

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ ÖZETİ

ÜNİTE 8

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE SIK KARŞILAŞILAN KRONİK HASTALIKLAR

Kronik hastalıklar, geriye dönüşü olmayan normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, yaşam boyu süren hastalıklardır. Dünyada ölümlerin ve sakatlıkların en önemli nedenlerinden olan kronik hastalıklar genetik, çevresel faktörler veya bazen de her ikisinin kombinasyonu sonucu oluşabilmektedirler.

Kronik hastalık durumu sadece çocuğu etkilemez. Bütün aile hastalıkla başa çıkmalı, programlarında ve önceliklerinde büyük değişiklikler yapmalı ve bir şekilde bir aile olarak kalmayı başarabilmelidir. Bütün ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen kronik hastalıkları ile baş etme stratejileri geliştirme ve hastalığa uyumu artırma için kronik hastalıkları iyi tanımak ve kronik hastalıklara doğru yaklaşımı öğrenmek çok önemlidir.

DİABETES MELLİTUS

Diabetes Mellitus insülin salınımı ve/veya insülin aktivitesindeki bozulmalar sonucu gelişen kronik kan şekeri yüksekliği (hiperglisemi) ile seyreden metabolik hastalık grubudur [3]. İnsülin salınımında azalma ya da insülinin vücutta yetersiz etki göstermesi, bazen de her ikisinin durumdan kaynaklanan karbonhidrat, protein ve yağ metabolizması bozuklukları kronik hiperglisemiye yol açmaktadır. Diyabet, sadece kan şekeri kontrolünün ötesinde çok yönlü risk azaltma stratejileri ile sürekli bakım gerektiren karmaşık, kronik bir hastalıktır.

Çoğunlukla çocukluk döneminde en sık görülen tipi; pankreasta insülin hücrelerini salgılayan β -hücrelerinin hasarı sonucu gelişen insülin salgı eksikliği ile karakterize Tip 1 Diabetes Mellitus (Tip1DM) tür. Diyabetin en yaygın görülen tipi olan Tip 2 diabetes mellitus (Tip2DM) ise çocuklarda Tip 1 diyabete nazaran daha nadir görülmektedir.

Tip 1 Diyabet

Tip 1 Diyabet, çocukluk yaş grubunda pankreasın beta hücrelerinin çeşitli nedenlerle etkilenmesi sonucu gelişen insülin yetersizliği ve hiperglisemi ile seyreden kronik metabolizma sendromudur. TİP1DM'lu hastalarda ağır ve kronik insülin yokluğu olduğundan yaşamlarını sürdürebilmeleri için insülinin dışardan verilmesi zorunludur.

Tanı

Diyabet tanısı için farklı testler vardır. Ya açlık plazma glukozu (kan şekeri) ya da 75 g'lık oral glukoz tolerans testi (OGTT) sırasında 2-saatlik plazma glukozu (2-saatlik PG) değerine göre veya HbA1c kriterlerine göre tanı konulmaktadır.

Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri

• Diyabete özgü belirtiler + rastgele plazma glukozunun ≥ 200 mg/dl (≥ 11.1 mmol/L) olması veya
• 8 saatlik açlık plazma glukozunun ≥ 126 mg/dl (≥ 7.0 mmol/L) olması veya
• Oral glukoz tolerans testinin (OGTT*) 2. Saatinde plazma glukozunun ≥ 200 mg/dl (≥ 11.1 mmol/L) olması * Testin 75 gr glikozla veya 1,75gr/kg (max 75 gr) olacak şekilde ayarlanarak yapılması
• HbA1c 6,5'un üstünde olması** ** Ancak test uluslararası standardize edilmiş yöntemlerle yapıldığında tanı testi olarak kullanılabilir.

Görülme sıklığı

Tip 1 diyabet insidansı coğrafi bölgelere ve etnik gruplara göre değişiklik göstermektedir. En yüksek görülme oranı Finlandiya'da görülürken, Asya'da Tip 1 diyabet çok nadirdir [4]. Ülkemizde 18 yaş altı Tip 1 diyabet insidansı yüz binde 10,84, prevalansı on binde 7,98, 2013 yılı toplam diyabetli çocuk sayısı 17 175 olarak bildirilmiştir.

Belirti ve bulgular

Gençlerde diyabet genellikle sık idrara çıkma, çok su içme, tuvalet eğitimi olan bir çocukta idrar kaçırmaların başlaması, çok yemek yemeğe rağmen belirgin kilo kaybı, halsizlik, okul başarısında düşme ve bulanık görme gibi karakteristik belirtilerle kendini gösterir. Büyüme gelişme bozuklukları ve bazı enfeksiyonlar da kronik hiperglisemi ile birlikte görülebilir.

Tip1DM'un tedavisi

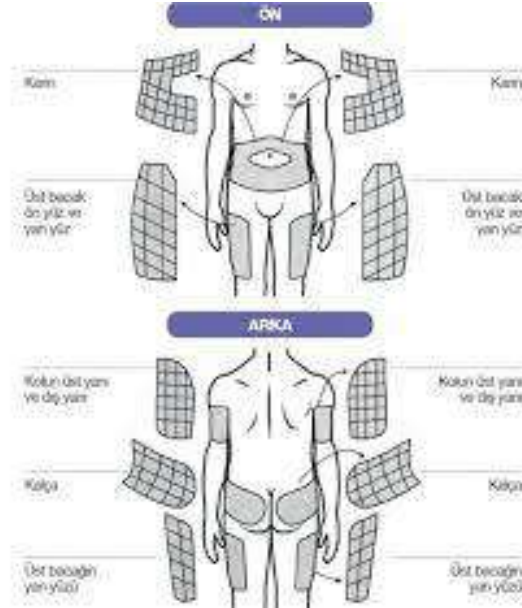
Tip1DM 7 gün 24 saat takip gerektiren, çok yönlü etkileri olan bir hastalıktır. Bu çocukların tedavi ve izlemlerinin diyabet ekibi tarafından yapılması gerekmektedir. Bu ekip; uzman çocuk hekimi (pediatrik endokrinolog), diyabet hemşiresi, diyetisyen ve psikologdan oluşmaktadır.

Uzun süreli ve iyi bir diyabet yönetimi için insülin tedavisi, beslenme, egzersiz, aile ve çocuğa diyabet eğitimi verilmesi ve düzenli kontroller olmazsa olmaz tedavi basamaklarıdır.

İnsülin Tedavisi

İnsülin çocuklara cilt altı olarak iki şekilde verilir. Ya insülin kalemi ile enjeksiyon şeklinde ya da insülin pompası aracılığı ile sürekli infüzyon şeklinde uygulanabilir. İnsülin; göbek çevresine, üst kolun orta dış yan yüzüne, üst bacağın orta dış yan yüzüne ve kalçalara uygulanabilir. Göbek çevresinden emilim hızlı olduğu için, insülin en hızlı etkiyi göbek çevresinden göstermektedir.

İnsülin uygulama bölgeleri



Beslenme

Beslenme yönetimi diyabet bakımı ve eğitiminin temel taşlarından biridir. Diyabette beslenmenin amacı; çocuğun yaşı, cinsiyeti, kilosunu, beslenme alışkanlıkları ve aktivitesine uygun büyüme gelişmeyi sağlamak, olması gereken vücut ağırlığını korumak, obeziteyi, akut ve kronik komplikasyonları önlemek ve çocuğun yaşam kalitesini yükseltmektir.

Diyabetlilerde öğünler 3 ana, 3 ara öğün şeklinde düzenlenmelidir. Günlük alması gereken toplam kalorinin; %20'si sabah, %20'si öğle ve %30'u akşam öğününde, kalan %30'u ise ara öğünler sabah-öğle arası (kuşluk), akşamüstü ve gece yatmadan önce eşit oranda (%10) tüketilmesi önerilmektedir.

Egzersiz

Düzenli egzersiz, Tip1DM'lu çocuklarda tedavinin önemli parçasıdır. Amerika Diyabet Birliği (ADA) diyabetli bireylerin haftada en az 150 dakika orta-yoğun aerobik egzersiz (kalp atım hızını en fazla %50-70 artıran) yapmalarını önermektedir.

Egzersiz sırasında veya sonrasında hipoglisemi oluşuyorsa ek kalori almak ya da öncesinde yapılan insülin dozunu azaltmak gerekir.

Kan şekeri düzeyi >300mg/dl olan diyabetlilerde egzersiz, insülin karşıtı hormonları uyaracağı ve diyabetik ketoasidoza yol açabileceği için egzersiz kesinlikle önerilmemektedir. Bu durumda kesin istirahat yapılmalı, çocuk hareket etmemelidir

Diyabet komplikasyonları

Hipoglisemi

Hipoglisemi (kan şekeri düşüklüğü) diyabetin en sık görülen akut komplikasyonudur. Hipoglisemi genel olarak kan şekerinin 70 mg/dl altında olması olarak tanımlanmaktadır. Hipoglisemi ile birlikte çocukta bilinç kaybı ve bayılma meydana geldiğinde ise ağır hipoglisemi olarak adlandırılır.

Hipoglisemi belirti bulguları genel olarak; açlık hissi, ellerde titreme, solukluk, soğuk terleme, halsizlik, baş ağrısı, bulanık görme, çarpıntı hissi, huzursuzluk, davranış değişiklikleri, sinirlilik, aşırı hırçın olma veya durgunluk hali, algılama bozukluğu, şuur bulanıklığı, baygınlık hali, havale ve komadır.

Ağır hipoglisemi durumunda çocuğa ağızdan herhangi bir şey verilmemeli, acil olarak kan şekerini yükselten insülinin tersi etki gösteren bir hormon olan “Glukagon” enjeksiyonu (5 Yaşına kadar ½ flakon) kas içine yapılmalıdır.

Hipoglisemi diyabetli çocuklar için acil ve hemen tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Tedavi edilmediğinde koma gibi ağır sorunlara neden olmaktadır. Diyabetlide bu belirtiler varsa hemen tedavi edilmesi önemlidir.

Hiperglisemi

Kan şekerinin istenen değerler üzerine çıkmasıdır. Genellikle açlıkta 120 mg/dl, toklukta ise 180 mg/dl'nin üstü yüksek olarak kabul edilir. Hiperglisemi önlem alınmaz ise hızla ilerleyip diyabetik ketoasidoz olarak adlandırılan komaya neden olabilir.

Hiperglisemi tedavisinde; çocuğun kan şekeri ölçülür, 180-250 mg/dl arasında ise bol su içirilmelidir. İnsülin saati ise insülin dozu arttırılır (%10-20) ve çocuğun egzersiz yapması sağlanır. Eğer kan şekeri 250 mg/dl ve üzerinde ise çocuğa bol su içirilmelidir.

Diyabetik Ketoasidoz

Diyabetik Ketoasidoz (DKA) diyabetli çocuklarda sık görülen yaşamı tehdit edici, ciddi bir komplikasyondur. DKA insülin ile insülin karşıtı hormonlar arasındaki dengenin insülin aleyhine bozulması sonucu oluşur.

DKA tedavisinde amaç; hiperglisemi, elektrolit bozukluğu ve asidozun düzeltilmesidir. İnsülin tedavisi başladıktan sonra DKA'a neden olan faktör araştırılmalı ve tedavi edilmelidir.

ASTIM

Astım, çocuklukta en sık görülen kronik hastalıktır. Çeşitli uyaranların etkisi ile erken aşırı duyarlılık reaksiyonu sonucu akciğer bronşlarında meydana gelen daralma (bronkospazm), solunum sıkıntısı, öksürük, balgam çıkarma, hırıltılı solunum ile karakterize nöbetler halinde görülmektedir.

Görülme Sıklığı

Astım görülme sıklığının son 20 yıl içinde özellikle çocuklarda önemli ölçüde arttığı görülmektedir [1]. Çocuklarda en sık görülen kronik akciğer hastalığı olan astım genel olarak %1-2 oranında görülmektedir. Astım küçük çocuklarda daha şiddetli seyreder ve 15-20 yaşlar arasında iyileşme gösterir. Başlangıç yaşı çoğunlukla 3-8 yaşları arasında olup kentte yaşayanlar kırsal kesimlerde yaşayanlara oranla astıma daha eğilimlidir. Astım başlangıcı kızlara nazaran erkeklerde daha erkendir.

Nedenleri

- ✓ Tedavinin yetersiz ya da uygunsuz yapılması: Tedavide temel kural ilaç dozlarını ve çeşitlerini hastalığın ağırlığına göre ayarlamaktır. Bunu yaparken çocuk ve ailesine hastalığın ciddiyeti anlatılmalı, hastalığın kontrolü konusunda eğitilmeleri ve tedaviye aktif katılmaları sağlanmalıdır. Ancak çeşitli nedenlerle (bilgi eksikliği, ailenin tedaviye katılmaması, sosyo-ekonomik yetersizlik vb.) tedavi yetersiz ve uygunsuz yapılırsa akut astım atağı gelişir.

- ✓ Tetikleyici faktörlerle karşılaşma: Astımlı çocukların solunum yolları, sağlıklı çocukların solunum yollarından daha duyarlıdır. Bu durumun nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte solunum yollarını uyaran bazı faktörler akut atağı başlatabilir
- ✓ Alerjenler (ev tozu akan, kedi, köpek, kuş gibi ev hayvanlarının tüyleri, hamam böcekleri, hava yolu ile taşınan polenler)
- ✓ Solunum yolu enfeksiyonları (özellikle virüslerin neden olduğu enfeksiyonlar)
- ✓ Ev içi hava kirliliği (sigara dumanı, soba yakıtları, oda kokuları, boya, cila, parfüm, saç spreyi, deterjan gibi temizlik malzemeleri)
- ✓ Dış ortam hava kirliliği (egzoz gazları, fabrika sanayi dumanları, mantar sporları)
- ✓ Bazı besinler ve katkı maddeleri (yiyeceklerde bulunan katkı maddeleri)
- ✓ Bazı ilaçlar (aspirin ve diğer nonsteroid antienflamatuar ilaçlar, ağız yoluyla veya göz damlaları şeklinde kullanılan bazı ilaçlar)
- ✓ Bazı hava koşulları (rüzgâr, fırtına, soğuk hava)
- ✓ Aşırı ve kötü hava koşullarında yapılan egzersiz
- ✓ Emosyonel faktörler (heyecan, korku, stres, endişe, ağlama vb.)
- ✓ Astım Ataklarına Çocukların Erişkinlerden Daha Yatkın Olma Nedenleri:
- ✓ Bronşların çapı dardır (Periferik hava yolu basıncında artma olur.).
- ✓ Kollateral kanallar eksiktir (Ventilasyon yetersiz).
- ✓ Periferik hava yolları içine uzanan düz kas sayısı az ve spiraldir.
- ✓ Elastik basınç azalmıştır.
- ✓ Diyaframın mekanik işlevi yetersizdir.
- ✓ Aşırı mukus yapımı vardır

Belirti ve Bulgular

- ✓ Hırıltılı solunum (Wheezing)
- ✓ Burun kanatlarının solunuma katılması
- ✓ Burun akıntısında artış
- ✓ Geceleri artan öksürük, terleme
- ✓ Huzursuzluk, korku ve endişe
- ✓ Nöbet ilerledikçe solunum gücü artar.
- ✓ Salgılanan sekresyon yapışkan hal alır.
- ✓ Dudak çevresinde ve tırnak yataklarında siyanoz oluşur.
- ✓ Solunum ve nabız sayısı artar.
- ✓ Özellikle küçük çocuklarda diyafragma ve karın kaslarının aşırı kullanımına bağlı karın ağrısı görülmektedir

Astımda, belirtilerin bazı özellikleri vardır. Bunlar; tekrarlayıcı karakterde, nöbetler halinde olması, daha çok gece veya sabaha karşı, kendiliğinden/ ilaçlarla hafifler veya kaybolur olması, şikayetlerin olmadığı dönemlerin varlığı ve bazı faktörlerle tekrar başlaması olarak sıralanabilir. Wheezing en çok 5 yaş üstü astımlı çocuklarda görülür.

Tanı

Astım tanısı öykü, klinik belirtiler, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri ile kesinleşir. Öyküde ailede alerjik hastalık hikâyesi önemlidir. Her iki ebeveynde de astım bulunması çocuklarda görülme olasılığını arttırır. Akciğer filmi çekilir, akciğer fonksiyon testlerine bakılır. Kan sayımı yapılır, arteriyel kan gazlarına bakılır. Yaygın olan ev tozu, polenler ve küf mantarları gibi solunan alerjenler ve şüphelenen alerjenlerle deri testi yapılır. Astım tanısı konulurken solunum fonksiyon testleri, deri testleri, immünglobulin E düzeyi, akciğer grafisi ve bronşiyal provokasyon testleri kullanılmaktadır. Deri testi yapılmasının amacı atopik astımlıları belirlemek ve çocuğu etkileyen bir alerjen varsa ondan uzaklaşmasını sağlamaktır.

Tedavi ve Korunma

Astımda koruyucu, destekleyici ve ilaçla tedavi yapılmaktadır. Astım krizlerine neden olan etkenin belirlenebilmesi için alerjik veya spesifik olmayan etkenlerin bulunması ve ortadan kaldırılması astım tedavisinin amacını oluşturur.

- ✓ Özellikle ev tozu böcekleri için yatak odası ve oturma odası için gerekli önlemler alınmalıdır.
- ✓ Evde özellikle kedi, köpek gibi hayvanlar beslenmemelidir.
- ✓ Polen alerjisinde oda ve araba camları kapalı tutulmalı, küf mantarı alerjisinde rutubete karşı önlemler alınmalı ve alerjen besinler diyetten çıkarılmalıdır.

Çocuğun antijen duyarlılığı ölçülerek uygun sorumlu antijen solüsyonları deri altı enjeksiyonlarla uygulanabilir. Ev tozu, polenler, küf antijenleri ile uygulanan immunoterapide iyi sonuçlar alınmaktadır. İlgili alerjenlerin başlangıç dozu deri altına yapılır. Maksimum doza ulaşana kadar miktarlar her hafta arttırılır ve maksimum doza eriştikten sonra 4 haftalık aralarla idame dozu uygulanır. En az 3 yıl devam ettikten sonra tedavi kesilir. Belirtiler tekrar ortaya çıktığında tedavi tekrarlanır.

İlaç tedavisinde amaç, akut krizlerin denetlenmesidir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Erken tedavi ile bronkospazmın çabuk giderilmesi sağlanabilir.

Hastaneye yatırılan bütün çocuklarda kortikosteroidler kullanılır. Hafif şekillerde lokal etkili sprey kullanılabilir. Antihistaminikler, geniz akıntısının yaptığı öksürüğü azaltarak, bunun neden olduğu bronkospazmi önlemek amacıyla kullanılabilir. Sedatifler, endişeyi yatıştırarak solunum fonksiyonlarını rahatlatmak amacıyla uygulanabilir. Enfeksiyonun eşlik ettiği durumlarda uygun antibiyotikler zamanında uygulanmalıdır.

FENİLKETONÜRİ

Kısaca PKU olarak bilinen Fenilketonüri (PhenylKetonUria) karaciğerden salgılanan fenilalanin (FA) hidroksilaz enzimi eksikliğine bağlı (fenilalanin hidroksilazenzimi aktivitesinin yokluğu) kanda ve diğer vücut sıvılarında fenilalanin ve metabolitlerin artması ile karakterize metabolizmanın doğumsal bozukluğudur.

Belirti ve Bulgular

Başlangıçta beslenme bozuklukları, tartı alamama ve kusma gibi semptomlar giderek şiddetlenir. Genel olarak 6. ay civarında çocuğun akranlarından geri olduğu fark edilir. Baş kontrolü, oturma, yürüme gecikir. Çocuk etrafla ilgisizdir. Tedavi edilmediğinde mental fonksiyonlarında önemli gerilik izlenir. IQ düzeyi 50'nin altındadır. Baş çevreleri küçüktür, konvülsiyon, ekzama türü lezyonlar sıktır. Saç deri ve göz rengi açıktır. İdrarda küfümsü koku (fare leşi) vardır. Bazı çocuklarda otizm gözlenebilir.

Görülme Sıklığı

Çoğu ülkede var olan bir hastalık olan PKU sıklığı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hastalığın ülkemizdeki görülme sıklığı çok yüksektir, 1/4.000 insidans ile dünyada en yüksek insidansa sahiptir. Avrupa'da PKU sıklığı 10000 canlı doğumda 1 iken sıklık ABD'de 1/15000, Çin'de 1/100500, Afrika'daki ise PKU sıklığı 1/100000 ile çok düşük gösterilmektedir.

Hatalı gen yaygınlığının artmasında en çok akraba evliliklerinin yaygın olması etkindir.

Tanı

PKU zekâ geriliğinin temel nedeni olarak tanımlanmaktadır. Nörolojik semptomlar gelişmeden önce, güvenilir ve etkin bir tedavi için yenidoğan taraması ile tanı konması ve en iyi sonuç için yenidoğanın tıbbi beslenme tedavisine en geç 20 gün içinde başlaması gerekmektedir. Bu nedenle erken tanı önemlidir. Fenilalaninden kısıtlı diyet tedavisine alınan fenilketonürlü bebekte fenilalanin birikimi ve beyin dokusuna yaptığı zararlı etki önlenir ise bebek akranlarına uyan bir gelişim gösterir.

Tıbbi Beslenme Tedavisi

Günümüzde de fenilketonürlü hastalarda tedavinin temelini "Yaşam Boyu" fenilalaninden kısıtlı diyet ile kan fenilalanin düzeyinin düşürülmesi oluşturmaktadır. Komplikasyonların önlenmesi için tıbbi beslenme tedavisinin ilk 20 günde başlaması, iyi metabolik kontrol ve uzun süreli tedavinin gerekliliği vurgulanmaktadır.

Fenilaleninden kısıtlı diyet, çocuğun toleransına göre ayarlanmakta ve yaşına uygun protein ve enerji içermektedir. Tek başına düşük fenilalaninli diyet, kan fenilalanin düzeylerini istenen aralıkta tutma ve normal beslenmeyi sağlamada tek başına yetersizdir. Bu nedenle tıbbi beslenme tedavisi fenilalaninsiz aminoasit karışımlarının kullanımı ile birlikte yürütülmelidir. Tıbbi beslenme tedavisi, büyüme, hastalık ve aktivite düzeyine göre de düzenlenmektedir. Kan fenilalanin düzeyi belirli aralıklarla ölçülmelidir.

Fenilketonürlü Çocuğa Yaklaşım

- ✓ PKU'de en önemli girişim erken tanıdır. Erken tanı ile bebeklerin normal büyüme gelişmeleri sağlanmalıdır.
- ✓ Ailelere tedavinin önemi ve erken başlamanın gerekliliği açıklanmalı ve ailenin tedaviye uyumu sağlanmalıdır.
- ✓ Büyüme ve gelişmenin düzenli aralıklarla kontrolü yapılmalıdır.
- ✓ Çocuk ve aileye diyetin önemi ve gerekliliği konusunda danışmanlık yapılmalıdır. Çocuğun yiyebileceği ve yemesi sakıncalı olan besinler listelenmelidir.
- ✓ PKU hastalığı olan çocuk ve ailelerinin yaşadığı psikolojik ve sosyal problemleri belirlemeli, psikososyal destek sağlamalıdır. Aynı hastalığa sahip çocuk ve aileler ile destek grupları oluşturup, grup içi destek için motivasyon sağlar. Aileleri PKU hastalığı ile ilgili derneklere, kuruluşlara yönlendirebilir. Gerekirse psikolojik destek alması için hasta ve ailesi uzmana yönlendirilmelidir.

KİSTİK FİBROZİS

Kistik fibrozis (KF) beyaz ırkta en sık rastlanan, otozomal resesif geçiş gösteren, ekzokrin bezlerde fonksiyon bozukluğu ile karakterize olan genetik bir hastalıktır. Ekzokrin bezler etkilendiği için solunum, gastrointestinal, iskelet ve üreme sistemlerinde fiziksel değişikliklere neden olmaktadır.

Nedenleri

KF'da 7. kromozom geni mutasyona uğramıştır. Epitel hücre zarındaki KF Transmembran Regülatör (CFTR) adlı klor kanalının defekti sonucunda ortaya çıkar ve klor (Cl) iyonunun transportunu bozar. Bu fonksiyonel bozukluk, akciğer, pankreas, karaciğer, bağırsaklar, ter bezleri ve epididim gibi organların hücre membranında klor transportunun bozulmasına neden olur. Bunun sonucu olarak mukus koyulaşır ve yapışkanlaşarak birikir. KF, öncelikle de akciğerleri, pankreası, bağırsaklarda mukus salgılayan bezleri, karaciğeri ve ter bezlerini tutar. Ter bezlerinde de tuzun emilimi bozularak tuz kaybı artar.

Belirti ve Bulgular

Kistik fibroz birden çok sistemi etkileyen bir hastalık olması nedeniyle çok değişik klinik belirti ve bulgularla kendini gösterir. Mekonyum ileusu KF'in en erken bulgusudur. Bebeklik döneminde KF'in en yaygın bulgusu büyüme geriliğidir. KF'lu yenidoğanların yarısı boy ve kilo bakımından 10. persentilin altındadırlar.

Akciğerlerde;

- ✓ Koyu yapışkan salgılar hava yollarını tıkar.
- ✓ Özellikle küçük bebekler bu salgıları akciğerlerden atmakta zorlanır.
- ✓ Bu ortama bazı mikroplar kolaylıkla yerleşir ve orada iltihaplanmaya neden olur.

Tanı

Hastalığa ilişkin bulgular yanında, ter testi ile tanı konulmaktadır. Terde klor ölçümü yüksek (60mEq/L üzerinde) olması ile tanı konulmaktadır. Kistik fibrozis tanısının desteklenmesi için ter testinin iki kez tekrarlanması ve alınan her iki sonucun da, ≥ 60 mEq/L klorür oranını göstermesi gerekmektedir. Genetik testler (mutasyon analizi) yapılmaktadır. Guthrie testinde de kistik fibröz taraması yapılmaktadır.

Tedavi

Hastalığın spesifik tedavisi yoktur. Solunum sistemine yönelik tedaviler; fizyoterapi ve egzersizler, sekresyonun akciğerlerden atılmasını kolaylaştıran tedaviler ve antibiyotik tedavisidir. *Sindirim sistemine yönelik tedaviler ise; uygun diyet (protein, karbonhidrat ve yağdan zengin diyet), vitamin desteği*

(özellikle A,D,E,K vitaminleri), pankreas enzimleri (kreon), karaciğer hastalığı olanlarda safra asidi tedavisidir.

Kistik Fibrozlu Çocuğa Yaklaşım

En ağır belirtiler, solunum yollarını ilgilendirir. Uygun antibiyotikler verilmektedir. Amaç enfeksiyonu olabildiğince kontrol altında tutmaktır.

- ✓ Egzersiz drenaj sağladığından, çocuklar spor yapmaya teşvik edilmelidir.
 - ✓ Fizik tedavi ve düzenli postural drenaj ve buhar inhalasyonu yararlıdır.
 - ✓ Çocuklara normal aşılama programı uygulanır.
- Diyetleri; proteinden zengin normal diyet, pankreas yetersizliği varsa yağsız diyet verilmektedir.

Aileye aşağıdaki konularda eğitim verilir:

- ✓ Beslenme,
- ✓ Büyüme gelişmenin izlenmesi,
- ✓ Buhar tedavisi,
- ✓ Postural drenaj,
- ✓ Enfeksiyonlardan koruma,
- ✓ Genetik danışmanlık,
- ✓ Aile taraması yaptırılması gerektiği.

DOĞUMSAL KALP HASTALIKLARI

Çocuklarda kalp hastalıkları doğuştan (konjenital) ve edinsel nedenlerle görülebilir. Doğumsal kalp hastalıkları kalbin fonksiyonlarında değişikliklere neden olan, doğumda var olan anatomik bozukluklardır. Edinsel kalp hastalıkları ise doğumdan sonra meydana gelir. Enfeksiyon, otoimmün, çevresel faktörler ve ailevi yatkınlık sonucu görülebilir.

Konjenital kalp hastalıkları “Siyanozlu Kalp Hastalıkları” ve “Siyanozsuz Kalp Hastalıkları” olarak ikiye ayrılmaktadır.

