

EVLİLİK ÖNCESİ DANIŞMANLIK REHBERİ





EVİLİK ÖNCESİ DANIŞMANLIK REHBERİ



ANKARA 2014

Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Ankara, 2014

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 927

Bu yayın; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmış ve bastırılmıştır. Her türlü yayın hakkı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi “Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi ” kitabı T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No, Basıldığı İl ve Yayın Tarihi şeklinde olmalıdır.

Ücretsizdir. Parayla satılamaz.

Kapak Tasarım: Grafiker Umman SEZGİN

Editörler

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar- Programlar ve Kanser Başkan Yardımcısı

Hazırlayanlar

Uzm. Dr. Sema SANİSOĞLU	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanı
Dr. Ahmet ÖZLÜ	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanı
Dr. Zübeyde ÖZKAN ALTUNAY	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Tıb. Tek. Nejla GÜNERHAN	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Hem. Mehtap İBİŞ	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı
Psk. Selma EREN ŞAKAR	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ruh Sağlığı Programları Daire Başkanlığı

Danışma Kurulu

Prof. Dr. Bahattin TUNÇ	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN	Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR	İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN	Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Doç. Dr. Berna DİLBAZ	Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yrd. Doç. Dr. A. Nilüfer GÜLERSOY	Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Uzm. Dr. Cenk Varlık	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Katkıda Bulunanlar

Doç. Dr. Sibel ÖRSEL	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ruh Sağlığı Programları Daire Başkanı
Dr. Sema ÖZBAŞ	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanı
Dr. Çiğdem ŞİMŞEK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
Dr. Deniz ÇAKMAK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
Op. Dr. Gülhan CENGİZ	KASAD-D Yönetim Kurulu Başkanı

Yayın Komisyonu

Yrd. Doç. Dr. Hasan IRMAK	THSK Başkan Yardımcısı
Doç. Dr. Nazan YARDIM	THSK Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanı
Dr. Kanuni KEKLİK	THSK Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanı
Uzm. Dr. M. Bahadır SUCAKLI	THSK Erken Uyarı-Cevap ve Saha Epidemiyolojisi Daire Başkanı

Yayın Koordinatörleri

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	THSK Başkan Yardımcısı
Uzm. Dr. Sema SANİSOĞLU	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanı
Dr. Zübeyde ÖZKAN ALTUNAY	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Tıb. Tek. Nejla GÜNERHAN (Redaksiyon)	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı

ÖNSÖZ

Aile, toplumun temeli ve çekirdeğidir. Sağlıklı nesillerin yetiştirildiği bir ocak, sevgi, saygı, sadakat ve güven ortamının tesis edildiği bir müessese, karşılıklı hak ve ödevlere sahip bireylerin oluşturduğu bir kurumdur. Bir toplulukta aile ne kadar sağlam ve sağlıklı temellere oturur ise, o aileden meydana gelen toplum da o nispette sağlam ve sağlıklı olur. Sağlığın önemli bir ögesi de üreme sağlığıdır. Üreme sağlığı hizmetlerinin ülke genelinde etkili, nitelikli ve yaygın sunumu anne ve çocuk sağlığı üzerinde önem arz etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü üreme sağlığı yaklaşımında, üreme sağlığının doğumdan ölüme kadar cinsiyet gözetmeksizin hayat boyu ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Yürüttüğümüz programlar ile bireylerin; sağlıklı, eşit, sorumlu ilişkiler ile cinsel bilgi ve davranış kapasitelerini geliştirebilmeleri, üreme sağlığı ile ilgili kararlarını güvenli ve sağlıklı verebilmeleri hedeflenmektedir. Üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliği, erişilebilirliğinin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi amacıyla; Bakanlığımızın yürütülmekte olduğu çalışmalara doğrudan destek sağlaması ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliğini güçlendirmesi neticesinde ülkemizde üreme sağlığı hizmetleri konusunda önemli gelişmeler elde edilmiştir. Bu gelişmelerin daha ileri seviyelere ulaşması açısından üreme sağlığı hizmetlerinde Evlilik Öncesi Danışmanlığın etkin sunumu da önemlidir.

Üniversiteler, eğitim araştırma hastaneleri, meslek kuruluşları ve Kurum Başkanlığımız temsilcilerinden müteşekkil kurul tarafından oluşturulan “Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi”nin evlilik öncesi çiftlere verilecek hizmetlerin daha nitelikli sunulmasında ve çiftlerin evliliğe sağlıklı bir başlangıç yapmalarında katkıda bulunacağını temenni eder, kitabın hazırlanmasında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Türkiye Halk Sağlığı Kurum Başkanı

İÇİNDEKİLER

EVLİLİK ÖNCESİ DANIŞMANLIK.....	1
ÜREME SAĞLIĞI	4
ADÖLESAN GEBELİK.....	50
KALITSAL KAN HASTALIKLARI (<i>HEMOGLOBİNOPATİ</i>) KONTROL PROGRAMI.....	53
AKRABA EVLİLİĞİ.....	58
KAN UYUŞMAZLIĞI.....	61
CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR (<i>CYBE</i>).....	63
LEPRA ve TÜBERKÜLOZ.....	88
DANIŞMANLIKTA RUH SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	95
KAYNAKLAR.....	106

EVLİLİK ÖNCESİ DANIŞMANLIK

Aile, toplumun temeli ve çekirdeğidir. Sağlıklı nesillerin yetiştirildiği bir ocak, sevgi, saygı, sadakat ve güven ortamının tesis edildiği bir müessese, karşılıklı hak ve ödevlere sahip bireylerin oluşturduğu bir kurumdur. Sağlıklı nesiller bu yuvada yetişir. Eşler için huzur ve paylaşım, çocuklar için terbiye, sevgi ve şefkat ocağı olan ailenin son derece önemli olduğu inkâr edilemeyecek bir gerçektir.

Evlenme, eşler arasında birlikte yaşamaya ve karşılıklı yardımlaşmaya da imkân veren ve taraflara karşılıklı hak ve ödevler yükleyen bir sözleşmedir. Nesli çoğaltır ve korur. Bir toplulukta aile ne kadar sağlam ve sağlıklı temellere oturur ise, o aileden meydana gelen toplum da o nispette sağlam ve sağlıklı olur. Sağlığın önemli bir ögesi de üreme sağlığıdır. Üreme sağlığı hizmetlerinin ülke genelinde etkili, nitelikli ve yaygın sunumu anne ve çocuk sağlığı üzerinde önem arz etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü üreme sağlığını; “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır.” şeklinde tanımlamıştır. Bu yaklaşımla, üreme sağlığının doğumdan ölüme kadar cinsiyet gözetmeksizin hayat boyu ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Üreme sağlığı hizmetleri kapsamında, kişiler doğurganlıklarını planlamak için gereken güvenli ve etkili yöntemlere ulaşabilme ve bilgilenme hakkına sahip olmalıdırlar. Sağlık hizmetlerine erişebilme ve faydalanmada, eğitim, toplumsal cinsiyet eşitliği ve sosyal koşullar etkilidir. Yürüttüğümüz programlar ile bireylerin; sağlıklı, eşit, sorumlu ilişkiler ile cinsel bilgi ve davranış kapasitelerini geliştirebilmeleri, üreme sağlığı ile ilgili kararlarını güvenli ve sağlıklı verebilmeleri hedeflenmektedir.

Evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri ile sağlıklı aile yapısı, üreme sağlığı, gebeliği önleyici yöntemler, günümüzde artan bulaşıcı hastalıklar, akraba evliliği, genetik geçişli hastalıklar ve kalıtsal kan hastalıklarıyla ilgili danışmanlık hizmeti verilmesi, kişilerin olası riskler, sonuçları ve korunma yolları konularında bilinçlendirilmesi, gebelik isteği ile başvuran çiftlere de gebelik öncesi danışmanlık verilmesi ve gerekirse tıbbi yaklaşım önerilecek durumların tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi açısından, risk oluşturabilecek durumların gebelik öncesinde tespit edilerek erken önlem alınmasının sağlanması önemli bir adım olup, evlilik öncesi danışmanlık hizmeti sunulması bu amaç için büyük bir fırsattır.

Aileyi oluşturacak çiftlere, evlilik öncesinde hazırlık amacıyla sağlıklı bir çift ilişkisinin temel unsurları konusunda bilgilendirme yapılması önleyici çalışma kapsamında düşünülebilir. Bu konudaki uygulama örneklerine baktığımızda evlilik öncesi önleyici çalışmaların boşanma oranlarının düşmesine katkıda bulunduğu ayrıca aile içi şiddet ve uyuşmazlıkların önlenmesinde büyük önem taşıdığı görülmektedir.

Evlilik Öncesi Danışmanlığın 3 temel özelliği vardır:

- Önleyicidir,
- Geliştiricidir,
- Eğiticidir.

Sağlıklı ailelerde üyeler, aile iletişiminden memnundur; çatışma azdır, gelişimsel değişikliklere kolay ve başarılı bir biçimde uyum sağlarlar, stresli olaylarla baş edebilirler. Bu ailelere 'sağlıklı', 'iyi işlevsel' veya 'optimal' denilir. Ancak ailelerin hiçbir zaman sorunla karşılaşmayacağını söylemek doğru olmaz. Bu aileler bir kriz

karşısında çabucak kendilerini toparlayabilirler. Aile sisteminde çok az problem olur ve bütün normal şartlarda fonksiyonlarını iyi yerine getirirler.

Sağlıklı Ailenin Özellikleri Şunlardır:

- Sağlıklı aile üyeleri birbirleriyle açık, tamamlayıcı, uygun iletişim kurarlar,
- Aile üyeleri birbirine güvenir, dürüst ve içten yaklaşır,
- Ailedeki haklar, görevler bütün aile üyelerinin kabul edeceği biçimde dağıtılır,
- Aile üyeleri kendilerine saygılıdır ve olumlu benlik algıları vardır.

Evlilik Kararı Almış Çiftler:

- Karşılıklı saygı ve sevgi,
 - Arkadaş olabilmek,
 - Birbirlerine bağlılık ve güven duyma,
 - Sadık olma,
 - Doğacak çocukların yetiştirilmesi konusunda ortak fikirlere sahip olma,
 - Çatışma çözmeyi başarma ya da geliştirme,
 - Geleceğe dair ortak ideallere sahip olma,
 - Birbirlerinin kişisel amaçlarını ve başarılarını destekleme,
 - Dini – politik görüşlerde ortaklık ve ya farklılıklar durumunda birbirlerinin görüşlerine saygı gösterme,
 - Birbirlerine duygusal ve fiziksel şiddet uygulamama,
- Konularında da bilinçlendirilmelidir.

ÜREME SAĞLIĞI

AMAÇ:

Üreme sağlığı hizmetleri kapsamında evlilik öncesi danışmanlık konusunda bilgi ve beceri kazanmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

1. Üreme Sağlığı, cinsel sağlık ve cinsel yaşam kavramlarını açıklayabilme
2. Gebelik öncesi danışmanlık yapabilme
3. Gebeliğin oluşumunu açıklayabilme
4. Gebelik döneminde danışmanlık yapabilme
5. Doğum öncesi bakımı ve doğum sonu bakım hizmetini anlatabilme
6. Normal doğum ve sezaryen uygulamalarını açıklayabilme
7. Gebeliği önleyici yöntem çeşitlerini sayabilme
8. Gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık yapabilme

Üreme Sağlığı; “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır”. Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir.

Kadın ve erkek yaşamları boyunca, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçlarına sahiptir.

Bu yaklaşımda;

- Doğumdan ölüme kadar kadın veya erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması,

- Yaşama sağlıklı başlamanın ilk adımı olduğu,
- Bireyin sağlıklı üreme gelişiminin birçok faktörün etkisiyle oluştuğu,
- Bireylerin sağlıklarıyla ilgili şu andaki durumlarının; bir önceki dönemin bir sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu bilinmelidir.

Bireylerin, sağlıklı, eşit ve sorumlu ilişkiler ve cinsellik ve sağlıklı cinsel gelişme ve olgunlaşma için kapasitelerini geliştirebilmelerinin, bireylerin üreme ile ilgili kararlarını (çocuk sayısı ve çocuklarının zamanlamasını) güvenli ve sağlıklı bir şekilde uygulayabilmelerinin sağlanmasını üreme sağlığı programlarının hedefleridir.

