

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

HEMŞİRELİK

**ÇOCUKTA SİNDİRİM SİSTEMİ
HASTALIKLARI VE BAKIM**

Ankara, 2013

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ.....	1
ÖĞRENME FAALİYETİ-1	3
1. KONJENİTAL SİNDİRİM SİSTEMİ HASTALIKLARI.....	3
1.1. Yarık Dudak (Tavşan Dudak), Yarık Damak (Kurt Ağız).....	4
1.2. Özofagus Atrezisi ve Fistül	6
1.3. Pilor Stenozu	8
1.4. Konjenital Aganglionik Mega Kolon (Hirschsprung Hastalığı)	9
1.5. Akalazya.....	11
1.6. Kalazya (Gastroözofajiyal Reflü)	12
1.7. Herniler	13
1.7.1. Diyafagma Hernisi.....	14
1.7.2. Umbilikal Herni	15
1.7.3. Konjenital İnguinal Herni	16
1.8. Rektal Prolapsus	17
1.9. İmperfore Anüs (Anal Atrezi)	18
1.10. Omfalosel	19
1.11. Meckel (Mekel) Divertikülü	20
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME.....	21
ÖĞRENME FAALİYETİ-2	22
2. ÇOCUKLARDA SIK GÖRÜLEN SİNDİRİM SİSTEMİ SORUNLARI	22
2.1. Akut İshaller (Diyareler)	22
2.2. Kabızlık (Konstipasyon)	24
2.3. Kusma ve Reflü	26
2.4. İştahsızlık	28
2.5. Karın Ağrısı.....	30
2.5.1. Süt Çocuğu Koliği (İnfantil Kolik).....	30
2.5.2. Kolit	32
2.5.3. Büyük Çocuklarda Karın Ağrıları	33
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME.....	35
MODÜL DEĞERLENDİRME	36
CEVAP ANAHTARLARI.....	37
KAYNAKÇA.....	38

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Konjenital sindirim sistemi hastalıkları bebeklik ve çocukluk döneminde önemli sağlık sorunlarına neden hastalıklardır. Çocuklarda görülen ishal, kabızlık, iştahsızlık, karın ağrısı gibi sindirim sistemi sorunları, önemli hastalıkların habercisi olmakla birlikte; bu sorunlar büyüme ve gelişmeyi yavaşlatmakta, çocuğun okul başarısını azaltmakta ve beraberinde daha pek çok olumsuzluğu getirmektedir.

Alanda çalışan hemşirelerin sindirim sistemi sorunları ve hastalıklarında yapacakları rehberlik ve eğitimle; verecekleri kaliteli bakımla iyileşme süreci hızlanacak, komplikasyonlar önlenecek, ölümler azalacak ve daha sağlıklı nesillerin yetişmesine katkıda bulunulacaktır.

Bu öğrenme materyalinde sindirim sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı anlatılmaktadır. Anlatılan bu bilgiler size alanda kılavuz olacak ve başarınızı artıracaktır.

ÖĞRENME FAALİYETİ-1

AMAÇ

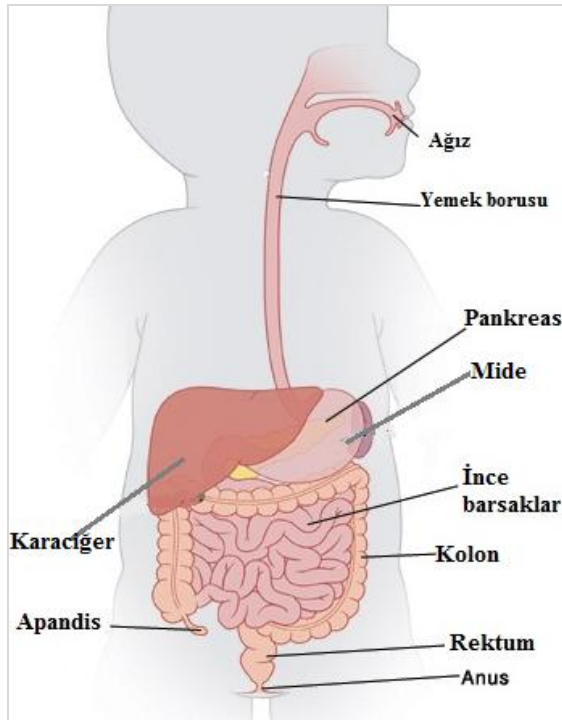
Çocuklarda sindirim sistemi hastalıklarında hemşirelik bakımını yapabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Değişik kaynaklardan yararlanarak konjenital sindirim sistemi hastalıklarıyla ilgili bir sunu hazırlayıp sınıfta arkadaşlarınıza sununuz.
- Yarık damak ve yarık dudakla ilgili resimler bulup sınıf panosunda sergileyiniz.

1. KONJENİTAL SİNDİRİM SİSTEMİ HASTALIKLARI

Sindirim sistemi; alınan besinlerin sindirim kanalı boyunca ilerlemesini, sindirim salgıları ile büyük moleküllerin daha küçük yapı taşlarına parçalanmasını, bu yapı taşlarının, su ve elektrolitlerin emilerek kan dolaşımına geçişini sağlar.



Resim 1. 1: Sindirim sistemi

Sindirim, besinlerin ağza alınmasıyla başlar. Ağızda çiğnemeyle küçük parçalara ayrılan besin tükürükle karışarak özofagus vasıtasıyla mideye geçer. Mide, yutulan besinleri salgılarıyla yarı-sulu hâle getirerek ince bağırsaklara verir, proteinleri daha küçük yapı taşlarına parçalar. İnce bağırsaklara geçen yarı-sulu besinler, safra ve pankreas salgılarının yardımı ile sindirilir ve emilir. Kalın bağırsaklar ise su ve elektrolitleri emer ve dışkı atılana kadar depo görevi görür.

Sindirim sisteminin konjenital anomalileri yeni doğan ve çocukluk döneminde önemli hastalık nedenlerinden olup bunların bir kısmı hayatı tehdit edici anomalilerdir.

1.1. Yarık Dudak (Tavşan Dudak), Yarık Damak (Kurt Ağız)

Dudak ve damak yarıkları konjenital gelişim bozukluklarının en önemlilerindedir. Anormal yüz görünümü ve konuşma bozukluğuna neden olduklarından dikkat çekicidir. Dudak ve damağın yarıklığı birlikte olabileceği gibi sadece biri de olabilir.



Resim 1. 2:Yarık dudak (iki taraflı)

Yarık dudak ve yarık damak, bebeğin anne karnında üst çene kemiği ve ağız tavanını oluşturan yumuşak doku ve kemik dokuları meydana getirecek embriyonik uzantıların yetersiz birleşmesinden ileri gelmektedir. Yarık dudak, üst dudağın deri, kas ve mukoza bütünlüğünün bozulmasıdır. Üst dudaktaki yarık tek veya iki taraflı olabileceği gibi burun deliklerine kadar uzayabilir. Yarık damak, damağın orta hattında bir yarık bulunmasıdır. Bu yarık ağız boşluğu ile burun boşluğunu birleştirecek kadar uzun olabilir.

➤ Nedenler

- Genetik yatkınlık
- Oligohidroamniyoz
- Gebeliğin ilk 3 ayında röntgen çektilmesi
- Gebelikte sigara ve alkol kullanılması
- Gebelikte kortikosteroid, antikonvülzan, sülfonamid gibi ilaçların kullanılması
- Gebelikte iyot ve vitamin eksikliği (D vitamini, A ve B grubu vitaminler)
- Gebeliğin ilk 3 ayında ağır bakteriyel veya viral enfeksiyon geçirilmesi (kızamıkçık, kızamık, kabakulak vb).



Resim1.3: Yarık damak

➤ **Belirti ve Bulgular**

- Emme sorunları ve beslenme bozuklukları,
- Ağızdan verilen besinin burundan gelmesi, besinin akciğere aspirasyonu,
- Yarık dudaklı bebeklerde dudakların kapanmasında sorun olduğu için tükürüğün ağızdan akması ve ağız köşelerinde yara oluşması,
- İlerleyen ay ve yıllarda orta kulak enfeksiyonu ve işitme bozuklukları,
- Dişlerde diziliş bozuklukları,
- Konuşma bozuklukları (burundan konuşma),
- Estetik sorunlardan kaynaklanan psikolojik sorunlardır.

➤ **Tam**

Yarık dudak ve damak gebelikte yapılan ultrasonda saptanabildiği gibi sıklıkla doğum sonrası yapılan muayenede tanınır. Yarık dudak ve damağa trakeaözofajiyal fistül, omfalosel gibi diğer konjenital anomaliler eşlik edebilir.

➤ **Tedavi ve Hemşirelik Bakımı**

Yarık dudak ve yarık damak cerrahi olarak tedavi edilir. Yarık dudak ameliyatı mümkün olduğu kadar erken (tercihen ilk 3 ay içinde) yapılır. Yarık damak ameliyatı ise bebeğin kilosu ve kan değerleri dikkate alınarak 6. ile 12. aylar arasında yapılır. Bozukluğun şiddetine göre dudak şekline ya da diş ve çene gelişimine yönelik ek ameliyatlara gerekebilir.

Yarık dudak ve yarık damaklı çocuğun bakımında önemli olan noktalar şunlardır:

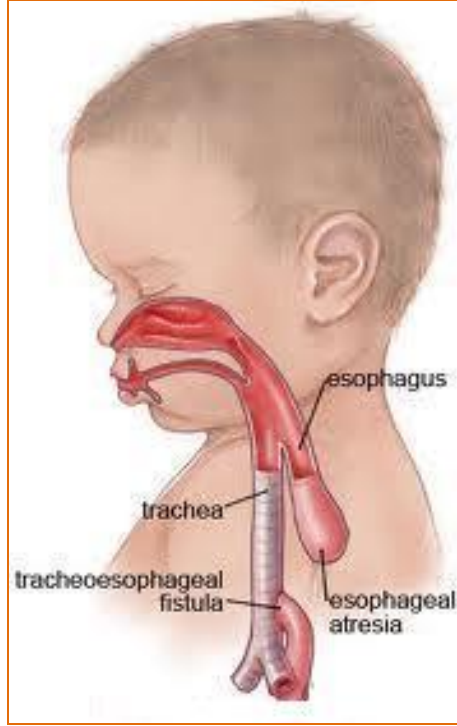
- Yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalıdır. Yarık dudak ve damaklı bebeklerde ağız ve burun boşlukları birbirleriyle bağlantılı olduğundan emme sırasında etkili bir emiş gücü yoktur. Bu nedenle yetersiz beslenme görülür. Yutma fonksiyonunda bozukluk olmadığı için anne sütü veya mama bebeğin yutağına ulaştırılabilirse herhangi bir beslenme sorunu yaşanmaz. Bu nedenle biberonun deliği büyük, emziği uzun olmalı ve bebeğin ağzına iyice yerleştirilmelidir. Bu bebekleri kaşıkla beslemek de mümkündür. Beslenme sırasında fazla miktarda hava yuttukları için

beslenme sonrası gaz çıkartılmasına dikkat edilmelidir. Yarık damaklı bebeklerde damaktaki yarığı kapatarak bebeğin beslenmesini kolaylaştırmak amacıyla doğumdan sonraki ilk günlerde diş hekimleri tarafından beslenme plağı yapılmaktadır. Bebek hangi yöntemle beslenirse beslensin beslenme sırasında yatayla 45 derece açı yapacak şekilde tutulmalı ve böylece yutma işleminde yerçekiminin yardımı sağlanmalıdır.

