

ÇOCUKTA SİNDİRİM SİSTEMİ HASTALIKLARI VE BAKIM

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

HEDEFLER

Bu üniteyi çalıştıktan sonra;

- ✓ Gastrointestinal sistem bozukluğu olan çocuğu tanıyacak,
- ✓ Üst ve alt gastrointestinal sistem anomalilerini bilecek
- ✓ İshalli çocuğa uygun bakımı planlayabileceksiniz.

✓ İÇİNDEKİLER

- ✓ Giriş
- ✓ Üst Gastrointestinal Değişiklikler
- ✓ Alt Gastrointestinal Değişiklikler
- ✓ Enflamatuvar Barsak Hastalıkları
- ✓ Emilim Bozuklukları
- ✓ İshal
- ✓ Özet
- ✓ Değerlendirme Soruları
- ✓ Yararlanılan ve Başvurulabilecek Kaynaklar

HAFTA

9

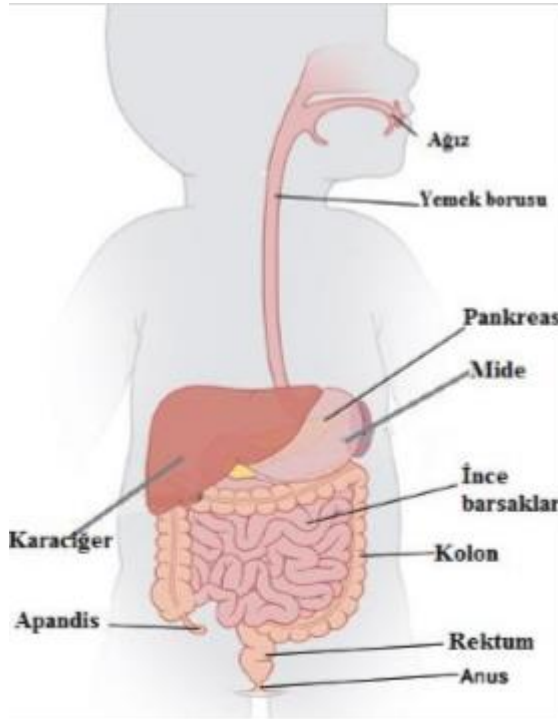
GİRİŞ

Gastrointestinal Sistem (GIS); ösefagus, mide, ince ve kalın barsaklar ile yardımcı organlar olan karaciğer, safra kesesi ve pankreası kapsar. Sistemin başlıca fonksiyonları; normal büyüme için gerekli besinlerin yenilmesi, sindirimi, emilimi, sıvı elektrolit dengesinin korunması ve atık ürünlerin vücuttan atılmasıdır.

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.

Gastrointestinal sorunlar hafif hastalık ya da barsak obstrüksiyonu gibi yaşamı tehdit eden hastalıklara kadar değişen boyutlarda görülebilmektedir. Bu bölümde GIS'in anatomi ve fizyolojisi, yetişkin sistemiyle karşılaştırması, genel olarak GIS değişikliklerinin/ hastalıklarının etiyolojisi, fizyopatolojisi, klinik belirtileri ve tedavisi tanımlanmıştır. Ayrıca GIS'in çocuklarda sık görülen medikal tedavi ve/ veya cerrahi girişim gerektiren hastalıklarında hemşirelik yönetimi, uygun hemşirelik girişimleri, ailelerin gereksinimlerine yönelik uygun eğitim içeriği tanımlanmıştır. 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.

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

Gastrointestinal Sistemin Yapısı ve Fonksiyonu

Doğumda sindirim sisteminin mekanik fonksiyonları göreceli olarak immatürdür. Yutma ilk 3 ay için otomatik bir reflekstir. Doğumdan sonra 6. ayda bebek yutmayı istemli olarak kontrol edebilir. Emme mekanizması da yenidoğanda refleks bir aktivitedir. Kas ve sinirlerin gelişimi ile bebek yutma sırasında kas hareketlerini koordine edebilir. Çiğneme fonksiyonu dişlerin çıkması ile kolaylaşır. Bebeğin beslenmesinde yapılacak değişikliklerin zamanı bu gelişimsel yeteneklere paralel olmalıdır.

Özefagus besinlerin mideye gönderilmesini sağlayan ve kas liflerinden oluşan bir yapıdır. Özefagusun iç yüzü mukoza ile kaplıdır ve venlerden zengindir. Özefagusun alt kısmındaki venler portal sisteme, üst kısmındaki venler ise vena cava superiora açılır. Siroz gibi portal hipertansiyona neden olan hastalıklarda özefagus varisleri oluşur. Özefagus ile midenin birleşme yerinde gastroözefagial (kardiyak) sfinkter vardır. Bazı yenidoğan bebeklerde bu sfinkter gevşektir ve midedeki sıvının özefagusa regürjitasyonuna (gastroözefagial reflü ya da kalazyaya) neden olur. Midenin distal ucunda ise pilor sfinkteri vardır. Bazı bebeklerde bu sfinkter daralmıştır ve besinlerin mideden pilora geçmesine engel olur (pilor stenozu). Mide yaklaşık 2 yaşına kadar yatay pozisyonundadır. Yedi yaşına kadar uzamaya devam eder. Bu dönemde midenin şekli ve anatomik pozisyonu yetişkine benzerdir. Bebeklik döneminde midenin bu anatomik pozisyonu, beslenme sırasında ve beslenmeden sonra verilen pozisyonu etkiler. Doğumda mide kapasitesi küçüktür, ancak yaş ilerledikçe artar.

