kapalı olabilir, bu durumda menstrüel kanama (adet kanaması) dışarı akamaz, cerrahi olarak açılması gerekir.

Dış genital organlara ne ad verilir? Açıklayınız?



SIRA SİZDE

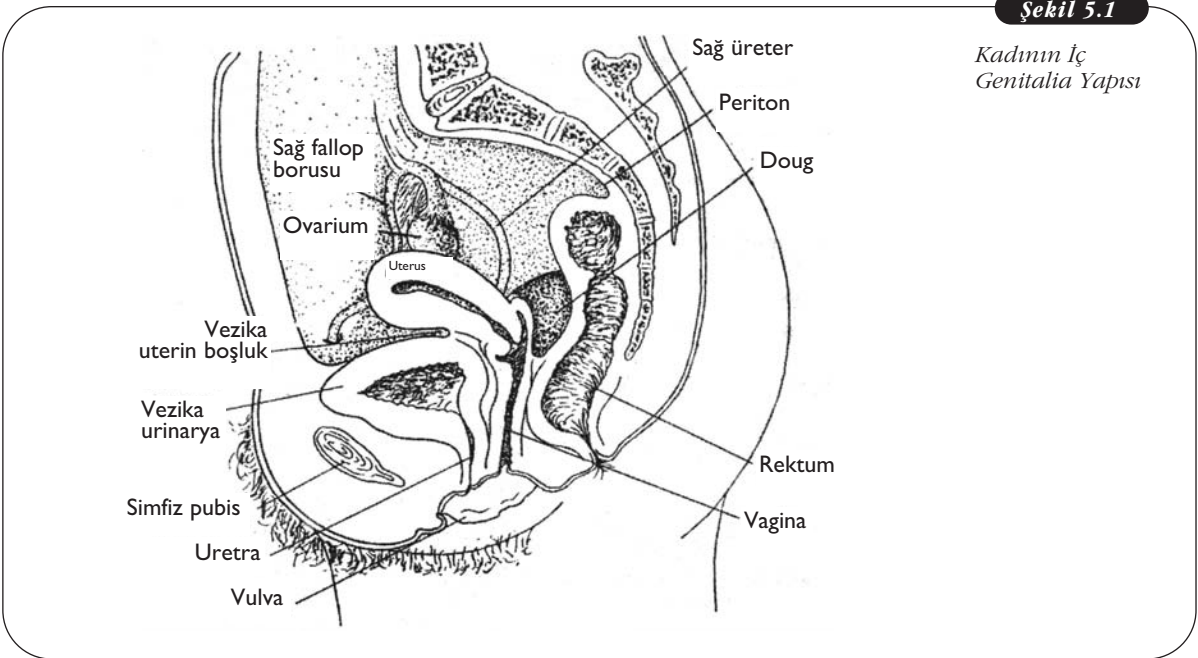
2

İç genitaliyanın anatomik özellikleri nasıldır?



DÜŞÜNELİM

İç genitaliaya önde mesane, arkada kalın barsakların son kısmı olan sigmoid kolon ve rektum ile çevrilidir. Yanlarda arter (atardamar) ve venlerinin (toplardamar) komşuluğunda üreterler (idrar borusu) ve pelvik yan duvar olarak kemik yapı bulunmaktadır. (Şekil 9.1)



Şekil 5.1

Kadının İç Genitalia Yapısı

İç genitaliada vajen içi çok katlı yassı epitel ile kaplıdır. Bu epiteldeki dökümler vajendeki Doderlein basillerinin ortamı asit hale getirmesinde önemlidir. Vajenin devamında serviks uteri (uterus boynu) ve uterus bulunur. Serviks dış yüzeyi çok katlı yassı epitel, içi kolumnar epitel ile ve uterusla devam eden derin kısmı ise endometrium denen uterus içi epitel ile kaplıdır. Vajen epiteli östrojen hormonu uyarısıyla çok katlılığını korur, nemli bir halde tutulur. Vajen dibi arkada seminal havuz denen (sperma havuzu da denebilir) arka forniks ve önde ön forniks ile serviks geçiş sağlar. Koitus (cinsel ilişki) ile arka fornikse atılan sperm hücreleri, buradan servikal kanala girebilir ve kanal içindeki mukus içinden sızarak uterusu ulaşır.

Oositlerin sadece 400 kadarı ovülasyon şeklinde atılabilmekte, kalanı atreziye uğramaktadır.

Uterus embriyonal yaşamda sağ ve sol Müller kanalının birleşmesi (füzyon) ve orta kısmında boşluk oluşması (rezorpsiyon) ile oluştuğundan sağ ve sol yanı simetriktir. Her iki yanda tubalar ile devam eder. Tubalar uçlarında fimbrialar saye-

İç genitaliada vajen içi çok katlı yassı epitel ile kaplıdır. Bu epiteldeki dökümler vajendeki Doderlein basillerinin ortamı asit hale getirmesinde önemlidir.

Endometrium östrojen ve progesteron etkisi ile her ay menstrüasyon şeklinde dökülür.

sinde, fimbriaovarika denen bağları ile yanlarından ayırmadığı overlerden atılan yumurtayı (oosit) yakalayabilme özelliğindedir. Ayda bir kez atılan yumurtayı yakalayıp, iç epitelindeki tüylerin hareketleri ile yumurtayı uterusu taşırlar. Bu taşıma sırasında eğer tubalara ulaşmış sperm varsa gebelik burada başlayacak ve uterusu yuvalanmak üzere taşınacaktır. Endometrium bu dönemde yuvalanma için uygun değişimleri geçirmektedir.

DÜŞÜNELİM

Doğumda önemli işleve sahip tabaka hangisidir?

Uterus dışta seroza adlı zar tabaka ile örtülüdür ve seroza periton ile devam eder. Uterus orta tabakası doğumda önemli işlevi olan adale tabakası olan myometrium ve içte hormonlara duyarlı olan endometriumdan oluşmaktadır. Endometrium estrogen ve progesteron etkisi ile her ay menstrüasyon şeklinde dökülür. Her ay yeniden endometrial epitel yenilenir. Uterus en güçlü bağı kardinal ligament (bağ) ile pelvik kemiklere bağlanırken önde mesane, arkada rektum (barsakların son kısmı) birlikte asılı konumda tutulabilir. Uterus, sakrouterin ligament ile sakruma, ligamentum rotundum ile labium majuslara kadar gidecek şekilde pubise bağlanırken, ligamentum latum ile tuba uterinaları, lig ovarii proprium ile overleri kendine bağlamaktadır.

Tubalar interstisyum, istmus, ampulla ve infundibulum kısımlarından oluşur. Overler uterusun her iki yanında 10-14 cm boyunda olan tuba uterinalar altında yer alır. Overler, 3-4 cm boyunda sedefi beyaz renkte bademe benzer (ovoid) şekildedir ve ergenlik çağında (adolesan yaşlarda) 400 000 adet olan oositleri taşır. Ancak bu oositlerin sadece 400 kadarı ovülasyon (yumurtlama) şeklinde atılabilmekte, kalanı atreziye (overde foliküllerin belli bir gelişme kaydetmesini takiben gerileyip kaybolması) uğramaktadır. Overler ligamentum ovarii ile uterusu, ligamentum suspensorium ovarii ile pelvik yan duvara fiksedir (sabit). Uterusun damarları arteria iliaca internadan gelen arteria uterina ve dallarıdır. Overleri besleyen over arterleri sağda aortadan, solda aorta ya da renal arterden gelir. Vajen ise uterin arter inen dalı ve hemoroidalis media ve pudental damarlar ile beslenir ve vulvaya kadar beslenmeyi bu damarlar sağlar.

Genital Sistemin Fizyolojisi

Overler yeni doğan bir kızda 750 000 primordial folikül içermekteyken, pubertada (buluş çağı) bu sayı 400 000'e iner. Bunların ancak, 250-400 kadarı ovülasyon ile oosit atılımına gider. Genetik şifre ile 22'si otozomal, 1'si gonozomal olarak 23 çift kromozom dışı ortadan bölünerek her bir oosite 23 adet olarak geçer. Kadının adet görmelerinden yaklaşık 14 gün sonra gelişmiş bir oosit atılır.

Erkeklerde ise yine aynı şekilde bulunan 23 çift kromozom, testiste yapılan spermelerde ortadan bölünerek 23 kromozom olacak şekilde bulunmaktadır. Ancak erkek gonozomal kromozomları X ve Y içerdiğinden spermelerin %50'si X %50'si Y kromozomu taşır. Spermatogenez (sperm oluşması) testiste yapılan spermatogonia denen ilkel cinsiyet hücreleri ön hipofizdeki gonadotropinlerin etkisi ile primer daha sonra da sekonder spermatozoidleri vermektir. Sekonder spermatozoidler 23 kromozomlu olup mitoz ile bölünerek spermatidleri verir. Spermatidler testis içinde Sertoli hücrelerine yapışarak olgunlaşır ve olgun spermatozoaları (spermeleri) verir. Spermeler, genetik yapı (23 kromozom) içeren baş kısmı dışında enerji içeren boyun ve gövde ile hareketi sağlayan kuyruk kısmından oluşmaktadır. Spermeler testis dışına çıkarak vezikula seminalis ve prostat bezinden "sperma sıvısı" olarak

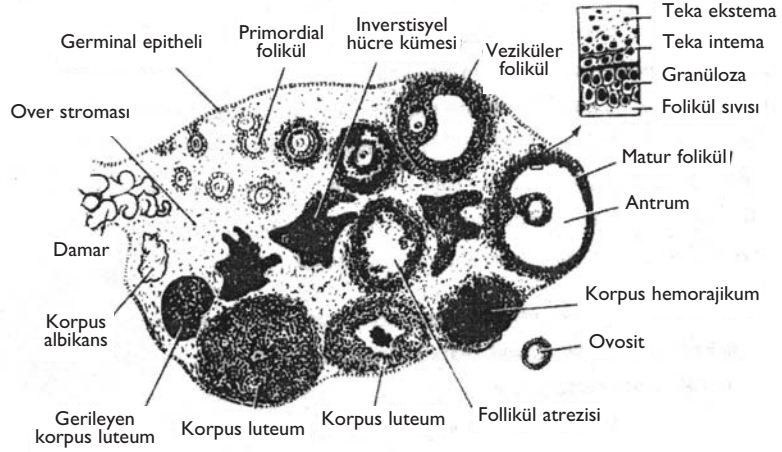
Genetik şifre ile 22'si otozomal, 1'si gonozomal olarak 23 çift kromozom dışı ortadan bölünerek her bir oosite 23 adet olarak geçer. Erkeklerde, erkek gonozomal kromozomları X ve Y içerdiğinden spermelerin %50'si X %50'si Y kromozomu taşır. Spermatogenez (sperm oluşması) testiste yapılan spermatogonia denen ilkel cinsiyet hücreleri ön hipofizdeki gonadotropinlerin etkisi ile primer daha sonra da sekonder spermatozoidleri vermektir.

DÜŞÜNELİM

Overlerin işlevi nedir?

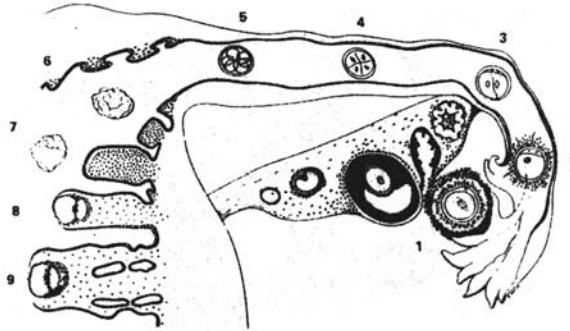
Overler hipofizer kaynaklı FSH ve LH uyarıları ile endokrin işlevlerini yerine getirmektedir. Overlerdeki subkapsüler, yerleşimli olan ve yeni doğmuş bir bebekte yaklaşık 750 000 kadar olup puberta döneminde 400 000 sayılarına inen primordial foliküller, ilk adet olan menarştan başlayarak FSH uyarısıyla sırayla gelişirler. (Şekil 9.2)

Şekil 5.2

Overlerde
Folikülogenesis

Her ay gelişmekte olan folikül yanında gelişeni inhibe ederek (baskı altına almak), bir siklusda bir oosit atılımı olacak şekilde denge oluşur. Nadiren bir siklusda birden fazla oosit atılımı ile çoğul gebelikler oluşabilmektedir. FSH uyarısı ile uyarılan primordial foliküde folikül, gelişerek sekonder folikül halini alıp tersiyer folikül halini aldıktan sonra, artan FSH uyarısı ile Graaf folikülü denen ovülasyon hazır 18-24 mm'lik folikül halini alır. Bu sırada estrogen folikülün granüloza hücrelerinden artan miktarlarda salgılanmaktadır. Estrogen miktarı LH'nın pik yapmasını sağlayacak kadar arttığına, LH piki oluşur ve folikül olgunlaşması ile birlikte ovülasyonu başlatır. Graaf folikülünden 0.2 mm çaplı oosit atılır. Ovülasyonla birlikte, teka hücreleri progesteron salgılamaya başlar. Oosit tuba uterinaların fimbriaları ile yakalanıp, uterusu taşınır. (Şekil 9.3)

Şekil 5.3

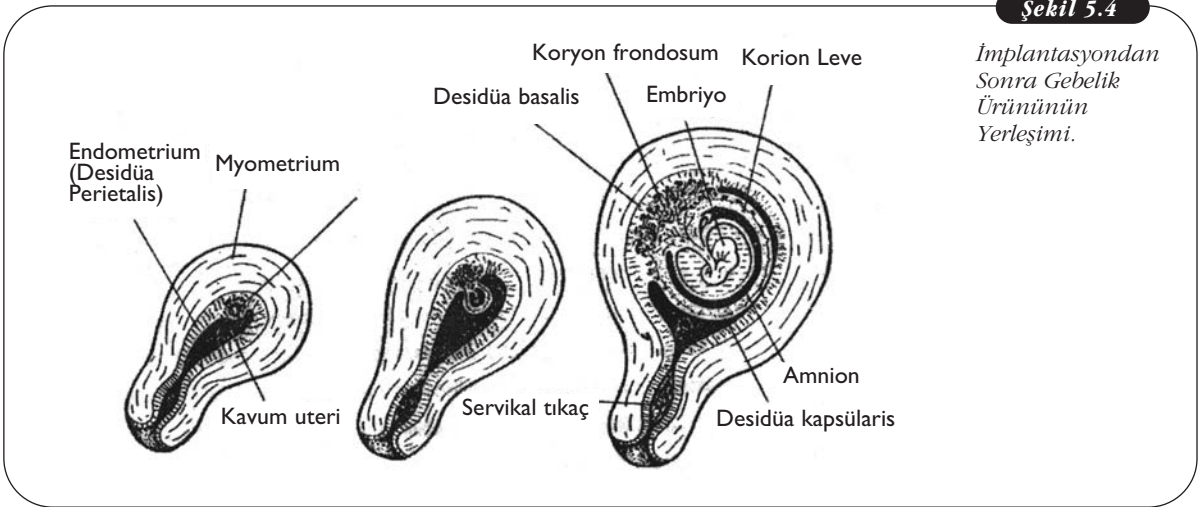
Ovülasyon,
Fertilizasyon ve
İmplantasyon

Ovülasyon sonrası folikülün oluşturduğu korpus luteum (sarı cisim) az da olsa karın içine kanama yapabilir ve böylece bazen şiddetli de olabilen bir karın ağrısı yapabilir, buna ovülalji denir. Ortaya çıkan progesteronun termojenik etkisi ile bazı kişilerde 0.5 derecelik bazal vücut ısı artışı olabilir. Gebelik oluşursa bu ısı artışı devam eder, âdet gecikmesi ile gebelik belirebilir. Korpus luteum gebeliğin 10. haftasına kadar yaşamını sürdürür. Gebelik oluşmaz ise korpus luteumun etkinliği giderek azalır. Ovülasyondan 14 gün sonra progesteron çekilmesi nedeniyle menstrüasyon olur, fonksiyonel endometrium atılır. Over yeni bir siklus için hazırdır.

Ovülalji: Yumurtlama ağrısı
Progesteron: Kadınlik hormonu
Termojenik: Isı oluşturu

GEBELİĞİN OLUŞMASI

Normal bir kadın siklusu 28+/-7 gündür. Görülen âdetten 14 gün önce yumurtlama olmaktadır. Yani yumurtlama âdet kanamasından kaç gün sonra olacağı siklus uzunluğu ile birlikte hesaplanabilir. Ovülasyon zamanı koital aktivite ile vajene atılmış olan spermadan hareketli spermler, estrogen hormonu ile geçirgenliği artmış servikal mukus içinden geçerek uterusu ulaşmaktadır. Bu sırada ovülasyonun olmuş olması ile oosit-sperm buluşması ampulla içinde tuba uterinlarda olabilmektedir. (Şekil 9.4)



Sperm servikal mukus içinden geçerken kapasitasyona uğrar ve fertilize (dölleme) edebilme yeteneği kazanır. Sperm bu sırada kuyruk hareketleri ile dakikada yaklaşık 3mm hızla ilerlemektedir.

Endometrium siklus başından beri estrogen uyarısı ile prolifer olmuştur ve ovülasyon ile ortaya çıkan progesteron endometriumda sekresyon fazını başlatır. Endometriumda subnükleer vaküoller belirir. Endometrial ödem, damarlarda kıvrımlaşma ve endometriumda kalınlaşma ile desidüalizasyon denen yuvalanmaya uygun endometrium gelişimi tamamlanır. Tubalarda fertilizasyon başlar ve 2-3 gün sonra uterus içindeki yuvalanma yerine yerleşir ve erken gebelik başlar. Yaklaşık ovülasyonun 1. haftasında kanda gebelik testi olarak hCG değerlerinde yükselme saptanabilir.

ÜREMEYE YARDIMCI YÖNTEMLER

Bu başlıkta, Ovülasyon İndüksiyonu (Yumurtlamayı Uyarma/Başlatma), İnseminasyon (Sunni Dölleme), İn-Vitro Fertilizasyon-Mikroenjeksiyon konularının açıklamalarına yer verilmektedir.

İndükte: Uyarılma
Hiperprolaktinemi: Kandaki prolaktin oranının normal düzeyin üstünde olması

Ovülasyon İndüksiyonu (Yumurtlamayı Uyarma/Başlatma)

Over işlevi hormonal olduğu kadar yumurta eldesini de içermektedir. Kadında gebelik eldesi için yumurta eldesi kaçınılmazdır. Ovülasyonun oluşmadığı olgularda ovülasyonun düzenini bozan durumlar düzeltilmelidir.

Örneğin hiperprolaktinemide prolaktin değerini azaltacak tedaviler yapılmalıdır.

Bu tip uygulamalara ovülasyon için restorasyon tedavileri denir. Kimi olgularda ise ovülasyon başka bir neden olmadan oluşmamaktadır. Bu gibi olgularda ovülasyon indükte edilir. Ovülasyon indüksiyonu değişik yöntemler ile yapılmaktadır. Amaç FSH uyarısını sağlayarak overlerin işlevinin düzenlenmesidir. Bunun için klomifen sitrat gibi zayıf estrogenlerin verilmesi ile endojen FSH'nın daha fazla salgılanması sağlanarak uygulama yapılabileceği gibi FSH içeren menotropin (HMG) ya da doğrudan FSH preparatları verilerek de indüksiyon sağlanabilir. Pahalı ancak daha fizyolojik olanı ise GnRH'nın pülzatil olarak verilmesi ve doğal siklusun taklit edilmesidir. Bu şekilde tek folikül gelişimi sağlanırken, FSH ya da HMG ile daha çok multifoliküler gelişim sağlanacak ve çoğul gebelik şansı daha da fazla olacaktır. Klomifen ile çoğul gebelik şansında biraz artış olmaktadır. Bu uygulamalar için tuba ve uterus işlevlerinin bozuk olmaması gereklidir.

Inseminasyon (Sunni Dölleme)

Servikal kanalda darlık ya da işlev bozukluğu, bazı endometriosis hastalığı tabloları, nedeni belli olmayan infertilite (kısırlık) olarak adlandırılan grupta IUI ile gebelik başarıları elde edilmektedir.

Spermatogenezde bozukluklar, spermilerin toplam sayısı, yoğunluğu, hareketi, ileri hareketinin değerlendirilmesinden sonra kimi kişilerde koital işlevdeki bozukluklar nedeniyle spermanın laboratuvar koşullarında saflaştırma, yoğunlaştırma gibi hazırlıkları sonrasında ile ovülasyon beklenen LH piki sonrası 36 saat çevresinde hazırlanmış sperm serviksten uterus içine bırakılmasıdır (IUI). Böylece gebelik şansı 2 misline yakın artırabilmektedir. Bu işlem sperm sayısı 20 milyon/cc ve hareketlilik yüzdesi %50'nin altında ise, 2 ya da 3 gradientli -Percoll- yıkama solüsyonları ile saflaştırma ve yoğunlaştırma yapılır. IUI için yıkama öncesi 5 milyon, yıkama sonrası 1 milyon sperm olması gerekmektedir. Servikal kanalda darlık ya da işlev bozukluğu, bazı endometriosis hastalığı tabloları, nedeni belli olmayan infertilite (kısırlık) olarak adlandırılan grupta IUI ile gebelik başarıları elde edilmektedir.

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) kriterlerine göre 20 milyon/cc'den az sayıda sperm olması (oligozoospermi), hareketli sperm yüzdesinin %50'den az olması (astenozoospermi) ve normal morfolojide sperm oranının %60'dan az olması (teratospermi) halinde spermositogram değerlerinin patolojik olduğu söylenebilir.

Bu durumlarda sperm iyileştirme ve yıkama tekniklerinin kullanılarak (ör: swim-up ya da Percoll teknikleri) hazırlanmış sperm ile inseminasyon (sunni dölleme) yapılması gebelik şansını artıran uygulamalardır.

In-Vitro Fertilizasyon - Mikroenjeksiyon

IVF: Invitro fertilizasyon adı verilen tüp bebek uygulamalarıdır.

Doğal koşullarda 1 yıllık sağlıklı bir cinsel birliktelik sonrası gebelik oluşmayan durumlarda infertiliteden söz edilir. Erkek ve kadın partner incelemeye alınır. Kadında uterus, serviks ve tubaların sağlıklı olması, overlerin ve işlevlerinin, hormonal durumun normal olması, erkekte cinsel işlevin ve sperm parametrelerinin normalliği olarak değerlendirilir. Tubaların tıkalı olması, erkek faktörü olarak adlandıracağımız sperm parametrelerinde bozukluk olması, IUT'den yanıt alınamamış olması ya da infertilite süresinin uzun olmasına karşın hiçbir neden bulunamaması sonrası "nedeni belirlenemeyen infertilite" tanısının konması halinde tüp bebek uygulaması denen invitro fertilizasyon (IVF) uygulamaları yapılabilir.

Tüp bebek uygulaması (IVF) nasıl yapılmaktadır?



DÜŞÜNELİM

IVF uygulaması için kadında normal bir kadın siklusunda (aylık döneminde) beklenen tek yumurta gelişimi yetersiz olacağından ovülasyon indüksiyonu yapılır. Bunun için FSH ya da HMG kullanılarak mültifolüküler gelişim sağlanır ve uygun zamanda LH etkisi gösteren hCG yapılarak yumurtanın olgunlaşması sırasında karın boşluğuna atılmadan ultrason cihazı eşliğinde vajinal yoldan yumurtalar toplanır (OPU). Bunlar erkekten alınan sperm ile laboratuvar ortamında karşılaştırılarak erken gebelik oluştuktan sonra rahim içine verilir (ET). IVF uygulaması denince IVF+ET kastedilir.

IVF Uygulaması değişiklik gösterir mi?



DÜŞÜNELİM

Uygulama saptanmış olan patolojiye göre değişebilir. Örneğin sperm yoğunluğu mililitrede 500.000'den az ise klasik IVF uygulaması yerine mikroenjeksiyon denen yöntemle mikromanipülatör kullanılarak erkekten alınan bir sperm bir yumurtanın içine yerleştirilerek (ICSI), laboratuvar ortamında gebeliğin tıpkı klasik IVF'de olduğu gibi oluşması sağlanır. Bunun için sperm alınma yöntemi doğal yollardan olmalıdır. Ancak, bazen sperm doğal yoldan alınamayabilir. Bu durumda testislerden aspirasyonla (TESA) ya da cerrahi olarak (TESE) alınabileceği gibi epididimden aspirasyon yoluyla (PESA) ya da cerrahi olarak da (MESA) alınabilir. Bu durumda alınan sperm sayısı ve olgunluğu az olabilecektir.

(Kısırlık) Infertilite tedavisi öncesi yapılması gereken temel testler nelerdir? Açıklayınız?



SIRA SİZDE

4

Spermlerin dondurulması ne işe yarar?



DÜŞÜNELİM

Elde edilen spermler ICSI sonrası klasik IVF ortamında gebelik sağlamada kullanılır. Böyle durumlarda gebelik laboratuvarında gebelik oluşmasına rağmen sonraki aylarda tekrar gebelik şansının kullanılmasına olanak vermek için elde edilen embyoların bir kısmı, ya da spermlerin fazlası -196oC dondurularak sonraki yıllarda kullanılabilir.

GEBELİK

İnsanın doğal içgüdülerinin en önemlilerinden biri de çoğalmaktır. Fertilize (döllenen) oositin uterus içine yerleşmesiyle gebelik başlar. Bu yaklaşık 28 günlük siklusları olan bir kadın için son adetten 14 gün sonra olan yumurtlamayı izleyen 2-4 gün sonrayı içermektedir. Gebeliğin tam olduğu zaman yardımcı üreme teknikleri uygulanan sikluslar dışında tam olarak bilinemez. Bu nedenle gebelik başlangıcı olarak Son Âdet Tarihi (SAT) esas olarak alınır. Ovülasyondan sonra 266 gün süren gebelik SAT'e göre 280 gün yani 28 günlük 10 ay (40 hafta) anlamına gelir.

Uterus içine yerleşen gebelik ürünü 12 haftaya kadar embryo, sonra ise fetus olarak adlandırılacaktır. Bu haftadan sonra organ gelişimi başlayacak olan fetusda o zamana kadar indifferansiye hücre çoğalmaları ön plandadır. Blastokist döneminden sonra farklılaşmaya başlayan hücreler mezoderm, ektoderm ve endodermi verecek şekilde farklılaşma sürecini başlatır. Bu farklılaşma fetal döneme kadar de-

Gebelik yaklaşık 28 günlük siklusları olan bir kadın için son adetten 14 gün sonra olan yumurtlamayı izleyen 2-4 gün sonrayı içermektedir. gebelik başlangıcı olarak Son Adet Tarihi (SAT) esas olarak alınır.

İmmatür: Dış koşullara uyma ve yaşama yeteneği kazanmamış, yeterince gelişmemiş.

Prematür: Normal zamandan önce olan

Matür: Gelişimini tamamlamış.

İnsan embriyosu 8 haftalık dönemden itibaren hareketli olmasına rağmen, 18-20. hafta döneminde fetal hareket fark edilmeye başlanır. Yaklaşık 18 haftada fetusun cinsiyeti ve organ farklılaşması ortaya çıkmıştır.

Gebelik öncesi özellikle folik asit eksikliği, anemi, sistem hastalıkları varsa mutlaka tedavisinin yapılmış olması gereklidir

vam eder. Fetal dönem başlayınca organlar işlevlerini kazanmaya başlar. Fetal dönem, doğuma kadar süren dönemdir. Beşinci aya kadar fetus boyu gebelik ayının karesi kadar cm iken, sonra fetal yaş (ay olarak) 5 ile çarpıldığında fetus boyunun tahmini değeri bulunur. Fetus 20 hafta oluncaya kadar yaşam ile bağdaşmayacak olgunluktadır. Bu dönemde gebelik sonlanmalarına düşük (aborsiyon) denir. Fetus 28. gebelik haftasına kadar immatürdür. Bu haftadan 37. haftaya kadar prematür kabul edilir ve yaşaması için yüksek teknolojiye yoğun bakım ünitelerine gereksinim olabilir. Ancak, 37-42. haftalar arası matür fetusdan söz edilir.

Embryo döneminde gebeliğin devamını sağlayan trofoblastik dokuların salgıladığı hCG hormonunun korpus luteumu uyarmasıdır. Böylece korpus luteum yaşamını sürdürür ve korpus luteum gravidarum adını alır. Gebeliğin devamı fetusun maternal dokular ile bağlantısını sağlayan plasenta sayesinde gerekli hormon üretimi sağlanır, maternal kan ile değişim sağlanarak fetus yaşamını sürdürür.

İnsan embriyosu 8 haftalık dönemden itibaren hareketli olmasına rağmen, anne tarafından ilk gebeliklerde 24-26. hafta, mültiparlarda (daha önce çok doğum yapmışlarda) 18-20. hafta döneminde fetal hareket fark edilmeye başlanır. Yaklaşık 18 haftada fetusun cinsiyeti ve organ farklılaşması ortaya çıkmıştır. Bu dönemde fetal tüyler (lanugo) belirir, ısı farklılaşmalarına karşı koruyucu olan verniks adlı yağı doku tüm fetusun cildini örtmektedir. Fetus 7. ayda yaklaşık 1000 gr ve 35 cm kadardır, teknolojik destek ile yaşayabilir. Ancak bu dönemde dişi fetusta labiaları aşan klitoris nedeniyle dişi fetus erkek sanılabilir. Erkek bebekte testis skrotuma inmemiş olabilir. Zamanında doğmuş bir bebek, 3250 gr ağırlığında ve 50 cm boyunda olması beklenir. Verniks sadece koltuk altında kalmıştır, saçları uzamış, kulak ve burun kıkırdakları gelişmiştir. Erkek bebekte ise testis skrotuma inmiştir.

Bebegin anne ile kan alışverişini sağlayan plasenta, gebeliğin 7-8. haftalarında sito ve sinsiyotrofoblastik değişimler halinde villöz yapıda iken, doğumda 18-20 cm çaplı, 500 gr kadar ağırlıkta bir yapı halini almıştır.

Gebelikte Dikkat Edilmesi Gerekenler

Gebelik doğal, fizyolojik bir olaydır. Gebeliğin başlama öncesinde her iki partnerin sağlıklı olması ve gebeliği taşıyacak olan kadının buna hazır olması gereklidir. Gebelik öncesi özellikle folik asit eksikliği, anemi (kansızlık), sistem hastalıkları (kalp hastalığı, tiroit hastalıkları, akciğer hastalıkları...) varsa mutlaka tedavisinin yapılmış olması gereklidir. Çünkü gebelikte kadın hem kendisini hem de fetusunu taşıyabilecek sağlık durumunda olmalıdır.

DÜŞÜNELİM

Erken Gebelik Belirtileri Nelerdir?

Erken gebelik bulguları adet gecikmesi dışında kimi gıdalardan tikslenme, davranış ve isteklerde değişme, uykuya eğilimin artması, dolgunluk ve şişkinlik hissi gibi farklı şekilde ortaya çıkabilir. Gebeliği özellikle ilk trimestresinde (gebelik toplam süresinin ilk 1/3'lük kısmında) fetus dış ortamın zararlarına daha duyarlıdır. Bu dönem başta olmak üzere tüm gebelikte alınan kimyasal maddeler, ilaçlar, radyasyon, boya, gıda koruyucularının bazıları gelişmekte olan fetusu olumsuz etkileyebilir, düşüklere ve fetal gelişim bozukluklarına neden olabilir.

DÜŞÜNELİM

Erken gebelikte hangi yiyeceklerin yenmesine ya da yenmemesine dikkat edilmelidir?

Bu dönem gebenin de gebelikle yeni tanıştığı dönemdir. Psikolojik olarak güven duygusu başta olmak üzere destek aradığı bir dönemdir. “Morning sickness”de denen gebelik kusmaları ve bulantıları bu dönemde gebenin sağlıklı beslenmesini bozar. Hatta yorgun ve halsiz kalmasına neden olur. Bu halde gebeye kokusuz, baharatsız, yağdan fakir, kolay hazmedilebilen, genellikle kuru yiyecekler, az ve sık aralıklarla yemesi önerilmelidir. Sabah uyanınca, henüz yataktan kalkmadan alınacak bir lokma kuru gıdanın hipersalivasyonu (ağızdaki artmış tükürük salgısını) azaltması ile bulantıyı engelleyebileceği anımsatılmalıdır. Fazla tuz, tüm insanlar için sakıncalıdır. Ancak gebeliğin ilerleyen aylarında fazla tuzun sakıncaları ödem ve hipertansiyon için ek risk getirmektedir. Ancak bu durum gebenin nedsiz tuz kısıtlamasına gitmesini beraberinde getirmemelidir.

Sigara içmek gebelikte zararlı mıdır?



Sigara gebelik dışında olduğundan daha zararlıdır. Bebeğin gelişim defektlerine, gelişmemesine neden olduğu gibi, hipertansiyon ile seyreden hastalıklara zemin hazırlar, anne karnında bebek ölümleri ile sonuçlanan gebelik hastalıklarına neden olabilir.

Alkol fetusda fetal alkol sendromuna neden olabilir, beslenme bozukluklarına neden olabilir.

Gebelik her ne kadar fizyolojik bir süreç ise de stresin fazla olduğu, yarışlar, uzun sporlar, yorucu egzersizler, ani basınç değişimlerinin olması, yorgunluklar sağlıklı gebelik sürecini aksatabilmektedir.

Seyahat en uygun olarak kabin basıncı ayarlanabilmesi ve ani hareketleri olmaması nedeniyle uçak yoluyla olmalıdır. Düzgün yolda yapılacak bir karayolu seyahati yorucu düzeyde olmamak koşuluyla uygun bir tercihtir. Ancak her ne olursa olsun bir gebenin gerektiğinde bir sağlık kuruluşuna ulaştırılabilme olanağı düşünülmelidir. Ritmik hareketleri nedeniyle ve istendiği zaman bir sağlık kuruluşuna ulaşabilmede olanaksızlığı nedeniyle demiryolu seyahati en az tercih edilen yol olmalıdır.

Ritmik hareketleri nedeniyle ve istendiği zaman bir sağlık kuruluşuna ulaşabilmede olanaksızlığı nedeniyle demiryolu seyahati en az tercih edilen yoldur.

Soğuk olmadığı takdirde, deniz ve havuza girmek gebe için sakıncalı değildir. Ancak hem güneşin ultraviyolesinden uzak kalmak hem de yorulmamak için uzun deniz seanslarından kaçınılmalıdır. Cinsel yaşam gebelikte sakıncalı değildir. Ancak düşük tehdidi, enfeksiyon, membran rüptürü gibi kimi normal dışı gelişmelerde cinsel ilişki yasaklanmaktadır. Gebeliğin doğuma yakın dönemlerinde cinsel ilişkiyi önermeyenler de vardır.

Gebelikte Sık Karşılaşılan Yakınmalar

Gebelikte çok sık olarak bulantı kusma, kasık, karın ve bel ağrıları, bel ağrıları, kabızlık ve kilo artışı gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunların açıklanmasında yarar görülmektedir.

Bulantı-Kusmalar

Genellikle ilk trimesterde ortaya çıkar. Nadiren uzun ve inatçı seyri ile hastane tedavisine ve hatta gebelik sonlandırılmasına kadar giden ilerlemiş durumlarla karşılaşılabilir. Kuru, baharatsız, kolay hazmedilebilen gıdaların sık aralıklarla ve az miktarda yemek alışkanlıkları, güven duygusunun desteklenmesi yararlı olmaktadır.

IYE: İdrar yolu enfeksiyonları

Kasık, Karın ve Bel Ağrıları

Gebeliğin rahat ilerleyebilmesi için damar sistemlerinde dilatasyon, eklemlerde gevşeme, mide barsak sisteminde yavaşlama nedeniyle ortaya çıkan kasık ağrıları, giderek karın ve bel ağrılarına da dönüşebilir. İdrar yolu enfeksiyonları (IYE) gebelikte bulgu vermeyebileceğinden özellikle IYE araştırılmalıdır. Ancak, bu ağrılar için analjezik ilaç kullanımı yerine, dinlenmeler önerilmelidir. Gebeliğin 3. trimesterinde bu ağrılar artmış uteri irilik ve ağırlık nedeniyle sırt ağrılarına da dönüşebilir.