- Hava yolunu açık tutmak için yarık damak ve yarık dudaklı bebekler yüyükoyun yatırılmalıdır.
- İşitme kaybının önlenmesi için bebek kulak-burun-boğaz uzmanı tarafından takip edilmelidir (Yarık dudak ve yarık damaklı bebeklerde östaki borusu yeterli görev yapamamaktadır. Bu nedenle orta kulak enfeksiyonu sık görülür.).
- Ameliyat sonrası bakım ve beslenmesine dikkat edilmelidir. Solunum yolunun açıklığının sağlanması ve yaşamsal fonksiyonların takibi ameliyat sonrasında yapılması gerekli en önemli işlerdir. Ağız ve boğazda biriken salgılar ve besin artıkları temizlenmelidir. Ameliyat sonrası dikişlerin gerilmemesi için çocuk ağlatılmamalı ve emme hareketi yapmamalıdır (Emzik kullanılmamalı, parmak emmemeli ve bir ay süreyle emzirilmemelidir.). Bebeğin parmak emmesini ve elini ağzına sokmasını önlemek için dirsek ateli kullanılmalıdır. Ancak dirsek ateli periyodik olarak gevşetilmeli ve çocuğun kollarına egzersiz yaptırılmalıdır. Bebeğe dikiş yerleri iyileşinceye kadar anne sütü / sıvı gıdalar damlalık veya kaşıkla verilmelidir. Dikişler alındıktan sonra emzirilmelidir.
- Aileye psikolojik destek ve evde bakım eğitimi verilmelidir. Diş diziliş bozuklukları, konuşma bozuklukları gibi nedenlerle uzun süreli takip ve tedavi gerektiği açıklanmalıdır.

1.2. Özofagus Atrezisi ve Fistül

Özofagus atrezisi, özofagusun gelişimini tamamlamaması sonucu kapalı olması, trakeaözofajiyal fistül ise özofagus ile trakea arasında bağlantı (kanal) bulunmasıdır. Özofagus atrezisi ve trakeaözofajiyal fistül ayrı ayrı görülebileceği gibi sıklıkla beraberdir. Özofagus atrezisi ister fistüllü ister fistülsüz olsun nedeni bilinmemektedir. Özofagus atrezisi ve trakeaözofajiyal fistül erken tanılanıp tedavi edilmediği takdirde bebeğin hayatını kaybetmesine neden olur.



Resim1.4: Özofagus atrezisi ve trakeaözofajiyal fistül

➤ **Belirti ve bulgular**

- Erken klinik bulgu bebeğin tükürüğünü yutamaması,
- Yutulamayan tükürüğün ağızdan ve burundan akması,
- Alınan besinin burundan ve ağızdan geri gelmesi (Özofagus atrezisi olan bebek ilk beslendiğinde besini normal yutar. Ancak alınan besinler özofagusun kapalı ucunu doldurduktan sonra burundan ve ağızdan geri gelir.),
- Atreziyle birlikte fistül de varsa, ilk beslenme esnasında yutulamayan besinin aspire edilmesi veya bu besinin fistülden trakeaya kaçması sonucu, öksürük ve morarma olması (Hastalığın tipik klinik bulgusudur.),
- Fistül nedeniyle pnömoni gelişmesidir.

Özofagus atrezisine kardiyovasküler sistem(ventriküler septal defekt, fallot tetralojisi vb.), sindirim sistemi (pilor stenozu vb.), boşaltım sistemi (böbreğin yokluğu vb.) anomalileri eşlik edebilir.

➤ **Tanı**

Özofagus atrezisi tanısı doğum öncesi ultrasonla veya doğum sonrası yapılan fizik muayene ve röntgenle konur. Doğum öncesi dönemde özofagusun kapalı olması nedeniyle fetüs amniyon sıvısını yutamaz ve polihidramniyos gelişebilir.

➤ Tedavi ve hemşirelik bakımı

Özofagus atrezisi tanısı konan bebekler yarı oturur pozisyonda yatırılarak mide sekresyonlarının fistül aracılığı ile trakea ve akciğerlere ulaşması engellenmelidir.

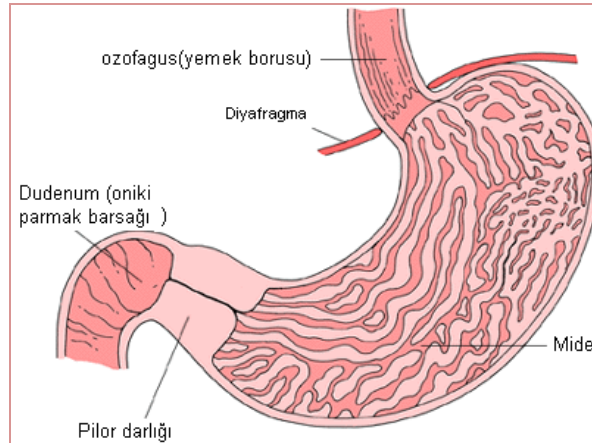
Özofagus atrezisi ve trakeaözofajiyal fistül cerrahi olarak tedavi edilir. Ameliyat öncesi bakımda, bebek ağızdan beslenmez. İntravenöz olarak sıvı elektrolit ihtiyacı karşılanır. Bebeğe uygun pozisyon verilir. Özofagusun kapalı ucunda biriken salgılar aspire edilir. Bebeği ağlatmamaya özen gösterilir (Çünkü ağlama sırasında hava fistülden mideye geçerek aspirasyonu artırır.).

Ameliyat sonrası bakımda;

- Sistemik etkili antibiyotik tedavisi yapılır.
- Bebek solunum sıkıntısı yönünden izlenir.
- Gastrostomi (karın duvarından mideye delik açılması) varsa ameliyat sonrası tüple beslenmeye başlanabilir. Gastrostomi ile besleme yapılırken besin mideye yavaş gönderilir. Beslemeden sonra tüpün ucu yukarı kaldırılarak steril gazlı bezle kapatılır.
- Kusma ihtimali nedeniyle tüpün ucu klemp lenmemelidir. Aksi hâlde kusma sırasında özofagusa geçen besin dikişlere baskı yapabilir.
- Gastrostomi tüpünün bakımı yapılır (Beslenme sonrası tüpün içi yıkanarak tıkanması ve enfeksiyon gelişmesi önlenir.).
- Gastrostomi ile beslenen bebeklere ağız bakımı verilir.

1.3. Pilor Stenozu

Pilor adı verilen kas, mide ile on iki parmak bağırsağı arasındaki bölgede bulunan ve mide ile bağırsak arasındaki geçişi kontrol eden yapıdır. **Pilor stenozu**, pilor bölgesinde düz kaslarda kalınlaşmaya bağlı daralmadır. Bu durumda mide içindeki gıdalar piloru geçip bağırsağa akamaz.



Resim1.5: Pilor stenozu

Pilor stenozunun nedeni bilinmemektedir. Ancak erkeklerde görülme oranı kızlardan yüksektir. Ailede pilor stenozunun olması riski artırır.

➤ **Belirti ve bulgular**

- Safrasız kusma (Safra salgısı on iki parmak bağırsağına akar. Ancak mide çıkışı dar olduğundan kusmakta safra olmaz.) vardır.
- Başlangıçta kusma hafif hafif reflü gibi olurken zamanla tipik kusma şekline dönüşür (Tipik kusma, her beslenmeden sonra fişkirir tarzda kusmadır).
- Bebek kusmalara rağmen iştahlı ve yemeğe karşı isteklidir. Ancak bebekte kilo alımı durur ve hatta kilo vermeye başlar.
- Dışkı miktarı azdır. Kabızlık görülebilir.
- Zamanla sıvı kaybı belirtileri başlar. Sıvı kaybına bağlı olarak bitkinlik, dalgınlık, uyku hali yerleşir ve şuur kapanabilir.

➤ **Tanı**

Fizik muayene, ultrason veya röntgenle tanı konur. Tipik kusmaları olan bir bebeğin karın muayenesinde zeytin beüyükülüğünde kalınlaşmış pilor kitlesi ele gelir. Ultrasonda kalınlaşmış pilor dokusunun görülmesi ile tanı konur. Kontrast madde kullanılarak çekilen mide filminde de pilor kanalının dar ve mide boşalımının yetersiz olduğu görülebilir.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

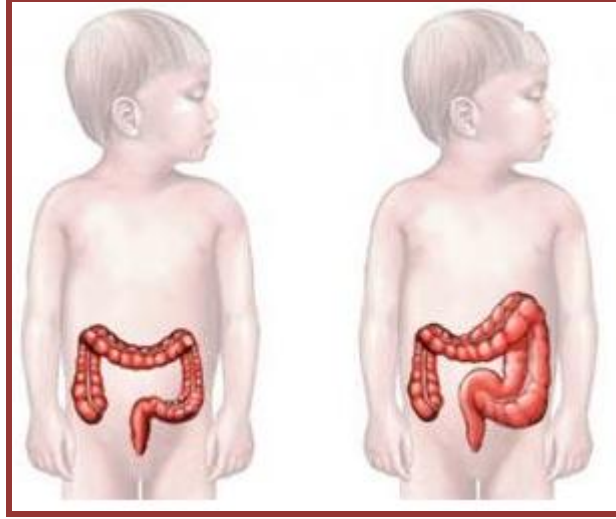
- Pilor stenozunun tedavisi cerrahidir.
- Ameliyattan önce intravenöz olarak sıvı ve elektrolit dengesi ile asit-baz dengesi sağlanır.
- Çocuk ağızdan beslenmediği için ağız bakımı verilir.
- Ameliyat sonrası ilk 12-24 saatten sonra az miktarda beslenmeye başlanıp besin miktarı giderek arttırılır.
- Aldığı-çıkardığı sıvının ve hayati bulguların takibi yapılır.
- Ameliyat bölgesi temiz tutularak enfeksiyon yönünden kontrol edilir.

1.4. Konjenital Aganglionik Mega Kolon (Hirschsprung Hastalığı)

Konjenital aganglionik mega kolon yeni doğanda kalın barsağın tıkanmasına neden olan bir hastalıktır. Ancak tıkanma anatomik değil fonksiyonel bozukluktan kaynaklanır. Tıkanmanın nedeni parasempatik sinir hücrelerinin kalın bağırsağın alt kısmında bulunmamasıdır. Kalın bağırsağın parasempatik sinir hücreleri bulunmayan (agangliyonik) bölümünde hem normal itici hareketler (peristaltizm) yoktur hem de iç sfinkter tonik şekilde kasılı durumdadır. Bu nedenle bağırsak içeriği kasılan kısmın aşağısına geçemez.

Kolonun agangliyonik bölümünün üstünde kalan bağırsak kısmında ise normal itici hareketler vardır. İtici hareketlerde artışa rağmen bağırsak içeriği alt bölüme geçemediğinden birikmeye başlar. Bağırsak içeriğinin aşırı birikmesiyle kolon genişler ve mega kolon oluşur. Mega kolon etkilenen bağırsak alanına göre akut, yaşamı tehdit edici veya kronik olabilir.

Hastalığın nedeni bilinmemektedir. Erkek bebeklerde daha sık görülür. Ailevi öykü ve gebelikte geçirilen enfeksiyonlar risk faktörlerini oluşturur.