ÜST GASTROİNTESTİNAL DEĞİŞİKLİKLER

Çocuklarda sık görülen üst gastrointestinal sistem değişiklikleri; yarı damak, yarı dudak, hipertrofik pilor stenozu, ösefajiyal atrezi ve trakeoösefajiyal fistüldür.

Yarı Dudak (Tavşan Dudak), Yarı 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:Yarı dudak (iki taraflı)

Yarı dudak ve yarı damak, bebeğin anne karnında üst çene kemiği ve ağız tavanını oluşturan yumuşak doku ve kemik dokuları meydana getirecek embriyonik uzantıların yetersiz birleşmesinden ileri gelmektedir. Yarı dudak, üst dudağın deri, kas ve mukoza bütünlüğünün bozulmasıdır. Üst dudaktaki yarı tek veya iki taraflı olabileceği gibi burun deliklerine kadar uzayabilir. Yarı damak, damağın orta hattında bir yarı bulunmasıdır. Bu yarı 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 geçirilmesidir (kızamıkçık, kızamık, kabakulak vb).

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.

Tanı : Yarık dudak ve damak gebelikte yapılan ultrasonda saptanabildiği gibi sıklıkla doğum sonrası yapılan muayenede tanılanır. 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 ameliyatlar 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 yüzükoyun 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

iştir. 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.

Hipertrofik Pilor Stenozu

HPS yenidoğan döneminde en sık görülen ve cerrahi tedavi gerektiren GIS ile ilgili bozukluktur.

Klinik Bulgular

- * Belirtiler yaşamın 3. ve 4. haftalarında görülmeye başlar.
- * İlk belirti bebeğin doğumdan sonraki 2-4 haftalar arasında safra içermeyen kusmasıdır. Obstrüksiyon safra kanalının üst kısmında meydana geldiğinden kusma safra içermez. Obstrüksiyonun ilerlemesiyle birlikte kusma fışkırır şekilde ve daha sık görülür.
- * Bebekte kusma olmasına karşın açlık hissi vardır. Bu nedenle genellikle bebekte kusma sonrası tekrar beslenme isteği gözlemlenir.
- * Kusma devam ederse sıvı kaybına bağlı dehidratasyon, hidrojen ve klor iyonlarının kaybına bağlı hipokloremik metabolik alkaloz meydana gelir.
- * Serum potasyum seviyesi genellikle korunmakla birlikte vücutta total potasyum eksikliği meydana gelebilir.
- * Bebekte kilo alımı azalır ve zamanla kilo kaybı başlar.
- * Huzursuzluk ve laterji gözlenir.

Tanı

Fiziksel muayenede göbeğin sağ üst kısmında epigastriumda zeytin şeklinde kitlenin palpasyonu ve öykü ile tanı konulur. Baryumlu üst gastrointestinal x-ray filmi ve abdominal ultrason ile kesin tanı konulmaktadır.

Tedavi

HPS tedavisinde, cerrahi bir yöntem olan **piloromiyotomi** (mideden duodenuma geçişi sağlayan açıklığı çevreleyen kas liflerinin alınması operasyonu) uygulanmaktadır. Preoperatif dönemde nazogastrik sonda (NG) yerleştirilip mide boşaltılabilir. Bebeğin sıvı, asit-baz ve elektrolit kayıpları ameliyattan 24-48 saat önce mutlaka düzeltilmelidir. Bebek tekrar hidrate olana ve alkolozun düzeldiğini gösteren serum bikarbonat konsantrasyonu 30 mEq/dl'nin altına düşüncüye kadar intravenöz sıvı ve elektrolit tedavisine devam edilmelidir. HPS'nin cerrahi tedavisinde başarı ve iyileşme oranı yüksektir.

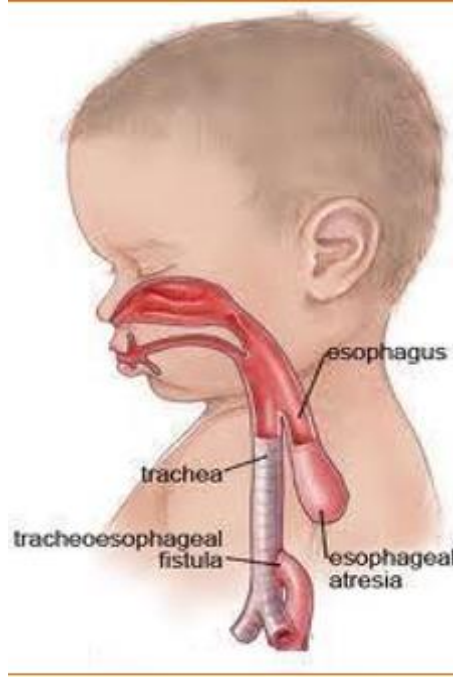
Hemşirelik Yönetimi

HPS'nun hemşirelik yönetiminde preoperatif dönemde belirtilerin gözlemi ve değerlendirmesi önem taşımaktadır. Hidrasyon durumunu değerlendirmek için bebeğin aldığı çıkardığı takibinin

yapılması ve kaydedilmesi, cilt turgorunda azalma, ağlarken göz yaşının olmaması, muköz membranlarda kuruluk, ön fontanelde çöküklük, idrar çıkışının 1 cc/kg/saat'ten az olması, nabızın artması, kan basıncının azalması ve kilo kaybının olup olmadığı değerlendirilerek kaydedilmelidir.