Cinsellik; Cinsellik insanların değerleri, tutumları, davranışları, fiziksel görünüşleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri ve sevmedikleri şeyler ve içinde yaşadıkları toplumlara göre şekillenir. Cinsellik doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eder, kültürel ve ahlaki faktörlerden etkilenir.

Cinsel Sağlık; Cinsel sağlık bir kişinin cinsel yaşamını bir zorlama olmadan, mutlu olarak ve zarar görmeden sürdürebilmesidir. Bir anlamda, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE'ler), istenmeyen gebelikler, güç kullanma, şiddet ve ayrımcılık riskinden bağımsız olarak cinselliği yaşama halidir. Cinselliği karşılıklı saygıya dayalı, mutlu ve güvenli ilişkiler ağında yaşama, bireyleri zenginleştirir.

Cinsel Yaşam; Bireyler cinsel yaşamlarının sağlıklı olması konusunda sorumluluklar yüklenirler. Bu sorumluluk eşler arasında eşit olarak bölülmelidir. Sağlıklı bir cinsel yaşamda eşler cinsel yaşamlarında bu sorumluluklarını yerine getirmek için:

- Cinsel davranışlarında birbirinin onayını alır,
- Onay almak için hiçbir zaman baskı uygulamaz,

- Birbirlerine sadık kalır,
- Eşinin haz almasına özen gösterir,
- Eşini fiziksel ve ruhsal zararlardan korur,
- Birbirlerini cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ve istenmeyen gebeliklere karşı korur,
- Yapmak istediği ve istemediği davranışlar konusunda açık olur,
- Birbirlerinin sınırlarına saygı gösterir,
- Davranışlarının sorumluluklarını üstlenir.

ÜREME SAĞLIĞI KAPSAMINDA EVLİLİK ÖNCESİ DANIŞMANLIK HİZMETLERİ

GÜVENLİ ANNELİK

Anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımdır.

Anne ölümlerinin azaltılmasında en önemli faktör, iyi kalitede bir doğum hizmetinin verilmesini, yüksek riskli gebeliklerin izlenmesini, acil durumların doğru olarak yönetilmesini, üreme sağlığı hizmetlerinin sunulmasını ve yüksek risk taşıyan gebeliklerin saptanarak izlenmesini sağlayacak etkin bir sağlık hizmeti sunumudur.

Güvenli annelik girişimiyle, önlenebilir anne ölümleri, yani özellikle kanama, septisemi, preeklampsi/eklampsi, engellenmiş doğum eylemi ve düşüklerden kaynaklanan anne ölümleri, %55 ila %80 oranlarında azaltılabilmektedir.

Güvenli anneliğin geliştirilmesi için gerçekleştirilen üreme sağlığı hizmetleri;

- I. Gebelik Öncesi Danışmanlık ve Gebelik
- II. Gebelikte Danışmanlık
- III. Doğum Öncesi Bakım
- IV. Normal Doğum ve Sezaryen
- V. Postpartum (Doğum Sonu) Bakım
- VI. Gebeliği Önleyici Yöntem Danışmanlığı

I. GEBELİK ÖNCESİ DANIŞMANLIK ve GEBELİK

MENSTRÜEL SIKLUS (ADET DÖNGÜSÜ)

Menstrüel siklus bir adet kanamasının ilk gününden bir sonraki adet kanamasının ilk gününe kadar geçen süreyi içerir. Menstrüel siklus ortalama 28 gündür fakat 21-35 gün arasında seyredebilir. Adet kanaması yaklaşık 5 gün sürer, kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. Bir adet döneminde kaybedilen kan miktarı ise yaklaşık 30ml (20-80ml) kadardır. Normal bir adet döngüsünde FSH hormonu etkisiyle yumurtalıklardan birinde, yeni bir yumurta hücresi folikül adı verilen bir kesecik içinde olgunlaşmaya başlar. Oluşan olgun folikül içinde üretilen yüksek miktarlarda östrojen hormonu etkisiyle bir yandan rahim iç tabakası gelişmeye başlar, öte yandan salınan LH hormonu yumurta hücresini barındıran folikülü "çatlatır" ve yumurta hücresini serbest bırakır. Yumurta hücresinin serbest kalmasına yumurtlama (ovulasyon) adı verilir.

Folikül çatladıktan sonra "çatlama bölgesinde" Sarı Cisim (lat: Corpus Luteum) adı verilen bir yapı oluşur ve bu yapı progesteron hormonu üretmeye başlar. Gebelik oluşmazsa Sarı Cismin işlevi 14 günde biter, buna bağlı olarak progesteron hormonu seviyesi kısa sürede düşer ve bu rahim iç tabakasının desteğini kaybederek "yıkılmasına" neden

olur. Bu “yıkılma” adet kanamasıyla birlikte olur ve “yıkılan” doku kanamayla birlikte vücuttan atılır.

GEBELİK

Dişi yumurtanın bir erkek sperm hücresi (döl hücresi) ile fallop tüplerinde birleşmesiyle oluşur Döllenen yumurta tüplerden rahime doğru inmeye başlar ve 7 gün içerisinde rahim iç zarına yerleşir. Rahim zarı embriyonun yerleşmesine hazırlanır, kalınlaşır, demir, kalsiyum, glikojen artar. Embriyonun rahime yerleşmesi tamamlanınca tıbben gebelik başlar.

Siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, doğal belirtileri gözleyerek gebeliğin planlanması ya da gebeliğin önlenmesi sağlanabilir Gebelik isteniyorsa, fertil günlerde cinsel ilişkide bulunulur. (Sperm 48–72 saat, Ovum 24–48 saat canlı kalabilir).

Tahmini Ovulasyon Döneminin Belirlenmesi (Gebelik İsteniyor İse Kadının Yapabileceği Gözlemler);

Kadın fertilitte belirtilerini her gün izleyip, kaydederek fertil ve infertil günlerini belirler. Gebelik isteniyorsa fertil dönem gebe kalmak için uygun dönemdir. Gebelik istenmiyorsa bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınılır. (Sperm 48–72 saat, Ovum 24–48 saat canlı kalabilir).

a) Servikal Mukus, Billings Ovulasyon – (Bom)

Servikal mukusun değerlendirilip kaydedilmesine dayanır. Vajinada ıslaklığın hissedildiği ilk günden başlayarak, kaygan, ince ve bol mukusun bitiminden sonraki 3 güne kadar ki dönem gebe kalmak için uygun dönemdir.

b) Bazal Vücut Isısı

Ovulasyondan yaklaşık bir gün sonra artan progesteron düzeyleri vücut ısını 0,2–0,5°C yükseltir ve sonraki menstruasyona kadar yaklaşık 11–17

gün yüksek kalır. Menstrüel siklusun ilk gününden ısı artışının izlendiği 3. Günün akşamına kadar ki dönem gebe kalmak için uygun dönemdir.

c) Servikal Palpasyon

Ovulasyondan 4–5 gün önce artan östrojene bağlı olarak serviks yumuşamaya başlar, servikal os yavaş yavaş açılır. Ovulasyonu izleyen günlerde serviks yeniden sertleşir, aşağıya iner ve os tekrar kapanır. Serviksdeki değişiklikler hissedilmeye başladığı günlerden tekrar sertleşinceye kadar geçen zamanda ki dönem gebe kalmak için uygun dönemdir.

d) Takvim Yöntemi

Kadının periyot süresi 6 ay izlenir. Düzenli menstrüel siklusu olan (28 gün) kadınlarda ovülasyonun genellikle beklenen adet tarihinden yaklaşık 14 gün önce (14.gün +/-3gün) 11 ile 17. günler arasında olabileceği varsayılır. Sonra bu günlerden sperm ve ovumun yaşam süreleri (Sperm 48–72 saat, Ovum 24–48 saat) çıkarılarak infertil günler belirlenir (11–3 ve 17+3 gibi). Genellikle 8-20. gün aralıkları gebe kalmak için uygun dönemdir.

GEBELİK ÖNCESİ DANIŞMANLIK VERİLECEK VE MUAYENE SIRASINDA GEREKİRSE TIBBİ YAKLAŞIM ÖNERİLECEK DURUMLAR;

a) Kronik hastalıklar: Hipertansiyon, diabetes mellitus, epilepsi gibi ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalığı olan gebelerde, birinci basamakta verilmesi gereken tavsiyeler annenin hastalığı ile ilgili branş hekiminin gebelik yönünden bir risk olmadığını belirledikten sonra gebe kalması, kronik hastalıkları nedeniyle ilaç kullanan ve gebe kalmak isteyen kadınlar için de bu ilaçların fetüs için teratojen olmayan ilaçlar arasından seçilmesi gerekir.

b) Doktor kontrolünde Folik Asit desteği: Bu desteğin gebelik öncesi dönemde başlanması oluşan gebelikte nöral tüp defekti (NTD)

görülme olasılığını azaltmaktadır. Gebelikten en az 1 (bir) ay önce başlamak üzere 0.4 mg/gün ve riskli gruplara ise 4mg/gün folik asit tavsiye edilmektedir.

c) Kızamıkçık immünizasyonu: Kadının kızamıkçık immünizasyonunun sorgulanmalı gerekirse aşılama önerilmelidir. Kızamıkçık aşısı uygulanması durumunda kadına aşı uygulanan tarihten itibaren en az 1 ay gebe kalmaması önerilmelidir.

ç) Akraba evliliği ve genetik hastalıkların sorgulanması: Ailede tekrarlayan konjenital fetal anomalileri olanlar gebelik öncesi danışmanlık için uygun merkezlere yönlendirilmelidir.

d) İlaçlar ve radyasyon: Gebe kalmayı bekleyen annelerin gereksiz ilaç kullanımından kaçınmaları, tanı ve tedavileri gereken durumlarda ilgili hekimleri korunmadıkları ve gebe kalma olasılıkları bulunduğu yönünde aydınlatmaları önerilmelidir. Gebelik düşündüklerini söyleyen korunmayı bırakmış hastaların kronik hastalıkları (sara, hipertansiyon vb.) için kullandıkları ilaçlar gebelikte kullanımı sakıncalı olmayan ilaçlarla değiştirilmelidir.

e) Madde bağımlılığı: Sigara, alkol ve diğer madde bağımlılığı olanlar bu alışkanlıklarından kurtulmaları yönünde bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir.

f) Beslenme: Sağlıklı ve dengeli beslenmeleri önerilmelidir.

g) Risk faktörlerinin belirlenmesi: Gebelik öncesi dönemde başvuranların kan gruplarının tayini yapılmalı, adolesan veya 35 yaş üstü gebelik isteyen kişilerde gebeliğin olası riskleri anlatılarak bu dönemde daha yakın bir takip gerekeceği anlatılmalıdır.

h) Doğum öncesi bakım konusunda bilgilendirme: Gebelik oluştuğunda bir sağlık kuruluşuna başvurmaları konusunda bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir.

*“Gebeliklerin **yaklaşık % 15 inde** annenin ve bebeğin sağlığını tehlikeye sokacak problemler yaşanabilir, bu problemlerin önüne geçmenin yolu; **gebeliğinizin ilk gününden lohusalık sonuna kadar gebelik kontrollerinizi aksatmamanıza ve hastane şartlarında doğum yapmanıza bağlıdır.”***

GEBELİK İSTENMESİNE RAĞMEN GEBELİK OLUŞMAMASI DURUMU;

Çiftlerin istemelerine ve ilişki sırasında koruyucu bir önlem almamalarına rağmen iki yıl içerisinde çocuk sahibi olamamaları durumunda üreme sorunlarının olabileceği akla gelmelidir. Genellikle çiftlerin %80'i ilk bir yıl içinde, %5'i ise ikinci yılda çocuk sahibi olabilmektedir. Dolayısıyla gebe kalmanın uzadığı durumlarda bu durumu kısırılık olarak tanımlamak doğru değildir.

Ancak çocuk sahibi olmaya karar verildikten sonra düzenli bir cinsel ilişki yaşanmasına rağmen bir yıl boyunca gebelik gerçekleşmediyse artık bir uzmana (kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, üroloji uzmanı) başvurulmalıdır.