Resim 1.6: Mega kolon

➤ **Belirti ve bulgular**

- Mekonyumun yapılamaması (En tipik ve en erken belirti mekonyumun 24-48 saatten daha geç çıkarılmasıdır.),
- Yeni doğan döneminde safralı kusma,
- Karın şişkinliği ve karında fekal kitle,
- Tuşede rektumun boş olması,
- Lavmanda çok kötü kokulu gaita çıkması,
- Bağırsakta tam tıkanma veya bağırsak delinmesi belirti ve bulguları,
- Kronik megakolonlu olan çocuklarda bir yaşından sonra kabızlık, kötü kokulu ishal atakları veya meteorizm (bağırsaklarda aşırı derecede gaz olması),
- Büyüme gelişme geriliği,
- Müdahale edilmeyen olgularda enterokolittir (İnce barsak ve kolon enfeksiyonu görülür. Enterokolit ölüme neden olabilir.).

➤ **Tanı:** Röntgen ile konur.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

Tedavide amaç, sinir hücrelerinin bulunmadığı kısmın cerrahi olarak çıkartılması ve ganglionik (sinir hücrelerinin olduğu bölüm) ucun anal bölgeye getirilmesidir. Cerrahi tedavi iki aşamalı olup birinci aşamada kolostomi açılır. Çocuk 6-12 aylık olduğunda düzeltici ameliyat yapılarak kolostomi kapatılır.

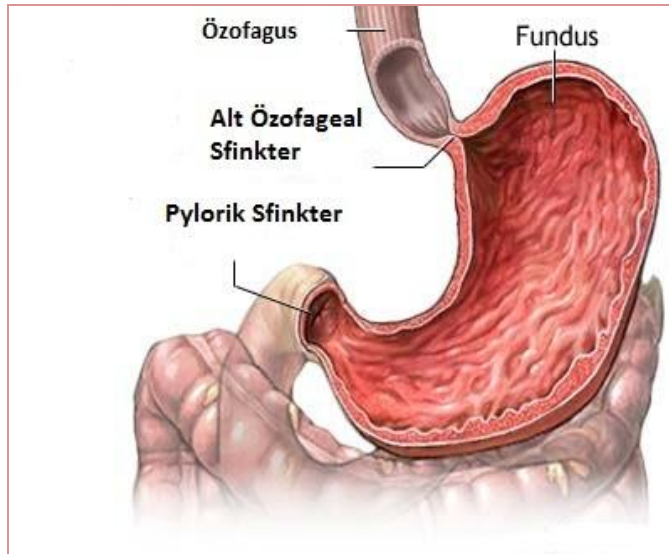
- Ameliyat öncesi bakım verilir.
- Yenidoğanın bağırsakları steril olduğundan lavman yapılmaz.
- Ameliyat sonrası bakımda, hayati bulguların takibi yapılır.
- Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır.
- Kolostomi bakımı yapılır.
- Ağız bakımı yapılır.
- Aileye evde bakımla ilgili bilgi verilir.

1.5. Akalazya

Latince **gevşeme bozukluğu** anlamına gelen akalazya; özofagus alt sfinkterinde tonus artışı ve buna bağlı yetersiz gevşeme ile karakterize nöromusküler bir bozukluktur. Besinler mideye yeterince geçemediğinden özofagusta birikir. Hastalığın nedeni bilinmemektedir.

➤ Belirti ve bulgular

- Kusma,
- Regürjitasyon (yenilen yemeğin istemsiz ağza geri gelmesi),
- Yutma güçlüğü,
- Sırtta ağrı,
- Öksürük,
- Kilo kaybı,
- Büyüme gelişme geriliği,
- Tekrarlayan aspirasyon pnömonisidir.



Resim 1.7: Akalazya

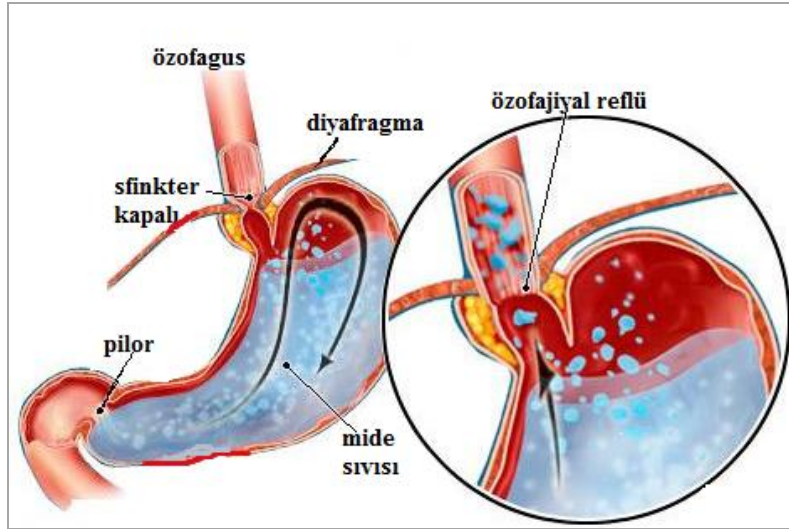
- ### ➤ Tanı: Röntgen ile konur.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

- Akalazya cerrahi olarak tedavi edilir.
- Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakım verilir.
- Bebek yarı oturur pozisyonda yatırılır.
- Antibiyotik tedavisi yapılır.
- Ağız bakımı verilir.

1.6. Kalazya (Gastroözofajiyal Reflü)

Gastroözofajiyal reflü, özofagus alt ucundaki, bir çeşit kastan yapılmış halkanın (sfinkterin), gevşemesi sonucu mide içeriğinin özofagusa kaçmasıdır. Bebeklik çağında özofagus boyunun kısa, kapasitesinin az olması, bebeğin genellikle yatar pozisyonda olması mide içeriğinin yemek borusuna ve ağza çıkmasını kolaylaştırır. İlave olarak mide boşalımının yavaş olması, karın içi basıncın ıkınma, dışkılama gibi durumlarda artması da reflü gelişimine katkıda bulunur. Süt çocuklarında reflü yaşamın ilk üç ayında başlar, dördüncü ayda doruk noktasına ulaşır. Zaman içinde yemek borusunun alt ucundaki kasların kuvvetlenmesi, yemek borusunun karın içinde kalan kısmının uzaması ve bebeğin dik durmaya başlamasıyla reflü gittikçe azalır. Bir yaşına gelindiğinde %95 oranında iyileşir. Midedeki asit sıvısının özofagusa geçiş süresi uzadığında veya sayısı arttığında hastalık tablosu gelişir.



Resim 1.8: Gastroözofajiyal reflü

Gastroözofajiyal reflü hastalığı belirgin bir neden olmaksızın gelişebilir. Ancak nörolojik gelişim bozukluklarında ve diyafragmatik fıtık gibi doğumsal anomalilerde çok yaygındır.

➤ **Belirti ve bulgular**

- Regürjitasyon (beslenme sonrası bebeğin ağzının kenarlarından besin sızması),
- Kusma,
- İştahsızlık,
- Huzursuzluk,
- Tekrarlayan öksürük,
- Disfaji (yutma güçlüğü),
- Ağrılı yutma,
- Büyüme gelişme geriliği,
- Anemi,
- Özofajitdir.

➤ **Tanı**

Röntgen ve özofagus alt ucuna yerleştirilen mikro elektrotlarla konur. Mikro elektrotlar ile 24 saat boyunca bölgedeki asit varlığı, süresi ve sıklığı saptanır.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

Gastroözofajiyal reflü bebekte iyi bir seyir izler, genellikle tedavi gerektirmez ve bir yaş civarında büyük çoğunlukla kendiliğinden geçer. Reflü nörolojik bozukluğu olanlarda, prematürelde, yemek borusu ameliyatı olanlarda, ailesinde ağır reflü hastalığı olanlarda takip edilmelidir. Çocukta reflü hastalığı tedavisinin amacı yakınmaları gidermek ve astım, pnömoni, larenjit gibi solunum sistemi komplikasyonlarını önlemek olarak sayılabilir.

- İlaç tedavisine gerek duyulmayan olgularda beslenme düzenlenir (koyulaştırılmış mama, az az sık besleme vb.),
- Yatış- tutuş pozisyonları(sol yan pozisyonda yatış, beslerken dik tutuş vb.) gözden geçirilir.
- İlaç tedavisi gerektiren olgularda mide boşalmasını hızlandıran, özofagus alt ucunun kasılma kuvvetini arttıran ajanlar ve mide asit salgısını azaltan ilaçlar kullanılabilir.
- İlaç tedavisine iyi yanıt vermeyen olgularda cerrahi yöntemler uygulanabilir.

1.7. Herniler

Herni (fitik) herhangi bir vücut bölümünün çıkıntı yapmasıdır. Bu çıkıntı açık olan bir kısmın fetal gelişim sırasında kapanmaması veya bunu destekleyen kasın zayıflığından kaynaklanabilir. Hernilerin olası tehlikesi çıkıntı bölgesindeki organların sıkışıp dolaşımının bozulması ve fonksiyonlarının bozulmasıdır. Bebeklerde en sık diyafragma, kasık ve göbek hernisi görülür.

1.7.1. Diyafragma Hernisi

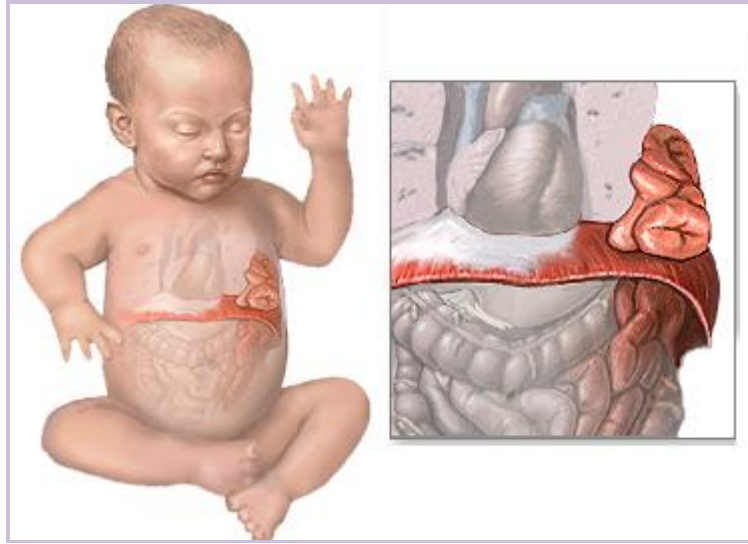
Diyafragma göğüs ve karın boşluklarını birbirinden ayıran kas liflerinden zengin kalın zardır. Konjenital diyafragma hernisi gebelik sırasında fetüsün akciğer gelişiminin erken dönemlerinde karın içi organlarının göğüs boşluğuna geçmesine neden olan diyafragmada açıklık bulunmasıdır. Nedeni bilinmemektedir.

Diyafragma hernili doğan bebeklerde ölüm oranı %10-35 arasında değişmektedir. Ölümlerin en önemli sebebi, herni gelişen tarafta daha belirgin olmak üzere iki taraflı pulmoner hipoplazi (akciğerlerin yetersiz gelişmesi) ve pulmoner hipertansiyondur. **Akciğer hipoplazisinin** nedeni karın içi organların göğüs boşluğuna geçmesine bağlı akciğer sıkışması; **pulmoner hipertansiyonun** nedeni ise hipoplazik akciğere kanın yeterince gidememesidir. Diyafragma hernisi yeni doğanda solunum sıkıntısı ile seyretmesi nedeniyle acil müdahale gerektiren bir durumdur.