Siyanozsuz Konjenital Kalp Hastalıkları

- ✓ Ventriküler Septal Defekt (VSD)
- ✓ Atrial Septal Defekt (ASD)
- ✓ Patent Duktus Arteriozus (PDA)
- ✓ Aort Koarktasyonu
- ✓ Aort Stenozu (AS)
- ✓ Pulmoner Stenoz (PS)
- ✓ Siyanozlu Konjenital Kalp Hastalıkları
- ✓ Fallot Tetralojisi (TOF)
- ✓ Büyük Arterlerin Transpozisyonu (BAT)
- ✓ Total Pulmoner Venöz Drenaj Anomalisi
- ✓ Trunkus Arteriozus
- ✓ Triküspit Atrezisi

Siyanozsuz Konjenital Kalp Hastalıkları

Ventriküler Septal Defekt (VSD)

Konjenital kalp hastalıkları içerisinde en sık görülen hastalıktır. Sağ ve sol ventrikül (karıncık) arasında açıklık olmasıdır. Defekt, kalbin iki tarafını bölen kasın herhangi bir yerinde meydana gelebilir. Bazı çocuklarda, VSD'ler herhangi bir semptom göstermez. Kalbindeki delik küçükse, problemin belirtisi olmayabilir.

Atrial Septal Defekt (ASD)

ASD, sağ ve sol atrium (kulakçık) arasında anormal açıklık bulunmasıdır. Bu açıklık nedeni temiz kanın bir kısmı sağ tarafa geçer. Sonuç olarak akciğere giden kan volümü artar ve akciğer damarlarında ve kalpte büyümeye neden olabilir.

Bebeklerde ve çocuklarda belirti görülmeyebilir. Belirtilerin şiddeti ve tedavi deliğin büyüklüğüne göre değişmektedir.

Aort Koarktasyonu

Aort damarının herhangi bir yerinde darlık oluşmasıdır. Ciddi darlıklarda egzersize tolerans azlığı, bacaklarda ağrı ve bayılma gözlenebilmektedir. Genellikle 3-10 yaş arası ameliyat ile tedavi edilmektedir.

Siyanozlu Konjenital Kalp Hastalıkları

Fallot Tetralojisi (TOF)

Siyanozlu kalp hastalıkları içinde en sık görülenidir. Fallot Tetralojisi (TOF), tedavi edilmediği takdirde ölümcül olabilen bir doğumsal kalp kusurudur. TOF dört kalp bozukluğunun birarada görülmesidir. Bunlar;

- ✓ Ventriküler septal defekt,
- ✓ Sağ ventrikül hipertrofisi,
- ✓ Pulmoner stenoz,
- ✓ Aortanın sağa pozisyonu (Ata binen aorta)

TOF siyanozu neden olur. Siyanoz, dolaşımdaki oksijen eksikliği nedeniyle cildin mavimsi bir renk almasına neden olduğu anlamına gelmektedir.

Kalp Hastalıklı Çocuğa Yaklaşım

- ✓ Enfeksiyonlardan korunma, enfeksiyon belirti ve bulgularının takip edilmesi gereklidir. Mümkün olduğunca hasta kişilerle temas ettirilmemelidirler. Bulunduğu ortamda sigara içilmemelidir.
- ✓ Büyüme gelişmesi sık aralıklarla değerlendirilmelidir
- ✓ Büyüme gelişmesi için gerekli olan kalori, besin ve sıvı alımının sağlanması gereklidir. Beslenmesinde demir ve potasyumdan zengin, tuzsuz diyet uygulanmalıdır. Bebeklerde beslenme sırasında fazla çaba harcamamaları için büyük delikli biberon emzikleri kullanılabilir.
- ✓ Kullanılan ilaçların her gün aynı saatte ve dikkatli olarak verilmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Doğumsal kalp hastalığı olan çocukların çoğu fiziksel olarak tamamen aktif bir yaşam sürebilir. Bu çocukların günlük aktivitelerine herhangi bir kısıtlama getirmeye gerek yoktur.

EPİLEPSİ

Halk arasında "sara hastalığı" olarak da bilinen epilepsi, beyin aktivitesinin anormal hale geldiği, nöbetlere veya alışılmadık davranışlara, duylara ve bazen bilinç kaybına neden olan merkezi sinir sisteminin (nörolojik) bir bozukluktur. Çocukluk çağında başlayan epilepsilerde, nöbetler en yaygın nörolojik problemidir.

Nedenleri

Epilepsi vakalarının yaklaşık yarısında belirlenebilir bir neden olmadığı gibi çeşitli birçok faktör de epilepsiye neden olmaktadır. Bunlar:

- ✓ Genetik etki. Bazı genler, bir kişiyi nöbet tetikleyen çevresel koşullara daha duyarlı hale getirebilmektedir. Bazı epilepsi türlerine neden olan spesifik genler tanımlanmıştır.
- ✓ Kafa travması. Travmatik yaralanmalar sonucunda kafa travması epilepsiye neden olabilmektedir.
- ✓ Beyin tümörleri veya inme epilepsiye neden olabilir. İnme, 35 yaşından büyük yetişkinlerde epilepsinin önde gelen nedenidir.
- ✓ Bulaşıcı hastalıklar. Menenjit, AIDS ve viral ensefalit gibi bulaşıcı hastalıklar epilepsiye neden olabilmektedir.
- ✓ Doğum öncesi travma. Gebelikte annede enfeksiyon, kötü beslenme veya oksijen eksiklikleri gibi çeşitli faktörlerin bebekte neden olabileceği beyin hasarı epilepsi veya serebral palsiye neden olabilir.
- ✓ Gelişimsel bozukluklar. Epilepsi bazen otizm ve nörofibromatozis gibi gelişimsel bozukluklarla ilişkili olabilir.

Epilepsi Tipleri

Epilepsi tipleri, epilepsinin nedenine, yaygınlığına ve etkilerine göre değişmektedir. Nöbetlerin tüm beyni etkilediği jeneralize (genel) epilepsi ve nöbetlerin beynin belirli bir kısmında başladığı parsiyel ya da fokal (bölgesel) epilepsi olmak üzere epilepsinin iki tipi vardır.

Jeneralize epilepsilerde beyinde nöbetlerin kaynağını oluşturan tanımlanmış belli bir alan yoktur.

Jeneralize nöbetler;

- ✓ **Absans nöbetler:** Kısa süren, kişinin donuk bakması ya da göz kapağı veya yüz kaslarında seyirmeler olmasıdır. Nöbet sırasında çocuk uyarıları algılamaz, kısa süreli bilinç kaybı olur.
- ✓ **Tonik-klonik nöbetler:** Bu nöbetlerde tam bilinç kaybı mevcuttur. Kollarda ve bacaklarda kişinin düşmesine sebep olan kaskatı kesildiği dönem (tonik faz) ve sonrasında ritmik sarsılma (klonik faz) ile karakterizedir.

- ✓ **Tonik nöbetler:** Bu nöbetler tonik-klonik nöbetlere benzer, fakat klonik fazda görülen ritmik sarsılmalar oluşmaz. Hasta kaskatı olur.
- ✓ **Myoklonik nöbetler:** Bilinç kaybı olmadan, vücudun herhangi bir kısmında çok kısa süreli, ani sarsılmaları içerir. Tüm vücut, bazen de tek kol, kollar veya baş etkilenebilir.
- ✓ **Atonik nöbetler (ani düşme nöbetleri):** Bu nöbetleri yaşayanlarda insanlarda, yere düşmeye sebep olan, kas tonusunda ani bir kayıp olur.
- ✓ Parsiyel epilepsi beyinin bir bölgesinden başlayan nöbetlerdir. Nöbetler bazen yayılarak jeneralize nöbete de dönüşebilmektedir.
- ✓ **Basit parsiyel nöbetler (bilinç durumu bozulmaz):** bilinçte değişiklik olmaksızın el veya yüz kaslarında sarsıcı hareketler, parlayan ışıklar veya uğultulu bir ses gibi belirtilere neden olur. Kişinin nöbet anında yaşadıkları beyin hangi bölgesinin etkilendiğine bağlıdır. Bilinç etkilenmezse de bu kişinin nöbeti kontrol altına alabileceği anlamına gelmez.
- ✓ **Kompleks parsiyel nöbetler (bilinç bozukluğu ile giden):** Bu nöbetler sıklıkla, korku hissi, kötü bir koku ya da algıda değişiklik gibi bir aura ya da nörolojik uyarı ile başlar. Auradan sonra, bilinç değişebilir; konuşma durabilir ve kişi çiğneme, yutma, ellerini durmadan kımıldatma gibi otomatik tekrarlayıcı hareketler ya da bir yerden bir yere amaçsız hareket sergileyebilir. Kişi nöbeti hatırlamaz veya geçici hafıza kaybı görülür.

Belirti ve Bulgular

Belirtiler, nöbet tipine bağlı olarak değişmektedir. Çoğunlukla epilepsisi olan bir kişi her seferinde aynı tipte nöbet geçirme eğilimindedir. Bu nedenle belirtiler her atakta benzerdir.

Tanı

Epilepsi tipinin erken teşhisi ve nöbet tipi, tedaviyi, sonuçları ve uzun süreli nörolojik prognozu etkilediğinden önemlidir. Bu nedenle epilepsi tanısı çok dikkatli konulmalıdır. Tanı koymada nöbet sırasında çekilen video kayıtları önemlidir. Çocuğun ailesi, çevresi çocuğun nöbet geçirdiği anda videosunu çekip kaydetmelidir. Tanı EEG, beyin görüntüleme (manyetik rezonans-MR), kan tahlilleri ile desteklenir. Video EEG ile kesin tanı konulur.

Tedavi

Epilepsi tedavisinde antiepileptik ilaçlar kullanılmaktadır. Antiepileptik ilaçlar nöbetleri önleme ve kontrol altında tutmada etkilidirler.

Komplikasyonları

Status epilepticus: Bu durum, beş dakikadan fazla süren sürekli bir nöbet veya aralarında tam bilinç kazanmadan tekrarlayan nöbetler geçirir durumudur. Status epileptikusu olan kişilerde kalıcı beyin hasarı ve ölüm riski artmıştır.

Epilepside ani beklenmeyen ölüm (Sudden unexpected death in epilepsy - SUDEP): Nedeni tam olarak bilinmemektedir; ancak bazı araştırmalar kalp ve solunum rahatsızlıklarından kaynaklanabileceğini göstermektedir.

Epilepsili Çocuğa Yaklaşım

- ✓ Çocuğun nöbet geçirdiği sıradaki görünüşü aileler ve çevresi için çok korkutucu olabilir; ancak sakın kalmaya çalışmalı, çocuğu çarpmalardan korumak için çevresi tehlikeli eşyalar uzak olacak şekilde yere yatırmalıdır. Çocuğun rahat nefes alıp vermesi sağlanmalı ve soluk borusu gerekirse temizlenerek açık tutulmalıdır.
- ✓ Çocuğun aktivitelere katılması yararlıdır; ancak görevli kişilerin çocuğun hastalığı ve nöbet anında yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilmesi gereklidir.
- ✓ Epilepsili çocukların çoğu en az diğer çocuklar kadar öğrenme yeteneğine sahiptirler. Epilepsi hastası olan çocuk ve gençler eğitimlerine devam edebilirler. Okulda çocuktan sorumlu olan kişiler de bilgilendirilmelidirler.

- ✓ Epilepsili bazı çocuklarda öğrenme güçlüğü gözlenebilir. Çoğunlukla öğrenme güçlükleri hafiftir; fakat ciddi öğrenme güçlüğü olanlarda özel eğitim gereksinimi vardır.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Tip 1 Diyabete ilişkin verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Diyabetlilerde öğün sayısı üç ana, iki ara öğün şeklinde düzenlenir.
- b) Kan şekeri 70 mg/dl'nin altında ise hipoglisemi tedavisi uygulanmalıdır.
- c) Diyabetli çocuklar çok efor gerektiren bir spor türlerinden kaçınmalıdır.
- d) İnsülin çocuklara cilt altı enjeksiyon olarak verilir
- e) Tip 1 diyabet her yaşta görülebilir.

2. Tip 1 Diyabetin belirti bulguları arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Çok sık idrara çıkma
- b) Sık yemek yeme
- c) Çok su içme
- d) Obezite
- e) Halsizlik

3. Çocukluk dönemi astımına ilişkin verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kentte yaşayanlar kırsal kesimlerde yaşayanlara oranla astıma daha eğilimlidir.
- b) Astım başlangıcı kızlara nazaran erkeklerde daha erkendir.
- c) Öyküde ailede alerjik hastalık hikayesi önemlidir.
- d) Wheezing en çok 5 yaş üstü astımlı çocuklarda görülür.
- e) Öksürük nöbetleri daha çok öğle saatlerinde görülmektedir.

4. Çocuklarda astım belirtilerin bazı özellikleri vardır. Aşağıdakilerden hangisi bu özelliklerden değildir?

- a) Tekrarlayıcı karakterde, nöbetler halinde olması
- b) Daha çok öğle saatlerinde olması
- c) Kendiliğinden/ ilaçlarla hafifler veya kaybolur olması
- d) Şikayetlerin olmadığı dönemlerin varlığı
- e) Bazı faktörlerle tekrar başlaması

5. Fenilketonüriye ilişkin verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Otozomal resesif geçiş göstermektedir.
- b) Doğumda Fenilketonüriye ait belirti bulgu gözlenmez.
- c) Saç renkleri ve tenleri daha koyudur.
- d) İdrarda küfümsü koku olur.
- e) Erken tanı ve tedavi ile çocuklar normal gelişim gösterebilir.

6. Fenilketonürlü bir çocuğun bakımına ilişkin yapılması gerekenler arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Büyüme gelişmesi düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
- b) Erken tanı için Guthrie tarama testi tüm yenidoğanlara uygulanmalıdır.
- c) Aileye hastalığın önemi ve beslenmesi açıklanmalıdır.
- d) Aile genetik danışmanlık almalıdır.
- e) Ömür boyu fenilaleninsiz diyet uygulanmalıdır.

7. Kistik fibrozisli bir çocukta en şiddetli belirti hangi organ/sistemde görülmektedir?

- a) Akciğerler
- b) Sindirim sistemi
- c) Böbrekler
- d) Beyin
- e) Sinir sistemi

8. Kistik Fibroze ilişkin bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hastalığın spesifik tedavisi yoktur.
- b) İyi sindirilmeyen besinlerin ve vitaminlerin eksiklikleri görülür.
- c) Sık sık bronşit, pnömoni gibi akciğer hastalıkları geçirirler.

- d) Kızlarda erişkin yaşlarında çocuk sahibi olma olasılıkları azalmıştır.
e) Özellikle A,D,E,K vitaminleri eksiklikleri görülür.

9. Siyanozsuz konjenital kalp hastalıklarında en sık görülen defekt hangisidir?

- a) Atrial Septal Defekt b) Ventriküler Septal Defekt c) Patent Duktus Arteriozus
d) Aort Koarktasyonu e) Aort Stenozu

10. Epilepsili olduğu bilinen bir çocuğun donuk bakma ya da göz kapağı veya yüz kaslarında seyirmeler olması tarzında meydana gelen nöbet hangi tip nöbettir?

- a) Absans nöbet b) Tonik Nöbet c) Atonik nöbet
d) Myoklonik nöbet e) Tonik-klonik nöbet

Cevap Anahtarı 1.c, 2.d, 3.e, 4.b, 5.c, 6.e, 7.a, 8.d , 9.b ,10.a

ÜNİTE 9

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE SIK KARŞILAŞILAN ENFEKSİYON HASTALIKLARI

GİRİŞ

Enfeksiyon hastalıkları, sağlık sistemindeki iyileşmelere, yeni geliştirilen tanı ve tedavi yöntemlerine ve daha iyi bakım koşullarına rağmen özellikle çocuklar olmak üzere tüm toplumu tehdit etmeye devam etmektedir. Çocuklar, özellikle yaşamın ilk beş yılında bağışıklık (immün) sistemleri tam gelişmediği, aşılarmaları henüz tamamlanmadığı, diğer çocuklarla yakın temas halinde oldukları ve henüz hijyen davranışları gelişmediği için daha fazla enfeksiyon riskine sahiptirler.

Bu bölümde, çocukluk döneminde sık görülen enfeksiyon hastalıkları incelenecektir. Enfeksiyon hastalıklarını tek tek anlatmadan önce konu içerisinde sık sık değinilecek olan bazı temel kavramları tanımlayalım ve enfeksiyon hastalıklarının genel özelliklerine değinelim:

Enfeksiyon: Bir mikroorganizmanın enfeksiyona duyarlı bireyin vücut dokusuna girip üremesi, çoğalması ve koloniler oluşturmaya enfeksiyon denir.

Enfeksiyon hastalığı: Bir mikroorganizmanın enfeksiyona duyarlı bireyin vücut dokusuna girdikten sonra bu kişide hastalık belirtileri ya da doku travması şeklinde fizyolojik yanıt oluşturmaya enfeksiyon hastalığı denir.

Etken: Enfeksiyon yapma potansiyeli olan mikroorganizmalardır. Fakat tüm mikroorganizmalar tehlikeli değildir. Bazıları insan vücudunda yaşadığı halde enfeksiyon yapmaz, aksine vücuda yararlıdır. Bu mikroorganizmalara **saprofit mikroorganizmalar** denir.

Kaynak: Patojen mikroorganizmaların yaşayıp çoğaldıkları çevreye denir. Bu kaynak herhangi bir insan, hayvan veya gıda olabilir.

Bulaşma: Yeni bir enfeksiyon oluşması için kaynaktan çıkan enfeksiyon etkenlerinin duyarlı bir konakçıya taşınması için bir bağlantı gerekir.

ÇOCUKLARDA ENFEKSİYON HASTALIKLARI RİSK FAKTÖRLERİ

Okul öncesi kreş ve yuvaya giden çocuklarda enfeksiyon hastalıkları özellikle mide-bağırsak (gastrointestinal) sistem ve solunum sistemi enfeksiyonları sıktır. Özellikle kreşe yeni başlayan çocuklarda risk daha yüksektir. Çocuklarda sık görülen enfeksiyon hastalarını sırasıyla inceleyelim:

SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI

Bu enfeksiyonlar üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) ve alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) olmak üzere ikiye ayrılır.

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları (ÜSYE)

Orta kulak enfeksiyonu, soğuk algınlığı, sinüzit, farenjit, tonsillit ve epiglotit çocuklarda en sık görülen üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır.

Orta kulak enfeksiyonu (Otitis media)

Orta kulakta gelişen enfeksiyonlara denir. Orta kulak enfeksiyonları genellikle bir üst solunum yolu enfeksiyonu (örneğin, soğuk algınlığı) sonrası ortaya çıkar. Neden olan etkenler genellikle bakterilerdir. Hastalar en çok işitme kaybı, kulakta dolgunluk hissi ve ağrıdan yakınır. Orta kulak enfeksiyonu, üst solunum yolu enfeksiyonları içinde en şiddetli seyreden, tekrarlama riski yüksek olan ve tekrarlama durumunda işitme kaybına yol açabilen bir hastalıktır.

Soğuk algınlığı

Soğuk algınlığına virüsler neden olur, enfeksiyon insandan insana yakın temasla ve hava yoluyla bulaşabilir. Soğuk algınlığı virüslerden kaynaklandığından, antibiyotik kullanmak yararsızdır. Çocuğun yatakta dinlenmesi sağlanır. Ateşi sık aralarla izlenir. Burun damlaları veya spreyleri kullanılabilir.

Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları (ASYE)

Alt solunum yolu enfeksiyonları tüm dünyada çocuklarda sık rastlanan hastalıklardır. Çocuklarda en sık görülen alt solunum yolu enfeksiyonlarının başında; krup, bronşit, bronşiolit ve pnömoni(zatürre) gelir.

Bronşiolit

Çocuklarda sık rastlanan bir alt solunum yolu hastalığıdır. Çoğunlukla ilk iki yaşta özellikle de ilk altı ayda sık görülür. En sık nedeni respiratuar sincityal virüs (RSV)'tür.

Bronşiolit tekrarlayıcı bir özellik gösteriyorsa altta yatan hastalığın (örneğin, doğumsal kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı) tedavisinin yapılması önemlidir. Korunmada kalabalık ortamlarda yaşayan çocukların mümkün olduğunca hastalarla yakın temasının azaltılması, ortamın yeterli havalandırılması, çocukluk dönemi aşılarının tamamlanması önerilir.

Pnömoni (Zatürre)

Pnömoni, sıklıkla enfeksiyon etkenleriyle oluşan bir akciğer hastalığıdır. Dünyada çocukluk çağı pnömonileri çocuk ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır ve 5 yaş altı ölümlerin %15'inden sorumludur. Çocuklarda pnömoniye en sık neden olan etkenler bakteriler ve virüslerdir. İki yaşın altındaki bebeklerde ise en sık etken virüslerdir. En çok bulaşma yolu ev içi yakın temasla ve damlacıkların solunum yoluyla alınmasıyla oluşur. Kirli yüzeylerle direk temas, bulaşmada önemli rol oynar.

Pnömonide çocuğun solunum sayısı artar; ateş, balgamlı veya balgamsız öksürük, göğüs ağrısı, karın ağrısı, halsizlik, iştahsızlık ve solunum güçlüğü meydana gelir. Tedavide destekleyici tedavi (yeterli beslenme, sıvı desteği, oksijen tedavisi, dinlenme vb.) ve antibiyotik tedavisi uygulanır. Tüm çocuklara pnömoni aşısının yapılması korunmada önemlidir.

AKUT GASTROENTERİTLER (AGE)

Akut gastroenterit (AGE) akut kusma ve ishal ataklarıyla kendini gösteren, mide ve bağırsak (ince veya kalın bağırsaklar) hastalığıdır. İshal sulu veya yumuşak ve sık dışkılama olarak tanımlanır. Özellikle 0-5 yaş grubunda viral etkenlerin başında rotavirüs, norovirüs ve adenovirüs gelir.

Belirti ve bulgular: Genellikle bulantı, kusma, ateş, sık ve sulu dışkılama, karında kramp tarzı ağrı ve şişlik, kas ve eklem ağrısı, halsizlik görülür. Ayrıca sık dışkılama ve dışkının asidik özelliği nedeniyle çocukta pişik gelişebilir. AGE'li bir çocukta en önemli sorun sıvı kaybı (dehidratasyon) ve elektrolit dengesizliğidir. Çocuğun yakınmalarına genel sıvı kaybı belirti ve bulguları eşlik eder.

Tedavi ve bakım: İshalde değişik derecelerde sıvı ve elektrolit kaybı olduğu için tedavide öncelik sıvı kaybını önlemek ya da düzeltmektir. Bunun için çocuğun genel durumuna, sıvı kaybı varlığına ve/veya derecesine göre uygun sıvı ve elektrolitler ağızdan ya da damar yoluyla verilir. Ağızdan sıvı desteği erken başlanırsa sıvı kaybı önlenabilir ve tedavi evde sürdürülebilir. Fakat bazen çocuğun yaşı, etken patojenin (hastalık yapıcı mikroorganizma) özelliği, altta yatan kronik hastalık ya da bağışıklık yetersizlik nedeniyle ishal çok ağır seyredebilir.

Hafif ya da orta şiddette ishallerde çocuğa günlük hazırlanabilen ağızdan rehidratasyon sıvısı (ORS) verilir. ORS desteğinin hemen başlanması hem sıvı kaybını önler ve şiddetini azaltır hem de hastaneye yatış riskini azaltır.

Korunma: Kontamine gıda ve suların ishal salgınlarına neden olduğu unutulmamalıdır. Korunmada önemli konulardan biri temiz gıda ve içme suyunun kullanımıdır. Akut gastroenteritlere en sık neden olan viral etken Rotavirüsler olduğu için bebeklerin Rotavirüse karşı aşılması önemlidir. T.C . Sağlık Bakanlığı aşılama programında henüz yer almamakla birlikte bebeklere ilk altı ayda Rotavirüs aşısı uygulanması önerilmektedir.

BULAŞICI HASTALIKLAR

Çocuklarda bulaşıcı hastalıklar çoğu kez kendisini sınırlandıran, tedavisiz iyileşebilen akut enfeksiyon hastalıklarıdır. Bulaşıcı hastalıkların döküntülü olan türlerinde temel iki bulgu ateş ve döküntüdür. Birçoğunun etkeni virüslerdir. Virüslere bağlı gelişen döküntülü, bulaşıcı hastalıkların tanısı hasta çocuk için olduğu kadar özellikle gebeler, bağışıklık sistemi zayıf olan kişilere bulaşma ve toplumda salgın yapma riskleri olduğu için önemlidir.

Döküntülü Hastalıklar

Kızamık

Aşıyla önlenemeyen ve daha çok çocuklarda görülen bir enfeksiyon hastalığıdır. Etken measles virüsü (morbillivirüs)'dür. İnkübasyon dönemi 8-12 gündür. Kızamık virüsü burun ve boğaz içindeki salgılarda bulunduğu için hasta kişiden sağlıklı kişiye konuşma, hapşırmaya ya da öksürme ile tükürük damlacıklarının yayılması ile bulaşır. Bulaştırıcılık süresi döküntüler başlamadan önce üç ve başladıktan sonra beş olmak üzere, yaklaşık 10-12 gündür. En çok sonbahar ve kış aylarında görülür.

Belirti ve bulgular: Hastalığın başlangıcında birkaç gün ateş, burun akıntısı, gözlerde kızarıklık ve öksürük olur, ardından ağız içinde kenarları kırmızı, ortası gri-beyaz lekeler (koplik lekesi) oluşur. İki-üç gün sonra ciltte küçük kırmızı döküntüler görülmeye başlar. Döküntülerin özelliği önce makül (ciltten kabarık olmayan kırmızı döküntü), sonra makülopapüler (ciltten kabarık kırmızı döküntü) tarzıdır. Döküntüler genellikle yüzde, boyunda veya kulak arkasında başlar, daha sonra gövdeye, kollara ve bacaklara yayılır. Çocuğun lenf bezleri şişer ve ciltte kaşıntı olur. Hastalığın iyileşme döneminde öksürük bir-iki hafta sürebilir. Hastalığı geçiren kişi ömür boyu bağışık olur. Hastalığa bağlı ortakulak iltihabı, pnömoni, larenjit (gırtlak iltihabı) ve ensefalit (beyin iltihabı) gibi yan etkiler gelişebilir.

Tedavi ve bakım: Kızamık geçiren çocuğun okula gitmemesi ve evde dinlenmesi gerekir. Özellikle ateşli dönemde yatak istirahati gerekir. Reçete edilen ateş düşürücüler verilir.

Korunma: Kızamıktan korunmanın tek yolu aşıdır. Kızamık aşısı kızamığa karşı son derece etkin ve güvenlidir. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı aşı takvimine göre kızamık aşısı kızamıkçık ve kabakulak ile birlikte 12. ayda (birinci doz) ve ilköğretim birinci sınıfta (ikinci dozu) yapılmaktadır.

Kızamıkçık

Aşıyla önlenemeyen ve daha çok çocuklarda görülen bir enfeksiyon hastalığıdır. Nedeni rubella virüsüdür. İnkübasyon dönemi 14-21 gündür. Virüs vücuda girdikten 5-7 gün sonra tüm vücuda yayılır. Bu sırada virüs kan ve solunum yollarından, beyin omurilik sıvısından ve idrardan saptanabilir. Bulaştırıcılığı döküntüler başlamadan 4 gün önce başlar ve döküntüler başladıktan sonra 4 gün daha devam eder. Çocukların yaklaşık yarısı hastalığı herhangi bir belirtisi olmadan geçirebilir. Annenin gebelikte kızamıkçık geçirmesi ölü doğum, düşük ve bebekte doğumsal bozukluklara neden olabilir. Anne karnında kızamıkçık virüsü bulaşmış bebekler yaklaşık bir süreyle virüsü yaymaya devam edebilirler.

Belirti ve bulgular: Kızamıkçık hastalığı genellikle hafif geçirilir. Belirtiler ciltte maküler döküntüler, lenflerde büyüme ve hafif ateş şeklindedir. Döküntü yüzden başlar, 24 saat sonra tüm vücuda yayılır ve üç gün içinde kendiliğinden söner.