Kabızlık

Gebeliğin değişen hormonal durumu mide bağırsak sisteminde yavaşlamaya neden olabilecektir.

Kilo Artışı

Normalde haftalık kilo alımı 500 gr'ı geçmemelidir. Normal bir gebe tüm gebelik sürecinde ortalama 12 kg alması beklenir.

Gebeliğin ilk haftalarında bulantılar nedeniyle yeterli beslenememe kilo kaybına neden olabilirken, 3. trimesterde hızlı kilo alımı beklenebilir. Normalde haftalık kilo alımı 500 gr'ı geçmemelidir. Normal bir gebe tüm gebelik sürecinde ortalama 12 kg alması beklenir. Az kilo alımı (7 kilodan az) fetal gelişim azlığı ile giderken, 17 kilodan fazla alım ya fetal gelişim anomlisi ile (ör: polihidramnios) ya da ödem ile sıvı toplanmasını dolayısıyla preeklampsi gibi bir hastalık durumunun habercisi olmaktadır.

Gebelik İzlemi - Kontroller

Gebelik izlemi ve kontrollerde hem anne adayı hem de fetus kontrol edilmelidir. Gebelik seyrinde bir anormallik olmadığı durumlarda 28. haftaya kadar aylık, 28-37 hafta arası 2 haftalık, 37-40 hafta arasında haftalık, postterm sınır olan 42. haftaya kadar ise 2-3 gün aralıklar ile izlem yapılmalıdır. Bu izlemlerde ortaya çıkabilecek sıkıntılar erken saptanma ile kolayca önlenilecektir.

DÜŞÜNELİM



Gebelik öncesi nelere dikkat edilmelidir?

Gebeliğin oluşmasından önce kişinin sağlık durumu ve gebeliği sağlıklı olarak sürdürebilmesi yanında sağlıklı bir bebeğe sahip olması da amaçlanmaktadır. Bu nedenle gebelik öncesi kişinin vitamin depolarının yeterli olması, anemi gibi sorunların düzeltilmiş olması gereklidir. Bu nedenle gebelik öncesi günde 1mg folik asit desteği, kan düzeyinin normal sınırlarda olması amaçlanmalıdır.

DÜŞÜNELİM



Gebeliğin ilk kontrolünde öncelikle nelerin saptanmasında yarar vardır?

İlk ziyarette olanaklar çerçevesinde ultrasonik izlemin yapılması gebeliğin gelişiminin değerlendirilmesinde önemli bir parametre olabilecektir.

Gebeliğin ilk ziyaretinde (ilk vizitte) gebenin jinekolojik kontrolünün yapılması, servikal sürüntü, idrar tetkiki, böbrek-kalp işlevlerinin sağlıklı olup olmadığı, tansiyon arteryel değerlerinin bilinmesi, kan grubunun saptanması gereklidir. İlk ziyarette olanaklar çerçevesinde ultrasonik izlemin yapılması gebeliğin gelişiminin değerlendirilmesinde önemli bir parametre olabilecektir. Kalp atımının gözlenmesi, fetal kısımların belirlenmesi, 11-14 hafta arası nuchal cildin değerlendirilmesi (nuchal translucency) bakılması, aylık kontrollere alınması (kan ve idrar tetkikleri) sırasında 16-18 haftada üçlü tarama testi ve şeker yükleme testleri, özellikle 18-22 hafta döneminde ultrasonla fetal ikinci düzey inceleme önemli izlemlerdir. Ay-

lık izlemler, önceki haftaların yakınmaları ve bulguları bilgisinde şekillendirilebilir. Fetal viabilite kazanıldıktan sonra 28-32. haftadan itibaren fetal iyilik hali testleri izleme eklenebilmektedir. (Ultrasonografik izlem, doppler, non-stress test, fetal hareket testi).

Gebelik döneminde tehlike belirtileri nelerdir? Sıralayınız.



SIRA SİZDE

5

GEBELİĞİN ANORMAL BULGULARI

Kanama, hipertansiyon, fetusun hareketsizliği, su gelmesi, kan grubu uyumsuzlukları, preterm doğum eylemi, kap hastalığı, diabetes mellitus gebelikte dikkati çeken anormallikler olarak değerlendirilmektedir. Bu anormalliklerin bilinmesi onlara uygun izlem ve tedavi yöntemlerini de beraberinde getirmektedir. Bu bakımdan söz konusu edilen bulguların ayrıntılı olarak işlenmesinde yarar görülmektedir.

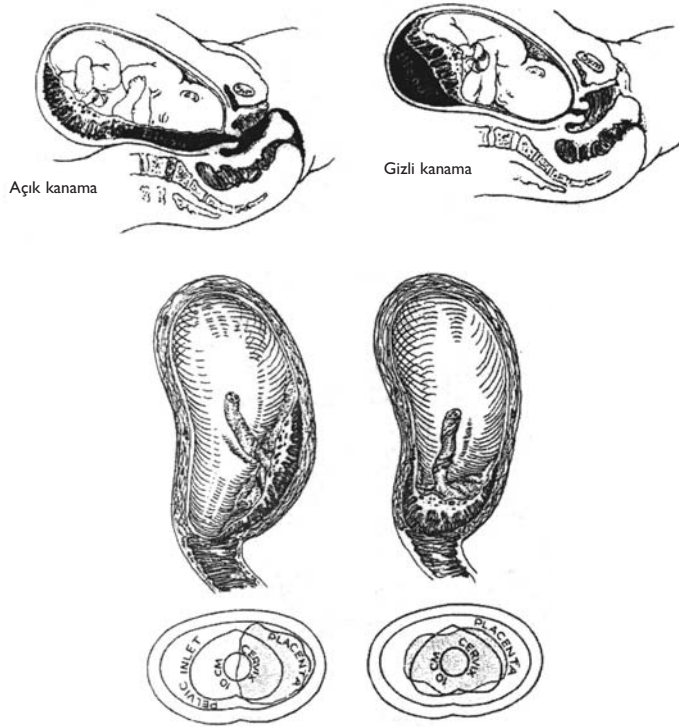
Kanama

Gebelik, bir fizyolojik amenore (adet kanamasının olmaması) dönemidir. Yani vaginal kanama olması normal değildir. Gebeliğin 20. haftası öncesinde ise düşük tehdidi olarak, 20 haftadan sonra ise antenatal kanama hastalıkları içinde değerlendirilmektedir. Bunlar içinde özellikle plasenta previa (plasentanın doğum yolunu kapatması), abruptio plasenta (plasentanın yapıştığı yerden ayrılması) en fazla karşılaşılan anormal gebelik kanamalarıdır. Ablasyo plasenta olgularında kanama her zaman dışta olmayabilir, gizli de olabilir. (Şekil 9.5)

Gebelik, adet kanamasının olmaması dönemidir. Vajinal kanama olması normal bir durum olarak değerlendirilmemektedir.

Şekil 5.5

Ablasyo Plasenta Olgularında Kanama



Artmış tansiyon değerleri fetusun büyüme geriliği, abruptio plasenta, ani fetal ölüm, anne de preeklamsi ve eklampsi gibi hastalıklara, beyin kanaması gibi ciddi durumlara neden olabileceğini düşünmek gerekir.

Özellikle 3. trimestrede fetal hareketlerin azalması ve hatta duyulmaması, fetusun sıkıntıda olabileceğini, ölmüş olabileceğini düşünülmalıdır.

bebek prematür iken ortaya çıkan su gelmesi durumlarında fetusu uterusda tutmak enfeksiyon açısından, malformasyon açısından sakıncalı olabilir

Gerekli görüldüğünde gebelik sürecinde ya da doğumdan hemen sonra tercihen 72 saati geçmeden anti-Rh immünglobulin içeren ilaç bebeğe yapılmalıdır.

Hipertansiyon

Gebeliğin özellikle 2 trimestresinde arteryel tansiyonda hafif azalma beklenir. Gebelik öncesi tansiyon değerleri bilinen kişilerde maksima tansiyonunda 30 mmHg artış ya da minima tansiyonunda 15 mmHg artış olması ya da -önceden tansiyon değerlerinin bilinmemesi durumunda- maksima tansiyonu 140 mmHg ve minima 90 mmHg'yi geçen kişilerde hipertansiyondan söz edilir. Artmış tansiyon değerleri fetusun büyüme geriliği, abruptio plasenta, ani fetal ölüm, anne de preeklamsi ve eklampsi gibi hastalıklara, beyin kanaması gibi ciddi durumlara neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Fetusun Hareketsizliği

Fetal hareket yaklaşık 8. Haftadan itibaren ultrason tetkiklerinde gözlenebilir. Ancak bu hareketlerin gebe tarafından algılanabilmesi ilk gebeliklerde 24 hafta çevresinde, çok doğurmuşlarda 20. hafta çevresinde olabilmektedir. Fetusun hareketli olması beklenir. Özellikle 3. trimestrede fetal hareketlerin azalması ve hatta duyulmaması, fetusun sıkıntıda olabileceğini, ölmüş olabileceğini akla getirmelidir.

Su Gelmesi

Gebelikte fetus amnion kesesi içinde ve amnios sıvısı içinde gelişimini sağlamaktadır. Amnion sıvısının bulunması ile fetus hareket edebilir, sıvı alışverişlerinde, yutma işleme işlevlerinde rahatlık sağlar. Amniotik sıvı aynı zamanda travmalardan koruyucu rol oynar. Amniotik kesenin herhangi bir nedenle yırtılması, açılması fetusun enfeksiyonlardan korunmasını zorlaştırır. Fetal hareket azalması ve sonrasında malformasyonların ortaya çıkmasına neden olur. Ayrıca bu olgularda doğum eyleminin başlaması da kaçınılmaz olup zorunlu prematür doğumlara neden olacaktır. Su gelmesi 37. haftadan sonra oluşmuşsa, doğum gerçekleştirilmek için uyarı verilir. Ancak bebek prematür iken yani 37. haftadan önce ortaya çıkan su gelmesi durumlarında fetusu uterusda tutmak enfeksiyon açısından, malformasyon açısından sakıncalı olabilir; ancak, bu durumda doğuma gitmek de prematürite açısından sakıncalıdır. Durum hastane koşulları göz önüne alınarak kadın doğum hekimi tarafından yönlendirilmelidir.

Kan Grubu Uyuşmazlıkları

Özellikle Rh uyuşmazlıkları ön plandadır. Annenin Rh (-) negatif olması ve baba adayının Rh (+) pozitif olması durumunda, eğer fetus Rh (+) pozitif olursa ve fetustan anneye kan geçişi -olmaması gerekirken- olursa annede Rh(+) eritrositle-re (alyuvarlara) karşı immün reaksiyon oluşması nedeniyle, fetustaki kan hücreleri yıkılmaya başlar. Bebekte anemi ve eritrosit yıkımına bağlı sarılık gelişir. Ortaya çıkan sarılık nedeni olan bilirübinin bebekte beyin dokularına yerleşebilmesi (kernikterus) nedeniyle "Rh izoimmünizasyonu" hastalığı önemli bir hastalıktır. Gebelik sürecinde indirekt Coombs testleri ve ultrason tetkikleri ile izlenmelidir. İndirekt Coombs testinin negatif olması izoimmünizasyon yani fetusun etkilenmesinin olmadığını gösterir. Gerekli görüldüğünde gebelik sürecinde ya da doğumdan hemen sonra tercihen 72 saati geçmeden anti-Rh immünglobulin içeren ilaç bebeğe yapılmalıdır. Eğer intrauterin yaşamda izoimmünizasyon başlamışsa yani indirekt Coombs testi pozitif ise o takdirde fetusun etkilenme derecesini incelemek için amniotik sıvı ya da fetal kan örneği alınıp incelenerek fetusun etkilenme düzeyine bakılır. Amniosentez (amniotik sıvının incelenmek için

alınması) ile bilirubin, amniotik sıvıyı boyaması 450 nm dalga boyunda spektrofotometrede incelenir ya da fetal kan örnekleme (kordosentez) ile fetal kan alınır, fetal kanın yıkılma düzeyi ve fetal anemi incelenir. Gerekli durumlarda fetusa intrauterin kan nakli yapılır.

ABO kan gurubu uyumsuzluklarının hemen tamamı doğumdan sonra yani bebekte ortaya çıkar. Bu nedenle gebelik döneminde izlenmesi gerekli değildir.

Preterm Doğum Eylemi

Normalde doğumun 37-42 hafta olması gerekir. Ancak termden önce yani 37 haftadan önce doğum eyleminin başlaması prematür bebek doğumuna neden olacaktır. Gebeliklerin yaklaşık %5-15'inde ortaya çıkan bu durum, uterus kontraksiyonları ile servikte açıklığın ve silinmenin başlamasıyla belirir. Açıklık 4 cm ve silinme %80'e ulaştığında ise erken doğumun durdurulması hemen hemen olanaksız olmaktadır. Bu durumda erken davranılması gereklidir. Eğer fetus iyilik halinde ise doğum durdurulmaya çalışılır.

Gebelikte Birlikte Dikkate Alınması Gereken Anormal Durumlar

Gebeliklerin seyri, kimi durumlarda normal seyrinde olmayabilir. Sistemik hastalıkları olanlarda gebelikler ve doğum, riskli gebelikler, fetal prezantasyon anomalileri, anormal doğum eylemlerinde doğum süreci yukarıda anlatıldığı gibi olamayabilir. Gebelikte en fazla karşılaşılan ve kontrolü önemli olan kalp hastalığı ve diabetes mellitus izlemde özellik gerektirir. Diğer sistemik hastalıklar daha nadir olarak görülmektedir.

Kalp Hastalığı ve Gebelik

Kalp hastalığı ve gebelik, gebeliklerin %1'inde karşılaşılan bir durumdur. En sık nedeni kalp kapak hastalıklarıdır. Kalp hastalıklarında azalmış kalp gücü nedeniyle gebeliğin ikinci trimestresinde, doğumda özellikle doğumun ikinci döneminde kalp yetmezliği tabloları ortaya çıkabilir. En sık olarak ortaya çıkan mitral kapak (kalbin sol kulakçığı ile sol karıncığı arasındaki kapak) hastalıkları doğumda da en ciddi tablolara neden olan tiptir. Kapak darlıklarında kapak alanının darlığı doğumda fatal (ölümcül) kalp yetmezliklerine neden olabileceği için bu gibi kalp hastalıklarında kardiyolojik inceleme sonrasında gebeliğe uygun olmayan durumlarda gebelik sonlandırılmalıdır. Gebeliğin sonlandırılması için 2. Trimestreden önce girişimde bulunulmalıdır.

Kalp hastalıklarında azalmış kalp gücü nedeniyle gebeliğin ikinci trimestresinde, doğumda özellikle doğumun ikinci döneminde kalp yetmezliği tabloları ortaya çıkabilir.

Gebelikte kalbin kapasitesi işlevine göre sınıflandırma yapılabilir mi?



Gebelikte kalbin kapasitesi işlevine göre sınıflandırılır; Bu sınıflandırmalar:

- Klas 1: Bilinen bir kalp hastalığı var fakat fiziki aktivitede kısıtlama oluşmamaktadır.
- Klas 2: Günlük işlerde kısıtlılık oluşmamasına karşın fiziki aktivite arttırıldığında nefes darlığı, anjina pektoris, siyanoz (morarma) gibi kalp yetmezliği bulguları ortaya çıkmaktadır.
- Klas 3: Günlük basit işlerde bile kalp yetmezliği bulguları ortaya çıkmaktadır.
- Klas 4: İstirahat halinde bile kalp yetmezliği bulguları vardır.

Klas 3 ve 4 için gebelik önerilmez, hatta klas 4'te gebelik oluşmuşsa bile sonlandırılması gerekmektedir. Klas 3 için gebelik boyunca hastanede bulunmak ge-

Klas 3 ve 4 için gebelik önerilmez, hatta klas 4'te gebelik oluşmuşsa bile sonlandırılması gerekmektedir. Klas 3 için gebelik boyunca hastanede bulunmak gereklidir. Klas 2'de 35-37 haftada hastaneye yatmak önerilmelidir. Kalp hastalıkları ve gebelik durumunda anemi, enfeksiyon kalp hastalıklarında işlev kapasitesinde azalma yaparak kolaylıkla yetmezlik tablosuna zemin hazırlayabileceği akılda tutulmalıdır.

Kan glikozunun kullanımının yetersizliği nedeniyle maternal yağ dokuları kullanılmaya başlanır. Özellikle keton cisimler erken gebelik döneminde fetal sinir sisteminin gelişmesi sırasında olumsuz etkileri bilinmektedir.

Diabetes mellitus: Şeker hastalığı

Hiperglisemi: Kandaki şeker miktarının fazla olması

Glükozüri: İdrarda fazla miktarda şeker bulunması

reklidir. Klas 2'de 35-37 haftada hastaneye yatmak önerilmelidir. Kalp hastalıkları ve gebelik durumunda anemi, enfeksiyon kalp hastalıklarında işlev kapasitesinde azalma yaparak kolaylıkla yetmezlik tablosuna zemin hazırlayabileceği akılda tutulmalıdır.

Gebelik boyunca kardiyolog gözetiminde konsültasyonlarla izlenmeli ve doğumda yine bir kardiyolog hekimin bulunması tercih edilmelidir. Hafif oturur durumda, doğumun ikinci döneminde ikındırılmadan, forseps ya da vakum ile traksiyon yapılması, tercihen epidural analjezi uygulanması, uterus atonisinden korunmak için kullanılabilen ergo preparatlarının bu tip hastalarda uygulanmaması gerekir. Gereksiz sezaryen tercih edilmemelidir.

Diyabet ve Gebelik

Şeker hastalığı olarak bilinen diyabette, insülin yapımı azaldığından ya da direncinin arttığından gebeliğin seyrini değiştirecek hiperglisemi düzeyleri görülmektedir. Gebeliğin artan hormonlarının hemen hemen tamamı plasenta kaynaklıdır ve hiperglisemiye zemin hazırlar. Progesteron, kortizol, estrojen, plasental laktogen hormonlar bunlardan bazılarıdır. Kan glikozunun kullanımının yetersizliği nedeniyle maternal yağ dokuları kullanılmaya başlanır. Böylece ortaya çıkan metabolitlerden özellikle keton cisimler erken gebelik döneminde (ilk trimestrede) fetal sinir sisteminin gelişmesi sırasında olumsuz etkileri bilinmektedir. Böbrekte glomerüller filtrasyonun artması ve glüköz reabsorbsiyonunun azlığı nedeniyle glüközürkiye neden olur. Sonuçta açlıkta glüköz düzeyi azalmasına karşılık, tokluk glüköz değerlerindeki artış, fetusun maternal glüközü bol olarak kullanmasını getirmektedir.

Ortamdaki bu endokrin bozukluk aynı zamanda damarsal patolojilere de neden olmakta, plasenta ve fetus önceleri patolojik olarak büyük olmakta (fetal makrozomi); ancak, kontrol edilmeyen ve damarsal patolojilerin de ortaya çıktığı durumlarda fetusun büyümemesi hatta ani ölümleri gözlenebilmektedir. Fetal akciğer gelişiminde gerilik olması, doğan bebeklerin solunum sorunları ile hatta bebek kaybı ile karşılaşılabilir. Diyabetli gebelerde tip tayini ve sınıflandırma yapılarak izlemde bulunulup gerekenler planlanmaktadır.

DÜŞÜNELİM

Diabet mellitus ve glüköz intoleransına göre sınıflandırma nasıldır?

Diabetes mellitus ve glüköz entoleransına göre üç tip sınıflandırma yapılabilir. Bunlar:

- **Tip I:** İnsüline bağımlı
- **Tip II:** İnsüline bağımlı olmayan
- **Tip III:** Gestasyonel (gebelikle ilgili) diyabet

Gebelik öncesi diabeti bilinenlerin insülin kullanmak zorunda olan tip I grubunda şeker regülasyonu yine insülin ile yapılmaktadır. Tip II olgularda ise diyet ile regülasyon sağlanabilir; ideal kilo başına 35 kCal olarak düzenlenecek bir diyet ile regülasyon sağlanabilir. Ancak gebelik nedeniyle bu diyet bile hiperglisemi oluşabilir. Bu durumda insülin uygulaması kaçınılmaz olacaktır.

DÜŞÜNELİM

Glüköz intoleransı nasıl tanınır?

Glüköz intoleransı gebelikte 6 saatlik açlık sonrası (geceden aç kalarak sabah yapılan tetkiklerde), önce alınan açlık kan şekerinin normal çıkması durumunda yapılan oral glüköz tolerans testi (OGTT) ile tanınır. Kan şekerinin normal olduğu

saptandığında 100 gr glüköz içirilen gebenin 1, 2 ve 3. saatlerde alınan kan şekeri değerlerinin sırayla 165, 145 ve 125 mg/dl değerlerini -en az iki ölçümünde- aşmış olması durumunda gestasyonel diyabet tanısı konur, insüline tolerans azalmıştır. Açlık glüköz değeri normalden fazla ise test yapılmaz kişinin aşikar diyabetik olduğu kabul edilir. Gebenin idrarında glüköz saptanması halinde her ne kadar eşik azalması varsa da aksi kanıtlanana kadar diyabet kabul edilmelidir.

Gebelikte sınıflama, diyabet özellikleri dikkate alınarak White sınıflamasına göre yapılmaktadır.

White -gebelikte diyabet- sınıflaması şöyledir:

- **Klas A:** Diyetle regüle olabilen komplikasyonsuz diyabet
- **Klas B:** 20 yaşından sonra başlamış veya 10 yıldan az süreli diyabet
- **Klas C:** 10-19 yıl süreli veya 10-19 yaşları arasında başlamış diyabet
- **Klas D:** 10 yaşından önce başlamış veya 20 yıldan fazla süreli diyabet
- **Klas E:** Damar kalsifikasyonları ile komplike olmuş diyabet
- **Klas F:** Nefropati ile komplike olmuş diyabet
- **Klas H:** Kalp hastalığı ile olmuş diyabet
- **Klas R:** Proliferatif retinopati ile olmuş diyabet
- **Klas T:** Böbrek transplantasyonu olmuş diyabet olgusu

Günümüzde White sınıflaması alt grupların özellikleri dikkate alınarak yapılmış ve hekimlerin kullanımı için daha uygun hale de getirilmiştir.

Gebelikte diyabetin kontrolü hem maternal (anne ile ilgili) hem de fetal yaşam açısından önem kazanmaktadır. Glüközürinin olması özellikle idrar yolu enfeksiyonlarına eğilimi artırmaktadır. Enfeksiyonlar ise diyabetin kontrolünü daha da zorlaştırmaktadır.

Gebeliğin erken dönemindeki hiperglisemi ile fetal anomali insidansı da 3-5 kez artmıştır. Özellikle kaudal regreston sendromu, kalp hastalıkları ön planda olmak üzere birçok anomalinin gelişmesi beklenebilir. Bu nedenle de kanda glikolize hemogloblin (HbA1C) bakarak son 7-8 haftada kan şekeri regülasyonu hakkında bilgi edinilebilir. Regüle olan olgularda HbA1C değeri normal çıkacaktır. Yüksek değerlerde fetal anomali beklenebilir.

Diyabetin gebeliğe etkisi fetal anomalilerin artışı, fetal makrozominin ya da komplike diyabetlerde intrauterin gelişme geriliği ve ani fetal ölümlerin oluşma riski, operatif doğum beklentisinin artması (iri bebek nedeniyle), enfeksiyonlara ve candida vajinitine eğilimin artması olarak sayılabilir.

Gebelikte insülin gereksinimi değişir mi?



DÜŞÜNELİM

Gebelik de diyabetin seyri değiştiğinden insülin gereksinimi de değişir. İlk trimestrede insülin azalırken, sonlarına doğru insülin daha fazla gerekli olur. Yani gebeliğin hormonal değişimleri nedeniyle insüline direnç ve dolayısıyla gereksinim artar. Kontrollü diyabetlerde gebelik seyri değişmezken, kontrolsüz diyabetlerde fetal akciğer matürasyonu gecikmiştir. Ani fetal ölümler beklenebildiği için matür sağlıklı bebek derhal doğurtulmalıdır.

RİSKLİ GEBELİKLER

Riskli gebelikler; adolesan gebelikleri, ileri yaş gebelikleri, çoğul gebelikler, Rh hastalığı, gebelikte anemi, preterm eylem, prematür membran rüptürü, hiperemesis gravidarum, interauterin gelişme geriliği ve polihidramnios-oligohidramnios başlıklarında toplanabilir.

Bu yaş grubunda erken doğumlar, preeklampsi ve eklampsi gibi hipertansif gebelik hastalıkları, abortuslar (düşükler), vitamin eksiklikleri ve beslenme bozukluklarının klinik tabloları daha sık ortaya çıkmaktadır.

30 yaş sonrası oluşan gebeliklere “yaşlı primigravida” tanımı kullanılmaktadır.

Üçüz ve daha fazla olan çoğul gebeliklerde sezaryen en uygun yol olmaktadır.

Adolesan Gebelikleri

Adolesan (gelişme ve büyüme evresi) gebeliklerden genellikle 18 yaş altındaki gebelikler kastedilir. Bu yaş grubunda erken doğumlar, preeklampsi ve eklampsi gibi hipertansif gebelik hastalıkları, abortuslar (düşükler), vitamin eksiklikleri ve beslenme bozukluklarının klinik tabloları daha sık ortaya çıkmaktadır. Büyüme çağını tamamlamamış olanlarda sıkça görülen baş-pelvis uyumsuzlukları ve buna bağlı artmış sezaryen hızlarından söz edilmektedir.

İleri Yaş Gebelikleri

İleri yaş gebelikleri, özellikle 35 yaş üstü gebelikler, yaşın kazandırdığı sistemik hastalıklara bağlı riskleri taşır. Hipertansiyon, diyabet, kalp ve böbrek hastalıkları ilerleyen yaşla daha çok ortaya çıkmaktadır. 30 yaş sonrası oluşan gebeliklere “yaşlı primigravida” tanımı kullanılmaktadır. 30-35 yaş ile gelişen fetusa ait özellikle genetik hastalıkların dağılımında da artış görülmektedir. Myomlar, abrupsiyo plasenta, uterusun doğumda disfonksiyonu, trombozlar daha sık ortaya çıkmaktadır.

Çoğul Gebelikler

Normal popülasyonda ikiz gebelik 1/80 kadar, üçüz gebelik 1/6400 sıklıkta görülmekte iken, yardımcı üreme teknikleri ve tüp bebek uygulamalarıyla çoğul gebelik olasılığı artmıştır. Gebelik seyrinde daha çok hiperemesis gravidarum (aşırı bulantı ve kusma), daha fazla preeklampsi ve eklampsi, daha fazla erken doğum olan bu grupta ilk bebeğin baş dışı gelmesi ile sezaryen olasılığı daha da artmaktadır. Üçüz ve daha fazla olan çoğul gebeliklerde sezaryen en uygun yol olmaktadır. Çoğul gebelikte koriyonisite de önem kazanmaktadır. Monokoryonik monoamniotik plasentalarda “ikizden ikize transfüzyon sendromu” beklentisi de fetuslardan birinin diğerinin kanını kullanması ile ortaya çıkan tabloyu tanımlamaktadır. Bu durumda alıcı fetus damar anastomozlarındaki aşırı beslemeye neden olan farklılık sonucu iri olmaktadır, pletorik özelliktedir. Diğeri ise intrauterin gelişme geriliği (IUGR) içindedir. Ancak dikoryonik diamniotik gebelerde her iki bebek mutlaka iki ayrı oosit ve sperminden gelişmiş ve farklı özelliktedir.

Monokoryonik monoamniotikler identik ikizlerdir. Aynı kromozomal yapı ve tamamen ortak özelliktedirler. Monokoryonik diamniotikler ise aynı ya da farklı yapıda olabilirler. Genel olarak ikiz gebeliklerde fetuslar %75 aynı cinstendir. En sık %50 kadar sıklıkla yerleşen kısımları baş/baş olmaktadır.

Rh Hastalığı

Rh hastalığı, kan grupları antijenlerinde Rh grup antijenleri plasentayı geçemez. Ancak Rh (+) olan kişinin kanı Rh (-) olan kişide oluşturduğu reaksiyonla ilk olarak IgM tipinde antikor oluştursa da daha sonra oluşanlar IgG tipindedir ve plasentayı geçebilir. Fetusun kanı Rh (+) ve annenin kanı Rh (-) iken fetal kan anneye ilk geçişinde IgM, ikinci geçişinde IgG oluşacaktır. Bunların fetal kan hücrelerini yıkması sonrası fetal anemi ortaya çıkarken, aynı zamanda yıkılan eritrositlerden açığa çıkan maddelerin metabolitleri bilirubin artışına neden olacaktırlar. Ortamdaki fazla bilirubin fetal dokulardan beyine çökmeye başlayarak “kernikterus” tablosunu yaparken, aynı zamanda bilirubin nedenli amniotik sıvıda ve bebek cildinde sarılık yapacaktır.

Intrauterin yaşamdaki fetusun anemi en önemli sorunu iken ortaya çıkabilecek olan hipoproteinemi ile fetal ödem yanında karın-göğüs boşluğunda sıvı toplanma-

ları ve cilt altında ödem ile hidrops tablosu yerleşecektir. Bu nedenle annenin Rh (-) olduğu ve babanın Rh(+) olduğu yani fetusun Rh(+) olma olasılığı olan durumlarda anne kanında Rh antijenlerine karşı gelişmekte olan Igm'lerin varlığını anlamak için indirekt Coombs testi yapılır. Eğer indirekt Coombs testi (+) ise ve 1/16 titrasyonda bile (+) ise o takdirde amniotik sıvıdan alınan örnek, bilirubin boyaması açısından incelenir. 450 nm dalga boyunda spektrofotometre ile bakılarak bilirubinün soğurulması prensibine dayalı kalitatif değerlendirme yapılır. Alınan sonuca göre fetusun olumsuz etkilenme olasılığı tahmini yapılır. Eğer fetusun anemik olduğu düşünülürse fetal abdomene (karın boşluğuna) kan transfüzyonu yapılır.

Günümüzde daha zor olmasına karşın daha çok kabul edilen uygun ekipman ile fetal kan örnekleme yapılarak fetusun anemi düzeyine ve bilirubin değerine doğrudan bakıp gerekirse aynı seansta fetal damara kan transfüzyonu yapılabilir.

İlk gebeliklerde Rh etkilenmesi hemen hemen olmaz, geçiş oluşsa bile daha çok doğumda olmaktadır. Bu nedenle indirekt Coombs ile izlenen gebelikte -etkilenme olmadığı düşünülürse- doğumda kan geçişi olasılığı nedeniyle doğumdan sonraki ilk 72 saat içinde anneye 250-300 mikrogram anti-Rh (anti-D) immünglobulin yapılır. Her 1 cc kan için 10 mikrogram anti-D IgG yeterli olmaktadır. Kan geçişi 0.1 cc bile olsa etkilenme olabilmektedir.

Gebelikte Anemi

Gebelikte anemi, gebenin anemisi (kansızlık) genellikle demir eksikliği şeklinde olsa da ülkemiz gibi talasemi (akdeniz anemisi) olasılığı olan ülkelerde daha dikkatli araştırma gereklidir. Folik asit eksikliğinde, B12 vitamin eksikliğinde ortaya çıkan makrositer aneminin tersine demir eksikliğinde mikrositer anemi olmaktadır. Gebenin ilk kontrolünde tam kan sayımı yapılmalı ve hemogloblin (Hb) değerinin 12 mg/dl'den az olduğu durumlarda tedavi gerekmekte hatta tüm bu durumdaki gebelere demir desteği yapılmalıdır. Gebelikte olan fizyolojik dilüsyonel anemide dahi demir desteği yapılması gerekmektedir.

Talasemi kalıtsal özellikli resesif geçişlidir. Eritrosit ömrü kısa olduğu için anemi görülür. Homozigot formunda talasemi major oluşur, fetal kayıp ve IUGR daha sık olmaktadır da, daha çok heterozigot olduğundan (talasemi minör) hafif anemi dışında önemli komplikasyon beklenmez.

Orak hücreli anemi nadir de olsa oraklaşma fenomeni sonrasında damar tıkanmaları bu hastalıkta dalak, kemik iliği ve plasentada daha çok görülür. Kusma, ateş ve şiddetli ağrılar ortaya çıkar. HbA'nın anormal yapıldığı otozomal resesif bir kalıtsal hastalıktır. Özellikle oraklaşma krizinden korunmak için dehidratasyon (vücuttan aşırı sıvı kaybı) ve asidozdan kaçınılması gerekmektedir.

Annenin Rh (-) olduğu ve babanın Rh(+) olduğu yani fetusun Rh(+) olma olasılığı olan durumlarda anne kanında Rh antijenlerine karşı gelişmekte olan Igm'lerin varlığını anlamak için indirekt Coombs testi yapılır.

Burada anlatılanlar ile "Çocuk Hastalıkları" ünitesinde verilenleri karşılaştırınız.



Preterm Eylem

Preterm eylem, doğum eylemi normal olarak son adet tarihine göre 280 gün (40 hafta) daha doğru deyişle ovülasyondan 266 gün sonra beklenir. Ancak 40 haftalık gebelik süresinin 37.-42. hafta arasında sonlanması term gebelik olarak adlandırılır. 42. haftadan sonra olan doğumlara postterm, 20.-37. hafta arasında ise preterm gebelik denir. 20.- 28. hafta arasında immatür gebelik, 28.-37. hafta arasında prematür gebelik olmasına rağmen 37 haftadan önce olan gebelikler preterm gebeliktir. Preterm doğumlara neden olacak olan doğum eylemi (prematür doğum

Term Gebelik: 40 haftalık gebelik süresinin 37.-42. hafta arasında sonlanması olarak adlandırılır.

eylemi) henüz matüritesini tamamlamamış bebeğin doğumuna neden olacağından yüksek morbidite ve mortaliteye neden olacaktır. Bu nedenle eğer bebek iyilik halinde ise preterm doğum eylemi durdurulmalıdır.

Servikal açıklık 4 cm'den az ve silinme %80'den az ise tokolitik ilaçlar kullanılarak doğum eylemi durdurulabilir. Ancak, bu durumda bebeğin prematür olarak doğma olasılığına karşı akciğer matüritesinin artırılması ve erken doğacak bebeğe uygulanacak tedavilerin başarısının artırılması için anneye yapılacak betametazon içerikli uygulamalar yarar sağlayacaktır. Tokolitik olarak ritodrin, magnezyum sülfat ve kalsiyum kanal blokerleri en sık kullanılanlardır.

Prematür Membran Rüptürü

Prematür membran rüptürü, gebelik haftasına bakılmaksızın doğum eylemi başlamadan en az 2 saat önce ya da aktif doğum eylemi başlamadan en az 6 saat önce ya da doğum gerçekleşmesinde en az 12 saat önce olan membran rüptürleri halinde prematür membran rüptüründen söz edilir. Bu halde, doğumun hızlandırılmasından başka yapılacak uygulama yoktur. Eğer doğum eylemi başlamamışsa doğum eylemi indüklenir.

DÜŞÜNELİM

Prematür membran rüptürü preterm gebelikte olmuşsa ne yapılabilir?

Prematür membran rüptürü preterm gebelikte olmuşsa sorun vardır. Doğum gerçekleştirilirse bebek prematür olacak ve özellikle akciğer matüritesi nedeniyle ciddi mortalite ve morbidite riski olacaktır. Akciğer matüritesinin durumu için amniotik sıvıdan "lameller body" bakılması (normalde 30.000/mm³ olmalı), lesitin/sfingomyelin oranına bakılması (normalde 2'den fazla olmalı), Klemens köpük testi yapılması (matür olanlarda köpük 15 dakika sonunda stabil kalır) gereklidir. Fetal akciğerlerin matür olmadığı durumda obstetrisyen hekim çalıştığı ortamın yenidoğan ünitesi koşullarına göre eğer doğacak bebeği sağlıklı yaşatabileceğine inanıyorsa doğumu tercih edecek, daha uygun koşulların olduğu yenidoğan servisi olan merkez varsa oraya sevk edecek ya da sınırlı süre beklemekle akciğer matüritesinin istenen düzeye ulaşabileceğini düşünüyorsa doğumu indüklemekten bekletecektir. Bu bekleme sırasında fetusun enfeksiyon riski olduğunu ve bunun koryoamnionit olarak gebeyi de ilgilendirdiğini unutmamak gerekir.