Kadında;

- Yaşın >35 olması,
- Düzensiz adet kanamaları,
- Göğüsten süt gelmesi,
- PID,
- Ektopik gebelik,
- Endometriozis,
- Pelvik cerrahi (rüptüre apendisit),
- Kemoterapi, radyoterapi,

- Gelişme Anomalileri (düzeltilmiş obstrüktif Mullerian anomaliler vb...),
- Genel ve Jinekolojik Muayenede Anormal Bulgular (hirsutismus, galaktore, tiroidde kitle, adneksiyal kitle, anomali vb...)

Erkek;

- Ürogenital cerrahi,
- Cinsel yolla bulaşıcı hastalık,
- Varikosel,
- Kriptorşitizm,
- Diabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalık,
- Kemoterapi/radyoterapi öyküsü
- Cinsel işlev bozukluğu,
- Genital muayenede patoloji (pid, kitle vb...)

Saptanması durumunda, **infertilite araştırmasına 6. aydan itibaren başlanabilir**. Hastanın testleri daha öne çekme isteğine bağlı anksiyete yaşaması halinde de testler öne çekilebilir.

Çiftlerin istemelerine ve ilişki sırasında koruyucu bir önlem almamalarına rağmen gebeliğin oluşmadığı durumlarda yapılan araştırmalar göstermektedir ki; %40'ında erkekte, %40'ında kadında ve %20'sinde ise her iki tarafta da sorun olabilmektedir. Bu yüzden eşlerin doktora mutlaka birlikte başvurmaları gerekmektedir.

Gebelik oluşabilmesi için kadında yumurtlama olması, rahim ve tüplerin yapı ve fonksiyon olarak normal olması ve uygun günlerde cinsel ilişkide bulunulması gerekmektedir. Hormonal testlerle yumurtlama varlığı, histerosalpingografi ile rahim duvarı ve tüplerin durumu, ultrasonografi ile genital organlara ait kitle ve anomaliler, spermogram tetkiki ile de spermilerin sayısı, hareketlilik ve yapısı hakkında değerlendirme yapılır. Çiftlerin %10-20'sinde yapılan testler normal sınırlarda olmasına rağmen gebelik oluşmamaktadır, buna da açıklanamayan infertilite denilir.

Gebelik gerçekteşmeyen çiftlerde tespit edilmiş sorunların bir kısmıyla ilgili bazı tedavi yöntemleri mevcuttur ve bu tedavi yöntemleri ile çiftler çocuk sahibi olabilmektedir. Ancak tedavisi mümkün olmayan durumlarda ise denenebilecek yardımcı üreme teknikleri bulunmaktadır.

Genel olarak uygulanan mevcut yardımcı üreme teknikleri şunlardır;

1. Yumurtlama tedavisi ile birlikte rahim içine aşılama,
2. Klasik tüp bebek (IVF-ET)
3. Mikroenjeksiyon (spermin yumurtaya mikroenjeksiyonu / ICSI)

Yardımcı üreme teknikleri kullanılsa dahi çiftlerde gebelik oluşmama durumu azda olsa olabilmektedir.

“GEBELİK, ANNE OLMA YOLUNDA ATILAN İLK ADIMDIR”

II. GEBELİKTE DANIŞMANLIK

Gebeliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için sağlık personeli tarafından aşağıdaki konularda gebelere mümkünse eşi veya aile büyüklerinden biri ile birlikte gereken danışmanlık yapılmalıdır.

- **Beslenme ve diyet;** İdeal olanı annenin gebelik oluşmadan önceki dönemden itibaren uygun beslenme alışkanlığını kazanmasıdır. Gebelikte dengeli ve düzenli beslenme önem kazanmaktadır. Gebelikte günlük kalori ihtiyacına ilk trimesterde 150 kcal, daha sonra 350 Kcal/ gün ilave edilir. Günlük kalori alımı 1500 kaloringin altına düşmemelidir. Gebelikten önce vücut kitle indeksi 20 kg/m² altında olanlara 12-18 kg, 29 kg/m² üzerinde olanlara ise ortalama 7 kg almaları önerilir.
- **Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları;** Sorunsuz bir gebelikte gün içerisinde 1-2 saatlik dinlenme şartıyla orta derecede aktiviteye izin verilir. Ata binme gibi tehlikeli aktiviteler ve aşırı fiziksel yükten kaçınılmalıdır.
- **Cinsel yaşam;** Normal seyrinde bir gebelikte özellikle de ilk iki trimesterde cinsel yaşamla ilgili bir yasaklama getirmeye gerek yoktur.
- **Hijyen ve genel vücut bakımı;** Gebelikte genel hijyen kurallarına uyulmalıdır. Aşırı sıcak sauna ve banyolar bebeğe zararlı olabileceği gibi bayılmaya neden olarak gebeye de zarar verebilir.
- **Ağız ve diş sağlığı;** Her anne adayını gebe kalmadan önce veya gebeliğin erken dönemlerinde tam bir diş muayenesinden geçmelidir. Gerekli olan tüm müdahaleler önceden planlanmalıdır.

- **Sigara alışkanlığı;** Sigara içen gebelerde doza bağımlı olarak düşük doğum ağırlıklı bebek görülme riski artar. Ayrıca gebelikte sigara içimi fetal ölüm riskini artırır.
- **Alkol alışkanlığı, madde kullanımı;** Alkol bağımlısı olan annelerin bebeklerinde fetal alkol sendromu gelişir. Gebelikte eroin, kokain, methadon kullanımında ciddi anomali ve problemler görülebilir. Kafein içeren içecekler de (kahve, enerji içecekleri vb...) bu dönemde kesilmelidir.
- **Tetanoz toksoid immünizasyonu;** Tetanozun bulaşması, başta gebe kadınlar olmak üzere tüm doğurganlık çağındaki kadınlara bağışıklama hizmetlerinin yeterli uygulanması ile önlenir. Çünkü annede aşılama sonrası oluşan antikorlar hem anneyi enfeksiyondan korur.
- **İlaç kullanımı;** Gebelikte bazı ilaçların kullanımı teratojeniktir. Gebelikte gereken durumlarda uygun ilaçlar kullanılabilir. Gebeler doktor tavsiyesi olmaksızın ilaç kullanmamalıdır.

Gebelik Belirtileri;

1. **Bireysel belirtiler:** Adet gecikmesi, bulantı- kusma, baş dönmesi, sık idrara çıkma, göğüslerde dolgunluk hassasiyet, bebek hareketlerinin hissedilmesi, halsizlik ve yorgunluk, deride renk değişiklikleri, diş etlerinde hipertrofi, vajinal akıntıda artış, abdomenin genişlemesi, kilo artışı, konstipasyondur.
2. **Olası belirtiler:** Pelvik organlarda değişimler, uterus büyümesi, Braxton hicks kontraksiyonları, gebelik testinin pozitif olması.
3. **Kesin belirtiler:** Fetal kalp seslerinin duyulması, fetus kısımlarının ve fetal hareketlerin elle muayenede hissedilmesi, Ultrasonda fetusün tesbiti.

Gebelikte Tehlike İşaretleri ;

Aşağıdaki belirtiler görülürse zaman kaybetmeden annenin sağlık kuruluşuna götürülmesi gerekir.

- Vajinal kanama
- Yüksek tansiyon
- Konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
- Baş ağrısı ile beraber görmede bozulma
- Solunum güçlüğü veya sık solunum
- Sularının gelmesi
- Yüksek ateş
- Karın ağrısı
- Yüz, parmak ve bacaklarda şişme
- Annenin kendini kötü hissetmesi ve günlük aktivitelerini gerçekleştirememesi
- Fetal hareketlerin hissedilememesi

Yüksek Riskli Gebelikler;

A-Tıbbi Öykü

1. Kardiyovasküler Hastalıklar
2. Jinekolojik Hastalıklar: Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon vb.
3. Diabetes Mellitus
4. Diğer Endokrin Hastalıklar: Hipotroidi, Hipertroidi, Guatr, Hiperlipidemi vb.
5. Epilepsi
6. Diğer Serebrovasküler ve Nörolojik Hastalıklar: Anevrizma, Fistül vb.
7. Psikiyatrik Hastalıklar: Depresyon vb.
8. Kronik Hipertansiyon
9. Solunum Sistemi Hastalıkları: Astım, KOAH vb.

10. Renal Hastalıklar: Pyelonefrit, Nefrotik Sendrom, Kronik Böbrek Yetmezliği vb.
11. Hematolojik Hastalıklar: Orak Hücreli Anemi, Talasemi, Koagülasyon Bozukluğu vb.
12. Enfeksiyon Hastalıkları: Tüberküloz, Sıtma, HBV, HCV, HIV, vb.
13. Romatolojik Hastalıklar: Sistemik Lupus Eritematosus vb.
14. Venöz Tromboemboli
15. Neoplazmlar
16. Kalıtsal Hastalıklar: Konjenital Hastalıklar, Kas Hastalıklar, Metabolik Hastalıklar vb.
17. Ortopedik bozukluk : DKÇ, Skolyoz vb.
18. Akraba Evliliği
19. İlaç Kullanımı ve Zararlı Madde Bağımlılığı: Sigara, Alkol vb.
20. Düşük Sosyoekonomik Durum

B-Obstetrik Öykü

1. Geçirilmiş Uterin Cerrahi: Sezaryen, Myomektomi, Metroplasti, Septum Rezeksiyonu vb.
2. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon
3. Tekrarlayan Düşük: 3 ve üzeri
4. Düşük Doğum Ağırlığı 2500gr. ↓ Öyküsü
5. Makrozomik Bebek 4000gr. ↑ Öyküsü
6. Ölü Doğum, Yeni Doğan Ölümü
7. Eklampsi-Preeklampsi Öyküsü
8. Erken Doğum Öyküsü,
9. Postterm Doğum Öyküsü
10. Anomalili Bebek Öyküsü
11. Gestasyonel Diabetes Mellitus Öyküsü
12. Venöz Tromboemboli Öyküsü
13. Ektopik Gebelik Öyküsü
14. RH/rh Uyumsuzluğu
15. Antepartum ve Postpartum kanama Öyküsü
16. Zor ve Müdahaleli Doğum Öyküsü
17. Plasenta Previa , Plasenta Dekolmanı Öyküsü

C- Mevcut Gebeliğin Değerlendirilmesi

1. 18 Yaş Altı
2. 35 Yaş Üstü
3. RH/rh Uygunsuzluğu
4. Çoğul Gebelik
5. İki Yıldan Sık Gebelik
6. Sigara , Alkol Kullanımı
7. Grandmultiparite: 5 ve üzeri doğum
8. Gestasyonel Diyabet
9. Plasenta Previa
10. Venöz Tromboemboli
11. Varis
12. Polihidramnios-Oligohidramnios
13. Anomalili Fetüs
14. Servikal Yetmezlik
15. Vajinal Kanama
16. Preeklampsi-Eklampsi
17. Gebelikte Cerrahi Müdahale Geçirilmesi: Appendektomi vb.
18. Yatış Gerektiren Hiperemesis Gravidarum
19. Preterm Eylem
20. Gebelikte Travma Geçirilmesi
21. Şiddetli Enfeksiyon
22. Ciddi Anemi
23. Preterm Erken Membran Ruptür (EMR)
24. Vücut Kitle İndeksi >30kg/m²
25. Vücut Kitle İndeksi <18kg/m²
26. İnfertilite Sonrası Gebelik
27. Anormal PAP Smear
28. Sistit
29. İntrauterin Gelişme Geriliği
30. Gestasyonel haftası ile uterus büyüklüğünün uygunsuzluğu (\pm 4 cm fark)
31. 10-12. haftalardan itibaren el doppleri, 16-20.haftalardan itibaren fetal steteskop ile fetal kalp

seslerinin duyulmaması. 20. haftadan sonra gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi

32. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka Kadın Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler, birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı arttırılır.

DÜŞÜK

Gebeliğin 22. haftadan evvel sonlanmasıdır. En çok gebeliğin ilk aylarında düşük olur. Düşük sebepleri değişiktir. Çoğu zaman rahim kasılmaları başlar vücut bebeği atmaya harekete geçer.