Özefagus Atrezisi Ve Trakea- Özefageal Fistül

Özefagus atrezi (ÖA) ve trakea-özefageal fistül (TÖF) özefagusun konjenital defektleridir. ÖA tek başına görülebilmekle birlikte genellikle TÖF ile birlikte meydana gelmektedir. ÖA özefagusun mideye ulaşmadan önce sonlanmasıdır. TÖF ise trakea ve özefagus arasında fistül oluşmasıdır.



Resim 3. Özefagus Atrezisi

Klinik Bulgular

- * Yenidoğanda doğum sonrası ağız ve bazen burundan aşırı miktarda, köpüklü mukus gelir.
- * Bebekte kuvvetli emme sonucunda anne sütünün geri gelmesi bir diğer belirtidir.
- * Yenidoğanda hırıltılı solunum ve öksürük, boğulma ve siyanoz görülür.
- * Eğer fistül trakea ve özefagus arasında ise mideye hava geçişi ile abdominal distansiyon görülür.

Tanı

- * Annenin maternal polihidroamniyos öyküsü
- * Eğer ÖA şüphesi varsa doğumdan sonra nazogastrik/orogastrik sonda mideye yerleştirilerek radyopak madde verilir. Atrezili yenidoğanlarda sonda 10-12 cm ilerletildikten sonra durur. Normalde sonda 17 cm ilerleyebilir.
- * Özefageal anomalinin tipi radyografik görüntüleme yöntemleri ile tanılanabilir.

Tedavi

Tedavide defektin cerrahi düzeltme girişimi uygulanana kadar bebeğin aspirasyon pnömonisinden korunması önemlidir. Pulmoner komplikasyonu ya da diğer major anomalisi olmayan yenidoğanlara genellikle yaşamın ilk 5 gününde cerrahi tedavi uygulanabilir.

Hemşirelik Yönetimi

Preoperatif dönemde amaç, üst ösefageal poştan sekresyonların aspirasyonunun ve fistülden trakeaya doğru midenin regürjitasyonunun önlenmesidir. Hemşirelik bakımında öncelikle ağızdan hiçbir şey vermeyerek intravenöz sıvı yönetimi ile bebeğin hidrasyonu sürdürülür. Yenidoğana başı yukarıda olacak şekilde pozisyon verilerek torasik kaviteye basınç azaltılır, böylece trakea ve bronşlara gastrik sekresyonların geri kaçıışı minimuma indirilir.

Postoperatif dönemde hemşirelik bakımının amacı hastanın hava yolu açıklığının sürdürülmesi ve cerrahi insizyon (anastomoz) bölgesinin travmalardan korunmasıdır. Sekresyonların aspire edilmesi gerektiğinde, çok yumuşak hareket edilerek dokuların travmaya maruz kalmamasına özen gösterilmelidir. Hemşire endişeli yüz ifadesi, taşipne, anormal solunum seslerinin varlığı gibi havayolu obstrüksiyonunun erken belirti/bulguları yönünden yenidoğanı gözlemlemelidir. Erken postoperatif dönemde gastrik sekresyonların ince bağırsağa akmasının sağlanması ve hava kaçışının önlenmesi için gastrotomi tüpü yüksekte tutulmalıdır.

Yenidoğanın emme gereksinimi desteklenerek, oral beslenmeye geçişi hızlandırmak amacıyla emzik kullanımı önerilmektedir. Barsak sesleri duyulana kadar yenidoğanın sıvı kısıtlaması sürdürülmelidir. Erken dönemde beslenme intravenöz sıvılarla sağlanır. Yenidoğan gastrotomiyle beslenmeye başladığında ilk olarak şekerli su verilir, tolere edebiliyorsa anne sütü ya da formüla süt ile beslemeye devam edilir.

ALT GASTROINTESTİNAL DEĞİŞİKLİKLER

Alt GIS bozuklukları sistem bozuklukları; invajinasyon, Hirschsprung hastalığı ve anorektal malformasyonlardır.

İnvajinasyon

İnvajinasyon pediatriye yaygın olarak görülen, bir barsak segmentinin bitişik olan diğer barsak segmentinin içine geçmesi ile karakterize durumudur.

Klinik Bulgular

- * Kolik,
- * Aralıklı karın ağrısı,
- * Kusma,
- * Jölemsi üzüm görünümünde gaita çıkışının olması
- * Ateş
- * Yenidoğanlarda hastalığın ilk dönemlerinde safrsız kusma belirtisi vardır. İlerleyen dönemlerde kusma safra içerir.
- * Dışkıda kan ve mukus görülür.
- * Karında sağ üst kadranda hassasiyet vardır ve sosis şeklinde kitle hissedilebilir.
- * İnvajinasyonun ilerleyen dönemlerinde bebeklerde letarji ve yorgunluk görülür.
- * Sonunda ince ve zayıf nabız, yüzeysel solunum ve vücut sıcaklığında yükselme belirtileriyle şok gelişir.

Tanı

İnvajinasyon tanısı baryum veya hava kontrastlı lavman testi ile koyulmaktadır. Son yıllarda, invajinasyonun tanısında non-invaziv tanılama aracı olarak karın ultrasonu güvenli bulunmaktadır.

Tedavi

İnvajinasyon için tercih edilen tedavi seçeneği baryum, suda çözülen kontrast madde veya hava lavmanı kullanılarak yapılan cerrahi olmayan hidrostatik redüksiyondur. Barsak perforasyonu, peritonit, şok varsa veya hidrostatik redüksiyon başarısız olmuşsa invajinasyon olan barsak bölümü cerrahi girişimle manuel olarak gerçekleştirilir.