Şüpheli membran rüptürü olgularında muayenede spekuluma sıvının dolması, ultrasonda amniotik sıvının belirgin hızla azalmış olması, vajende pH'nin bazik amniotik sıvı nedeniyle nötr asitten düzeylere çekilmiş olması, şüphenin devam ettiği olgularda amniotik boşluğa akrinin orange gibi bir hücre boyası vererek, vajene dökülen hücrelerde boyananları bulmak gibi yöntemler kullanılabilir. Enfeksiyon bulgusu olarak klinikte uterus duyarlılığının artması, ateş yükselmesi, kokulu vajinal akıntının başlaması, fetal taşikardi (kalp atışının hızlı olması) yanında laboratuvar olarak CRP ve lökosit değerinde yükselmenin olması enfeksiyon yönünden önemli bulgulardır.

Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum, gebeliğin ilk bulgularında olan bulantı ve sabah kusmalarının giderek şiddetli hale gelmesi ve gerek gebe gerekse fetusun yaşamını tehdit edecek metabolik değişimlere neden olması kastedilir. Ancak gebeliğin daha çok ilk 3 ayında görülen ve kişiyi rahatsız eden kusmaların her düzeyinde hiperemesisden söz etmek alışkanlık oluşturmuştur. Bu durum öncelikle diyetle koku-suz, baharatsız, yağsız, kolay hazmedilen gıdaların günde 7-8 kez gibi sık aralık-

larla ancak az miktarlarda alınması, sabah ilk olarak yataktan kalkmadan önce kuru bir kraker ya da ekmek lokması ile ağızdaki hipersalivasyonun (tükrük fazlalığının) alınması amaçlanmaktadır. Bunlardan yeterli yarar görmeyenlere B6 vitamini, antihistaminiklerin (allerji etkisine karşı kullanılan ilaç) verilmesi, antiemetiklerin (bulantıya karşı kullanılan ilaç) verilmesi denenmektedir. Psikoterapi ve psikolojik destekten yarar göreceklere. Daha çok ilk gebeliklerde ortaya çıkar. Uzun süreli olanlarda ve şiddetli olanlarda dehidratasyon, vitamin eksiklikleri, elektrolit bozuklukları ve asidoz ile tablo ilerler ve gebenin kaybına kadar gidebilmektedir. O nedenle tedavi sırasında sıvı elektrolit dengesi damardan beslenme şeklinde takviye edilmelidir. Genellikle 48 saatlik uygulamalardan yarar görülür.

Gebeliğin daha çok ilk 3 ayında görülen ve kişiyi rahatsız eden kusmaların her düzeyinde hiperemesisten söz etmek alışkanlık haline gelmiştir.

Intrauterin Gelişme Geriliği (IUGR)

İntrauterin gelişme geriliği (IUGR), gebeliğin ilk yarısında olan gelişme gerilikleri genellikle kromozomal ve fetal hastalıklara bağlı olanlarla olur. Simetrik olarak fetusun büyümesi yavaşlamıştır. İlk olarak ultrason ile tanı konabilir. İlerleyen tablolarda gebenin karnının büyümemesi, kilo alımının durması sonraki bulgulardır. Gebeliğin ikinci yarısındaki gelişme gerilikleri asimetrik olanlardır. Fetusun kilo alımının etkilenmesi ile oluştuğundan karın çevresi ve daha sonra da baş çevresi etkilenir. Kemik yapı hemen hemen etkilenmez. Asimetrik IUGR olguları asfiksi, fetal distress bulguları ile doğabilirler. Oysa simetrik IUGR olguları ufak bebeklerdir, kromozomal defektler, konjenital defektler ve enfeksiyonlar (örneğin TORCH grubu enfeksiyonlar) bulunabilir. Fetal iyilik hali testleri ile izlenerek sağlıklı durumları bozulmadan en uygun zamanda doğuma gitmek amaçlanmalıdır. Bu nedenle de 1-2 haftalık izlemde tutulmalıdır.

Gebelik, fetal iyilik hali testleri ile izlenerek sağlıklı durumları bozulmadan en uygun zamanda doğuma gitmek amaçlanmalıdır.

Polihidramnios - Oligohidramnios

Polihidramnios amniotik sıvının 2000 cc'den fazla olması, oligohidramnios 500 cc'den az olmasıdır. Polihidramnios amniotik sıvının üretiminin fazla olmasına neden olabilecek ya da fetal dokulardan reabsorbe olmasının azalmasına neden olabilecek hastalıkları düşündürmelidir; diabetes mellitus, gastrointestinal defektler, anansefali (beynin olmaması durumu) çoğul gebelik bunların başında gelir. Oligohidramnios ise amniotik sıvının fazla tüketildiği ya da daha çok üretiminin azaldığı durumları düşündürür. Fetal dolaşımın bozulduğu kronik fetal distress, renal patolojiler (agenez gibi), prematür membran rüptürü, solunum yollarındaki patolojiler akla gelmelidir. Oligohidramnios fetal durumun iyi olmadığı bir durum olarak algılanmalı ve enerjik hareket etmelidir.

Polihidramnios amniotik sıvının 2000 cc'den fazla olması, oligohidramnios 500 cc'den az olmasıdır.

DÜŞÜKLER VE GEBELİĞİ SONLANDIRMA YÖNTEMLERİ

Düşükler

Gebeliklerin klinik olarak belirlenmesinden sonra yani âdet gecikmesi ve bulantı, kusma gibi bulguları ile ortaya çıkmasından sonra spontan düşük yapma (spontan aborsiyon) riski yaklaşık %15 kadardır. Spontan abortus, kendiliğinden oluşan düşük anlamına gelir. Yalın olarak abortus dendiği zaman spontan abortuslar kastedilir. Klasik olarak âdet gecikmesi olmadan gebelik tanısı zorsa da günümüzde erken gebelik tanısı koymak ve gebelikleri çok erken tanımak olasıdır. En çabuk tanıma olanağı tüp bebek uygulamaları sırasında olabilmektedir. Bu grup olgularda düşük (abortus) görülme olasılığının %60-70'lere kadar yükseldiği bilinmektedir.

Klasik olarak âdet gecikmesi olmadan gebelik tanısı zorsa da günümüzde erken gebelik tanısı koymak ve gebelikleri çok erken tanımak olasıdır.

Gebeliklerin erken döneminde oluşan düşükler daha çok embryonal gelişimi ilgilendiren anormal gelişimler ile uterusun bebeği kabul etmesiyle ilgili olan kollarla (en sık hormonal) ilintilidir. Bu nedenle de düşükleri erken düşükler (12 haftaya kadar) ve geç düşükler (12-20 hafta arası düşükler) olarak görmekte yarar vardır. Erken düşük nedenleri içinde kromozom anormallikleri (en sık neden), endometrium patolojileri (endometritler), hormonal patolojiler (korpus luteum yetmezlikleri, aşikar diyabet, tiroit hastalıkları..), immün bozukluklar (antifosfolipid sendrom, immün sistem hastalıkları..), enfeksiyonlar (özellikle TORCH grubu enfeksiyonlar) önemlileridir. TORCH grubu hastalıklar yani Toxoplasma, Rubella, CMV, Herpes hastalıkları, düşük nedeni olabileceği de bazen doğuma kadar sürüp canlı bebek doğumu sonrasında da belirlenebilir. Bebek bu durumlarda TORCH tetkiklerinde hastalıktan etkilendiği ya da etkilerinin kaldığı şeklinde tanı alabilir.

Klinik olarak gebelikte vajinal yolla kanama olmaz. Eğer oluyorsa mutlaka doktora başvurmak gerekir. Abortus insipiensten (durdurulamayan düşük) oluşmuşsa annenin sağlığı açısından gebeliğin sonlandırılması ve tedavi amaçlı abortus (kürtaj) yapılması kaçınılmazdır.

Klinik olarak gebelikte vajinal yolla kanama olmaz. Gebelikte her türlü vajinal kanama anormal kabul edilmelidir. Gebelikte, servikal açıklık ve silinmenin olmadığı, fetus ve eklerinin sağlıklı olarak değerlendirildiği kanamalar abortus immiens (düşük tehdidi) olarak tanı alır ve yaklaşık %60 kadarı sağlıklı gebelik ile devam eder. Ancak geri kalan önemli bir kısmı ise spontan abortus ile sonlanır. Bunlar komplet abortus (fetus ve eklerinin tamamının birlikte düşmesi) ya da inkomplet abortus (fetus ve eklerinin bir kısmının spontan olarak düşmesi geri kalan kısmının uterus içinde kalması) şeklinde olabilir. Bazen de amniotik kesenin açılması, 7 günden fazla kanama olması, pıhtılı ve bol kanama şeklinde devam etmesi, servikal açıklığın gebelik haftasına göre 1-3 cm gibi artmış düzeyde olması halinde abortus insipiensten (durdurulamayan düşük) söz edilir ki bu durumda abortus mutlaka olacaktır, engellenemez. Bu durumda annenin sağlığı açısından gebeliğin sonlandırılması ve tedavi amaçlı abortus (kürtaj) yapılması gereklidir.

DÜŞÜNELİM



İlkel yöntemlerle düşük yapmanın tehlikeleri nelerdir?

- Bazı gebeler;
- süpürge çöpü,
 - tığ
 - vagina servikal alanda işlem yaparak yaşamlarını tehlikeye atmaktadır.

Bazen TORCH grubu bazen de E.coli, streptokok, enterokok gibi etkenler ile fetus ve eklerinin enfekte olması haline enfekte abortus denir. Bu durumda fetus enfeksiyonu dışında anne adayının da iç genital organlarında enfeksiyon vardır. Enfekte abortusta, enfeksiyonun gebe kanına yayılma riski vardır. Enfeksiyon ajanının gebe kanına yayılmasına septik abortus denir. Gebenin yaşamı tehdit altındadır. TORCH dışı etkenlerden özellikle anaerob mikropların yaptığı septik abortuslara kendi kendine düşük yapmak için ilkel yöntemler (süpürge çöpü, tığ gibi maddeler ile vagino servikal alanda girişim) neden olmaktadır. Bu hallerde gebe ve fetus sıklıkla birlikte ölmektedir.

DÜŞÜNELİM



Uyarılmış düşükler ne demektir?

İndükte abortus: Uyarılmış düşük demektir.

Kimi zamanlarda da fetusun genetik hastalığının bilinmesi, radyasyonla karşılaşmış olması, teratojeen ilaç kullanımı gibi durumlarda doktor raporu ile ya da sosyal nedenlerle (ayrılan eşler, kontraseptif kullanımındaki başarısızlık nedeniyle oluşmuş gebelik durumunda 2827 sayılı yasanın tanıdığı izin ile) gebelik tıbbi koşullarda uyarılarak abortusla sonlandırılır. Buna indükte abortus denir. Nedeni tıbbi olan durumlarda indükte abortuslara medikal abortus denir. Kalp hastalığı nedeniyle yapılacak olan indükte abortus bu gruba girer.

Tekrarlayan Düşükler

Abortus nedeni bazen sadece o gebeliği ilgilendiren nedenler olmayabilir. Uterusun anormallikleri, immün hastalıklar, TORCH grubu gibi kalıcı hastalıklar tekrarlayan gebelik kayıplarına neden olur. 3 ve daha fazla abortus olmasına tekrarlayan abortuslar (rekürent abortus) denir. Eğer bunlar ilk gebelikten itibaren olmuşsa primer rekürent abortus, öncesinde normal doğum varsa sekonder rekürent abortus denir. Sekonder olanlarda etyolojide yeni ortaya çıkmış bir neden akla gelmelidir. Enfeksiyon sonrası uterus içi yapışıklık olması, TORCH enfeksiyonu, zorlu doğum ya da kürtaj sonrası servikal zorlamalarla oluşmuş servikal yırtıklar veya yetmezlikler bu grupta düşünülmelidir. Ancak doğumsal uterin anomaliler, kromozomal bozukluklar, DES'le intrauterin (uterus içi) yaşamda karşılaşma sonrası oluşan servikal yetmezlikler ise primer rekürent abortus nedeni olarak ortaya çıkmaktadır.

Tekrarlayan abortus tanısı konuncaya kadar bekleyip sonra tetkik yapılması günümüzde kabul edilen bir görüş değildir. Aynı şekilde her düşüktan sonra da geniş tetkik yapılması yine kabul edilmemektedir. Ancak, 2 kez düşük yapmış olgularda, ya da ileri yaş gibi yeni bir gebelik için yaşı ileri olanlarda tetkiklerin erken yapılması önerilmektedir. Nedene yönelik araştırmalarda immün faktörler, uterusun kontrast madde ile yapılan filmi (HSG), ultrasonografik tetkikler, servikal yetmezlik testleri (Hegar testi), mikrobiyolojik analizler (özellikle klamidya, üreoplazma ve TORCH'a yönelik), genetik incelemeler (kromozomal tetkikler) planlanmalıdır. Tekrarlayan abortuslarda etyolojik nedenli olguların %60-70 kadarının saptanabilme olasılığı vardır. Bazen endometriosis gibi etkisi düşünülen hastalıklar da düşük nedenleri arasında gösterilebilmektedir. Ancak endometriosisin her zaman düşük nedeni olmayabileceğinin bilinmesi gerekir.

Endometriosisin her zaman düşük nedeni olmayabilir.

Düşük Tehdidi

Gebelikte her türlü vajinal kanama aksi belirlenene kadar düşüğe ilgili olarak kabul edilmelidir. Dış gebelik, düşük tehdidi, spontan düşük, vajinal enfeksiyonlar, laserasyonlar, polip ya da benzeri neoplazmlar, yabancı maddeler de kanama nedeni olabilir. Değerlendirmelerde bu tip bir neden olmadığı, fetus ve eklerinin sağlıklı görüldüğü ancak, fetoplasental kökenli kanamalar abortus imminens olarak değerlendirilir. Bunlar sıklıkla corpus luteum yetmezliğiyle ya da luteoplasental şift döneminde ortaya çıkar. Luteoplasental şift gebeliğin devamını sağlayan korpus luteumun progesteron salgılama görevini 10. hafta çevresinde plasentaya devretmesi anlamına gelir. Yatak istirahati, psikolojik ve fiziksel dinlenme, eğer progesteron yetmezliği düşünülüyorsa doğal progesteron desteği yararlı olmaktadır. Kanamalı dönem bitiminde olayın tekrarlama şansına karşı, yorulmama, spermada abortusa neden olabilen prostaglandinlerin olabileceği düşünülerek cinsel aktivite kısıtlaması önerilmektedir.

Dış gebelik, düşük tehdidi, spontan düşük, vajinal enfeksiyonlar, laserasyonlar, polip ya da benzeri neoplazmlar, yabancı maddeler de kanama nedeni olabilir. Kanamalı dönem bitiminde olayın tekrarlama şansına karşı, yorulmama, spermada abortusa neden olabilen prostaglandinlerin olabileceği düşünülerek cinsel aktivite kısıtlaması önerilmektedir.

Servikal Yetmezlikler ve Erken Doğum

Zorlamalı doğum sonrası, kürtajlardan sonra ortaya çıkan tekrarlayan 2. trimester (üç aylık dönem) abortusları ya da ağrısız gelişen servikal açılmalar ile görülen erken doğumlar servikal yetmezlikleri düşündürür. Servikal dokudaki yırtıklar ya da dokunun doğumsal yetmezlikleri sonrasında gebeliğin 2. ya da 3. tri-

mesterinde gebelik kesesi uterus içinde tutulamaz ve uterin kontraksiyonlar (uterus kasılmaları) başlamadan servikal açılma başlar. Burada silinme sıklıkla eşlik etmez. Ancak belli bir aşımlik oluşturduğunda uterin kontraksiyonların oluşmaya başlaması ile ağrılar da ortaya çıkmaya başlayabilir. Genellikle ağrı başlayınca kadar hemen hemen hiçbir bulgu vermediğinden ve ağrılar başladığında ise yapılabilecek hiçbir şey kalmadığından, bu gebelikler sonlanır. Bu şekilde ağrısız olan erken doğum ya da geç düşüklerin olması servikal yetmezlikleri düşündürür. Tanı için Hegar testi yapılabileceği gibi, izleyen gebelikte servikal kanal iç ağzına uyan yere 12-14 gebelik haftaları döneminde McDonald dikişi gibi profilaktik bir serklaj ameliyatı yapılması ile yetmezlik nedeniyle gebelik kaybı olasılığı önlenir. Başarılı olma beklentisi %95 kadardır.

Erken doğumlar özellikle fetusun matüritesini (olgunlaşmasını) tamamlayamaması sonrasında özellikle solunum yetmezliği ile kaybedilmesine neden olur.

Erken doğumlar özellikle fetusun matüritesini (olgunlaşmasını) tamamlayamaması sonrasında özellikle solunum yetmezliği ile kaybedilmesine neden olur. Sıklıkla neden olan akciğer matüritesinin tamamlanamaması olduğundan bebek doğar doğmaz solunum cihazlarına bağlanması, akciğerlerin solunum kapasitesinin artabilmesi için özel uygulamalar (endotrakeal sürfaktan uygulaması) gerekmektedir. Bu pahalı ve teknoloji gerektiren çalışmalarla bile, bebeklerin kaybedilme ya da sürekli tedaviye gereksinim duyma şansı çok yüksek olmaktadır.

Erken doğumlar sadece servikal yetmezliklerle olmaz. Sıklıkla nedenler arasında uterin anomaliler, enfeksiyonlar, prematür membran rüptürleri, çoğul gebelikler gibi nedenler olabilmektedir.

İndükte Düşükler ve Gebelik Sonlandırma Yöntemleri

Tıbbi ya da sosyal nedenlerle devamı istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için uygulanan yöntemler indükte abortus yöntemleridir. Bunlar gebelik haftalarına göre değişik yöntemleri kapsamaktadır. Gebeliğin ilk 4-6 haftalık olduğu durumlarda MR (menstrüel regülasyon) denen ve aspirasyon enjektörü kullanılarak yapılan uygulama kişiye en az zarar veren uygulamadır. Bu dönemden sonra vakum aspirasyon uygulanarak yapılan yine benzer bir enjektör (Karmen) ile yapılan abortus işlemi için son sınır 10-11 hafta olmaktadır. Bu haftayı aşmış gebeliklerde özel aspiratörler ile servikal dilatasyon ve evaküasyon (D&E) işlemi yapılabilir. 13 haftayı aşmış gebeliklerde uygun olan doğum şeklinde servikal (priming) olgunlaştırma sonrası indüksiyon metotlarının uygulanmasıdır. Bunun için prostglandin preparatlarının, antiprogesteron preparatlarının kullanımı ya da intraservikal özel balon kullanımı en yaygın uygulamalardır. Servikte oluşan olgunlaşmadan sonra uterin kontraksiyon sağlayan oksitosin ya da prostaglandinlerin kullanımı en fazla seçilen yöntemlerdir.

Gebelik haftası 12 oluncaya kadar bir başka uygulama da serviksin yeterli dilatasyonundan sonra küret (keskin cerrahi alet) ile uterin kavite tahliye edilir (D&C). D&C uygulamaları kontrollü yapılamadığı takdirde endometriuma zararı ile daha sonra uterus içi yapışıklıklar oluşmasına neden olabilir.

Nedeni ne olursa olsun gebelik tahliyeleri kadın yaşamına zarar veren uygulamalardır. Hiçbir zaman bir aile planlaması nedeniyle istenmeyen gebeliklerin önlenmesi yöntemi değildir.

Kişiye en az zarar veren uygulama gebeliğin ilk 4-6 haftalık olduğu durumlarda MR (menstrüel regülasyon) denen ve aspirasyon enjektörü kullanılarak yapılan uygulamadır.

Özet



Genital sistemin gelişimini bilmek.

Anne dölyatağı içindeki yaşamın 7.-8. haftasında erkek ve kadında cinsel organları verecek olan taslaklar belirmeye başlamasıyla birlikte idrar yolları sistemi ile genital sistem birlikte ortaya çıkar. Kadın ve erkek genital yapısı birbirine benzer bir leğen boşluğu (pelvis) içinde gelişmektedir. Birbirine yapışık olan sağrı, kuyruk ve kalça kemikleri iç genital sistemi taşımaktadır. Bu yapının kadında doğum eyleminde önemi vardır.



Genital sistemin özelliklerini kavramak.

Normal bir kadın siklusu 28+/-7 gündür. Görülen âdetten 14 gün önce yumurtlama olmaktadır. Yani yumurtlama âdet kanamasından kaç gün sonra olacağı siklus uzunluğu ile birlikte hesaplanabilir. Ovülasyon zamanı koital aktivite ile vajene atılmış olan spermadan hareketli sperm, estrojen hormonu ile geçirgenliği artmış servikal mukus içinden geçerek uterusu ulaşmaktadır. Bu sırada ovülasyonun olmuş olması ile oosit-sperm buluşması ampulla içinde tuba uterinalarda olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ölçütlerine göre; 20milyon/cc'den az sayıda sperm olması hareketli sperm yüzdesinin %50'den az olması ve normal morfolojide sperm oranının %60'dan az olması halinde spermositogram değerlerinin patolojik olduğu söylenebilir.



Gebelikte ilgili genel kavramları bilmek.

Gebelik doğal, fizyolojik bir olaydır. Gebeliğin başlaması öncesi her iki partnerin sağlıklı olması ve gebeliği taşıyacak olan kadının buna hazır olması gereklidir. Gebelik öncesi özellikle folik asit eksikliği, anemi, sistem hastalıkları varsa mutlaka tedavisinin yapılmış olması gereklidir. Çünkü gebelikte kadın hem kendisini hem de fetusunu taşıyabilecek sağlık durumunda olmalıdır.



Gebelikte dikkat edilmesi gerekenleri kavramak.

Sigara gebelik dışında olduğundan daha zararlıdır. Bebeğin gelişim defektlerine, gelişmemesine neden olduğu gibi, hipertansiyon ile seyreden hastalıklara zemin hazırlar, anne karnında bebek ölümleri ile sonuçlanan gebelik hastalıklarına neden olabilir. Alkol, fetusda fetal alkol sendromuna neden olabilir, beslenme bozukluklarına neden olabilir. Gebelik her ne kadar fizyolojik bir süreç ise de stressin fazla olduğu, yarışlar, uzun sporlar, yorucu egzersizler, ani basınç değişimlerinin olması, yorgunluklar sağlıklı gebelik sürecini aksatabilmektedir.



Gebelikte karşılaşılan yakınmaları değerlendirmek.

Kanama, hipertansiyon, fetusun hareketsizliği, su gelmesi, kan grubu uyumsuzlukları, preterm doğum eylemi, kalp hastalığı ve diyabet gebelikte dikkati çeken anormallikler olarak değerlendirilmektedir.

Riskli gebelikler; adolesan gebelikleri, ileri yaş gebelikleri, çoğul gebelikler, Rh hastalığı, gebelikte anemi, preterm eylem, prematür membran rüptürü, hiperemesis gravidarum, interuterin gelişme geriliği ve polihidramnios-oligohidramnios başlıklarında toplanabilir.



Riskli gebelikleri ayırt etmek.

Erken doğumlar özellikle fetusun olgunlaşmasını tamamlamaması sonrasında özellikle solunum yetmezliğiyle kaybedilmesine neden olur. Sıklıkla neden olan akciğer matüritesinin tamamlanamaması olduğundan bebek doğar doğmaz solunum cihazlarına bağlanması, akciğerlerin solunum kapasitesinin artabilmesi için özel uygulamalar gerekmektedir. Bu pahalı ve teknoloji gerektiren çalışmalarla bile bebeklerin kaybedilme ya da sürekli tedaviye gereksinim duyma şansı çok yüksek olmaktadır. Nedeni ne olursa olsun gebelik tahliyeleri kadın yaşamına zarar veren uygulamalardır. Hiçbir zaman bir aile planlaması nedeni, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi yöntemi değildir.



Gebeliği sonlandırma yöntemlerini kavramak.

Tıbbi ya da sosyal nedenlerle devamı istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için uygulanan yöntemler indükte abortus yöntemleridir. Bunlar gebelik haftalarına göre değişik yöntemleri kapsamaktadır. Gebeliğin ilk 4-6 haftalık olduğu durumlarda MR (menstrüel regülasyon) denen ve aspirasyon enjektörü kullanılarak yapılan uygulama kişiye en az zarar veren uygulamadır. Prostaglandin preparatlarının, antiprogesteron preparatlarının kullanımı ya da intraservikal özel balon kullanımı en yaygın uygulamalardır. Servikte oluşan olgunlaşmadan sonra uterin kontraksiyon sağlayan oksitosin ya da prostaglandinlerin kullanımı en fazla seçilen yöntemlerdir.

Kişiye en az zarar veren uygulama gebeliğin ilk 4-6 haftalık olduğu durumlarda MR (menstrüel regülasyon) denen ve aspirasyon enjektörü kullanılarak yapılan uygulamadır. Gebelik haftası 12 oluncaya kadar bir başka uygulama da serviksin yeterli dilatasyonundan sonra küret (keskin cerrahi alet) ile uterin kavite tahliye edilir (D&C). D&C uygulamaları kontrollü yapılmadığı takdirde endometriuma zararı ile daha sonra uterus içi yapışıklıklar oluşmasına neden olabilir.

Kendimizi Sınayalım

1. Kadın ve erkekte cinsel organların taslakları gebeliğin hangi haftalarında belirmeye başlar?
 - a. 1-2
 - b. 3-4
 - c. 5-6
 - d. 7-8
 - e. 9-10
2. Aşağıdakilerden hangisi kadın iç genital kısımlarından biri **değildir**?
 - a. Overler
 - b. Tubalar
 - c. Uterus
 - d. Vajen
 - e. Labium
3. Kadın ve erkek genital yapısı aşağıdakilerden hangisinin içinde gelişir?
 - a. Pelvis
 - b. TDF
 - c. MIF
 - d. Koksiz
 - e. Üriner
4. Aşağıdakilerden hangisi uyarılmış düşük olarak adlandırılmaktadır?
 - a. Oligozoospermi
 - b. Astenoospermi
 - c. Infertilite
 - d. İndükte abortus
 - e. Hiperprolaktinemi
5. Normal bir gebeliğin oluşması kaç gündür?
 - a. 22+/-7
 - b. 25+/-7
 - c. 28+/-7
 - d. 31+/-7
 - e. 34+/-7
6. Gebelikte sigara kullanılması, çocuklarda hangi hastalıkların gelişimine zemin hazırlar?
 - a. Stres
 - b. Hipertansiyon
 - c. Tiroit
 - d. Verniks
 - e. Koitus
7. Uyarılmış düşükler ne demektir?
 - a. Süpürge çöpi ile gebeliğin sonlandırılması
 - b. Kendi kendine düşük yapılması
 - c. Cinsel ilişki sırasında düşük yapılması
 - d. Vajinal yolla kanamanın kesilmesi
 - e. Sağlık raporu ile gebeliğin sonlandırılması
8. Tüp bebek uygulamalarının kısa yazılışı nedir?
 - a. TESA
 - b. TESE
 - c. OPU
 - d. PESA
 - e. IVF
9. İlk gebelikte fetal hareket anne tarafından kaçınıcı haftada fark edilebilir?
 - a. 14-16
 - b. 17-20
 - c. 21-23
 - d. 24-26
 - e. 27-30
10. Aşağıdakilerden hangisi erken gebelikte **gözlenmemesi** gerekir?
 - a. Bazı gıdalardan tikslenme
 - b. Zayıflama
 - c. Uykuya eğilim artması
 - d. Dolgunluk
 - e. Şişkinlik

Yaşamın İçinden



GEBELİK ÖNCESİ YAPILMASI GEREKENLER

İdeal olan tam olarak hazır olduğunda gebe kalmaktır. Annelik bir kadının hayatının en önemli ve özel parçasıdır. Çoğu kez başka hiçbir şey annelik kadar mutluluk ve heyecan vermeyebilir. Getirdiği bu kadar büyük mutluluğun yanında çok ağır bir sorumluluk olan anneliğe iyi hazırlanmak, bebeğinizi mümkün olan en iyi şartlarda dünyaya getirmek için ilk basamak... İşte burada bu konuda size yardımcı olmak için bazı önerilerimiz olacak.

Gebeliğe hazırlanırken genel bir sağlık kontrolünden geçmek en idealidir. Bu durumda henüz açığa çıkmamış bir problem saptanabilir ve gebelik öncesi tedavi edilebilir. Bunun için çok geniş kapsamlı ve pahalı bir incelemeye gerek yoktur. Bir iç hastalıkları uzmanı tarafından muayene edilmeniz, rutin jinekolojik kontrolünüzün yapılması ve bunun yanında bazı laboratuvar testleri yeterli olacaktır. Doktorlarınızın gerekli gördüğü ek tetkiklerle varsa ortaya çıkacak olan probleminiz çözüldükten sonra gebe kalmanız. Kısaca dikkat edilmesi gereken noktaları özetleyelim.

Kilo problemi: Normalden az ya da fazla kilonuz varsa bunu mümkün olduğu kadar normal sınırlara taşımaya çalışın. Fazla kilolar gebelik sırasında hipertansiyon, gebelik şekeri gibi komplikasyonların görülme olasılığını artırır, omurga ve kalça eklemlerinde problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Buna karşın normalin altında kilosu olanların da erken doğum açısından daha fazla risk taşıdığını belirtmek gerekir.

İlaç kullanımı: Hamilelik olasılığı varsa ilaç kullanımı konusunda dikkatli olmalısınız. Eğer güvenilir bir doğum kontrol yöntemi uygulamıyorsanız özellikle adet kanamasına yakın olduğunuz dönemlerde ilaç kullanırken mutlaka bir hekime danışmalısınız. Gebelik sırasında da pek çok ilaç kullanılabilir ama muhtemel bir gebelikte sizi sıkıntıya sokabilecek ilaçlardan korunmanızda fayda vardır. (Gebelik ve emzirme döneminde ilaç kullanımı için tıklayın)

Sigara: Aslında hayatın her döneminde sigara içmek son derece zararlı ama gebelikte sigara içmek kabul edilebilir bir davranış olarak görülmemeli. Bu yüzden varsa sigara alışkanlığınızı gebelik öncesi terk etmenizi şiddetle öneririz.

Meslek riskleri: Çok fazla sayıda örnek verilebilir ancak kalabalık ortamlarda özellikle çocuklarla çalışan öğretmenlerin çocukluk çağı hastalıkları açısından risk

taşıdıklarını ve gebeliğin erken dönemlerinde bu hastalıkların sorun yaratacağını bilmelerinde fayda vardır. Yine kimyasal maddelerle ya da radyasyona maruz kalınabilen ortamlarda bulunanların da gebelik öncesi gerekli tedbirleri almalarını önermek doğru olacaktır. Kişisel bilgisayar kullanımının gebelik açısından önemli bir risk oluşturmadığını burada belirtelim. Önceden bulunan sağlık problemleri: Doğurganlık çağında kadınlarda görülebilen bazı sağlık sorunları gebelikte risk artışına neden olabilir. Varsa bu sorunların saptanıp gebelik öncesi tedavi edilmeleri önemlidir. Bunları kısaca belirtmekte yarar görüyoruz.

Kansızlık (Anemi)

Özellikle toplumumuzda kadınlar arasında çok sık görülen bir sağlık sorunudur. Büyük çoğunluğu demir eksikliğine bağlı olsa da 'Akdeniz Anemisi' ve diğer anemiler de görülmektedir. Gebelik sırasında aneminin düzeltilmesi zordur, ayrıca kan kaybı olasılığının arttığı bir dönem olduğundan en doğrusu, varsa aneminin gebelik öncesi teşhisi, hangi tipte bir anemi olduğunun saptanması ve tedavi edilmesidir.

Bu konuda diğer önemli bir nokta da bazı kansızlıkların kalıtsal özellik göstermesidir. Anne adayında bu tip bir anemi (ya da taşıyıcılığı) önceden saptandığında mutlaka baba adayının da durumunun değerlendirilmesi gerekir. Akdeniz anemisi taşıyıcılığı ülkemizde sıkça rastlanan bir durumdur. Eğer ebeveynlerin her ikisi de taşıyıcı ise bebeğin dörtte bir oranında Akdeniz anemisi hastalığıyla doğma riski vardır. Bu durum mutlaka saptanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

Tiroid Bezi Hastalıkları

Tiroid bezine ait hastalıklar kadınlarda erkeklere göre belirgin şekilde fazla görülür. Tiroid bezi salgıladığı T3 ve T4 adı verilen hormonlarla vücuttaki pek çok metabolik olayı kontrol eder. Tiroid hormonlarının normalin üzerinde olmasına hipertiroidi, altında olmasına da hipotiroidi adı verilir. Halk arasında hemen tüm tiroid bezi hastalıklarına 'Guatr' dense de guatr tiroid bezinin hacim olarak büyümesi anlamındadır. Guatr olan bir hastada tiroid bezi fonksiyonları normalden az, normal ya da normalden fazla olabilir. Yine tiroid bezi hacmi normal olsa da tiroid hormonları normalden az ya da fazla düzeyde bulunabilir. Metabolik olaylar açısından önemli olan hormonal aktivitedir, tiroid bezinin büyüklüğü ikinci planda yer alır. Tiroid hormonlarında normalden sapma olan kadınların gebe kalma olasılığı da-

ha düşüktür ancak gebelik sırasında tanı koyulan hastalar da vardır. Hipertiroidi hastalarının gebelik bulantıları normalden uzun süreli ve daha şiddetli olabilir. Yine düşük ihtimali her iki durumda da normalden daha fazladır.

Gebelik öncesi muayene için doktora başvurduğunuzda bu konu önce sorgulama sonra da muayene ile araştırılır. Gerekirse doktorunuz tiroid hormon düzeylerinizin saptanmasını isteyecektir. Daha önceden tanı konulmuş bir tiroid hastalığınız varsa ve ilaç kullanıyorsanız bu durumu zaten doktorunuzla paylaşmanız gerekir. Hipotiroidi hastalarına dışarıdan verilen tiroid hormonları plasentadan bebeğe geçmez. Bu nedenle bebeğe herhangi bir etkisi olması mümkün değildir. Buna karşın tiroid bezi fazla çalışan hastaların kullandığı 'antitiroid' ilaçların bebeğe geçmesi mümkündür. Ancak hipertiroidi gebelik için daha riskli olduğundan ilaçlarınızı kesmeniz özel durumlar dışında önerilmez. Gebelik süresince de gerektiğinde hormon düzeyleriniz kontrol edilerek tedaviniz düzenlenecektir.

Hipertansiyon

Yüksek kan basıncı gençlerde de görülebilen önemli bir sağlık sorunudur. Gebelikte hipertansiyona bağlı problemler gerek anne gerekse bebek için hayati tehlikeye oluşturabilir. Bu nedenle varsa hipertansiyonun tanısı ve tedavisinin düzenlenmesi şarttır. Daha önceden tanı konulmuş bir hipertansiyon hastasının eğer doktoru izin veriyorsa gebe kalması önerilir.

Şeker Hastalığı (Diabetes Mellitus)

Şeker hastalığının gebelikle ilişkisi iki farklı şekilde ortaya çıkar. Gebelik öncesinden tanı konmuş bir şeker hastalığı bulunabileceği gibi gebelik sırasında da şeker metabolizmasında bozukluk ortaya çıkabilir (Gestasyonel diabet). Eğer gebelik öncesi tanı konulmuş şeker hastalığı varsa gebe kalma kararı vermeden önce mutlaka iç hastalıkları ya da diabet uzmanı ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanıyla görüşmeniz gerekir. İyi kontrol edilmemiş bir şeker hastalığında bebekte bazı sakatlıkların oluşma olasılığı yüksektir. Son 3 aydaki kan şekeri düzeyi hakkında fikir veren kanda HbA1c düzeyi belli sınırdan üzerindeyse bebekte sakatlık riski artmış kabul edilir ve tıbbi kurtaj önerilir.