Başlıca düşük nedenleri;

- Kromozom bozuklukları(ilk üç ayda düşme riski büyüktür).
- Annelerde şeker hastalığı
- Tansiyon yüksekliği
- Kan uyuşmazlığı
- Troid bezinin çalışma bozuklukları,
- Anne ve bebek arasındaki kan dolaşımındaki pıhtılaşma bozukluğu,
- Toksoplazma, kızamıkçık gibi enfeksiyon hastalıkları,
- Annenin rahimindeki yapısal bozukluklar
- Kimyasal maddelerle zehirlenmeler, radyasyon
- Karna isabet eden darbeler, şiddetli ruhsal bozukluklar

DIŞ GEBELİK

Diş gebelik veya ektopik gebelik, gebelik ürünü olan döllenmiş yumurtanın normal yerleşim yeri olan uterus içi yerine başka bir yerde yerleşmesiyle oluşan normaldışı bir gebelik durumudur. Kadın için ciddi bir risk oluşturur. Kadında iç kanamalar gelişebilir ve bu durum hayatı tehdit edebilir. Ektopik gebelik en sık olarak fallop tüplerinde görülür ve tubal gebelik adını alır. Bununla birlikte overde, servikste, abdomende de görülebilir.

Günümüzde erken tanı ve tedavi yöntemleri ile hastanın erken dönemde başvurması koşuluyla diş gebelik henüz iç kanamaya yol açmadan tanınmakta ve tedavi edilmektedir. Erken tanı konulabilen diş gebelikte fallop tüpünün tümünün alınması yerine korunması da mümkün olabilmektedir.

III. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM

Gebelik fizyolojik bir olaydır. Gebeliklerin %5-20'sinde anne ve bebek sağlığı için tehlike oluşturabilecek bir patoloji ortaya çıkabilir. Erken gebelik döneminden itibaren iyi doğum öncesi bakım programı uygulanan kadınlarda anne ve bebek ölümlerinin azaldığı ve gebelik sonuçlarının daha olumlu olduğu gözlenmektedir. Bu nedenle; tüm gebeler en az 4 kez doğum öncesi bakıma (Mevcut durumunda herhangi bir risk faktörü olmayan gebeler için) çağrılmalıdır. İlk gebelik izlemine mümkün olduğunca erken gebelik haftasında gelinmesi gerektiği gebelik öncesi dönemde başvuran tüm anne adaylarına söylenmelidir.

Rutin gebelik izlemi;

- 1. İzlem:** İlk 14 hafta içerisinde
- 2. İzlem:** 18-24. haftalar arası
- 3. İzlem:** 28-32. haftalar arası
- 4. İzlem:** 36-38. haftalar arası yapılmalıdır.

Gebelerin risk durumu belirlenerek bir kadın doğum uzmanı görüşü doğrultusunda sonraki izlemler (izlem aralığı, izlem kapsamı) sağlık çalışanı tarafından planlanmalıdır.

Not: Gebe izlemlerinde 2014/9 sayılı genelge kapsamında Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi doğrultusunda hizmet sunulmalıdır.

IV. NORMAL DOĞUM ve SEZARYEN

NORMAL DOĞUM

Doğum eylemi; uterus kontraksiyonlarının başlamasına bağlı olarak serviksin silinme ve açılması ile gebelik ürünlerinin vajen yoluyla anne vücudundan ayrılması olarak tanımlanır. Normal doğum ise fetüs ve plasentanın 38-42 gebelik haftaları arasında, anne vücudundan ayrılarak vajinal yolla doğmasıdır.

Normal Doğumun avantajları;

- Travayda iken (doğum sürecinde) vücut tarafından salgılanan hormonlar sayesinde doğum sonrası anne sütü hemen gelir ve bebek emzirilebilir.
- Normal doğumdan sonra günlük yaşama daha kısa sürede dönülebilir.
- Normal doğum yapan annenin rahminde bir kesi veya hasar oluşmadığı için sonraki doğumlarını da normal yolla yapabilir. İleriki hayatında geçirebileceği karın ameliyatları için bir risk taşımaz.
- Doğum sonrası kanama daha az olur.
- Normal doğum, doğum sayınızı sınırlandırmaz.
- Hastanede kalış süreniz sezaryene oranla daha kısadır.
- Normal doğum sırasında, bebeğin kemik pelvis kemiklerinden ve vajinadan çıkarken göğüs kafesinde oluşan baskı, bebeğin akciğerlerindeki sıvının çok büyük kısmının boşalmasına ve

nefesini daha rahat almasına yardımcı olur, bebekte solunum sıkıntısı görülme olasılığı sezaryene göre daha azalır.

- Normal doğumda genel anesteziye bağlı komplikasyonlara maruz kalınmaz
- Normal doğumda anneye ait problemler ve ölüm sezeryana göre daha azdır.
- Anne ile bebek arasındaki duygusal bağ daha kısa sürede kurulur.

“NORMAL DOĞUM FİZYOLOJİK BİR SÜREÇTİR.

SEZARYEN

Sezaryen doğum, gebeliğin 22. haftası ve sonrasında veya 500 gram ve üzerinde fetusların karın ön duvarı ve uterusu yapılan kesi ile abdominal yoldan doğurtulmasıdır.

Sezaryen vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise veya vajinal doğum ile birlikte anne ve/veya bebek ile ilgili problem ve ölüm riskinde belirgin artış varsa uygulanır. Sezaryen bir tıbbi girişimdir, tıbben gerekli ise uygulanmalıdır. Hastanın isteğine bağlı sezaryen uygulaması anne ve bebek sağlığı yönünden olumlu bir sonuç getirmez, tersine cerrahi riskleri ortaya çıkarır. Sezaryen ile doğum vajinal doğumun alternatifi değildir.

“TÜM GEBELERE DOĞUMLARINI MUTLAKA SAĞLIK KURULUŞLARINDA YAPMALARINI ÖĞÜTLENMELİDİR.”

V. POSTPARTUM (DOĞUM SONU) BAKIM

Lohusalık dönemi gebelikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişikliklerin kaybolduğu, vücudun gebelik öncesi haline döndüğü doğum sonrası 6 haftayı kapsar. Anne ve bebeğin doğum sonrası muayene ve değerlendirilmesi anne ve bebeğe bütüncül yaklaşımın bir parçasıdır. Anne ve bebeğin doğum sonu muayenesi normal ve normal dışı durumların saptanması ve anne ve bebekteki değişim ve gelişimin izlenmesi ve bütün bunların kayıt altına alınmasını sağlar. Doğum sonrası primer veya sekonder kanama veya puerperal (lohusalık) sepsis riski olan hastalarda doğum sonrası ilk 10 gün içerisinde daha sık aralıklarla lohusa izlemi yapılmalıdır.

Doğum Sonu Bakımın Amacı;

- Anne ve bebeğin fiziksel ve psikolojik olarak sağlıklı olmasına katkıda bulunmak
- Anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgilendirmek
- İyi bir anne-bebek ilişkisinin gelişmesine katkıda bulunmak
- Annenin kendine güvenmesini sağlamak, aile ve sosyal çevresi içinde annelik konumunu benimsemesini sağlamak
- Doğurganlığın düzenlenmesi ve doğum kontrolünün sağlanması konularında danışmanlık vermek
- Doğum sonu dönemde sık karşılaşılan sağlık sorunları ve önemli sağlık sorunları, belirtileri dahil bilgilendirmek

Not: 2014/9 sayılı genelge kapsamında Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi doğrultusunda hizmet sunulmalıdır.

VI. GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM DANIŞMANLIĞI

Danışmanlık, kişiye güvenilir bilgi verilmesi ve kişinin yönlendirilmeden, bilinçlendirilerek kendi düşüncesini oluşturabilmesine yardım edilmesidir.

Gebeliği önleyici yöntem danışmanlığı hizmeti sağlık kurumuna gebeliği önleyici yöntem uygulaması için başvuran kişilere ve farklı nedenlerle sağlık kurumuna başvuran risk grubundaki kişilere sunulmaktadır. Amaç; gebe kalmak istemeyen bireylere ve çiftlere gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili genel bilgi verilerek kişilerin bilinçli olarak kendilerine en uygun yöntemi seçmelerine yardımcı olmaktır. Başvuran kişilere gebeliği önleyici yöntem danışmanlığı üç şekilde yapılmaktadır.

1-Genel Danışmanlık;

Gebeliği önleyici yöntem kullanmak için başvuran kişiye **“yöntem seçmeden önce”** sunulan hizmettir. Genel danışmanlıkta; kişilere tüm kontraseptif yöntemlerle ilgili kısaca bilgi verilir. Yöntemlerin olumlu-olumsuz yönleri ve yan etkilerinin anlatılması yeterlidir. Gebeliği önleyici yöntem danışmanlığı için resimli rehber ve görsel materyaller kullanılabilir.

2-Yönteme Özel Danışmanlık;

Başvuran kişinin **“kullanmaya karar verdiği yöntemle ilgili”** olarak yapılan danışmanlıktır. Yöntemle ilgili tüm detaylar yönetime özel danışmanlıkta anlatılır ve kişinin bu yöntemi kullanıp kullanamayacağına burada karar verilir. (Gebeliği önleyici yöntemler konusundaki “Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi” ve “Aile Planlaması Danışmanlığı” kitaplarında, **Dünya Sağlık Örgütü Kontraseptif Yöntemler İçin Uygunluk Kriterleri** tüm ayrıntılarıyla açıklanmıştır.)

3-izlem Danışmanlığı;

izlem süreleri kullanılan kontraseptif yönetime göre değişmektedir. Yöntem kullanan kişiler belirli aralıklarla sağlık kurumuna davet edilerek **“yöntemi doğru kullanıp kullanmadığı”** ve riskleri değerlendirilmektedir. İlk izlem ziyaretinin zamanı, kullanılan kontraseptif yönetime bağlıdır. Başlıca kontraseptif yöntemler için aşağıdaki izlem zamanları önerilmektedir:

Oral kontraseptifler	2–4 hafta sonra
RIA'lar	1 ay sonra
Enjekte edilen kontraseptifler	1 veya 3 ay (tipine bağlı) sonra
İmplantlar	1 hafta sonra

Kadına ait gebeliği önleyici yöntemler arasında geçici yöntemler hap, aylık veya üç aylık enjeksiyon, deri altı kapsülleri, rahim içi araç, diyafram, kadın kondomu, sperm öldürücüler sayılabilirken tüplerin bağlanması kalıcı bir yöntemdir.

Erkeğe ait gebeliği önleyici yöntemler arasında kondom geçici bir yöntem, vazektomi ise kalıcı bir yöntemdir.



GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLER

I. HORMONAL KONTRASEPTİFLER

1) ORAL KONTRASEPTİFLER

1. 1) Kombine oral kontraseptifler (Östrojen + Progesterin)

1.2) Mini haplar (Sadece progesterin hormonu içerir)

2) ENJEKTE EDİLEN KONTRASEPTİFLER (ENJEKTABL PREPARATLAR)

2.1) Yalnız progesterin içeren enjektabl preparatlar

2.2) Kombine enjektabl preparatlar (Östrojen + Progesterin)

2.3) Derialtı implantları (Sadece progesterin hormonu içerir)

3) DİĞER HORMONAL KONTRASEPTİFLER

3.1) Vajinal Halkalar (Östrojen + Progesterin)

3.2) Hormonlu RİA'lar (Sadece progesterin hormonu içerir)

II. RAHİM İÇİ ARAÇ (RİA)

III. GÖNÜLLÜ CERRAHİ STERİLİZASYON

1) Tüp Ligasyonu (Kadında Tüplerin Bağlanması)

2) Vazektomi (Erkekte Tohum Kanallarının Bağlanması)

IV. BARIYER YÖNTEMLER

1) Kondom

2) Kadın Kondomu

3) Diyafram

4) Spermisit

V. DOĞAL GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLER

- 1) Servikal Mukus Yöntemi
- 2) Bazal Vücut Isısı Yöntemi
- 3) Servikal Palpasyon Yöntemi
- 4) Takvim Yöntemi
- 5) Laktasyonel Amenore Metodu

VI. ACİL KONTRASEPSİYON

1. Hormonal Acil Kontrasepsiyon Seçenekleri

- 1.1) Östrojen-Progesteron Kullanımı
- 1.2) Sadece Progesteron Kullanımı

2. Postkoital RiA Uygulanması

1) ORAL KONTRASEPTİFLER

1.1) Kombine oral kontraseptifler (Östrojen + Progesterin)

1.2) Mini haplar (Sadece progesterin hormonu içerir)

1.1) KOMBİNE ORAL KONTRASEPTİFLER (KOK)

Kombine oral kontraseptifler doğal kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerirler.