Tedavi ve bakım: Hastalığa özgü bir tedavi yoktur. Destekleyici tedavi yapılır.

Suçiçeği

Suçiçeği, Varicellazoster virüsünün neden olduğu döküntülü bir enfeksiyondur. İnkübasyon dönemi 14-21 gündür. Suçiçeği her yaşta ve mevsimde görülebilen bir enfeksiyon olsa da en çok 2-8 yaş arası çocuklarda ve kış-ilkbahar aylarında görülür. Enfeksiyon oldukça bulaşıcıdır. Döküntülerle direk temas ve solunum damlacıklarıyla bulaşır. Bulaştırıcılık döküntüden 7 gün öncesinde başlar, döküntü iyileşinceye kadar devam eder. En yüksek bulaştırıcılık döküntü öncesi dönemdedir.

Belirti ve bulgular: Hastalık 1-2 gün süren hafif ateş, halsizlik ile başlar. Daha sonraki günlerde yüzde ve saçlı deride başlayıp daha sonra gövdeye, tüm vücuda, hatta konjonktivaya ve diğer mukozalara yayılan döküntüler oluşur. Suçiçeğinde döküntüler, makülopapüler (kırmızı, ciltten kabarık döküntü) - veziküler (içi şeffafsıvı dolu küçük lezyon) ve kabuklanma gösteren özelliktedir.

Tedavi ve bakım: Tedaviye çocuğun bağışıklık durumuna ve hastalığın şiddetine göre karar verilir. Bağışıklık sorunu (yetersizlik gibi) olmayan çocuklara destekleyici tedavi uygulanır. Suçiçeği geçiren çocuklara antiviral (virüslere etkili) ilaçlar verilebilir. Kaşıntı için alerji ilaçları ve losyonlar kullanılır. Suçiçeği olan çocuklara asla aspirin verilmemelidir. Çünkü aspirin Reye sendromu denilen ciddi ve öldürücü olabilen ağır karaciğer yetmezliği ve beyin hasarlanması (ensefalopati) şeklinde bir tabloya yol açabilir.

Korunma: En önemli korunma yolu aşılanmadır. Suçiçeği aşısının hastalık sıklığını, hastaneye yatışları ve ölüm riskini azalttığı gösterilmiştir.

Kızıl

Kızıl A grubu beta hemolitik streptokokların neden olduğu döküntülü bulaşıcı bir hastalıktır. İnkübasyon dönemi 2-5 gündür.

Belirti ve bulgular: Ani başlangıçlı ateş, titreme, boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, toksik (ciddi hastalıklı) görünüm vardır. Toksik görünüm, ciddi hastalıklı görünümdür. Cilt rengi soluk ya da mor, emmeme, huzursuzluk, halsizlik, aşırı ağlama ya da hiç ağlamama, uykuya eğilim gözlenir.

Tedavi ve bakım: Tedavide ilk olarak tercih edilen antibiyotik penisilindir. Penisilin alerjisi olan çocuklarda alternatif antibiyotiklerle tedavi edilir. Tedavi yaklaşık 10 gün sürdürülür.

Korunma: Henüz geliştirilmiş bir aşısı yoktur. Hasta çocuktan diğer kişilere bulaşmayı önlemek için temas önlenmelidir.

Beşinci hastalık (Eritemaenfeksiyozum)

İnsan parvovirüs B19'un neden olduğu, özellikle okul çağı çocuklarda görülen hafif seyirli, ateşli ve döküntülü bir hastalıktır. İnkübasyon dönemi 4-10 gündür. Hastalığın başlangıcında ateş burun akıntısı, boğaz ağrısı, kusma, bulantı ve ishal görülür. Bu bulgulardan yaklaşık 2-5 gün sonra yüzde yanak ön-dış yan bölgelerinde (tokat atılmış gibi) kırmızı döküntü ve ağız çevresinde solukluk başlar. Gebelik döneminde geçirilmesi anne karnındaki bebekte bazen ölü doğum veya ağır anemilere sebep olabilir. Hastalığı geçiren kişi ömür boyu bağışıklık kazanır.

Altıncı hastalık (Roseolainfantum)

Herpes virüs ailesinden virüslerin neden olduğu süt çocukluğu döneminde görülen hafif seyirli bir enfeksiyon hastalığıdır. Ateş en önemli belirtisidir ve 39°C'nin üstüne çıkar ve ateş 3-4 gün sürebilir. Ateş düştükten sonra tüm vücutta yaygın olarak ense, boyun ve sırtta makülopapüler (pembe-kırmızı küçük sivilceye benzer) döküntüler görülür.

El-ayak-ağız hastalığı

Çocuklarda Coxsackie virüslerin neden olduğu el-ayak-ağız hastalığı veziküler döküntülere neden olan bir hastalıktır. İlkbahar ve yaz aylarında daha sık gözlenir. Kreş çocuklarında daha sık gözlenir. Yüksek ateş, ağız, ağız çevresi ve boğazda vezikül (sulu kabarcıklar), el ve ayaklarda makülopapüler,

veziküler döküntüler oluşur. Ateş 7 gün kadar sürebilir. Ağız ve boğazdaki döküntüler, özellikle yumuşak damakta, yanak içi, dişeti ve dilde görülür.

Döküntüler yaklaşık bir haftada iyileşir. Kaşıntısızdır. Gövdede döküntü görülmez.

Tedavi: Belirti ve yakınmaları azaltmak için yapılır. Herhangi bir ilaçla tedavisi yoktur. Hastalık toplam 2-3 hafta sürer. Çocuk ağız ve boğazındaki yaralar nedeniyle yemek yiyemeyebilir, sıvı alamayabilir. Çocuğun yeterli sıvı alması sağlanmalıdır [13].

Korunma: Aşısı olmayan bir hastalıktır. Korunmada kreş ve okul gibi ortamlarda çocukların genel hijyen ve el yıkama alışkanlıklarının kazandırılması önemlidir.

Döküntülü Olmayan Hastalıklar

Çocuklarda görülen bulaşıcı hastalıklardan hastalığa özgü primer cilt döküntüsü olmayan bulaşıcı hastalıklar içinde kabakulak, boğmaca, poliomiyelit, tetanos ve menenjit sayılabilir.

Kabakulak

Hastalık etkeni paramiksovirüstür. Virüs tükürük (parotis) bezlerinde enfeksiyona neden olur, fakat diğer organlara da yayılabilir.

Belirti ve bulgular: Tükürük bezleri şişmeden önce halsizlik, iştahsızlık, ateş, kulak ve baş ağrısı, yutma zorluğu gibi belirtiler gözlenir. Daha sonra enfekte olan bölgedeki tükürük bezleri şişer ve ağrıya neden olur

Tedavi ve bakım: Çocuk yatak istirahatine alınır. Bulaştırıcılığı çok yüksek olduğu için belirtiler başladıktan sonra yaklaşık bir hafta okula gönderilmez. Ateş ve ağrı için ateş düşürücü ve ağrı kesici ilaçlar kullanılır.

Korunma: Kabakulak aşısıyla önlenebilen bir hastalık olduğu için çocukların mutlaka aşılması gerekir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı aşı takviminde 12. ayda ve ilkokul birinci sınıfta kızamık ve kızamıkçık aşısı ile birlikte uygulanır.

Boğmaca

En sık altı ayın altındaki bebeklerde görülen ve Bordetellapertusis adlı bakteri nedeniyle oluşan çok bulaşıcı solunum yolu enfeksiyonudur.

Belirti ve bulgular: Hafif öksürük ve burun akıntısı ile başlar. Ateş nadiren görülür. Öksürük giderek artar. Üst üste kesik kesik boğulur tarzda öksürük, bunu izleyen derin ve sesli bir soluk alma ve daha sonra da kusma görülür.

Tedavi ve bakım: Erken dönemde uygun antibiyotik tedavisinin başlanması önemlidir. Öksürük nöbetleri nedeniyle çocuk sıvı kaybeder, besin ya da sıvı alması da zorlaşır. O nedenle çocuğun yeterli beslenmesi, hatta bazen damar yoluyla sıvı desteği alması gerekir.

Korunma: Hastaların duyarlı bireylere hastalığı bulaştırmasını önlemek için tedavi başladıktan 5 güne ve tedavi edilmemiş durumlarda belirtiler başladıktan 21 gün sonrasına kadar koruyucu önlemler alınır. T.C. Sağlık Bakanlığı rutin aşı programında boğmaca aşısı yer almaktadır. Tüm bebek, çocuk ve adolesanların aşılarının zamanında yapılması ve tamamlanması hastalık kontrolünde önemlidir.

OKUL VE KREŞLERDE ENFEKSİYON HASTALIKLARINDAN GENEL KORUNMA ÖNLEMLERİ

Okul ve kreşlerde kişisel hijyen uygulamaları ve çevre temizliği ile ilgili öğrenci, personel ve aile eğitime alınmalı, okul içinde ve bahçesinde iyi hijyen uygulamaları hakkında sağlık eğitimi yapılmalı ve denetimler sürdürülmelidir. Özellikle solunum yolu enfeksiyonları ve enfeksiyöz ishallerin yayılmasını kontrol etmede çok önemli ve en etkili yollardan biri, etkinel hijyeni uygulamasının sağlanmasıdır.

Kan, dışkı, salya, kusma, burun ve göz akıntısı gibi tüm sıvılar hemen temizlenmelidir. Personel koruyucu giysiler giymeli ve uygun temizleme malzemesi kullanılmalıdır. Çöp toplama, taşıma uygulamalarında görevli kişilerin giyecekleri iş elbiseleri ve donanımları (gözlük, maske, eldiven, çizme, iş kıyafetleri) standartlara uygun olmalıdır.

Besinlerin, satın alma, depolama, hazırlama ve pişirme, servisi esnasında hijyen kurallarına uyulmalıdır. Yemekhane ve kantinin temizliği, çalışanların temizlik ve hijyen kurallarına uyup uymadıkları sıklıkla kontrol edilmelidir.

Bağıışıklık sistemi ciddi şekilde etkileyen lösemi gibi kanser hastalığı olan veya yüksek doz kortikosteroid tedavisi alan çocuklar, enfeksiyon hastalıklarına daha yatkındırlar. Bu çocuklar takip edilmeli ve kendilerini enfeksiyonlardan korumaları konusunda farkındalıkları arttırılmalıdır.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşıyla önleneyen bir hastalık türü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Suçiçeğı b) Kızıl c) Beşinci hastalık
d) Altıncı hastalık e) El-ayak-ağız hastalığı

2. Hastalık-belirti çiftlerinden hangisi doğru eşleştirilmiştir?

- a) Kızamık-çilek dili b) Kızamıkçık-koplik lekesi c) Boğmaca-tükürük bezinde şişme
d) Kabakulak-havlar tarzda öksürük e) Kızıl-eritem tarzı döküntü

3. Annenin gebeliği sırasında geçirildiğinde ölü doğuma, düşüklere ve bebekte doğumsal bozukluklara aşağıdakilerden hangisi yol açar?

- a) Kızamık b) Kızamıkçık c) Kabakulak d) Kızıl e) Hepatit-B

4. Fekal-oral yolla aşağıdaki hastalıklardan hangisi bulaşır?

- a) Kızamık b) Suçiçeğı c) Kabakulak d) Gastroenterit e) Kızıl

5. Tüm vücutta yaygın makülopapüler ve veziküler döküntü aşağıdaki hastalıklardan hangisinde görülür?

- a) Kızamık b) Kızamıkçık c) Suçiçeğı d) Kızıl e) Kabakulak

6. Özellikle bebeklerde öksürük, hışıltı (hırıltı) ve nefes verirken zorlanma gibi solunum güçlüğü bulguları aşağıdakilerden hangisinde görülür?

- a) Boğmaca b) Orta kulak enfeksiyonu c) Bronşiolit
d) Kabakulak e) Soğuk algınlığı

7. Kızıl hastalığının etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) A grubu beta hemolitik streptokok b) Coxackie virüs c) Streptococcus pneumoniae
d) Paromixovirüs e) Parainfluenza virüs

8. Özellikle bebeklerde aşağıdakilerden hangisi ağır seyreder, hastaneye yatmaya ve oksijen yetersizliğine neden olur?

- a) Orta kulak enfeksiyonu b) Bronşiolit c) Kabakulak
d) Suçiçeğı e) Kızamık

9. Suçiçeğı geçiren bir çocuğa aşağıdakilerden hangisi içirildiğinde Reye sendromuna neden olur?

- a) Antibiyotik b) Asiklovir c) Kortikosteroidler
d) Aspirin e) Penisilin

10. Hasta bireyin aşağıdakilerden hangisinde, bulaştırıcılık süresi boyunca bağışıklal yetersizliği olan kişiler ve gebelerle teması kesinlikle önlenmelidir?

- a) Kızıl b) Gastroenterit c) Pnömoni
d) Bronşiolit e) Kızamıkçık

Cevap Anahtarı 1. a, 2. e, 3. b, 4. d, 5.c, 6.c, 7.a, 8.b, 9.d, 10.e

ÜNİTE 10

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE BAĞIŞIKLAMA

GİRİŞ

Bağışıklık bazı mikroplara karşı aşı veya doğal yolla vücudun kazanmış olduğu direnç durumu olarak tanımlanabilir. Vücudumuzun bağışıklık sistemi vücuda giren yabancı maddeleri ve mikropları parçalayarak ya da dışarı atarak onları etkisiz hale getirir. Bağışıklık sistemimiz başlıca iki yöntem ile vücudumuza mikropların girmesini engeller ve yok edilmesini sağlar.

ÇOCUKLARDA BAĞIŞIKLAMA KAVRAMI VE BAĞIŞIKLIK TİPLERİ

Bağışıklık doğal ve kazanılmış bağışıklık olmak üzere temel olarak iki yolla gelişir. Doğal bağışıklık aktif ve pasif olarak iki şekilde kazanılır.

Aktif doğal bağışıklıkta çocuk hastalık ile karşılaşarak hastalığı geçirir ve bunun sonucunda o hastalığa karşı bağışıklık geliştirir. Aynı hastalık mikrobu ile tekrar karşılaştığında vücut hastalığı tanır ve bağışıklık sistemi devreye girerek tekrar hastalık oluşmasını engeller.

Pasif doğal bağışıklık ise gebelikte anneden plasenta yoluyla bebeğe geçen immünglobülinler (Ig) adını verdiğimiz maddeler yoluyla oluşur. Anneden bebeğe IG geçişi doğumdan önce ve doğumdan sonraki dönemde mümkündür. Doğumdan önce, anneden bebeğe plasenta (kordon) yolu ile sadece IgG geçer. Anneden bebeğe geçen Ig ve antikorlar bebeğin bağışıklık düzeyini yükseltir ve vücut savunması güçlenir.

BAĞIŞIKLIK TİPLERİ



Kazanılmış bağışıklık da doğal bağışık gibi hem aktif hem pasif şekilde sağlanmaktadır. **Aktif kazanılmış bağışıklık** aşılama ile elde edilir. Aşılamada hastalık yapma gücü azaltılmış ya da yok edilmiş mikroorganizmalar (antijen/etken) vücuda verilir. Vücut hastalık yapma gücü azaltılmış olan bu mikroplara karşı antikor oluşturur.

Pasif kazanılmış bağışıklık ise başka insan ya da hayvanlar tarafından üretilen hazır antikorların çocuğa verilmesi ile sağlanır. Pasif bağışıklık sağlayan antikorlar belli bir hastalığa karşı etkili olabilir.

ÇOCUKLARDA AŞILAMANIN ÖNEMİ

Aşılanma yirminci yüzyılda toplum sağlığı için en önemli ilk 10 olay içinde yer almaktadır. Aşılar enfeksiyon hastalıklarına karşı aktif bir şekilde çocukların bağışıklık sistemini güçlendirmekte ve direncini artırmaktadır.

Aşılanmanın Bireysel Olarak Çocuklara Yararları

- ✓ Çocuğu hastalıklardan korur.
- ✓ Enfeksiyon hastalıkları nedeniyle oluşabilecek sakatlıklardan korur.
- ✓ Enfeksiyonlardan ölüm riskini azaltır.
- ✓ Yaşam kalitesini yükseltir.

Aşılanmanın Toplumsal Yararları

- ✓ Toplumda enfeksiyon hastalıkları salgınlarını önler.
- ✓ Hastalığın bölgeden eliminasyonunu sağlar.
- ✓ Hastalığın dünyadan kalkmasını (eradikasyonu) sağlar.
- ✓ Hastalanan kişi sayısı azaldığı için toplumsal üretkenlik artar.
- ✓ Düşük maliyetlidir.

Aşılanmanın temel amacı; toplumu, özellikle de bebek ve çocukları aşı ile korunabilir hastalıklardan korumaktır. Ve hastalıklar nedeniyle gelişebilecek sakatlık ile ölümleri engellemektir.

Günümüzde çocuklarda ölümlere yol açan birçok enfeksiyon hastalığına karşı geliştirilmiş etkin aşı bulunmaktadır. Bazı hastalıklara yönelik aşı geliştirme çalışmaları ise devam etmektedir. Ülkemizde bağışıklama hizmetlerinin yürütülmesi Sağlık Bakanlığı'nın yetkisi alanındadır. Sağlık Bakanlığı'nın en son aşı takviminde çocuklar 13 hastalığa (Hepatit B, Verem, Difteri, Boğmaca, Tetanos, Poliomyelit (Çocuk Felci), Hemofilus İnfluenza tip B, Pnömonokok, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Hepatit A ve Suçiçeği) karşı aşılanmaktadır. Aşılar Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda ücretsiz olarak yapılmaktadır.

T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞI TAKVİMİ

AŞILAR	DOĞUMDA	1. AYIN SONU	2. AYIN SONU	4. AYIN SONU	6. AYIN SONU	12. AYIN SONU	18. AYIN SONU	24. AYIN SONU	İLKÖĞRETİM 1. SINIF	İLKÖĞRETİM 8. SINIF
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT - İPA - Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT - İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

DaBT - İPA - Hib: Difteri, Aselüler, Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza Tıp b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
DaBT - İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)
Td: Erişkin Tipi Difteri - Tetanoz Aşısı
R: Rapel (Pekiştirme)
AŞI TAKVİMİNDEKİ TÜM AŞILAR ÜCRETSİZDİR.

Ülkemizde yukarıda aşı takviminde belirtilen ve Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan aşıların (kamu aşısı) yanında özel sektör tarafından temin edilen aşılar (özel aşı) bulunmaktadır. Bu aşılar Rotavirüs aşısı, Human Papilloma virüs aşısı, menengekok aşıları ve grip aşıları örnek olarak verilebilir. Sağlık Bakanlığı, ücretsiz olarak yapmadığı bu özel aşıların ne zaman yapılması gerektiğini bildirmektedir. Aşı uygulamaları Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli bir şekilde kaydedilmektedir. Her bir çocuğa doğar

doğmaz aşı kartı düzenlenir. Aileye aşı kartının saklanması ve aşı için gelirken beraberlerinde getirmeleri açıklanır. Çocuğa yapılan bütün aşilar tarihleri ile birlikte aşı katına işlenir. Her bir çocuğa yapılan aşilar Sağlık Bakanlığı sistemine de aynı şekilde kaydedilir.

ÇOCUKLUK DÖNEMİ AŞILARI

Sağlık Bakanlığı Çocukluk Çağı Aşı Takviminde Yer Alan Ücretsiz Aşilar

Hepatit B Aşısı

Hepatit B (Sarılık) hastalığı Hepatit B virüsü (HBV) tarafından meydana gelmekte olup tüm dünyada ve ülkemizde yaygın olarak görülmektedir. Ani hastalık sırasında çocukta halsizlik, iştahsızlık, bulantı, yüksek ateş gibi belirtiler meydana gelmekte ve çocuğun hayatını olumsuz etkilemektedir. Hepatit B aşısı ile korunabilir bir hastalıktır. Hepatit B hastalığına karşı koruyan bu aşının ilk dozu doğumdan hemen sonra (ilk 72 saat, tercihen ilk 24 saat içinde) , ikinci dozu 1. Ayın sonunda, üçüncü ve son dozu ise 6. ayın sonunda uygulanır. Enjeksiyon formunda olan aşı kas içine enjeksiyon ile uygulanır.

BCG (Tüberküloz/Verem) Aşısı

Tüberküloz yetişkinlerde olduğu gibi çocukların da yaşamı tehdit eden önemli bir hastalıktır. Tüberküloz hastalığına karşı koruyan BCG aşısı ikinci ayını dolduran bebeklere tek doz olarak uygulanmaktadır.

DaBT-İPA-Hib (Beşli Karma) Aşısı

Bu aşı çocukları difteri (D), boğmaca (aB), tetanos (T), polio (İPA) ve Hemophilus Influenza Tip B (Hib)'ye karşı korumaktadır. Bu hastalıklar çocukluk çağında sık görülmekte ve önemli sorunlara yol açmaktadır. Beşli karma aşısı çocuklara 2,4,6 ve 18. Aylarda uygulanmaktadır.

Çocuk Felci (Poliomyelit) Aşıları: İPA, OPA

İPA (inaktif polio aşısı), OPA ise oral (ağızdan) canlı poliovirüs aşısıdır. Çocuk felci beyin ve sinir hücrelerini tutan ani başlayan ve virüsler ile oluşan bir hastalıktır. Çok bulaşıcı olduğundan salgınlara yol açmakta ve birkaç saat içinde sinir hücrelerini harap ederek geri dönüşümsüz felç oluşturmaktadır. Hastalıktan korumanın tek yolu aşılardır. İPA beşli karma aşısı içinde yer alır, inaktif polio aşısıdır ve kas içine uygulanır. OPA ise ağızdan iki damla halinde 6. ve 18. ayın sonunda İPA ile eş zamanlı uygulanır. Aşılama sayesinde ülkemiz 1998 yılından beri çocuk felci hastalığından arındırılmıştır; ancak sınır komşularımızdaki olumsuz koşullar nedeniyle risk devam etmektedir. Risk ortadan kalkmadığı için aşılamaya devam edilmektedir

Konjuge Pnömonokok Aşısı: KPA

Pnömonokoklar pnömoni, menenjit ve ensefalit gibi hastalıklara yol açarak çocuklarda ölümlere yol açmaktadır. Ülkemizde on yıldır uygulanmakta olan KPA 2, 4, 6 ve 12. ayların sonunda olmak üzere toplam 4 doz kas içine uygulanmaktadır.

Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK) Aşısı

Kızamık özellikle çocuklarda yüksek ateş, ensefalit, orta kulak iltihabı ve pnömoni gibi öldürücü komplikasyonlara (ek sorunlara) yol açar. Kızamıkçık doğumsal kalp hastalıkları, sağırılık ve körlüğe neden olmaktadır. Kabakulak hastalığı ise pankreas iltihabına ve kısırlık gibi önemli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. KKK aşısı ulusal aşı takvimimizde 12. ayın sonunda ve ilköğretim 1. Sınıfta kolun üst kısmına deri altına uygulanmaktadır. KKK aşısı canlı olduğundan kendisinde ve çocukla aynı evde yaşayan kişilerde bağışıklık sistem yetmezliği, HIV (AİDS) ya da kanser varsa uygulanmaz.

Hepatit A Aşısı

Hepatit A ülkemizin özellikle doğusunda çocuklarda yaygın olarak görülen bulaşıcı bir hastalıktır. Hastalık ateş, halsizlik, bulantı, kusma, ishal ve sarılık gibi hafif bulgularla geçirilmektedir. Hepatit A hastalığı yaygın görülmesi ve önemli komplikasyonlara yol açması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle Hepatit A aşısı ülkemizde 2012 yılından beri Sağlık Bakanlığı aşı takvimine alınmıştır. Hepatit A aşısı 18. ve 24. ayın sonunda iki doz halinde kas içine uygulanmaktadır.

Su Çiçeği Aşısı

Çocuklarda suçiçeği hastalığı ateş ve tüm vücutta yaygın döküntü ile hafif seyreden bulaşıcı bir hastalıktır. Ancak yaş büyüdükçe hastalık şiddeti ve komplikasyonlar artmaktadır. Hastalığın hem yaygın görülmesi hem de beyin dokusu enfeksiyonu gibi ölümcül komplikasyonları nedeniyle ülkemizde çocuklar 2013 yılından beri aşılanmaktadır. Suçiçeği aşısı ülkemizde 12 aylık çocuklara, tek doz uygulanmaktadır. Ancak 4-6 yaşlarında ikinci doz önerilmektedir, hatta adolesan ve yetişkinlerin aşı öyküsü ve suçiçeği enfeksiyonu yönünden incelenmesi ve eksik aşılardan tamamlanması önerilmektedir.

Sağlık Bakanlığı Çocukluk Çağı Aşı Takviminde Yer Alan Ücretli Aşılar

Rotavirüs Aşısı

Rotavirüs, bebek ve küçük çocuklarda en önemli ciddi ishal nedenidir. Çocukların neredeyse tamamı hayatının ilk 5 yılında en az bir kez rotavirüs enfeksiyonu geçirmektedir. Dünya Sağlık örgütü ağızdan rotavirüs aşısının ulusal aşı programına alınmasını önermektedir. Ulusal aşı takviminde 2, 4 ve 6. aylarda yapılması önerilmektedir.

Human Papilloma Virüs (HPV) Aşısı

Human Papilloma Virüsün 100'den fazla türü vardır. Bu türlerden bazılarının kanser yapma özelliği yüksektir. HPV'nin bazı türleri özellikle serviks kanserine ve ölümlere neden olmaktadır. HPV aşısının etkili olabilmesi için ilk cinsel ilişki öncesi 11-12 yaş civarında üç doz uygulanması önerilmektedir.

Menengokok Aşıları

Meningokoklar hayatı tehdit eden önemli enfeksiyonlara neden olur [26]. Günümüzde birçok Meningokok aşı çeşidi bulunmakta olup aşı geliştirme çalışmaları devam etmektedir. Mevcut aşılardan çeşitli yaş gruplarına hitap etmektedir. Meningokok aşısı ülkemizde çocukluk dönemi aşı takviminde rutin yer almamaktadır. Yurtta kalan riskli adolesanlara 11-12 yaşlarda tek doz yapılmakta ve 16-18 yaş civarında pekiştirme dozu önerilmektedir.

İnfluenza (Grip) Aşısı

Sağlık Bakanlığı grip için risk gruplarını belirlemiştir. Buna göre iki yaş altında olan, 6 ay-18 yaş arasında olup uzun süre aspirin kullanacak olan, kronik böbrek yetmezliği, kan, kalp-damar, kan, şeker, metabolik ve kronik akciğer hastalığı olan çocuklar grip için risk grubundadır. Grip risk grubundaki çocuklarda ağır seyretmekte, ciddi komplikasyonlara ve ölümlere neden olmaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı risk grubunda bulunan bireylerin aşılanmasını önermektedir.

AŞILARIN UYGULANMASI

Aşılar çocuklara Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimi'nde önerildiği zamanlarda uygulanır. Aşıların tamamı ishal, hafif üst solunum yolu enfeksiyonu, hafif ateş yapan hastalık durumlarında uygulanabilir. Bunun dışında birçok kronik hastalık, astım, epilepsi, böbrek hastalığı ve ameliyat durumu gibi durumlar aşı yapılmasına engel değildir. Ancak ve ancak bir aşıya karşı anafilaktik reaksiyon (yaşamı tehdit edici aşırı duyarlılık reaksiyonu) gelişmiş ise reaksiyon gelişen maddeyi içeren aşılar o çocuğa yapılmamalıdır. Aşılama öncesinde alerji veya önceki aşılarla reaksiyon olup olmadığı sorgulanmalıdır. Bunun dışında çocuğun ateşli ve ya ateşsiz ciddi hastalıkları varsa aşılarla ilgili hekime danışılmalıdır.

Aşılar vücuda çeşitli yollarla verilir. Bazı aşılar ağızdan uygulanırken bazıları ise deri içine, deri altına veya kas içine enjekte edilmektedir. Aşılar uygulanırken verilmiş yolları, miktarı, aşıların uygulanması için özel öneriler, son kullanma tarihleri kontrol edilmelidir. Aşıların uygulanmasında sonra yapılan aşılar aşı kartına kaydedilmelidir.