Şeker hastası bir anne adayının gebeliği yüksek risk grubunda yer alır ve mutlaka bir ekip tarafından takip edilmelidir. Bu ekipte ideal olarak diabet uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, çocuk hastalıkları uzmanı, diyetisyen ve uzman hemşire bulunmalıdır. Anne adayının eğitilmesi, kendi şekerini ölçebilmesi ve insülin enjeksiyonlarını yapabilmelidir. Gebelik ve şeker

hastalığı konusunda daha ayrıntılı bilgiyi site içinde bulabilirsiniz.

İdrar Yolları Enfeksiyonu ve Böbrek taşları

Gebelik idrar yolları enfeksiyonu açısından risklerin belirgin şekilde arttığı bir dönemdir. Gebelik nedeniyle oluşan pek çok değişiklik idrar yolu enfeksiyonlarının ortaya çıkması için çok uygun bir zemin hazırlar. Aynı zamanda gebelik sırasında enfeksiyon her zamankinden çok daha kolaylıkla yukarı doğru ilerler ve böbrekleri etkileyebilir. Böbrek taşı bulunması durumunda idrar yolu enfeksiyonu oluşması daha da kolaylaşır. Bu nedenle gebelik öncesi idrar yolu enfeksiyonu ekarte edilmelidir. Basit bir idrar tetkiki ya da idrar kültürü bu konuda yeterli olacaktır. Eğer varsa böbrek taşlarının tedavisi yapılmalıdır.

Özet olarak Anne olmayı planladığınızda;

- Risklerinizin belirlenmesi için ayrıntılı tıbbi öykü alınması ve risklerin değerlendirilmesi,
- Meme muayenesi de dahil olmak üzere tam bir sistematik ve jinekolojik muayene yapılması,
- Smear testi uygulanması
- Tam kan sayımı, idrar tetkiki, açık kan şekeri,
- Hepatit B antijen ve antikoru, Hepatit C antikoru, VDRL, Anti HIV, tetkiklerinin yapılması uygundur.

Kaynak: www.bebekbeklerken.com. Opr. Dr. Lalehan Kutluay ve Opr. Dr. Kamil Kutluay.
24.03.2008. 17.30.

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. d Yanıtınız yanlış ise “Genital Sistemin Gelişimi” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
2. e Yanıtınız yanlış ise “Kadının İç Genital yapısı” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
3. a Yanıtınız yanlış ise “Genital Sistemin Özellikleri” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
4. d Yanıtınız yanlış ise “Uyarılmış Düşükler” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
5. c Yanıtınız yanlış ise “Gebeliğin Oluşması” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
6. b Yanıtınız yanlış ise “Gebelikte Dikkat edilmesi Gerekenler” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
7. e Yanıtınız yanlış ise “Düşükler” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
8. e Yanıtınız yanlış ise “In-Vitro Fertilizasyon-Mikro-enjeksiyon” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
9. d Yanıtınız yanlış ise “Gebelik” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz
10. b Yanıtınız yanlış ise “Erken Gebelik Belirtileri Nelerdir?” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Kadın üreme organları (genital organlar) dışta yer alanlar ve içte yer alanlar olmak üzere ikiye ayrılır. İç genital organlar kadın iskeletinde bacakların hemen üzerinde yer alan leğen kemikleri ve bel kemiği tarafından oluşturulan pelvis) çinde koruma altına alınmışlardır.

Sıra Sizde 2

Kadın dış genital organları vücudu örten cilt tabakasının bir devamıdır ve kadın iç genital organlarına giriş kapısını, bebeğin doğduğu doğum kanalından çıkış kapısını oluştururlar. Dış genital organlara topluca vulva adı verilir.

Sıra Sizde 3

Her testis içinde çok ince ve birbiri üzerine katlanmış çok sayıda kılcal boru vardır. Sperm hücreleri bu borular içerisinde oluşur ve olgunlaşırlar. Sperm hücrelerinin üretimi ve olgunlaşması yaklaşık 74 gün kadar sürer.

Sperm hücresi üretimi aynen yumurta hücresi üretiminde olduğu gibi esas olarak 46 kromozom taşıyan bir hücrenin tam yarıdan ikiye bölünmesiyle gerçekleşir. Erkeklerin hücrelerinde cinsiyet kromozomu olarak bir X bir de Y kromozomu bulunur. Kadında ise cinsiyet kromozomlarının ikisi de X yapısındadır.

Sıra Sizde 4

Erkekte spermioqram yapılmalıdır. Kadında jinekolojik muayene ve ultrasonografi yapılır. Rahim ve tüplerin iç yapısının değerlendirilmesi histerosalpingiografi denen filmle mümkündür. Hormonlar âdetin 3.-5. günleri arasında yapılacak testlerle değerlendirilir. (FSH, LH, östrojen, prolaktin, TSH)

Sıra Sizde 5

Gebelikte; ateş, karın ağrısı, aşırı kanama, pıhtı düşürme, kötü kokulu ve/veya miktarca fazla akıntı, bacaklardan birinde ya da ikisinde ağrı, kızarıklık, şişme, memelerde aşırı ağrı, ısı artışı, bölgesel kızarıklık, bariz ruhsal değişiklikler, perine bölgesinde ağrı, epizyotomi ya da sezaryan dikişlerinde ağrı, akıntı, bölgede kızarıklık, makattan kanama gibi belirtiler görülebilir. Ayrıca; İdrar yaparken yanma (idrar yolu enfeksiyonuna işaret eder), idrar boşaltamama hissi (epizyotomi ağrısı idrarın tümüyle boşaltılmasını engellediğinde bu his ortaya çıkabilir), halsizlik-uykuya eğilim-üşüme gibi kanatsızlık belirtileri, gaz ya da dışkı kaçırma (doğumda perinenin ileri derecede yırtılması neticesinde gaz ve dışkı tutucu mekanizmanın hasar görmesi) gibi belirtilerin değerlendirmesi gerektirir.

Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar

Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Editor: Alan De Cherney, Martin Pernoll.

Novak's Gynecology. Editors: Jonathan Berek, Eli Adashi, Paula Hillard.

Danford's Obstetrics and Gynecology. James Scott, Philip Disaia, Charles Hammond, William Spellacy.

Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınlarından.

Çocuklarda Temel İlk Yardım Uygulamaları

6



Kaynak: www.cruflags.com Resuscitation 64(2005); 303-307

Acil bir durumda, olay yerinde gerekli bilgi ve beceriye sahip bireylerin bulunması hayati öneme sahiptir. Yetişkinlerin çoğu, ya olay anında ne yapılması gerektiğini bilmediğinden hiçbir girişimde bulunmamakta ya da yanlış uygulamalar nedeni ile kalıcı sakatlık ve ölümlere neden olabilmektedirler. İlk yardımın olumlu sonuç verebilmesi için, ilk yardım uygulayan bireyin bu konuda yeterli eğitim almış olması gerekir. Eksik eğitim, yetersiz ve zararlı ilk yardım uygulamalarıyla sonuçlanabilir. Bu ünite, çocuklarda hayatı tehdit edici durumlara karşılaşıldığında, ilk yardımcı olarak hangi temel yaklaşımların yapılacağı ve bunların basta veya yaralı çocuğa doğru olarak nasıl uygulanacağı ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- 👁️ İlk yardımın tanımlayacak;
- 👁️ İlk yardım ilkelerini açıklayacak,
- 👁️ Yaralanmalar ve kanamalarda ilk yardımın nasıl yapılacağını açıklayacak,
- 👁️ Şok durumunda ilk yardımı yapacak,
- 👁️ Solunum ve dolaşım ile ilgili durumlarda ilk yardım ilkelerini yerine getirecek,
- 👁️ Yanıklar karşısında ilk yardım ilkelerini uygulayacak,
- 👁️ Zehirlenmeler sonrasında ilk yardım ve önleme yöntemlerini açıklayacak,
- 👁️ Sıcak çarpmaları ve ısı krampları durumunda ilk yardım yapacak,
- 👁️ Donma olaylarından sonra ilk yardım uygulamalarını yapacak,
- 👁️ Ani gelişen bastlıklar karşısında ilk yardım yaklaşımlarını açıklayacak,
- 👁️ Kırık, çıkık ve burkulmalarda ilk yardım yöntemlerini uygulayacak,
- 👁️ İlk yardımda basta veya yaralının nasıl taşınacağını açıklayacak,
- 👁️ İlk yardım çantasında bulundurulması gerekenlerin neler olduğu konularında bilgi ve becerilere sahip olacaksınız.



Örnek Olay

“Basit Yöntemler Can Kurtarıyor”

İlk yardım konusunda alınan tedbirlerin ve basit yöntemlerin can kurtarmaktadır. Bunun altını çizen Aygin; küçük ve büyük demeden küçük diye nitelendirilen birtakım olaylar sonrasında yapılan hamlelerin hayat kurtardığı belirterek sözlerine şu şekilde devam etti: “Kısa bir süre önce 5 yaşındaki bir çocuğun ilk yardım konusunda trafik kazası sonrasında yaptığı sağlıklı hamlelerle bir can kurtardığına kamuoyunda tanık olmuştuk. Yani ilk yardım bususunda atılan her adım hayati bir değer taşıyor. Örneğin ilk yardım çantasında bulunana malzemeleriniz, bunların kullanım biçimi, sırası ve önceliği, işte bunların hepsinin bir sırası var. Seyahate çıkılacağı zaman ilk yardıma gerek duyulabileceği düşünülerek ilgili araç ve gereçler seyahat öncesinde mutlaka ilk yardım çantasına yerleştirilmelidir. Ne yazık ki bu olguya toplumumuzda fazla önem verilmiyor, bu gerçekten çok üzücü bir durum. İlk yardım çantasında bulunması gereklerin toplum tarafından benimsenmesi can kaybının önüne geçecek olan en temel öğelerden biridir. Peki, bu çanta içerisinde neler olmalıdır: Bir ilk yardım çantasının içerisinde değişik ölçülerde üçgen sargılar, gazlı bezler, çengelli iğne ve eldiven, atel takımları, şeker, sodyum bikarbonat, kalem, not defteri, yardım kitapçığı, jeton ve telefon kartı. Bu saydığımız her materyallerin çok önemli bir yeri var.”

Kaynak: <http://www.yenisakarya.com/yeni/newsdetail.asp?NewsID=4114>

Erişim Tarihi: 25.10.2007

Anahtar Kavramlar

- İlk yardım
- Çocuk
- İlk yardımda ABC
- İlk yardım uygulamaları

İçindekiler

- GİRİŞ
- İLK YARDIM
- İLK YARDIMDA TEMEL İLKELER
- YARALANMALAR VE KANAMALARDA İLK YARDIM
- ŞOK VE İLK YARDIM
- SOLUNUM VE DOLAŞIMLA İLGİLİ DURUMLARDA İLK YARDIM
- YANIKLAR VE İLK YARDIM
- ZEHİRLENMELERDE İLK YARDIM
- SICAK ÇARPMALARI, ISI KRAMPLARI VE İLK YARDIM
- DONMA VE İLK YARDIM
- ANİ GELİŞEN HASTALIKLARDA İLK YARDIM
- KIRIK, ÇIKIK VE BURKULMALARDA İLK YARDIM
- İLK YARDIMDA HASTA VEYA YARALI ÇOCUĞU TAŞIMA
- İLK YARDIM ÇANTASI

GİRİŞ

Acil durum sırasında, çocuklar ve yetişkinler arasındaki önemli farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu gruplar arasındaki farklılıklar, yalnızca anatomik, fizyolojik ve psikolojik özelliklerle sınırlı değil, aynı zamanda maruz kalınan çeşitli hastalık ve yaralanmalarla da ilişkilidir. Çocukların zihinsel ve fiziksel özellikleri nedeniyle, kendilerini koruma ve savunmaları yeterince gelişmemiştir. Çocuklar, daha sık kaza ve yaralanma geçirmektedirler ve bu nedenle yetişkinlere göre ilk yardıma daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar. Çocuklarda görülen yaralanmalar; okul, oyun alanı ve sokak benzeri çeşitli sosyal ortamlarda yapılan bisiklete binme, yüzmeye ve oyun oynama gibi boş zaman etkinlikleri sırasında yapılan fiziksel aktivitelerle ilişkilidir. Genel olarak, kazalar sonucu oluşan çarpma ve darbeler, en yaygın ölüm nedenleri içerisinde dördüncü sırada yer almaktadır. Kazalar, yedi ve on dört yaş arası çocuklarda en yaygın ölüm nedenidir (%20-60). Bu bilgi de göstermektedir ki; kaza olduktan hemen sonra çocuğa doğru ilk yardım uygulamak, yaşamı kurtarabilir. İlk yardım, kaza bölgesine en yakın eğitilmiş bireyler tarafından verilmelidir. Ayrıca, kaza durumunda okullarda, iş yerlerinde ve araçlarda ilk yardım çantalarının bulunması önemlidir. Çocuklar; aileleriyle birlikte olmadıklarında zamanın büyük çoğunluğunu okullarda geçirmekte ve buna paralel olarak ilk yardım gereken durumlarla karşılaşabilmektedirler. Okullarda sağlık bakımı; doktor, hemşire ve öğretmenin bulunduğu bir ekip tarafından yürütülmektedir. Ancak ülkemizde doktor ve hemşirenin yer aldığı okul sayısının çok az olması, bu gibi hemşirelik işlerinin öğretmenler tarafından yürütülmesini zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle, hem öğretmenler ve hem de ilköğretim öğrencilerine ilk yardım konusunda eğitim verilmelidir.

İLK YARDIM

İlk yardım, yardım eden kişinin becerisi ile hastada güven sağlaması, yardımcı olma arzusu ve iyi seçilmiş cesaret verici sözleri de kapsar. İlk yardım için doktor veya sağlık personeli olmak gerekli değildir. Zaten çoğunlukla buna fırsatta bulunmayacaktır. İlk yardımı yapanlar genellikle; olay yerinde bulunan vatandaşlar, jandarmalar, trafik ekipleri, karayolları görevlileri ve itfaiyecilerdir. Trafik Kazası geçirenlerin %10'u ilk 5 dakikada, %30-%40'ı ilk yarım saatte bilgili kurtarma ve ilk yardım yapılırsa ölümden kurtarılır. Hayat kurtarıcı bazı uygulamaları herkesin bilmesi gerektiği çok belirgindir.

İLK YARDIMDA TEMEL İLKELER

İlk yardım yaparken temel amaç, hasta veya yaralının durumunun ağırlaşmasını ya da kötüleşmesini önlemektir (yanlış bir hareket sonunda durum daha da kötü olabilir). Bunun için, *tamamen emin olunan müdahaleler yapılmalıdır*.

İlk yardım yapacak kişi çok çeşitli sorunlarla karşılaşabilir. Alınacak kararlar ve uygulamalar, mevcut şartlara göre değişecektir. Örneğin; oluşan kaza veya ani hastalığa maruz kalan kişi sayısı, çevreye olan yakınlık, tıbbi yardıma ulaşılabilirlik, acil durum araçları ve diğer kimselerden yardım alabilme gibi şartlar alınacak kararları etkileyecektir. Öğrenilen bilgilerin uyarlanma gereksinimi oluşacaktır.

İlk yardım, çok fazla yaralanma veya çok sayıda yaralı kişi varsa, öncelik belirlenmelidir. Yardım için etrafta insanlar varsa bu kişiler, telefonla 112'yi arama, şayet gerekli ise çevredekileri belli bir uzaklıkta tutma, karayolunda gerçekleşen bir kaza ise güvenlik amacıyla işaret fişeği yerleştirme ve benzeri işler için ilk yardımı

İlk yardım, olay yerine en yakın kişi veya oraya gelenlerce, elde bulunan olanaklardan yararlanarak aniden hastalanmış veya yaralanmış kişiye verilen bakımdır.

İlk yardımın temel kuralları:

- İlk yardım olay yerinde yapılır.
- İlk yardımı olay yerinde kim varsa o başlatır.
- İlk yardım olay yerinde bulunan araç ve gereçler ile yapılır.

yapan kişi tarafından yönlendirilmelidir. Yaralıya müdahale de bulunurken öncelikli olarak yaşamını tehdit edici yaralanmalara yaşam desteği sağlanmalı, sonra daha hafif derecedeki yaralanmayla ilgilenilmelidir. Her şeyden önce, ilk yardımcıları (1) sakin olmak ve (2) kaza yerinde yapılması gerekenleri iyi bilmelidir.

1. Sakin olmak: Bir kaza sırasında “sinirlerin bozulması” ve bunun sonucunda aceleyle, iyi niyetli ancak yanlış hareketlerde bulunulması sık rastlanan bir durumdur (Örneğin: omurga yaralanma olasılığı olan bir kaza geçirmiş kişinin araçtan karga tulumba şeklinde çıkarılması ve taşınması). Hızlı ancak sakin hareket etmek, sağduyuyu korumak ve bunu hastaya veya yaralıya hissettirmek veya aktarmak gereklidir. Böylece durumu kontrol altına almak ve paniği önlemek söz konusu olabilir. İlk yardımcının özellikleri özetle;

- Hiçbir zaman kendi can güvenliğini tehlikeye atmamalıdır.
- Öncelikle sakin olmalı ve telaşa kapılmamalıdır.
- Hızlı ve doğru karar verebilmelidir.
- Kendinden emin olmalıdır.
- İnsan vücudu hakkında temel bilgilere sahip olmalıdır.
- Hastaya müdahale edebilecek sağlık personeli varsa yardım etmelidir.
- Çevrede bulunan kişileri haber verme için organize etmelidir.
- En önemlisi bilmediğini yapmamalıdır.

2. Kaza yerine yapılması gerekenleri bilmek: İlk yardımcı, olayın geçtiği yerde emniyetin sağlanması (koruma), yardım ekiplerinin harekete geçirilmesi (bildirme) ve hasta/yaralıya ilk yardım yapılması (urtarma) konularında bilinçli olmalıdır.

Olayın geçtiği yerde emniyetin sağlanması (Koruma): Bir kaza meydana geldikten sonra yangın, gaz kaçağı, patlama, trafik akışının devam etmesi gibi olaya neden olan tehlike kaynağı devam etmekte olabilir. Bu nedenle, ilk yardım yapan kişinin ve hasta veya yaralının güvenliğini dikkate alarak kaza yerinde emniyet sağlanmalıdır. Olay yerinde herhangi bir patlama, yangın v.b. tehlike yoksa hasta veya yaralı asla yerinden oynatılmamalıdır. Olay yerinde tehlike varsa ilk yardımcı ve hasta/yaralı o bölgeden dikkatlice uzaklaştırılmalıdır.

- A. Olayın geçtiği yerde emniyetin sağlanması (Koruma)
- B. Yardım ekiplerinin harekete geçirilmesi (Bildirme)
- C. Hasta/yaralıya ilk yardım yapılması (Kurtarma)

DİKKAT



- **Kaza geçiren araçların kontak anahtarı kapatılmalıdır.**
- **Kaza geçiren araçlar olabildiğince güvenli bir yere alınmalı ve güvenli mesafeye uyarı işaretleri konulmalıdır. Olay yerinde sigara içilmesini önlemelisiniz, yerlere benzin dökülmüş olabilir.**
- **Elektrik akımıyla temasta olan bir hasta/yaralıya asla dokunmayın, önce elektrik akımını kesmek ya da hasta/yaralıyı yalıtkan bir nesneyle elektrik kaynağından uzaklaştırmak gerekir.**

Yardım ekiplerinin harekete geçirilmesi (Bildirme): Trafik kazası veya yangın gibi durumlarda, ilk yardım servisi, polis, itfaiye gibi kurumlara haber verilmelidir (Tablo 10.1). İlk yardım yapacak kişi hasta yanında kalmalı, yanındaki diğer kişiyi telefon etmesi için yönlendirmelidir.

Haber veren kişi her zaman aşağıdaki bilgileri belirtmek zorundadır:

- Kazanın kesin yeri, yol, kilometre, en yakın yerleşim birimine uzaklık, şehirde ise sokak, cadde, en yakın binanın numarası vb.
- Kazanın tipi ve durumunu ağırlaştırabilecek koşullar, yolu tıkayan taşıtlar olup olmadığı, yangın tehlikesi, yaralı bulunup bulunmadığı, devrilen elektrik direklerinin olup olmadığı, gaz kaçağı vb.

- Yarlıların sayısı ve görünüşteki durumları
- Arayan kişi ismini, nereden arandığı belirtilmelidir.

110	İtfaiye
112	Ambulans
114	Zehir Danışma Merkezi
154	Trafik Polisi
155	Polis İmdat
156	Jandarma İmdat

Tablo 6.1
Bilinmesi Gereken
Numaralar

Hasta/yaralıya ilk yardım yapılması (Kurtarma): Öncelikle yaralının güvenliği için acil önlemler alınmalıdır, sonrasında yapılması gereken bazı uygulamalar vardır. Bu uygulamalar;

- Güvenlik amacıyla yaralıyı kaza yerinden uzaklaştırmak zorunlu değilse, kazaya uğrayan kişi hareket ettirilmemelidir, mevcut durumuna göre *en iyi pozisyonda bekletilmeli*, ayağa kalkması ve yürütmesine izin verilmemelidir.
- Yaralı gereksiz ve rahatsız edici müdahalelerden korunmalıdır.
- Battaniye ve benzeri malzemeler kullanılarak yaralının üşmesi ve titremesi önlenmelidir.
- Ani hastalık veya yaralanma nedeni belirlenmeli, sonra acil problemler kontrol altına alınmalıdır.

YARALANMALAR VE KANAMALARDA İLK YARDIM

Cilt, dış ortamdaki mikropların vücuda geçişini engelleyerek koruma sağlamaktır. Yaralanma, yüze veya derindeki vücut dokularının bütünlüğünün bozulmasıdır. Yaraya nasıl bir ilk yardım uygulanacağı, yaralının tipine ve derinliğine bağlıdır. Yaralar, açık ve kapalı yara olmak üzere ikiye ayrılır. Yaralanmalar, çocuklarda ve gençlerde ölümlere neden olabilmektedir. Pek çok yaralanma önlenemez. En yaygın ölümcül çocukluk çağı yaralanmaları; araçlarda yolculuk sırasında geçirilen yaralanmalar, trafikte yaya halindeyken meydana gelen yaralanmalar, bisiklet, boğulma ve yanmaya bağlı yaralanmalardır.

Küçük Yaralarda İlk Yardım

Küçük kesikler ve sıyrıklar gibi küçük yaralanmaların tedavisinde;

- Yara, su ve sabunla yıkanmalıdır (Şekil 6.1)!
- Mikropları öldürmek ve iltihabı önlemek için antibiyotik krem sürülür (Şekil 6.2)!
- Yaralının üzeri temiz bir bandaj ile kapatılır (Şekil 6.3)!
- Kızarıklık, şişlik, yanma ve kırmızıçizgiler gibi iltihap belirtileri gözlenir!
- Şayet iltihap olursa, yaralı bölgenin temiz ve kuru tutulması sürdürülür ve antibiyotik krem düzenli olarak uygulanır!
- Fakat iltihap belirtileri devam ederse doktora başvurulur!

Şekil 6.1



Şekil 6.2



Şekil 6.3



Burun Kanamalarında İlk Yardım

- Yaralı, öne doğru eğilir.
- Burun kemiğinin altından burun delikleri 10 dakika süre ile sıkıştırılır.
- Burun çevresine buz paketi yerleştirilir.
- Şayet gerekirse yukarıdaki basamaklar tekrarlanır.
- Fakat kanama durmazsa **112**'yi arayın.

Delici Yaralanmalarda İlk Yardım

Delici yaralanmalar, çivi gibi sivri cisimler tarafından cilt'in bütünlüğünün bozulmasıdır. Şayet bu yaralanma tedavi edilmezse tüm vücutta ağrılı kas spazmlarına yol açan tetanos ile sonuçlanabilir.

- İlk olarak, eller yıkanmalıdır.
- Yara, musluk suyu ve sabun ile temizlenmelidir.
- Yara üzerine temiz bir bandaj sarılır.
- Sıcakta, günde dört kez yara sabunlu su ile ıslatılır. Her ıslatma sonrası temiz bandaj sarılır.
- Yaralı bölge, olabildiğince dinlendirilir ve kalp seviyesinin üzerinde tutulur.
- İlaç tedavisi veya tetanos aşısı için doktora başvurulur.

Şiddetli Kanamalarda İlk Yardım

- Öncelikle olabildiğince hızlı tıbbi yardım istenir (**112**).
- Yaralanma kol veya bacakta ise, yaralı bölge kalp seviyesinin üzerine kaldırılır.
- Yaralı bölge temiz bir bez veya giysi parçası ile kapatılır ve yara üzerine kanama duruncaya kadar veya 15 dakika süresince basın uygulanır. Bez veya giysi parçası, kan ile iyice ıslansa dahi değiştirilmez ve üzerine yeni bir bez parçası eklenir ve basınç uygulamaya devam edilir.
- Kanamanın devam etmesi durumunda, etkilenen bölgeye en yakın atardamar (arter) üzerine basınç uygulanır. Bu basınç noktaları; el bileği, kol omuz kavşağı, kalçaya yakın kasık bölgesi, diz'in arka kısımlarıdır.
- Yaralı bölgeye basınç uygulanması ve kalp seviyesinin üzerinde tutulması, kanama yavaşlayıncaya veya tıbbi yardım gelinceye kadar sürdürülür.

ŞOK VE İLK YARDIM

Şok, kan kışındaki tehlikeli düşüştür. Bu düşüş, kanama, kalp krizi, enfeksiyonlar, alerjik reaksiyonlar, su kaybı, omurga yaralanmaları veya çarpma-darbe sonucu gelişebilir. Şok, yaşamı tehdit edebilir ve acil olarak tedavi edilmesi gerekmektedir. Şok'taki kişide; endişe, sersemlik, baş dönmesi ve bitkinlik gelişebilir. Yüzde solgunluk, dudak ve tırnaklarda beyazlaşma ve ciltte soğuma görülebilir. Şok'taki kişi yüzeysel nefes alıp-vermeye başlar, kalp atımı hızlanır, mide bulantısı ve kusma olur.

Şayet, şok belirtileri taşıyan bir kişiyle karşılaşırsanız aşağıdaki ilk yardım basamaklarını uygulayınız:

- Öncelikle olabildiğince hızlı tıbbi yardım istenir (112).
- Kişinin nefes alışverişini kontrol ediniz.
- Solunum yolu tıkanıklığı varsa giderilir, gerekirse suni solunum yapılır.
- Hasta/yaralı düz olarak sırt üstü yatırılır. Ayakları kalp seviyesinin üzerine kaldırılır. Üzerindeki sıkı kıyafetler gevşetilir, vücut ısısını korumak için battaniye örtülür (Şekil 6.4).
- Kusma sonucu gelişebilecek hava yolu tıkanıklığını önlemek ve sıvının dışarı çıkmasını sağlamak amacıyla hastanın başı yana çevrilir (Şekil 6.4).
- Tıbbi yardım gelinceye kadar, kişideki diğer yaralar için ilk yardım uygulanır. Kişiyi hareket ettirmeyin, omurga yaralanması olabilir.

Bazı insanlar, yer fıstığı gibi belirli yiyecekleri yediğinde şok'a girebilir. Kimileri de, arı sokması sonucu şok'a girebilir. Bu durum anafaktik şok olarak adlandırılmaktadır. Anafaktik şok'un tedavisinde, epinefrin vücuda enjekte edilir. Böyle kişiler, epinefrinli enjeksiyonlarını her zaman yanında taşımalıdır.

Şekil 6.4



SOLUNUM VE DOLAŞIMLA İLGİLİ DURUMLARDA İLK YARDIM

Solunum yoluyla dışardan akciğerlere alınan oksijen, kalbin pompalaması sayesinde atardamarlarla vücuttaki dokulara taşınır. Solunum ve kalp damar dolaşımı en önemli yaşamsal fonksiyonlardır. Bu fonksiyonları etkileyecek herhangi bir olay, dokularda beslenme bozukluğuna bağlı ciddi hasarlara neden olabilir. Hayat kurtarmak amacıyla ile solunumu ve/veya kalbi durmuş kişiye yapay solunum ile akciğerlerine oksijen gitmesini, dış kalp masajı ile kalpten kan pompalanmasını sağlamak için yapılan ilaçsız müdahaledir. Bu müdahale ilk yardımın ABC'si olarak tanımlanmaktadır.

Yaralının nefes alıp almadığı solunum kontrolü yapılarak tespit edilir (Şekil 6.9).

Bilinci yerinde olmayan fakat nefes alıp-vereabilen yaralı çocuğa **güvenli yan pozisyon** verilmelidir (Şekil 6.5-6.6-6.7-6.8).

- Solunum Yolunun Açılması (Airway)
- Solunumun Sağlanması (Breathing)
- Dolaşımın Sağlanması (Circulation)

SOLUNUM KONTROLÜ

Solunumun olup olmadığı

BAK – DİNLE – HİSSET

yöntemiyle kontrol edilir.

BAK: Göğüs kafesinin hareketleri kontrol edilerek inip kalkması izlenir.

DİNLE: Burun ve ağızdan solunum sesi duyulmaya çalışılır.

HİSSET: Solunumun sıcaklığı hissedilmeye çalışılır.

Şekil 6.5



Şekil 6.6



Şekil 6.7



Şekil 6.8



Bir hasta/yaralının kalbinin durup durmadığı boyundaki şah damarından anlaşılabilir. Şah damar nabzını aramak için, hasta/yaralının gırtlak çıkıntısından birkaç santimetre yukarıya, yana doğru 3 parmağı koyarak şah damarının atımları hissedebilir (Şekil 6.9). Eğer hasta/yaralının şah damarından nabız alınmıyorsa bu kalbinin durduğu, dolaşımın olmadığı anlamına gelir.

Solunumu durmuş fakat kalp atımı devam eden bilinci yerinde olmayan yaralı için aşağıdaki ilk yardım basamaklarını uygulayınız!

- Öncelikle olabildiğince hızlı tıbbi yardım istenir (112).
- Yaralı sırtüstü pozisyona alınır.
- İlk yardım uygulayan kişi bir eli ile yaralı kişinin başını hafifçe geride ve çenesini yukarıda tutar. Diğer elinin üç parmağı yaralının şah damarı üzerine yerleştirilip kalp atımı kontrol edilirken göğüs hareketleri de gözlenir (Şekil 6.9).
- Burun delikleri sıkıştırılarak kapatılır. Yavaş ve nazik bir şekilde 2 saniye sürerince nefes verilir (suni solunum). 2 sn bitiminde durup tekrar nefes verilir (Şekil 6.10).
- Yaralının kalp atımı kontrol edilir. Hareket veya öksürme belirtileri gözlenir.
- Yaralının kalp atımı olup nefes almıyorsa her 5 saniyede yavaşça bir nefes verilir. Verilen nefesler arasında yaralının nefes alıp almadığı gözlenir.
- Bir dakika sonunda tekrar kalp atımı kontrol edilir.
- Yaralı nefes alana ve tıbbi yardım gelene kadar yukarıdaki uygulamalara devam edilir.

Şekil 6.9



Şekil 6.10



Hem solunumu hem de kalbi durmuş olan yetişkin kişi için aşağıdaki ilk yardım basamaklarını uygulayınız!

- Öncelikle olabildiğince hızlı tıbbi yardım istenir (112).
- Kişinin yanına göğüs hizasına gelecek şekilde diz üstü durulur.
- İlk yardım uygulayan kişi, bir elinin parmaklarını göğüs kemiği üzerine yerleştirirken, diğer elinin avuç içini üzerine yerleştirir (Şekil 6.11).
- Dirseklerini düz şekilde kilitler ve her 3 sn de 5 kez göğüs kemiğini 4- 5 cm aşağı doğru itecek şekilde basınç uygulanır.
- 30 defa kalp masajı uygulandıktan sonra, 2 defa suni solunum yapılır.
- Bu döngü 4 kez tekrarlanır. Göğüs hareketleri ve kalp atımı kontrol edilir.
- Yaralı kişinin dolaşımı ve solunumu sağlanıncaya kadar veya tıbbi yardım gelinceye kadar 30 kalp masajı- 2 suni solunum döngüsü devam ettirilir.

Suni Solunum ve Kalp Masajı Video Gösterimi

www.hiziracil.com/temel_yasam_destegi.htm

İlk yardımın ABC'sinde "B" ne anlama gelmektedir?

1 SIRA SİZDE

Şekil 6.11



Şekil 6.12



Hem solunumu hem de kalbi durmuş olan çocuk için aşağıdaki ilk yardım basamaklarını uygulayınız!

- Öncelikle olabildiğince hızlı tıbbi yardım istenir (112).
- Yaralı çocuğun yanında diz üstü durulur.
- İlk yardım uygulayan kişi, göğüs kemiği üzerine yalnızca iki parmak genişliğinde elinin avuç içini yerleştirir ve her 3 saniyede 5 kez göğüs kemiğine aşağı doğru bir eliyle basınç uygular (Şekil 6.12).
- 30 defa kalp masajı uygulandıktan sonra, 2 defa suni solunum yapılır.
- Yaralı çocuğun dolaşımı ve solunumu sağlanıncaya kadar veya tıbbi yardım gelinceye kadar 30 kalp masajı - 2 suni solunum döngüsü devam ettirilir.

Hem solunumu hem de kalbi durmuş olan bebek için aşağıdaki ilk yardım basamaklarını uygulayınız!

- Öncelikle olabildiğince hızlı tıbbi yardım istenir (112).
- İlk yardım uygulayan kişi, bebeğin göğüs kemiği üzerine yalnızca 3 ve 4. parmaklarını yerleştirir ve her 3 saniyede 5 kez iki parmağıyla göğüs kemiğini, derinliğinin 1/3'ü oranında aşağı doğru iter (Şekil 6.13).
- 30 defa kalp masajı uygulandıktan sonra, 2 defa suni solunum yapılır.
- Bebeğin dolaşımı ve solunumu sağlanıncaya kadar veya tıbbi yardım gelinceye kadar 30 kalp masajı - 2 suni solunum döngüsü devam ettirilir.

Şekil 6.13

*Şayet, suni solunum yapmak istemiyorsan yalnızca kalp masajı yapabilirsin!
Bu, hiçbir şey yapmamaktan daha iyidir!*



Solunum Yollarına Yabancı Cisim Kaçması

Solunum yollarına yabancı cisim kaçmasına bağlı olarak gelişen tıkanmalar, kısmen ve tam tıkanma olmak üzere iki bölümde incelenir.

Solunum Yollarının Kısmen Tıkanması

Bu tıkanmada hava girişi bir miktar var demektir. Kişi öksürebilir, zorda olsa nefes alabilir. Kuvvetli öksürük ile yabancı cisimi dışarı atabilir. Bu durumda **herhangi bir müdahale yapılmaz**.

Solunum Yollarının Tam Tıkanması

Tam tıkanmada kişi ellerini boğazına götürür, öksüremez, konuşamaz, hızla morarmaya başlar. Beyine yeterince oksijen gitmediğinden bilinç kaybolur. Hemen **“Heimlich manevrası”** yapılmalıdır. Amaç, diyaframın kuvvetle kasılarak akciğerleri sıkıştırmasıdır. Böylece akciğerlerde kalan artık hava dışarı çıkarken yabancı cisimde yukarı doğru itilecektir.

Bilinci yerinde olan yetişkin ve çocuklarda yabancı cisim'in çıkarılması için aşağıdaki ilk yardım basamaklarını uygulayınız!

- Havayolu tıkanan kişi ayakta dururken arkasına geçilerek, kollar hastanın beline sarılır (Şekil 6.14).
- Elin biri yumruk yapıp diğer elle kavranır, başparmak mide hizasına gelecek şekilde yerleştirilir (Şekil 6.15).