Kombine oral kontraseptifler ovulasyonu baskılar, servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin geçişini engeller, endometriumu incelterek implantasyonu engeller.

Kombine Oral Kontraseptiflerin olumlu yönleri

- Son derece etkilidir. İdeal kullanımda %99,7 etkilidir.
- Adet öncesi gerginlik ve adet ağrılarını azaltır.
- Adet kanamaları daha kısa, az ve düzenli olur; anemi riskini azaltır.
- Menarştan menopoza kadar her yaşta kullanılabilir.
- Yöntem bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner.
- Ovülasyonu baskıladığı için ektopik gebelik riskini azaltır.
- İyi huylu meme hastalıklarından korur.
- Endometrium ve over kanserine karşı koruyucudur, overde kist oluşumunu azaltır.
- Osteoporoz ve buna bağlı kemik kırılmalarını önler.

Kombine Oral Kontraseptiflerin olumsuz yönleri

- Alınması unutulduğu takdirde koruyuculuğu ortadan kalkar, düzenli bir şekilde alınmalıdır

- Kombine oral kontraseptifler, bazı ilaçlarla (sara ve tbekloz ilaçları gibi..) etkileşebilir, kişiye her hangi bir nedenle ilaç reçete edildiğinde hekim doğum kontrol hapı kullanıp kullanmadığını sorgulamalıdır.
- Kan basıncını yükseltebilir.
- Sigara içenlerde dolaşım bozukluğuna neden olabilir.
- HIV/AIDS dâhil CYBE'a karşı koruyuculuğu yoktur.

Kombine Oral Kontraseptiflerin yan etkileri

- İlk 3 ayda bulantı kusma olabilir, bu nedenle tok karına gece yatmadan önce alması tavsiye edilmelidir.
- Adet kanamasında azalma, ara kanama, adetler arasında lekelenme olabilir. İlk üç ayda sık görülür.
- Baş ağrısı, baş dönmesi, akne (nadiren) (içerdiği progesteronun tipine bağlı).
- Memelerde dolgunluk, hassasiyete neden olabilir.
- İlk 4 ayda venöz tromboemboli riskinde bir artış olabilir. Doğurganlık çağında 10000'de 4-5 olan venöz trombo emboli riski kombine Oral kontraseptif kullanımı ile 2 kat artar. Gebelikte ise bu oran 5 kat, doğum sonrası dönemde ise yaklaşık 100 kat artar. Venöz tromboz riski kombine oral kontraseptifleri kullanan kadınlarda 4 aylık tedavi sonrasında artmaya başlar ve kombine oral kontraseptif kullanımını bıraktıktan en az 3 ay sonra ilaç kullanmayan kadınlara benzer duruma gelir.

Kombine Oral Kontraseptiflerin uygulama zamanı ve şekli

- Âdetin ilk 5 günü içinde herhangi bir gün başlanabilir, ek yöntem gerekmez.
- Âdetin 5. günden sonra da gebelik olmadığından emin olunduğu durumlarda başlanabilir bu durumda 7 gün ek yöntem kullanılmalıdır (yeni evlenecek çiftlerde bu

kapsamda başlanabilir, adet kanamasını beklemeye gerek yoktur).

- Doğum sonrası; anne emziriyorsa; 6. aydan sonra
- Doğum sonrası anne emzirmiyorsa; 21. günden sonra kombine bir oral kontraseptif başlanılabilir (tromboemboli riskini arttırmamak için).
- Düşükten sonra; hemen ya da ilk 7 gün içinde uygulanabilir.
- Kombine oral kontraseptifler 28'lik paketlerdeyse, paket bitene kadar her gün bir tane hap içilir. Paket bitince, ara vermeden yeni bir pakete başlanır, adet beklenmez. Kombine oral kontraseptifler 21'lik paketlerdeyse, üç hafta boyunca her gün bir tane alınır, 21 tane hap bittiğinde 7 gün ara verilip, yeni bir pakete başlanır, adet beklenmez.

Oral Kombine Hormonal Kontraseptif Yöntemlerin Kullanım Kuralları: **“Hap yutulması unutulduğunda ne yapılmalıdır?”**

a. “30-35 mcg etinil östrodiol içeren haptan “1 veya 2 hap” unutulduysa ve 20 mcg etinil östrodiol içeren haptan 1 hap” unutulduysa;

- Hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, “o günün” haptan da yutulmalı (2 hap/gün) ve düzenli olarak her gün 1 hap yutulmaya devam edilmelidir. Ek yöntem gerektirmez.

b. “30-35 mcg etinil östrodiol içeren haptan “3 veya daha fazla hap” unutulduysa ve 20 mcg etinil östrodiol içeren haptan 2 veya daha fazla hap” unutulduysa;

- Hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, “o günün” haptan da yutulmalı (2 hap/gün) ve düzenli olarak her gün 1 hap yutulmaya devam edilmelidir. İlave 7 gün içinde cinsel ilişkiye girilmemeli veya ek yöntem kullanılmalıdır.

- Siklusun ilk haftası içinde unutulmuşsa ve bu süre içinde ek yöntem kullanılmaksızın cinsel ilişkiye girilmişse acil kontrasepsiyon gerekir.
- Siklusun üçüncü haftası içinde unutulmuşsa, hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, aynı gün normal hap saatinde de o günün hapi yutulmalı, kullanılmakta olan paket bitirilmeli, hiç ara verilmeden yeni pakete başlanmalıdır. Ek yöntem gerekmez.

Kombine oral kontraseptifleri kimler kesinlikle kullanmamalıdır

- Gebelik
- Sigara içme: 35 ve üzerinde, günde 15 ve daha fazla sigara içenler
- Auralı migren tipi baş ağrıları (herhangi bir yaşta)
- 35 ve üzeri yaşta kombine oral kontraseptif kullanımı ile birlikte aurasız migren tipi baş ağrısı olanlar
- Doğum sonrası: Emziren annelerde, doğum sonu ilk 6 hafta
- Mevcut meme kanseri
- Hipertansiyon olguları: Sistolik 160 mmHg ve üzeri, diastolik 100 mmHg ve üzeri
- Vasküler hastalıklar
- Tromboemboli (mevcut ya da geçirilmiş)
- Bilinen trombojenik mutasyon
- Antifosfolipid sendromu
- İskemik kalp hastalığı (mevcut ya da geçirilmiş)
- İnme (serebrovasküler kaza öyküsü)
- Komplikeşyonlu kalp kapağı hastalıkları
- Uzun süre hareketsiz kalmayı gerektiren büyük cerrahi müdahaleler
- Aktif viral hepatit
- Karaciğer tümörleri (iyi ya da kötü huylu)
- Şiddetli siroz (dekompanse)
- Karaciğerde ağır fibrozis
- Ağır vasküler komplikeşyonlu diyabet olguları

1.2) YALNIZ PROGESTERON İÇEREN HAPLAR (MİNİHAPLAR)

Ovulasyonu tam olarak baskılamayabilir. Sadece progesteron içeren tüm yöntemlerde olduğu gibi servikal mukusu kalınlaştırarak spermin geçirgenliğini azaltır, endometriyumunu inceltir. Ayrıca tubal motiliteyi yavaşlatır. Ara vermeden kullanılır, kullanımdaki 3 saatlik gecikme bile etkinliği azaltabilir. Anne sütünü ve emzirmeyi olumsuz yönde etkilemez. Östrojene bağlı yan etkiler nedeniyle kombine oral kontraseptif kullanamayan kadınlar için iyi bir seçenektir. Ülkemizde Cerazette® ismiyle tek bir preparat mevcuttur. Emziren anneler için iyi bir seçenektir. Ara kanama, lekelenme, amenore kombine oral kontraseptiflere göre daha sıktır.

Mini Hapların kullanım kuralları

- Menstrüel siklusun ilk 5 günü içinde herhangi bir gün başlanabilir. İlk kullanımda 1 hafta ek bir yöntem kullanılmalıdır. Hiç ara vermeden diğer pakete başlanır.
- Doğumdan sonra;
 - Emzirmeyenler hemen veya 4 hafta sonra,
 - Emzirenler 4–6 hafta sonra başlanır.

2) ENJEKTE EDİLEN KONTRASEPTİFLER

2.1) Kombine enjekte edilen kontraseptifler

- Mesigyna
- Cyclofem

2. 2) Progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler

- Depo Provera
- Noristerat

2.3) Derialtı implantları (Ülkemizde İmplanon mevcuttur. Sadece progestin hormonu içerir)

2.1) KOMBİNE ENJEKTE EDİLEN KONTRASEPTİFLER

Doğal östrojen ve progestogen içerir. Ülkemizde Mesigyna® ismiyle tek bir preparat mevcuttur. Ayda 1 kez kas içine (İM) uygulanır. Ayda bir kez uygulandığından, aylık iğne olarak da bilinmektedir. Mesigyna ovulasyonu baskılar, servikal mukusu kalınlaştırır, endometriyum inaktif hale gelir.



Mesigyna olumlu yönleri

- Etkinliği oldukça yüksektir. % 98,8 – 99,9 dur.
- Adet öncesi gerginlik ve adet ağrıları azalır.
- Kullanılması kolaydır (ayda bir kez İM enjeksiyon yaptırmak yeterlidir)
- Menarştan menopoza kadar her yaşta kullanılabilir.
- Yöntem bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner.
- Ovülasyonu baskıladığı için ektopik gebeliği azaltır.
- Endometrium ve over kanserine karşı koruyucudur.
- Safra kesesi hastalığı olanlar da kullanabilir.

Mesigyna olumsuz yönleri

- Kanama düzeninde aksama olabilir.
- Baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, yorgunluk yapabilir.
- Memelerde dolgunluk hassasiyete neden olabilir.
- Kilo artışı olabilir.
- CYBE'a karşı koruyucu değildir.

Mesigyna uygulama zamanı

- Menstrüel siklusun ilk 7 günü içinde başlanır herhangi bir ek yöntem gerekmez.
- Menstrüel siklusun 7. günden sonra da gebelik olmadığından emin olunarak kombine enjektabl preparat uygulanabilir, bu durumda 7 gün ek yöntem kullanılmalıdır.
- Doğumdan sonra
 - Emziriyorsa 6. aydan sonra
 - Emzirmiyorsa 3–4. haftadan itibaren,
 - Düşükten sonra; hemen ya da ilk 7 gün içinde uygulanabilir.
- İlk enjeksiyondan 10–15 gün sonra çekilme kanaması olacaktır.

Kombine enjekte edilen kontraseptifleri kimler kesinlikle kullanmamalıdır

Kullanılmaması gereken durumlar Kombine Oral Kontraseptiflerle aynıdır.

2.2) YALNIZ PROGESTİN İÇEREN ENJEKTABIL KONTRASEPTİFLER

Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) içermektedir. Ülkemizde sadece Depo-Provera® ismiyle tek bir preparat mevcuttur. 12 haftada bir

kas içine (İM) uygulanır. Bazı durumlarda 12 ± 2hafta olarak da uygulanabilir.

Progesterin içeren enjektabl kontraseptifler; ovulasyonu baskılar, servikal mukusu kalınlaştırarak sperm geçişini engeller, endometriyum inaktif hale gelir.

Depo-Provera olumlu yönleri

- Gebelikten koruyucu etkisi çok yüksektir. Etkinliği % 99,9 dur.
- 18–45 yaş arasında güvenle kullanılabilir.
- Emziren kadınlar güvenle kullanılabilir emzirmeyi etkilemez.
- Sigara kullananlara önerilebilir.
- Endometriyum ve over kanserine karşı koruyucudur.
- Safra kesesi hastalığı, kalp kapak hastalığı olanlar da kullanılabilir.
- Herhangi bir ilaçla etkileşimi yoktur.