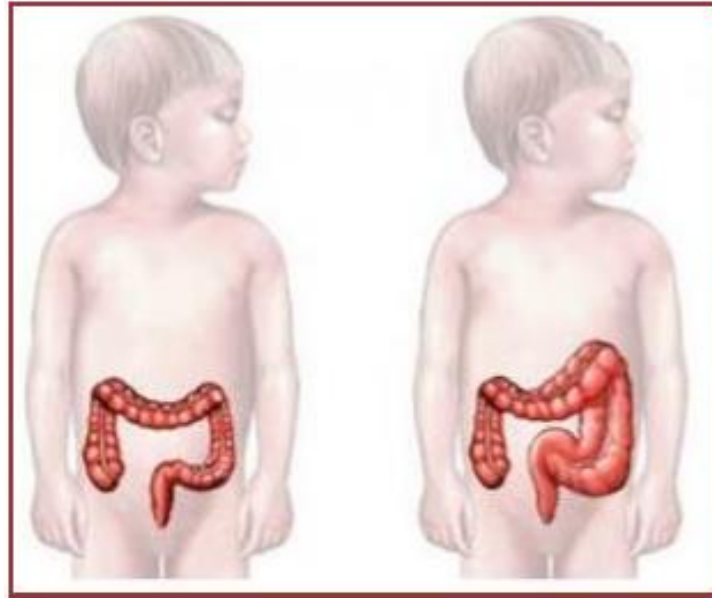
Hemşirelik Yönetimi

Hidrostatik redüksiyona hazırlıkta bebeğe sıvı kısıtlaması uygulanır. Nazogastrik sonda yerleştirilerek düşük emiş gücünde ayarlanır ve intravenöz sıvı uygulaması başlatılır. Hemşire, bebeğin vital bulgularını perforasyon, peritonit, şok açısından değerlendirir, karın ağrısının şiddetinde değişikliği gözlemler ve gaitayı değerlendirerek sonuçları kayıt eder.

Redüksiyondan sonra birkaç saat, bebek hastanede kalmalı, gaita çıkışı gözlenmeli, baryum veya suyla çözünebilir kontrast madde çıkışı değerlendirilmeli ve invajinasyonun tekrarı açısından hasta gözlenmelidir. Hidrostatik redüksiyon başarısız olursa, cerrahi tedavi uygulanır.

Hirschsprung Hastalığı

Konjenital aganglionik megakolon olarak da adlandırılan Hirschsprung hastalığı, kalın barsaktaki parasempatik ganglion hücrelerinin yokluğu sonucu oluşan bağırsağın motilitesinde bozulma ile karakterize hastalıktır. Yenidoğanlardaki distal barsak tıkanıklığının en yaygın nedenidir; bununla birlikte tanılanması süt çocukluğu ya da çocukluk dönemine kadar uzayabilir.



Resim 4. Hirschsprung Hastalığı

Klinik Bulgular

- * Yenidoğanda ilk belirtiler doğumdan sonraki ilk 24-48 saat içinde mekonyum (yenidoğanın ilk dışkısı) geçişinin olmaması, abdominal distansiyon, safralı kusma, beslenmeyi reddetme ve barsaklarda tıkanıklıktır.
- * Daha büyük yenidoğan ve çocuklarda ilk belirti kronik konstipasyondur.
- * Abdominal distansiyon, dışkının ani geçiş epizotları, yetersiz kilo alımı, şerit şeklinde ya da küçük top şeklinde kötü kokulu dışkılama, kusma ve fekal kitlenin palpasyonla hissedilmesi belirtileri görülür.
- * En kötü şekli, ince ve kalın bağırsağın inflamasyonu olan enterokolittir.
- * Ayrıca konstipasyon öyküsü olan sağlıklı yenidoğanda; ani başlayan kötü kokulu ishal, abdominal distansiyon ve ateş görülebilir.

Tanı: Dokuda ganglionik hücrelerin yokluğunu belirlemede kesin tanı için rektal biyopsi gerekir.

Tedavi

Cerrahi tedavi genellikle iki aşamada yapılmaktadır. Birinci aşamada normal bağırsağa geçici kolostomi açılır. Kolostominin amacı yenidoğanın dışkılamasını, kilo alımını sağlamak ve bağırsağı dinlendirmektir. İkinci aşama; etkilenen aganglionik segmentin kesilerek çıkarılması ve normal bağırsağın rektuma birleştirilmesi tedavisini içerir. Ayrıca bu ameliyat sırasında geçici kolostomi de kapatılır. Kesin cerrahi düzeltme yenidoğan 6-15 aylar arasında ya da 8-10 kg ağırlığında olduğu zaman yapılmalıdır. Tedavideki diğer yeni gelişme ise laparoskopik yöntemle aganglionik bölgeyi çekme-çıkartma işlemidir.

Hemşirelik Yönetimi

- * Yenidoğana sıvı kısıtlaması uygulanır ve nazogastrik sonda takılır.
- * Dehidratasyonu önlemek için intravenöz sıvı ve elektrolitler verilir, elektrolit eksiklikleri yönünden izlem yapılır.
- * Barsak florasını korumak için oral antibiyotiklerle birlikte antibiyotikli lavman yapılmalıdır.
- * Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı, ameliyat bölgesinin rutin gözlenmesini (ör; NG tüp açıklığının sürdürülmesi, abdominal distansiyonun izlenmesi, barsak seslerinin geri dönüşü açısından değerlendirilmesi) içerir.
- * Kolostomisi olacak bebeklerin ailelerine kolostomi açılmadan önce yöntem hakkında ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.