AŞI SONRASI İSTENMEYEN YAN ETKİLER

Aşılar çocukları ciddi enfeksiyon hastalıkları, salgınlar ve ölümden korumaya yönelik yapılmaktadır. Ancak aşıların içeriği ve uygulanış şekliyle ilgili aşı reaksiyonları veya istenmeyen yan etkiler gelişebilmektedir. Bunların bilinmesi, bu yan etkilere karşı önlem alınması ve erken müdahale edilerek sorunların azaltılması önemlidir. Sağlık Bakanlığı aşı sonrası istenmeyen yan etkileri yakından izlemek ve gerekli önlemleri almak için ASİE (aşı sonrası istenmeyen yan etkileri) izleme sistemi oluşturmuştur.

Aşılar nedeniyle ortaya çıkabilecek durumlar aşı bölgesi ile sınırlı (lokal) olabileceği gibi aşıların bileşiminden kaynaklanan genel belirtiler verebilir.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Yabancı maddelerin ve mikroorganizmaların vücuda girişini engelleyen fiziksel bariyer aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Timus bezi b) Kemik iliği c) Dalak d) Deri e) Lenf bezleri

2. İki temel bağışıklık tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Doğal-kazanılmış bağışıklık b) Güçlü-zayıf bağışıklık c) Birincil-ikincil bağışıklık
d) Ailesel-bireysel bağışıklık e) Kadın-erkek bağışıklığı

3. Çocukta aşağıdakilerden hangisi pasif doğal bağışıklığı sağlayan öğelerden birisi olamaz?

- a) Anneden plesanta yoluyla bebeğe geçen immünglobülinler (Ig)
b) Anneden bebeğe geçen antikorlar
c) Anne sütü ile bebeğe geçen immünglobülinler
d) Anne sütünün mikrobiyata özelliği
e) Aşılar

4. Çocuklarda kazanılmış aktif bağışıklık hangi yolla gelişmektedir?

- a) İmmunglobilinler b) Antikorlar c) Aşılar d) Vitaminler e) Mineraller

5. Aşılanmanın toplumsal yararları arasında aşağıdakilerden hangisi bulunmaktadır?

- a) Aşı ile korunmanın maliyeti hastalıkların tedavi edilmesinden düşüktür.
b) Çocuğu hastalıklardan korur.
c) Enfeksiyon hastalıkları nedeniyle oluşabilecek sakatlıklardan korur.
d) Enfeksiyonlardan ölüm riskini azaltır.
e) Yaşam kalitesini yükseltir.

6. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Aşı Takvimi'nde yer alan ücretsiz aşılar arasında aşağıdakilerden hangisi bulunmaz?

- a) BCG (Tüberküloz/Verem) aşısı b) Rota Virüs aşısı c) Hepatit A aşısı
d) Hepatit B aşısı e) Suçiçeği aşısı

7. Verem hastalığına karşı aşağıdaki aşılarından hangisi koruma sağlamaktadır?

- a) BCG b) KKK c) KPA d) OPA e) IPA

8. Ülkemizde ücretli olarak uygulanan Rotavirüs aşısı çocukları hangi hastalığa karşı korumaktadır?

- a) Hepatit A, B b) Tetanos c) Boğmaca d) İshal e) Kanser

9. Aşı uygulama yolları arasında aşağıdakilerden hangisi bulunmaz?

- a) Kas içi b) Damar içi c) Deri altı d) Deri içi e) Ağız/Oral

10. Çocuğa aşı uygulanması için gerçek bir engel aşağıdaki durumlardan hangisidir?

- a) Hafif ishal b) Hafif ateş c) Giribal enfeksiyon
d) Çocuğun astım hastası olması e) Aşı bileşenine karşı anafilaktik reaksiyon olması

Cevap Anahtarı 1.d, 2.a, 3.e, 4.c, 5.a, 6.b, 7.a, 8.d, 9.b, 10.e

ÜNİTE 11

ÇOCUKLARDA AĞRI YÖNETİMİ

Ağrı, çocuklarda görülen önemli bir bulgudur. Belirli bir hastalığın nedeni ya da bir sağlık problemi nedeniyle görülebilir. Çocuklarda ağrı, hızlı ve etkili tedavi edilmediğinde uzun dönemde psikolojik ve fizyolojik problemler ortaya çıkabilir. Bu nedenle çocuklarda ağrıyı tanılamak, ağrının tanımını kavrayabilmek çok önemlidir.

AĞRI TANIMI

Ağrı, gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak oluşan hoş olmayan duysal ve duygusal deneyim ya da doku hasarı olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Ağrı Birliği ağrının “beşinci yaşam bulgusu” olduğunu ve diğer yaşamsal bulgular gibi değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Çocuklarda tedavi edilemeyen ağrının, çocukta istenmeyen fiziksel ve psikolojik etkileri vardır. Çocuklarda ağrı tedavi edilemediğinde fiziksel etkileri; bulantı, kusma, çocuğun ayağa kalkmada ve yürümede isteksizliği, kalp atım hızında artma, çocuğun nefes almasında zorluk, kuru öksürük, yorgunluk ya da bitkinlik, çocuğun bağışıklık sisteminin zayıflamasına neden olabilecek hormonlarda artış görülebilir.

Çocukta psikolojik etki olarak anksiyete, korku, çaresizlik, umutsuzluk duyguları, herhangi bir aktiviteye katılmada isteksizlik, uyku düzeninde bozukluklar ve iştah kaybı görülebilir

AĞRININ SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİ

Çocuklarda ağrı sınıflandırılması, ağrı tanılama ve etkili ağrı yönetiminde çok önemlidir. Ağrı; kaynağına göre, süresine göre, etiyolojik faktörlere göre ve anatomik bölgeye göre sınıflandırılmaktadır.

Nosiseptif ağrı; ağrılı uyarının ağrı reseptörleri tarafından algılanıp merkezî sinir sistemine iletildikten sonra hissedilen ağrıdır.

Somatik ağrı; acıma, ezilme ya da zonklama şeklinde tanımlanır.

Viseral ağrı; iç organlardan kaynaklanan ağrıdır (Örneğin, pankreatit ağrısı).

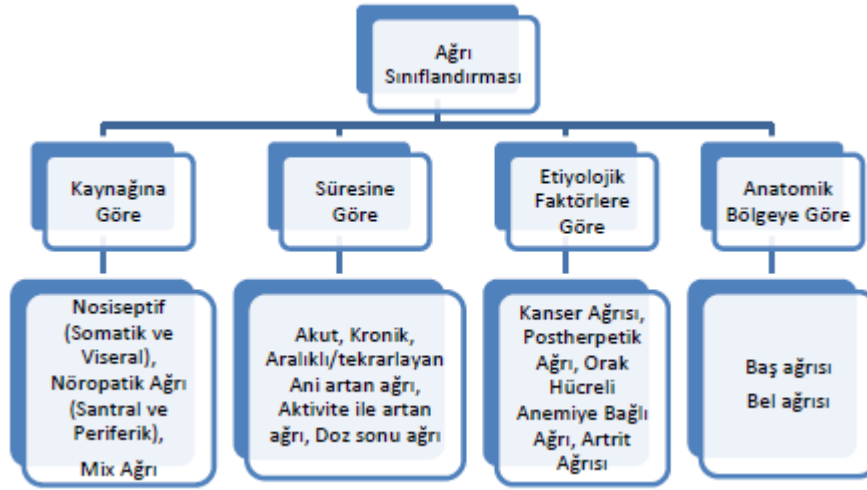
Nöropatik ağrı; sinirsel bir yapının bozulması ya da işlevinin etkilenmesi ile görülür (Diyabetik nöropatide görülen ağrı).

Mix ağrı; nöropatik ağrı ve nosiseptif ağrı ile birlikte olan ağrı türüdür.

Akut ağrı; ani başlangıçlıdır, genel olarak 30 günden az sürer, sınırlıdır, yoğunluğu şiddetlidir; ancak kısa sürer.

Kronik ağrı; üç aydan uzun süreli ağrıdır, doku zedelenmesi nedeniyle devam etmesi olası olan ağrıdır, çocuğun günlük yaşam aktivitelerini, uyku düzenini, okula devam durumunu, aile ve sosyal ilişkilerini etkiler.

Ağrının Sınıflandırılması



AĞRININ FİZYOLOJİSİ

Ağrının nörolojik iletimi nosisepsiyon (ağrı duyusu) olarak adlandırılır. Nosiseptörler (ağrı reseptörü) ise, biyokimyasal ve zararlı uyarılara yanıt veren, beyne ağrı algısının iletilmesini sağlayan reseptörlerdir.

Nosiseptörler sinir uçlarında, doku hasarıyla oluşan uyarılara duyarlı reseptörlerdir. Cilt, kaslar, eklemler ve iç organlara ait dokularda bulunur. Ağrının algılanmasındaki nöral mekanizma çevre ile sinir sistemi arasındaki ilişkiyi sağlayan dört aşamadan oluşur:

Birinci aşama Transdüksiyon; sinir uçlarında ağrılı uyarının elektriksel aktiviteye dönüştürülmesidir.

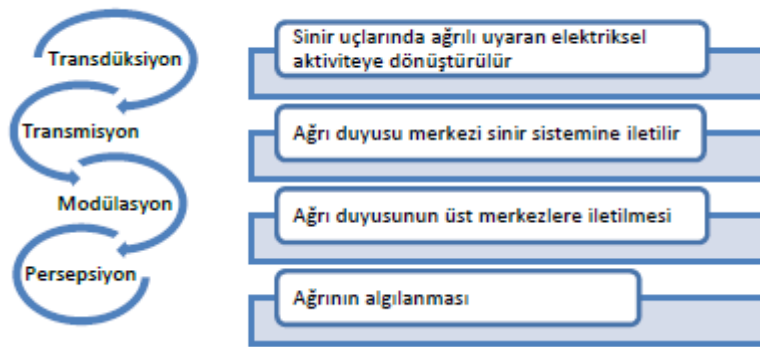
İkinci aşama Transmisyon; ağrı duyusunun merkezi sinir sistemine iletilmesidir.

Üçüncü aşama Modülasyon; ağrı duyusunun üst merkezlere iletilmesidir.

Dördüncü aşama Persepsiyon; ağrılı uyarının algılanmasıdır.

Ağrı duyusu, ince miyelinli A delta ve miyelinsiz C sinir lifler ile algılanarak omuriliğe taşınır. C lifleri; impulsları (uyarı) yavaş şekilde ileten çok küçük çaplı miyelinsiz liflerdir. Kimyasal, termal ve mekanik uyarılarla oluşan uyarılara yanıt verir. A-delta lifleri ise impulsları daha hızlı ileten, geniş çaplı ve miyelinli liflerdir. Mekanik ve termal uyarılara yanıt verir.

Ağrının Fizyolojisi



YENİDOĞANDA AĞRININ FİZYOPATOLOJİSİ

Gebeliğin 20. haftasında ağrı oluşumu için gerekli periferik ve merkezî sinir sisteminin tüm anatomik yapıları ve işlevleri gelişmiştir. Ancak ağrının algılanması sürecinde, yenidoğan ve yetişkinler arasında farklılıklar vardır.

Spinal liflerin doğumdan sonra miyelizasyonlarının devam etmesi nedeniyle yenidoğanda ağrı uyarılarının çoğu A-delta liflerinden çok, miyelinli olmayan C lifleri ile taşınır ve ağrı sinyallerinin iletimi

daha yavaştır. Bu nedenle preterm bebekler ve term yenidoğanlar ağrı uyarısına büyük çocuklardan daha duyarlıdır.

ÇOCUKLARIN YAŞ DÖNEMLERİNE GÖRE AĞRI ALGISI

Ağrı algısı çocuktan çocuğa farklılık göstermekte ve çeşitli faktörlerin (çocuğun yaşı, cinsiyeti, bilişsel gelişimi, mizacı, ebeveynlerin tepkileri, sosyokültürel faktörler) etkisiyle değişebilmektedir.

Çocukların bilişsel gelişimlerine göre de ağrı algıları ve ağrılarını gidermede kullandıkları baş etme yöntemleri farklılık göstermektedir. Psikolojik faktörlerden özellikle korku ağrı algısında çok önemlidir. Korku düzeyi yüksek olan çocuk daha fazla ağrı hissetmektedir. Çocuğun önceki deneyimleri de ağrı algısını etkiler. Çok sık ağrı yaratan işlemlere maruz kalan çocukların ağrı duyarlılığı daha da artar.

Çocukların ağrı algılamasında sosyal faktörlerden özellikle kültür çok etkilidir. Ağrıyı algılama şeklini ve verdiği yanıtı değiştirir. Özellikle ağrılı işlemler sırasında çocuğun ağrıya verdiği tepki, sözel olmayan yüz ifadeleri, baş etme yöntemleri kültürlerarası farklılıklarla şekillenmektedir. Ailenin ağrı esnasında verdiği tepkilerde çok önemlidir. Çocuğun bir sonraki ağrısında nasıl davranacağını belirler.

Yaş	Çocukların Ağrı Algıları
0-6 ay	Ağrı ile ilgili algıları yeterince gelişmemiştir. Ağrı duygusu bilinçaltında depolanır. Ebeveynlerin ağrı stresinden etkilenir. Ağrıya verdikleri tepkiler; ağlama, geri çekilme, alında kırıksıklık, kaşların çatılması, ağızda gerginlik ve çenede titremedir.
6-12 ay	Ağrıyı anımsar, bilişsel düzeyde hafızada depolanır, ağrılı işlemlere karşı korku yaşarlar. Ağrıya verdikleri tepkiler; ağlama, uyku düzeninde bozukluk, huzursuzluktur.
1-3 yaş	Ağrının nedenini, tipini, yoğunluğunu tanımlayamazlar, ağrıdan korkarlar. Ağrıya verdikleri tepkiler; ağlama, çılgık atma, geri çekilme, protesto etme, agresif davranışlar, uyku düzeninde bozulmadır.
3-6 yaş	Ağrı dili (acıdı, çok ağrıyor) gelişir. Ağrının hastalıktan çok yaralanma olduğunu bilir. Ağrıyı ceza olarak algılayabilir. Beden imgesine yönelik kaygıları vardır. Duyusal düzeyde ağrıyı ifade edebilecek dil becerileri vardır ve çocuk büyüdükçe ağrıyı daha ayrıntılı olarak tanımlayabilir. Ağrıya verdikleri tepkiler; ağlama, çılgık atma, ağrıyan kısmı gösterme ve agresif davranışlardır.
7-12 yaş	Ağrının nedenini açıklayabilirler, beden imajlarına yönelik kaygıları vardır, davranışsal baş etme becerilerinde artış gözlenir. Ağrı ve hastalık arasındaki ilişkiyi anlamaya başlarlar. Pasif direnç vardır. Yumruklarını sıkar, bütün vücudunu kasabilir. Cesaretle görünmek için rahatmış gibi davranabilirler.
12-18 yaş	Ağrının tedavi edilebileceğini, ağrının onlar için değerini açıklayabilirler, dış görünüşlerine ilişkin her türlü değişiklik derinden etkiler.

ÇOCUKLARDA AĞRI DEĞERLENDİRME

Ağrı değerlendirme, ağrı yönetiminin ilk basamağıdır. Ağrının değerlendirilmesinde hedef; çocuğun ağrısını fark edebilmek ve belirlemek, ağrısını azaltmak ve etkili bir ağrı kontrolü sağlamaktır.

Ağrı değerlendirmede mutlaka ağrının varlığı, yoğunluğu, yeri, farklı bir bölgeye yayılıyor mu, kalitesi, süresi, ağrının duyusal özellikleri, bilişsel yönleri, çocuğun ağrı algısını etkileyebilecek faktörleri ve çocuğun ağrısına verdiği puan sorgulanmalıdır.

Çocuklarda ağrı, gün içinde farklı şiddette, sürelerde ve nitelikte olacak şekilde değişiklik gösterebilir. Bu nedenle ağrı değerlendirmesi gün içinde düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Ayrıca çocuğun ebeveynleri ya da bakım verenler ile mutlaka çocuğun ağrısına ilişkin görüşülmelidir.

Ağrı değerlendirmesinin ilk adımı, ayrıntılı ağrı öyküsüdür. Sonrasında mutlaka uygun bir ölçüm aracı ile çocuğun ağrısının değerlendirilmesi gerekir ve son aşamada ise çocuğun ağrısının yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Ağrı Öyküsü

Çocuğun geçmiş ağrı deneyimleri ve mevcut ağrı öyküsünün ayrıntılı bir şekilde alınması çok önemlidir. Akut ağrı yaşayan çocuklarda ağrı değerlendirilmesi sık aralıklarla yapılmalıdır. Ayrıca ebeveynlere de çocuğa sorulan sorulara benzer şekilde sorular sorulmalıdır. Kronik ağrı yaşayan çocuklarda ise ağrı öyküsü daha detaylı (ağrının tanımı, başlangıcı, süresi, sıklığı, yoğunluğu, zamansal ya da mevsimsel değişiklikleri, günlük yaşamı ve okul hayatı üzerine etkileri, ağrıyı azaltmak için neler yaptığı) alınmalıdır.

Ölçüm Aracı İle Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrının ölçülmesinde üç yaklaşım vardır. Bunlar; öz bildirim ölçekleri, davranışsal göstergeler ve fizyolojik göstergelerdir. Bebeklerde ve küçük çocuklarda öz bildirim ölçeklerini kullanmak mümkün değildir.

Öz bildirim ölçekleri bilişsel gelişim ve sözel beceri gerektirdiğinden okul öncesi dönemden başlayarak kullanılabilir. Üç-dört yaşlarındaki bir çocuğun bilişsel gelişimi, ağrının şiddetini bildirmesi için yeterlidir. Okul öncesi dönemdeki çocuklarla ağrıları ile ilgili görüşürken, çocuğun alışık olduğu sözcüklerin seçilmesi önem taşır. Bu konuda anne-babanın yardımlarını almak yararlıdır. Okul çocukları ve adolesanlar ağrının yeri, şiddeti ve niteliği ile ilgili daha ayrıntılı bilgi verebilirler.

Öz bildirim ölçekleri

Çocukların ağrı değerlendirilmesinde öz bildirim ölçekleri altın standart olarak kabul edilmektedir. Ölçeklerin seçiminde dikkat edilmesi gerekenler:

- ✓ Yaş grubuna göre geçerliliği sağlanmış olmalı,
- ✓ Çocuğun yaş ve gelişim düzeyine uygun olmalı,
- ✓ Puanlama süreci hızlı ve kolay olmalı,
- ✓ Taşınması kolay olmalı,
- ✓ Elde edilen veriler kaydedilebilir ve anlaşılması kolay olmalı,
- ✓ Minimal düzeyde malzeme (kalem, renkli kalem vs.) ile uygulanmalı,
- ✓ Geniş kullanımı (farklı dil ve kültürlerde) olmalı,
- ✓ Kanıtlanmış olmalı,
- ✓ Ölçek kültüre ve dile özgü olmalıdır.

Öz bildirime dayalı ağrı değerlendirme ölçekleri üç yaş üzeri çocuklarda kullanılmaktadır. Ölçekleri kullanmadan önce çocuğun yaşına bilişsel gelişimine uygun bir dille ölçeğin nasıl kullanılacağı anlatılmalıdır.

Davranışsal ağrı ölçümü

Bebeklerde ve küçük çocuklarda ağrıyı değerlendirmek amacıyla kullanılır. Bu araçlar (COMFORT ölçeği, FLACC ve Doğu Ontrario Çocuk Hastanesi Ağrı Ölçeği CHEOPS) öz bildirim ölçeklerini kullanma ve anlamak için küçük olan (üç yaş altı) çocuklarda, bilişsel ya da iletişim fonksiyonlarında bozukluk olan çocuklarda kullanılmaktadır.

Fizyolojik Göstergeler

Fizyolojik göstergeler ağrının değerlendirilmesi ve ölçümünde yardımcıdır. Ancak her zaman görülen değişiklikler ağrıya özgü olmayabilir. Ağrı Merkezi Sinir Sisteminin aktivitesini arttırarak özellikle solunum ve kalp-damar sistemi üzerinde değişikliğe sebep olur.

Yenidoğanda Ağrı Değerlendirme

Öz bildirime dayalı ağrı değerlendirme, ağrının tanınması ve şiddetinin anlaşılmasında altın standart kabul edilmesine rağmen üç yaş altı çocuklarda kullanımı mümkün değildir. Bu nedenle yenidoğanda belirteçler/göstergeler kullanılır. Özellikle akut ağrı yaşadıklarında yüz hareketlerinin izlenmesi önemlidir.



ÇOCUKLARDA AĞRI YÖNETİMİ

Her çocuğun uygun ve güvenli bir şekilde ağrısının giderilme hakkı vardır [9]. Aile ve çocukla ağrı yönetiminin basamakları, hedefleri mutlaka paylaşılmalı ve ortak karar alınmalıdır.

Birinci hedef, çocuğun ağrısının azaltılması olmalıdır. Bu aşamada çocuğa ve ailesine ağrı yönetiminin etkilerini ve kısıtlamalarını paylaşmak gerekmektedir.

İkinci hedef, tüm ağrı yönetiminde çocuğun rahatlıkla yürüyebilmesi, kendi kendine yemek yiyebilmesini yani maksimum düzeyde fonksiyonlarını sürdürmesi sağlanmalıdır.

Üçüncü hedef de ise, ağrı yönetiminde olası yan etkileri en az düzeyde tutabilmek olmalıdır. Ağrı yönetimi ilaç dışı ağrı yöntemi ve ilaçla ağrı yönetimi olmak üzere iki şekildedir.

İlaç Dışı Ağrı Yönetimi

Çocuklarda ağrıya neden olan işlemlerden önce çocuğun yaşına uygun bilgi verilmesi ve gevşeme, solunum yöntemleri ve düşünme gibi bilişsel ve davranışsal yöntemlerin kullanılması çocuğun dikkatinin ağrılı işlemde uzaklaşmasını sağlamakta; gerginliği, ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmaktadır. Dikkati başka yöne çekmek için kullanılan yöntemler; çizgi film izletme, balon şiirtme, köpük üfleyerek balon oluşturma, sanal gerçeklik gözlüğü kullanma, müzik dinletme ve dikkati başka yöne çekme kartlarıdır.

Okul öncesi çocuklarda; balon şiirme, şarkı söyleme, kitap okuma, parmak kuklalarıyla oynama kullanılır. Okul çağı çocuklarda ise oyunlar ve bulmacalar, kulaklık ile müzik dinleme, televizyon ya da video izleme, bilgisayar oyunları oynama, şarkı söylemek kullanılır.

Adölesanlar için; kulaklık ile müzik dinleme, televizyon ya da video, bilgisayarda oyun oynama, kitap/roman okuma, sevdiği müzikleri dinlemedir. Müzik terapi, ağrı işlemlerle ilgili ağrı ve anksiyeteyi hafifletmede etkilidir. Özellikle ağrı kesici ilaçlarla birlikte daha faydalıdır.

Davranışsal yöntemler; solunum egzersizleri, pozitif baş etme yöntemlerini model alma, duyarsızlaşma, pozitif geri bildirim, ebeveyn koçluğunu içerir. Fiziksel yöntemler ise dokunma, pozisyon verme, masaj, sıcak ve soğuk uygulamadır. Masaj; dolaşımı artırarak kasların gevşemesini ve çocuğun rahatlamasını sağlar.

İlaçla Ağrı Yönetimi

Çocuklarda ağrı kesici ilaçların doğru kullanımı özellikle tıbbi hastalığı olan çocukların devam eden ağrılarını azaltmada çok önemlidir.

Parasetamol (Asetaminofen)

Daha çok hafif düzeyde ağrılar için etkilidir; ancak orta düzey ağrı yönetiminde de sıklıkla kullanılır. İlaç yan etkisi çok azdır. Toksik etkiyi en aza indirebilmek için çocuğun yaşına ve kilosuna göre doz ayarlaması yapılmalıdır. Gastrointestinal yan etkiler ve deri reaksiyonları görülebilir [6,9,16]. Çocuklar için Parasetamol oral dozları:

Miadında Yenidoğan	1-3 Ay Arası Bebekler	3-12 Ay Arası Bebekler	Maksimum Günlük Doz
• 6-8 saatte 5-10mg/kg	• 4-6 saatte 10mg/kg	• 4-6 saatte 10-15mg/kg	• Dört doz/gün

İbuprofen

Hafif ve orta düzey ağrının tedavisinde etkilidir. Ayrıca antipiretik ve anti-inflamatuar etkisi de vardır. Karaciğerde metabolize olur ve çoğunlukla böbrek yoluyla atılır. İlacın istenmeyen reaksiyonları; kanama, gastrik rahatsızlık, astım, böbrek yetmezliği, Reye Sendromudur. Karaciğer yetmezliği olan çocuklarda kullanılmamalıdır. Çocuklar için ibuprofen oral dozları:

Miadında Yenidoğan	1-3 Ay Arası Bebekler	3-12 Ay Arası Bebekler	Maksimum Günlük Doz
• -	• -	• 6-8saatte • 5-10mg/kg	• Çocuklarda 40mg/kg/gün

Çocuklarda Ağrı Yönetimini Engelleyen Durumlar

Çocuklarda etkili ağrı yönetimini etkileyen etmenler (ağrının değerlendirilmesine ilişkin bilgi eksikliği, ağrı ölçme araçlarının kullanılmaması, ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgi eksiklikleri, ağrı yönetiminde standartların yeterli uygulanamayışı) çeşitlilik göstermektedir.

Bebeklerde ve Çocuklarda Ağrı ile İlgili Yanılgılar

Yanılgılar	Gerçekler
Yenidoğan ve bebeklerin sinir sistemi olgunlaşmadığı için yetişkinler gibi ağrı hissetmezler.	Ağrının algılanması için miyelinizasyon gerekli değildir. Ağrı süreci için gerekli anatomik ve fonksiyonel yapıların çoğu 20. gebelik haftasında gelişmektedir.
Bebekler ve küçük çocuklar ağrı yaşantılarını hatırlamazlar.	Ağrı deneyimi duygusal bilgi olarak depolanabilmektedir.
Bebekler ağrılarını ifade edemezler.	Bebekler ağrılarını sözel olarak ifade edemezler; ancak davranışsal ve fizyolojik olarak ifade edebilirler.
Ebeveynler çocuklarının ağrısını abartabilirler.	Çocuğun özelliklerini en iyi tanımlayabilenler ebeveynleridir. Bu nedenle çocuklarının ağrısını belirleyebilirler.
Çocuklar ağrıyı yetişkinlere göre daha iyi tolere ederler.	Çocukların ağrıya toleransları yaşla birlikte artar.
Çocuklar uyuyorlarsa ağrıları yoktur.	Çocukların davranışları ağrının şiddetini yansıtmayabilir. Çocuğun oyun oynaması ya da uyuması ağrı ile baş etmeye çalıştığına bir göstergesi olabilir.
Çocuklar ağrıları olduğunda sözel olarak ifade edebilirler. Ağrıların olduğunu ifade etmiyorlarsa ağrıları yoktur.	Çocuk ağrısını ifade edemeyecek kadar küçük olabilir. Bunun yanı sıra daha fazla acı çekeceğine yönelik korkuları da olabilir.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Nosiseptif ağrı sınıflandırmasını aşağıdakilerden hangisi içermektedir?

- Akut-kronik ağrı
- Kanser ağrısı-viseral ağrı
- Viseral ağrı-kronik ağrı
- Somatik ağrı-viseral ağrı
- Postherpetik ağrı-viseral ağrı

2. Süresine göre ağrı sınıflandırmasını aşağıdakilerden hangisi içermektedir?

- a) baş-bel ağrısı b) kanser ağrısı- artrit ağrısı c) aktivite ile artan-akut ağrı
d) nosiseptif-kronik ağrı e) mix ağrı-akut ağrı

3. Yenidoğan döneminde yaşanan ağrı aşağıdakilerden hangisine yöneliktir?

- a) Sinir sistemi immatürdür, yetişkin gibi ağrı hissetmez.
b) Ağrı deneyimi duygusal bilgi olarak depolanır.
c) Ebeveynler çocuğun ağrısını abartabilirler.
d) Yetişkinlere göre ağrıyı daha iyi tolere ederler.
e) Uyuyorsa ağrı yaşamıyordur.