Depo-Provera olumsuz yönleri

- Adet düzensizlikleri (amenore, lekelenme, az kanama, fazla veya uzamış kanama gibi) sıktır. Özellikle amenore sık görülür, endometriyum atrofisine bağlıdır, tedavi gerektirmez.
- Kullanım bırakıldığında bazen uzun süreli adet gecikmesi olabilir.
- Yöntem bırakıldığında gebeliğin geri dönüşü gecikebilir(ortalama 10 ay).
- Kilo artışına neden olabilir.
- CYBE'a karşı koruyucu değildir.
- Baş ağrısı (kombine kontraseptiflerde olduğundan daha azdır)

Depo-Provera uygulama zamanı

- Âdetin ilk 7 günü içinde hemen başlanır. Ek yöntem gerekmez.
- Âdetin 7. gününden sonra gebelik kuşkusu yoksa siklusun herhangi bir gününde başlanabilir, ancak mutlaka 1 hafta ek yöntem kullanılmalıdır.
- Düşükten sonra hemen ya da ilk 7gün içinde başlanabilir
- Doğumdan sonra; emziriyorsa 6. haftanın sonunda, emzirmiyorsa hemen başlanabilir.

Yalnız progestin içeren enjektabil kontraseptifleri kimler kesinlikle kullanmamalıdır

- Gebelik,
- Mevcut meme kanseri
- Hipertansiyon olguları: Kan basıncı ölçülemiyorsa

2.3) DERİ ALTI İMPLANTLARI

Etonorgesterel içeren tek silikon çubuk implanttır. Ülkemizde sadece İmplanon® ismiyle tek bir ürün mevcuttur. Hormon salgılar. Üst kolun iç kısmında cilt altına uygulanır. 3 yıl süre ile koruma sağlar. İmplant çıkarıldığında doğurganlık hemen geri döner.



İmplanon ovülasyonu inhibe eder, servikal mukus viskozitesini artırır, endometriyumunu inceltir. %100'e yakın koruma sağlar (Başarısızlık hızı: 0–7/10.000)

İmplanon olumlu yönleri

- Şimdiye kadar bildirilmiş en yüksek kontraseptif etki,
- Kullanım kolaylığı, 3 yıl süren kontraseptif korunma,
- Yöntem bırakıldığında doğurganlık 1-3 ay içerisinde geri döner

İmplanon uygulanmasının olumsuz yönleri

- Küçük bir cerrahi işlem ile yerleştirilir ve çıkartılır. Buna bağlı olarak; enfeksiyon ve hematom görülebilir,
- Derinin altında fark edilebilir,
- CYBE'lara karşı koruyuculuğu yoktur.

İmplanon uygulama zamanı

- Menstrüel siklusun ilk 7 günü içinde uygulanabilir ek yöntem gerekmez.
- Düşükten hemen sonra veya ilk 7 gün içerisinde uygulanabilir
- Doğumdan sonra; emziriyorsa 6. hafta, emzirmiyorsa 21–28. günden itibaren uygulanabilir.

İmplanon yan etkileri

Adet düzensizlikleri (amenore, lekelenme, kanamalarda azalma, kanamalarda artma veya uzamış kanama gibi) sıktır. Özellikle amenore sık görülür, endometrium atrofisine bağlıdır, tedavi gerektirmez. Baş ağrısı veya kilo değişimleri yapabilir.

Deri altı implantları kimler kesinlikle kullanmamalıdır

- Gebelik,
- Mevcut meme kanseri
- Hipertansiyon olguları: Kan basıncı ölçülemiyorsa

3) DİĞER HORMONAL KONTRASEPTİFLER

3.1) Vajinal Halkalar (Östrojen + Progesterin)

3.2) Hormonlu RİA'lar (Sadece progesterin hormonu içerir)

3.1) VAJİNAL HALKA

Âdetin 3–4. günü içinde vajinaya uygulanan hormonal bir yöntemdir. Ülkemizde sadece Nuvaring® ismiyle tek bir ürün mevcuttur. Etkinlik süresi 21 gündür. 21 günün sonunda 7 gün ara verip 8. gün yeni bir halka uygulanmalıdır. Başarısızlık oranı; %0,7'dir.

3.2) HORMONLU RİA'LAR

Ülkemizde Mirena® adlı araç bulunmaktadır. 52 mg Levonorgestrel içerir. Üzerinde taşıdığı progesteron hormonu rahim iç dokusunu incelterek gebeliği önlemedeki başarıyı arttırmaktadır. 5 yıl süreyle gebelikten korur. Hormonal-lokal etkilidir. Endometriyal proliferasyon engeller, servikal mukusu kalınlaştırarak spermelerin uterusu geçmesine engel olur (ovulasyonu etkilemez). Bakırlı RİA'lara göre gebelikten koruma etkisi daha fazladır. Kanama şikayeti fazla olan kadınlara tedavi amacı ile takılabilmektedir. **Hormonlu Rİa'lar** hem hormonal kontraseptif hem de rahim içi araç grubunda değerlendirilir.

II. RAHİM İÇİ ARAÇ (RİA)

BAKIRLI RİA'LAR:

- **T Cu 380 A (T-care, Pregna®);** “T” harfine benzer. Poliüretandan yapılmıştır. Gövde ve kollarında bakır bantlar bulunmaktadır. 10 yıl süreyle gebelikten korur
- **Nova T (TCu 200 Ag, 380Ag®);** “T” harfine benzer, Poliüretandan yapılmıştır. Gövdesinde gümüş çekirdekle stabilize edilmiş bakır tel içerir. 5 yıl süreyle gebelikten korur.
- **Multiload (ML Cu 250 ve 375®);** Üzerinde dikensi çıkıntılı olan at nalı şeklinde iki kol ve dikey gövdeden oluşur; polietilenden yapılmıştır. Gövde kısmına bakır tel sarılmıştır, bakır içeriğine göre sırasıyla 3 ve 5 yıl süre ile gebelikten korur.

Bakırlı rahim içi araçlardaki bakır etkisi ile spermin hareketliliği azalır ve üst genital organlara ulaşması engellenmiş olur. Sperm fagositozu ve ovum transportunu etkileyerek fertilizasyonu, endometriyumu etkileyerek implantasyonu da engellemek suretiyle çok yönlü etki gösterir. Yöntem başarısızlığı; 1/1000 ile 6–8/1000 arasında değişmektedir.

RİA olumlu yönleri

- Güvenli ve çok etkilidir. TCu 380 Ag 10 yıl koruyucudur.
- Cinsel ilişkiden bağımsızdır.
- Emziren kadınlar için uygundur.
- Çıkarıldığında doğurganlığın dönüşünde gecikme olmaz.
- Etkisi hemen başlar, uygulama sonrası istediği zaman cinsel ilişkiye girebilir.
- Her yaşta kullanılabilir, ilaç etkileşimi yoktur.

RİA olumsuz yönleri

- Uygulama ve çıkarmada ağrı olabilir.
- İlk 3–6 ay karın alt bölgesinde kramp şeklinde ağrı, adet kanamasında artma, lekelenme görülebilir.

- Nadiren uterin perforasyon, servikse doğru kayma ve atılma olabilir.
- CYBE öyküsü olanlara uygun değildir.

RİA uygulama zamanı

- Menstrüel siklusun 1. gününden itibaren ilk 12 gün içinde uygulanabilir. Ek yöntem gerektirmez.
- Siklusun ilk 12. gününden sonra da gebelik olmadığından emin olunmalıdır.
- Doğumdan sonra ise
 - Doğumdan hemen sonra ya da ilk 2 gün (48 saat) içinde. 48 saat geçmiş ise, 4. haftadan sonra uygulanmalıdır (sezaryen de dâhil).
 - Progestinli RİA'lar anne emziriyorsa 6. haftadan sonra uygulanabilir
 - Düşükten hemen sonra veya ilk 7 gün içinde uygulanabilir. Ek yöntem gerekmez.

RİA yan etkileri

Menstrüel kanamanın miktar ve süresinde artış olması (2 katına kadar) ile menstrüel düzenin bozulması en sık görülen yan etkilerdir. Buna ek olarak, ilk birkaç siklus boyunca adet sancıları (dismenore) artabilir.

RİA yan etkilerine yaklaşım

Normal adetten uzun süren ve/veya fazla miktarda kanama: İlk 3-6 ay süresince sık görülür. Genellikle çok fazla değildir, kanama kadına zarar vermez ve zamanla hafifler.

Adet kanaması süresince; NSAID ilaçları, Tranexamik asit (hemostatik ajan) verilebilir.

Aspirin kullanılmamalıdır. Kadın fazla miktarda kanamadan yakınıyorsa, jinekolojik sorun olup olmadığı ekarte edilir. Kanama devam ediyor ve aneminin klinik bulguları varsa veya kadın da

kanamalardan çok rahatsız oluyorsa RIA çıkartılıp başka bir yöntemle geçilir. Anemiden korunmak için demir desteği verilir veya demirden zengin besinlerle beslenmesini teşvik edilir

Adet kanamaları arasında lekelenme, hafif kanama: İlk 3-6 ay süresince sık görülür.

Kadın bunun için tedavi talep ederse sadece kanamalı günlerde, steroid olmayan anti-enflamatuar ilaçlar verilebilir. Kadın yakınmalarının sürekli olduğunu söylüyorsa, jinekolojik sorun olup olmadığını ekarte edilir. Jinekolojik sorun bulunamamasına rağmen, kadın kanamalardan rahatsız oluyor veya endişe ediyorsa, RIA çıkartılıp başka bir yöntemle geçilir.

RIA'yı kimler kesinlikle kullanmamalıdır

- Gebelik
- Mevcut ya da son üç ay içinde aktif CYBE (pürülan servisit dahil) ya da PIH öyküsü
- Düşük ya da doğumu izleyen sepsis
- Tanı konmamış şiddetli vajinal kanama
- RIA'nın doğru uygulanmasını engelleyecek kadar bozulmuş uterin kavite
- Tedavi edilmemiş serviks, endometriyum ya da over kanseri
- Kötü huylu trofoblastik hastalık
- Pelvik tüberküloz

III. GÖNÜLLÜ CERRAHİ STERİLİZASYON

1) Tüp Ligasyonu (Kadında Tüplerin Bağlanması)

2) Vazektomi (Erkekde Tohum Kanallarının Bağlanması)

Başka çocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için uygulanan en güvenli yöntemlerden birisidir. Cerrahi sterilizasyon ne kadında ne de erkekte cinsel işlev ve tatminde bir değişiklik yapmaz, vücudun diğer işlevlerini (adet görme, boşalma vb) etkilemez.

1) TÜP LİGASYONU

Her iki tüpün (fallop tüpleri) mekanik yolla kapatılmasıdır. Etkisi hemen başlar. Geri dönüşü pratik olarak yok kabul edilir (çok zordur). Çiftin karar vermesi için makul bir süre tanınmalıdır. Eşin onayı gerekir. Kalıcı yöntemde başvururken kadının yaşı, çocuk sayısı göz önüne alınmalıdır. Gerekli durumlarda psikolojik danışmandan yararlanılmalıdır.

Tüp Ligasyonu olumlu yönleri;

- Gebeliği önleme etkisi hemen başlar.
- Başarısızlık oranı düşüktür.
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- İleri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisi yoktur.

Tüp Ligasyonu olumsuz yönleri;

- Kesi yerinde kanama,
- Enfeksiyon,
- Alt karında ağrı,
- Dış gebelik riski,
- CYBE' lara karşı koruyuculuğu yoktur.
- Geri dönüşü zordur.

2) VAZEKTOMİ

Vas deferenslerin bağlanıp kesilmesiyle spermlerin meniye geçişi engellenir. Semen üretimi, cinsel yaşam devam eder. Çok etkili ve güvenilirdir. Başarısızlık şansı düşüktür. Vazektomi sonrası 20 boşalma boyunca veya 2 ay süreyle ek yöntem kullanılması gerekir.

Vazektomi olumlu yönleri;

- Çok etkili ve güvenli bir yöntemdir.
- Çift, bir daha asla gebelik kaygısı taşımaz.
- İleri dönemlerde ortaya çıkan yan etkisi yoktur.
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- İşlem hastanede yatmayı gerektirmez.