Anorektal Anomaliler

Anal açıklığın doğumsal şekil bozukluğu olan anorektal anomaliler, 4-16 gestasyon haftası arasında oluşan, anal açıklığın oluşmaması ile karakterize malformasyonlardır.

Klinik Bulgular

- * **Anal stenoz:** Anal açıklık vardır. Anüsün 1-4 cm kadar yukarısında darlık görülür ya da darlık tüm anüs boyunca devam eder.
- * **Anal membran atrezisi:** Anüs yarı saydam bir zarla kapalı olup, rektum dışı açılmamıştır.

- * **Anal agenezis:** Rektumun bir kese şeklinde anüsten daha yukarıda sonlanmasıdır. Anorektal anomalilerin % 80'ni oluşturur.
- * **Rektal atrezi:** Anal kanal uygun şekilde gelişmiştir. Fakat rektumla ilişkisi yoktur. Bu iki yapı arasındaki mesafe önemlidir. Bazen membranöz bir yapı ile ayrılmış olabilirler.
- * Anorektal anomalilerde belirtiler; bebek mekonyum yapamaz.
- * Dış anal açıklık yoktur ya da zarla kapalıdır.
- * Mekonyumun atılmamasına bağlı olarak kusma, irritabilite, batında gerginlik belirtileri gözlenir.
- * Anal stenoz var ise şerit şeklinde dışkılama ve defakasyonda güçlük görülür, rektum mesaneye fistülize ise idrarda küçük mekonyum parçaları olabilir.

Tanı: Tanı anal özelliklerin fiziksel muayenesi ve abdomenin radyolojik görüntülenmesi ile yapılır.

Tedavi: Anal stenoz anal bölgenin elle dilatasyonu ve bu işlemin tekrarlanması ile tedavi edilir. Diğer tüm defektler için cerrahi girişim gereklidir. Yüksek tip defektlerde iki aşamalı onarım yapılır. İlk aşamada geçici bir kolostomi oluşturulur ve ikinci aşamada ise kolostomi kapatılarak rektumun kör kesesinin anüse anastomozu gerçekleştirilir.

Hemşirelik Yönetimi

- * Yenidoğanın muayenesi sırasında, hemşire bir rektal termometreyi anüse yerleştirerek anal açıklığı değerlendirir.
- * Perine bölgesinin cilt bakımına özen gösterilmelidir.
- * Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı; başlangıçta kolostomi bakımı, perineal insizyon bölgesi bakımı, IV sıvı yönetimi ve NG sonda bakımını kapsamaktadır.
- * Bebek yan ya da sırt üstü yatırılmalı, prone pozisyonunda yatırılmamalıdır.
- * Kolostomi açılmışsa bakımı aileye öğretilmelidir.

Konstipasyon

Konstipasyon, dışkının sert ve seyrek olması, dışkılamanın zor olması durumudur. Çocuklarda yaygın olarak görülmektedir. Konstipasyonun organik veya nonorganik nedenleri olabilir.

Organik nedenler:

- * Beslenme (düşük lifli, yetersiz sıvı alımı, aşırı süt alımı vb.)
- * Gastrointestinal sistemin yapısal bozuklukları (Hirschsprung hastalığı, intestinal darlıklar vb.)
- * Metabolik ve endokrin bozukluklar (hipotiroidi, diabetes mellitus, kurşun zehirlenmesi vb.)
- * Nörojenik bozukluklar (serebral palsy, meningo-myelose vb.)
- * İlaçlar (opioidler, antidepressanlar, antikolinerjik-ler, antiasidler vb.)

Tedavi

Konstipasyon, barsak boşaltımının düzenli yapılması ve diyetin düzenlenmesi gibi kombine terapiler ile tedavi edilebilir. Sertleşen dışkının boşaltılmasında lavmanlar, oral ilaçlar ve supozituarlar başarılı tedavi yöntemleridir. Diyetle ise lifli gıdaların ve sıvı alımlarının artırılması

önemlidir. Düzenli defekasyon alışkanlığının kazandırılmasında çocuğa bakan kişilerin eğitilmesi de gereklidir.

Hemşirelik Yönetimi

Hemşire, eğitim üzerine odaklanmalıdır. Özellikle çocuğa bakım veren kişilere/ebeveynlere beslenmenin düzenlenmesi ve diyet hakkında eğitim vermelidir. Çocuk, tuvaletini yaptıktan sonra küçük ödülleri veya oluşturulan çizelgeler üzerine çizilen veya yapıştırılan yıldızlar ile pozitif olarak desteklenebilir.

ENFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARI

Crohn Hastalığı-Ülseratif Kolit

Enflamatuar barsak hastalığı (EBH), ülseratif kolit ve Crohn hastalığını içeren ince ve kalın barsakta ülserasyon veya enflamasyona neden olan kronik bozuklukların bir grubu olarak tanımlanır. Ülseratif kolit, rektum ve kolonun mukozası ve submukozanın inflamasyonunu içerir. Crohn hastalığı ise, barsak duvarının bütün tabakalarını (transmural) ve tüm gastrointestinal sistemi içerir.

Etiyoloji

Başlangıç genellikle geç adolesan döneminde (17-21 yaş) olmaktadır. EBH insidansı kızlarda ve erkeklerde benzer. Ülseratif kolit'in insidansı 5:100.000, Crohn hastalığının insidansı ise 4:100.000 olarak belirtilmektedir. EBH'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte enfeksiyöz ajanların, otoimmünitinin, genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir.