Şekil 6.14**Şekil 6.15****Şekil 6.16**

- Yumruk halindeki el diğer elle birlikte ani bir hareketle içeri ve yukarı doğru itilir (heimlich manevrası) (Şekil 6.16).
- Bu işlem cisim çıkıncaya kadar veya kişi kendi kendine rahat nefes almaya başlayıncaya kadar devam ettirilir.

Bilinci yerinde olan kişinin kendi kendine yabancı cisimi çıkarması için aşağıdaki ilk yardım basamakları uygulanır!

- Çevredeki bir kişinin dikkati çekilerek tıbbi yardım çağrılması sağlanır.
- Elin biri yumruk yapıp diğer elle kavranır, başparmak mide hizasına gelecek şekilde yerleştirilir.
- Yumruk halindeki el diğer elle birlikte ani bir hareketle içeri ve yukarı doğru itilir ve bu işlem cisim çıkıncaya kadar devam ettirilir.
- Şayet sandalye veya yumuşa bir nesne yakın çevrede mevcut ise, kişi bunlardan yararlanabilir.
- Kişi karın bölgesini nesnenin kenarına dayar ve ani bir manevra ile karnını nesneye doğru iterek basınç uygular.

Bilinci yerinde olan bebeklerde yabancı cisim'in çıkarılması için aşağıdaki ilk yardım basamaklarını uygulayınız!

- Bebek yüz üstü pozisyona çevrilir.
- İlk yardım uygulayan kişi oturur pozisyondayken bacaklarının üzerine bebeği yüz üstü ve başı aşağıya doğru eğimli olacak şekilde yerleştirir (Şekil 6.17).
- Bebeğin kürek kemikleri arasına elinin başlangıç yeriyile 5 yumuşak vuruş yapar (Şekil 6.17).

Yukarıdaki ilk yardım uygulamalarına rağmen yabancı cisim hala çıkarılamadıysa:

- Bebek sırtüstü pozisyona alınır ve ilk yardım uygulayan kişi bebeği bacakları üzerine yerleştirir ve başını bir eliyle destekler (Şekil 6.18).
- İlk yardımcı diğer elinin iki parmağını bebeğin göğüs kemiği üzerine yerleştirir ve 5 ani itme hareketi yapar. Daha sonra tekrar yüzüstü pozisyondayken kürek kemikleri arasından yapılan vuruşları tekrarlar (Şekil 6.18).
- Hem yüzüstü hem de sırtüstü pozisyonda yapılan iki uygulama yabancı cisim çıkıncaya veya bebek kendi kendine rahat nefes alıncaya veya tıbbi yardım (112) gelinceye kadar devam edilir.

Bilinci yerinde olmayan yetişkin, çocuk ve bebeklerde yabancı cisim'in çıkarılması için suni solunum ve kalp masajından oluşan sayfa 6 ve 7'deki ilk yardım basamaklarını uygulayınız!



Bebeklerde yabancı cisim yutmaya bağlı solunum yolu tıkanıklarında, ilk yardım uygulayacak kişi bu konuda eğitim almış olmalıdır.

Yabancı cisim yutmaya bağlı gelişen solunum yolunun tam tıkanıklığında bilinci yerinde olan çocuğa nasıl bir uygulama yapılmalıdır?



SIRA SİZDE

2

YANIKLAR VE İLK YARDIM

Yanıklar; ısı, elektrik, kimyasallar ve radyasyon sonucu oluşan yaralanmadır. Yanıklar, şiddetine göre birinci, ikinci ve üçüncü dereceden yanıklar olarak tanımlanmaktadır.

Birinci Derece Yanıklar: Bu yanıkta derinin dış tabakası etkilenmiştir. Şayet, deri bütünlüğü bozulmamış ise yanan bölge soğuk suya tutulur. 5 dakika sonra yanık bölgesi kuru gazlı bandaj ile kapatılır. Ağrı ve şişlik azaltmak için doktor önerisiyle ilaç alınabilir.

İkinci Derece Yanıklar: Bu yanıkta, derinin dış tabakası ve hemen altındaki tabaka etkilenmiştir. Acil tıbbi yardım istenmelidir (**112**). Etkilenen bölge 15 dakika soğuk suya daldırılır. Oluşan su kabarcıklar üzerine herhangi bir uygulama yapılmaz ve patlatılmaz. Yanık bölgesi bandaj ile kapatılır. Ağrıyı azaltmak için doktor önerisiyle ilaç alınabilir.

Üçüncü Derece Yanıklar: Derinin tüm tabakaları ve alttaki dokular 3. derece yanıkta etkilenmiştir. Yanık bölgesi siyah veya kahverengi görünüm alabilir. Şayet sinirler zarar görmüşse ağrı hissedilmeyecektir. Acil tıbbi yardım istenir (**112**). Yanan kişinin, ısı kaynağından tam olarak uzak olduğundan emin olunuz fakat yaralının üzerindeki yanmış kıyafetleri çıkarmayın. Şayet gerekli ise suni solunum ve kalp masajı uygulayınız. Yanık bölge üzerini temiz kıyafet veya nemli bandaj örtün. Yaralıya, şok'u azaltmak üzere ilk yardım uygulamaları yapılır.

Yanık ile ilgili yapılması gereken ilk yardım uygulamaları ve yapılmaması gerekenler **DİKKAT** tablosunda belirtilmiştir.

DİKKAT



- **Giyileri yanan bir kişiyle karşılaştığınızda, yapılması gereken ilk uygulama alevleri söndürmektir. Yanan kişi, alevlerin artmasına sebep olacağı için koşması engellenmelidir. Yere yatırılıp üzeri battaniye veya benzeri bir örtüyle örtün hiçbir şey yoksa yanan kişiyi yerde yuvarlayın.**
- **Hasta bilinçli (kendi içebilecek durumda) ise bol sıvı içirilir.**
- **Yanığın üzerine pomat, losyon ya da merhem uygulanmamalıdır.**
- **Zeytinyağı, sirke, diş macunu vb. maddeleri yanık üzerine uygulamayın.**
- **Yanık büyük ise soğuk uygulamayın.**
- **Yanığın üzerini örtmek için pamuk ya da yara bandı kullanmayın.**
- **Yanık üzerinde oluşan su dolu kabarcıklarını sıkmaya ya da patlatmaya çalışmayın.**
- **Kimyasal ürünle yanan bir yanığın şiddetini kimyasal bir ürünle azaltmaya çalışmayın.**

ZEHİRLENMELER VE İLK YARDIM

Herhangi bir kimyasal, organik veya fiziksel maddenin vücuda katı, sıvı veya gaz olarak girmesi sonucu vücudun bir bölümünde veya tamamında, geçici ya da kalıcı fonksiyon bozukluklarına neden olmasına **zehirlenme**, bu maddeye de **zehir** denir.

Sindirim (Ağız) Yoluyla Olan Zehirlenmelerde İlk Yardım

- Ağız zehirli madde ile temas etmişse su ile çalkalanmalıdır.
- El zehirli madde ile temas etmiş ise sabunlu su ile yıkanmalıdır.
- Ağızdan bol su içirilmelidir.
- Bilinci açık kişi kusturmaya çalışılmalıdır. Fakat güçlü asitler, alkali madde ve petrol ürünleri ile zehirlenmelerde kesinlikle kusturulmamalıdır.

- Bilinç kapalı ise güvenli yan pozisyonda yatırılmalıdır. Solunum ve kalp fonksiyonları izlenmelidir.
- En kısa sürede bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir.

Solunum Yoluyla Olan Zehirlenmelerde İlk Yardım

- İlk yardımcı mümkünse maske takmalıdır.
- Olay yerinde gaz kokusu alınıyorsa; elektrik kesilmelidir, kibrit kullanılmamalıdır.
- Yoğun duman varsa tabanda hava kirliliği en az olacağından çömelerek veya sürünerek içeri girilmeli ve kılavuz ipi kullanılarak dışarıdakilerle irtibat sağlanmalıdır.
- Temiz hava solunması sağlanmalıdır. Üzerindeki sıkı giysiler gevşetilmelidir. Gerekirse suni solunum yapılmalıdır.
- Olabildiğince hızlı tıbbi yardım istenmelidir (**112**).

Zehirlenmelerde danışma merkezi

0 800 314 79 00

Cilt Yoluyla Olan Zehirlenmelerde İlk Yardım

İlk yardımcı mümkünse koruyucu elbise giymeli ve maske takmalıdır.

- Hasta/yaralının giysilerine zehirli madde bulaşmış olabileceğinden çıkarılmalıdır.
- Ellerin zehirli madde ile teması olduğunda bol sabunlu su ile en az 5 dakika yıkanmalıdır.
- Deri 15-20 dakika bol suyla ve karbonatlı suyla yıkanmalıdır.

Deniz Zehirlenmelerinde İlk Yardım

- Isırılan bölge hareket ettirilmemeli ve kaşınmamalıdır.
- Canlının iğnesi batmışsa batan yer sıcak su içinde yarım saat kadar bekletilir. Sıcak, iğnenin çıkmasını kolaylaştırır ve zehirli maddelerin etkinliğini azaltır.
- Denizanası, vantuzlarındaki çengellerle cilde tutunur, bunların zarar vermeden uzaklaştırılması için: önce tuzlu su ya da sirke ile yıkanır. Tatlı su asla kullanılmaz.
- Sağlık kuruluşuna götürülmelidir.

Akrep Sokmalarında İlk Yardım

- Özellikle sokmanın olduğu bölge hareket ettirilmemelidir.
- Yaşamsal bulgular değerlendirilip gerekli müdahaleler yapılmalıdır. Akrep sokar sokmaz, zehrin yayılmasını engellemek için sokmanın olduğu yerin yukarisından, kan dolaşımını engellemeden bandaj uygulaması yapılmalıdır. Sokulan yer soğuk su ile yıkanmalı, soğuk uygulama yapılmalıdır.
- En kısa sürede sağlık merkezine ulaştırılmalıdır.

Yılan Sokmalarında İlk Yardım

- Yaraya yakın yerlerdeki baskı yapabilecek her türlü takı çıkarılmalı
- Isırılan bölge hareket ettirilmemeli ve kalp seviyesinin üzerinde tutulmalıdır. Böylece zehir'in kana karışmasını geciktirmiş oluruz.
- Isırılan bölge bol sabunlu su ile yıkanmalıdır. Isırılan yerin yukarisına dolaşımı engellemeyecek bandaj uygulanmalıdır.
- Isırılan yere soğuk uygulama yapılmalıdır. Isırılan kişiyi sarsmadan en kısa sürede sağlık merkezine ulaştırılmalıdır.

SICAK ÇARPMALARI, ISI KRAMPLARI VE İLK YARDIM

Normal vücut ısısı 36-37°C dir. Çok yüksek sıcaklıklarında, vücut ısısını ayarlama da yetersiz kalabilir. Vücut aşırı derecede ısıya maruz kalmışsa vücut ısısı, hızla yükselir ve doku hasarına yol açabilir. Hatta ölümlü sonuçlanabilir. Yapılacak ilk yardım uygulamaları:

- Hasta, güneşli ve nemli ortamdaki uzaklaştırılmalıdır.
- Üzerindeki giysiler çıkarılmalıdır. Yaşamsal bulgular değerlendirilir.
- Vücut 39°C'ye kadar hızla soğutulur, 39°C'den sonra yavaş soğutulur.
- Vücut ıslak bezlerle sarılır veya normal musluk suyu ile ıslatılır,
- Ortamın havası da serinletilmeye çalışılır. Bilinci açık ise ağızdan sıvı verilmelidir.
- Acil yardım (112) istenmelidir.

DİKKAT



- **Vücut ısısını düşürmek üzere vücuda doğrudan BUZ UYGULANMAZ!**
- **Ya musluk suyuyla duş aldırılır ya da vücut musluk suyu ile silinir!**
- **Yarı yarıya sulandırılmış sirkeli su ile vücudun silinmesi, özellikle çocuklarda ve yetişkinlerdeki ateş yükselmelerinde rahatlıkla kullanılacak soğutma yöntemidir!**
- **Alkol ve kafein içeren içecekler verilmemelidir!**
- **Vücut ısısını düşürmek için aspirin vb. ilaç kullanmayınız!**

Isı Krampları: Genelde aşırı spor veya fiziksel aktiviteden sonra görülür. Aşırı terleme sonu vücutta sıvı ve elektrolit kaybı görülür. Özellikle bacak kaslarında; hareketi kısıtlayıcı, ağrılı kas spazmı daha sık görülmektedir. Yapılacak ilk yardım uygulamaları:

- Yapılan spor veya fiziksel aktivite hemen sonlandırılmalıdır.
- Hasta serin bir yere taşınmalıdır.
- Hasta yatırılarak veya oturtularak kramp geçene kadar kasları dinlendirilir.
- Su veya dengeli elektrolit solüsyonu, soda vb. içecekler içirilmelidir.
- Tedavi edilmezse sıcak bitkinliği tablosu görülebilir.

DONMA VE İLK YARDIM

Rüzgâr hızı, tipi, maruz kalınan süre, sıcaklık ve nemlilik gibi faktörler, yaralanma boyutunun nedenlerini oluşturmaktadır. Donma, nem ve rüzgârın birleşimiyle hızlanır.

Donan kimsenin ilk yardımı için öncelikli amaç; donan bölgenin daha fazla hasar görmesini önlemek, hızla etkilenen bölgenin ısıtılması ve solunumun sürdürülmesidir. Bir an önce acil yardım çağrılmalıdır (112). Donan bölgenin üzeri örtü veya battaniye ile örtülmeli, bir an önce donan kişi dış ortamdaki iç ortama alınmalı, sıcak içecekler verilmeli, donan kısım ılık fakat sıcak olmayan suya daldırılmalıdır. Her türlü sıcak uygulamadan kaçınılmalıdır. Şayet ayaklar etkilenmişse yürütmesine izin verilmemelidir. Donan kısım erikten sonra şişlik gelişirse, etkilenen bölgenin ısındırılmasına devam edilmemelidir. Şayet parmaklarda donma varsa kuru ve steril gazlı bezle ayrı sarılmalı, donan kişinin taşınması gerekiyorsa etkilenen bölge steril veya temiz kıyafetle sarılıp etkilenen kısım kalp seviyesinin üzerine kaldırılıp taşınmalıdır.

Uzun süreli soğuğa maruz kalmada, şayet gerekliyse suni solunum, sıcak bir odaya taşınmalı, nemli veya donan giysiler çıkarılmalıdır. Battaniyeye sarılıp ısıtılmalıdır. Bilinci açıksa sıcak içecek verilmelidir.

Soğuk yaralanmaların önlenmesi; mümkün olduğunca az süreyle dışarıda kalın, alkollü içecekler ve sigara kullanmayın, şayet gerekirse el ve ayak parmaklarınızı hareket ettirip aşırıya kaçmadan egzersiz yaptırın. Uygun malzemelerle yapılan kıyafetler kullanın, ekstra çorap, bot, eldiven ve diğer su geçirmez malzemeler bulundurun. Dolaşımı engelleyici aşırı sıkı ayakkabılar kullanmayın, kıyafetleri kuru tutmaya çalışın.

ANİ HASTALIKLAR VE İLK YARDIM

Koma: Beyin işlevinin uzun süreli kesintiye uğraması halidir. Hasta/yaralı, kendini ve hareketlerini kontrol edemez. Koma; yutkunma, öksürük gibi koruyucu reflekslerin ve dışardan gelen uyarılara tepkinin olmaması ile ortaya çıkan uzun süreli bilinç kaybı durumudur. Ani hastalıklar, kafa travmaları, beynin kan akımını engelleyecek durumlar, alkol, uyuşturucu madde, ilaçlar, zehirli gazlar ile zehirlenmeler, şeker hastalığı, sara (epilepsi), havale, aşırı sıcak, soğuk, elektrik çarpması ve basınç değişiklikleri gibi nedenlerle oluşur.

İlk Yardım:

- Yaşamsal bulgular kontrol edilmelidir (**ABC**).
- Komaya neden olan etkenler ortadan kaldırılmalıdır. Eğer zehirli bir gaz solunması sonucu komaya girmişse hasta/yaralı temiz ortama alınmalıdır.
- Üzerindeki giysiler gevşetilmelidir.
- Ağızdan herhangi bir şey verilmemelidir
- Kişi battaniye gibi bir örtü ile sarılmalıdır.
- Koma pozisyonu sağlanmalıdır (Şekil 6.8).
- Yaşamsal belirtilerini, bilincini, solunumunu ve nabzını 3-5 dakika arayla gözleyerek hasta/yaralının yanında kalınmalıdır.

Havale (Konvülsiyon): Sinir merkezinin elektriksel aktivitesindeki geçici değişiklikler nedeniyle, vücudun bir bölgesinde ya da tamamında istem dışı kasılmaları görülür. Havale, her yaş grubunda görülebilir. Özellikle çocukluk çağlarında, ateşli hastalıklarda yüksek ateşe bağlı olarak görülür.

Ateşli Hastalıklar: Herhangi bir nedenle vücut sıcaklığının 38°C'nin üzerine çıkması sonucu görülür. Genellikle 6 yaş altındaki küçük çocuklarda görülür. Üşüme, titreme, el ve ayak soğukluğu, bazen de morarma belirtileri görülür.

İlk Yardım:

- Giysileri çıkartılmalıdır. Solunumu değerlendirilir. Solunum yolu açık tutulmalıdır.
- Hasta ıslak çarşaf veya havluya sarılmalıdır. Mümkünse oda sıcaklığında su ile duş aldırılmalıdır. Eklemlere, koltuk altı ve bacaklara ıslatılmış bezlerle kompres yapılmalıdır.
- Hastanın kusma durumu varsa solunum yolunun tıkanmaması için yan yatırılmalıdır.
- Nöbetler şeklinde görüldüğü ve nöbetin tekrarlayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Epilepsi (Sara) Krizi: Beynin dış tabakasından çıkan anormal uyarılar sonucu olur. Epilepsi belirtileri; kas kasmaları yaygınlaşır ve çok şiddetli olur, bilinç kaybı olur, hasta bilinçsizce çırpınmaya başlar, dilini ısırabilir, yere düşüp idrarını çıkarabilir, ağızda aşırı bir tükürük salgısı ve köpük görülür.

İlk Yardım:

- Olay yeri ve çevre güvenliği sağlanmalıdır.
- Çevrede hasta/yaralının çarpabileceği eşyalar uzaklaştırılmalıdır.

- Giysileri gevşetilmelidir.
- Nöbeti durdurmaya çalışmayın. Kas kasmalarını önlemeye çalışmak, kas zedelenmelerine ve kemik kırıklarına neden olabilir.
- Kriz sırasında herhangi bir madde (kolonya, soğan vs.) koklatılmamalıdır.
- Nöbet bittikten sonra güvenli yan pozisyona getirin.
- Yiyecek, içecek vermeyiniz. Nöbet süresi uzarsa ya da tekrar başlarsa sağlık merkezine götürülmelidir.

Kalp Krizi (Miyokard Enfarktüsü): Kalbi besleyen koroner atardamarların kalp kasının beslenmesini ciddi ölçüde azaltacak ya da engelleyecek kadar daralmasına ya da tıkanmasına bağlı olarak kalp kasının bir bölümünün hasara uğraması ya da ölmesiyle ortaya çıkar.

İlk Yardım:

- Acil yardım istenmelidir (**112**).
- Hasta/yaralı hareket ettirilmemeli ve dinlendirilmelidir.
- Hasta sakinleştirilmelidir. Hastanın ağrısının ve korkusunun giderilmesi gerekir.
- Yarı oturur pozisyonda tutularak rahat nefes alması sağlanmalıdır.
- Üzerindeki sıkı giysiler gevşetilmelidir. Solunum ve dolaşım kontrol edilmelidir.
- Daha önceden kullandığı ilaçlar varsa hastanın almasına yardımcı olunmalıdır.
- Kalp krizi sonucu görülen kalp durmalarında, hemen kalp masajı başlatılır ve sağlık kuruluşuna kadar sürdürülürse kişinin hayata döndürülme şansı yükselecektir. Mümkün olduğunca hareket ettirilmeden en kısa sürede sağlık merkezine götürülmelidir.

SIRA SİZDE

3



Bilinci kapalı ve ağzından köpük gelen bir hasta veya yaralıya nasıl bir pozisyon verilmelidir?

KIRIK, ÇIKIK VE BURKULMALARDA İLK YARDIM

Kırık: Kemik yapının bütünlüğünün bozulmasıdır. Farklı tiplerde kırıklar oluşabilmektedir. Bazı kırıklarda, kırık ucunun keskin olan kısmı deriye zarar vererek dışarı çıkarken (açık kırık), bazı kırıklar vücut içinde kalırken (kapalı kırık), bazı kırıklarda ise kırık parçası doku içinde hareket etmektedir. Deriye zarar vererek dışarı çıkan açık kırıklarda oluşan açık yara nedeniyle enfeksiyon riski oldukça fazladır. Yaralı kişide kırık varsa, ilk yardım uygulayan kişi yaralıya bazı sorular sorarak kırık olan kemiği bulmaya çalışır:

- Yaralanma olduğunda çatırtı sesi duydun mu?
- Yaralanan vücut parçasını hareket ettirmekte zorlanıyor musun?
- Yaralanan vücut parçasına dokunduğunda acı veya ağrı oluyor mu?

Kırık kemikte yukarıdaki belirtiler mevcuttur. Kırık oluştuğunda, ilk yardım uygulayacak kişi, kırık'a bağlı gelişebilecek şok, kan kaybı veya kalıcı zararları engellemesi önemlidir.

Kırık Belirtileri

Şişlik; kırığın hemen sonrasında kanamaya bağlı olarak oluşur.

Deformite (Şekil Bozukluğu); bu durum her zaman açıkça olmayabilir. Yaralanan bölge ile yaralanmayan karşı vücut parçası karşılaştırılarak deformite kontrol edilir.

Ağrı ve Hassasiyet; genelde kırık alanında oluşur.

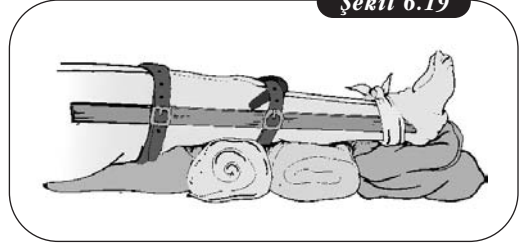
Hareket Kısıtlılığı; kırık bölgesinin kullanmada güçlük çekilir. Harekete bağlı gelişen ağrı nedeniyle vücut parçası kendini korur.

Gıncırdama Hissi (Krepitasyon); kırık kemik uçları bir birine sürttüğünde oluşur.

İlk Yardım:

- Öncelikle olay yerinde can güvenliği sağlanmalıdır.
- Acil tıbbi yardım istenir (**112**).
- Hasta/yaralının yaşamsal bulguları kontrol edilmelidir.
- Kanama varsa kontrol altına alınır, yara varsa kapatılır.
- Kırık tespit edilmeden hasta/yaralı hareket ettirilmemelidir.
- Kırık düzeltilmeden, aynı şekilde tespit edilmelidir. Genel kural olarak, kırık kemiği veya kemikleri tespit ederken, komşu eklemlerde tespit edilir. Kırığı tespit etmek için, karton, tahta, havlu ve bez gibi çevrede hazır bulunan malzemelerden yararlanılmalıdır.
- Kol ve bacakta, tespit edilen bölge kalp seviyesinin üzerine kaldırılmalıdır (Şekil 6.19).
- Şişliği ve ağrıyı azaltmak için soğuk uygulama yapılmalıdır.
- Hasta sıcak tutulmalıdır.
- Tıbbi yardım gelinceye kadar yaralı yerde sırtüstü bekletilir.

Şekil 6.19



Çıkık:

Bir eklemi oluşturan kemiklerden bir veya daha fazlasının yerinden kalıcı olarak ayrılmasıdır. Eklem yüzeyleri birbirinden tamamen (luksasyon) veya kısmen (subluksasyon) ayrılabilir. Eklem hareketleri hem çok güçtür hem de ağırdır. Çıkık sonrası eklem bağları ve kapsül yaralanmaları da görülebilir Çıkmaya en yakın eklemler: parmak, omuz, dirsek, kalça, ayak bileği ve çene eklemleridir.

İlk Yardım:

- Acil tıbbi yardım istenir (**112**).
- Hareket etmemesi için desteklenir. Eklem yerine oturtulmaya çalışılmamalıdır.
- Çıkık eklem bulunduğu şekilde tespit edilmelidir.
- Ağrıyı ve şişliği azaltmak için soğuk uygulama yapılmalıdır. Hastaneye götürülür.

Burkulma:

Eklemin normal hareket sınırından daha fazla harekete zorlanması ve gerilmesi sonucu, eklem yüzeylerinin anlık ayrılmasıdır. Eklem kapsül ve bağları kısmen zedelenebilir veya yırtılabilir. Genelde diz, ayak ve el bileğinde meydana gelir. Belirtiler: Hassasiyet, ağrı, kızarıklık veya morluk, şişlik, şekil bozukluğu ve hareket kısıtlılığıdır.

İlk Yardım:

Burkulmuş vücut kısmı **PRICE** yöntemiyle tedavi edilir. **PRICE; korumak (protection), dinlenmek (rest), buz uygulamak (ice), kompresyon (compress) ve yükseltme (elevate)** kelimelerinin İngilizce baş harflerinden oluşan altın standart tedavi yöntemidir.

Dinlenmek: Tam teşhis konuluncaya kadar yaralanan bölgenin normal anatomik düzgünlüğü hareketsiz olarak sürdürülmelidir. Bu durum, yaralanmış yapıların korunmasına yardımcı olacak, ağrıyı ve daha fazla yaralanma olasılığını azaltacaktır.

Yaralanma sonrası, ilk 48 saat süresince günde 3-4 defa, ağrı ve şişlik mevcut ise, sonrasında en az günde bir defa buz uygulanmalıdır.

Dinlenmede, tedavi sonrasında veya yalnızca yaralanma sonrası ilk 48-72 saatte elevasyon yapılmalıdır.

caktır. Örneğin; ayak bileği burkulmuş bir çocuk, ağrısı olmadan vücut ağırlığını taşıyamazsa koltuk değneğine ihtiyacı vardır ve ağrısız yürüyünceye kadar bunları kullanmayı sürdürür. Fakat her yaralanmada uzun süreli dinlenmek uygun olmayabilir.

Buz Uygulamak: İltihap, ağrı, kas spazmı ve dolaşım hızını azaltmaktadır. Buz, uygun bir çanta içerisine yerleştirilip, doğrudan deriyle temas edecek şekilde yaralı bölgeye 20 dakika süreyle uygulanmalıdır.

Kompresyon: Dokular arası sıvının hidrostatik basıncını arttırmaktadır. Bu artış, lenf dolaşımını ve toplardamar akışını artırır. Yaralanma sahasındaki ödemin tekrar emilmesini sağlar. Tedavi uygulayan kişi, kompresyon miktarını dikkatli uygulamalıdır, aksi takdirde hastanın ağrı şiddeti artar ve kompartman sendromu gelişmesine yol açabilir. Kompresyon için kullanılacak materyaller; elastik sargı, özel botlar, havalı alçı ve splint.

Elevasyon (Yükseltmek): Yaralı bölgenin kalp seviyesinin üzerine yükseltmek; kılcal kan damarlarındaki basıncı azaltır, lenf dolaşımına yardımcı olur, iltihabi sıvının toplanmasını engeller, dokulardaki basıncı azaltır ve basınca bağlı olarak gelişen ağrının azalmasını sağlar. Yaralı bölgenin kalp seviyesinin üzerine yükseltmede yastık kullanılabilir.

Burkulma sonrası gelişen ağrı, şişlik ve iltihabın azaltılmasında doktorun reçete edeceği, ilaçlar kullanılmalıdır.

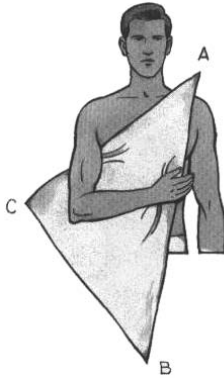
İlk Tedavide kaçınılması Gereken Uygulamalar: Çocuklarda burkulma gibi spor yaralanmasını takiben yapılacak ilk uygulamalar yukarıda bahsedildiği gibi "PRICE" yaklaşımıdır. Bu uygulamalar dışında; sıcak uygulama, alkol ve masaj gibi yaklaşımlar yaralı bölgeye zarar verecek, iyileşmesini engelleyecek uygulamalardır ve yapılmaması gerekir.

Kırık ve Çıkıklarda Tespit Yöntemleri

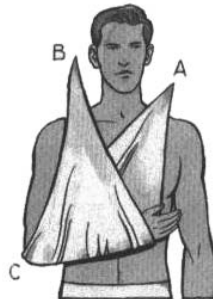
1. Köprücük Kemik ve Kürek Kemik Kırıkları

- Kırığın olduğu taraftaki koltuk altına yumuşak bir malzeme (katlanmış bez, pamuk demeti, küçük yastık vb.) yerleştirilmelidir (Şekil 6.20).
- Kol askısı yerleştirilir. Üçgen bandaj tepesi dirsek tarafına, tabanı gövdeyle aynı hizada olacak şekilde yerleştirilir (Şekil 6.21).
- El, dirsekten bükülerek vücuda yaklaştırılır.
- Üçgen bandajın iki ucu hasta/yaralının boynunda düğümlenir (Şekil 6.22).
- Hasta/yaralı oturmuş pozisyonunda sağlık kuruluşuna ulaştırılmalıdır.

Şekil 6.20



Şekil 6.21



Şekil 6.22



2. Omuz Çıkığı

- Kırık olan taraftaki koltuk altına yumuşak bir malzeme (katlanmış bez, pamuk demeti, küçük yastık vb.) yerleştirilmelidir.
- Kol kıvıldatılmadan ön kol ile 90°lik açı yapacak şekilde bükülmelidir.
- Kol üçgen sargı ile boyundan askıya alınmalıdır (Şekil 6.23).
- Kol, başka bir üçgen sargı bezi ile göğse bağlanmalıdır (Şekil 6.24).
- Hasta/yaralı oturuş pozisyonunda sağlık kuruluşuna ulaştırılmalıdır.

Şekil 6.23



Şekil 6.24



3. Üst Kol kemiği kırığı

- Kırık kemiği tespit edecek 2 atelden kısa olanı koltuk altından dirseği içine alacak; uzun olanı ise omuzla dirseği içine alacak uzunlukta olmalıdır.
- Kırık kemiği tespit edecek olan ateller yerleştirilmeden önce, kolun altı yumuşak bir malzeme (katlanmış bez, pamuk demeti, küçük yastık vb.) ile desteklenerek kan dolaşımının etkilenmemesi ve sinir zedelenmesi önlenmelidir (Şekil 6.25).
- Atellerden kısa olanı göğüs ile kol arasına dirseği içine alacak şekilde; uzun olanı kolun dış kısmına omuzla dirseği içine alacak şekilde yerleştirilmelidir (Şekil 6.26).
- Atellerle tespit edilmiş kol, üçgen sargı bezi ile askıya alınmalı, başka bir üçgen sargı bezi ile vücuda bağlanmalıdır (Şekil 6.27).
- Hasta/yaralı oturuş pozisyonunda sağlık kuruluşuna ulaştırılmalıdır.

Şekil 6.25



Şekil 6.26



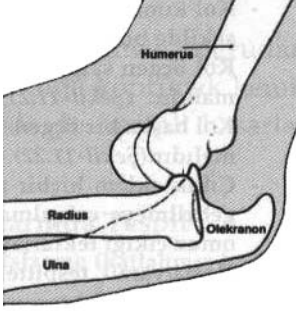
Şekil 6.27



4. Dirsek Kırık ve Çıkıkları

- Kolun pozisyonu değiştirilmeden, aynen bulunduğu şekilde eklem tespit edilmelidir (Şekil 6.28-6.29).
- Kol gerginken tek atel varsa kolun iç kısmına yerleştirilmelidir (Şekil 6.30).

Şekil 6.28



Kol bükülmüş durumda

Şekil 6.29



Şekil 6.30



Kol gergin durumda

5. Kalça kemiği kırıkları

- Yaralının iki bacak arasına yumuşak dolgu malzemeler (katlanmış bez, battaniye, yastık vb.) yerleştirilmelidir.
- 4 adet bez bandaj, diz altı ve ayak bileği gibi doğal boşluklardan geçirilmeli, düğümler aynı tarafta olacak şekilde bağlanmalıdır (Şekil 6.31).
- Ayrıca başka bir bezle, ayak tabanı üzerinde sekiz şeklinde düğümlenmelidir.
- Yaralı sedyeye alınarak tüm vücut sabitlenmelidir.

Şekil 6.31



6. Uyluk kemiği kırığı

- Uyluk kemiğini tespit etmek için biri uzun, diğeri kısa iki atel kullanılır.
- Ateller ayak bileği üzerinden, diz hizasından ve üstünden ayrıca bel üzerinden olmak üzere bağlanmalıdır. Düğümler dıştaki atel üzerinden atılmalıdır (Şekil 6.32).
- Ayaktan kan dolaşımı ve duyu kontrolü yapılmalıdır. Atel bulunmadığında bacak arasına dolgu malzemesi konularak bacaklar birbirine bağlanır (Şekil 6.33).

- Her iki uyluk kemiği kırıldığında, iki yandan 2 adet uzun atel yerleştirilir (Şekil 6.34).

Şekil 6.32



Şekil 6.33

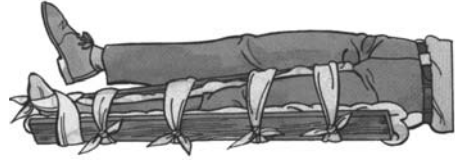


Şekil 6.34



7. Kaval Kemiği Kırığı
 - Kaval kemiğini tespit etmek için biri uzun, diğeri kısa iki atel kullanılır.
 - Ateller ayak bileği üzerinden, diz hizasından ve üstünden ayrıca bel üzerinden olmak üzere bağlanmalıdır (Şekil 6.35). Düğümler dıştaki atel üzerinden atılmalıdır.

Şekil 6.35



İLK YARDIMDA HASTA VEYA YARALI ÇOCUĞU TAŞIMA

İlk yardım uygulamaları sırasında hasta/yaralı çocuğun acil taşınması, kısa mesafeye taşınması, araç içerisindeki kişinin taşınması ve ambulansa taşınması gibi durumlar söz konusu olabilir. Bu işlemleri sırasında bazı uyulması gereken kuralları vardır. Bunlar;

- İlk yardımcı ve yaralı için hayati tehlikenin devam ettiği durumlarda (yangın, göçük, patlama) öncelikle taşıma ve uzaklaştırma yapılmalıdır.
- İlk yardımcı kendi kapasitesinden fazla ağırlık taşımamalıdır.
- Hasta/yaralı mümkün olduğunca hareket ettirilmemelidir.
- Yaşamsal bulgular kontrol edilmeli ve gerekli ilk yardımlar yapılmalıdır.
- Hasta/yaralıyı taşırken, en uygun pozisyon verilmeli, üzeri örtülmeli ve sedyeye emniyetli bir şekilde bağlanmalıdır.
- Hasta/yaralının başı her zaman düz tutulmalı, dengeli ve düzgün bir şekilde hareket ettirilmelidir.
- İlk yardımcı taşıma sırasında belden eğilip hasta/yaralıyı kaldırmamalıdır. Sırtın gerginliğini korumak için dizler ve kalçalar bükülmelidir.
- İlk yardımcı her iki ayağını da kullanmalıdır ve birini diğerinden biraz öne yerleştirilmelidir.
- Kalkarken ağırlığın kalça kaslarına vererek dizler en uygun biçimde doğrultulmalıdır.
- Yavaş ve düzgün adımlarla yürümek gerekir. Taşırken fazla geniş adımlar atılmamalıdır.
- Taşıma işlemi sırasında ilk yardımcı omuzlarını düz tutmalıdır.
- Yön değiştirirken ani dönmelerden kaçınılmalıdır.
- Hasta/yaralı taşıma mükemmel bir ekip çalışması gerektirir. Tüm hareketleri yönlendirecek sorumlu bir kişi olmalı ve hareketler için komut vermelidir.