➤ Belirti ve bulgular

Diyafragma hernisi çok ağır olgularda doğumdan hemen sonra belirti verirken çoğu olguda ilk 24 saat içinde belirti verir.

- Solunum sıkıntısı,
- Siyanoz,
- Fizik muayenede, çökük karın ve asimetric, huni biçimli bir göğüs yapısı vardır.



Resim 1.9: Diyafragma hernisi

➤ Tanı

Doğum öncesinde diyafragma hernisi tanısı ultrason ile konulabilir. Doğum sonrasında tanı fizik muayene (Kalp sesleri göğsün sağ tarafında duyulabilir, akciğer sesleri tek taraflı duyulabilir.) ve röntgen ile konur.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

- Diyafragma hernisinde diyafragmadaki açıklık cerrahi olarak onarılır.
- Ameliyat öncesi hemşirelik bakımında bebeğin hayati bulguları, özellikle solunumu izlenir.
- Bebek ağız yoluyla beslenmez.
- Nazogastrik tüp takılarak mide içeriği boşaltılır. Böylece akciğerlere olan basınç azaltılır.
- Siyanoz değerlendirilir ve oksijen verilir.
- Karın içi organların akciğerlere baskısını azaltmak için bebek oturur pozisyonda yatırılır.
- Ameliyat sonrası bakımda enfeksiyon belirtileri ve solunum yakından takip edilir.
- Bebeğin aldığı çıkardığı izlenir.
- Aileye psikolojik destek, ilaçlar ve bakım gibi konularda eğitim verilir.

1.7.2. Umbilikal Herni

Fetüsün göbek kordonunun geçebilmesi için karın duvarında bir açıklık vardır. Bu açıklık zamanında kapanmazsa karın içi organları dışarı doğru çıkıntı yapar. Göbekte oluşan bu çıkıntıya **umbilikal herni (göbek fitiği)** adı verilir. Nedeni bilinmemektedir. Umbilikal herni prematürelde, düşük doğum ağırlıklı bebeklerde ve kızlarda daha fazla görülmektedir.

➤ **Belirti ve bulgular**

- Ağlama, öksürme ya da ıkınma gibi karın içi basıncın arttığı durumlarda göbekte oluşan şişlik vardır (Şişliğe basınca kolaylıkla içeri kaçar.).

➤ **Tam;** fizik muayene ile konur.



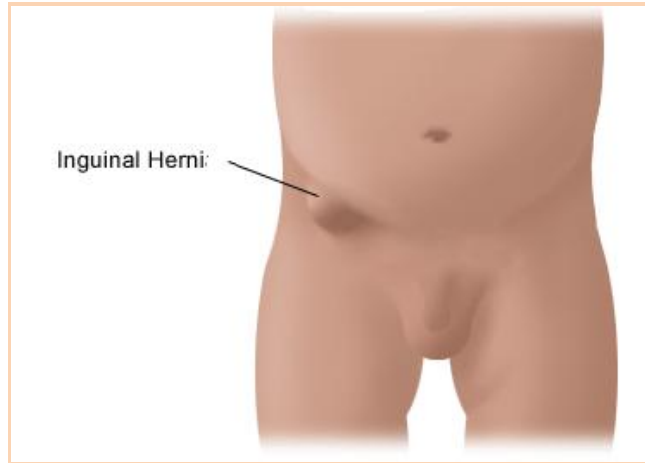
Resim1.10: Göbek fitiği

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

Umbilikal herni, kas dokusu kapandıkça kız bebeklerde 3 yaşına, erkek bebeklerde 4 yaşına kadar kendiliğinden düzelir. Ancak bu yaşlara kadar düzelme olmaz veya şişlik büyürse cerrahi olarak tedavi edilir. Hemşire göbeğe bozuk para yapıştırmak, göbeği flasterlemek veya göbeği bağlamak gibi uygulamaların yapılmaması konusunda aileye bilgi vermelidir. Bu uygulamalar hem yararsız hem de fitikli bölgede kan akımının kesilerek daha da kötüleşmesine neden olmaktadır. Ameliyat sonrası ameliyat yeri enfeksiyon ve kanama yönünden takip edilmelidir.

1.7.3. Konjenital İnguinal Herni

Erkek fetüslerde testisler karın içinde gelişmeye başlar. Testisler fetüsün karnından skrotuma gebeliğin son 2 ayında iner. Karın içindeki testisler her iki kasıkta ayrı ayrı oluşan inguinal kanaldan geçip skrotuma iner. Bu kanallar normalde doğuma birkaç gün kala görevleri bittiği için kapanır. Ancak bu kanallardan birisi veya ikisi kapanmazsa bağırsakların bir kısmı peritonla birlikte kanala girerek dışa çıkıntı yapar. Oluşan bu çıkıntıya inguinal herni (kasık fitiği) adı verilir. Herni tek veya çift taraflı olabilir. İnguinal hernide ailevi öykü, prematüre ve erkek olmak risk oluşturur. İnguinal herni kızlarda çok nadir görülmektedir. Kızlarda dışarı fırlayan organ çoğunlukla barsak değil yumurtalıklardır. İnguinal herniyle birlikte genital veya üriner sistem anomalileri bulunabilir.



Resim 1. 11: İnguinal herni

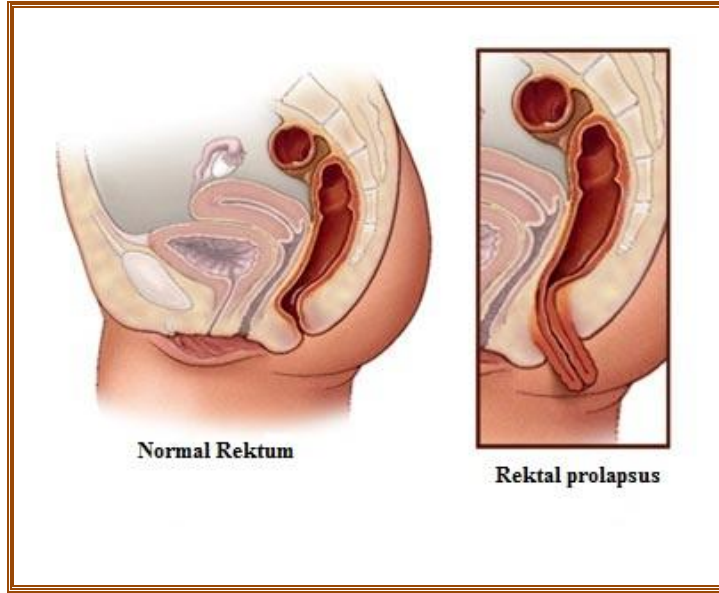
- **Tanı;** fizik muayene ile konur.
- **Belirti ve bulgular**
- Ağlama, gülme, öksürme ya da ıkınma gibi karın içi basıncın arttığı durumlar sırasında kasıkta şişlik,
 - Şişliğe basınca içeri kaçma,
 - Zamanında tedavi edilmezse bağırsakların kasığa girip sıkışması sonucunda barsak tıkanıklığı veya barsak delinmesi belirti ve bulguları görülebilir.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

- İnguinal herni cerrahi olarak tedavi edilir.
- Ameliyat sonrası ameliyat yeri enfeksiyon ve kanama yönünden takip edilir.

1.8. Rektal Prolapsus

Rektal prolapsus, rektumun tamamının veya bir kısmının anatomik pozisyonundan aşağıya sarkarak tüm katlarıyla çepçevre anüsten dışarıya çıkmasıdır. Konjenital rektal prolapsus nadir görülür. Nedeni bilinmemektedir. Meningosel gibi nöromusküler hastalıklarla veya kistik fibrozisle beraber olabilir.



Resim 1.12: Rektal prolapsus

➤ **Belirti ve Bulgular**

- Dışkılama sırasında sarkan kısım dışarı çıkar veya dışkılamadan bağımsız sürekli dışarıdadır.
- Rektum mukozasında kanama vardır.

➤ **Tanı**; fizik muayeneyle konur.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

- Rektum cerrahi olarak yerine yerleştirilir.
- Bebeğe ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakım verilir.

1.9. İmperfore Anüs (Anal Atrezi)

Yenidoğanda anüsün kapalı olmasına **imperfore anüs** adı verilir. Bazen anüs deliği olduğu hâlde 1-2 santim içerideki barsak bölümünde kapalılık olabilir. Gebeliğin 8. haftasında bağırsağın alt ve üst ucu birleşir ve birleşmeden önce bu iki bölüm arasında bulunan zar absorbe olur. Bağırsağın alt ve üst uçları birleşmez veya aradaki zar absorbe olmazsa imperfore anüs meydana gelir.

➤ **Belirti ve bulgular**

- Yenidoğanda mekonyum yapılamaması,
- Karında şişkinlik,
- Kusma,
- Muayenede anüsün kapalı olmasıdır.



Resim 1.13: İmperfore anüs

➤ **Tanı;** fizik muayene, röntgen ve ultrasonla konur.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

- İmperfore anüs cerrahi olarak tedavi edilir.
- Ameliyat öncesi yeni doğana ağızdan besin verilmez.
- Mide nazogastrik sonda ile boşaltılır.
- Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır.
- Ameliyat sonrasında hayati bulgular takip edilir.
- Bebek yan yatırılır.
- Perine temiz ve kuru tutulur.
- Barsak hareketleri başladıktan sonra ağızdan beslenmeye geçilir.
- Dışkı sayısı ve miktarı kaydedilir.

1.10. Omfalosel

Karın ön duvarında gelişim hatasına bağlı olarak göbeği de içine alan bir açıklık bulunmasıdır. Bu açıklıktan karın içi organlar bir kese içerisinde göbekten dışarı çıkar. Organları saran kesenin iç yüzeyini periton dış yüzeyini amniyon kaplar. Göbek kordonu bu kese içinde seyrederek kesenin tepesini oluşturur. Omfalosel kesesi içinde karaciğer, dalak gibi organlar da bulunabilir. Omfalosel kardiyak, ürogenital veya kromozom anomalileri ile birlikte bulunabilir. Nedeni bilinmemektedir.

- **Tanı;** doğum öncesi dönemde ultrasonla, doğum sonrası fizik muayene ile konur.



Resim 1. 14: Omfalosel

- **Tedavi ve hemşirelik bakımı**
 - Bebeğin karın hacmi küçük olduğundan, bağırsakların gerilmesini önlemek için hemen bir nazogastrik sonda takılarak hava yutması ve aspirasyonu önlenir.
 - Sıvı gereksinimi IV yoldan karşılanır.
 - Omfalosel kesesini mekanik travmadan korumak için üzeri steril bir örtü ile sarılır. Açık alandan ısı kaybı olacağı için bebeğin vücut ısısı korunur (Kuvöze alınır.).
 - Antibiyotik başlanır.
 - Cerrahi tedavi yapılır. Cerrahi tedavide, dışarıya çıkan karın içi organlar içeriye konularak, açıklığın bulunduğu bölge kapatılır. Çok büyük açıklıklarda, karın içi basıncı arttırmamak amacıyla doku uyumlu yamalar kullanılır.
 - Bebek enfeksiyonlardan korunur.
 - Yaşam bulguları izlenir.
 - Bağırsak hareketleri başlayınca ağızdan beslenmeye geçilir.