Klinik Bulgular

	Ülseratif kolit	Crohn Hastalığı
Patoloji		
İçerdiği alan:	Kolon ve rektum	Ağızdan anüse tüm gastrointestinal sistemi etkileyebilir.
İçerdiği barsak duvarı:	Yüzeysel (mukoza ve submukoza)	Barsak duvarının bütün tabakaları (transmural)
Lezyonların dağılımı:	Simetrik, sürekli	Asimetrik, bölünmüş (hasta-yeni sızranmış alanlar)
Klinik bulgular		
İshal:	Şiddetli	Hafif veya orta
Abdominal ağrı:	Hafif, daha az	Yaygın, şiddetli
Rektal kanama:	Yaygın	Seyrek
Kilo kaybı:	Hafif, orta	Yaygın, şiddetli
Büyüme geriliği:	Hafif	Sıklıkla şiddetli
Perianal lezyonlar:	Seyrek	Yaygın
Fistüller:	Seyrek	Yaygın

Tedavi

Enflamatuvar barsak hastalığının tedavisi farmakolojik, besinsel ve cerrahi yaklaşımı içermektedir. Tedavinin amaçları; remisyonun sürdürülmesi, relapsların önlenmesi, büyüme ve gelişme için yeterli beslenmenin sağlanması, fonksiyonlarını yerine getirebilmesi konusunda yardımcı olunmasıdır. EBH'lı bireylerin çoğunda düşük lifli ve düşük posalı diyetin terapötik olduğu bulunmuştur.

Hemşirelik Yönetimi

Hemşirelik bakımında ilaç ve beslenme yönetimi ve emosyonel destek çok önemlidir. Çocuk ve aileye danışmanlık yapılmalı, tanı ve tedavi aşamasında çocuk ve ailenin destek grupları ile bir arada olması sağlanmalıdır. Hemşire, okula gidememe ve sosyal aktivitelerde bozulma sonucu oluşabilecek olan sorunları değerlendirmelidir.

Peptik Ülserler

Peptik ülser, gastrointestinal sistemin mukoza duvarının erozyonu sonucunda meydana gelmekte ve genellikle mide ve duodenum da gelişmektedir. Primer veya sekonder, gastrik veya duodenal olarak sınıflandırılır.

- * **Primer ülserlerde** altta yatan bir hastalık yoktur ve sıklıkla ailevi bir yatkınlık söz konusudur.
- * **Sekonder veya stres ülserlerinde**, sistemik hastalıklar ya da yaralanmalara bağlı gelişen şiddetli psikolojik stres söz konusudur. Bazı ilaçlarda sekonder ülsere yol açabilir.
- * **Gastrik ülserler** genellikle midenin küçük kurvaturunun üzerindeki pilor ve fundusun birleşme noktasına lokalizedir.
- * **Duodenum ülserleri** ise pilor veya duodenumda meydana gelmektedir.

Klinik Bulgular

Yaş	Klinik bulgular
0-3 Yaş	Primer ülserler: iştahsızlık, kusma, melena, hematemez, yemekten sonra, ağlama Sekonder ülserler: hemoraji ve perforasyon
3-6 Yaş	Primer ülserler: yemekle ilişkili kusma, göbük çevresinde veya yayılan bir ağrı Sekonder ülserler: melena, hematemez, perforasyon
6-18 Yaş	Melena, hematemez, gizli kanama, anemi

Tedavi

Primer tedavi yöntemi, ilaçlardır. İlaç yemeklerden 2 saat sonra ya da yemeklerden 1 saat önce ve yatmadan önce mide boş iken alınmalıdır. Çocuklarda nadir olarak cerrahi tedavi uygulanabilir.

Hemşirelik Yönetimi

En önemli hemşirelik girişimi çocuk ve ailenin eğitimidir. Çocuk ve aileye her bir ilacın kullanımı ve yan etkileri açıklanmalıdır. Hemşire, özel bir diyet gereksinim olmadığını ancak kafein içeren içeceklerden uzak durulması gerektiğini, ağrı veya rahatsızlığa neden olan yiyecek ve içeceklerden kaçınılması gerektiğini anlatmalıdır. Daha büyük çocuklara ve adolesanlara ise alkol ve sigaranın gastrik irritasyona ve ülsera neden olduğu konusunda bilgi verilmelidir. Hemşire, stresle baş etme konusunda çocuğa psikolojik danışmanlık yapmalıdır.

Nekrotizan Enterokolit (NEK)

NEC, ince ve kalın barsak mukozasının daha sıklıkla distal ileum ve proksimal kolonun nekrozu olup, özellikle preterm yenidoğanlarda yaşamı tehdit eden bir durumdur.

Klinik Bulgular

NEK'li bir yenidoğanda; abdominal hassasiyet, distansiyon, abdominal duvarda eritem, kanlı dışkılama, azalmış barsak sesleri, artmış gastrik rezidü, yemekten sonra safralı kusma, apne ve bradikardi, letarji, düzensiz ateş, azalmış idrar çıkımı, abdominal distansiyon ve şok gibi bulgular görülmektedir. Eğer NEK tedavi edilmezse asidoz, sepsis ve ölüm meydana gelebilir.

Tanı

Klinik bulgular ve direkt karın grafisi ile konur. Pnömooperitoneum yani periton kavitesinde ve portal dolaşımda hava bulunması hastalığın şiddetini ve barsak perforasyonunu göstermektedir.