4. Davranışsal ağrı değerlendirme ölçekleri arasında aşağıdakilerden hangisi bulunmaktadır?

- a) FLACC b) VAS c) PIPP d) Sayısal ağrı ölçeği e) Grafik derecelendirme ölçeği

5. 3-6 yaş çocuğun ağrı algısına yönelik aşağıdakilerden hangisi kesin ifadedir?

- a) Ağrının nedenini açıklayabilir. b) Ağrı algısı gelişmemiştir.
c) Ağrının değerini açıklayabilir. d) Beden imajı önemlidir.
e) Ağrıyı ceza olarak algılayabilir.

6. Çocuklarda ağrının endokrin sistem üzerine etkisi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kalp atım sayısında artış b) Solunum sayısında azalma
c) Stres hormonlarında azalma d) Kan şekerinde yükselme
e) Solunum sayısında artış

7. İlaç dışı ağrı yöntemlerinden hangisi fiziksel yöntemler arasındadır?

- a) Solunum egzersizleri b) Duyarsızlaşma c) Pozitif geri bildirim
d) Pozisyon verme e) Dikkati başka yöne çekme

8. Yenidoğanın ağrıya verdiği biyokimyasal yanıt aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Stres hormonunda azalış b) Glukagonda azalış c) Büyüme hormonunda azalış
d) İnsülin salınımında azalış e) ADH salınımında azalış

9. 3-12 ay arası çocuklarda kullanılan parasetamol dozu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 5-10mg/kg b) 10-15mg/kg c) 5-15mg/kg
d) 10mg/kg e) 5mg/kg

10. Ağrı değerlendirmede aşağıdakilerden hangisi altın standart kabul edilir?

- a) Öz bildirime dayalı ölçekler
b) Fizyolojik göstergeler
c) Davranışsal göstergeler
d) Ağrı öyküsü
e) İlaç dışı yöntemler

Cevap Anahtarı 1.d, 2.c, 3.b, 4.a,5.e,6.d,7.d,8.d,9.b,10.a

ÜNİTE 12

GÜVENLİ ÇEVRE VE ÇOCUKLARDA KAZA VE YARALANMALARIN ÖNLENMESİ

GİRİŞ

Sağlıklı toplumların oluşması ve devamı için çocukların, sağlıklı bir çevre içinde doğup büyümesi ve her türlü riske karşı korunması son derece önemlidir. Kazalar erken çocukluk döneminde sık karşılaşılmaması ve büyük oranda ölüm ve sakatlığa neden olmasından dolayı büyük bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir.

Kazaların çoğu evde meydana gelir ve mağdurlar genellikle çocuklardır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, dünya çapında her gün 2000 çocuk (18 yaş altı) kaza sonucu ölmektedir. Avrupa Yaralanmaları Önleme ve Güvenlik Birliği (EuroSafe) verilerine göre, her yıl Avrupa Birliği'nde (AB) yaklaşık 3000 çocuğun yaralanmadan öldüğü, bu ölümlerin %28'inin 1 ile 14 yaş arasındaki çocuklarda olduğu bildirilmektedir.

KAZA/YARALANMA NEDİR?

Kazaların rastgele, şans eseri olup öngörülemeyen, önlenemeyeceği inancı, kazalara karşı korunmada engel oluşturmaktadır. Gerçekte kazaların çoğu yüksek risk taşıyan ailelerde, riskin öngörülemeyen durumlarda ortaya çıkar. Güncel yaklaşıma göre kazalar, öngörülebilir ve önlenmelidir. Bu nedenle günümüzde “kaza” sözcüğünün yerini “yaralanma” almıştır. Yaralanma sözcüğü kullanıldığında, şanssızlık sonucu olduğu düşünülen olgudan çok bireyde oluşan hasar üzerine odaklanılır. Günümüzde, yaralanma kontrolünde, kaza sözcüğü yaralanma sözcüğü ile değiştirilip “yaralanma riskinin azaltılması” düşüncesi kabul görmektedir. Türk Dil Kurumu'nun kaza tanımı ise, “İstem dışı ve umulmayan bir olay dolayısıyla bir kimsenin, bir nesnenin veya bir aracın zarara uğramasıdır.” Şeklinde.

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE KAZA GÖRÜLME DURUMU NEDİR?

Çocukluk çağı yaralanmaları, acil bakım gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ayrıca milyonlarca çocuk, ölümcül olmayan yaralanmalar nedeniyle hastanede yatmaktadır. Bu yaralanmalarının çoğunluğu, düşme, zehirlenme, yanık, boğulma, trafik kazaları sonucu olmaktadır. Kasıtsız yaralanma olarak da sınıflandırılan bu beş kategori, tüm çocuk yaralanmaları sonucu görülen ölümlerin %60'ını oluşturmaktadır. Ölümlere ek olarak, on milyonlarca çocuğun ölümcül olmayan yaralanmalar nedeniyle hastane bakımı almaları gerekir. Ayrıca çocukların çoğunluğu, yaşam boyu sürecek sakatlık ile yaşamlarını sürdürürler.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada ev kazası geçirmedi 0-6 yaş grubu çocukların ailenin diğer bireylerine göre %38.4 oranı ile ilk sırada yer aldığı belirlenmiştir. Başka bir araştırmada ise 5 yaş altı çocuk ölümleri arasında kazalar 4. sırada yer almaktadır.

Çocuk ve Kaza

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin, 1.maddesinde “Çocuk, 18 yaşın altında olan her bir insan demektir.” denilmektedir. “Çocukluk”, zaman ve yerle sınırlanırılmayan ve bu nedenle yaralanmalara karşı savunmasız olan sosyal bir yapıdır.

Genel olarak, çocuklarda tüm kaza/yaralanma sonucu ölümlerinin %95'inden fazlası, düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde görülür. Çocukların ölüm oranlarının gelişmiş ülkelerdeki çocuklar arasında çok daha düşük olmasına rağmen, yaralanmalar hala ölümlerin büyük bir nedeni olup, tüm çocuk ölümlerinin yaklaşık % 40'ını oluşturmaktadır.

Annelerin çalışma hayatı içerisinde giderek daha fazla yer almaları [16] nedeniyle, çocuklar okul öncesi eğitim kurumlarına devam eder duruma gelmiştir. Çocuklar küçük yaşlardan itibaren bu kurumlarla tanışmaktadır. Bu yaşam alanları güvenli hale getirilmelidir. Çocukların ev dışında daha fazla zaman geçirdikleri okul ortamlarında da kaza geçirme olasılıkları da fazladır.

Ev kazalarının en çok meydana geldiği okul öncesi dönem çocuklarının gelişim özellikleri:

- ✓ Otonomileri gelişmiş, hareketli ve daha bağımsızdırlar. Evin her yerinde dolaşmak isterler. Bakıcılardan her an ayrılabilirler. Hareketlilik, bağımsızlık duygusu artmıştır.
- ✓ Bilişsel ve davranışsal gelişimleri tamamlanmamıştır. Bunun nedeni nöromotor, fiziksel, durumsal, bilişsel, ve psikososyal açıdan gelişimlerinin devam ediyor olmasıdır.
- ✓ Tehlikelerin farkında değildirler, araştırma amacındadırlar. Arama eylemi için ellerini ve ağızlarını kullanırlar ve her şeyi ağızlarına götürürler ve ellerini her yere sokabilirler. Bu durum kaza insidansını artırır. Ayrıca tehlikelerin bilincinde olmamaları, çevresel risklere duyarlı ve açık olmaları gibi nedenlerle ev kazaları açısından yüksek riske sahiptirler.
- ✓ Motor sistemin iyi çalışmaması, dengenin çabuk bozulması, kaza riskini artırır. Yürürken adımları sağlam değildir, bu nedenle sendeleyerek yürüyebilirler.
- ✓ Araştırma ve öğrenme konularında meraklıdırlar. Özellikle göz seviyelerinin üzerindeki eşyalar için meraklıdırlar. Meraklarını gidermek için yüksek yerlere tırmanırlar.
- ✓ Zeki, uyanık, maceracı kişilik özelliklerine sahip çocukların pasif çocuklara göre kaza geçirme oranları daha fazladır.
- ✓ Görme alanının dar olması, sesleri lokalize etme yeteneklerinin gelişmemiş olması, iki uyarıyı aynı anda algılayamamaları, büyüklerini taklit etmek istemeleri, kazalarla karşılaşmalarına neden olur.
- ✓ Çocukların vücut kitle indeksinin küçük olması, başının vücuduna oranla büyük olması dengede durmayı zorlaştıracığı için çoklu travmalar daha sıktır.
- ✓ Çocukların fiziksel olarak zayıf ve küçük olmaları, deneyimsizlikleri koordinasyon eksiklikleri nedeniyle yetişkinler için tehlikeli olmayan durumlar onlar için tehlikelidir.

Kazalar farklı topluluklarda, farklı yaş gruplarında, değişik tip ve oranlarda görülürler. Bu farklılık büyük oranda kaza oluşumunu kolaylaştıran bazı etmenler nedeniyle oluşmaktadır. Bu etmenler;

Karayolu: yaya, bisiklet, taşıt; **Tatil ortamı:** suda boğulma, oyun alanı yaralanmaları, spor yaralanmaları; **Ev ortamı:** düşme, yanık, yangın, zehirlenme, kesi, boğulma, suda boğulma; **Okul:** düşme, yanıklar, kesiler, zehirlenmeler...

EV KAZALARI

Ülkemizde ve dünyanın çeşitli ülkelerinde özellikle erken çocukluk yaşlarında önemli bir sorun olarak karşımıza çıkan ev kazaları, ev ya da eve bağlı kısımlarda (ev içi, avlu, bahçe) meydana gelen kazalardır. Ev kazaları, en sık 0-6 yaş grubundaki çocuklarda (özellikle 2-5 yaş) görülür. Bu yaş grubu çocuklarının gelişim özellikleri, zamanının büyük bir kısmını ev/okul öncesi eğitim kurumlarında geçirmeleri kaza riskini artırabilir.

Ev Kazalarının Nedenleri

Kazalar farklı toplumlarda, farklı yaş gruplarında, değişik tip ve oranlarda görülürler. Bu farklılık büyük oranda kaza oluşumunu kolaylaştıran bazı etmenler nedeniyle oluşmaktadır. Ev kazalarının nedenleri içerisindeki çocuğa ait, çevreye ve konuta ait nedenler;

ÇOCUĞA AİT FAKTÖRLER

Yaş

Çocuklar sadece küçük yetişkinler değildir. Küçük çocukların davranışı yetişkinlerinkinden farklıdır. Bunun canlı bir örneği ev ortamıdır. Çocuklar yerde emekleyebilir, pencere kenarlarına tırmanabilir, merdiven korkuluklarına sıkışabilir, merdiven korkuluklarından kayabilir, kapılarda sallanabilir, odadan adaya koşabilir, evin içinde ve dışında bisiklet kullanabilirler.

Yapılan araştırmalarda 3-12 aylık çocukların yarısından fazlasının kaza geçirdiği ve okul öncesi dönemde ev kazaları ile karşılaşmanın daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Çocukların yaş dönemlerine göre en sık görülen kaza/yaralanmalar:

0-1 yaş döneminde görülen kaza/yaralanmalar:

Kazalar yaşamın ilk yılında mortalitenin (ölüm) en yaygın nedenidir. Aspirasyon (nefes alma sırasında yabancı maddelerin soluk borusuna kaçması), düşmeler, suda boğulmalar, zehirlenmeler,

yanıklar ve seyahatler sırasında bebeğin araç koltuğuna konulmaması sonucu gelişen kazalar bu yaş döneminde en fazla görülen kazalar arasında yer almaktadır.

1-3 yaş döneminde görülen kaza/yaralanmalar:

Ülkemizde kazalara bağlı ölümler beş yaş altı ölüm nedenleri içinde yedinci sırada yer almaktadır. Oyun çocuğunda ölüme neden kazalar genellikle motorlu taşıt kazaları, suda boğulmalar, yanıklar ve zehirlenmeler, düşmeler ve aspirasyondur.

3-6 yaş döneminde görülen kaza/yaralanmalar:

Okul öncesi dönemde çocuklar çok aktif ve meraklı oldukları için kazalaradaha fazla yatkındırlar. Bu dönemde motorlu araç ve bisiklet kazaları, düşmeler, zehirlenmeler, yanıklar, suda boğulmalar en önemli ölüm nedenleridir.

Cinsiyet

Erkekler kızlara göre daha sık ve daha ciddi yaralanma/kaza geçirme eğilimindedir. Kız ve erkek çocuklar için aradaki fark 1-2 yaşlarında ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 15 yaşın altındaki çocuklarda, erkeklerde kızlardan %24 daha fazla yaralanma sonucu ölümler görülmektedir.

Kızlar, hareket kontrolü ve el becerisi gibi ince motor yetenekleri bakımından erkek çocuklardan daha iyilerdir. Kız çocukları kavrayış ve eş güdüm yetenekleri açısından daha hızlı olgunlaşabilirler. Ayrıca doğumdan itibaren kız çocuklarının daha çok korunma tutumu içinde büyütülmelerinin yanı sıra, erkek çocuklar için daha aktif olma olanağının aileler tarafından sağlanması, erkek çocuklarda kaza riskini arttırmaktadır.

Fiziksel Özellikler

Çocukların kaza geçirmeleri bazı fiziksel ve psikolojik durumlar da artmaktadır. Bu durumlar; çocukların görme ve işitme yeteneklerinin tam olarak gelişmemiş olması, iki uyarıyı aynı anda algılayamamaları, fiziksel ve zihinsel engellilik, açlık, uykusuzluk, yorgunluk, susuzluk, korku, kısa boylu olma, dikkatlerinin çok çabuk dağılması, çocuğun kişilik özellikleri (akıllı, zeki, uyanık, meraklı çocuklar), geçmişte kaza veya kaza dışı nedenlerle hastaneye yatırılmış olma, çocukta kronik hastalığın olmasıdır.

Çevreye Ait Faktörler

Aile

Aile ortamının yapısı, ailenin sahip olduğu çocuk sayısı, anne-babanın eğitim düzeyi, sağlık durumu, çocuğun kaza ve yaralanma olasılığı üzerinde etkilidir.

- ✓ Aile içindeki huzursuzluk ve stres durumlarında,
- ✓ Ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşük olması,
- ✓ Anne-babanın psikiyatrik hastalık, psikoz ve depresyon durumlarında,
- ✓ Hafta sonlarında, hastalık, ölüm, eve misafir gelme gibi ailenin normal yaşam koşullarının değiştiği durumlarda,
- ✓ Sorumsuz, ilgisiz ailelerde,
- ✓ Tek ebeveyn, işsiz ebeveynin olduğu durumlarda,
- ✓ Çocuğun evlat edinilmiş olması durumlarında,
- ✓ Evde ikiden fazla çocuk olduğu durumlarda,
- ✓ Çocuk sayısı, aynı evde beraber yaşanan kişi sayısı arttıkça (geniş aile), çocuklara bakan kişinin dikkati dağılmakta, stresi artmakta ve böylece çocuğun kaza geçirme riski de artmaktadır.
- ✓ Aile içerisinde çocukla en yakın ilişkide olan genellikle annedir. Annenin yorgun, dikkatsiz, dalgın, unutkan, üzüntülü veya stresli, genç olması gibi etmenler de çocukların kaza ile karşılaşma riskini arttıran faktörlerdir.

Kaza sonucu ölüm riski; yükseköğrenim görmüş annelerin çocuklarında 2.88 kat, ikiden fazla kardeşe sahip çocuklarda 2.97 kat, anne yaşı yirmiden küçük olanlarda da 2.42 kat fazla bulunmuştur.

Mevsim

Ev kazaları mevsime göre değişiklik göstermektedir. Yanıklar, daha çok soba ve diğer ısınma araçlarının kullanıldığı kış aylarında görölmekte; düşme, zehirlenme ve boğulmalara da yaz aylarında daha sık görölmektedir. Düşmelerin artmasına neden olarak da kapı, balkon ve pencerelerin yaz aylarında daha fazla açık bırakılması gösterilmektedir.

Coğrafya

Yaralanmalar rastlantısal değildir. Yaralanmaların coğrafik yerlerle ilişkisi vardır. Belirli yaralanmalar belirli coğrafik bölgelerde daha yaygın görölür.

Sosyo ekonomik durum

Çocukluk çağı kazaları, birçok sağlık sorunlarında olduğu gibi ailenin sosyo-ekonomik durumu, toplumun sosyo-kültürel yapısı ve çevre koşullarından önemli derecede etkilenir. Çocukluk çağı yaralanmalarının çoğu, düşük gelirli ve orta gelirli ölkelerde ve bu ölkelerde yaşıyan fakir çocuklarda görölmektedir.

Yaralanma riski ile ilişkili geniş bir sosyoekonomik faktör aralığı tanımlanmıştır. Bunlar;

- ✓ Ekonomik faktörler - aile geliri gibi,
- ✓ Sosyal faktörler - anne eğitimi gibi,
- ✓ Aile yapısıyla ilgili faktörler- tek ebeveynlik, anne yaşı, aynı evde yaşıyan birey sayısı ve çocuk sayısı,
- ✓ Yaşıyan yer ile ilgili faktörler -konut tipi, kira gibi.

Sosyoekonomik faktörler çeşitli yollarla yaralanma riskini etkiler. Yoksul ailelerde, ebeveynler bazı uygulamaları yapamayabilir: Çocuklarına uygun bakım ve gözetim verilemeyebilir. Çocukları evde, tek başına ya da kardeşlerin bakımında bırakabilir.

Duman alarmları veya bisikletler için kask gibi güvenlik ekipmanları sağlanamayabilir.

- ✓ Yoksulluk içinde yaşıyan çocuklar çevrelerindeki tehlikelere maruz kalabilirler. Bunlar, Oyun için güvenli alan ve saha eksikliği, Kalabalık yaşam alanları,

Uygun yemek pişirme koşullarının olmaması, Korumasız pencereler ve korkulukları olmayan merdivenlerdir.

Konuta Ait Etmenler

Ev kazalarına bağlı birçok yaralanma ebeveynlerin yapabilecekleri küçük çevresel düzenlemelerle ve ebeveynlerin güvenli ev ortamı konusunda bilgilendirilmesi ile önlenabilir.

- ✓ Evdeki mobilya ve eşyaların yerlerini sıkça değiştirmek,
- ✓ Aydınlatma, ısıtma ve havalandırma koşullarının iyi olmaması,
- ✓ Gürültölü ortam,
- ✓ Döşeme malzemesi ve yer cilasının kayganlığı,
- ✓ Ev içinde zemin düzey farkının olması,
- ✓ Ulaşılır yerlerde olan elektrik düğme ve prizleri,
- ✓ Mobilyaların gidiş ve gelişleri engelleyecek biçimde yerleştirilmiş olması,
- ✓ Korunaksız ısınma araçları (elektrik, odun ve gaz sobalarının korunaksız olması),
- ✓ Eşyaların keskin ve sert kenarlı olması,
- ✓ Evde cam kapı bulunması,
- ✓ Dar, kırık ve yüksek basamaklı merdivenler,
- ✓ Uygun olmayan pencere ve balkon korkulukları,
- ✓ Temizlik ürünleri ve ilaçların çocuğun ulaşabileceği yerlere konulmasıdır.

OKUL KAZALARI

2017 yıl sonu itibariyle Türkiye nüfusu 80 milyon 810 bin 525 iken, bunun 22 milyon 883 bin 288'ini çocuk nüfusu oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletler tanımına göre; 0-17 yaş grubunu içeren çocuk nüfusu, 1990 yılında toplam nüfusun %41,8'ini oluştururken ve 2017 yılında %28,3 olmuştur.

Okul Öncesi Eğitim Kurumlarında Kazalara Yol Açan Etmenler

Okul öncesi eğitim kurumlarının çocukların gelişim özelliklerine uygun tasarlanmaları, bu kurumlardaki çocukların yararlanma oranlarını azaltabilmektedir.

Değişmez yapılar. Bunlar; kapılar, pencereler, duvarlar, elektrik prizleri, kablolar vb.

Değiştirilebilen yapılar. Mobilyalardır. Sınıf içerisindeki mobilyalar çocukların yaş grubu ve gelişim özelliklerine uygun olmalıdır. Mobilyaların keskin köşeleri, çakılmış çivileri gibi tehlike yaratacak durumlar gözden geçirilmeli ve mobilya boyalı ise boyanın çocuklara zarar vermeyecek türden olmasına dikkat edilmelidir. Kırılabilir parçaları olan mobilyalara sınıf düzenlemesinde yer verilmemelidir. Sabitlenmesi gereken mobilyalar sabitlenmeli, sınıf içi mobilyaları ise kolay temizlenebilir, rahatlıkla taşınabilir olmalıdır. Sınıf içerisindeki mobilyalar çocukların yaş grubu ve gelişim özelliklerine uygun olmalıdır.

İç Mekân Özellikleri

Okul öncesi eğitim kurumlarında iç mekân düzenlemelerinde; kapılar, pencereler, yer döşemeleri, sıcaklık, soğukluk gibi öğeler önemli görülmektedir.

Okul öncesi eğitim kurumlarında mimari yapı düzenlemesi önlenmesi için öneriler:

- ✓ Yer ve duvarlarda yangına dayanıklı, zehirli madde içermeyen malzemeler, su bazlı boyalar kullanılmalı,
- ✓ Zemin; kaymayan, toz tutmayan, tüy içermeyen, kolay temizlenebilir ürünlerle kaplanmalı,
- ✓ Merdivenler, yeterli genişlikte (1.5-2 m), iyi aydınlatılmış, sağlam tırabzanlarla korunmuş, basamak aralıkları 18-20 cm'yi geçmeyen ve kaymayan özellikte bir yapıda olmalı, üçten fazla basamaklı ise ve genişliği 1.4 m'den fazla ise boşluk tarafında düşmeyi önleyici korkuluk olmalı,
- ✓ Koridorlar, az sayıda ve 2-2.5 m. genişlikte olmalı, çocukların hareketlerini ve kontrollerini zorlaştıracak eşyalar içermemeli,
- ✓ Lavabo-WC bölümleri, oyun odalarına yakın, doğal aydınlatma ve havalandırması olan ve çocukların beden ölçülerine uygun düzenlenmiş olmalı,
- ✓ Lavabolar 28x45 cm. boyutlarında, 55-60 cm. yüksekliğinde, musluklar ortalama 65-71 cm. yüksekliğinde olmalı,
- ✓ WC kabinleri 70x90 cm. boyutunda, bölücü duvarlar 130-150 cm. yüksekliğinde, klozet yüksekliği 35 cm. olmalı,
- ✓ Her altı çocuğa bir lavabo, dört-beş çocuğa bir klozet düşmesi gerektiği önerilmektedir.

Dış Mekân Özellikleri ve Bahçe Düzenlemesi

Milli Eğitim Bakanlığı, Okul Öncesi Eğitim Kurumları Yönetmeliği (Madde 54)'inde okul öncesi eğitim kurumlarında eğitim etkinliklerinin sağlıklı ve uygun bir ortamda gerçekleştirilebilmesi için oyun alanı ile bahçenin bulunması ve amacına uygun olarak düzenlenmesi esastır. Bu düzenlemeler yapılırken yaralanmalara karşı gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.

Bahçe yaralanmalarını önleme girişimleri için öneriler:

- ✓ Çocukların bahçe-oyun alanları, onları daha kolay izleyebilmek için görülebilecek şekilde düzenlenmelidir.
- ✓ Bahçede bireyin üzerine düşebilecek merdivenler duvara dayalı olarak bırakılmamalıdır.
- ✓ Çim biçme makinesi gibi aletler kullanılmadığı zamanlarda kilitli bir yerde tutulmalıdır.
- ✓ Böcek ve tarım ilaçları havalandırılabilen kilitli bir alanda saklanmalıdır.
- ✓ Bahçe mobilyaları, çocukların parmaklarını sıkıştırmayacak şekilde veya aniden katlanmayacak şekilde olmalıdır.
- ✓ Bahçede ve çevrede ağzı açık su kuyusu veya su depoları bulunmamalıdır.
- ✓ Üç yaş üstünde yüzme öğretilmelidir. Yanlarında bir yetişkin olmadan çocukların suya girmelerine, yaklaşmalarına izin verilmemelidir.
- ✓ Havuz boşaltılmalı ya da güvenli bir biçimde kapatılmalıdır.
- ✓ Çocuklara, ebeveynlerine/öğretmenlerine danışmadan bahçedeki, doğadaki herhangi bir bitki, meyve ya da mantarı yememesi öğretilmelidir.

Okul Öncesi Eğitim Kurumlarında Güvenli Çevre, Kaza ve Yaralanmaların Önlenmesi İçin Öneriler

Kazalar, yol açtıkları sağlık ve sosyal sorunlara karşın tüm dünyada gereken önemi görememektedir. Kazalar ve kaza sonuçlarıyla başa çıkmanın en iyi yolu, kaza oluşumunu önlemektir. Çocuklarda kazaların önlemedeki temel amaç; kazalara yönelik farkındalığı oluşturmak, girişimlerin etkinliğini ortaya çıkartmak ve önerilerde bulunmaktadır.

Genel olarak kazaları önlemede üç yaklaşım vardır. Bunlar:

- Eğitim,
- Çevre düzenlemesi,
- Yasal düzenlemelerdir.

Kazalarda, önemli bir risk grubunu oluşturan çocukların meraklarını baskılamak olanaksız olduğu için aile eğitimine önem verilmelidir. Günümüzde yaralanmayı önleme çabaları “bireylerin davranışlarını değiştirmekten”, “yaralanmaların olduğu çevrenin değiştirilmesi/düzenlenmesi” şeklindedir. Epidemiyolog olan William Haddon, yaralanmaları önleme stratejileri geliştirmek için yararlı olacak, kendi adıyla anılan 1960’larda bir çalışma planı önermiştir. Haddon Matrisi olarak bilinmektedir. Haddon Matrisi yaralanmaları engellemek ya da şiddetini azaltmak için 10 önlem geliştirmiştir. Bu genel ilkeler;

Önlemler	Örnekler
1. İlk olarak tehlikenin oluşmasını önleyin.	Doğal olarak güvenli olmayan ürünlerin üretimini ve satışını yasaklamak
2. Tehlikede bulunan enerji miktarını azaltın.	Hız azaltma
3. Tehlikenin serbest kalmasını önleyin.	Çocuklara dayanıklı ilaç kapları
4. Tehlikenin kaynağından oranını veya mekansal dağılımını değiştirin.	Emniyet kemerleri ve çocuk koltuklarının kullanımı
5. Bireyleri mekan ve zaman açısından tehlikeden uzaklaştırın.	Bisiklet ve yaya yolları
6. Maddi bariyeri harekete geçirerek insanları tehlikeden ayrı tutun.	Pencere çubukları, havuz çitleri, kuyuları kaplayın.
7. Tehlikenin ilgili temel niteliklerini değiştirin.	Daha yumuşak oyun alanı yüzeyleri
8. Kişiyi hasara daha dayanıklı hale getirin.	Çocuklar için iyi beslenme
9. Zararın zaten yapıldığı hasarı karşılayın.	Yanıklar için ilk yardım tedavisi “yanıkları soğut
10. Yaralanan kişiyi stabilize edin, onarın ve rehabilite edin.	Yanık greftleme, rekonstrüktif cerrahi ve fizik tedavi

Ev kazalarında kişisel ve çevresel faktörler rol oynadığı için kazaların önlenmesinde de bu faktörlerin kontrolü gerekmektedir. Çocuğun ev kazalarından korunmasında ilk yapılması gereken uygulamalar, çevresel etmenlerin doğru değerlendirilmesi ve kazaya neden olacak davranışların nasıl önleneceğinin öğrenilmesidir.