1.11. Meckel (Mekel) Divertikülü

Yaygın olarak görülen konjenital sindirim sistemi anomalilerden biri olan Meckel divertikülü; ince bağırsağın son kısmında bulunan divertikül (kese) tarzında bağırsağa açılan bir yapıdır. Divertikül ortalama 3-5 cm uzunluğundadır ve olguların çoğunda bağırsak mukozası yerine mide mukozası içerir. Buradaki mide mukozası salgıları çevre dokuları tahriş eder. Meckel divertikülü çocuklarda çoğu zaman belirtisiz olmasına rağmen kanama, enfeksiyon, bağırsak tıkanması ve delinme gibi komplikasyonlara sebep olabilir.

➤ **Belirti ve bulgular**

- Karın ağrısı,
- Barsak tıkanması belirti ve bulguları,
- Ağrısız kanlı dışkı,
- Kanamaya bağlı anemidir.

➤ **Tanı**

Meckel divertikülü çoğunlukla belirti vermediği için, tanısı; laparotomi, laparoskopi ve röntgen sırasında rastlantısal olarak veya komplikasyonları ortaya çıktığında konulur.



Resim 1.15: Meckel divertikülü

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

- Divertikül cerrahi olarak çıkarılır.
- Ameliyat öncesi bakımda, dışkı kontrol edilerek varsa kanlı dışkı kaydedilir.
- Bebeğin yaşam bulguları yakından izlenir.
- Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılır.
- Enfeksiyonlar önlenir.
- Ameliyat sonrası dönemde enfeksiyonların önlenmesi, beslenmenin sağlanması gibi konularda bakım ve eğitim verilir.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

1. () Yarık damak ve yarık dudak işitme bozukluğu yapabilir.
2. () Özofagus atrezisi tanısı doğum öncesi dönemde konulabilir.
3. () Yarık damaklı bebekler mutlaka emzirilmelidir.
4. () Omfaloselli bebeğin ısı kaybı diğer bebeklere göre daha fazladır.
5. () Göbek fitiği olan bebeğin fitikli bölgesi sarılarak fitiğin büyümesi önlenir.
6. () Gastroözofajiyal reflülü bebeklerin büyük bir kısmında tedaviye gerek yoktur.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz

ÖĞRENME FAALİYETİ-2

AMAÇ

Çocuklarda sık görülen sindirim sistemi sorunlarını kavrayabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Çocuklarda karın ağrısının nedenleriyle ilgili sunu hazırlayıp sınıfta arkadaşlarınıza sununuz.
- Konstipasyon konusuyla ilgili sunu hazırlayıp sınıfta arkadaşlarınıza sununuz.

2. ÇOCUKLARDA SIK GÖRÜLEN SİNDİRİM SİSTEMİ SORUNLARI

Çocuklarda en sık görülen sindirim sistemi sorunları; ishal, kabızlık, kusma, reflü, iştahsızlık ve karın ağrısıdır.

2.1. Akut İshaller (Diyareler)

İshal, dışkının normal şeklinin bozulması, dışkı miktarı veya dışkılama sıklığının artmasıdır. Günde 3'ten fazla sulu dışkılama da ishal olarak kabul edilir. Yalnızca sık dışkılama, kıvam bozuk değilse ishal sayılmaz. Yeni doğan döneminde günde 3-5 kez dışkılama kıvamı normal olmak koşulu ile doğaldır. Bu sayı geçiş kakası döneminde (doğum sonrası 3.-15. günler arası) günde 8-10'u bulabilir. Geçiş kakası dönemi bitiminden ilk yaşın sonuna kadar, dışkı sayısı genellikle günde 2-3'tür. Ancak özellikle anne sütü ile beslenen bebeklerde günlük dışkı sayısı 7'ye varabilir.

Akut ishal 4 haftadan daha az süren ishaldir. Akut ishal özellikle ilk 2 yaştaki ölüm nedenlerinin başında gelmektedir.

- **Nedenler**
 - **Enfeksiyöz nedenler:** Bakteriler (shigella, salmonella vb.), virüsler (rota virüs, Adenovirüs vb.), protozoonlar (Entamoeba histolytica vb.), helmintler ve mantarlardır. Akut ishaller genellikle enfeksiyöz nedenlerle oluşur.
 - **Toksinler:** Bakteri toksinleri / gıda zehirlenmeleridir (S.aureus, Clostridium perfringens, E. Coli).
 - **Zehirli maddeler:** Arsenik, kurşun, civa vb.dir.
 - **Diğer nedenler:** Çölyak hastalığı, apandisit, divertikülit, iskemik kolit, antibiyotikle ilişkili ishaldir.

➤ **Belirti ve bulgular**

- Ateş,
- Etkene göre değişen dışkı özelliği (Örneğin shigellada kanlı-mukuslu dışkılama, vibrio kolerada çok sayıda, bol sulu, kokusuz ve pirinç suyu görünümünde dışkılama, viral ishallerde dışkı genellikle bol sulu, kan ve mukus içermez),
- Bulantı-kusma,
- Kilo kaybı,
- Kramp şeklinde karın ağrısı,
- Tenezm (sürekli ıkınma hissi),
- Dışkı kaçıрма,
- Dehidratasyon bulgularıdır (letarji, taşikardi ve postüral hipotansiyon, çökmüş fontaneler, kuru deri, kuru gözler ve kuru mukozalar).

➤ **Tam;** dışkı incelemesi ile konur.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

Tedavide en önemli amaç ishalin önlenmesi ve kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin yerine konmasıdır. Rehidratasyon (kaybedilen sıvının yerine konması) özellikle küçük çocuklarda çok önemlidir. İshalde oral yoldan verilecek sıvı; şeker, sodyum ve potasyum içermelidir. Ağır olgular hariç çay, soda, meyve suları ve et suyu çorbaları sıvı kaybının yerine konmasında kullanılabilir. Süt ve süt ürünlerinden başlangıçta laktoz intoleransı nedeniyle kaçınılmalıdır. Buğday, mısır, pirinç, yulaf, patates, muz ve tuzlu kraker gibi besinler dışkı şekilleninceye kadar kullanılır. Kafein ve laktozlu besinler dışkı şekillenmedikçe kullanılmaz. Sebze meyve türü yiyecekler ishali artırabildiği veya bu arada yeni bir ishal atağına neden olabileceği için bir süre bu gıdalardan kaçınılmalıdır.

Anne sütü ile beslenen çocukların emzirilmesine devam edilmelidir. Mama ile beslenen bebeklere laktoz içeriği düşük mamalar verilmelidir. Çocuklarda kesinlikle gıda ve sıvı alımı kesilmemelidir. Elektrolit kaybı evde hazırlanan veya eczaneden alınan oral rehidratasyon sıvılarıyla (ORS) karşılanabilir. Özellikle çocuklarda oral rehidratasyon sıvıları kaynatılıp soğutulmuş su veya pirinç suyu içerisinde çözüldükten sonra rahatlıkla verilebilir. Devamlı kusma, kanlı-mukuslu ishal veya yüksek ateşi olan çocuklar tıbbi takibe alınmalıdır.

Bazı durumlarda oral rehidratasyon yetersiz kalabilir. Ağır dehidratasyon, bilinç bulanıklığı, elektrolit dengesizliği, asidoz, uzamış oligüri, anüri, devamlı ve şiddetli kusma veya ağır malnütrisyon gibi durumlarda parenteral sıvı tedavisi yapılır.

İshalin etkenine göre, antimikrobiyal ilaç veya antibiyotik tedavisi yapılabilir. Virüslere bağlı enfeksiyonlarda antibiyotik tedavisi gerekmezken bakteri ve parazitlerin oluşturduğu enfeksiyonlarda antibiyotik tedavisi gereklidir. Bağırsak hareketlerini etkileyerek ishali durduran ilaçlar çocuklarda kesinlikle kullanılmamalıdır.

➤ **Korunma**

İshale genelde kontamine su, yiyecek ve hastalarla yakın temas neden olduğu için aşağıdaki uyarılara dikkat edilmesi ishallerin sıklığını azaltacaktır:

- Mide-bağırsak enfeksiyonları fekal-oral yolla, bunun dışında kapı kolları, telefonlar ve oyuncaklarla olabilir. Bu nedenle mide-bağırsak enfeksiyonlarından korunmanın en önemli yolu el yıkamak ve hijyen kurallarına uymak,
- Yiyecekleri iyi pişirerek tüketmek,
- Salataları ve meyveleri uygun şekilde hazırlamak ve uygun ortamlarda saklamak,
- Mikroorganizmalardan arındırılmış suları kullanmak,
- Klor ve iyot tabletleri ile suların dezenfeksiyonuna veya taşınabilir filtreler ile süzülmesine dikkat etmek (ancak filtreler bakteri, parazit kist ve yumurtalarını uzaklaştırabilirken virüsleri tutamaz),
- Hijyenik olarak hazırlanmayan ve buzdolabında saklanmayan gıdalardan uzak durmak,
- Uygun ortamlarda hazırlanmamış krema veya mayonezli salatalardan ve az pişmiş deniz ürünlerinden uzak durmaktır.

2.2. Kabızlık (Konstipasyon)

Konstipasyon, dışkılamada zorluk ya da gecikme olarak tanımlanabilir. Anne sütü alan bebeklerde ise her beslenmeden sonra dışkılamadan birkaç gün dışkılama olmamasına kadar değişen bir aralık vardır. Kabızlık dışkılama sıklığına göre tanımlandığında haftada üçten az dışkılama olarak kabul edilir. Bebek ve çocuklarda kabızlık tanımı erişkinlerden farklıdır ve şunları içerir;

- En az iki hafta süren çakıl taşına benzer sert dışkı olması,
- En az iki hafta süren haftada iki veya daha az sayıda sert dışkılama,
- Çocukta yapısal, endokrinolojik veya metabolik bir hastalığın olmamasıdır.

➤ **Nedenler**

Kabızlığın nedeni araştırıldığında çocukların %95'inden fazlasında bir neden bulunmaz ve bu durum **fonksiyonel kabızlık** olarak adlandırılır, kalan %5'inde ise değişik nedenler bulunur. Bu nedenler;

- Anüste darlık,
- Hipotroidizm,
- Hiperkalsemi,
- Diyabet,
- Agangliyonik mega kolon,
- İlaçlar (antiasitler, opiyatlar),
- Kistik fibrozis,

- Beslenme hataları (posalı gıda almama vb.) ve suyu az içmedir.