Tedavi

NEK, erken tanınır ve tedavi edilirse perforasyon önlenir ve cerrahi girişim gerektirmeyebilir.

Tedavide;

- * Oral beslenme kesilir
- * NGS yoluyla dekompresyon ve sürekli gastrik drenaj sağlanır.
- * Oksijenasyon, eğer gerekli ise ventilasyon sağlanır.
- * Total parenteral beslenme, geniş spektrumlu antibiyotikler ve asit-baz ve elektrolit dengesini sürdürmek için IV sıvı tedavisi uygulanır.
- * Bebeğin durumunu değerlendirmek için sık sık laboratuvar bulguları izlenmelidir. Genellikle kan gazları, kan sayımı, hematokrit, trombosit sayımı, elektrolitler izlenmeli ve abdominal röntgen çekilmelidir.
- * Tıbbi tedaviye rağmen vakaların %40-%50'sin-de cerrahi girişim gerekebilir. Eğer bebekte perforasyon, peritonit, metabolik asidoz veya tıbbi tedaviye yanıt vermeme durumu varsa cerrahi girişim uygulanır. Nekrotik barsağın rezeksiyonu gereklidir ve geçici ileostomi, jejunostomi veya kolostomi açılır. Postoperatif dönemde ise barsak tıkanıklığı ve kısa barsak sendromu gelişebilir. Kısa barsak sendromu ise malabsorbsiyon, malnütrisyon ve büyüme geriliği ile karakterizedir.

NEC'de Cerrahi Girişim Gerektiren Durumlar

- * Periton içinde hava olması (pnömooperitoneum)
- * Sürekli ve gözle görülebilir barsak düğümlenmesi

- * Radyolojik olarak peritonitin varlığı
- * Periton sıvısında artış
- * Barsak duvarındaki ödemde artış
- * Tıbbi tedaviye rağmen klinik kötüye gidiş
- * İrreversibil (geridönüşümsüz) metabolik asi-doz
- * Şok
- * Solunum yetersizliği

Hemşirelik Yönetimi

Hemşire NEK'in erken bulgularını (abdominal distansiyon, residü mide içeriği, beslenmeyi tolere edememe, barsak seslerinde azalma, dışkıda kan bulunması) sürekli izlemeli ve uyanık olmalıdır. Distansiyonu değerlendirmek için sık sık karın çevresini ölçmelidir. Beslenme öncesi midede residü olup olmadığına bakmalıdır. Eğer miktarda artma varsa bu emilim bozukluğunu göstermektedir. Barsak aktivitesinin azalıp azalmadığını değerlendirmek için barsak seslerini dinlemelidir.

Dışkıda kan olup olmadığı değerlendirilmelidir. NEK tanısı konduğu zaman aldığı ve çıkardığı takibi yapılmalı, sık sık vital bulguları değerlendirilmeli, IV tedavi sürdürülmeli ve çocuğun durumundaki değişiklikler sürekli izlenerek, kaydedilmelidir. Perforasyon ve peritonit sonucu gelişebilecek olan sepsis ve şok durumunu gösteren vital bulgular izlenmelidir. Oral beslenme yeniden başladığı zaman hemşire, çocuğun toleransını ve cevabını gözlemelidir. Çünkü NEK tekrar meydana gelebilir.

MALABSORPSİYON BOZUKLUKLARI (EMİLİM BOZUKLUKLARI)

Besinlerin sindirimindeki yetersizlik nedeni ile sindirim sürecinde bozulma olduğunda emilim bozukluğu meydana gelir. Bebeklerde ve çocuklarda emilim sorunlarının en yaygınları çölyak hastalığı ve laktoz intoleransıdır.

Çölyak Hastalığı

Glutene duyarlı enteropati olarak da bilinen çölyak hastalığı buğday, arpa, çavdar ve yulaf proteini olan glutenin kalıcı intoleransı nedeniyle oluşan bir hastalıktır. Çocuklarda kistik fibrozdan sonra en yaygın görülen malabsorpsiyon bozukluğudur.

İnsidans ve Etiyoloji: İnsidans farklı iklimlere göre değişiklik gösterir. Hastalığa gluten içeren gıdaların alımı ile rastlanır.

Klinik Bulgular:

- * İştahsızlık, iritabilite, halsizlik ve kilo kaybıdır.
- * Hastalık ilerledikçe abdominal distansiyon ve dışkıda emilemeyen yağların büyük miktarlarda boşaltımı ile görülen kronik diyare (steatorrhea- yağlı dışkı) gözlenir.
- * Çocuk anemi nedeniyle soluk görünür ve K vitamini emilimindeki yetersizliğe bağlı olarak ciltte çürükler gelişebilir.
- * Geç belirtiler; şiddetli büyüme geriliği, osteoporoz ve adölesanlarda gecikmiş menstrasyon ve pubertedir.

Tanı: Kesin tanı testi, barsak mukozasındaki villuslarda atrofiyi ve derin çukurlukları gösteren ince barsak biyopsisidir.

Tedavi ve Bakım

Tedavi ömür boyu glutensiz diyetten oluşur. Diyet konusunda eğitim tedavinin temel hedefidir. Hemşire aileye ;hastalık sürecini, belirti ve bulgularını ve glutensiz diyetin neden önemli olduğunu açıklamalıdır.