Kazaların önlenmesinde ve kaza sonucu oluşan sakatlıkların azaltılmasında alınması gereken önlemler



Ayrıca sağlık profesyonellerinin ev kazalarını önlenmesine yönelik, çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Ancak temel yaklaşımın üç bileşeni vardır:

Birincil koruma: Yeni yaralanmaların önlenmesidir. Kazalardan korunmaya yönelik birincil koruma düzeyinde yapılacak uygulamalar, bireyleri kazalardan uzak tutmaktır. Günümüzde birincil korumayı gerçekleştirebilmenin en iyi yolu toplumu eğitmektir. Özellikle anne-baba ve öğretmenlerin kazalardan korunma ve temel ilk yardım konusunda eğitilmeleri kazaları azaltacaktır.

İkincil koruma: Yaralanmanın şiddetinin azaltılmasıdır. Erken tanı ve acil müdahale ile kazada gerçekleşen yaralanmanın sakatlığa dönüşmemesi ve şiddetin azaltılması için çalışılır.

Üçüncül koruma: Yaralanma sonrası sakatlık sıklığının ve şiddetinin azaltılmasıdır. Ölüm ve sakatlık derecesini sınırlama ile kaza sonrası yaralanma ya da sakatlıkların sıklığının ve ciddiyetinin azaltılmasıdır.

Halk sağlığı yaklaşımı, çocukluk çağı yaralanmalarını önleme konusunda ortaya çıkan, önemli sorunları ortaya çıkarabilecek bir modeldir. Yaralanmanın önlenmesine halk sağlığı yaklaşımı;



Kaza ve yaralanmaların önlenmesinde diğeri bir yaklaşım ise çocuk gözetimi/denetimidir. Denetim, çocukları kazalardan/yaralanmalardan korumak için çok önemli bir girişim olarak kabul edilmektedir.**Gözetim/denetimde;**

- ✓ Çocuğun yaşına, gelişim durumuna ve olası tehlikelere maruz kalmaya dayalı gözetime/denetime ihtiyacı,
- ✓ Gözlemcinin çocuğı izleme yeteneğı, becerileri,
- ✓ Çocuğun kişilik yapısını ve özelliklerinin dikkate alınması,
- ✓ Denetçinin çocuğı fiziksel olarak yakınlığı,
- ✓ Çocukla sözlü ve fiziksel iletişim kurma,
- ✓ Denetimcinin ne kadar aktif bir şekilde çocuğı gözlemlediğı/denetlediğı dikkate alınmalıdır.

Yasal düzenlemelerde, Türk Ceza Kanunu, İkinci Kısım Ceza Sorumluluğunun Esasları, Birinci Bölüm Ceza Sorumluluğunun Şahsiliğı, Kast Ve Taksir madde 22’de, ev kazaları ile ilgili hükümler yer almaktadır.

Bunlar;

(1) Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiğı hâllerde cezalandırılır.

(2) Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir (Örneğın; 28 günlük bir bebeğın annesi tarafından yatağın duvar kenarına gelecek şekilde yatırılıp, annenin işlerini görmek üzere odadan çıkıp, bebeğın yataktan düşerek ölmesi.).

(3) Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi hâlinde bilinçli taksir vardır. Bu hâle taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar arttırılır (Örneğın, annenin çocuğı evde kilitleyip alışverişe gitmesi ve çocuğın oynarken evde yangın çıkması).

Okul Öncesi Dönem Çocukları Arasında En Sık Görülen Kazalar Ve Önleme Girişimleri

Düşmeler

Okul öncesi yaş grubu çocuklarda görülen düşmeler sonucu; kafa travmaları, kırık, çatlak, çıkık, burkulma gibi çeşitli vücut yaralanmaları görülmektedir.

Düşmelerle ilişkili yaralanmaları önleme girişimleri için öneriler:

- ✓ Yerlere kaymayan halı serilmeli, yerler cilalanmamalı veya yerler silindiğinde ıslak bırakılmamalıdır.
- ✓ Mekân içinde kot ve yükseklik farkının olmamasına dikkat edilmelidir.
- ✓ Ev içindeki merdivenlerin giriş ve çıkışlarında güvenlik kapıları olmalıdır. Merdiven basamakları sağlam ve eşit aralıklı olmalıdır. Pencere önüne çocuğun üzerine çıkabileceği (koltuk, masa) eşyalar konmamalıdır.
- ✓ Bütün açık pencere camları güvenli olarak kapatılmalı, pencere önlerine güvenlik çubukları yerleştirilmelidir.
- ✓ Odaların aydınlatmasının yeterli düzeyde olmasına dikkat edilmelidir.
- ✓ Oyuncaklar kullanıldıktan sonra düşmeyi engellemek için ortadan kaldırılmalıdır.
- ✓ Herhangi bir sarsıntıda düşme tehlikesi bulunan mobilyalar yere ya da duvara sabitlenmelidir. Çekilebilecek objelerin üzerinde ağır objeler bulunmamalıdır.
- ✓ Çocuklara kaymayan çorap ya da terlik giydirilmelidir.
- ✓ Giysi boylarının ayarlanması (Uzun giysiler ayaklara dolanarak düşmeye neden olabilir.) yapılmalıdır.

Yanıklar

Yanık ısı, soğuk, elektrik, radyasyon veya kostik kimyasallar tarafından oluşan akut tahrip sonucu deri veya diğer organik dokuların (saç, tırnak gibi) travmatik yaralanması olarak tanımlanır.

Yanıklarla ilişkili yaralanmaları önleme girişimleri için öneriler:

- ✓ Çakmak, kibrit gibi eşyalar çocukların ulaşamayacağı yerlerde saklanmalıdır.
- ✓ Isıtıcı ve ocak önlerinde mutlaka koruyucu parmaklıklar konmalıdır.
- ✓ Çocuğun oyuncak ve giysilerinin çabuk yanmayan maddeden yapılmış olmasına özen gösterilmelidir.
- ✓ Yanığa neden olabileceği için elde sigara, kahve veya çay gibi sıcak içecekler varken çocuk kucağa alınmamalı, oyun oynanmamalıdır.
- ✓ Duman algılayıcı dedektörler, mutfak girişine yakın yere monte edilmelidir.
- ✓ Yangın söndürücü konut içinde mutlaka olmalı, acil durumlarda rahat ulaşılacak yerde ve çocuklardan uzak tutulmalıdır.
- ✓ Çocuklar sıcak kavramı ve ateş konusunda uyarılarak eğitilmelidir.

Yabancı Cisim Aspirasyonları

0-6 yaş grubu çocuklarda aspirasyonlar sık rastlanır. Bir-üç yaş grubu çocuklar etrafı araştırırken eşyaları ağızlarına götürerek öğrenirler. Yabancı cisim aspirasyonları, bu yaş grubu çocuklarda ev ortamında meydana gelen ölümcül kazalar arasında önemli bir sorundur.

Leblebi, fındık, fıstık, draje şeklindeki şekerler, küçük taneli sert yiyecekler, kabuklu yiyeceklerin kabukları, madeni para, bilye, küpe vida, küçük saat pilleri, perdelerin sarkan ipleri, plastik poşetler, patlamış balon gibi objeler boğulmalara sebep olabilmektedir.

Yabancı cisim aspirasyonları ile ilişkili yaralanmaları önleme girişimleri için öneriler:

- ✓ Bebekler ve çocuklar sert yatakta, yastıksız, baş yan gelecek şekilde yatırılmalıdır.
- ✓ Çocuğun ağızına götürebileceği 4 cm'den küçük cisimler verilmemeli ve çevresinde bulundurulmamalıdır.
- ✓ Çocukların boynuna emzik, kolye, nazar boncuğu vs. takılmamalıdır.
- ✓ Diş rahatlatıcı dişlikler, çingiraklar bebeğin ağızına girmeyecek kadar büyük olmalıdır.
- ✓ Çocuk 3 yaşını geçinceye kadar fındık, fıstık, çekirdek, patlamış mısır, leblebi, küçük sert şeker, lokum, çiğ havuç gibi yiyecekler verilmemeli ya da verildiğinde çocuğun yanında bulunulmalıdır.
- ✓ Çocuklara kılçıklı veya kemikli yiyecekler mutlaka iyice ayıklandıktan sonra verilmelidir.
- ✓ Çekirdekli meyveler çocuklara dikkatle yedirilmelidir.
- ✓ Oyuncak sandıklarının kapakları hafif, kapaksız ya da güvenli kapanan menteşelerden oluşmalıdır.

Zehirlenmeler

Zehirlenme, bir kişinin vücudunun zehirli bir maddeyle teması sonucu zarar görmesi, yaralanması ya da organ işlev bozukluğu sonucu hayati tehlikeye sebep olan durumdur.

Zehirlenmelerle ilişkili yaralanmaları önleme girişimleri için öneriler:

- ✓ İlaçlar kesinlikle çocukların ulaşamayacağı kilitli bir dolapta saklanmalıdır.
- ✓ İlaç şişelerinin ağzı sıkıca kapatılmalıdır.
- ✓ İlaçlar ve zehirli maddeler yemek kaplarında buzdolabında saklanmamalıdır.
- ✓ Zehirli maddeleri orijinal kapları içinde saklamalıdır. Fare zehri, deterjan, tarım ilaçları gibi zehirli maddeler yiyecek kapları veya kavanoz içerisinde saklanmamalıdır.
- ✓ Zehirli maddeler ve objeler çocukların ulaşamayacakları yerlerde saklanmalıdır.
- ✓ İlaçlar şeker olarak asla tanıtılmamalı ve verilmemelidir.
- ✓ Deterjan, çamaşır suyu gibi maddeler çocuğun erişemeyeceği yerlerde saklanmalıdır.
- ✓ Lavoba altlarına veya açığa bırakılmamalıdır.
- ✓ Her evde, kurumlarda zehir kontrol merkezinin telefonu bulundurulmalıdır.
- ✓ Küçük pillerin çocuğun bulunduğu ortamda bulundurulmamalıdır.
- ✓ Çocuklar ile zehrin anlamı tartışılmalıdır.

Kesikler

Kesikler, bıçak, çivi veya keskin bir cisim tarafından, deride çizilmeye veya kopmaya sebep olabilen yaralardır. Kesikler, derinin yüzeyinde olabildiği gibi, kas, sinir dokusu gibi derin yapıları da etkileyebilmektedir.

Kesiklerle ilişkili yaralanmaları önleme girişimleri için öneriler:

- ✓ Bıçak, jilet, makas, çatal, tığ, şiş, tornavida vb. delici-kesici aletleri çocukların erişemeyeceği yerlerde ve kapalı dolaplarda bulundurulmalıdır.
- ✓ Çocuklarla koşmalı oyun oynarken ellerinde sivri bir cisim olmamasına özen gösterilmelidir.
- ✓ Çocukların yiyecek ve içecek kaplarını, çatal ve kaşıkları kırılmaz plastik vb. malzemelerden olmasına dikkat edilmelidir.
- ✓ Kapı ve pencere camlarının kolay kırılmayacak kadar kalın olmasına dikkat edilmelidir.
- ✓ Her zaman çocuklara kesiğe neden olabilecek durumlar hakkında eğitim verilmelidir.

Boğulmalar

Banyo küvetleri, evde kullanım için biriktirilen suların doldurulduğu geniş kaplar, kovalar, tuvalet klozetleri, bahçede yağmur suları ile oluşan havuzcuklar ve özellikle yüzme havuzları suda boğulmalara sebep olmaktadır. Çocuklar çok çabuk boğulabilir. Su altında sadece 2 dakika kaldıktan sonra çocuk bilincini yitirebilir ve kalıcı beyin hasarı oluşabilir. 5 cm derinliğindeki su birikintilerinde bile boğulma gerçekleşebilir. Bu nedenle küvetler, sıg havuzlar ve hatta kovalar tehlikeli olabilir.

Boğulmalarla ilişkili yaralanmaları önleme girişimleri için öneriler:

- ✓ Çocuklar su kenarında oynarken asla yalnız bırakılmamalıdır.
- ✓ Suyun içinde bebek, yetişkin harici diğer çocuklara emanet edilmemelidir.
- ✓ Bebekler ve küçük çocuklar banyoda / küvette kardeşleriyle veya yalnız bırakmamalıdır.
- ✓ Bebeğin içine düşmemesi için klozet kilidi kullanılmalıdır.

Elektrik Çarpması/Elektrik Yanıkları

Elektrik yanıkları; elektrik kablolarının ısırılması, elektrik prizlerine yabancı cisimlerin sokulması gibi elektrik yüklü maddelerle temas edilmesi sonucu görülen, okul öncesi yaş grubu çocuklarda sık karşılaşılan durumlardır.

Elektrik çarpmasına ilişkili yaralanmaları önleme girişimleri için öneriler:

- ✓ Elektrik prizleri üzerinde güvenlik soketleri olmalıdır.
- ✓ Elektrikli aletler sudan uzak tutulmalı, kullanılmadığı zaman prizden çekilmelidir.
- ✓ Elektrikli ev aletlerinin kablolarının sarkmasını önleyen (özel güvenlik için yapılmış) kablo kısaltıcıları kullanılmalıdır.

- ✓ Eskimiş veya açıkta kalmış elektrik kabloları tamir edilmeli ve kablolar çocukların gezindiği ve ulaşabileceği yerlerden uzakta tutulmalıdır.
- ✓ Uzatma kabloları kullanıldıktan sonra fişten çekilip ortalıktan kaldırılmalı ve çocukların kablolarla oynamalarına izin verilmemelidir.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Okul öncesi çocuklarında aşağıda yer alan ev kazalarına bağlı yaralanmalardan hangisi daha sıklıkla görülür?

- a) Kesici aletlere bağlı yaralanmalar
- b) Elektrik kazalarına bağlı yaralanmalar
- c) Düşmelere bağlı yaralanmalar
- d) Yanıklara bağlı yaralanmalar
- e) Ateşli silahlara bağlı yaralanmalar

2. Ev kazalarının önlenmesinde aşağıdakilerden hangisi alınacak aktif önlemlerdendir?

- a) Ev ortamının fiziksel özelliklerinde düzenleme yapılması
- b) Çocuğun yemek pişirilen ortamdan uzak tutulması
- c) İlk yardım uygulamasının yapılması
- d) Çevre düzenlemesinin yapılması
- e) Rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi

3. Ev kazalarının nedenleri arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Ailenin sosyo-ekonomik durumunun iyi olması
- b) Ailenin sahip olduğu çocuk sayısı
- c) Anne-babanın eğitim düzeyi
- d) Çocuğun yorgun olması, susuz olması
- e) Çocuğun akıllı, zeki ve meraklı olması

4. Kaza/yaralanma tanımını aşağıda verilenlerden hangisi tam olarak karşılamaktadır?

- a) Kaza/yaralanma birey, etken ve çevre üçgeninde oluşan, organizmada mekanik hasara yol açan bir durumdur.
- b) Kaza/yaralanma bireyin isteği dışında gelişen bir hasar durumudur.
- c) Kaza/yaralanma çocuk sağlığı üzerine fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden de etki ederek hasara yol açan bir durumdur.
- d) Kaza/yaralanma organizmada mekanik ve biyokimyasal hasara, insan ve diğer canlıların kaybına yol açan bir durumdur.
- e) Kaza/yaralanma insan vücudunda temel maddenin olmayışı sonucu aniden gelişen, vücudun tolere edebileceğinden daha fazla mekanik, termal ve kimyasal enerjiye maruz kaldığında ortaya çıkan fiziksel bir hasardır.

5. Okul öncesi dönem çocuklarının gelişim özellikleri arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Otonomileri gelişmiş, hareketli ve daha bağımsızdırlar.
- b) Bilişsel ve davranışsal gelişimleri tamamlanmamıştır.
- c) Görme alanları, sesleri ayırt etme yetenekleri gelişmiştir.
- d) Tehlikelerin farkında değildirler, araştırma amacındadırlar.
- e) Yürürken adımları sağlam değildir, sendeleyerek yürüyebilirler.

6. Okul çağı çocuklarında en sık görülen yaralanmalar arasında aşağıdakilerden hangisi bulunmaktadır?

- a) Boğulmalar

- b) Kanamalar
- c) Yanıklar
- d) Zehirlenmeler
- e) Düşme sonucu kırıklar

7. Okul öncesi eğitim kurumlarında mimari yapı düzenlemesi arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Merdivenler, yeterli genişlikte (1.5-2 m), iyi aydınlatılmış olmalı.
- b) Koridorlar, az sayıda ve 2-2.5 m genişlikte olmalı.
- c) Her çocuğa ait bir lavabo sağlanmalı.
- d) Lavaboda sıvı sabun, kağıt havlu ya da çocukların özel havluları bulundurulmalı.
- e) Zemin, kaymayan kolay temizlenebilir malzemeden yapılmalı.

8. Ev kazası geçiren çocuğun anne ve babası için yasal yaptırım ne olabilir?

- a) Anne ve baba yeterli özen ve dikkat göstermedi ise hapis cezası alabilir.
- b) Kaza sırasında anne ve baba çocuğun yanında değilse sorumlu değildir.
- c) Çocuğun sağlık sigortası yoksa anne ve baba para cezasına çarptırılır.
- d) Ev kazası geçirmesi durumunda çocuğun velayeti anne-babasından alınır.
- e) İstek dışı geliştiği için yasal yaptırım hiçbir şekilde uygulanmaz.

9. Yabancı cisim aspirasyonlarının önlenmesinde alınacak önlemler arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Çocuğun oynadığı oyuncakların küçük ya da parçalanabilir oyuncaklar olmaması
- b) Çocuk odalarının aydınlatmasının yeterli düzeyde olması
- c) Çocuğun ağzında yemek varken konuşmaması ve oynamaması gerektiğinin öğretilmesi
- d) Çocuk 3 yaşını geçinceye kadar fındık, fıstık, çekirdek gibi yiyeceklerin verilmemesi
- e) Oyuncakların çocuğun gelişimine uygun olması

10. Okul öncesi eğitim kurumlarında güvenli çevre, kaza ve yaralanmaların önlenmesi için yapılabilecek temel öneriler arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Çocuk gözetimi/denetimi
- b) Halk sağlığı yaklaşımı
- c) Mevsimsel önlemler
- d) Eğitim hizmeti
- e) Haddon Matrisi yaralanmaları engelleme önerileri

Cevap Anahtarı 1.c, 2.b, 3.a, 4.e, 5.c, 6.e, 7.c, 8.a, 9.b, 10.c

ÜNİTE 13

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE ACİL SORUNLARA YAKLAŞIM

GİRİŞ

Çocuklarda ölüm ve sakatlık oranlarını azaltabilmek için acil durumlarda olay yerinde veya acil durumun saptandığı ilk anda çocuğa hızlı bir şekilde girişimlerin uygulanması gerekmektedir. Acil bir durumda yaşam kurtarıcı girişimlerin eğitimciler tarafından yapılması, çocuğun sakatlamasını ve/veya ölümünü engelleyebilir.

Çocuklarda kazalar, dikkat edilmesi önemli konulardan biridir. Çocukların kazalarla karşılaşma riski yüksektir. Gelişimlerinin devam etmesi nedeniyle ölümcül ve yaralanmayla sonuçlanan kazalarla karşılaşabilmektedirler. Yukarıda belirtilen acil durumlarda yapılması gereken girişimlerin uygulanması oldukça önemlidir. Hayatı tehdit eden durumlarda da temel yaşam desteğinin verilmesi gerekmektedir.

KAZALAR

Çocuklarda kazalar, dikkat edilmesi gereken temel bir toplum sağlığı sorunudur. Çocuklar gelişimsel özellikleri nedeniyle kazalarla karşılaşma açısından riskli bir gruptur. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre kaza; "Bireyin iradesi dışında, süratle etki eden bir güç nedeni ile ortaya çıkan bedensel ve ruhsal zedelenmelere yol açan olaylar"dır. Kazalar beklenmeyen, ani gelişen ve zarar veren bir dış kuvvetin karşısında bireyin dikkat azlığı veya ihmali ile oluşur.

Düşmeler en sık rastlanan yaralanma sebebi olup, trafik kazaları ise kazalar arasında ölümlle sonuçlanan önemli sebeplerden biridir. Çocuklar için ölümcül olabilecek diğer kazalar ise; düşme, solunum yolu tıkanmaları, boğulma, yanma ve zehirlenmelerdir.

Çocuklarda kaza ve yaralanmaların sebebi, gelişimlerinin devam ediyor olmasından kaynaklanmaktadır. Hareket kabiliyetleri yeterince iyi çalışmamaktadır. Dengelerini çabuk yitirirler. Görme alanları dardır. Sesin nereden geldiğini algılayamayabilirler. İki uyarıyı aynı anda algılayamayabilirler. Çocukluk dönemi kazalarının ve yaralanmalarının çoğu önlenabilir niteliktedir.

Çocukluk Çağı Kazalarında İlk Yardım

Herhangi bir kaza ya da yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, sağlık görevlilerinin tıbbi yardımı sağlanıncaya kadar hayatın kurtarılması ya da durumun daha kötüye gitmesini önleyebilmek amacıyla olay yerinde, tıbbi araç gereç aranmaksızın mevcut araç ve gereçlerle yapılan ilaçsız uygulamalara ilk yardım denir. İlk yardımcı ise; yaralıya tıbbi araç ve gereç olmaksızın mevcut araç ve gereçlerle, sağlık ekibi gelinceye kadar, ilaçsız uygulamaları yapan, ilk yardımcı sertifikası almış kişiyi tanımlar. İlk yardımın amaçları; yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesini sağlamak, durumunun kötüleşmesini engellemek ve iyileştirmeyi kolaylaştırmaktır.

Trafik kazası

Her yıl birçok çocuk ve adölesan trafik kazaları nedeniyle ölmekte, 10 milyondan fazlası ölümlle sonuçlanmayan trafik kazası geçirmektedir. 10-19 yaş grubunda trafik kazaları, en fazla ölüme neden olan kaza çeşididir. Trafik kazasıyla karşılaşıldığında aşağıdaki adımlar izlenmelidir:

Koruma; Trafik kazalarında ilk yardımcı kendisinin, olay yerinin ve yaralı çocuğun güvenliğini sağlamalıdır. Bu amaçla;

- ✓ Olay yerinin görünebilir biçimde üçgen reflektörler kullanılarak işaretlenmesi,
- ✓ Meraklı kişilerin olay yerinden uzaklaştırılması,
- ✓ Kazaya uğrayan aracın kontağının kapatılması,
- ✓ Olay yerinde sigara içilmemesi ve içilmesine izin verilmemesi,
- ✓ Yaralı çocuğun ve diğer yaralıların kımıldatılmaması gerekmektedir.

Bildirme (112); En hızlı şekilde acil çağrı merkezine haber verilmelidir. Bu aramada;

- ✓ İsim ve telefon numarası,
- ✓ Olay yerinin adresi,
- ✓ Olayın tanımı,
- ✓ Yaralı sayısı,
- ✓ Yaralıların durumu,
- ✓ Mevcut imkânlar ve yapılan ilk yardım müdahalesine ilişkin bilgiler aktarılmalıdır.
- ✓ Acil yardım merkezince "tamam" denilmeden telefonun kapatılmaması gerekmektedir.

Kurtarma; olay yerinde yaralılara yapılan ilk yardım uygulamalarını kapsar.

- ✓ Araç içi trafik kazalarında etkilenebilecek olan en önemli bölge boyun bölgesidir. Bunun için araç içindeki çocuk ve diğer yaralılar kesinlikle bilinçsizce araç içerisinden çıkarılmamalıdır.
- ✓ İkinci bir kaza riski, patlama, yangın vb. herhangi bir hayati tehlike yok ise araç içindeki çocuk kesinlikle araç içerisinden çıkarılmamalı, ambulansın gelmesi beklenmelidir.
- ✓ Böyle bir durumda ilk yardımcının yapması gereken ise araç içerisinde ilk yardım uygulayarak, boyun ekseninin düzlüğünü bozmayacak şekilde başı sabitleyerek, ambulansın gelmesini beklemektir.

- ✓ Araç içindeki çocuğa servikal kolar (boyunluk) takıldıktan sonra araç içerisinden çıkarılmalıdır. Sadece boyunluğun uygulanması yeterli değildir.
- ✓ Bu esnada çocuğun korku ve endişeleri giderilmeli, yaralı çocuğa iyileşeceği telkin edilmelidir.
- ✓ Çocuk sıcak tutulmalı, yarasını görmesine izin verilmemelidir.
- ✓ Ambulans gelene kadar yaralı çocuk izlenmeli ve yalnız bırakmamalıdır.

Solunum ve nabız var ancak bilinci kapalıysa kurtarma pozisyonu (yarı yüzükoyun-yan pozisyon) verilerek beklenir. Solunum ya da kalp durması mevcutsa temel yaşam desteğine başlanır.

Solunum yolu tıkanıklığı/Yabancı cisim kaçması

Normalde solunum sesleri, göğüsün her iki tarafından eşit şekilde ve ritmik olarak duyulur. Solunum seslerinin olmaması, anormalleşmesi ya da azalmış olması, o bölgede kısmi ya da tam tıkanıklığı (örneğin, yabancı cisim kaçması nedeniyle) gösterir. Solunum yolu tıkanıklığının en önemli sebebi, yabancı cisim kaçmasıdır. Hava yoluna yabancı cisim kaçtığına ilk belirtiler boğulma, öksürme, öğürme ve hişilti sesidir. Yabancı cisim kaçması durumunda genellikle hişilti sesi duyulur.

Solunum yolu tıkanıklığı, solunum yolunun gerekli havanın geçmesine engel olacak şekilde tıkanması olup, 2 tür solunum yolu tıkanıklığı vardır: Kısmi tıkanmada, bir miktar hava geçişi olabilir, çocuk öksürür, nefes alabilir ve konuşabilir. Kısmi tıkanmada çocuk öksürmeye teşvik edilir. Tam tıkanmada, hava geçişi engellenmiştir, çocuk nefes alamaz, konuşamaz ve rengi nefes alamadığı için morarmaya başlar. Böyle bir durumda aşağıdaki Heimlich (kurtarma) manevrası uygulanır.

Bebekler için kurtarma manevrası:

- ✓ Boğulan bebek, yüz üstü ve başı aşağıya gelecek şekilde, oturan kurtarıcının kolunun üstüne yerleştirilir.
- ✓ Kurtarıcı eli ile nazikçe, bebeği çenesinden ve omuzlarından sabitler.
- ✓ Bebeğin sırtına elinin ayası ile 5 kez arka arkaya hızlı ve keskin vuruş yapar. Yetişkinine uygulanandan daha az kuvvetle vurulması gerekir.
- ✓ 5 vuruştan sonra, kurtarıcı diğer elini bebeğin sırtına koyarak boynunu ve çenesini sabitler ve bebek iki elin arasında tutulur. Bebek güvenli bir şekilde tutulduktan sonra ters çevrilir, yüzü kurtarıcıya dönük olur. Bebek, sırt üstü ve başı aşağıya gelecek şekilde oturan kurtarıcının kolunun üstüne gelir.
- ✓ İki meme ucu arasındaki hayali çizgi hizası ortasının bir parmak altındaki göğüs merkezine işaret ve orta parmak yerleştirilir.
- ✓ Belirlenen bölgeye 5 kez hızlı, aşağıya ve ileri doğru basınçlı hareket yapılır.
- ✓ Obje çıkana kadar işlem tekrarlanır.

Bir yaşından büyük çocuklarda Heimlich manevrası:

- ✓ Manevra çocuk ayakta iken, otururken ya da yatar pozisyonda uygulanabilir.
- ✓ Bilinci açık ve yabancı cisim yutmuş çocukta, göğüs kemiğinin alt bölümüne, parmaklar kenetlenmiş şekilde, karından yukarı doğru itme hareketi yapılır.
- ✓ İç organ hasarını önlemek için kurtarıcının elinin çocuğun göğüs kemiğinin alt bölümüne ya da kostaların (kaburga kemiklerinin) altına dokunmaması gerekir.
- ✓ 5 kez arka arkaya manevra uygulanır ve cisim çıkana ya da çocukta bilinç kaybı olana kadar devam eder
- ✓ Cisim çıkmadıysa ve çocuk halen nefes alamıyorsa 112 aranarak, durum bildirilir.