Fonksiyonel kabızlığın oluşumu: Kabızlığı bebeklikte başlayanlarda, dikkatli bir öykü alındığında başlangıçta akut bir neden (inek sütüyle beslenmeye başlama, çevre değişikliği, ateşli hastalık, dehidratasyon, yatağa bağımlılık, herhangi bir nedene bağlı olarak dışkılamada ağrı) saptanabilir. Bu çocukların çoğunda dışkılama sırasında ağrı olur. Bu ağrı defekasyonu geciktirme / engelleme isteği doğurarak eksternal anal sfinkterin kasılmasına ve dışkının rektumda birikmesine yol açar. Rektumda biriken dışkı, devam eden sıvı emilimi sonucu daha sert hâle gelir ve bir sonraki dışkılamada daha fazla ağrıya neden olur. Böylelikle kısır bir döngü başlamış olur. Rektumdan her dışkı geçişi çocukta korku yarattığından bilinçli ya da bilinçsiz olarak ağrılı defekasyondan kaçınmak için dışkısını tutar. Çocuk dışkısını tutabilmek için gluteal kaslarını kasar, kızarır, bir köşeye çekilerek çömelir ya da bacaklarını birleştirir, ağrı nedeniyle ağlayabilir, bağırma, kızarma, bacakları germe hareketleri gözlenebilir. Bu davranışlar aile tarafından genellikle yanlış olarak dışkılama çabası şeklinde yorumlanır. Zamanla bu davranış otomatikleşir. Olay ilerledikçe rektum büyür ve mega rektum gelişir.

Büyük çocuklarda dikkatli bir öykü alındığında %80'den fazlasında tetikleyici stresli bir olay (kardeş doğumu, anne-babanın boşanması, dede-nine ölümü, ev taşıma, okula başlama vb.) vardır. Aile içi davranış ve tutumlar incelendiğinde, çocuğa özerklik sağlanmaması kadar yeme ve uyuma alışkanlıklarında tam bir özerklik olması da artırıcı nedendir. Çocuk, yaşına bağlı olarak oyuncaklarıyla oynama, bilgisayarda oyun oynama gibi çok hoşuna giden aktivitelerde bulunduğu veya kendi tuvaletini kullanmadığı durumlarda dışkılama gereksinimini ertelemek isteyebilir. Özellikle okul çağında, okul tuvaletlerinin yeterli düzeyde olmaması (temizlik, tuvalet sayısı vb.) tuvaletin çocuklar tarafından kullanılmamasına ve bu durum da kabızlığa yol açabilir.

➤ **Belirti ve bulgular**

- Kronik kabızlığı olan çocuklarda rektum genişlemiştir (mega rektum) ve dışkı doludur (Normal şartlarda rektum boştur ve rektuma dışkı girmesi dışkılama gereksinimi doğurur.).
- Bu çocukların rektumu, gelen dışkıya karşı duyarsızdır ve çocukta dışkılama gereksinimi olmaz. Biriken dışkı anal sfinkterin tutabileceği düzeyden daha fazla basınca ulaştığında dışkı kendiliğinden iç çamaşırlarını kirletecek şekilde kaçır. Ancak dışkı sert olduğundan dışkılama zorlaşır.
- Karın ağrısı vardır.
- Karında şişkinlik vardır.
- Gecikmiş mide boşalması nedeniyle iştahsızlık, bulantı ve kusma görülebilir.
- Çocukta ruhsal değişiklikler saptanabilir.
- Sert dışkı anüste fissüre (çatlağa) neden olabilir.

➤ **Tanı**

Hasta ve hasta yakınlarından edinilecek bilgiler çoğu kez tanı için yeterlidir. Ancak organik bir neden düşündürecek bulgular varsa karın filmi, ilaçlı kalın bağırsak filmi, bazen de kalın bağırsağın son bölümünden biyopsi almak gerekebilir. Tiroid hormon testleri, kanda kalsiyum, magnezyum ve diğer elektrolit düzeyleri kabızlığa neden olabilecek hastalıkları ekarte etmek için bakılacak laboratuvar tetkikleridir.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

- Aileye ve çocuğa tuvalet eğitimi verilmelidir. Dışkılamayı ertelememek gerektiği vb. konular çocuğa uygun bir dille anlatılmalıdır.
- Diyet posa içermeli ve diyetteki posa miktarı yavaş yavaş artırılmalıdır. Süt ve süt ürünlerinin miktarı diyetle azaltılmalıdır. Bazı mamalar (soya içeren mamalar ve anne sütüne yakın içerikli mamalar) çocuğun yaşına göre denenebilir.
- Su alımı artırılmalıdır.
- Fastfood türü beslenmeden uzak durulmalıdır.
- Boşaltıcı lavmanlar doktor istemiyle kullanılabilir.
- Anal fissür ilaçlarla tedavi edilmelidir.

2.3. Kusma ve Reflü

Kusma, mide içeriğinin (besinlerin) ağıza kadar gelmesi ve çıkarılmasıdır. Çocuklarda beslenme hataları (gereğinden fazla besleme, yaşa uygun olmayan besinlerin verilmesi vb.), bazı enfeksiyonlar (gastrit, bağırsak enfeksiyonları vb.), sindirim sisteminin organik bozuklukları (pilor stenozu, akalazya vb.), sinir sistemi ile ilgili sorunlar (epilepsi, kafa travması vb.) ve zehirlenmeler kusmaya neden olabilir. Ciddi kusmalar vücuttan önemli su / tuz kaybı ve kilo kaybına yol açabilir.

Gastroözofajiyal reflü, mide içeriğinin özofagusa geri kaçmasıdır. Hemen hemen her bebek ve çocukta bir dereceye kadar reflü görülebilir ve genellikle yakınmalar 1 ya da 2 yaşına doğru düzelir. Bununla birlikte reflü, tekrarlayan solunum problemleri (öksürük, bronşit, pnömoni vb.), kulak-burun-boğaz hastalıkları, kusma, kilo kaybı, iştahsızlık, beslenme güçlüğü, karın ağrısı, anemi, göğüste veya midede yanma, ağız kokusu gibi şikâyetlere neden oluyorsa **gastroözofajiyal reflü hastalığı** olarak adlandırılır. Gastroözofajiyal reflü hastalığının nedeninin araştırılması ve tedavi edilmesi gereklidir. Gastroözofajiyal reflü hastalığı olan çocukların çoğunda eşlik eden başka bir sağlık sorunu olmasa da bazı durumlar reflü hastalığının gelişme riskini artırabilir. Bu durumlar şunlardır:

- Yemek borusu ile ilgili yapısal problemler (kalazya vb.),
- Kronik akciğer hastalıkları (astım, kistik fibroz),
- Prematürelilik,
- Şişmanlık,
- Yetersiz ve kötü beslenme,
- Nörolojik sorunlardır (havale, mental gerilik vb.).

➤ **Belirti ve bulgular**

- Reflünün bebeklerdeki en sık belirtisi kusmadır (Kusmalar yemek sırasında veya sonrasında görülebileceği gibi öğün aralarında hatta gece uyurken dahi görülebilir.).
- Bazı bebeklerde yattığı zaman huzursuzluk, huysuzluk ve öksürük nöbetleri görülebilir.
- Özofagus asite karşı duyarlı olduğundan reflülü çocuklarda bir süre sonra özofajit ve ülser oluşmuşsa iştahsızlık, yemeyi reddetme, beslenirken ağlama gibi belirtiler görülebilir.
- Büyük çocuklar yanma, ekşime, kaynama gibi belirtiler yanında karın ağrısı, göğüs kemiği arkasında yanma ve acıma, yutma güçlüğünden yakınabilir.
- Ağızda koku olabilir.

Hiçbir yakınması yokken kanama ile gelebilen bebek ve çocuklar olabileceği gibi sadece kansızlık, tekrarlayan üst veya alt solunum yolu enfeksiyonları da reflünün belirtisi olabilir.

➤ **Tanı**

Reflü tanısı için öncelikle öykü alınmalıdır. Yukarıda sayılan belirtiler varsa ve çocukta kusmaya yol açabilecek idrar yolu enfeksiyonu benzeri başka bir hastalık yoksa öncelikle reflü düşünülmelidir. İlaç tedavisine alınan yanıt reflü tanısını doğrular. Tedaviye yanıt alınmazsa veya atipik belirtiler nedeni ile reflü tanısı doğrulanmak istenirse özofagoskopi ve özofagusun 24 saatlik pH incelemesi yapılır.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

- Reflü tanısı konan çocuğun tedavisinde yapılacak ilk şey yatağın baş tarafını en az 30 derece yukarı kaldırmaktır. Bebekler ise baş yukarıda olacak şekilde sol yan pozisyonunda yatırılır.



Resim 2.1: Reflüde çocuğa verilen pozisyon

- Mide içeriğini koyulaştırarak reflü ve kusmaları azaltmak olasıdır. Bu amaçla bebeklerde antireflü mamalar kullanılabilir. Diğer taraftan yemek borusu kapağının basıncını azaltan ve mide asidini arttıran çikolata, aşırı yağlı, baharatlı, acılı, ekşili gıdaların (cips, ketçap, mayonez, hardal, soğan, sarımsak vb.), asitli, gazlı içeceklerin (kola, hazır meyve suları, gazoz vb.) yasaklanması veya azaltılması önerilir.
- Karın içi basıncı azaltmak amacıyla çocuklara çok sıkı elbiseler giydirilmemesi, kemerlerin çok sıkılmaması ve şişman çocukların zayıflatılması da alınacak önlemler arasında sayılabilir.
- Doktor istemiyle kullanılan ilaçlar ise özofagus alt sfinkterinin kasılma gücünü artıran, mide boşalmasını kolaylaştıran ve mide asidini azaltan ilaçlardır. Tedaviye yanıt alınmadığında ve çok ciddi reflü belirtileri olduğunda cerrahi girişim de uygulanabilir.

2.4. İştahsızlık

İştahsızlık; herhangi bir fiziksel hastalığı bulunmadığı hâlde çocuğun, sürekli olarak günlük tüketmesi gereken besin miktarının altında yemek yemesi durumudur. İştahsız denilen çocukların çoğu; eğer ateşli hastalık, kansızlık, parazit gibi organik nedenler yoksa anne babanın istediği kadar yemeyen, yanlış beslenme alışkanlıklarından etkilenmiş çocuklardır.

➤ Nedenler

İştahsızlığın birçok nedeni vardır. Ancak genel olarak organik ve psikolojik nedenler olarak iki ana gruba ayrılır. Organik nedenli iştahsızlık, bir hastalığın bulgusu olarak ortaya çıkar. Bazı hormonal hastalıklar, sindirim sistemi hastalıkları (reflü, barsak parazitleri, kolit, kabızlık, sarılık, çölyak hastalığı vb.), anemi, böbrek, karaciğer ve kalp gibi organların kronik hastalıklarında iştahsızlık ilk belirti olarak ortaya çıkabilir. Üst solunum yolu enfeksiyonları, nezle, grip, ishal ve besin zehirlenmeleri gibi durumlar kısa süreli iştahsızlığa; doğuştan metabolik hastalıklar ise uzun süreli iştahsızlığa neden olabilir.