Laktoz İntoleransı

Laktoz intoleransı, insan ve inek sütü, standart bebek mamaları ve peynir, dondurma gibi günlük gıdalarda bulunan şeker (disakkarit) olan laktozun sindirimindeki yetersizliktir. Laktoz intoleransı konjenital veya sonradan olabilir.

İnsidans ve Etiyoloji

Rotavirüs, diğer ince barsak enfeksiyonları ve edinilmiş immün yetersizlik sendromu (AIDS) gibi ishalleri hastalıklar laktaz aktivitesini azaltabilir. Gluten hassasiyeti (çölyak hastalığı), soya proteini ve inek sütü hassasiyeti gibi diyet içerikleri nedeniyle ince barsak mukozasında hasar olması laktaz aktivitesini azaltan diğer nedenlerdir.

Klinik Bulgular

Şiddetli, sulu diyare, abdominal distansiyon, abdominal ağrı ve aşırı gaz çıkarmadır.

Tanı

Tanıda genellikle **hidrojen nefes testi** kullanılır. Bu testte laktoz yüklü bir sıvı içirilir daha sonra belirli periyodlarla nefeste hidrojen ölçümü yapılır. Nefesteki hidrojen miktarının artması laktoz intoleransını gösterir. Bu test 6 aydan küçük bebeklere uygulanmaz.

Tedavi ve Hemşirelik Yönetimi

Tedavi, çocuğun diyetinden laktozu azaltmayı ya da çıkarmayı içerir.

İmperfore Anüs (Anal Atrezi)

Yenidoğanda anüsün kapalı olmasına imperfore anüs adı verilir. Bazen anüs deliği olduğu hâlde 1-2 santim içerideki barsak bölümünde kapallık 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.



Resim 4. İmperfore Anüs

Belirti ve bulgular

- Yenidoğanda mekonyum yapılamaması,

- Karında şişkinlik,
- Kusma,
- Muayenede anüsün kapalı olmasıdır.

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.

Akut ishaller (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 kısı 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).

Tanı; 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 ishalleri hastalıkların 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.

ÖZET

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. 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.

DEĞERLENDİRME SORULARI**1. Aşağıdakilerden hangisi gastrointestinal sisteme ait bir hastalık değildir?**

- Koanal atrezi
- Hirschsprung Hastalığı
- Çölyak hastalığı
- İshaller
- Konvülsiyonlar

2. Aşağıdakilerden hangisi yarık damak, yarık dudak nedenlerinden biri değildir?

- Genetik yatkınlık
- Oligohidroamniyoz
- Gebeliğin ilk 3 ayında röntgen çektilmesi
- Gebelikte annenin folik asit kullanması
- Gebelikte sigara ve alkol kullanılması

3. "....., kalın barsaktaki parasempatik ganglion hücrelerinin yokluğu sonucu oluşan bağırsağın motilitesinde bozulma ile karakterize hastalıktır." ifadesinde boş bırakılan yere aşağıdakilerden hangisi gelmelidir?

- Koanal atrezi
- Hirschsprung Hastalığı
- Çölyak hastalığı
- İshaller
- Crohn Hastalığı

- Periton içinde hava olması (pnömoperitoneum)
- Sürekli ve gözle görülebilir barsak düğümlenmesi
- Radyolojik olarak peritonitin varlığı
- Periton sıvısında artış

4. NEC'de cerrahi girişim gerektiren durumlar aşağıdaki seçeneklerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?

- Yalnız I
- Yalnız II
- I ve II
- II, III ve IV
- I, II, III, IV

5. Aşağıdakilerden hangisi ishal sıklığını azaltıcı koruyucu önlemlerden biri değildir?

- El yıkamak ve hijyen kurallarına uymak
- Yiyecekleri çiğ tüketmek
- Mikroorganizmalardan arındırılmış suları kullanmak,
- Hijyenik olarak hazırlanmayan ve buzdolabında saklanmayan gıdalardan uzak durmak
- Az pişmiş deniz ürünlerinden uzak durmak

Cevap Anahtarı: 1-E, 2-D , 3-B, 4-E, 5-B

KAYNAKLAR

- Akyıldız, N.(2000).Anne ve Çocuk Sağlığı. 2.Baskı, Ankara: Turan Ofset
- Betül, Acunaş., İyela ,Ağaoğlu., Ağın, H., Akalın, F., Akçakaya, N., Akçam, M ve ark.(2010).Temel Pediatri.(editör.Enver Hasanoğlu, Ruhan Düşünsel, Aysun Bideci)Ankara: Güneş Tıp Kitabevi
- Beyazova, U., Güler, Ç.(1991).Çocuk Sağlığı ve Gelişimi. Ankara,: Hatipoğlu yayınları
- Çavuşoğlu, H.(2011). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 10.Baskı.Cilt I, Ankara: Sistem Ofset basımevi
- Dağoğlu, T., Görak, G.(2002).Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri
- Neyzi, O., Ertuğrul, T.(2002). Pediatri. 3.Baskı, cilt 2,İstanbul: .Nobel tıp kitapevleri
- Savaşer, S., Yıldız, S., Gözen, D., Balcı, Mutlu B., Çağlar, S.(2009). Hemşireler için Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi,1.baskı. İstanbul: İstanbul tıp kitabevi
- Törüner, EK., Büyükgöncü, L.(2012). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. 1.Baskı, Ankara:, Göktuğ yayıncılık
- Sağlık Bakanlığı, Çocukta Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Bakım. Ankara, 2013, http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/%C3%87ocukta%20Sindirim%20Sistemi%20Hastal%20B1klar%C4%B1%20Ve%20Bak%C4%B1m.pdf.