1-8 yaş bilinçli çocuk için Heimlich manevrası;



Çocuk yabancı cismin çıkarılmasından sonra kusabilir. Bu nedenle yan yatırılması, kurtarma pozisyonunun verilmesi önemlidir. Kurtarma pozisyonu için döndürülecek taraftaki kol yana açılır ve

çapraz taraftaki bacak bükülür. Çocuğun başı, omuzu ve kalçası kolun açıldığı tarafa doğru döndürülür. Üstte kalan bacak, postürü sabitlemek için bükülür. Solunum düzeldikten sonra, çocuğun sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi gerekir.

Yanıklar

Yanmalara bağlı kazalar çocukluk döneminde sık görülmektedir. Dikkatsizlik ve kaza sonucu oluşmaktadır. Ölümcül olmayan çocukluk çağı yaralanmalarının arasında sık görülmektedir. Oyun çocukluğu dönemi, yanık yaralanmalarında en riskli dönemdir. Yanmalara bağlı yaralanmalarda kızların oranı erkeklerden fazladır. Alev, sıcak yüzey ya da sıcak sıvılar gibi termal ajanlarla temas sonucu yanıklar meydana gelmektedir.

Yanıkla karşılaşıldığında;

- ✓ Çocuk bir örtü ile sarılarak, alev söndürülmeye çalışılmalıdır. Yanma süreci durdurulduktan sonra, öncelikle temel yaşam desteği yaklaşımı uygulanmalıdır.
- ✓ Çocukta hava yolu açıklığı, solunum ve dolaşım değerlendirilmelidir.
- ✓ Termal yanıklarda yanığın derinliğini ve ağrısı azaltmak için soğutma uygulanabilir. Musluk suyu ile soğutma yapılabilir. Ciddi, büyük alanlı yanıklarda soğutma işlemi birkaç dakikadan uzun sürdürülmemelidir.
- ✓ Buz, doku zedelenmesi yapabileceğinden yanan bölgede kesinlikle kullanılmaması gerekmektedir.
- ✓ Yanan elbiseler çıkartılmalı, eğer yanan elbiseler vücuda yapışmış ise etrafından kesilmelidir.
- ✓ Yaralanan bölgede yüzük, saat gibi objeler varsa çıkartılmalıdır.
- ✓ Yanık yarası temiz tutulmalıdır. Yanık yarası nazik bir şekilde yumuşak sabun veya musluk suyu ile temizlenmelidir. Dezenfektanlar (alkol, batikon vb.) yanık yerine zarar verebilir. Bundan dolayı kullanılmamalıdır.
- ✓ Yanık yarası kuru temiz bir örtüyle örtülerek hastaneye başvurulmalıdır.
- ✓ Su toplayan yerler patlatılmamalı, yanığa maruz kalmış bölgelere bandaj yapılmamalıdır.
- ✓ Yanığın üzerine herhangi bir madde sürülmemelidir.
- ✓ Çocuk kapalı alanda yanığa maruz kalmışsa, hava yolunda da yanık oluşmuş olabilir, hava yolu açıklığı sürekli kontrol edilmelidir.
- ✓ Yüzeysel, kısmi yanıklarda, yanık yüz, el, ayak, eklem ve perinede oluşmamışsa hastaneye başvurmaya gerek yoktur. Ancak yanık alanı genişse, cildin alt katmanları da yanıktan etkilenmişse, yüz, el, eklem, perinede yanık oluşmuşsa, kimyasal, solunum yoluyla oluşan yanıklar, elektriksel yanıklar, solunum problemi mevcutsa en yakın sağlık kuruluşuna götürülmelidir.
- ✓ Kimyasal yanıklarda deriyle temas eden kimyasal maddenin en kısa sürede deriyle teması kesilmeli, bölge bol, tazyiksiz suyla, en az 20-25 dk. yıkanmalıdır.
- ✓ Elektrik yanıklarında çocuğa dokunmadan önce elektrik akımı kesilmelidir. Akımı kesme imkânı yoksa yalıtkan bir maddeyle çocuğun elektrikle teması kesilmelidir. Yaşam bulguları değerlendirilmeli, kımıldatılmamalı, hasar gören bölge örtülmeli, tıbbi yardım istenmelidir.
- ✓ Yanığın meydana gelme saati, oluş şekli, yanığa yol açan madde ve maruz kalma süresi, yaralanmanın gerçekleştiği yer, yaralanma esnasında yanında birinin bulunup bulunmaması, nasıl meydana geldiği sağlık çalışanına bildirilmelidir.

Karbonmonoksit zehirlenmesi

Karbonmonoksit; kömür, petrol, doğalgaz ve odun gibi yapısında "karbon" bulunan yakıtların tam olarak yanmaması sonucu oluşan dumanda yer alan bir gazdır. Yangınlar, yakıtların kullanıldığı yerlerdeki baca sistemlerinin iyi çekmemesi, araçların kapalı garajlarda çalıştırılması gibi durumlarla rüzgârlı ve fırtınalı havalarda (lodos esmesi) karbonmonoksit birikimi olabilmektedir. Böyle yerlerde uzun süre kalan ve gazı soluyan çocuklarda karbonmonoksit zehirlenmesi ortaya çıkabilmektedir.

Karbonmonoksit zehirlenmesiyle karşılaşıldığında;

- ✓ Zehirlenen çocuk hemen temiz havalı bir ortama alınmalıdır.

- ✓ Üstünde sıkı giysileri varsa gevşetilmeli, sıcak tutulmalı, solunum sıkıntısı yönünden gözlenmeli ve hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir.

Civa zehirlenmesi

Civa oda sıcaklığında sıvı halde olan tek metal olup, kolayca buharlaşabilir. Kağıt, deri, boya endüstrisinde ve elektrikli aygıtlar, pil, termometre gibi birçok maddede bulunmaktadır. Deniz canlıları da civa biriktirebilir ve bunların tüketilmesi yoluyla zehirlenme belirtileri görülebilir.

Civa zehirlenmesiyle karşılaşıldığında;

- ✓ Solunum yolu ile olan civa zehirlenmelerde, solunum sıkıntısı gelişme riski nedeniyle hava yolu açık tutulmalıdır.
- ✓ Deriden civayı uzaklaştırmak için çocuğun üzerindeki giysiler çıkarılmalı, bulaşmış alan bol sabunlu suyla yıkanmalıdır. Gözleri ve yüzü de yıkanmalıdır.
- ✓ Ağız yoluyla civa zehirlenmelerinde, çocuk kusturulmamalıdır. Çocuk hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir.

Boğulma

Boğulma, vücuttaki dokulara yeterli oksijenin gitmemesi sonucu, dokularda bozulma meydana gelmesidir. Bayılma ve bilinç kaybı sonucu dilin geriye kayması, nefes borusuna sıvı dolması ya da yabancı cisim kaçması, gazla zehirlenme yoluyla meydana gelebilir.

Suda boğulmaların önemli bir kısmı da küvette olmaktadır. Oksijensiz kalma derecesi su altında kalma süresine, suyun sıcaklığına, suyun içeriğine, akciğere giden sıvı volümüne bağlıdır.

Suda boğulmayla karşılaşıldığında;

- ✓ Suda boğulmalarda, ağızdan ağza ya da ağızdan buruna solunumun suda yaptırılması mümkündür ve bu uygulamaya su içerisinde iken başlanmalıdır. Bu uygulama derin sularda mümkün olmayabilir, bu nedenle çocuğun hızla sıg suya doğru çekilmesi gerekir.
- ✓ Çocuk sudan kurtarıldıktan sonra temel yaşam desteğine hemen başlanmalıdır.
- ✓ 112 aranmalıdır.
- ✓ Suya atlama sonucu, boğulma riskinin yanı sıra genel vücut travması ya da omurga kırıkları akla gelmelidir. Bu nedenle başın çok fazla arkaya itilmemesi gereklidir.
- ✓ Ambulans gelene kadar kalp masajına devam edilmelidir.

Bayılma

Beyne giden kan akışının azalması sonucu oluşan kısa süreli, yüzeysel ve geçici bilinç kaybıdır.

Çocuk başının döneceğini hissederse;

- ✓ Sırt üstü yatırılır, ayakları 30 cm kaldırılır (Şok Pozisyonu).
- ✓ Sıkı giysiler gevşetilir.
- ✓ Kendini iyi hissedinceye kadar dinlenmesi sağlanır.

Çocuk bayıldı ise;

- ✓ Şok pozisyonu verilir.
- ✓ Sıkı giysiler gevşetilir.
- ✓ Kusma varsa yan pozisyonunda tutulur.
- ✓ Tıbbi yardım için ebeveynleri yönlendirilir.
- ✓ Hava yolu açıklığı kontrol edilir ve korunur.

Çocuğun bilinci kapalı ise;

- ✓ Solunum yolu açıklığı sağlanır.
- ✓ Kurtarma pozisyonu verilir.
- ✓ 112 aranır.
- ✓ Çocuk sağlık ekipleri gelene kadar yalnız bırakılmaz.

Göze, kulağa ve burna yabancı cisim kaçması

Toz, kirpik gibi madde göze kaçtıysa;

- ✓ Çocuğun gözü ışığa çevrilir, alt göz kapağına bakılır.
- ✓ Gerekiyorsa üst göz kapağına da bakılır.
- ✓ Nemli, temiz bir bezle çıkartılır.

- ✓ Gözünü kırıştırmaması söylenir.
- ✓ Bol su ile yıkanır.

- ✓ Gözü ovalamasına izin verilmez.
- ✓ Çıkmıyorsa hastaneye başvurulmalıdır.

Göze kaçan metal veya batan bir cisimse;

- ✓ Gerekmedikçe çocuk kımıldatılmaz.
- ✓ Göze hiçbir müdahale yapılmaz.
- ✓ Göz uzmanlık dalı olan bir hastaneye başvurulmalıdır.

Kulağa yabancı cisim kaçtıysa;

- ✓ Kesinlikle sivri ve delici bir cisimle müdahale edilmemelidir.
- ✓ Su değdirilmemelidir.
- ✓ Hastaneye başvurulmalıdır.

Buruna yabancı cisim kaçtıysa;

- ✓ Burun duvarına bastırarak kuvvetli bir nefes verme ile cismin atılması sağlanır.
- ✓ Çıkmazsa hastaneye başvurulmalıdır.

Kırık, çıkık ve burkulma

Düşme kazaları, çocuk yürümeye başladıktan sonra adölesan döneme kadar sık görülmektedir. Düşmelerin %60'ı yüksekten düşmedir.

Kırık, kemik bütünlüğünün bozulmasıdır. Kırıklar, darbe sonucu ya da kendiliğinden oluşur. Bölgenin hareket edilmesi ile artan yoğun ağrı, şekil bozukluğu (diğer sağlam uzuv ile karşılaştırılır), bölgede ödem ve kanama sonucu morarma, işlev kaybı, hareketlerde kısıtlama ve şişlik görülebilir.

Kırıkla karşılaşıldığında;

- ✓ Yaşamı tehdit eden başka yaralanma varsa ona öncelik verilmelidir.
- ✓ Çocuk hareket ettirilmemelidir.
- ✓ Ani hareketlerden kaçınılmalı, kırık yerine konulmaya çalışılmamalıdır.
- ✓ Kırık kolda ise; ödem oluşacağından varsa yüzük, saat vb. eşyalar çıkartılmalıdır.
- ✓ Kırık olan bölgede hareketi önlemek gerekmektedir.
- ✓ Açık kırık varsa; tespitten önce yara üzeri temiz bir bezle kapatılmalıdır.
- ✓ Kırık olan bölge, bir üst ve bir alt eklemi de içine alacak şekilde karton, tahta vb. sert cisimle tespit edilmelidir
- ✓ Tespit edilen bölge yukarıda tutularak dinlenmeye alınmalıdır.
- ✓ Kırık olan bölgede sık aralıklarla nabız ve derinin rengi kontrol edilmelidir.
- ✓ Çocuk sıcak tutulmalıdır.
- ✓ 112 aranmalı ya da hastaneye başvurulmalıdır.
- ✓ Kırık olan bölgenin hareket ettirilmesine izin verilmemelidir

Burkulma ise, eklem yüzeylerinin anlık olarak ayrılmasıdır. Burkulmayla karşılaşıldığında;

- ✓ Sıkıştırıcı bir bandajla burkulan eklem dolaşımı engellemeyecek şekilde tespit edilir.
- ✓ Şişliği azaltmak için bölge yukarı kaldırılır.
- ✓ Soğuk uygulama yapılır.
- ✓ Hareket ettirilmez.
- ✓ Uzun süre geçmiyorsa, hastaneye başvurulmalıdır.

Çıkık, eklem yüzeylerinin kalıcı olarak ayrılmasıdır. Çıkıkla karşılaşıldığında;

- ✓ Eklem bulunduğu şekilde tespit edilir.
- ✓ Çıkık yerine asla oturtulmaya çalışılmaz.
- ✓ Çocuğa ağızdan hiçbir şey verilmez.
- ✓ Hastaneye başvurulmalıdır.

Yaralanmalar

Yaralanmada, ağrı, kanama ve yara kenarlarında ayrılma görülür. Böyle bir durumda;

- ✓ Kanama varsa durdurulur.
- ✓ Batan cisim varsa çıkarılmaz.
- ✓ Yaralı bölge musluk suyuyla durulanarak, temiz bir bezle örtülür.
- ✓ Açık ve geniş bir yaraysa, çocuğun sağlık kuruluşuna gitmesi sağlanır.
- ✓ Tetanostan korunması için ebeveynleri uyarılır (Tetanos aşısı yapıldı mı?).

Delici bir yaralanmaysa;

- ✓ Çocuğun bilinci, solunumu ve nabızı değerlendirilir.
- ✓ Yara üzeri kapatılır, dışarıya çıkan organ varsa hareket ettirilmez (İçeriye sokulmaz.), üzerine temiz ıslak bir bez örtülür.
- ✓ Şok pozisyonu verilir.
- ✓ Ağızdan hiçbir şey verilmez.
- ✓ Solunum ve nabızı sık sık kontrol edilir.
- ✓ 112 aranır.

Kafatası ya da omurga yaralanmasında ise;

- ✓ Çocuğun bilinci, solunumu ve nabızı değerlendirilir.
- ✓ 112 aranır.
- ✓ Bilinci açıksa hareket etmemesi sağlanır.
- ✓ Herhangi bir tehlike söz konusu ise (Örneğin, patlama, yangın vb.), ayaklarından tutularak düz pozisyonda sürüklenir. Bu esnada, baş-boyun-gövde ekseninin bozulmamasına ve sarsıntıya maruz kalmamasına dikkat edilmelidir.
- ✓ Çocuk 112 gelene kadar asla yalnız bırakılmamalıdır

Kanamalar

Damar bütünlüğünün bozulması sonucu kanın damar dışına (vücut içine ya da dışına) çıkmasına kanama denir. **Vücut dışına kanamalarda;**

- ✓ Yara üzerine direkt baskı yapılır.
- ✓ Kanama durmazsa ikinci bir bez konarak basınç artırılır.
- ✓ Gerekirse bandaj ile sarılarak kanlanmış bezler kaldırılmadan basınç artırılır.
- ✓ Kanayan bölgeye en yakın basınç noktasına bası uygulanır.
- ✓ Kanayan bölge yukarı kaldırılır.
- ✓ Kanama kol veya bacaklardaysa ve kırık şüphesi yoksa kanama bölgesi kalp hizasından yukarıda tutulur.
- ✓ Şok pozisyonu verilir.
- ✓ Sık sık solunum ve nabızı kontrol edilir.

Burun kanamasında ise;

- ✓ Hemen baş öne doğru eğilir.
- ✓ Mümkünse çocuk oturtulur.
- ✓ Burun kanatlarını sıkıştırarak iki parmakla sıkılır.
- ✓ Bu işlem yaklaşık 5 dakika kadar devam edilir.
- ✓ Kanamanın durmaması halinde en yakın sağlık kuruluşuna götürülmesi gerekir.

Kulak kanamasında ise;

- ✓ Az bir kanama varsa temiz bir bezle temizlenir.
- ✓ Ciddi bir kanama ise kulak tıkanmadan gazlı bezle kapatılır.
- ✓ Çocuğun hareketsiz olarak, kanayan kulak üzerine yan yatması sağlanır.
- ✓ En yakın sağlık kuruluşuna götürülmesi gerekir.

Hayvan ısırıkları ve arı sokması

Kedi köpek vb. hayvanların dişleri sivri ve keskindir. Isırmaları halinde derindeki dokulara kadar ağızlarındaki mikropların ulaşmasını sağlarlar. Ayrıca birden fazla ısırılmalarda ciddi yaralanmalara yol açabilirler.

Hayvan ısırığında;

- ✓ Hafif yaralanmalarda, yara 5 dakika süreyle sabun ve soğuk suyla yıkanmalıdır. Yaranın üzeri temiz bir bezle kapatılmalıdır.
- ✓ Ciddi yaralanma ve kanama varsa yaraya temiz bir bezle basınç uygulanarak kanama durdurulmalıdır. En yakın sağlık kuruluşuna götürülmelidir. Çocuğun ebeveynleri kuduz aşısı için uyarılmalıdır.

Arı sokmasında;

- ✓ Yaralı bölge yıkanır.
- ✓ Derinin üzerinden arının iğnesi görünüyorsa çıkarılır.
- ✓ Buz torbasıyla soğuk uygulama yapılır. Amonyak vb. kullanılmamalıdır.
- ✓ Eğer yüz ya da ağızdan sokmuşsa en yakın sağlık kuruluşuna götürülmelidir.

TEMEL YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMALARI

Bebek ve çocuklarda temel yaşam desteği uygulamaları yetişkinlerle paralellik göstermektedir. Ancak çocukların fizyolojik ve anatomik özelliklerinden birtakım küçük farklılıklar vardır.

BEBEKLERDE (0-12 AY) TEMEL YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMA BASAMAKLARI

Bebekte ani olarak kalp ve/veya solunum durması geliştirse aşağıdaki basamaklar takip edilir:

- ✓ İlk yardımcı kendinin ve bebeğin güvenliğinden emin olur.
- ✓ Bebeğin ayak tabanına vurarak, sesli konuşarak yüz ifadesi/ tepkisini değerlendirerek bilinci kontrol edilir.
- ✓ Bebeğin bilinci yoksa ve çevrede birileri varsa yardım istenir, 112 aratılır.
- ✓ Bebek sert zemine sırt üstü yatırılır.
- ✓ İlk yardımcı yerde uygulama yapacaksa diz çöker, masa üzerinde uygulama yapacaksa ayakta durur.
- ✓ Bebeğin boynunu ve göğsünü saran giysiler açılır.
- ✓ Bebeğin ağız içi kontrol edilerek (yabancı cisim varlığı açısından), hava yolu açıklığı sağlanır.
- ✓ Hava yolunu açmak için bebeğin bir el ile alını, diğer elin iki parmağı ile çenesi hafifçe yukarı ve geriye itilerek (Parmaklar, yumuşak dokuya değil, çene kemiğine yerleştirilir, yumuşak dokuya gelirse solunum yolunu tıkayabilir.), başa pozisyon verilir (baş geri çene yukarı pozisyonu).
- ✓ Bebeğin solunumunu 10 saniye süre ile bak-dinle-hisset yöntemi ile değerlendirilir. (İlk yardımcı başını çocuğun yüzüne yaklaştırır, elini göğsüne koyar ve göğsüne doğru bakarak göğüs hareketlerini izler, nefesini hissetmeye çalışır.).
- ✓ Solunum yoksa, ağız dolusu nefes alınır, bebeğin burnu ve ağzını içine alacak şekilde yerleştirilir.
- ✓ Bebeğin göğsünü yükseltmeye yarayacak her biri 1 saniye süren 2 solunum verilir, havanın geriye çıkması için zaman verilir. (Bebeklerin akciğer kapasitesi küçük olduğu için ağız içi kadar olan solunumlar yeterli olabilir.).
- ✓ Kalp/Göğüs basısı uygulamak için bebeğin (iki meme başının altındaki hattın ortası göğüs merkezini oluşturur.) göğüs merkezi belirlenir.
- ✓ Bir elin orta ve yüzük parmağı bebeğin göğüs merkezine yerleştirilir.
- ✓ Göğüs kemiği 4 cm aşağı inecek şekilde (yandan bakıldığında göğüs yüksekliğinin 1/3'ü kadar) 30 göğüs/kalp basısı uygulanır, bu işlemin hızı dakikada 100 bası olacak şekilde ayarlanır.
- ✓ Bebeğe 30 kalp masajından (göğüs/kalp basısı) sonra 2 solunum yaptırılır.
- ✓ İlk yardımcı yalnız ise; 30;2 göğüs basısının 5 tur tekrarından sonra 112'yi kendisi arar.
- ✓ Temel yaşam desteğine bebeğin yaşamsal refleksleri ya da tıbbi yardım gelene kadar kesintisiz devam edilir.

1-8 YAŞ ARASINDAKİ ÇOCUKLARDA TEMEL YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMA BASAMAKLARI

Çocukta (1-8 yaş) ani olarak kalp ve/veya solunum durması geliştirse aşağıdaki basamaklar takip edilir:

- ✓ İlk yardımcı kendinin ve çocuğun güvenliğinden emin olur.

- ✓ Çocuk omuzlarından tutularak hafifçe sarsılır ve “İyi misin?” diye sorularak bilinç kontrol edilir.
- ✓ Çocuğun bilinci yoksa ve çevrede birileri varsa yardım istenir, 112 aratılır.
- ✓ Çocuk sert bir zemin üzerine sırt üstü yatırılır.
- ✓ Çocuğun yanına diz çökülür.
- ✓ Çocuğun boynunu ve göğsünü saran giysiler açılır.
- ✓ Çocuğun ağız içi kontrol edilerek (yabancı cisim varlığı açısından), hava yolu açıklığı sağlanır.
- ✓ Hava yolunu açmak için çocuğun bir el ile alnını, diğer elin iki parmağı çene kemiğinin üzerine yerleştirilir.
- ✓ Çene kemiğinin uzun kenarı yere dik gelecek şekilde alnından bastırılıp, çeneden kaldırılarak baş geriye doğru itilir, çocuğa baş geri çene yukarı pozisyonu verilir.
- ✓ Çocuğun solunumunu 10 saniye süre ile bak-dinle-hisset yöntemi ile değerlendirilir
- ✓ Solunum yoksa alnın üzerine konulan elin baş ve işaret parmağını kullanarak çocuğun burnu kapatılır.
- ✓ Baş geri çene yukarı pozisyonunda iken çocuğun ağzını içine alacak şekilde ağız yerleştirilir.
- ✓ Çocuğun göğsünü yükseltmeye yarayacak kadar her biri 1 saniye süren 2 nefes verilir, havanın geriye çıkması için zaman verilir.
- ✓ Kalp/göğüs basısı uygulamak için göğüs kemiğinin alt ve üst ucu tespit edilerek alt yarısına bir elin topuğu yerleştirilir (Çocuk yetişkin görünümündeyse yetişkinlerde olduğu gibi iki el ile kalp basısı uygulanır.).
- ✓ Elin parmakları göğüs kafesiyle temas ettirilmeden, dirsek bükülmeden, göğüs kemiği üzerine vücuda dik olacak şekilde tutulur.
- ✓ Göğüs kemiği 5 cm aşağı inecek şekilde (yandan bakıldığında göğüs yüksekliğinin 1/3’ü kadar) 30 kalp/göğüs basısı uygulanır, bu işlemin hızı dakikada 100 bası olacak şekilde ayarlanır.
- ✓ Çocuğa 30 kalp /göğüs basısından sonra 2 solunum verilir/yaptırılır (30;2).
- ✓ İlk yardımcı yalnız ise; 30;2 göğüs basısının 5 tur tekrarından sonra 112’yi kendisi arar.
- ✓ Temel yaşam desteğine çocuğun yaşamsal refleksleri veya tıbbi yardım gelene kadar kesintisiz devam edilir.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. İlk yardımın amaçları arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Hayatı kurtarmak
- b) Yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesini sağlamak
- c) Durumunun kötüleşmesini engellemek
- d) İyileştirmeyi kolaylaştırmak
- e) Tıbbi yardım sağlamak

2. Trafik kazası geçirmiş yerde uzanan bir çocuğun solunumunun ve nabzının olduğunu; ancak bilincinin kapalı olduğunu gördünüz. Çocuğa aşağıdakilerden hangi pozisyonu verirsiniz?

- a) Şok
- b) Kurtarma
- c) Koma
- d) Hemlich
- e) Yüzüstü

3. Yanığa maruz kalmış çocuğa yönelik girişimler arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Çocuk örtüyle sarılarak, alevler söndürülmelidir.
- b) Buz ile yanıklı bölge soğutulmalıdır.
- c) Yanık yarası kuru temiz bir örtüyle örtülmelidir.
- d) Yaralanan bölgede yüzük, saat gibi objeler varsa çıkartılmalıdır.
- e) Vücuda yapışan elbiseler çıkarılmamalıdır, etrafından kesilmelidir.

4. Temel yaşam desteğinde göğüs merkezi saptandıktan sonra göğüs yüksekliğinin ne kadarı kadar basılmalıdır?

- a) 1/2 b) 1/3 c) 1/4 d) 1/5 e) 1/6

5. Temel yaşam desteğiyle ilgili girişimler arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Bebeklerde, iki parmakla göğüs kemiğinin 4 cm aşağısına bastırılır.
b) 1-8 yaş arası çocuklarda çocuk çok küçük ise tek elle, büyükse iki elle, göğüs kemiği 5 cm aşağıya bastırılır.
c) 8 yaşından büyük çocuklarda da iki el üst üste koyulur, parmaklar birbirine geçirilir ve kilitlenir, göğüs kemiği 5 cm aşağıya bastırılır.
d) Tek kurtarıcı ise, kalp masajında 30/2 göğüs basısı 5 tur uygulandıktan sonra, 112 aranır.
e) İki kişi ile kalp masajı yapılıyorsa, 60/2 göğüs basısı yapılır.

6. Hemlich manevrasını aşağıdaki ifadelerden hangisi tanımlamaktadır?

- a) Karın bölgesinden başlanarak yukarı doğru itme ve bastırma hareketi
b) Sırt bölgesine bastırma hareketi
c) Göğüs kemiğini sıkıştırma hareketi
d) Göğüs bölgesinden başlanarak boyna doğru bastırma hareketi
e) Sırt bölgesini itme hareketi

7. Temel yaşam desteğinde göğüs basısı kaç tur uygulandıktan sonra 112 aranmalıdır?

- a) 2 b) 3 c) 4 d) 5 e) 6

8. Temel yaşam desteğinde iki kurtarıcı varsa, göğüs basısı/solunum oranı ne olmalıdır?

- a) 30/2 b) 15/2 c) 15/5 d) 30/5 e) 60/2

9. Temel yaşam desteğine başlanmadan önce ilk olarak ne yapılmalıdır?

- a) İlk yardımcı kendinin ve çocuğun güvenliğinden emin olur.
b) Çocuk omuzlarından tutularak hafifçe sarsılır ve “İyi misin?” diye sorularak bilinç kontrol edilir.
c) Çevrede birileri varsa yardım istenir.
d) 112 aranır.
e) Çocuğun boynunu ve göğsünü saran giysiler açılır.

10. Temel yaşam desteğinde tek kurtarıcı varsa, göğüs basısı/solunum oranı ne olmalıdır?

- a) 30/2 b) 15/2 c) 15/5 d) 30/5 e) 60/2

Cevap Anahtarı 1.e, 2.b, 3.b, 4.b, 5.e, 6.a, 7.d, 8.b, 9.a, 10.a

ÜNİTE 14

ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLARIN SAĞLIĞI

GİRİŞ

Her çocuk bir diğerinden farklı olarak dünyaya gelir. Her çocuğun kendine özgü bedensel, bilişsel, sosyal ve duygusal bir yapısı vardır. Özel gereksinimi olan çocuk, “çeşitli nedenlerle bireysel ve gelişim özellikleri ile eğitim yeterlilikleri açısından akranlarından beklenen düzeyden anlamlı farklılık gösteren çocuk” olarak tanımlanmaktadır.