Herhangi bir organik neden olmadan ortaya çıkan iştahsızlık ise psikolojik kökenli veya çocuğun beslenmesi ile ilgili yapılan uygulama hatalarından dolayı ortaya çıkan iştahsızlıktır. Psikolojik nedenler ve beslenme hataları şunlardır:

- Annenin yemek yemeyle ilgili aşırı ısrarcılığı ve disiplini (yemek yeme bir doyum ve zevk olmaktan çıkıp işkenceye dönüşebilmektedir.),
- Yemek yedirilirken çocukla oynamak, televizyon seyrettirirken yedirmeye çalışmak, ödüllendirme gibi durumlar (çocuğun her yemekte bu davranışları beklemesine neden olur.),
- Çocukların yaşlarına göre enerji ve besin ögesi gereksinimlerinin bilinmemesi,
- Besinlerin sunulmasının cazip olmaması,
- Çocukların bazı besinleri sevmemesi,
- Çocuğun yemek öncesinde şeker / şekerli besinler yemiş ve su içmiş olması,

- Ailenin kalabalık olması, kardeşler arası kıskançlık ve anne babanın çalışması nedeniyle çocuğun ilgi çekmek için iştahsızlık gösterisi yapması,
- Kreş ya da okul stresi,
- Yemek sırasında aile bireyleri arasında tartışma çıkması,
- Çocuklar yemek masasında anne babaların bunu çocuğun aile kurallarını öğrenmesi ya da pekiştirmesi için bir fırsat olarak düşünmesi (Disiplinin uygulandığı, öğütlerin verildiği yer yemek masası olmamalıdır.),
- Sofra kuralları üzerinde çok erken dönemlerde ısrar etmek, diğer çocuklarla kıyaslama yapmak, yargılamak ve ceza vermek (İştah üzerinde olumsuz etki yaratabilir.),
- Yemek yemesi için çocuğu zorlamaktır (Yemeği ilaç olarak algılamasına ve nefret geliştirmesine yol açabilir.).

➤ **Belirtiler**

- Acıkmama,
- Yemek yemek için kendini zorlama,
- Lokmayı uzun süre ağızda çevirme,
- Çiğnemek için zaman kazanmaya çalışma,
- Tabağındaki yemeği bir türlü bitirememe,
- Büyüme gelişme geriliğidir.

Organik nedenler ekarte edildikten sonra mideyle ilgili ayrıca bir tetkik daha yapılmalıdır. Elektrogastrografi ile midenin çalışma hızına bakılarak hiçbir hastalığı olmadığı hâlde midesi az çalıştığı için iştahsız olan çocuklar saptanır. Normalde mide ortalama dört saatte yiyecekleri bağırsağa boşaltır. Ancak mide yavaş çalıştığında yiyecekler midede daha uzun süre kalır ve çocuklar çabuk doyar, çok geç acıkir. Eğer midenin çalışma hızında sorun tespit edilirse ilaç tedavisi yapılır.

➤ **İştahsızlığın önlenmesi**

- İştahsız bir çocuk için öncelikle organik bir rahatsızlığının olup olmadığı araştırılırken diğer yandan ruhsal çatışmalarının olup olmadığı, duygusal bir sorunun bulunup bulunmadığı da araştırılmalıdır (Çocuğun bilinçaltına yerleşmiş endişe, üzüntü, nefret veya kıskançlık gibi bir duygu onun iştahını kesebilir.).
- Çocuğun yemesi konusunda ısrarcı olunmamalıdır (Her çocuğun kendine özgü yemek yeme kapasitesi olduğundan çocuk daha fazlasını yiyemez. Çocuğun yemesi konusunda ısrarcı olduğunda çocuk kendisine fazla gelen gıdayı çıkartılabilir.).
- Yemek zamanından önce çocuğa abur cubur gıdalar verilmemesi ve çocuk acıktığında yemek zamanını beklemeden yemeğini vermek gerekir (Verilen şekerlemeler, çikolatalar, cips vb. abur cubur gıdalar iştahı kesebilir. Ancak acıkan çocuğa ısrarla yemek zamanını bekletmek de iştahının kaçmasına neden olabilir.).

- Sofrada çocuğu olabildiğince kendi hâline bırakmak ve kendisinin yemek yemesine olanak tanımak, evi kirletmemesi ve çeşitli kurallara uyması yönünde onu zorlamamak gerekir (Bazen iştahsızlığın altında, çocuğun yemek yeme karşısında yaşadığı zorlamalar ve baskılar geliyor olabilir.).
- Çocuğun sofrada oyalanması ve yemeğini ağır yemesi karşısında tepki göstermemek en iyisidir. Bu arada çocukla konuşmak, hikayeler anlatmak, şakalar yapmak da onun yemek yemesini zevkli hâle getirebilir.
- Küçük çocukların istediği gıdaları ve onların gereksinimleri olan gıdaları bilerek yemek listeleri düzenlenmelidir (Çocuğa değişik alternatifler sunmanın yanında alınması gereken gıdaları süsleyerek göze daha hoş hale getirmek, çeşitlendirmek onların istemedikleri gıdalara karşı da olumlu davranmalarına yardımcı olabilir. Amaç çocuğun çok yemek yemesi değil arzu edilen ve onun için gerekli olan gıdaları almasıdır.).
- Evde yaşanan gerginlikler ve tartışma ortamı çocuğun iştahının kesilmesine neden olabileceğinden olumsuzluklar çocuğa yansıtılmamalıdır.
- Aşırı disiplin ve cezadan kaçınılmalıdır (Anneleri ya da babaları tarafından dövülen ve sık azarlanıp eleştirilen çocuklarda iştahsızlık görülebilir. Çocuk yemek yemeyerek büyüklerini cezalandırmak istiyor olabilir. Yemek yemediğinde anne ya da babasının üzüldüğünü gören çocuk bundan zevk alabilir ve kızdığında ebeveynlerini üzme için bu yola başvurabilir.).
- Yemek sırasında olumsuz, üzücü ve rahatsız edici olaylardan söz edilmemelidir (Onların yaramazlıklarını dile getirmek, eleştirmek, ayıplamak ya da suçlamak çocukların lokmalarını boğazlarına dizebilir.).
- Çocuğun tabağına yiyebileceği kadar yemek koyulmalı, bazen de azar yemek koyarak tabaktaki yemeğini her bitirişinde çocuğu takdir ederek onun yemek yeme davranışının pekişmesine yardımcı olunmalıdır.
- Çocukların açık havada zaman geçirmeleri sağlanmalıdır (Temiz hava ve dışarıda yapılan gezinti ya da oyun çocukların iştahını artırılmasına yardımcı olabilir.).
- Yemeklerin lezzetli ve iyi pişirilmiş olmalarına özen göstermenin yanında soğuk ve aşırı sıcak olmamalarına da dikkat edilmelidir.

2.5. Karın Ağrısı

Karın ağrısı çocuklarda en sık görülen ve anne babayı endişelendiren yakınmalardan biridir. Akut veya kronik olabilir. Genellikle masum nedenlere bağlıysa da bazen de zaman kaybetmeden müdahale edilmesi gereken ciddi hastalıklarda ortaya çıkabilir.

2.5.1. Süt Çocuğu Koliği (İnfanfil Kolik)

Süt çocuğu koliği; sağlıklı gelişen bebekte doğumdan 2 hafta sonra ortaya çıkan, günün belirli saatinde meydana gelen, genellikle 3.aya kadar devam eden hiçbir nedene bağlanamayan ağlama krizleridir. Bebek ağlama krizleri arasında çok iyidir.

➤ **Nedenler**

İnfantil koliğin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak kolikli bebeklerin daha duygusal ve hassas oldukları, bu bebeklerin kucağa alınmaya ya da kucakta uykuya dalmaya daha fazla gereksinimi oldukları tahmin edilmektedir. Koliğin nedenleri hakkında pek çok teori vardır. Bu teorilerden bazıları şunlardır:

- Gebelik esnasında psikolojik gerginlikler yaşayan annelerin bebeklerinde kolik daha sık görülmektedir.
- Bebeğin beslendiği anne sütü ya da mamanın parçalanıp sindirilebilmesi için gerekli olan enzimlerin ilk aylarda yetersiz olmasıdır.
- İnek sütü alerjisi (Annenin süt ve süt ürünleri ile beslenmesi nedeniyle inek sütü proteinleri anne sütüne geçebilmektedir.).
- Yanlış besleme tekniği (Bebeğin emzirilirken veya biberonla beslenirken aşırı miktarda hava yutması),
- Annenin beslenme şekli (Annenin yediği besinlerle bebeğinde görülen kolik arasında anlamlı ilişkiler vardır. Annenin yediği turp, lahana, karnabahar, brokoli, soğan, sarımsak, barbunya, bulgur, kuru fasulye, yumurta, mercimek ve baharatlı yiyecekler gibi gaz yapıcı besinlerle beslenmesi, aşırı kahve, çay, kola gibi uyarıcı içecekler içmesi kolige neden olabilir.).
- Bebeği düzensiz besleme,
- Ek gıdalara erken başlama,
- Besin alerjisi veya intoleransdır.

➤ **Belirti ve bulgular**

Kolik nöbetlerinin özellikleri şunlardır:

- Bebek aniden ağlamaya başlar. Örneğin, tam uykuya dalmışken uyanarak en az 2-3 saat ağlar.
- Ağlama tiz ve yüksek seslidir.
- Ağlarken karın kaslarının kasılmasına bağlı karın sert ve şiştir.
- Bacaklarını gövdeye yaklaştırır ve yumruklarını sıkar.
- Vücudu yay gibi gergindir.
- Gözlerini sonuna kadar açabilir veya yumabilir.
- Bağırsak hareketleri hızlıdır, çok gazı vardır.
- Her uyarana tepki verir.
- Bebeği yatıştırmada zorluk çekilir.
- Çok acıkmış gibi davranıp birkaç kuvvetli emmeden sonra emmez.
- Bu nöbet saatleri dışında ve genellikle ertesi gün aynı saate kadar bir problem yoktur.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

Anne ve babaya bebeğin sağlıklı olduğu, koliğin büyüme ve gelişme üzerinde hiçbir olumsuz etkisi olmayacağı ve bir müddet sonra kendiliğinden geçeceği anlatılmalıdır. Kolikli bebeği olan annelere yapılabilecek öneriler şunlardır:

- Emziren anneler gaz yapıcı besinler tüketmekten kaçınmalıdır.
- Emziren anneler kahve, çay, kola ve diğer uyarıcı içeceklerden uzak durmalıdır.
- Beslenme sonrasında bebeğin gazı mutlaka çıkarılmalıdır.
- İki saatten daha kısa süreli beslenme, bebekte kramp tarzında karın ağrılarının oluşmasına neden olabilir bu nedenle bebek her ağladığında beslemeye çalışılmamalıdır.
- Ağlama ataklarında bebek, dik olarak kucağa alınmalı ve sırtına minik ritmik darbeler vurarak, ritmik sesler dinleterek veya hafif klasik müzik dinleterek sakinleştirilmeye çalışılmalıdır.
- Bebeği korkutabilecek ani hareketler ve sestten sakınılmalıdır. Sessiz ve loş bir odada dış uyaranları azaltmak bebeğin sakinleşmesine yardımcı olabilir.
- Doktorun önerisi dışında hiçbir ilaç kullanılmamalıdır. Koliklerde kullanılan hiçbir ilacın faydası kanıtlanamamıştır. Üstelik bu ilaçlar bazı yan etkilere de neden olabilir. Bitkisel çaylar (papatya, meyan kökü, rezene, oğulotu, nane vb.) verilebilir.

2.5.2. Kolit

Kolit, kalın barsak mukozasının enfeksiyonudur. Çocuklarda genellikle kalın bağırsağın son bölümünü tutar. Hastalık akut veya kronik seyredebilir.

Beş yaşın altında görülmesi nadirdir. 10-19 yaşlar arasında sıklığı artar.

➤ **Nedenler**

Akut kolitin nedenleri; dizanteri, tifo, besin alerjileridir. Kronik kolitin nedeni bilinmemektedir.