1. Araç İçindeki Yaralıyı Taşıma (Rentek Manevrası)

- Öncelikle hasta/yaralının ayaklarının pedalların arasına sıkışmamış olduğundan emin olunur. Emniyet kemeri varsa çözülür. Taşıyıcı, hasta/yaralının yan tarafından yanaşır. Kollarını hasta/yaralının koltuk altından geçirir. Kol-

larından tutar. Başını göğsüne dayar ya da bir eliyle hasta/yaralının kolunu, diğer eliyle çenesini kavrar (Şekil 6.36). Baş-boyun-gövdeyi birlikte bir bütün olarak hafifçe hareket ettirir. Hasta/yaralıyı araçtan dışarı çeker. Bir seferde dışarı aldıktan sonra yavaşça sedyeye yoksa yere koyar.

2. Sedyeye Yerleştirme Yöntemleri

- Kaşık Tekniği: Hasta/yaralıya bir taraftan ulaşılabildiği durumlarda kullanılır. Hasta/yaralının baş-omuz, sırtının alt kısmından ve dizlerinin altından tutularak sedyeye yerleştirilir. İlk yardımcılardan biri ekip başı olur ve komutları o verir (Şekil 6.37-6.38).

Şekil 6.36



Şekil 6.37

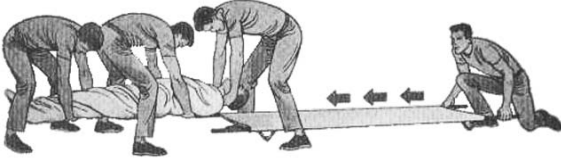


Şekil 6.38

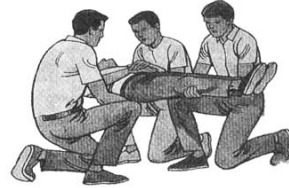


- Köprü Tekniği: Hasta/yaralıya iki taraftan ulaşama şansı varsa kullanılır. Hasta/yaralının üzerine hafifçe eğilerek baş-omuz, kalça ve dizlerinin altından tutulur. Bir ilk yardımcı da sedyeyi öne doğru iterek yerleştirir (Şekil 6.39).

Şekil 6.39



Şekil 6.40



- Karşılıklı Durarak Kaldırma Tekniği: İki ilk yardımcı göğüs hizasından, diğer ilk yardımcı da diz hizasında destek vererek hasta/yaralı kaldırılır. Omurga yaralanmalarında tercih edilir (Şekil 6.40).

3. Sedyeye Taşıma

- Hasta/yaralının en sağlıklı ve güvenilir taşınması sedye ile olur. Sedyeye taşınacak kişi kesinlikle battaniye, çarşaf vb. ile sarılmalıdır. Taşınan kişinin düşmesini engellemek için sedyeye bağlanmalıdır. Sedyeye taşınırken yatay şekilde olmalıdır. Yaralı yokuş yukarı veya merdivenden yukarı taşınıyorsa yaralının baş kısmı öne gelecek şekilde taşınmalıdır.

SIRA SİZDE

4

Trafik kazası sonucu araç içerisinde sıkışmış yaralıyı gören bir kişi yardım için hangi telefon numaralarını aramalıdır?

İLK YARDIM ÇANTASI

Günlük yaşamda her an karşılaşılabilir yaralanmalar veya hastalıklarda kullanılmak üzere ev, iş yeri, okul, araba, fabrika, otobüs terminali, havaalanı, tren istasyonu, spor tesisleri ve diğer ortamlarda ilk yardım malzemelerinin belirli bir yerde, eksiksiz ve hazır bir şekilde bulundurulması son derece önemlidir. İlk yardım malzemeleri, hazır ve hepsi bir arada, kilitlenebilen bir çanta veya dolapta bekletilmelidir.

İlk yardım çantası, direk ısı kaynağından ve çocukların ulaşabileceği yerlerden uzak olmalıdır.

İlk yardım çantasında bulundurulması gereken asgari malzemeler şunlardır:

- Plaster (2 kutu)
- Çeşitli boyutlarda yara bandı
- Steril gaz bezler (4-5 tane)
- Yapışkan bandaj, farklı ebatlarda (20 adet)
- Rulo gaz bandaj (1 adet)
- Farklı ebatlarda sargı bezleri (5-7. 5-10 cm.)
- Çengelli iğne
- Hidrofil pamuk
- Lâteks olmayan medikal eldiven (2 çift)
- Termometre
- Üçgen sargı
- Enjektör, Plastik turnike
- Renksiz (klorheksidin) ya da renkli (povidon iyot içeren) bir anti septik.
- Alkol, Oksijenli su
- Ağrı kesici, Antialerjik ilaçlar, Mide asidi düzenleyici ve Diarrhea ilaçları, Antibakteriyal merhem
- Makas, cımbız
- Elastik Bandaj (10-12 cm)
- Termofor ve Buz torbası
- Tespit tahtası (2 adet 50 cm. uzunluğunda, 8 cm eninde; 4 tane 8 cm uzunluğunda, 2 cm eninde), Boyunluk
- Bir fener, pil, ısı yalıtımlı bir örtü, bir kutu kâğıt mendil ve ilk yardım kitabı.

İlk yardım çantası veya dolabı, düzenli olarak belirli zaman aralıklarıyla kontrol edilerek, malzemelerin son kullanım tarihleri gözden geçirilmeli, bozulanlar çıkarılmalı ve eksilen malzemelerin yerine yenileri konulmalıdır.

Özet



İlk yardımın tanımı tanımını yapmak

İlk yardım, beklenmedik bir kaza ya da hastalık sonucu durumu tehlikeye girmiş kişiye sağlık personeli gelinceye kadar olayın geçtiği yerde eldeki imkânlarla yapılan girişimler ya da alınan önlemlerdir. Sağlık personelinin bulunmadığı ve ya geciktiği durumlarda, kişinin kendine yardım etmesi ve evde bakımı da ilk yardım kavramı içerisinde. İlk yardım, yardım eden kişinin becerisi ile hastada güven sağlaması, yardımcı olma arzusu ve iyi seçilmiş cesaret verici sözleri de kapsar. Acil tedavi ise hasta/yaralıları acil tedavi ünitelerinde, doktor ve sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi müdahalelerdir.



İlk yardım ilkelerini açıklamak

İlk yardım yapacak kişi hızlı ancak sakin hareket etmelidir. İlk yardım yapan kişinin ve hasta veya yaralının güvenliğini dikkate alarak kaza yerinde emniyeti sağlamalıdır. İlk yardımcı yardım ekiplerinin harekete geçirilmesi için bir kişiyi telefona yönlendirmelidir. Kalp ve solunum durması, şiddetli atardamar yaralanması, iç organların zehirlenmesi ve şok gibi hayati tehlikenin olduğu durumlarda ilk yardım uygulamaları öncelikli olarak yapılmalıdır. Sonra daha az önemli, kırık, sarsıntı, deri bütünlüğünün bozulması, hayvan sokması-ısırması ve diğer yaralanmalarla ilgilenilmelidir.



Yaralanmalar ve kanamalarda ilk yardım uygulamaları nasıl yapılacağını açıklamak

Açık yaralarda, enfeksiyon riskine karşı steril gazlı bez veya temiz kumaş parçası ile bastırılarak yara kapatılır. Kapalı yaralarda, yaşamsal bulgular kontrol edilir, gerekli ise suni solunum ve kalp masajı yapılır. Şiddetli kanama durumunda, kanayan bölgeye temiz bir bez parçası ile basınç uygulanır ve kalp seviyesinin üzerine kaldırılır. Gerekli ise arter üzerine basınç uygulanır.



Şok durumunda ilk yardım yapmak

Dokuların yeterli oksijen alamadığı durumlarda gelişen şok'ta ilk yardım için hasta veya yaralı, nefes alacağı açık bir ortamda sırt üstü pozisyona alınarak yaşamsal bulguları kontrol edilir ve şoka neden olan olaya yönelik uygulama yapılır (örnek, kanama varsa durdurulur), hastanın bilinç düzeyi ve solunum durumuna göre şok pozisyonu verilir.



Solunum ve dolaşım ile ilgili durumlarda ilk yardım ilkelerini yerine getirmek

Hayat kurtarmak amacıyla ilk yardımın ABC'si yapılır. A, solunum yolunun açılması, solunum yolu kısmen veya tam tıkanmış olabilir, tam tıkanma durumunda heimlich manevrası kullanılmalıdır. B, solunumun sağlanması, burada 'bak-dinle-hisset' yöntemi kullanılır ve hasta uygun pozisyona alınarak, ağızdan ağza veya ağızdan buruna yöntemiyle suni solunum uygulanır. C, dolaşımın sağlanması, burada nabız alınmaması durumunda, kalp masajı uygulanmaya başlar. 30 kalp masajı, 2 suni solunum döngüsü uygulanarak hasta yaşama döndürülmeye çalışılır.



Yanıklar karşısında ilk yardım ilkelerini uygulamak

Yanan kişinin kıyafetleri kontrol edilir ve gerekirse, duş altına sokulur, kimyasal maddeye bağlı yanıklarda, bölge bol su ile temizlenir. Deri bütünlüğünde bozulma varsa enfeksiyonu önlemek amacıyla temiz bir bez veya örtü ile yanan bölge kapatılır. Yanan bölgeye merhem veya yağ gibi maddeler sürülmez, yanmaya bağlı oluşan kabarcıklar patlatılmaz.



Zehirlenmeler sonrasında ilk yardım ve önleme yöntemlerini açıklamak

Zehirlenmeye neden olan etken göz önünde tutularak, kişinin bilinç düzeyi ve yaşamsal bulguları kontrol edilir, canlı ısırıklarında, canlıların ısırıldığı bölge sabunla yıkanıp iğnesi varsa çıkartılır, yılan ve akrep sokmalarında, etkilenen bölgenin üzerine bir bezle basınç uygulanır, zehrin vücudunda hızla yayılması engellenir ve acil sağlık kuruluşuna gönderilir.



Sıcak çarpmaları ve ısı krampları durumunda ilk yardım yapmak

Kişi sıcak ortamdaki daha serin ortama alınır, üzerindeki kıyafetler çıkartılır, yaşamsal bulguları kontrol edilir, ağızdan sıvı verilir, vücut ısısı musluk suyuyla teması sağlanarak düşürülür, buz uygulanmaz, acil yardım istenir (112).



Donma olaylarından sonra ilk yardım uygulamalarını yapmak

Donan kişi öncelikle dış ortamdan iç ortama alınmalıdır. Vücut ısısı artırılmalı, sıcak içecekler verilmelidir. Kişinin vücut kısımları direkt sıcak suya daldırılmamalı, ılık bir suyla teması sağlanmalıdır. Ayaklarda donma sonrası parmaklar steril gazlı bezle sarılıp donan kişinin yürütmesine izin verilmemelidir. Etkilenen bölge kalp seviyesinin üzerine kaldırılıp taşınmalıdır.



Ani gelişen bastalıklar karşısında ilk yardım yaklaşımlarını açıklamak

Koma, havale, epilepsi ve kalp krizi durumlarında hastanın veya yaralının yaşamsal bulguları kontrol edilmelidir. Komada, etken ortadan kaldırılmaya çalışılır, pozisyon verilir. Havalede, kişinin vücut ısısı düşürülmeye çalışılarak uygun pozisyon lama yapılır. Epilepsi krizi geçiren kişinin istem dışı hareketlerine karşı çarpmayla oluşabilecek kafa travmaları önlenmeye çalışılır, kriz sırasında herhangi bir içecek ve yiyecek verilmez, kriz sonrası uygun pozisyon verilir. Kalp krizi geçiren kişinin yaşamsal bulguları kontrol edilir, acil yardım çağrılır (112), kullandığı ilaçlar varsa verilir. Sıkan giysiler gevşetilir ve uygun pozisyon verilir, solunum ve kalp atımları durmuşsa ambulans gelinceye kadar suni solunum ve kalp masajına başlanır.



Kırık, çıkık ve burkulmalarda ilk yardım yöntemlerini uygulamak

Kırık durumunda, yaralı hareket ettirilmez; yaşamsal bulgular kontrol edilir. Mevcut pozisyonunda kırık ve çıkık tespit yapılır. Kanama varsa durdurulur ve acil yardım çağrılır (112). Burkulmada o bölgeye soğuk uygulama yapılır, bandajla tespit edilir ve bölge kalp seviyesinin üzerine yükseltilir ve yaralı sağlık kuruluşuna götürülür.



İlk yardımda hasta veya yaralının nasıl taşınacağına açıklamak

Yaralı/hastayı, emniyetli bir yere götürme, araç içersinden çıkartma, ambulansa taşıma gibi nedenlerden dolayı hareket ettirilmesi gerekebilir. Bu sırada, taşınacak kişinin sağlık durumu, omurgayı ilgilendiren bir yaralanmanın olup olmaması, vücut ağırlığı, bulunduğu yer ve taşımaya yardım eden kişi sayısı, hangi taşıma yönteminin kullanımının daha uygun olacağını belirleyecektir.



İlk yardım çantasında bulundurulması gerekenlerin neler olduğu konularında bilgi sahibi olmak

Acil durumlarda, insanların zamanlarını yoğun olarak geçirdiği, ev, okul, iş yeri vb. yerlerde hazır bekletilmek üzere ilk yardım çantası veya ilk yardım dolabı bulundurulması gereklidir. İlk yardım çantası veya dolabı içerisinde, temel olarak bulundurulması gereken maddeler, belirli zaman aralıklarıyla kontrol edilerek, kullanılıp bitmiş veya zaman aşımına uğramış, ilaç, antiseptik solüsyonlar gibi malzemelerin çıkarılması ve yerine yenilerinin konması önemlidir.

Kendimizi Sınavalım

1. Aşağıdakilerden hangisi kaza sonrası ilk yardım uygulayacak kişinin uyması gereken ilkeler arasında **yer almaz**?

- Hasta veya yaralının güvenliğini dikkate alarak kaza yerinde emniyeti sağlamalıdır.
- Ambulans, itfaiye, polis imdat gibi yardım ekiplerine haber vermelidir.
- Bilmediği ilk yardım uygulamasını yapmamalıdır.
- Sakin olmalı ve telaşa kapılmamalıdır.
- Hasta veya yaralının ayağa kalkması ve yürütmesine izin vermelidir.

2. Aşağıdakilerden hangisi kanamayı **azaltacak** yöntemlerden biridir?

- Kanayan yerin üzerine elle basınç uygulamak
- Kanayan yere sıcak uygulamak
- Kanayan yeri yıkamak
- Kanayan yeri aşağı doğru sarkıtmak
- Kanayan yerin aşağısını sarmak

3. Aşağıdakilerden hangisi hem solunumu hem kalbi durmuş çocuk için uygulanması gereken ilk yardım uygulamasıdır?

- 30 suni solunum yapılır sonra 2 kalp masajı uygulanır.
- 15 suni solunum yapılır sonra 2 kalp masajı uygulanır.
- 15 kalp masajı uygulanır sonra 2 suni solunum yapılır.
- 30 kalp masajı uygulanır sonra 2 suni solunum yapılır.
- 2 kalp masajı yapılır sonra 30 suni solunum yapılır.

4. Bilinci yerinde olmayan hastaya solunum yolunun tıkanmaması için hangi pozisyon verilir?

- Oturma
- Sırt üstü yatma
- Yüz üstü yatma
- Uzun oturma
- Yan yatış

5. Kaza sonrası yaralı çocuğa verilecek şok pozisyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- Oturuş pozisyonunda eller önde kenetlenmiş
- Yüz üstü yatış pozisyonu
- Yan yatış pozisyonunda bacaklar arasına yastık yerleştirilir
- Sırt üstü yatış pozisyonu kafa yana çevrilmiş, ayaklar biraz yukarıda
- Sırt üstü yatış pozisyonu, ayaklar biraz yukarıda

6. Yalnızca solunumu durmuş bir çocuğa ilk yardım sırasında aşağıdakilerden hangisi uygulanmalıdır?

- Yüzüstü pozisyonda dinlendirilmelidir.
- Yalnızca kalp masajı yapılmalıdır.
- Yan yatış pozisyonunda dinlendirilmelidir.
- Hem suni solunum hem kalp masajı yapılmalıdır.
- Yalnızca suni solunum yapılmalıdır.

7. Cilt yanıklarında aşağıdakilerden hangisi kaza yerinde uygulanır?

- Merhem sürmek
- Soğuk uygulamak
- Zeytinyağı sürmek
- Alkollü su sürmek
- Diş macunu sürmek

8. Aşağıdakilerden hangisi çocuklarda yeni oluşmuş burkulmada yapılacak ilk yardım uygulamasıdır?

- Yaralı, sağlık eğitimi konusunda bilgilendirilmelidir.
- Yaralı bölgenin ısısı korunmalıdır.
- Soğuk uygulanmalı ve yaralı bölge kalp seviyesinin üzerine yükseltilmelidir.
- Spor aktivitesine devamı etmesi sağlanmalıdır.
- Kuvvete ve esneklik eğitimine başlanmalıdır.

9. Zehirlenmelerde ilk yardım uygulamaları ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi **yanlıştır**?

- Sindirim yoluyla oluşan zehirlenmede kişinin bilinci yerinde ise kusturulmaya çalışılır.
- Yılan sokmalarında ısırılan yerin yukarısına dolajı engellemeyecek bandaj uygulanmalıdır.
- Zehirlenme sonucu bilinci kapanan kişi sırtüstü pozisyona alınarak dinlendirilmelidir.
- Solunum yoluyla zehirlenen kişiye gerektiğinde suni solunum yapılır.
- Akrep sokmalarında, etkilenen bölgeye soğuk uygulama yapılır ve yaralı hareket ettirilmez.

10. Aşağıdakilerden hangisi hasta veya yaralı çocuğu taşıırken uyulması gereken prensiplerden biri **değildir**?

- İlk yardımcı kendi kapasitesinden fazla ağırlık taşımamalıdır.
- İlk yardımcı her iki ayağını da kullanmalıdır ve birini diğerinden biraz öne yerleştirmelidir.
- Yön değiştirirken ani dönmelerden kaçınılmalıdır.
- İlk yardımcı taşıma sırasında belden eğilip hasta/yaralıyı kaldırmamalıdır.
- İlk yardımcı taşıma sırasında hızlı ve geniş adımlar atmalıdır.

Yaşamın İçinden

“ İlk Yardım Hayat Kurtardı!

Kimileri için yararsız bilgiler dizisi olan ilk yardım İznik'te 2 yaşındaki bir çocuğun yaşamını kurtardı. Bilinçli ve bilerek yapılan ilk müdahale yaşamı kurtardı.

Bursa'da İznik Gölü'nün Orhangazi yakasındaki piknik alanında ailesinin yanından bir an ayrılan 2 yaşındaki Kıvanç Önal, göle girince boğulma tehlikesi geçirdi.

Suda çırpınan çocuğu gölden çıkararak bir tatilci, çok su yutan ve bilinci de kapalı olan Kıvanç'a suni teneffüs yaparak hayata döndürmeyi başardı.

32 yaşındaki Murat Önal, eşi 30 yaşındaki Sevinç Önal, oğulları Kıvanç'ı da alıp dün piknik yapmak için yakınlarıyla birlikte İznik Gölü piknik alanına gitti. Önal çifti, yiyecekleri hazırlayıp, yakınlarıyla sohbet ederken, minik Kıvanç göl kenarında oyun oynamaya başladı. Üzerindeki elbiselerle bir anda kendini göle atan Kıvanç, çırpınmaya başladı.

Çocuğun çırpındığını gören bir tatilci, hemen göle atılarak çocuğu çıkardı. Aynı tatilci su yutan ve bilinci kapalı olan minik Kıvanç'a suni teneffüs yaparak yaşama döndürdü. Çevrede devriye görevi yapan jandarma ekipleri, boğulma vakası ihbarını alınca olay yerine geldi. Jandarma, ambulans beklemeden ekip aracıyla çocuğu Orhangazi Devlet Hastanesi'ne yetiştirdi. Kendi başına göl kenarında bıraktıkları çocukları boğulma tehlikesi geçirince sinir krizleri geçiren anne Sevinç Önal, eşi Murat Önal tarafından sakinleştirilmeye çalışıldı. Bir süre doktor gözetiminde tutulan minik Kıvanç, dün akşam saatlerinde taburcu edildi.

Kaynak: http://www.haberciler.com/news_detail.php?id=1017848 Erişim Tarihi: 25.10.2007

Okuma Parçası

Yanıklarda İlk Yardım

Deri, vücudumuzun dış dünya ile temas yüzeyidir. Çevresel etkilere açıktır. Isı değişikliklerine duyarlı olma özelliği nedeniyle yanıkları sık görülür. Çocuklarda en sık kollar, daha sonra baş ve boyun bölgesi yanar. Yanık vakalarının % 94'ü evde meydana gelmektedir. En çok sıcak sıvılarla haşlanma, daha az olarak alev yanığı ve nadiren elektrik yanıkları görülür. Hekimler, yanığın ciddiyetini belirlerken yanan cilt bölgesinin genişliği ve derinliği yanında yakan maddeyi de göz önünde bulundurlar. Çocuklarda tüm vücut yüzeyinin %12'sinden fazlası yanmışsa hayati tehlike söz konusu olur. Deride kızamığa yol açan 2-3 santimetrelük küçük ve yüzeysel bir yanık önemli değildir, evde tedavi edilebilir. Bundan daha büyük bir yanık ise yanık yerinden su kaybına ve mikrop kaparak enfeksiyona yol açabileceği için tehlikeli olabilir. Aman dikkat! Elektrik yanıklarında yanan saha küçük olsa bile derin dokular yanmış olabilir; mutlaka hekime başvurun.

Küçük Yanıklarda İlk Yardım: Küçük yanıklarda yanık bölgesini basınçsız akan soğuk suyun altına tutmak suretiyle ağrıyı azaltın. Böylece yanan yerin su toplamasını da önleyebilirsiniz.

Yanık su toplarsa üstünü gazlı bezle kapatıp bantlayın. Su toplayan yeri patlatmayın. Burası yeni deri oluşurken yanan bölgeyi koruyarak iyileşmesini kolaylaştırır. Yanığın üstüne krem, diş macunu ya da yoğurt gibi şeyler sürmeyin.

Çocuğunuz elbiseleriyle yanıyorsa hemen yere yatırın. Yanan yerlere elinizle dokunmayın, kendi giysilerinizi değdirmeyin. Su dökerek üzerine kilim, battaniye ya da kalın perde kapatarak alevleri söndürmeye çalışın. Bunu yaparken çocuğun başını örtmemeye olabildiğince dikkat edin. Alevleri naylon gibi yanıcı maddelerle örterek söndürmeye çalışmayın. Çocuğu dışarı çıkarmaya kalkmayın, çünkü hava alevleri güçlendirir.

Yanığın nedeni elektrikse çocuğun üzerine su dökmeyin. Alevler söndüğünde büyük yanıklarda yapılacak ilk yardımcı uygulayın.

Büyük Yanıklarda İlk Yardım: Kaynar suyla, kızgın yağ ya da kimyasal maddelerle temas etmiş olan giysileri çocuğun diğer yerlerine değdirmeden makasla keserek üzerinden çıkarın. Yanan deriye yapışmış yanık ve kavruk giysileri çıkarmaya çalışmayın.

Yanık sahasını soğuk suyla serinletin. Çocuğu soğuk su dolu küvete sokun veya soğuk su ile ıslatılmış çarşafı yanık yerleri örtün. Derisini ovalamayın. Yanığa kimyasal maddeler yol açıtıysa deriyi bol soğuk su ile iyice yıkayın. Yanık bölgeyi temiz sargı bezi ile kapatın. (Steril sargı bezi yoksa sıcak ütülenmiş mendil veya yastık kılıfı da aynı işi görür). İlk girişimden sonra çocuğunuzu derhal acil servise götürün.

Kaynak: <http://www.uslanmam.com/cocuk-sagligi-ve-beslenme/159001-yanıklarda-ilk-yardim.html>. Erişim Bilgiler: 25.10.2007

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. e Yanıtınız yanlış ise “İlk Yardımda İlkeler” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz.
2. a Yanıtınız yanlış ise “Yaralanmalar ve Kanamalarda ilk yardım” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz.
3. d Yanıtınız yanlış ise “Solunum ve Dolaşımla İlgili Durumlarda İlk Yardım” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz.
4. e Yanıtınız yanlış ise “Solunum ve Dolaşımla İlgili Durumlarda İlk Yardım” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz.
5. d Yanıtınız yanlış ise “Şok ve İlk Yardım” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz.
6. e Yanıtınız yanlış ise “Solunum ve Dolaşımla İlgili Durumlarda İlk Yardım” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz.
7. b Yanıtınız yanlış ise “Yanıklarda İlk Yardım” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz.
8. c Yanıtınız yanlış ise “Kırık, Çıkık ve Burkulmalarda İlk Yardım” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz.
9. c Yanıtınız yanlış ise “Zehirlenmelerde İlk Yardım” başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz.
10. e Yanıtınız yanlış ise “İlk Yardımda Hasta veya Yaralı Çocuğu Taşıma başlıklı bölümü yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

ABC’de B; solunumun sağlanması (Breathing) anlamını taşımaktadır. Hasta nefes alıp veriyorsa güvenli pozisyon olan yan yatışa alınır, “bak-dinle-hisset” ile soluk alıp vermesi değerlendirilir, yoksa suni solunuma başlanır.

Sıra Sizde 2

Yabancı cisim yutmaya bağlı gelişen solunum yolunun tam tıkanıklığında bilinci yerinde olan çocuğa Heimlich manevrası yapılmalıdır.

Sıra Sizde 3

Bilinci kapalı ve ağzından köpük gelen bir hasta veya yaralı, ağızdaki sıvının boğazına kaçmaması ve solunum yolunun tıkanmaması için güvenli yan yatış pozisyonu verilmelidir.

Sıra Sizde 4

Trafik kazası sonucu araç içerisinde sıkışmış yaralıyı gören bir kişi yardım için “ambulans için 112” ve “trafik polisi için 154” numaralı telefonları aramalıdır.

Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar

- American Heart Association** (2005). "Pediatric Basic Life Support". *Circulation*, Vol:112, No: IV: 156- 166.
- American Heart Association & American Red Cross** (2005). "First Aid" *Circulation*, Vol:112, No: IV: 196-203.
- Ege R. (1981). **Kaza ve Yaralanmalarda İlk ve Acil Yardım**, Ankara.
- International Medical Guide For Ships** (1988). WHO, 2nd Edition.
- Meeks L., Heit P. (2008). **Health & Wellness**, Macmillan / McGraw-Hill, New York.
- Pfeiffer R.P., Mangus B.C. (2002). **Concept of Athletic Training**, 3 rd Edition, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury.
- Shuster M. (2006). "2005 Emergency Cardiovascular Care Guidelines" *Can J Emerg Med* Vol: 8 No: 1, s. 37-42.
- The American National Red Cross (1973). **Standart First Aid & Personal Safety**, First Edition, Doubleday& Company Inc., New York.
- Türkiye Kızılay Derneği (2001). **İlkyardım El Kitabı**, Ankara.
- www.edb.adalet.gov.tr/dn/ilkyardim.doc 02.02.2007 tarihinde alınmıştır.

Yararlanılan İnternet Adresleri

- Şekil 10.1, 10.2, 10.3: <http://adam.about.com/encyclopedia/Minor-cut-first-aid.htm>
- Şekil 10.4: <http://adam.about.com/encyclopedia/Shock.htm>
- Şekil 10.5, 10.6, 10.7, 10.8: <http://www.redcross.org.uk/standard.asp?id=56936>
- Şekil 10.9, 10.10: <http://adam.about.com/encyclopedia/CPR-child-1-to-8-years-oldseries.htm?once=true&>
- Şekil 10.11, 10.12: <http://adam.about.com/encyclopedia/CPR-adult-series.htm?once=true&>
<http://adam.about.com/encyclopedia/CPR-child-1-to-8-years-old-series.htm?once=true&>
- Şekil 10.13: <http://adam.about.com/encyclopedia/CPR-infant-series.htm?once=true&>
- Şekil 10.14, 10.15, 10.16: <http://adam.about.com/encyclopedia/Choking-first-aid-adult-or-child-over-1-year-series.htm?once=true&>
- Şekil 10.17: http://adam.about.com/encyclopedia/Hemlich-maneuver-on-infant_1.htm
- Şekil 10.18: http://adam.about.com/encyclopedia/Hemlich-maneuver-on-infant_2.htm
- Şekil 10.19: http://connection.lww.com/Products/timbyfundamentals8e/documents/Ch25/pdf/25_001.pdf
- Şekil 10.20, 10.21, 10.22: www.edb.adalet.gov.tr/dn/ilkyardim.doc
- Şekil 10.23, 10.24: www.edb.adalet.gov.tr/dn/ilkyardim.doc
- Şekil 10.25, 10.26, 10.27: www.edb.adalet.gov.tr/dn/ilkyardim.doc
- Şekil 10.28, 10.29, 10.30: www.edb.adalet.gov.tr/dn/ilkyardim.doc
- Şekil 10.34: www.edb.adalet.gov.tr/dn/ilkyardim.doc
- Şekil 10.32, 10.33, 10.34: www.edb.adalet.gov.tr/dn/ilkyardim.doc
- Şekil 10.35: www.edb.adalet.gov.tr/dn/ilkyardim.doc
- Şekil 10.36, 10.37, 10.38: www.edb.adalet.gov.tr/dn/ilkyardim.doc
- Şekil 10.39: www.edb.adalet.gov.tr/dn/ilkyardim.doc

Çocuklarda Oyun Yaralanmaları

7



Kaynak: <http://www.columbianeurosurgery.org/2011/01/should-we-let-our-chiari-kids-play/>
<http://www.diyfather.com/content/Dealing-with-head-injuries-in-children>
<http://www.floridachildinjurylawblog.com/tag/fall-injury/>

Çocuklarda oyun, doğumdan itibaren pek çok gelişim alanını destekleyici vazgeçilmez bir tutkudur. Yaşla birlikte değişen oyun türleri, vücut kontrolü artıp daha aktif oldukça okul, park gibi topluma açık olan ev dışı ortamlarda daha zorlayıcı etkinlikler yapılmaya başlandıkça düşme, çarpma gibi yaralanmalar ve hatta hayati tehlikelere kadar değişen düzeyde problemlerle karşılaşılmaktadır. Yapılan etkinliğe ilişkin etkili öğretim, gözlem, uygun malzeme ve koruyucu araçların oyun sırasında kullanılması v.b. faktörler oyuna bağlı yaralanmaları önleme ve azaltmada etkilidir. Eğlence ve gelişimi destekleyici özelliği olan oyun, gerekli tedbirler alınmadığında çocuklarda hayati tehlikelere yol açabilecek bir sorun haline dönüşebilir.

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra,

- 👁️ Bebeklik (0-12 ay) dönemindeki oyun riskleri ve güvenlik önlemlerini açıklayabilecek,
- 👁️ Küçük çocuklarda (1-4 yaş) oyun riskleri ve koruyucu önlemleri kavrayabilecek,
- 👁️ Büyük çocuklarda (5-9 yaş) oyun riskleri ve güvenlik önlemlerini açıklayabilecek,
- 👁️ Ergenlik döneminde (10-16) oyun riskleri ve güvenlik önlemlerinin neler olduğunu bilecek,
- 👁️ Çocuk ve gençlerde görülen spor yaralanmalarını açıklayabilecek,
- 👁️ Spor yaralanmalarının nedenleri ve risk faktörlerini açıklayabilecek,
- 👁️ Spor yaralanmalarının tedavisinde genel yaklaşımları kavrayabileceksiniz.



Örnek Olay

Dikkat! Küçük çocuklar okulda itişip kakışmalar sonucu yaralanabilir. Okul mekânlarında güvenlik açısından önlem alınmalı. Spor yaralanmaları, Artroskopi ve Diz Cerrahisi Uzmanı Doç. Dr. Levent Köstem, derste sıkılan çocukların ders aralarında koşturduklarını, çok fazla çarpışma yaşandığını, çarpışmayla oluşan yarık ve kırık sorunlarına ilişkin şikâyetlerin arttığını belirtti. El bileği ve dirsek üzerine düşmelerin fazla olduğunu kaydeden Köstem, “Bu yaş grubunda büyüme kırıktağı kırıkları ve kaymaları görüyoruz. Merdiven kazaları çok oluyor, okullarda yukarı aşağı koştururken düşüyorlar. İlkokul çocukları okul bitip eve geldiklerinde de sıkılıyorlar. Bisiklet kazaları da oldukça fazla oluyor” diye konuştu. Levent Köstem, ilköğretim çocuklarının henüz oyun çağında olduğunu, çarpışma ve düşmelerin çok fazla önlenemeyeceğini, derslerin oyun formuna sokularak çocuklar için eğlenceli hale getirilmesi gerektiğini savundu. Okul mekânlarının da çocukların güvenliğine yönelik olarak düzenlenmesi gerektiğine dikkati çeken Köstem, “itişip kakışmalar açısından öğretmenlerin de çok dikkatli olması, çocukları uyarması gerek” dedi.

Kaynak: <http://hurarsiv.burriyet.com.tr/goster/ShowNew.aspx?id=15839944>

Anahtar Kavramlar

- Çocuk
- Oyun ve spor yaralanmaları
- Risk faktörleri
- Önleme

İçindekiler

- GİRİŞ
- BEBEKLİK (0-12 AY) DÖNEMİNDE OYUN VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ
- KÜÇÜK ÇOCUKLARDA (1-4 YAŞ) OYUN VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ
- BÜYÜK ÇOCUKLARDA (5-9 YAŞ) OYUN VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ
- ERGENLİK DÖNEMİNDE (10-16) OYUN VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ
- ÇOCUK VE GENÇLERDE GÖRÜLEN SPOR YARALANMALARI
- SPOR YARALANMALARININ NEDENLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ
- SPOR YARALANMALARININ TEDAVİSİNDE GENEL YAKLAŞIMLAR

GİRİŞ

Çocukluk döneminin en sık yapılan etkinliği hiç şüphesiz ki, oyun oynamaktır. Oyun; çeşitli ve karmaşık davranışlar içeren ve çocuğun bilişsel, psikososyal ve motor gelişim alanlarını destekleyici bir olgudur. Oyun, farklı yer ve zamanlarda yararlanılabilen, öğrenmeyi geliştirici ve yaşlarıyla sosyal ve iletişim etkileşimini sağlayıcı bir araç olarak da kullanılmaktadır.

Çocukların oynayacağı oyunun tipi yaşa ve cinsiyete göre değişkenlik göstermektedir. Yürüme ve koşma gibi kaba motor becerilere sahip çocuklar, özellikle ev dışı ortamlarda park, bahçe, plaj vb. oyun alanları olmasa dahi dışarda oyun oynamaktan büyük zevk duyarlar. Çocukların yaşları büyüdükçe dışarıda geçirdikleri süre de artarken oyun, fiziksel aktivite ve spor temelli etkinliklere dönüşür. Başlangıçta bireysel daha sonraları bir organizasyon içerisinde bu tip etkinlikler sürdürülür. Ancak, hem okul hemde okul dışı sosyal ortamlar oyun ve spor yaralanmalarının temel kaynağıdır. Erkek çocuklarının kız çocuklarına göre daha hareketli ve enerjik olması yaralanma ihtimallerini arttırmaktadır. Amerikan Çocuk Hekimleri Derneğinin verilerine göre her yıl 14 yaş altı çocuklarda yaklaşık 3.5 milyon çocuk oyun ve spor etkinliği sonucu yaralanmaktadır. En sık yaralanan vücut bölgeleri diz ve ayak bileği olurken, yaralanmaların çoğu düşme ve çarpışma sonucu meydana gelmektedir.