Özel gereksinimli çocuk ve ailelerinin, çocuğun yetersizliğinden dolayı ekonomik, sosyal, fiziksel ve duygusal yönden etkilendikleri ve pek çok sorunla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir ve fiziksel yaşamlarını yeniden düzenlemelerine, fonksiyonlarını en üst düzeye çıkarmalarına yönelik eğitim ve destekleyici girişimlere ihtiyaçları bulunmaktadır.

ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLAR

Kimlere Özel Gereksinimli Çocuklar Denir?

Kimlerin özel gereksinimli çocuklar olduğunun anlaşılabilmesi için, çoğunlukla birbirinin yerine kullanılabilen yetersizlik ve engel kavramlarının ne anlama geldiğinin açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

Yetersizlik (impairment)

Bireyin, zedelenme sonucu organın işlevini kısmen ya da tamamen kaybetmesine bağlı (duyu bozukluğu, kas gücü azalması gibi) normal kabul edilen bir etkinliği yapmada sınırlanması durumudur. Kısaca birey yetersizliğe bağlı olarak, çoğu kimsenin gördüğü gibi görmeyebilir, duymayabilir, öğrendiği gibi öğrenemeyebilir.

Engel

Yetersizliği olan bireyin çevreyle etkileşiminde karşılaştığı problemleri tanımlanmaktadır. Çevresel düzenlemenin yapılmaması nedeniyle yetersizliği olan birey engelli konumuna düşmektedir. Çocuğun bedensel bir yetersizliği olsa da engelli olmadığı ortamlar bulunabilir. Bacağında protez olup tekerlekli sandalye kullanan çocuk, spor ya da oyun alanlarında sorun yaşarken, sınıf ortamında sorun yaşamayabilir.

Engelli birey

Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle, bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyi tanımlamaktadır.

Özel Gereksinimli Çocuklar

Özel gereksinimli çocuk; fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal gelişim alanlarında çeşitli sorunları ifade etmekle birlikte, öğrenme ve/veya davranış problemleri gösteren çocukları, bedensel ya da duygusal yetersizliği olan çocukları olduğu kadar zihinsel olarak üstün ya da özel yetenekli çocukları da içerisine alan kapsamlı bir terimdir.

Her bireyin yetersizliği /özel gereksinimi kendine özgüdür; ancak tanınması ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, planlamaya yol göstermesi için çocukların gösterdikleri yetersizliklere göre sınıflama yapılmaktadır.

Bu gruplar aşağıda sıralanmaktadır:

- ✓ Zihinsel yetersizliği olan,
- ✓ Beden ve sağlıkla ilgili yetersizliği olan,
- ✓ Görme yetersizliği olan,
- ✓ İşitme yetersizliği olan,
- ✓ Üstün zekâlı ve üstün yeteneği olan bireyler olarak gruplandırılmaktadır
- ✓ Duygu davranış bozukluğu olan,
- ✓ Konuşma ve dil sorunu olan,
- ✓ Öğrenme güçlüğü olan,

Engelliliğin/Yetersizliğin Nedenleri

Doğum Öncesi Nedenler (Prenatal Nedenler) Annenin kötü ve yetersiz beslenmesi Yakın akraba evliliği Kan uyumsuzluğu, genetik/kromozomal hastalıklar Annenin viral hastalıkları, radyoaktif ışınlara maruziyet Riskli gebelikler (Anne yaşının 17'den küçük, 35'den büyük olması, sık ve fazla doğum, gebeliğe bağlı hipertansiyon ve diabetes mellitus gibi) Annenin gebelikte ateşli, döküntülü hastalık geçirmesi (Kızamıkçık)
Doğum Sırasındaki Nedenler (Natal Nedenler) Zor doğum eylemi (Doğum eyleminin normalden yavaş ilerlemesi ve uzun süren doğum eylemi sonucu bebeğin oksijensiz kalması) Doğumun uygun koşullarda yapılmaması, doğum travmaları Erken ve geç doğum
Doğum Sonrasındaki Nedenler (Postnatal Nedenler) Bebeğin ateşli hastalıkları Çocukluk hastalıklarının komplikasyonları
Diğer nedenler Ev kazaları (Düşme, yanık) Zehirlenmeler İş kazaları Trafik kazaları Savaşlar ve doğal afetler

Özel Gereksinimli Bireylerin Dünya ve Türkiye'deki Durumu

Engellilik toplumun önemli bir kesimini etkilemektedir. Çok boyutlu, karmaşık ve dinamik bir süreçtir. Dünya Engellilik Raporuna (2011) göre; dünyada bir milyardan fazla insanın (dünya nüfusunun yaklaşık %15'i) herhangi bir tür engellilik ile yaşadığı tahmin edilmektedir. Yine aynı raporda engelli insanların özellikle sağlık, rehabilitasyon, destek ve yardım hizmetlerindeki eksikler karşısında savunmasız oldukları, ulaşım erişiminde sıkıntı yaşadıkları, şiddete maruz kalma konusunda risk altında ve diğer insanlara göre daha yoksul oldukları belirtilmektedir.

ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLAR VE SAĞLIK

Sağlığın iyi olması, çok çeşitli aktivitelere (eğitim, istihdam, sosyal) katılım için bir ön gerekliliktir. Bireysel faktörler, yaşam ve çalışma koşulları, genel sosyoekonomik, kültürel çevresel koşullar ve sağlık hizmetlerine erişim, sağlık durumunu belirleyen faktörler arasında sayılmaktadır. Engellilik/yetersizlik ile sağlık arasındaki ilişki çok yönlüdür. Engellilik durumunda, sağlık durumunu belirleyen faktörler hem etkilemekte hem de etkilenmektedir.

Engellilik/yetersizlik için Risk Teşkil Eden Faktörler;

Daha yoksul hanelerde yaşama, yoksulluk Ayrımcılığa maruz kalma Sosyal hizmetlerden ve erken dönem eğitim imkânlarından sınırlı yararlanabilme Düşük kilolu ve gelişimsel bozukluklara sahip olma Ebeveynlerinden şiddetli fiziksel cezalandırmaya maruz kalma Hijyen koşullarının kötü olması Yetersiz beslenme Sağlık hizmetlerine (aşı gibi) erişememe sorunları Büyük doğal afetler ve çatışma/savaş ortamları gibi durumların yol açtığı çevresel değişiklikler
--

Engelli bireyler, toplumun genelini etkileyen sağlık sorunlarından benzer şekilde etkilenirken, bazı kronik hastalıklar (hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet) onlar için daha erken yaşta sorun olabilmektedir.

Engelli/yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Sorunları;

Birincil sağlık sorunu: Engelli bireyin engeli ile doğrudan ilişkilidir. Serebral palsy, Down sendromu, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, iskemik kalp hastalığı birincil sağlık sorununa örnek olarak verilebilir.
İkincil sağlık sorunları: Birincil sağlık sorunlarına ilave olarak gelişme ihtimali bulunan, pek çoğu önlenemez nitelikte olabilen problemlerdir. Basınç yarası/ bası ülseri, İdrar yolu enfeksiyonları ve depresyon ikincil sağlık sorunlarına örnek olarak verilebilir.

ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLARIN SAĞLIK SORUNLARI VE ALINABİLECEK ÖNLEMLER

Bu çocuklar yetersizliklerinin yanında pek çok nedenden dolayı işlevselliklerini azaltabilen, yaşam kalitelerini düşürebilen ve sağlık hizmeti maliyetlerini arttırabilen sağlık sorunlarıyla karşılaşabilmektedirler.

Ağız ve Diş Sağlığı Problemleri

Özel gereksinimli çocukların; motor fonksiyonlarındaki yetersizlik, duyuşsal bozukluklar, konuşma geriliğı, öz bakım yetersizliğı ya da mental yetersizlikleri sebebiyle iyi bir ağız temizliğı sağlayamadıkları bilinmektedir. O nedenle bu çocukların, ağız hijyenin bozuk olduğı ve sağlıklı çocuklarla kıyaslandığında, gingivitis ve periodontitis gibi diş eti problemleri ile çürük görölme sıklığının yüksek olduğı vurgulanmaktadır.

Alınabilecek önlemler: Bu önlemler şöyle sıralanabilir:

- ✓ Öncelikle özel bakım gereksinimi olan çocuk olmak üzere, bu kişilerin ebeveynleri, bakımlarını üstlenen bakıcı ve eğitmenler, ağız ve diş sağlığı konusunda bilgilendirilmelidir.
- ✓ Diş fırçaları ve ara yüz temizleyicileri fiziksel engelli hastaların kullanabilecekleri şekilde modifiye edilmelidir.
- ✓ Oral hijyen ve kötü ağız kokusunu önlemek için dil temizliğinin de yapılması önemlidir.
- ✓ Kullanım kolaylığı açısından özel üç yüzlü fırçalar ve elektrikli diş fırçaları önerilmektedir.
- ✓ Kalıcı dişler çıktıktan sonra fissür örtücü cilalar diş hekimlerince uygulanabilir.
- ✓ Eğer bireyde ağız kuruluğı varsa 2 saatte bir ağız ıslatılmalıdır.
- ✓ Yüksek florid içeren diş macunlarının çürük önleyici, gargaraların(esansiyel yağ, klorheksidin içeren) plak önleyici etkisinden faydalanılabilir.
- ✓ Diş çürüğünü önlemek amacıyla flor uygulamaları, engelli bireyler için tablet formları veya diş hekiminin uygulayabileceğı jel formları tercih edilebilir.
- ✓ Biberonla beslenen engellilerde, biberon çürükleri olduğundan beslenme sonrası su içirilmesi ya da ağzın bir tülbentle temizlenmesi önerilmektedir.
- ✓ Düzenli diş hekimi kontrollerinin yapılması önerilmektedir

Kaza ve Yaralanmalara Maruz Kalma

Özel gereksinimi olan çocuklar gelişimsel süreçteki gecikme, duyuşsal bozukluklar, konuşma ve fiziksel-zihinsel becerilerdeki yetersizlik, yaşam koşulları, ailesel etkenler ve yetersizliğe eşlik eden çeşitli sorunlara bağılı olarak kaza ve yaralanmalar açısından riskli bir grubu oluşturmaktadır. Bu çocuklardaki yaralanmalar, çeşitli nedenlerle yaralanmaya maruz kalma ve kendi kendine zarar verme sonucu yaralanma başlıkları altında değerlendirilebilir.

Çeşitli nedenlerle yaralanmaya maruz kalma: Özel gereksinimli çocukların yetersizliklerinin yanı sıra dikkat sorunlarının yaygın olduğı, bir durumu öğrenebilmesi için dikkatini yoğunlaştırması gerektiğı, aksi takdirde öğrenme ve hatırlama güçlüğü yaşadığı belirtilmektedir.

Kendine zarar verme sonucu yaralanma: Kendine zarar verme davranışı en sık kendini ısırma, elleri ya da herhangi bir nesneyle kendine vurma olarak belirlenmiştir.

Alınabilecek önlemler

- ✓ Öncelikle özel bakım gereksinimi olan çocuk olmak üzere, bu kişilerin ebeveynleri, bakımlarını üstlenen bakıcı ve eğitmenlere kapsamlı bir güvenlik eğitimi verilmesi,
- ✓ Ev ziyaretleri yapılarak çocukların ev ortamlarında kaza ve yaralanmalara karşı risk değerlendirilmesi yapılarak gerekli düzenlemelerin yapılması,
- ✓ Özel eğitim öğretmenlerinin çocuklara, güvenlik, yaya geçidinden geçme, trafik işaretleri olmadan karşıdan karşıya geçme becerilerini öğretmeleri,
- ✓ Diğer tüm çocuklara olduğı gibi, ev kazalarını önlemeye yönelik sıcak su, ilaç, temizlik ürünleri ve kesici aletlerin çocukların ulaşamayacağı yerlerde saklanması, prizlerin kapatılması, merdiven kapılarının kilitlemesi, merdivenlerde tırabzanların olması, köşeli mobilyalardan kaçınılması, eşyaların kaymaması için sabitlenmesi,

- ✓ Tekerlekli sandalye kullanan çocukları için geniş hareket alanı sağlanması,
- ✓ Yetersizliği olan çocukların yüzme ve banyo esnasında denetimsiz bırakılmaması önemlidir.

Şiddet ve İstismara Maruz Kalma

Özel gereksinimli çocuklar, diğer çocuklara göre daha fazla fiziksel, duygusal ve cinsel istismar açısından risk altındadırlar. Aşağıda belirtilen yetersizlikler nedeniyle istismara maruz kalma, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma ya da gebe kalma riskleri artmaktadır:

- ✓ Yargılama ve sosyal becerilerde,
- ✓ Konuşma ve zihinsel becerilerde,
- ✓ Kendi haklarını korumadaki yetersizlikler,
- ✓ İstismar edildiğini söyleyememe, algılayamama veya istismarcıya karşı kendini koruyamama,
- ✓ Bildirmek için gerekli becerilerde yetersizlik,
- ✓ Eğitim eksikliği gibi nedenler

Alınabilecek önlemler

- ✓ Özellikle çocukları cinsel istismardan korumaya yönelik çocuk ve ebeveynlerin bilgilendirilmesi, eğitim programlarının düzenlenmesi,
- ✓ Eğitim programlarının içeriğinde;
- ✓ Özel vücut bölgeleri,
- ✓ İyi dokunma- kötü dokunma,
- ✓ Hayır demeyi öğrenme, izinsiz fiziksel teması reddetme,
- ✓ Yabancılarla güvenlik sınırı oluşturma,
- ✓ İstismar olayını bildirme,
- ✓ Olası bir istismarın anlaşılmasına yönelik konuların bulunması önerilmektedir.
- ✓ Cinsel istismardan korunmanın en son aşaması ise istismarcının yakalanmasını sağlamak için onda bir iz bırakmak amacını taşıyan, bağırma, ısıрма, tırmalama davranışları yer almaktadır.

Beslenmeyle İlgili Sorunlar

Özel gereksinimli çocuklar beslenirken bazı problemlerle karşılaşabilirler:

- ✓ Besinleri çiğneme ve yutmada zorluk,
- ✓ Yemeği geri çıkarma,
- ✓ Dişleri sıkma, zor çiğneme,
- ✓ Kendi başına yemek yiyememe ya da besini ağza götürememe.

Alınabilecek önlemler

- ✓ Yutma güçlüğü olan çocukları beslerken acele edilmemeli, besinleri yuttuğu kontrol edilmeli, aspirasyon (besinin soluk borusuna kaçması) açısından izlenmeli.
- ✓ Otistik çocukların besinler ve kullanılan araç gereçlerle ilgili takıntıları olabilir. Örneğin; yemeklerini aynı yerde, aynı masada, aynı sandalyede oturarak yemek isteyebilir, ya da besinleri renkleri şekillerine göre dizip sıraya koyup yiyebilir, alışkın olmadığı mekânlarda yemek yemeyebilir. Bu çocukların özellikleri dikkate alınarak davranılmalıdır.
- ✓ Çocuğun büyüme ve gelişmesi periyodik olarak izlenmeli, beslenme durumu değerlendirilmeli, beden gereksiniminden az/fazla beslenme riskine yönelik önlemler alınmalı.
- ✓ Çocukta yutma refleksi yoksa tüple beslenme ya da parenteral yolla beslenme uygulanmalı.
- ✓ Beslenme sonrası bir miktar su verilmeli, ağız bakımı yapılmalı.

Çocuğun Hareketsizliğinden Kaynaklanan Sorunlar

Çocuğun hareketsizliği/sınırlı aktivitesi, duygusal kayıp ve pozisyonunu değiştirememesine bağlı olarak, çocuklarda basınç yarası, kontraktür gelişimi (eklem hareketlerinin kısıtlanması), tromboflebit (kan pıhtısına bağlı olarak oluşan damar iltihabı), pnömoni (zatürre), konstipasyon (kabızlık), osteoporoz (kemik erimesi) gibi sorunlarla karşılaşılabilir.

Alınabilecek önlemler

- ✓ Çocuğun yatak içinde iki saate bir döndürülmesi,

- ✓ Günde en az 4 kez aktif-pasif room egzersizlerinin (eklemlerin maksimum düzeyde kullanılması ile yapılan aktif-pasif hareketler) yaptırılması,
- ✓ Ayak düşmesini önlemek için ayak tahtası kullanımının önerilmesi,
- ✓ El-bileklerinin doğal pozisyonda kalacak şekilde desteklenmesi,
- ✓ Antiembolik çorap (pıhtı oluşumunu engellemek için giyilen çorap) giydirilmesi,
- ✓ Solunum egzersizlerinin yaptırılması,
- ✓ Basınç yarası (yatak yarası) gelişiminde risk faktörlerinin ve oluşum bölgelerinin bilinmesi, buna yönelik bakım girişimlerinin uygulanması, havalı yatak kullanılması,
- ✓ Basınç yarası gelişmesi halinde uygun bakımın planlanması gerekmektedir.

Duygusal, Sosyal ve Diğer Sorunlar

Özel gereksinimli çocuklar, duygusal ve sosyal olarak da pek çok sorunla karşılaşabilirler. Bu sorunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- ✓ Çocukların yetersizliğinden dolayı sık hastaneye yatma nedeniyle, okula gidememe bir diğer sorun olarak karşımıza çıkabilir.
- ✓ Yaşıtlarıyla yeterli etkileşimde bulunamama, arkadaş edinme ve sürdürmede güçlük, sinema tiyatro ve diğer sosyal organizasyonlara katılmada güçlük yaşayabilir.
- ✓ Öfke nöbetleri geçirme, enüresiz (altına idrar kaçırma) ve enkopresiz (altına gayta kaçırma) problemleri de görülebilir.
- ✓ Yetersizliklere ilave olarak dikkat eksikliği, konsantrasyon ve öğrenme güçlüklerinin de olması gelişimlerini olumsuz etkilemektedir.

Alınabilecek önlemler

- ✓ Fiziksel yetersizlikleri nedeniyle yaşlıları ile etkili iletişim kuramayan çocukların zihinsel aktiviteler ile aktif olmasının sağlanması,
- ✓ Benzer yetersizlikleri olan çocuk ve ebeveynleriyle etkileşimlerinin sağlanması,
- ✓ Dikkat ve farkındalığının, el-göz koordinasyonunun, dil gelişimi, el kaslarının gelişimine katkıda bulunması ve kaygılarının azaltılması amacıyla oyun etkinliklerinin planlanması,
- ✓ Oyun sayesinde otistik çocuklarda taklit etme, sıra alma, oyuncakla amacına uygun oynama becerilerinin geliştirilmesi,
- ✓ Çocuğun sosyalleşmesini sağlamak amacıyla konuşma terapileri, ev programları, çocuk oyun odalarında çalışmalar sağlanması, tiyatro, gezi düzenlenmesi,
- ✓ Özel gereksinimli çocukların sosyal hayata katılımları ve yaşlılarıyla sosyalleşmeleri, onların da gereksinimi olan oyun sayesinde olmaktadır. Engelli çocuk oyun alanlarında düzenlenen oyun aktivitelerinin çocuklar üzerinde ruhsal açıdan olumlu etkileri olmaktadır.

Özel Gereksinimli Çocukların Ailelerinin Sorunları ve Alınacak Önlemler

Aileler, uzun süreli ve sürekli bakım gerektiren çocuklarıyla birlikte pek çok sorunla karşılaşmakta, yardım ve desteğe gereksinim duymaktadırlar. Ailelerin yaşadıkları problemler;

Fiziksel problemler: Yetersizliği olan çocukların bakım vericilerinde daha çok annelerinde; Yorgunluk, bel-sırt ağrıları, kol-boyun ağrıları, bel fıtığı, Uykusuzluk, migren, hipertansiyon, Ülser, ürtiker gibi sorunların olduğu belirlenmiştir.
Duygusal sosyal problemler: Özel gereksinimli çocukların yetersizliğinden dolayı ebeveynlerin; Kendilerini/birbirlerini suçlamaları, Benlik saygısı ve özgüvenlerinin düşmesi, Aile içi geçimsizliklerin artması, evlilik ilişkilerinin bozulması, boşanmalar, başka çocuk istememe, Diğer kardeşlerde uyum ve davranış problemleri, Annelerde depresyon, somatizasyon, öfke/düşmanlık belirtilerinin olması, Çocukları reddetme davranışları, toplum tarafından çocuk ve ebeveynlerin damgalanması (stigma), Kreş ve okullarda istenmeyen çocuk ve ebeveyn konumunda olmaları, sosyal izolasyon ve yalnızlık duygularının yoğun yaşanmasına neden olabilir.

Alınabilecek önlemler

- ✓ Ebeveynlerin üstesinden gelmeleri gereken pek çok sorunları bulunmaktadır. Sorunlarla baş etmelerinde, toplumsal, multisektörel ve multidisipliner çözümler gerekmektedir.
- ✓ Evde bakım hizmetleri ile aile çocuğun hastalığı hakkında bilgilendirilmeli, çocuğun bağımsız gerçekleştireceği aktiviteler desteklenmeli.
- ✓ Ebeveynlere çocuğun taşınması, hareket ve vücut mekanikleri, bel sağlığı için dikkat edilecekler, çocuğu yatak içerisinde çevirme, kaldırma, yardımcı araçların kullanımı, basınç yaralarının önlenmesi, yatak içerisinde pozisyon verme gibi konularda eğitim ve destek verilmesi,
- ✓ Ev ortamında ebeveynler için dinlendirici girişimlerin olması,
- ✓ Ebeveynlerin baş etmelerini güçlendirmek için, aile içerisinde çocuğun bakımı ile ilgili iş bölümüne gidilmesi,
- ✓ Özellikle annenin ailesi ve yakın çevresi tarafından fiziksel duygusal sosyal yönden desteklenmesi, bunun için akrabalık ilişkilerinin güçlendirilmesi,
- ✓ Aynı durumda olan anne babalarla, yalnız olmadıklarını hissetmek için sosyal destek/ebeveyn destek gruplarının oluşturulması,
- ✓ Ebeveynlerin, eğitim ve profesyonel destek ile aile yüklerinin azaltılması, stresle etkili baş etme ve öfke kontrolü davranışlarını kazanmaları,
- ✓ Ev ziyaretleri ile özel gereksinimli çocuk ve ebeveynlerinin gereksinimlerinin azaltılması,
- ✓ Toplumun engelli çocuk ve ailesine yönelik bakış açısını değiştirebilmelerine yönelik eğitim programlarına yer verilmesi,
- ✓ Ailenin güçlendirilmesi, evlilik danışmanlığının alınması,
- ✓ Multisektörel ve multidisipliner çalışarak, çocuklara ve ebeveynlerine yönelik kısa süreli rahatlatma hizmeti verilebilmesi,
- ✓ Özel gereksinimli çocuk ve ailelerine hizmet verecek profesyonellerin de yeterli bilgi ve deneyim kazanmasına yönelik yapılacak girişimlerin desteklenmesi önerilmektedir.

Sonuç olarak özel gereksinimli çocuk ve ailelerinin bu denli çok sağlık problemi yaşaması sağlık gereksinimlerini de arttırmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması, multidisipliner ve multisektörel ekip çalışmasını gerektirir.

Özel Gereksinimli Birey/Çocuklara Yönelik Yapılan Yasal Düzenlemeler

Özel gereksinimli çocuklar da diğer çocuklarla aynı haklara sahiptirler. Bu hakların arasında; yaşam hakkı, yeterli sağlık, beslenme ve eğitim hakkı, görüş açıklama, kararlara katılma ve yasalar çerçevesinde eşit korunma bulunmaktadır.

Uluslararası düzeyde Birleşmiş Milletler (BM) tarafından 2006 yılında kabul edilen , “Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme”, ülkemizde 2008 yılında çıkarılan kanunla yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmenin amacı, engelli bireylerin insan haklarını geliştirmek, korumak ve bu haklardan tam ve eşit şekilde yararlanmasını teşvik etmek ve doğuştan gelen insanlık onurlarına saygıyı güçlendirmektir.

Çocuk Haklarına dair sözleşme ,“Zihinsel ya da bedensel engelli çocukların saygınlıklarını güvence altına alan, özgüvenlerini geliştiren ve toplumsal yaşama etkin biçimde katılmalarını kolaylaştıran şartlar altında eksiksiz bir yaşama” hakkı olduğunu belirtmektedir.

Engelliler ve Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun;

‘Hiçbir gerekçeyle engellilerin eğitim alması engellenemez.’ olduğunu belirtir.

Toplumsal sorunlar toplumun katılımı ile çözümlenebilir. Engelli/yetersizliği olan bireylere yönelik yapılan tüm yasal düzenlemelere karşın eğitimdeki ön yargılar, istihdam, iyi düzenlenmemiş çevre ve toplumsal tutumlar yönünden çözüm henüz istendik düzeye erişememiştir.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Engellilik/yetersizlik için risk teşkil eden faktörler arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Daha yoksul hanelerde yaşama
- b) Yetersiz beslenme
- c) Ayrımcılığa maruz kalma
- d) Eğitim imkânlarından yeterince yararlanma
- e) Çatışma/savaş ortamlarında bulunma

2. Engelliliğin doğum sırasındaki nedenleri arasında aşağıdakilerden hangisi yer alır?

- a) Yakın akraba evliliği
- b) Kan uyuşmazlığı
- c) Genetik/kromozomal hastalıklar
- d) Annenin kötü ve yetersiz beslenmesi
- e) Zor doğum eylemi sonucu bebeğin oksijensiz kalması

3. Özel gereksinimli çocukların kendi kendine zarar verme şeklinde yaralanması olarak aşağıdakilerden hangisi değerlendirilir?

- a) Kazara ev içinde sıcak su dökülmesi
- b) Elleri ya da herhangi bir nesneyle kendine vurması
- c) Ev içinde düşmesi
- d) Trafik kazası geçirmesi
- e) Dikkatsizlik sonucu motosikletten düşmesi

4. Özel gereksinimli çocukların duygusal ve sosyal sorunları arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Öfke nöbetlerinin olması
- b) İçine kapanık olması
- c) Utangaç olması
- d) Özgüven ve benlik saygısının düşük olması
- e) Diş çürüklerinin olması

5. Özel gereksinimli çocukların kaza ve yaralanmalar açısından riskli olmasının nedenleri arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Gelişimsel süreçteki gecikme
- b) Konuşma ve zihinsel becerilerde yetersizlik
- c) Fiziksel becerilerdeki yetersizlik
- d) Ev koşullarının özel gereksinimli çocuğa göre düzenlenmesi
- e) Çocuğun duygusal bozukluğunun olması

6. Özel gereksinimli çocukların ağız ve diş sağlığı sorunlarına yatkınlığının nedenleri arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Öz bakım yetersizliğinin olması
- b) Motor beceride yetersizliklerin olması
- c) Tükürük salgısının olması
- d) Mental yetersizliklerin olması
- e) Diş tedavisi esnasında uyum göstermemesi

7. Özel gereksinimli çocukların hareketsizliğine bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar arasında aşağıdaki sağlık problemlerinden hangisi yer almaz?

- a) Osteoporoz (kemik erimesi)

- b) Basınç yarası / bası ülseri
- c) Kabızlık
- d) Kızamık
- e) Tromboflebit gelişimi

8. Ülkemizde yapılan ‘Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması’ (2010) sonuçlarına göre kayıtlı engelliler arasında en az oranda hangi engel türündeki bireyler bulunmaktadır?

- a) Dil ve konuşma yetersizliği
- b) Zihinsel yetersizlik
- c) Görme yetersizliği
- d) Konuşma ve dil yetersizliği
- e) Süreğen hastalığı olanlar

9. Özel gereksinimli çocukların ailelerinin yaşadığı fiziksel problemler arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Bel-sırt-boyun ağrıları
- b) Migren
- c) Evlilik ilişkilerinin bozulması
- d) Hipertansiyon
- e) Bel fıtığı

10. Özel gereksinimli çocukların istismar ve ihmal riskini arttıran faktörler arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Konuşma ve zihinsel becerilerdeki yetersizlikler
- b) Yargılama ve sosyal becerilerdeki yetersizlikler
- c) İstismar edildiğini söyleyememe
- d) İstismarcıya karşı kendini koruyamama
- e) Çocuğun sıcakkanlı, girişken ve konuşkan olması

Cevap Anahtarı 1.d, 2.e, 3.b, 4.e, 5.d, 6.c, 7.d, 8.a, 9.c, 10.e