Vazektomi olumsuz yönleri;

- Geri dönüşü yoktur.
- Cerrahi riskleri ve yan etkileri vardır.
- CYBE ve AIDS'e karşı koruma sağlamaz.
- Skrotumda şişlik, morarma, ağrı olabilir. Hematom ve enfeksiyon nadiren görülür.
- Hemen etkili olmaz, 20 boşalma ya da 2 ay geçmesi gerekir

IV. BARIYER YÖNTEMLER

- 1) Kondom
- 2) Kadın Kondomu
- 3) Diyafram
- 4) Spermisit

Cinsel ilişki esnasında, spermin kadının vajinasına geçmesini engelleyen yöntemlerdir. Güvenle ve reçetesiz alınıp kullanılabilir. Sadece gebeliklerden korumakla kalmaz, CYBE'dan korur.

1) KONDOM

Cinsel ilişki sırasında penis üzerine geçirilen kauçuk kılıftır. Spermlerin vaginaya geçmesini engeller. En önemli özelliği HIV dahil CYBE'lara karşı koruyuculuğudur. Başarı oranı; doğru kullanımda %97 dir.

Kondom olumlu yönleri

- CYBE'a karşı koruyucudur.
- Erken boşalmayı engeller.
- Ucuzdur, kolay bulunur,
- Reçete ve tıbbi izlem gerekmez.

Kondom olumsuz yönleri

- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir,
- Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir,
- Kullanım sonrası yok edilmesi sorun olabilir.

Kondom kullanım kuralları

- Kondom güneş ve nemden uzak serin ve kuru bir yerde saklanmalıdır. Kullanılmadan önce son kullanma tarihi kontrol edilmelidir. Her ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır.

- Kullanım sırasında; kondomun uç kısmındaki rezervuar kısmı parmakla sıkıştırılarak havası alındıktan sonra ereksiyon durumundaki penise, vajinaya temas etmeden önce takılmalı ve penis köküne doğru yuvarlanarak açılmalıdır.
- Boşalma sonrası ereksiyon kaybolmadan penis vajenden çekilmelidir. Kullanım sonrası kondomda delik yırtık olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- Herhangi bir şüphede (yırtılma, delinme vb.) en geç 72 saat içinde sağlık kurumuna başvurmalıdır.

2) KADIN KONDOMU

Özellikle cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlara CYBE'dan korunma ve fertilesini kendisinin kontrol etmesi şansını verir. Poliüretan ya da lateks bir kılıf ile iç ve dış olarak iki değişik halkadan oluşur. Erkek kondomu gibi genital teması ve semenin vajinaya dökülmesini önler. Vajina içini ve serviks ağzını örterek spermlerin uterus içine gitmesini önler. Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır. Poliüretandan yapılmış olmasından dolayı, erkek prezervatiflerinde bulunan lateks maddesine karşı allerjik olan kadınlar (ve erkekler) için bir seçenek oluşturur. Her kullanımdan sonra delik yırtık olup olmadığı kontrol edilmelidir.

3) DİYAFRAM

İnce kauçuktan yapılmış, rahmin ağzını örten şapka şeklinde bir araçtır. Spermlerin uterusu geçmesini engeller.

Diyafram olumlu yönleri

- Doğru kullanıldığında % 94 etkilidir, öğretilen kişiler kendisi uygulayabilir.
- CYBE'a karşı kısmen koruyucudur

- Aynı diyaframı 2 yıl süreyle kullanmak mümkündür. Her kullanımdan sonra delik yırtık olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Diyafram olumsuz yönleri

- Uygun boy diyaframın belirlenmesi için pelvik muayene gerekir.
- Yerleştirmesini öğrenmek zaman alabilir
- Cinsel ilişkiden sonra en az 6 saat yerinde bırakılması gerekir
- Her cinsel ilişkiden önce kullanılması gereken spermisit krem ya da jel maliyeti artırır.
- Uterus prolapsusu, vajinal septumda kullanılmamalıdır.

4) SPERMİSİTLER

Nonoksinal 9 içerir. Spermeleri etkisiz hale getirip serviksten geçmelerini engelleyerek gebeliği önlerler. Hazneye konularak uygulanan fitil, köpük, tablet, krem ve jel şeklinde olan formları vardır. Diyaframla birlikte kullanıldığında etkinliği artar.

Spermisit olumlu yönleri

- Hiçbir sistemik etkisi ve yan etkisi yoktur.
- Reçete ya da tıbbi muayene gerekli değildir.
- Hemen etkilidir (krem, köpük ve jel formları için). Köpüren tablet, ovül veya film formlarında uygulamadan sonra en az cinsel ilişki için 5 – 10 dakika beklenmesi gerekir. Etkinliği 1 saat devam eder. 1 saatin sonunda etkinliği kalmaz.

V. DOĞAL GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLER

- 1) Servikal Mukus Yöntemi
- 2) Bazal Vücut Isısı Yöntemi
- 3) Servikal Palpasyon Yöntemi
- 4) Takvim Yöntemi
- 5) Laktasyonel Amenore Metodu

Kadın fertilitte belirtilerini her gün izleyip, kaydederek fertil ve infertil günlerini belirler. Gebelik isteniyorsa fertil dönem gebe kalmak için uygun dönemdir. Gebelik istenmiyorsa bu dönemde cinsel ilişkidten kaçınılır (sperm 48–72 saat, Ovum 24–48 saat canlı kalabilir). Ayrıntılı bilgi için sayfa 30 “Tahmini Ovulasyon Döneminin Belirlenmesi” ne bakınız.

LAKTASYONEL AMENORE METODU;

Laktasyonel amenore yöntemi, annenin emzirme döneminde emzirmeyle ilgili bazı koşullara uyarak laktasyon amenoresini bir aile planlaması yöntemi olarak kullanmasıdır. Doğumdan sonra östrojen, progesteron ve plasental laktojen hormonlarının düşmesiyle laktasyon başlar. Memede başlayan süt yapımı prolaktin ve emme refleksiyle artar. İnsanda laktasyon, ovülatuvar siklus üzerine etki ederek, kadının ovülasyonu ve adet görmesini baskılayarak gebelikten korunmayı sağlar.

Tam emzirme koşuluna göre emzirildiğinde, emzirmenin %99.5 oranında etkili, doğru kullanılmadığında %98 etkili bir kontraseptif yöntem olduğu kabul edilmektedir.

Tam Emzirme Koşulları

- Bebeğin 6 aylıktan küçük olması, annenin adet görmemesi,
- Bebeği gece ve gündüz her istediğinde günde en az 10-12 kez emzirmesi,
- Bebeğe ek gıda verilmemesi
- Emzirme aralıklarının gündüz 4, gece 6 saatten uzun olmaması

VI. ACİL KONTRASEPSİYON

Gebelik kuşkusu oluşturan cinsel ilişkiden sonra, gebelik oluşmasını önlemek amacıyla kullanılan acil müdahale yöntemidir, kesinlikle bir aile planlaması yöntemi değildir. Gebelik oluştuktan sonra etki yapması söz konusu değildir. Düşük yaptırmaz.

2. Hormonal Acil Kontrasepsiyon Seçenekleri

- 2.1)** Östrojen-Progesteron Kullanımı
- 2.2)** Sadece Progesteron Kullanımı

2. Postkoital RİA Uygulanması

1. HORMONAL ACİL KONTRASEPSİYON SEÇENEKLERİ

1.1) Östrojen-progesteron kullanımı

Hormonal acil kontrasepsiyon siklusun herhangi bir evresinde kullanılabileninden, etkisi o andaki siklus evresine göre farklılık gösterir. Etkililik oranı **%75-80**'dir. Yüzde 25'e varan gebelik oranı, zamanında uygulamamaya, kusmaya ya da kullanım sonrası korunmasız cinsel ilişkiye bağlıdır.

Yuzpe yöntemi;100 µg Ethinyl östradiol + 1000 µg Norgestrel (= 500 µg Levonorgestrel) içeren iki doz verilir. Her doz 50 µg Ethinyl estradiol + 500 µg Norgestrel içererecek şekilde ayarlanmalıdır. Gebeliği önleyici yöntem olarak kullanılan kombine oral kontraseptifler doz ayarlaması yapılarak bu amaçla kullanılabilir.

İlk doz, **korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde** alınmalıdır. İlk dozu almadan 1 saat önce antiemetik alınması, bulantı ve kusmayı azaltacaktır.

12 saat sonra doz tekrarlanır.

İlk ya da ikinci dozdan sonraki ilk 2 saatte kusma olursa, doz tekrarlanır.

Ülkemizde Östrojen-progesteron içeren ertesi gün hapı olarak Preven® mevcuttur. Kutu içerisinde 4 tablet ve 1 gebelik testi bulunmaktadır. Tabletler levonorgestrel ve etinil estradiol içerir. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içerisinde iki tablet, 12 saat sonra diğer 2 tablet alınmalıdır.

1.2) Sadece Progesteron Kullanımı

Postkoital kontrasepsiyonda 750 µg levonorgestrol kullanılır. Etkililik oranı %75-80'dir. İlk doz, korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde alınmalıdır.

12 saat sonra doz tekrarlanır.

Ülkemizde progesteron içeren ertesi gün hapı olarak Norlevo® mevcuttur. Kutu içerisinde 2 tablet bulunmaktadır, her bir tablet levonorgestrel içermektedir. İlk tablet Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde diğer tablet 12 saat sonra alınmalıdır.

2. POSTKOİTAL RİA UYGULANMASI:

Cinsel ilişkiden sonraki ilk 5 gün içerisinde uygulanmalıdır. Uygulama ve etkinlik rutin RİA uygulaması ile aynıdır. Cinsel yolla bulaşıcı hastalık riski varsa bu yöntem tercih edilmemelidir. En etkili acil kontraseptif yöntemlerdendir. Başarısızlık oranı % 0.01'dir.

ADOLESAN GEBELİK

AMAÇ:

Adolesan gebelikler ve riskleri konusunda bilgi kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

1. Adolesan gebeliklerin ülkemizdeki durumunu anlatabilme
2. Adolesan gebeliklerin anne ve çocuk açısından risklerini açıklayabilme

Türkiye genç nüfusa sahip bir ülkedir. 2011 adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre 10-24 yaş grubu ülke nüfusunun %25'ini oluşturmaktadır.

Adolesan doğurganlık, sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Adolesan anneliğin, demografik ve sosyal açıdan birçok olumsuz etkisi söz konudur. Erken yaşta çocuk sahibi olan annelerin çocukları yüksek derecede hastalık ve ölüm riski taşımaktadırlar. İlk adetten hemen sonra gebe kalanlarda ve 16 yaş altı gebelerde pelvik yapıyla ilgili sorunlar olabilir. Adolesan annelerin, özellikle de 18 yaşından genç olanların, daha ileri yaşlarda anne olan kadınlara göre, düşük veya ölü doğum yapmaları veya anne ölümlülüğü riskine maruz kalmaları daha olasıdır. 18 yaş altında yaşayan gebeliklerde anne ölüm hızı, daha ileri yaşta olan gebeliklere göre 2-3 kez daha yüksektir. Dört milyon adolesan kadın isteyerek düşük yapmaktadır. Genç kadınlarda isteyerek yapılan düşüklüklerde pelvik enfeksiyonlar, infertilite ve hatta ölüm riski daha yüksektir. Ayrıca, kadınların adolesan dönemde anne olmasının kadının eğitime devam edememesi ve iş imkânlarından faydalanamaması gibi başka olumsuz sonuçları da bulunmaktadır.

Dünya genelinde adolesan doğum hızı 1990 yılında binde 60 iken

2007'de binde 48'e düşmüştür. Bu düşüşe paralel olarak ülkemizde de adolesan doğurganlık düzeyinde önemli bir azalma gözlenmektedir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2008'de hesaplanan yaşa özel doğurganlık hızlarına bakıldığında 15-19 yaş için doğurganlık hızının yıllar içinde sürekli gerilediği görülmektedir. TNSA-2003'te adolesan dönemde bulunan kadınların yüzde 8'i doğurganlığa başlamışken, TNSA-2008'de bu oran yüzde 6 düzeyine gerilemiştir. Bununla birlikte rakamlar hâlâ yüksektir.