➤ **Belirti ve bulgular**

- Mukuslu, kanlı ishal,
- Karın ağrısı,
- İştahsızlık,
- Kilo kaybı,
- Hafif ateş,
- Solukluktur.

➤ **Tam**

Kolonoskop adı verilen aletle anüsten girilerek bağırsağın gözle muayenesi, bu sırada bağırsağın iç yüzünden alınan küçük bir parçanın mikroskopta incelenmesi ile konur.

➤ **Tedavi ve hemşirelik bakımı**

Kronik kolitte ise tedavinin amacı, hastalığın yatıştırılması ile alevlenmenin önlenmesidir. Çocuk hastalarda beslenme bozukluğunun ve gelişme geriliğinin düzeltilmesi çok önemlidir.

- Akut kolitte hasta yatak istirahatına alınır.
- İlaç tedavisi yapılır.
- Hasta yumuşak ve proteinden zengin gıdalarla beslenir.
- Doktorunun önereceği belirli aralıklarla kontrollerinin yapılması gerekir.

2.5.3. Büyük Çocuklarda Karın Ağrıları

Karın ağrısı bir hastalık olmaktan ziyade birçok farklı hastalığın belirtisi olabilir. Bazen apandisit, karında kitle gibi ciddi hastalıkların belirtisiyken bazen de geçici bir gaz sancısı olabilir. Akut karın ağrısında neden çoğu zaman cerrahidir. Bunun dışında bazı karın ağrıları günlerce, aylarca hatta senelerce devam eder. Bunlara da kronik karın ağrıları denmektedir. Bu ağrılar daha çok cerrahi olmayan nedenlere bağlıdır.

➤ **Nedenler**

- **Akut Gastroenterit:** Çocukta en sık karın ağrısı nedenlerinden biri rota virüs gibi virüslerin veya bazı bakterilerin yol açtığı mide barsak enfeksiyonlarıdır. Karın ağrısıyla birlikte ishal, kusma, ateş görülür.
- **Apandisit:** Çocukta önce göbek çevresinde başlayan karın ağrısı, saatler geçtikçe karının sağ alt tarafına yerleşir. Çocuk bir şey yiyemez, kusma görülür.
- **Kabızlık:** Çocuklarda sık görülen karın ağrısı nedenidir.
- **Gaz sancısı:** Çocuk karında yer değiştiren keskin bir ağrı olduğunu ifade eder. Beraberinde kusma, ishal yoktur.
- **Gıda zehirlenmesi:** Balık, tavuk, mayonez gibi şüpheli bir gıdanın alınımından birkaç saat sonra karında kramp tarzı ağrılar, kusma ardından ishal başlar.
- **Barsak tıkanıklığı:** Karın ağrısına yol açan acil durumlardan biridir. Şiddetli karın ağrısı, sarı- yeşil, safralı kusma olur. Çocuk gaz ve gaita çıkaramaz.
- **Fonksiyonel karın ağrısı:** Beraberinde ishal, kusma, kabızlık ve kilo kaybı yoktur. Göbek çevresinde hafif bir ağrı vardır. Nedeni bilinmemektedir. Çocuğun ilgi görmek istediği durumlarda ortaya çıkabilir.
- **İdrar yolu enfeksiyonu:** Karının alt tarafında ağrı; idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, ateş gibi bulgularla görülür.

- **Ülser:** Mide bölgesinde yanıcı bir ağrı olur. Yemek öncesi, sabah ve gece ağrı daha şiddetlidir. Kanlı gaita görülebilir.
- **Hepatit:** Çocukta halsizlik, bulantı, kusma, karının sağ üst bölgesinde ağrı ve sarılık görülür.
- **Jinekolojik nedenler:** Genç kızlarda adet sancısı sık görülen bir karın ağrısı nedenidir.
- **Psikolojik nedenler:** Çocuk sevmediği bir işi yapmamak veya istemediği bir yere gitmemek için karın ağrısını bahane edebilir.

➤ **Karın ağrısında doktora başvurmayı gereken durumlar**

- Eğer karın ağrısı 12-24 saatte geçmiyorsa veya sık sık tekrarlıyorsa,
- Karın ağrısı, göbek çevresi dışında başka bir bölgeye yayılıyorsa,
- Çocuğun genel durumu kötü görünüyorsa,
- Uzamış kusma varsa (12-24 saati geçen kusmalar),
- Sarı- yeşil, safralı, kanlı kusmalar varsa,
- Kanlı ishal varsa,
- İdrar yaparken ağrı ve sık idrara çıkma varsa doktora başvurulmalıdır.

➤ **Karın ağrısı olan çocuğa yaklaşım**

- Kendini iyi hissettiği pozisyonda yatıp dinlenmesine izin verilmelidir.
- Ağrı sırasında yemek yedirmeye çalışılmamalı, eğer alabiliyorsa, az az sıvı alması sağlanmalıdır.
- Doktora danışmadan herhangi bir ilaç özellikle ağrı kesici verilmemelidir.
- Doktora gitmeden karın ağrısıyla birlikte olan bulguları (ishal, kabızlık, ateş vb.), ağrının yerini, azaltan veya arttıran faktörler not edilmelidir.
- Fonksiyonel karın ağrısında çocuğun rol yapmadığı, gerçekten ağrı hissettiği bilinmeli ve çocuk suçlanmamalıdır.

Karın ağrısı durumunda çocuk ayrıntılı bir muayeneden geçirilir. Bazen muayene bulguları ve öykü tanıya ulaşmada yeterli olur. Bazen de karın filmi, ultrason, gaita incelemesi, idrar testi ve bazı kan testleri yapılır. Karın ağrısında nedene yönelik tedavi yapılır.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

1. () Kolit ince barsak mukozasının enfeksiyonudur.
2. () Reflü pnömoniye neden olabilir.
3. () İnfantil kolik doğumdan 2 hafta sonra ortaya çıkar.
4. () Kabızlık dışkılama sıklığının artmasıdır.
5. () Ülseratif kolit kronik bir hastalıktır.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise “Modül Değerlendirme”ye geçiniz.

MODÜL DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümlelerde boş bırakılan yerlere doğru sözcükleri yazınız.

1. Pilor stenozuna bağlı kusmalarda kusmakta.....yoktur.
2. Kolonda parasempatik sinir hücrelerinin yokluğuna bağlı olarak bağırsakta peristaltizm yokluğu ve kasılmayla karakterize hastalığa.....adı verilir.
3. Yeni doğan bebekte anüsün kapalı olmasına..... adı verilir.
4. Kalın barsağın anüsten yerleştirilen ışıklı bir mercek ile gözle incelenmesi işlemine.....denir.
5. Özofagus alt sfinkterinde tonus artışı ve buna bağlı yetersiz gevşeme ile karakterize nöromusküler bozukluğa.....adı verilir.
6. Pilor stenozu olan bebekte her beslenmeden sonra kusma görülür.Kusmaların tipik özelliği.....tarzda olmasıdır.
7. Yarık dudak ve yarık damaklı bebekler beslenme sırasında yatayla.....derece açı yapacak şekilde tutulmalıdır.
8. Trakeaözofajiyal fistülü olan bebek.....pozisyonda yatırılarak aspirasyon önlenir.
9. Bebeklerde günün belirli saatinde meydana gelen, genellikle 3.aya kadar devam eden hiçbir nedene bağlanamayan ağlama krizlerine.....denir.
10. Apandisit durumunda önceleri göbek çevresinde görülen karın ağrısı daha sonra.....iner.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki modüle geçmek için öğretmeninize başvurunuz.

CEVAP ANAHTARLARI

ÖĞRENME FAALİYETİ- 1'İN CEVAP ANAHTARI

1	Doğru
2	Doğru
3	Yanlış
4	Doğru
5	Yanlış
6	Doğru

ÖĞRENME FAALİYETİ- 2'NİN CEVAP ANAHTARI

1	Yanlış
2	Doğru
3	Doğru
4	Yanlış
5	Doğru

MODÜL DEĞERLENDİRMENİN CEVAP ANAHTARI

1	safra
2	hirschsprung hastalığı
3	imperfore anüs
4	kolonoskopi
5	akalazya
6	fişkirir
7	45
8	yarı oturur
9	infantil kolik
10	karnın sağ alt kısmına

KAYNAKÇA

- **AKBULUT Gamze, Hilal ÇİFTÇİ, Emine YILDIZ, Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Beslenme Tedavisi,** Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, 2008.
- **BULUT Yunus, Latife İŞERİ, Esra AĞEL, Bengül DURMAZ, Akut Gastroenterit Ön Tanılı Çocuklarda Rotavirüs Pozitifliği,** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2003.
- **BÜYÜKGÖNENÇ Lale, Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları,** Ankara, 2012.
- **ÇAVUŞOĞLU Hicran, Çocuk Sağlığı Hemşireliği,** S.Ofset Y, Ankara, 2011.
- **DEMİRÇEKEN Fulya G., Çocuklarda Gastroözofageal Reflü Hastalığı,** Güncel Gastroenteroloji, Aralık, 2011.
- **DOSTBİL Zeki, Hareket Eden Meckel Divertikülü,** Tıp Araştırmaları Dergisi, 2006.
- **EROĞLU Cafer, Akut İshalli Hastaya Yaklaşım,** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 2008.
- **GENCE Alp, Konjenital Diyafragma Hernisinde Prenatal Tanı Parametreleri ile Sağ Kalın Üzerine Öngörülebilir mi?,** İstanbul, 2009.
- **GÜVENÇ Haluk, Çocuk Yaş Gurubunda Akalazya Tedavisinde Laparoskopik Heller Özofagomyotomisi,** Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special 32 Topics, 2009.
- **HAKAN Özkan, Umbilikal Herni Cerrahi Tedavisinde Ventralex Hernia Patch ile Onarım Ve Diğer Onarım Tekniklerinin Değerlendirilmesi,** İstanbul, 2009.
- **HOŞNUTER Mübin, Erol AKTUNÇ, Yarık Damak Dudak Aile Rehberi,** Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2002.
- **İPEK Serkan Fatih, İnguinal Fıtık Tamirinde Yeni Bir Yaklaşım: Anterior Preperitoneal Mesh Takviyesi,** İstanbul, 2004.

- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, **Akut İshalli Hastaya Yaklaşım**, Sempozyum Dizisi, No:61 Şubat, 2008.
- ÖZEN Hasan, **Çocuklarda Kabızlık ve Dışkı Kaçırma**, Hacettepe Tıp Dergisi, 2004.
- ÖZER Törün, Jale DEVECIOĞLU KAMA, **Tek Taraflı Dudak-Damak Yarıklı Bebeklerde Cerrahi Öncesi Yapılacak İşlemler**, Dicle Tıp Dergisi, 2006.
- SIDAL Müjgan, **Çocuklarda İshale Klinik Yaklaşım**, Ankem Dergisi, 2006.
- ŞİRİN Gökçe, **Konjenital Özofagus Atrezisi ve Trakeoözofajiyal Fistül**, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Dergisi, 2005.
- USTA Yusuf, **Geç Bulgu Veren Hipertrofik Pilor Stenozu**, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2007.
- VATANSEV Celalettin, Adnan ABASIYANIK, İlhan ÇİFTÇİ, Ahmet TEKİN, **İnfanıl Akalazyada Endoskopik Dilatasyon**, S.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi, 2003.
- YURDAKUL İbrahim, **Kronik Kabızlık**, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 2007.