Cinsiyet, etkinliğe katılım seviyesi, sıklığı, çevresel koşullar ve katılımcının özelliği gibi pek çok faktör yaralanmanın yeri ve sıklığını etkilemektedir. Örneğin erkek çocuklarının risk alma duygusu daha yaygın ve daha enerjik olmaları, oyun yaralanmalarının erkek çocuklarında daha yaygın olmasını açıklamaktadır. Yapılan etkinliklerin çocuklar arasında temas içerip içermemesi de yaralanmayı etkilemektedir. Örneğin, ergenlik döneminde yapılan futbol, basketbol gibi sporlar temaslı sporlar ve yaralanma olasılığını arttırmaktadır.

Bu ünite, çocukları oyun sırasında bekleyen tehlikeleri, bu tehlikelere yönelik önleyici yaklaşımları ve yaralanma sonra yapılacak ilk yardım konularına odaklanacaktır. Pek çok çocuk yaş, fiziksel özellik, oyunun özelliği ve cinsiyet gibi nedenlerden dolayı diğer çocuklara göre oyun yaralanma riski daha yüksektir.

- Kız çocuklarının oyun alanında yaralanmaya maruz kalma ihtimali erkeklerle göre daha fazladır.
- Tüm oyun yaralanmalarının yarısından fazlası 5-9 yaş arası çocuklarda görülmektedir.
- Dört yaş altı çocukların yüz ve baş bölgesinden, 5-14 yaş arası çocukların el ve kol bölgesinden yaralanma olasılığı daha fazladır.
- Küçük çocukların büyük çocuklar için tasarlanmış oyuncaklarla oynadığında yaralanma olasılığı daha fazladır, bu nedenle 2-5 ile 5-12 yaş çocukların oyun alanlarının birbirinden ayrı olması gerekmektedir.
- Birbuçuk metreden büyük oyun materyalleriyle oynayan çocukların yaralanma olasılığı birbuçuk metreden küçük oyun materyaliyle oynayan çocuklardan dört kat daha fazladır.
- Asfalt, beton gibi sert ve basınç emici özelliği olmayan zeminlere düşme sonucu yaralanma olasılığı, toprak, sentetik gibi yumuşak ve emici özelliği olan zeminlere göre iki kat daha fazladır.

Çocukların bilişsel, sosyal, iletişim ve motor gibi gelişim alanlarını desteklemek üzere, bazı oyun materyalleri alınır ve etkinlikler düzenlenir. Ancak oyunun veya materyalin özelliğiyle birlikte çocuğun yaşıyla ilişkili olarak yapabildikleri ve sınırlılıkları, farklı güvenlik gerekliliğini ortaya çıkarır.

Çocuğun, bilişsel, psikososyal, motor gelişim alanlarını destekleyen oyun; okuluçi-okuldışı yaralanmaların temel nedenidir.

BEBEKLİK (0-12 AY) DÖNEMİNDE OYUN VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

Bebekle etkileşime girmenin en doğru yöntemi, oyundur. Bebeğin oyun zamanında motor becerileri gelişir ve çevresindeki dünyayı keşfetmeye çalışır. Çevreyi duyan ilgiyle birlikte öğrenme sürecinde başlar. Ancak bu süreç her zaman olumlu olayları içermeyebilir. Örneğin, yatakta, yerde halı üzerinde veya oyun zemininde çevreyle ilgilenirken bebeklerin nefes alamama ve boğulma riskleri vardır. Bebeğin yaşına uygun ve güvenli oyuncak seçimi yaralanmaların önlenmesine yardımcı olacaktır. Bu dönemde yumuşak materyallerden bebek, araba v.b. oyuncaklar tercih edilmelidir.

Bebeğin kıyafetinden ip, bağcık ve şerit gibi aksesuarlar çıkartılmamasına dikkat edilmelidir.

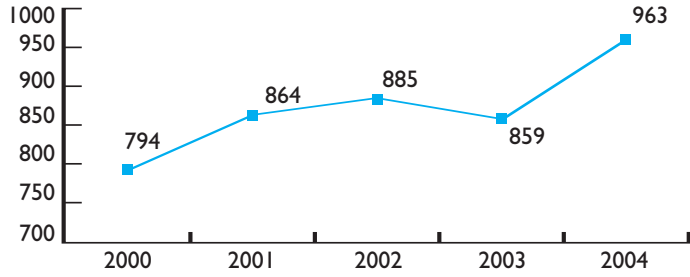
Emekleyerek zeminde dolaşan bir bebeğin etrafında ulaşabileceği *ip, bağcık, tel, kablo, şerit* gibi materyallerin varlığı ve bunları ağızına alma girişimleri veya boyun bölgesine dolanma durumunda nefes alamama tehlikesine ve sonucunda boğulma kadar gidebilecek hayati tehlikeye neden olabilir. Böyle bir hayati tehlike riski, bu gibi materyallerin ortamdaki uzak tutulmasıyla azaltılabilir.

Kenarı keskin, küçük parçaları olan oyuncaklarla bebek oynamadan önce kontrol edilmeli, gerekirse değiştirilmeli, aksi takdirde kullanımına izin verilmemelidir. Bebek şişirilmiş balon veya patlamış balonun parçalarından uzak tutulmalıdır. Bebeğin ağızına ve boğazına kolaylıkla girebilecek top gibi yuvarlak veya oval materyallere ulaşılmasına izin verilmemelidir. Zemin üzerinde dönerek veya emekleyerek yer değiştirmesi sırasında yerde kenarı batıcı ve kesici plastik oyuncak materyaller bulundurulmamalıdır.

Şekil 7.1

Boğulma Sonucu Ölen Çocuk Sayısı (0-14 yaş)

Kaynak:
<http://www.safekids.org/or-work/research/factsheets/choking-and-suffocation-prevention-fact-sheet.html>



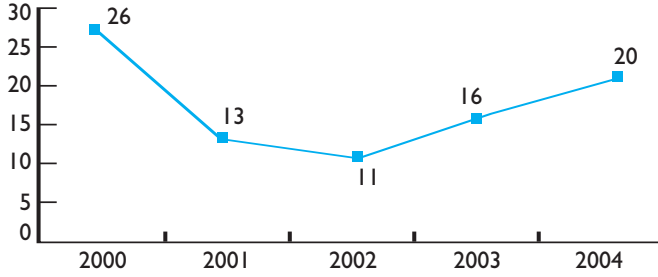
SIRA SİZDE

1

Oyun yaralanma riski yüksek olan çocuklar hangileridir?

Her yıl Amerika Birleşik Devletlerinde yaklaşık 873 çocuk (0-14 yaş) solunum yolu tıkanıklığı sonucu hayatını yitirmektedir. 2004 yılında ölen 963 çocuğun % 88 dört yaşın altındadır. Bebeklerin % 40'ı oyuncak sonucu boğularak yaşamını yitirmektedir. Dört yaş altı çocukların hava yolu tıkanıklığına bağlı ölüm riski 4-15 yaş arası çocuklara kıyasla 15 kat daha fazladır.

- Oyun sonrası oyuncaklar emniyetli bir yere kaldırılmalıdır.
- Oyuncak kutusunun kapağı olmamalı veya güvenli bir kilidi olmalıdır.

Şekil 7.2

*Oyuncak Sonucu
Ölen Çocuk Sayısı
(0-15 yaş)*

Kaynak:
<http://www.safekids.org/our-work/research/factsheets/toy-safety-fact-sheet.html>

- 2005 yılında oyuncakla ilgili yaralanmaların % 46'sı baş ve yüz bölgesinden geçirilmiştir. Üç yaş altı çocukların oyuncak nedeniyle boğulma riski yüksektir.
- Küçük top, bilye, misket boğulmaya yol açabilir.
- Patlamaması nedeniyle polyester materyalden yapılan balon, kavuçuaktan yapılan bolana göre çocuklar için daha güvenlidir.
- Evdeki çocuk ölümlerin yarısı, düşme sonucu meydana gelirken, bunların % 70'i dört yaş altı çocuklarda gerçekleşmektedir.

KÜÇÜK ÇOCUKLARDA (1-4 YAŞ) OYUN VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

Bu yaş grubundaki çocuklar için çevredeki her nesne keşfetme ve tanımaya yardımcı pontansiyel birer oyuncak özelliğindedir ve bu da çocuğun sosyal, bilişsel, algısal ve motor gelişimlerini destekleyen birer fırsattır. Ancak bu keşifler sırasında, materyallere veya oyuncaklara dokunulması, ağza alınması, çevreye bilinçsizce atılması ve fırlatılması, oyun alanında koşuşturmalar, bisiklete binmeveya tekerlekli spor etkinlikleri vevahuz etkinlikleri beraberinde bazı tehlikelere, yaralanmalara ve hatta ölümlere neden olabilir. Ebeveynler doğru oyun davranışlarının (diğer çocukları itmeme, çevredeki nesnelere ve oyuncakları fırlatmamak ve korumak, oyun arkadaşlarıyla iş birliği yaparak uyumlu olmak) neler olduğu konusunda da çocuklarına eğitim vermelidir.

Bunlar; küçük çocuğun bulunduğu ortamdaki kesici, delici cam, porselen, metal gibi materyaller (resim çerçevesi, porselen ve cam biblolar, devrilebilecek ağır vazolar) ortamdaki uzak tutulmalıdır. Küçük çocukların oyun sırasında üzerinde dolaştıkları kilim ve halı gibi zemin kaplamalarının kenarlarının katlanması, kıvrılması ve püsküllerinin varlığı çocukların kaymasına, takılıp düşmelerine neden olabileceğinden, bu gibi materyallerin oyun sırasında düşme ve yaralanmalara sebebiyet vermeyecek şekilde zemine sabitlenmesine ve kalınlaştırılmamasına özen gösterilmelidir. Ayrıca evde bulunan fakat tehlikeye açık olan materyallerin gerçek kullanım amaçlarının neler olduğu konusunda ebeveynler küçük çocuklarına eğitim vermelidir. Şayet beş yaş altı çocuklarla beş yaş üstü çocuklar aynı oyun alanında bulunuyorsa, beş yaş altı çocukların oyun ortamı bazı plastik ve renkli materyallerle sınırlandırılmalıdır.

Bisikletle ilgili oluşabilecek kazaların önlenmesine yönelik olarak bisiklet kullanmadan önce alınabilecek önlemler; yaşa uygun bisiklet tercihi yapmak; beş yaş öncesi çocuklar üç tekerlekli bisiklet kullanılabilir. Bisikletin oturma yüksekliği çocuğun boyuna uygun olmalıdır. İster üç tekerlekli bisiklete kendi başına, ister bir

Ebeveynler, çocuklarının bu gelişim alanlarını desteklemek üzere oyun ortamları oluştururken, aynı zamanda muhtemel yaralanma risklerine karşı da güvenlik önlemleri almak zorundadırlar.

yetişkinle bisiklete binilsin, başa iyi bir kask takılmalıdır. Çocuk mutlaka gözlenmeli, trafiğin yoğun olduğu cadde, sokak gibi yerlerde bisiklete binilmesine izin verilmemelidir. Çocuğun, uzun ve bol pantolon giymesine ve yağışlı günlerde bisiklet kullanmasına izin verilmemelidir.

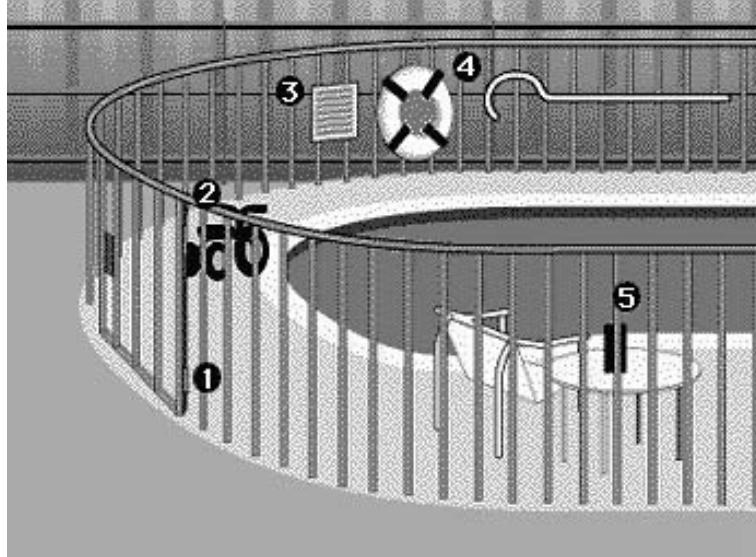
Gerek ev ortamındaki havuz gerekse okul, spor kulübü ve halka açık havuzlar çocuklar tarafından eğlence ve fiziksel gelişimi destekleyici ortamlar olarak kullanılsa da beraberinde atlama ve kayma sonucu düşme, çarpma, bayılma gibi kas-iskelet ve omurga yaralanmalarına ve hatta hayati tehlikelere de yol açabilmektedir. Bu riskler ve tehlikeleri en aza indirebilmek için bazı önlemlerin alınması gereklidir. Bunlar; havuz yakınında veya havuz içinde çocuk asla yalnız bırakılmamalı, mutlaka bir kişi tarafından yakın takibi (gözlem) yapılmalıdır. Bu gözlem havuz suyunun seviyesi çocuğun boyundan az olsa da mutlaka sürdürülmelidir. Çocuk yüzmeye bilmiyorsa, nasıl yüzeceği öğretilmelidir. Havuz yakınında acil yardım araçları, cankurtaran simiti, uzun bir sopa, telefon ve acil aranması gereken numaralara ilişkin bir rehber bulundurulmalıdır. Ayrıca havuz bir evin veya sitenin bahçesindeyse, kapısı kendiliğinde açılıp-kapanan ve etrafı 150 cm yüksekliğinde olan bir güvenlik bariyeriyle havuzun etrafı çevrilmelidir.

Şekil 7.3

*Emniyet Tedbirleri
Alınmış Havuz
Ortamı*

Kaynak:

<http://www.fromberetothebestreets.com/Az.html>



Çocukların kendilerinden büyük arkadaş gruplarının içersinde futbol gibi organize sporlara katılmaları bazen spor yaralanmalarına neden olabilmektedir.

Bu tip oyun yaralanmalarını önlemek amacıyla yapılması gerekenler; çocuğun oynadığı zemin, kullandığı spor ayakkabısı ve fiziksel çevre uygun olmalıdır. Örneğin, çim zeminde oynanırken kullanılan ayakkabı ile sert sentetik veya parke zeminde kullanılan ayakkabı aynı olmamalıdır. Oynanan zemin pürüzsüz, çivi, cam gibi batıcı, delici maddeler barındırmamalıdır. Oyun alanı, yol, cadde ve çalışma alanları gibi kalabalık ve trafik akışının fazla olduğu alanlara yakın olmama ve bu alanların etrafı en az 1.5 metrelik yükseltiyle çevrilerek güvenlik alanı oluşturulmalıdır. Kendi yaş grubundan büyük çocuklarla veya gençlerle etkinliğe katılmamalıdır.

BÜYÜK ÇOCUKLARDA (5-9 YAŞ) OYUN VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

Bu yaş grubundaki çocukların çevreye ve materyallere olan merakı devam etmektedir. Her ne kadar beş yaş altı çocuklar kadar sık düşme, yaralanma olasılıkları yüksek olmasada, yine de gözlenmeleri gerekir. Özellikle okul eğitimine başlamayla birlikte, okul da spor organizasyonları (bisiklet, yüzme, atletizm, futbol, basketbol) ve diğer oyun (kovalamaca, saklambaç, körebe) etkinliklerine katılım fırsatlarının sayısında artış görülür. Bu da oyun ve spor yaralanmaları geçirme ihtimalini arttırır.

Bu yaş grubundaki çocukların denge ve koordinasyonları gelişse de bisiklet sürmede denge kaybı ve düşme gibi bazı olumsuzluklar yaşanabilir, bunun önlenmesi amacıyla bisikletin arka tekerleğinin her iki yanına iki küçük tekerlek ilavesiyle daha dengeli ve düşme riski azaltılmış dört tekerlekli bisikletle etkinliğe başlanabilir. Bisiklet etkinliği öncesi mutlaka düşmeye bağlı yüz ve baş bölgesi yaralanmalarının önlenmesi amacıyla kask takılmalıdır. Kask kullanımı bisiklete bağlı baş bölgesi yaralanması ve beyin hasarı riskini % 85 oranında azaltmaktadır. Bisiklet kaskı, kullanacak çocuğun baş bölgesini tam içine alacak büyüklükte seçilmeli ve alın kısmını da kapatmalıdır. Kaskın kemer kısımları çene altından iyice bağlanarak sabitlenmelidir. Darbeye maruz kalmış, iyice aşınmış veya küçülmüş kask bisiklet sürücüsü tarafından artık kullanılmamalıdır.

Spor yaralanmalarının yaklaşık % 40'ı 5-14 yaş arası çocuklarda gerçekleşmektedir.

Resim 7.1



Bisiklet ve Kask Kullanımı

Kaynak:
<http://www.safekids.org/assets/docs/ourwork/research/research-report-bike-2004.pdf>

Kapalı havalarda ve gece araç sürücüleri tarafından bisikletlinin kolay fark edilmesi için parlak ve fosforlu renkte kask ve giysiler kullanılmalıdır. Kask yalnızca bisiklet kullanırken değil, aynı zamanda buz pateni, tekerlekli paten, skooter ve kay kay gibi sporlarda mutlaka çocuklar tarafından takılmalıdır. Bu tip sporlar, arabaların ve yoğun trafiğin olduğu çevrede yapılmamalı, bisiklet ve yayalar için ayrılan yollarda yapılmalıdır. Trafikte bisiklet kullanıcılarının uyması gereken kurallar öğretilmelidir. Tekerlekli araçlarla yapılan bu tip sporlar sırasında çocuklar mutlaka bir yetişkin tarafından gözlenmelidir.

Resim 7.2

Tekerlekli Sporlar Sırasında Kask, Dizlik, Dirseklilik Kullanımı

Kaynak:

<http://www.superstock.com/stock-photos-images/1829-14921>



Yüzme etkinlikleri, bu yaş grubu çocuklar için de yaralanma ve hayati riskleri taşımaktadır. Çocukların yüzme eğitimi alıp bağımsız yüzebilmeleri, bir yetişkin gözetimine gerek olmayacağı anlamına gelmemektedir. Çocuk yüzme bilse bile, evde banyo küvetinde dahi yalnız bırakılmamalıdır. Havuz bir evin veya sitenin bahçesindeyse, kapısı kendiliğinde açılıp-kapanan ve etrafı 150 cm yüksekliğinde olan bir güvenlik bariyeriyle havuzun etrafı çevrilmelidir. Havuz yakınında acil yardım araçları, cankurtaran simiti, uzun bir sopa, telefon ve acil aranması gereken numaralara ilişkin bir rehber bulundurulmalıdır.

Okul da kovalamaca, saklambaç gibi koşma temelli oyunlar da çocuklarda yaralanmalara yol açmaktadır. Bu tip etkinliklerin yapıldığı zemin ve spor ayakkabı seçiminin uygunluğu yaralanmaları önlemede kritik bir öneme sahiptir. Buna bağlı olarak dizde bağ yaralanmaları, ayak bileğinde kırıklara, el bileği ve önkolda kırıklara ve kafa taravması gibi ciddi yaralanmalara neden olur. Bu gibi yaralanmaları önlemek amacıyla pürüzsüz, toprak, çim veya orta serlikteki sentetik zeminlerde, ayak tabanı ve bileği destekleyen, aşınmamış koşma amaçlı üretilmiş spor ayakkabılarıyla bu tip etkinlikler yapılmalıdır. Günlük normal ayakkabıyla spor aktivitelerine katılmak yukarıda belirtilen yaralanmaların oluşumunu kolaylaştırır. Ayrıca okuldaki öğretmenler, çocukların bu tip oyunlar sırasında birbirlerini itme-

Asfalt veya pürüzlü taşlık zeminde, taban ve ayak bileği desteği yetersiz, kaygan bir spor ayakkabısı ile koşu içeren etkinlikler yapmak, ayak bileği burkulmasına, kaymaya ve sonucunda düşmeye yol açar.

mesi, çekmemesi ve kalabalık içersinde hızlı koşmamaları konusunda uymalıdır. Çocukların yaşları arttıkça basketbol ve futbol gibi takım sporlarına katılımları artmaktadır. Temas içeren bu spor dallarını yaparken mutlaka o spor dalına özgü koruyucu malzemeler giyilmelidir.

ERGENLİK DÖNEMİNDE (10-16) OYUN VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

Gençler güçlü ve kuvvetli olduklarını hissederek, kendilerine bir şey olmayacağını düşünürler. Ancak, spor ve oyun yaralanma riskleri, güvenlik tedbirleri ve koruyucu yaklaşımlar konusunda eğitim almamışlarsa hala yüksektir. Bu dönemde gençler farklı spor etkinliklerine sıklıkla ilgi gösterirken, bazı spor dalları vücut özelliklerine uygun olmasa da arkadaş etkisi ve merak uyandırması gibi nedenlerle yine de yapmak arzusundadırlar. Dövüş sporları, Amerikan futbolu ve basketbol gibi sporlarda ağızdaki diş ve dil gib yapıların korunmasına yönelik olarak ağız koruyucu, futbolda bacak ön yüzüne gelecek tekme darbelerine karşı tekmelik, bisiklet kullanımı sırasında düşmeye bağlı kafa travmasını önlemek için kask, voleybol ve hentbolde da diz üzeri düşmeye bağlı yaralanmayı önlemek amacıyla dizlik, kayak sırasında gözleri yansıyan parlak ışıktan, havuzda klordan korumak amacıyla gözlük kullanmak spor yaralanmalarını önleyecek veya şiddetini azaltacak koruyucu malzemelerdir.

Resim 7.3

Ağız Koruyucu



Kaynak:

<http://tribesportsshoopping.co.uk/boxing-martial-arts/bma-protection/martial-arts-gum-shields-mouthguards/515204-shock-doctor-braces-mouthguard>

Ergenlik döneminde gençlerin en sevdiği etkinliklerden biri de yüzmektir. Ancak yüzmeye eğlenceli olmakla birlikte, bazı tedbirlerin alınmaması durumunda hayati tehlikelere yol açmaktadır. Gençlerin havuz veya denize atlayarak girmeleri su seviyesinin sığ olduğu yerlerde kafa travması, boyun omurlarında ve içersinden geçen sinirlerde ciddi hasarlara yol açabilir ve beraberinde felç hatta ölümle sonuçlanan durumlara yol açabilir. Bu tip bir tehlike, yüzmeye ortamlarında bulunan ve atlama yasağının olduğunu belirten uyarı levhalarına uyularak ve suya kontrol-

lü girerek önlenebilir. Atlama tekniği bilinmiyorsa güvenli bir yüzme ortamı olsa dahi suya atlayarak girilmemelidir. Aksi takdirde karın üstü suya girme nedeniyle karın zarı ve iç organlar hasar görebilir, bel bölgesi kaslarında sertleşme ve omurlarda kalıcı ağrılar oluşabilir. Ergenlik dönemindeki uzun saçlı kızların suya girerken, saçlarını tokayla tutturarak veya bone giyerek saçların suda gözleri kapatması önlenmelidir. Gençlerin denizde jet ski gibi kişisel motorlu araç kullanmalarına izin verilmemelidir. Elektrik kablosu ve aydınlatma araçlarının bulunduğu marina ve rıhtım gibi yerlerden denize girmesi çocukların elektrik akımına yakalanmasına yol açabilir, bu nedenle böyle yerlerden denize kesinlikle girilmemelidir. Motorsuz su sporlarına katılmak isteyen gençler etkinlik öncesi mutlaka, can yeleği giymelidir. Kano ve rafting gibi su sporları yapmak isteyen gençler, bu etkinliklere başa giyilmiş kask, tüm vücudu saran koruyucu kıyafet, can yeleği ve deniz ayakkabısı giyerek başlamaları olası su sporu kazalarını önlemede yardımcı olacaktır.

Resim 7.4

*Su Sporlarında
Kask ve Can Yeleği
Kullanımı*

Kaynak:
<http://balijelajahwisata.com/>



Ergenlik dönemindeki gençlerin en sık yaptığı etkinliklerden biri de bisiklet sürmektir. Bisiklet etkinliğine bağlı olarak Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl 200.000 kafa yaralanması meydana gelebilmektedir. Bu yaralanmaların bazıları da ölümlü sonuçlanmaktadır. Bazı eyaletlerde bisiklet kullanırken kask takma zorunluluğu getirilirken, bunun hergün bir ölüm vakasını önlediği belirtilmektedir. Bisiklet kullanıcılarının trafik kuralları konusunda da eğitilmesi gerekir.

Bunlar;

- Yolun sağ tarafı kullanılmalıdır.
- Dur işaretlerine uyulmalıdır.
- Bisikletin ön, arka ve her iki tekerleğinde reflektör bulundurulmalıdır.
- Gece baş üstü lamba takılmalıdır.

Özellikle futbol, basketbol, dövüş sporları, gibi temas gerektiren sporlar ve tekrarlı hareketler içeren tenis, badminton, yüzme gibi sporlar ergenlik döneminde bağ, kemik ve büyüme plağı gibi hassas olan yapılarda aşırı zorlanmaya ve buna bağlı olarak kas-iskelet sisteminde spor yaralanmalarına yol açar. Çocukların fiziksel özellikleri dikkate alınarak uygun spor etkinliğine yönlendirmek, antrenman dozunun doğru ayarlanması ve yapılan spor'a ilişkin ve korumaya yönelik uygun malzeme kullanmak vb. birçok faktör ergenlik döneminde spor yaralanmalarının önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Ergenlik döneminde takım sporlarına katılan ve kulüp veya okul takımında oynayan gençlerin, sezon öncesi sağlık muayenesi ve bazı testlerden geçirilme amaçları;

- Sporunun mevcut sağlık durumunun tespit edilmesi
- Spor yaralanmalarına neden olabilecek anatomik anormalliklerin saptanması
- Fiziksel performansın belirlenmesi
- Gelişimi gösteren fiziksel özelliklerin takibi
- Kalp krizi gibi gizli sistemik sorunların varlığını ortaya çıkarma
- Ayrıca geçirilmiş ve tam tedavi edilmemiş spor yaralanmalarının tespiti ve iyileşmeye olanak sağlama
- Yaralanmaların önlenmesi konusunda öğrencinin eğitilmesini kapsamaktadır.

Ergenlik dönemindeki gençlerin su sporları sırasında alması gereken tedbirler nelerdir?



SIRA SİZDE

2

ÇOCUK VE GENÇLERDE GÖRÜLEN SPOR YARALANMALARI

Ergenlik dönemindeki gençlerin spor yaralanmalarını önlemede diğer önemli bir faktör de çalıştırıcıdır. Uygun antrenman programının hazırlanması, kademeli olarak temponun arttırılması, oyuncuya doğru tekniği kazandırmak, pozitif yaklaşım ve oyuncuya sosyal destek çalıştırıcının spor yaralanmasını önlemedeki rolünü göstermektedir. Spora bağlı oluşan yaralanmaların sıklığı dikkate alındığında, spor yaralanmaları genel olarak aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır;

Kırıklar: Özellikle jimnastik, güreş, paten, kay kay, skooter gibi tekerlekli araçlarla spor yapan çocuklardadüşmeye bağlı olarak sık rastlanmaktadır. Özellikle kol kemiği humerus ve ön kol kemiği radius uç kısımlarında düşerken el bileğini yere koymaya bağlı olarak kırık oluşumları görülmektedir (Resim 1. 5.).

Resim 7.5

Ayak Parmağında Stres Kırığı

Kaynak:
<http://www.footankle.com/fractures-fracture.htm>



Tüm sporcularda özellikle futbol oynayan gençlerde Tibia Stres Kırığı ve kompartman sendromu yaygın karşılaşılmaktadır. Kompartman sendromu ve tibia stres kırığı riski, aşırı aktiviteyle artar. Kas kompartman basıncı aşırı aktiviteyle kapiller kompartman basıncını aştığında kompartman sendromu ve özellikle koşucularda stres kırığı oluşur. Belirtiler, kırıkla ilişkili olarak sinsi başlar, düzgünlüğü bozulmamış kırık, yaralanmayı takiben ilk birkaç gün içerisinde dikkatlice gözlenmelidir.

İnstabilite (dayanısızlık): Amerikan futbolu, futbol ve jimnastikçilerde yaygın olarak görülür. Kol sıkıştırıcı kuvvet altında, dirsek bükülü veya aşırı gergin, ön kol dışa dönmüş pozisyondayken düşmeye bağlı olarak çıkık oluşmaktadır (Resim 1.6.). Çıkıkla birlikte kas, tendon ve bağ gibi yumuşak dokularda zarar görülmektedir. Eklem çıkıkları sırasında çıkan kemikte küçük kopma kırıkları da oluşabilmekte ve eklem boşluğuna düşmektedir.

Resim 7.6

Dirsek Eklemi
Çıkığı

Kaynak:

www.wbeelessonline.com/image8/elb3.jpg



Spor yaralanmaları;

- Kırıklar
- Dayanısızlık
- Büyümeye bağlı
- Yumuşak doku hastalıklarına bağlı olarak oluşabilir.

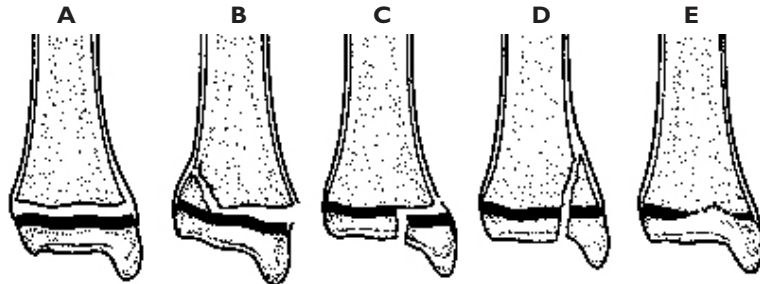
Epifiz (büyüme) plağı yaralanmaları: Özellikle 9-12 yaş çocuklarda aşırı fırlatma aktivitesi sonucu tekrarlanan mikrotravmalar dirseğin iç tarafında çekme kuvvetlerini artırıp (Şekil 1.4), dirseğin iç kısmındaki büyüme plağı üzerinde baskı yaratarak ağrı ve ödem oluşumuna yol açar. Yüzme ve tenis gibi tekrarlı hareketlerden oluşan sporlar ağrı ve şişlikle kendini gösteren büyüme plağı yaralanmalarına yol açabilmektedir.

Şekil 7.4

Ön Kol kemiğinin
Epifiz Plağı ve
Kemik Uç Kısım
Kırığı

Kaynak:

<http://belid.digicollection.org/es/d/jwbo43e/7.2.3.1.html>



Çocuklarda, büyüme plağı diz'in bağlarından daha zayıf yapıdadır. Dizi, içe veya dışa doğru zorlayan kuvvetler, dizdeki iç ve dış yan bağları zedelemek yerine, büyüme plağında yaralanmaya neden olur. Diz'in düz radyolojik incelemesi normal gözükse de, anestezi altında yapılan stres radyografik incelemede, ağrı şiddeti büyüme plağında yaralanma olduğunun göstergesidir.

8- 13 yaş kız ve 10- 15 yaş arası erkek çocuklarda en sık karşılaşılan sorunlardan biri de tibia kemiğine yapışan patellar tendonda çok sayıda küçük yırtıklar'ın oluşmasıdır (Osgood-Schlatter Hastalığı).

Kemikle birlikte kırıldak yaralanmaları: Dirsek eklemlerinden biri olan, ön kol kemiği radius ve kol kemiği humerus arasındaki eklem dış kısmına gelen tekrarlı kompresyon kuvveti, kemikte mikro kırık, kırıldakta kopma ve kopan parçanın eklem boşluğuna düşmesine yol açmasıdır (Şekil 1. 5.). Osteokondritis dissekans, atış sporu yapan gençlerde görülse de jimnastikçi ve motorkros yapanlarda da görülmektedir. Dirsek hareketi ile ağrı oluşur ve eklem içinde kilitleme veya klik sesi duyulmasına yol açar.

Şekil 7.5

*Diz Ekleminde
Kemik-Kırıldak
Yaralanması*

Kaynak:
<http://www.eorthopod.com/content/adult-knee-fractures-types>



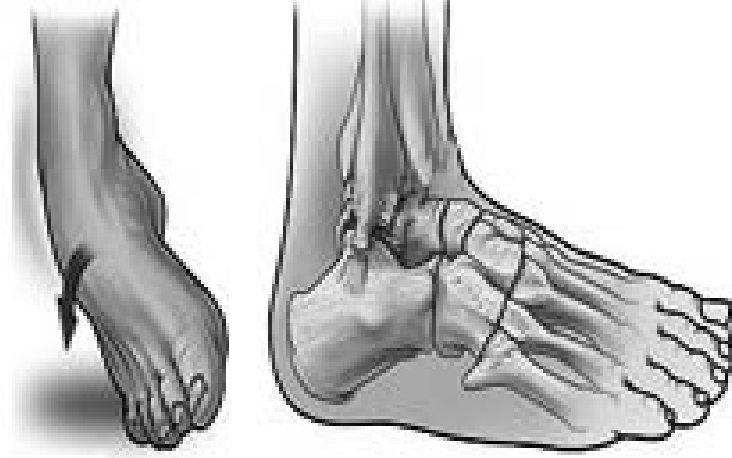
Yumuşak doku yaralanmaları: Kas, tendon ve eklemi oluşturan kemik yapıları birarada tutarak eklem aşırı hareketini önleyen bağların aşırı zorlanmasına bağlı olarak esneme, mikro yırtık veya daha büyük kopma yırtıkları sonucu ilgili olumlarda ödem, ağrı ve hareket kısıtlılığı meydana gelir (Şekil 1. 6.).

Sekil 7.6

*Ayak Bileği
Burkulması Sonucu
Bağlarda
Yaralanma*

Kaynak:

<http://www.mynjpo-diatrist.com/foot-injuries.php>



Zıplama ve ayak savurma sporları yapan genç sporcularda tekrarlı stresler, patellar tendonda inflamasyona ve dizde patella kemiğinin alt ucunda ağrı gelişmesine neden olur ve Patellar Tendinopati (Jumper's Knee) gelişmesine yol açar. Diz kapağı patella kemiğinin alt ve üst ucunda ve tibia kemiği ön üst yüzündeşikâyetler yaygındır.

Kimi zaman bazı yaralanmalar, mikro düzeyde yaralanmış ancak toparlanmaya zamanı olmayan dokuların aşırı kullanımına bağlı olarak da gelişir.

Vücut ölçülerinde hızlı artışa bağlı olarak, çarpışmada ağırlığın ve kuvvetin daha çok omurgalara aktarılmaktadır.

Çeşitli risk faktörü aşırı kullanıma bağlı yaralanmalara yol açmaktadır. Bunlar;

- Yapılan spor veya antrenmanın sıklığında, dozunda ve süresinde ani değişiklikler olması,
- Kasın kuvvet ve esnekliği arasında dengesizlik,
- Anatomik yapılar arasında farklılıklar (bacak uzunluk farkı, kalça eklemlerinde anormallik, çarpık bacak, düztaban)
- Uygun olmayan spor ayakkabısı (dar spor ayakkabısı, şok emici özelliği yetersiz spor ayakkabısı, kaygan olmayan tabanlık, ayakucu desteği yetersiz spor ayakkabısı)
- Oyun zemini (beton kaplama, asfalt, toprak, çim)
- Diğer hastalıkların varlığı (eklem iltihabı, zayıf kan dolaşımı, önceden geçirilmiş kırık ve diğer yaralanmalar)
- Hızlı büyüme (anatomik yapılar arasında hızlı gelişim): Kas ve kemik dengesizliğine bağlı esnekliğin azalması sonucu aşırı kullanıma bağlı yaralanmalar gelişir. Becerilerde artışa bağlı yüksek seviyede mücadele ortaya çıkar. Aktivite hızında artışa bağlı olarak çarpışma sırasında daha fazla moment ve sonucu hız ve kas cevabında artış oluşur. Eklem kıkırdak yapısında değişiklikler ve buna bağlı olarak parçalayıcı streslere karşı daha hassas hale gelir.

SPOR YARALANMALARININ NEDENLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Farklı nedenlerden meydana gelen spor yaralanmalarını etkileyen çeşitli değişkenler vardır. Bu değişkenler, çocuklarda spor yaralanmalarına neden olan hazırlayıcı risk faktörleridir. Risk faktörleri, spor yapan çocuğun fizyolojik, anatomik ve psikolojik özelliklerinden kaynaklanacağı gibi (iç faktörler), çocuğun yaptığı spor, fiziksel çevre ve koşullardan da kaynaklanabilmektedir (dış faktörler) (Tablo 1.1).

İÇ FAKTÖRLER	DIŞ FAKTÖRLER
Yaş	Spor veya Aktivite Tipi
Cinsiyet	Yarışma düzeyi / Oyun
Anatomik Özellikler	Saha Yüzeyi
Spora Başlama Yaşı	Antrenman Şiddeti, Sıklığı ve Süresi
Geçirilmiş Yaralanma	Spor Malzemeleri
Fiziksel Uygunluk	Hava Şartları
Fiziksel Engel	Antrenör
Psikolojik Faktörler (Aile ve Antrenör baskısı)	

Tablo 7.1
Spor yaralanmalarında Risk Faktörleri

SPOR YARALANMALARININ TEDAVİSİNDE GENEL YAKLAŞIMLAR

Kitle iletişim araçlarının yayınladığı haberler, teknoloji ve tıbbın gelişimi, okullarda verilen sağlık eğitiminin artmasıyla birlikte sağlıklı yaşam anlayışı ve spor'a olan ilgiyi daha da arttırmıştır. Özellikle çocuklar ve ergenlik çağındaki gençlerde, spor'a katılımın yaygınlaşmasıyla birlikte, spor yaralanma oranlarında artışlar tespit edilmiştir. Çocuklarda artan spor yaralanma oranları beraberinde bazı önlemlerin alınmasını gerektirmektedir. İlk yaklaşım yaralanmaya neden olan *risk faktörlerini azaltmak ve değiştirmektir*. Özellikle yoğun antrenman ve maçlar başlamadan, çocukların *sezon öncesi tıbbi muayeneden* geçirilmesi; doğuştan kaynaklanan bir yetersizlik durumunu, risk faktörlerini veya sonradan geçirilmiş bir yaralanmayı tespit ve tedavi etme fırsatı sağlar.

Çocuklarda spor yaralanmalarına bağlı gelişen kas-iskelet sorunları, temel olarak dört aşamalı bir tedavi yaklaşımıyla iyileştirilebilir. Bunlar;

- AŞAMA I: İkincil yaralanmaları engellemek, ağrı ve şişliği kontrol altına almak!
- AŞAMA II: Yaralanmış yapıların kuvvet ve esnekliğini arttırmak!
- AŞAMA III: Normal fonksiyona ulaşıncaya kadar kuvvet, esneklik, pozisyon hissini algılama ve dayanıklılığı kademeli olarak geliştirmek!
- AŞAMA IV: Aşamalı olarak oyunve spor'a dönmek!

AŞAMA 1- İkincil Yaralanmaları Engellemek, Ağrı ve Şişliği Kontrol Altına Almak:

Spor yaralanması sonrası ilk tedavinin amacı; ağrıyı kontrol altına almak, kızarıklığı ve şişliği azaltmak, istenilen düzeyde iyileşme sağlamak ve yaralanan çocuğu daha sonraki tedavi sürecine motive etmektir. Spor yaralanmalarında başlangıç tedavisinin altın standardı; korumak, dinlenmek, soğuk uygulamak, kompresyon ve elevasyon(yükseltme) kelimelerinin İngilizce baş harfleri alınarak oluşturulmuş "PRICE" tedavisidir (Tablo 1. 2).

Korumak	Protection	P
Dinlenmek	Rest	R
Soğuk Uygulamak	Ice	I
Kompresyon	Compression	C
Elevasyon (Yükseltmek)	Elevation	E

Tablo 7.2
Spor Yaralanmalarında İlk Yardım ve Tedavi

Dinlenmek: Tam teşhis konuluncaya kadar yaralanan bölgenin anatomik düzgünlüğü hareketsiz olarak sürdürülmelidir. Bu durum, yaralanmış yapıların korunmasına yardımcı olacak, ağrıyı ve daha fazla yaralanma olasılığını azaltacaktır. Örneğin; ayak bileği burkulan bir çocuk, ağrısı olmadan vücut ağırlığını taşıyamazsa

Yaralanma sonrası, ilk 48 saat süresince günde 3- 4 defa, ağrı ve şişlik mevcut ise, sonrasında en az günde bir defa soğuk yapılmalı ve sürdürülmelidir.

koltuk değneğine ihtiyacı vardır ve ağrısız yürüyünceye kadar bunları kullanmayı sürdürmelidir. Fakat her yaralanmada uzun süreli dinlenmek uygun olmayabilir. Çünkü uzun süreli dinlenme, kas lif sayısı ve boyutunda azalma, kas ağırlığında hafifleme ve sonuçta kas kuvvetinde gerilemelere yol açar.

Soğuk Uygulamak: İltihap, ağrı, kasta sertleşme ve dolaşım hızını azaltmaktadır. Soğuk uygulama (buz) ıslak bir bez çanta içerisine yerleştirilip, doğrudan deriyle temas edecek şekilde yaralı bölgeye 20 dakika süreyle uygulanmalıdır.

Kompresyon: Dokular arası sıvının hidrostatik basıncını arttırmaktadır. Bu artış, lenf dolaşımını ve toplardamar akışını artırır. Yaralanma sahasındaki ödemin tekrar emilmesini sağlar. Tedavi uygulayan kişi, kompresyon miktarını dikkatli uygulamalıdır, aksi takdirde hastanın ağrı şiddeti artabilir. Kompresyon için kullanılacak materyaller; elastik sargı, özel botlar, havalı alçı ve splint.

Elevasyon (Yükseltmek): Yaralı bölgenin kalp seviyesinin üzerine yükseltmek; kılcal kan damarlarındaki basıncı azaltır, lenf dolaşımına yardımcı olur, iltihabi sıvının toplanmasını engeller, dokulardaki basıncı azaltır ve basınca bağlı olarak gelişen ağrının azalmasını sağlar. Yaralı bölge, örnek, ayak bileği kalp seviyesinin üzerine yükseltmede yastık kullanılabilir. Dinlenmede, tedavi sonrasında veya yalnızca yaralanma sonrası ilk 48- 72 saatte elevasyon yapılmalıdır.

Spor yaralanmaları sonrası gelişen ağrı, şişlik ve iltihabın azaltılmasında doktorun reçete edeceği, steroid olmayan iltihabı önleyici ilaçlar (NSAIDs) kullanılmalıdır. İlk Tedavide kaçınılması gereken uygulamalar: Çocuklarda spor yaralanmasını takiben yapılacak ilk uygulamalar yukarıda bahsedildiği gibi "PRICE" yaklaşımıdır. Bu uygulamalar dışında; sıcak uygulama, alkol ve masaj gibi yaklaşımlar yaralı bölgeye zarar verecek, iyileşmesini engelleyecek uygulamalardır ve yapılmaması gerekir.

AŞAMA 2-Yaralanmış Yapıların Kuvvet ve Esnekliğini Arttırmak:

Bu aşamada, çocuğun yaralanma sonrası ağrısı olmadan izometrik egzersizlere başlayarak kas kuvvetini koruması amaçlanır. İzometrik egzersizler; eklemde hareket'in olmadığı, kas uzunluğunun değişmediği kas kasılmalarıdır (Şekil1. 7, 8, 9). Bu aşamada, doktorun reçete ettiği ilaçlar önerdiği kullanım süresine göre 7- 10 gün alınmalıdır. Şayet şişlik ve ağrı mevcut ise doktor tavsiyesiyle ilaçların kullanımını sürdürülmelidir.

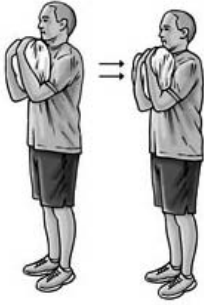
Şekil 7.7

Omuz Çevresi
Kaslarına Yönelik
İzometrik
Egzersizler

Kaynak:

http://www.apsb.kpjhealth.com.my/crs-images/sma_xsbldd_i1_art.htm



**Şekil 7.8**

Kol ve Omuz Kaslarına Yönelik İzometrik Egzersizler

Kaynak:
http://www.apsb.kpjhealth.com.my/crs-images/sma_xshlddi1_art.htm

**Şekil 7.9**

Omuz Çevresi Kaslarına Yönelik İzometrik Egzersizler

Kaynak:
http://www.apsb.kpjhealth.com.my/crs-images/sma_xshlddi1_art.htm

AŞAMA 3- Normal Fonksiyona Ulaşıncaya Kadar Kuvvet, Esneklik, Pozisyon Hissini Algılama ve Dayanıklılığı Kademeli Olarak Geliştirmek:

Spor yaralanması sonucu, oluşan belirti ve şikâyetlerin azalmasıyla birlikte çocuğun; eklem hareket genişliği, kuvvet ve dayanıklılığının geliştirmesi fizyoterapist rehberliğinde başarılı bir egzersiz programıyla sağlanacaktır.

Bu aşamada, kuvvetlendirme için ağırlıksız, ağırlıkla, lastikle veya top ile izotonik egzersizler (Resim 1. 7, Şekil 1. 10, 11), esnekliğin geliştirilmesi için germe egzersizleri (Şekil 1.12) ve eklem pozisyon hissini geliştirilmesi için proprioseptif egzersizler (Resim 1. 8.) yapılmalıdır. Bu aşama sonunda, kuvvet ve esneklik yaralanma öncesi seviyenin % 80- 90'na ulaşmalıdır.

**Resim 7.7**

Topla Gövde Kasları Kuvvetlendirme Egzersizleri

Kaynak:
<http://www.exercise-ball-exercises.com/supine5-ab-crunch-2.html>

Şekil 7.10

Lastik
Kuvvetlendirme
Egzersizleri

Kaynak:

<http://tonishealthblog.wordpress.com/2011/02/07/why-i-use-exercise-bands/>

**Şekil 7.11**

Ağırlıklı
Kuvvetlendirme
Egzersizleri

Kaynak:

http://www.bocinc.us/carpal_tunnel.htm

**Şekil 7.12**

Esneklik için Germe Egzersizleri

Kaynak: <http://www.healthyciseworld.com/exercise-for-arthritis.html>

**Resim 7.8**

Proprioseptif
Egzersizler

Kaynak:

<http://www.robbinssports.com/moonhop-per-pogo-ball-balance-exercise-for-kids-pe-p-2582.html>



AŞAMA 4- Aşamalı olarak oyun ve spor'a dönmek:

Spor'a dönebilmek için; esneklik, kuvvet ve eklem pozisyon hissini tam olarak kazanılması şarttır. Fonksiyonel egzersiz eğitimi, yaralanan çocuğun yaptığı spora özel olmalıdır. Örneğin; futbol oynayan ergenlik çağındaki bir genç diz bağlarından yaralanma geçirmiştir. Fonksiyonel egzersiz eğitimi; yürüme, hafif tempo da koşu, hızlı koşu ve sonrası ani dönüşlerin yapıldığı bir programdan oluşmalı ve sporcunun futbola dönmeden önce bu aktiviteleri yaparken herhangi bir kısıtlılığı ve şikâyeti olmamalıdır. Bisiklet sporu yapan bir genç, fonksiyonel egzersiz eğitimi koşu veya yüzme sporlarını yaparak tamamlamamalıdır.

Kuvvet ve esnekliğin kazanılmasından sonra, spora dönebilmek için dayanıklılığın artırılması ve buna yönelik olarak da fonksiyonel egzersiz eğitiminin sürdürülmesi gerekmektedir.

Spor yaralanmaları sonrası yapılacak ilk yardım ve tedavi uygulaması hangi uygulamaları kapsamaktadır?



SIRA SİZDE

3

Özet



Bebeklik (0-12 ay) dönemindeki oyun riskleri ve güvenlik önlemlerini açıklayabilmek.

Bu dönemde bebeğin uzanabileceği ip, şerit, küçük düğme, top ve misket gibi ince, küçük ve keskin nesnelere yaralanmaya ve boğulmaya yol açabileceğinden ortamda bulundurulmaması gerekir. Bu nedenle, kıyafet üzerinde bu tip nesnelere varsa, bunlar çıkarılmalıdır. Zemin üzerinde dökülen veya emekleyerek yer değiştirmesi sırasında yerde kenarı batıcı ve kesici plastik oyuncak materyaller bulundurulmamalıdır. Oyuncaklar, yumuşak kenarı sivri olmayan, boğulmaya neden olmayacak kadar büyük ve bağıcı olmayan malzemelerden oluşmalıdır.



Küçük çocuklarda (1-4 yaş) oyun riskleri ve koruyucu önlemleri kavrayabilmek

Bu yaş grubundaki çocuklar çevreyi keşfetmeye devam ederler ve bu nedenle atlama, uzanma, koşma gibi kaba motor hareketlerin kontrolünde henüz zayıflardır. Koşarken zemine takılma ve düşme eğilimleri fazladır, bu nedenle zemin yüzeyi düzgün, pürüzsüz ve kullanılan ayakkabı zemini tutucu olmamalıdır. Bisiklete binmekten hoşlandıkları için zaman zaman çarpışma ve travmaya maruz kalabilirler, bu nedenle başlarına kask giydirilmelidir. Havuz etkinliği mutlaka yetişkin denetiminde, etrafı korunaklı, can simiti ve diğer güvenlik tedbirleri alınarak sürdürülmelidir. Oyun alanları veya parklar, araç trafiğinden uzak ve etrafı çevrili, kalabalık yerlerden uzak alanlarda oluşturulmalıdır.



Büyük çocuklarda (5-9 yaş) oyun riskleri ve güvenlik önlemlerini açıklayabilmek

Fiziksel gelişimle birlikte daha fazla aktif ve risk alma söz konusu olmakta, buda yaralanma olasılıklarını arttırmaktadır. Bu dönemde özellikle okul da takım oyunlarına katılmayla birlikte spor yaralanmaları da eşlik etmektedir. İki tekerlekli bisiklete binme, yüzme ve kaykay, paten gibi tekerlekli spor etkinliklerine de başlanmaktadır. Tüm bu etkinlikler yetişkin gözetimi altında ve kask, gözlük, can simiti, dizlik, uygun spor ayakkabısı gibi uygun ve koruyucu malzemeler kullanılarak ve öğretmen tarafından bu etkinliklere ilişkin yeterli eğitim verilerek önlenir.



Ergenlik döneminde (10-16) oyun riskleri ve güvenlik önlemlerinin neler olduğunu bilmek

Bağımsızlık düzeyinin arttığı bu dönemde basketbol, futbol gibi temas sporları ve kano, rafting ve yüzme gibi su sporlarına ilgi duyulmaktadır. Kulüp organizasyonları, antrenman programları ve okul karşılaşmaları ergenlik dönemindeki gençlerin spor etkinliklerini çoğaltırken, ergenlik dönemindeki ani büyümenin etkileriyle birlikte yaralanma sıklığı da artmaktadır. Doğru antrenman dozu, uygun saha ve materyal seçimi, yapılan spor etkinliğinin doğru tekniklerle uygulanması ve koruyucu ekipmanların mutlaka kullanılması yaralanmaları önleyici yaklaşımlardır.



Çocuk ve gençlerde görülen spor yaralanmalarını açıklayabilmek

Kırıklar, eklem çıkıkları, büyüme plağı yaralanmaları, kemik ve kırıldak yaralanmaları, kas, tendon ve bağ gibi yumuşak dokuların yaralanması en sık karşılaşılan yaralanmalardır.



Spor yaralanmalarının nedenleri ve risk faktörlerini açıklayabilmek

Çocuklarda spor yaralanmalarının nedenleri arasında, düşme, yanlış adım alma, dönme, itme, sıkıştırma, çarpma ve darbe yer almaktadır. Yaralanmaya yol açan risk faktörleri; çocuğun anatomik ve fiziksel özelliklerinden kaynaklanacağı gibi, çevreye bağlı faktörlerden de kaynaklanabilir. Kişiyeye bağlı faktörler; yaş, cinsiyet, anatomik özellikler, spor'a başlama yaşı, geçirilmiş yaralanma, çocuğun fiziksel uygunluk düzeyi, fiziksel engelinin olup olmaması ve psikolojik durum. Çevresel faktörler ise, spor veya aktivite tipi, yarışma veya rekabet düzeyi, zemin'in özelliği, antrenman şiddeti, sıklığı ve süresi, kullanılan spor malzemeleri, hava şartları, çalıştırıcı bilgisi ve yaklaşımıdır.



Spor yaralanmalarının tedavisinde genel yaklaşımları kavrayabilmek.

Çocuklarda spor yaralanmalarına bağlı gelişen kas- iskelet sorunları, temel olarak dört aşamalı bir tedavi yaklaşımıyla iyileştirilir. Bunlar; ikincil yaralanmaları engellemek, ağrı ve şişliği kontrol altına almak, yaralanmış yapıların kuvvet ve esnekliğini arttırmak, normal fonksiyona ulaşıluncaya kadar kuvvet, esneklik, pozisyon hissini algılama ve dayanıklılığı kademeli olarak geliştirmek ve aşamalı spora dönmektir.

Kendimizi Sıyalım

1. Aşağıdakilerden hangisi bebeklik döneminde yaşamı tehdit edici etkinliklerden **değildir**?

- Balonla oynamak
- Büyük top etkinlikleri
- Küçük misketle oynamak
- Boncukla oynamak
- Kıyafetin ipleriyle oynamak

2. Aşağıdakilerden hangisi çocuklarda havuz etkinliğine yönelik alınması gereken önlemlerden **değildir**?

- Aktif olarak gözlem
- Havuzun etrafı güvenlik amacıyla çevrilmelidir.
- Havuz suyu sıcaklığı 27 °C seviyesinde olmalıdır.
- Havuz etrafından acil durumlar için telefon bulundurulmalıdır.
- Havuzun etrafında can simidi bulundurulmalıdır.

3. Çocuklarda (5-9 yaş) koşu temelli okul oyunları sırasında vücudun hangi bölgesinde yaralanmalar meydana gelir?

- Ayak bileğinde burkulma
- Dizde bağ yaralanması
- Ayak bileğinde kırık
- El bileğinde kırık
- Hepsi

4. Ergenlik döneminde yapılan basketbol etkinliği sırasında dişlerin korunmasına yönelik aşağıdaki güvenlik önlemlerinden hangisi yerine getirilmelidir?

- Ağız koruyucusu
- Kask
- Dirseklik
- Bileklik
- Dizlik

5. Aşağıdakilerden hangisi spor yaralanmalarına zemin hazırlayan çocuğa bağlı (iç) risk faktörlerdendir?

- Zemin yüzeyi
- Antrenman şiddeti
- Hava şartları
- Fiziksel uygunluk düzeyi
- Spor malzemeleri

6. Aşağıdakilerden hangisi spor yaralanmalarına zemin hazırlayan çevreye bağlı (dışsal) risk faktörlerdendir?

- Yaş
- Cinsiyet
- Spor veya Aktivite Tipi
- Anatomik Özellikler
- Spora Başlama Yaşı

7. Aşağıdakilerden hangisi yeni oluşan spor yaralanmasına karşı yapılacak ilk uygulamalardandır?

- Yaralı, sağlık eğitimi konusunda bilgilendirilmelidir.
- Soğuk uygulanmalı ve yaralı bölge kalp seviyesinin üzerine yükseltilmelidir.
- Yaralı bölgenin ısısı korunmalıdır.
- Spor aktivitesine devamı etmesi sağlanmalıdır.
- Kuvvete ve esneklik eğitimine başlanmalıdır.

8. Aşağıdakilerden hangisi rafting ve kano sporlarında çocukların kullanması gereken koruyucu malzemelerdendir?

- Kask
- Ağızlık
- Dizlik
- Tekmelik
- Dirseklik

9. Spor yaralanmasına yönelik yapılan ilk tedavi uygulamalarından sonra, şikâyetlerin kaybolmasıyla birlikte aşağıdaki uygulamalardan hangisi yapılmamalıdır?

- Kas kuvvetini arttırmaya yönelik egzersizler
- Esnekliği geliştirmeye yönelik egzersizler
- Dayanıklılığı arttırmaya yönelik egzersizler
- Pozisyon hissini geliştirmeye yönelik egzersizler
- Yaralanan bölgeyi hareketsiz tutarak, dinlendirmek.

10. Aşağıdakilerden hangisi bisiklet kullanıcılarının trafik kuralları konusunda eğitilmesi gereken konular arasında yer alır?

- Yolun hangi tarafının kullanılması gerektiği.
- Trafik işaretlerine uyulması.
- Bisiklette bulundurulması gereken malzemeler.
- Gece bisiklet kullanımı için yapılması gerekenler.
- Hepsi

Yaşamın İçinden

“Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı Dr. Erdoğan Karadağ, yaz aylarının gelmesiyle birlikte, iş ve oyun alanları ile yüksekten düşme vakalarının arttığını söyledi. Dr. Erdoğan Karadağ, yaptığı açıklamada, yaz aylarının gelmesi ve okulların tatil olmasıyla birlikte oyun alanlarında ve yüksekten düşme yaralanmalarında artış yaşandığını belirterek, “Özellikle okulların tatil olması ile birlikte dışarıda oyun oynayan çocuklarda yaralanma olayları arttı. Ayrıca yaz aylarıyla birlikte bastırın sıcaklarla damlarda yatanların düşmesi sonucu ezilme ve kırık vakaları artış gösterdi” dedi. Dr. Karadağ, çocukların oyun alanlarında düşmeleri, iş sahalarında yaşanan el yaralanmaları ve yüksekten düşme olaylarında genellikle şişlikler, morarmalar, dolaşım bozuklukları meydana geldiğini kaydederek, “Bu tür yaralanmalarda genelde alışkanlık olarak ezilen bölge üzerine sıcak uygulama yapılıyor. Bu çok yanlış, sıcak uygulama şişliği ve ağrıyı daha çok artırır. Bu nedenle mutlaka soğuk uygulamada bulunmak lazım ve dolaşımı kolaylaştırıcı olarak el ve ayak yaralanmalarında elin ya da ayağın yukarıda tutulması gerekir. Eğer devam eden şişlikler olursa mutlaka bir hekime başvurmak gerekir. Aksi takdirde dolaşım bozukluğu yaşanması halinde kangrene kadar gidebilir” şeklinde konuştu.

Kaynak: <http://www.haberler.com/yaz-aylarinin-gelmesiyle-is-ve-oyun-alanlarinda-haberi/>
Erişim tarihi: 14.03.2011

Okuma Parçası

Çocuklara oyuncak alırken dikkat edilmesi gerekenler: **1 yaşından küçük bebekler:** Yaşamlarının ilk birkaç ayında çocuklar hareketsizdir. Sonra erismeyi, yuvarlanmayı ve oturmayı öğrenirler. İkinci altı ayda çocuklar daha hareketli olur ve boğulma riskleri de artar. İlk yıl için en uygun oyuncaklar, düğmeli burun ve gözleri olmayan hayvanlar, banyo oyuncakları, yumuşak bebekler, bez kitaplar arasından seçilmeli. **1 - 3 yaş:** Bu yaşlardaki çocuklar meraklıdır ve tehlike duyguları zayıftır. Tırmanmayı, atlamayı, fırlatmayı, takla atmayı ve kaba oyunlar oynamayı severler. Bu yaş grubu için en iyi oyuncaklar kitaplar, bloklar, toplar, itilen veya çekilen oyuncaklar ve şekil yapılan oyuncaklardır.

3 - 5 yaş: Çocuk bu çağda fiziksel güçlerini test etmeyi sever ve üç tekerlekli bisiklete binmeyi, parmak kontrolü gerektiren oyuncakları ve parçalardan bütün oluşturulan oyuncaklarla oynamayı tercih eder. Bu yaş grubu için en uygun oyuncaklar zehirli olmayan hamurlar, kitaplar, müzik aletleri ve ev dışında oynayabilecekleri salıncak, kaydırak gibi oyunlardır. **5 - 9 yaş:** Bu yaş grubunun ilk yarısındaki çocuklar daha yaratıcı ve fiziksel olarak da çok aktiftir. Yazı yazabilirler, resim yapmayı severler, sanatsal yaratılara eğilim duyabilirler, arabalar ve trenler gibi basit mekanik oyuncakları kullanabilirler. Bu yaş grubundakiler için oyuncaklar bebekler, kitaplar, elektrikli trenler (sekiz yaşından sonra) ve yaşlarına uygun spor ekipmanlardır. Sekiz yaşın altındaki çocukların elektrikli, pilli, adaptörlü, bataryalı oyuncakları (kasetçalar, CD çalar, DVD, VCD oynatıcı, oyun konsolları vb) kullanmaları sakıncalıdır. Çocuk elektrik çarpması veya adaptörün aşırı ısınmasına bağlı yanıklara maruz kalabilir. Daha büyük çocukların ise kullandıkları bu tür aletlerin kablolarında açığa çıkmış teller olup olmadığını kontrol edin. Çocukların pilleri değiştirmesine izin vermeyin. **9 - 14 yaş:** Bu yaş grubundaki çocuklar takım sporlarından zevk alır. Zorlu fiziksel aktivite de bu yaş grubunda popülerdir. Çocuklar hobilerini geliştirmeye başlar ve bilimsel etkinliklere karşı güçlü bir ilgi duyar. Bilgisayar, mikroskop, oyun konsolu, topluca oynanan oyun setleri ve açık havada sportif etkinlikler için ekipmanlar bu yaş grubu için uygun birer hediye olabilir. Evde küçük kardeşleri varsa büyük çocukların oyuncaklarının küçüklerin erişemeyeceği bir yerde tutulması gerekir, zira büyüklerin oyuncakları küçükler için tehlikeli olabilir.

Kaynak: <http://cadde.milliyet.com.tr/2011/03/14/YazarDetay/1202496/her-yasin-oyuncagi-farkli>
Erişim tarihi: 14.03.2011

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. b Yanıtınız yanlış ise “Bebeklik (0-12 ay) Döneminde Oyun ve Güvenlik Önlemleri” bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
2. c Yanıtınız yanlış ise “Küçük Çocuklarda (1-4 yaş) Oyun ve Güvenlik Önlemleri” bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
3. e Yanıtınız yanlış ise “Büyük Çocuklarda (5-9 yaş) Oyun ve Güvenlik Önlemleri” bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
4. a Yanıtınız yanlış ise “Ergenlik Döneminde (10-16) Oyun ve Güvenlik Önlemleri” bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
5. d Yanıtınız yanlış ise “Spor Yaralanmalarının Nedenleri ve Risk Faktörleri” bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
6. c Yanıtınız yanlış ise “Spor Yaralanmalarının Nedenleri ve Risk Faktörleri” bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
7. b Yanıtınız yanlış ise “Spor Yaralanmalarının Tedavisinde Genel Yaklaşımlar” bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
8. d Yanıtınız yanlış ise “Ergenlik Döneminde (10-16) Oyun ve Güvenlik Önlemleri” bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
9. e Yanıtınız yanlış ise “Spor Yaralanmalarının Tedavisinde Genel Yaklaşımlar” bölümünü yeniden gözden geçiriniz.
10. a Yanıtınız yanlış ise “Ergenlik Döneminde (10-16) Oyun ve Güvenlik Önlemleri” bölümünü yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarları

Sıra Sizde 1

Kız çocuklarının oyun alanında yaralanmaya maruz kalma ihtimali erkeklere göre daha fazladır. Tüm oyun yaralanmalarının yarısından fazlası 5-9 yaş arası çocuklarda görülmektedir. Dört yaş altı çocukların yüz ve baş bölgesinden, 5-14 yaş arası çocukların el ve kol bölgesinden yaralanma olasılığı daha fazladır. Küçük çocukların büyük çocuklar için tasarlanmış oyuncaklarla oynadığında yaralanma olasılığı daha fazladır, bu nedenle 2-5 ile 5-12 yaş çocukların oyun alanlarının birbirinden ayrı olması gerekmektedir. Birbuçuk metreden büyük oyun materyalleriyle oynayan çocukların yaralanma olasılığı birbuçuk metreden küçük oyun materyaliyle oynayan çocuklardan dört kat daha fazladır.

Sıra Sizde 2

Elektrik kablosu ve aydınlatma araçlarının bulunduğu marina ve rıhtım gibi yerlerden denize girmesi çocukların elektrik akımına yakalanmasına yol açabilir, bu nedenle böyle yerlerden denize kesinlikle girilmemelidir. Motorsuz su sporlarına katılmak isteyen gençler etkinlik öncesi mutlaka, can yeleği giymelidir. Kano ve rafting gibi su sporları yapmak isteyen gençler, bu etkinliklere başa giyilmiş kask, tüm vücudu saran koruyucu kıyafet, can yeleği ve deniz ayakkabısı giyerek başlamaları olası su sporu kazalarını önlemede yardımcı olacaktır.

Sıra Sizde 3

Korumak, Dinlenmek, Soğuk Uygulamak, Kompresyon ve Elevasyon (Yükseltmek)

Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar

- Adirim, T. A. ve Barouh, A. (2006). Common orthopedic injuries in young athletes. *Current Paediatrics*, 16, 205, 210.
- Cahill, B. R. ve Pearl, A. J. (1998). *Intensive participation in children's sports*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Carty, H. (1998). Children's sports injuries. *European Journal of Radiology*, 26, 163-176.
- Dorothy, D.A. (2007). *From crib to kindergarten: the essential child safety guide*. Johns Hopkins University Press: Baltimore.
- Hales, D. (2000). *An invitation to health*. (Brief edition). Wadsworth Publishing Company: Belmont.
- Hergenroeder, A.C. (1998). Prevention of sports injuries. *Pediatrics*, 101 (6), 1057- 1063.
- <http://www.safekids.org>
- <http://kidshealth.org/>
- Livera, I. A., Ward, M. F., Falitz, S., Miele, D., Sama, A., Trimarco, T., Lukin, M., Yaghoubian, S. ve Sison, C. (2004). Sports injuries, a common pediatric problem. *Annals of Emergency Medicine*, 44 (4), S 39.
- Merki, M. B., Cleary, M. J. ve Hubbard, B. M. (2003). *Teen health course 1*. (Teacher wraparound edition). Glencoe/ McGraw-Hill: New York.
- Merki, M. B., Cleary, M. J. ve Hubbard, B. M. (2003). *Teen health course 2*. (Teacher wraparound edition). Glencoe/ McGraw-Hill: New York.
- Roach, R. ve Maffulli, N. (2003). Childhood injuries in sport. *Physical Therapy in Sport*, 4, 58- 66.
- Smith, M. (2005). A review of the initial management of soft tissue sports injuries. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9, 103- 107.
- The American National Red Cross (2005). *First aid- responding to emergencies*. (Revised Edition). Stay Well: Pennsylvania.

Sözlük

A

Aile planlaması: İstedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları için ailelere verilen hizmetlerin tümü.

Anafilaksi: Kandaki yabancı protein veya ilaca karşı önceden duyarlılık kazanmış kimseye aynı maddenin ikinci kez verilmesi sonucu oluşan aşırı duyarlılık hali.

Antropometri: Vücudun boyutlarının ve bileşiminin ölçülmesi.

Atel: Kırık ve çıkıkları tespit etmek için kullanılan malzeme.

B

Büyüme: Vücudun boyutlarındaki farklılaşma uzama, kilo alma, yaş alma vb. sayısal göstergeler için kullanılır.

D

Diabetes mellitus: Şeker hastalığı.

Diarrhea: İshal.

Doğum eylemi: Servikal açılma dönemi, servikal açıklık tamamlanarak fetusun tamamen doğmasına kadar geçen dönem ve fetusun çıkması ile plasentanın çıkması tamamlanıncaya kadar geçen dönem olmak üzere üç dönemden oluşur.

Doğum kontrol hapları: Yumurtalıktan yumurtanın atılmasını engeller ve sperm geçişini önler.

Doğum: Kontraksiyonlarına bağlı olarak servikal açılma ve silinme ile başlayan, fetus ve eklerinin tamamının doğması ile sonlanan süreç.

E

Elevasyon: Yükseltme.

Emzirme: Annenin ve bebeğin iyi öğrenmesi gereken bir sanat.

Enfeksiyon: Bulaşma.

Enjeksiyon: Şırınga ile vücuda ilaç vb. sıvı verme.

Ergenlik (adolesan) dönemi: Fiziksel, biyokimyasal, ruhsal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçleriyle çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi.

F

Fetus: Uterus içinde gelişen yavru.

G

Gelişme: Kalıtım çevre etkileşiminin bir ürünü. Gelişim sürekli ve belli aşamalarda gerçekleşir. Deyim yerinde ise gelişim nöbetleşe devam eder.

Genital sistem: Üreme Sistemi.

Glikojen: Glikozun insan ve hayvan dokusundaki depo şekli.

Glükozüri: İdrarda fazla miktarda şeker bulunması.

Gonad: Cinsiyet bezi.

H

Hiperglisemi: Kandaki şeker miktarının fazla olması.

Hiperprolaktinemi: Kandaki prolaktin oranının normal düzeyin üstünde olması.

Hymene: Kızlık zarı.

I-İ

IVF: Invitro fertilizasyon adı verilen tüp bebek uygulamaları.

IYE: İdrar yolu enfeksiyonları.

İlium: Leğen.

İmmatür: Dış koşullara uyma ve yaşama yeteneği kazanmamış, yeterince gelişmemiş.

İndükte abortus: Uyarılmış düşük.

İndükte: Uyarılma.

İskium: Oturak.

K

Ketozi: Vücuda gerekli karbonhidrat alınmaması sonucu organizmanın asitlik düzeyi yükselerek koma olgusunun gelişmesi.

Koksiks: Kalça.

Kolostrum sütü: Doğumdan sonra ilk 4-5 gün anne tarafından yavruya verilen ilk süt. Bileşimi normalden farklıdır ve sarımsı renkte hafif tuzlu ve tatlı.

L

Lohusalık: Doğumdan sonraki 6 hafta (42 gün) sonunda gebeliğin kadında yarattığı fizyolojik ve psikolojik değişimlerin gebelik önceki haline dönmesi.

M

Malnutrisyon: Sözcük anlamı kötü beslenme. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin görünür etkilerine verilen ad. Çocuğun fiziksel büyümesinin yaşa göre boy uzunluğunda ve vücut ağırlığında duraklamalar veya azalmaları engellemesi.

Matür: Gelişimini tamamlamış.

Menarş: İlk adet kanamasına verilen ad.

MIF: Müllerien Inhibiting Faktör.

Molding: Halk arasında bingıldak.

O-Ö

Overler: Yumurtalık.

Ovülalji: Yumurtlama ağrısı.

Ödem: Vücutta su toplanması.

P

Pelvis: Leğen boşluğu.

PEM: Protein enerji malnütrisyonu.

Posa: Sindirilmeyen bir karbonhidrat. Posa, sindirim sisteminin daha iyi çalışması ve vücut için gerekli olmayan maddelerin dışkılama yolu ile atılmasını kolaylaştırır.

Prematür: Normal zamandan önce olan.

Prepusium: Sünnet derisi.

Progesteron: Kadınlık hormonu.

Pubis: Çatı.

S

Sakrum: Sağrı.

Sekresyon: Salgı, ifrazat.

Sezeryan: Doğumun doğal olmadığı durumlarda karın ve dölyatağının kesilerek bebeğin alındığı cerrahi bir işlem.

Sindirim: Vücuda alınan besinler, sindirim sisteminde sindirim enzimleri aracılığı ile en küçük yapı taşlarına (besin öğelerine) ayrılarak emilime hazır hale gelir. Bu işleve "sindirim" denir.

Splint: Kemik uçlarını tespit etmek için kullanılan tahta, metal veya plastikten yapılmış araç.

Steril: Mikropsuz.

Süt çocuğu: Doğumdan itibaren çocuğun yaşına değin olan süreç.

T

TDF: Testis Determining Faktör.

Termojenik: Isı oluşturuçu.

Travma: İncinme, çarpma.

U-Ü

Uterus: Rahim, dölyatağı.

Üretra: İdrar yolu.

Üriner: İdrar yolları.