Ülkemizde adolesan ve erken gebelikler genellikle evlilik içinde yaşanmaktadır. Bu da dikkati erken evliliklere odaklamaktadır. İlk doğumda anne yaşı, anne ve çocuğun sağlığı ve kadının ve bebeğin yaşam kalitesi açısından olduğu kadar genel doğurganlık düzeyi için de önemli bir belirleyicidir. Erken yaşta evlenen kadınlar, özellikle de gebeliği önleyici yöntem kullanımının çok az olduğu veya hiç olmadığı durumlarda, adolesan gebelik riski altında bulunmaktadır.

Türkiye'de yasal asgari evlenme yaşı, 2002 yılı öncesindeki *Medeni Kanun*'a göre kadınlar için 15 idi. 2002 yılında Medeni Kanun'da toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde yapılan düzenlemeler ile ebeveynlerin onayı ile asgari evlenme yaşı hem erkekler hem de kadınlar için 17 olarak değiştirilmiştir. 15-19 yaş evliliklerin 1998 yılındaki oranı %15,2 iken, TNSA-2008 de bu oranın 9,6'ya gerilediği görülmüştür. Ancak bu yasal düzenlemelere rağmen resmi olmayan yollar ile yasal olarak belirlenen yaşlardan önce evlenenlere halen rastlanmaktadır. TNSA-2008 sonuçlarına göre 16 yaşındaki kadınların yüzde 3,8'inin evli olduğu görülmektedir.

Dengeli beslenme, multivitamin desteği, kalsiyum desteği, demir ve folik asit preparatları adolesan gebeliklerde önemlidir.

Kız çocuklarının okullaşmasının arttırılmasının yanı sıra toplum bilinci ve farkındalığının arttırılması da erken evlilik ve gebelik sorununa çözüm olma noktasında çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu bağlamda evlilik öncesi danışmanlıkta erken evlilik yapan çiftlere adolesan gebeliklerde yaşanabilecek riskler hakkında bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti sunmak anne ve çocuk sağlığının korunması açısından çok önemli bir adımdır.

KALITSAL KAN HASTALIKLARI (*HEMOGLOBİNOPATİ*) KONTROL PROGRAMI

AMAÇ:

Kalıtsal kan hastalıkları (*hemoglobinopati*) kontrol programı konusunda bilgi kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

1. Kalıtsal kan hastalıklarının (*hemoglobinopati*) ülkemizdeki durumunu açıklayabilme
2. Kalıtsal kan hastalıklarını (*hemoglobinopati*) anlatabilme
3. Kalıtsal kan hastalıkları kontrolünde etkili yöntemleri açıklayabilme

Ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olan, kalıtsal kan hastalıklarından hemoglobinopatilerin koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında önlenmesi ve mücadele edilmesi için 30.12.1993 tarihinde 3960 sayı ile yayımlanan Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Kanununa dayanılarak hazırlanan “Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobinopati Kontrol Programı ile Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği” 24 Ekim 2002 tarihli ve 24916 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmış ve hastalığın illerdeki görülme sıklıkları dikkate alınarak riskli 33 ilde (Adana, Antalya, Ankara, Aydın, Batman, Bilecik, Burdur, Bursa, Çanakkale, Denizli, Diyarbakır, Düzce, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, Hatay, İçel, Isparta, İstanbul, İzmir, Kahramanmaraş, Karaman, Kayseri, Kırklareli, Kocaeli, Konya, Kütahya, Manisa, Muğla, Sakarya, Şanlıurfa, Tekirdağ) program başlatılmıştır.

Türkiye’de çok sayıda hemoglobin varyantının görülmesi, Anadolu’da yıllar boyunca çok çeşitli ırk ve kültürlerin yaşamasından ve akraba

evliliklerinden kaynaklanmaktadır. Türkiye’de yapılan her beş evlilikten biri akraba evliliğidir. Akraba evlilikleri en çok birinci dereceden akrabalar arasında gerçekleşmekte ve bu durum nadir görülen Otozomal Resesif (OR) geçişli hastalıkların toplumdaki sıklığının artmasına neden olmaktadır.

Talasemi ve Orak Hücreli Anemi gibi OR geçiş gösteren kalıtsal hastalıkların kontrolünde en etkili yöntem; hastalık hakkında toplumun bilgilendirilmesi, toplum taramaları ile taşıyıcıların saptanması, genetik danışmanlık verilmesi ve prenatal tanı metodları kullanılarak hastalıklı bebek doğumunun önlenmesidir. Bu yöntemle Hemoglobinopatiler birçok ülkede kontrol altına alınmıştır.

Ülkemizde kalıtsal kan hastalıkları içerisinde en sık görülenler Orak Hücreli Anemi ve Talasemidir.

ORAK HÜCRELİ ANEMİ:

Bugüne kadar yaklaşık 700 adet anormal hemoglobin tanımlanmıştır. Bunlar HbS, HbC, HbD, HbE vb. olarak isimlendirilmişlerdir. Bunların hepsi klinik belirti vermez. Türkiye’de ve dünyada en sıklıkla görülen anormal hemoglobinlerden biri Orak Hücreli Anemi’ ye neden olan HbS’dir. HbS’in neden olduğu klinik durumlar, Orak Hücreli Anemi ve Orak Hücreli Anemi Taşıyıcılığı’dır. Bozuk gen tek bir ebeveynden kalıtıldığında HbS taşıyıcılığı, her iki ebeveynden kalıtıldığında Orak Hücreli Anemi hastalığı söz konusudur.

Orak Hücreli Anemi hastalığında, oksijenin azaldığı ortamda ve özellikle de düşük pH’da eritrositler deforme olarak orak biçimini alır. Bu durumda eritrositlerin frajiliteleri artar ve kolaylıkla hemolize olurlar. Hastalarda hemolitik krizler, eklem ve kemik ağrıları, karın ağrıları, trombotik olaylar görülür. Enfeksiyonlara eğilim artmıştır.

Çocuklarda splenomegali görülür. Erişkinlerde ise dalak zamanla atrofiye uğradığı için splenomegali görülmez.

Orak Hücreli Anemi taşıyıcılığında ise klinik olarak hiçbir bulgu yoktur. Hemogram ve kan mikroskobisi normaldir. Elektroforezde HbS %20-40 ve HbA %60-80 olarak tespit edilir. Orak Hücreli Anemi taşıyıcılarında yaklaşık olarak %10 oranında beta talasemi taşıyıcılığı birlikteliği görülebilir.

TALASEMİ:

Alfa ve Beta Talasemi olmak üzere iki tipi olmakla birlikte en sık görülen Beta Talasemidir. Daha çok Akdeniz ülkelerinde (İtalya, Yunanistan, Kıbrıs, Türkiye), Orta Doğu ve Uzak Doğu'da yaygındır.

Ülkemizde yaklaşık olarak 1.300.000 beta talasemi taşıyıcısı ve 4.000 civarında talasemi hastası olduğu tahmin edilmektedir. Beta talasemi taşıyıcılarının büyük çoğunluğu bu hastalığı taşıdığını bilmezler. Ancak talasemi major bir bebek sahibi olduklarında ya da özel kan testleri yaptırdıklarında öğrenirler. Talasemi taşıyıcılığı evliliğe engel bir durum değildir. Taşıyıcılık tespit edildiğinde, talasemi önlenilebilir bir hastalıktır. Taşıyıcı çiftler prenatal tanı yöntemleri kullanılarak sağlıklı bir bebek sahibi olabilirler. Ancak gebelik gerçekleşmeden önce mutasyonların belirlenmesi gerekmektedir. Ebeveynlerdeki bu mutasyonlara göre fetüsün hasta ya da sağlıklı olabileceği belirlenebilir. Gebelik gerçekleşmişse, gebeliğin belli dönemlerinde amniosentez, kordosentez ya da koryon villüs örnekleme yapılarak fetüsün sağlıklı ya da hasta olduğu belirlenebilir.

Talaseminin çeşitli tipleri anne ya da babadan genler yoluyla çocuğa aktarılır. Anne ve babadaki genlerin hastalıklı olup olmamasına bağlı olarak çocukta görülen beta- talasemi tipleri şunlardır:

1. Talasemi Major (Hasta Tip):

Cooley Anemisi, Akdeniz Anemisi gibi adlarla da anılır. Hastalığın ağır seyreden şeklidir. Anne ve babanın her ikisinin de taşıyıcı olduğu evliliklerden doğan çocuklarda görülür. Hasta çocuklar doğduklarında normal görünümüne sahiptirler. 6. aydan sonra hastalığın klasik belirti ve bulguları görülmeye başlar. Hepatomegali ve splenomegali en önemli bulgulardır. Gelişme geriliği vardır. Halsizlik, solukluk, iştahsızlık, beslenme güçlüğü görülür. Kemik iliğinde aşırı eritroid hiperplazi ve iliğin genişlemesi sonucu çeşitli iskelet değişiklikleri oluşur. Mongoloid bir yüz görünümü vardır. Anemi çoğu kez ağır olup, hipokrom mikrositerdir. MCV ve MCH düşmüştür. Retikülositöz ve lökositöz görülebilir. Serum demiri artmış, serum demir bağlama kapasitesi düşmüştür. HbF'in artmış olması önemli bulgulardandır. HbA2 de hafifçe artmıştır.

Talasemi Major'un spesifik bir tedavisi yoktur. Tedavi semptomatiktir. Anemiye bağlı belirtilerin giderilmesinde en etkili yol kan transfüzyonudur. Yapılan transfüzyonlara bağlı olarak vücutta biriken demir, şelasyon tedavisi ile uzaklaştırılır. Bugün için major talaseminin kesin tedavisi kemik iliği transplantasyonudur.

2. Talasemi İntermedia (Hafif Hasta Tip):

Talasemilerin ara formudur. Mutasyonun derecesine göre anemiye yol açar. Kan transfüzyonu ihtiyaçları genelde olmaz. Klinik Talasemi Major'a göre daha hafif seyreder. Hastalık belirtileri 2-4 yaşlarında ortaya çıkar. Hepatomegali ve splenomegali görülebilir.

3. Talasemi Minör (Taşıyıcı Tip):

Bu bireyler tamamen sağlıklıdır ve hafif derecede anemi dışında herhangi bir bulgu yoktur. Hemoglobin ve hematokrit hafifçe

düşmüştür (Hb:%10-11gm). RBC artmış, MCV ve MCH değerleri düşüktür. Serum demiri, RDW ve retikülosit sayısı normaldir. Elokroforezde HbA2 artmış (>3,5 %), HbF ise normal veya biraz artmıştır. Beta talasemi taşıyıcıları, yanlış olarak demir eksikliği anemisi zannedilip yıllarca buna yönelik tedavi edilirler.

Beta Talasemi Taşıyıcılığı oranı Türkiye genelinde %2 olmakla birlikte bu sayı bazı yörelerde %10'a kadar çıkmaktadır. Akriba evliliklerinin sıklığı ve doğum hızının yüksekliği, Türkiye'de beklenenin de üzerinde Beta Talasemili çocuk doğmasının nedenidir. Her iki ebeveynin de taşıyıcı olduğu durumda her gebelikte ayrı ayrı geçerli olmak üzere; %25 olasılıkla normal, %25 olasılıkla Talasemi Major, %50 olasılıkla Talasemi Minör bebek doğabilir. Eğer ebeveynlerden birisi taşıyıcı ise (kadın veya erkek fark etmez), hasta bebek doğma ihtimali ortadan kalkar, doğacak her çocuk %50 ihtimalle taşıyıcı olabilir.

Sessiz taşıyıcılar:

Bütün bunların haricinde sessiz veya gizli taşıyıcı olarak adlandırılan, hemogram ve hemoglobin elektroforezinin tamamen normal olduğu taşıyıcılar vardır. Taramalar safhasında bu kişileri ortaya çıkarmak mümkün değildir. Bunlar ancak anne ve babanın mutasyonları tayin edildikten sonra ortaya çıkarlar.

AKRABA EVLİLİĞİ

AMAÇ:

Akraba evliliği konusunda bilgi kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

1. Akraba evliliklerinin ülkemizdeki durumunu açıklayabilme
2. Akraba evliliklerinin çocuklardaki etkisini açıklayabilme
3. Akraba evliliklerinde en sık rastlanan hastalıkları sayabilme

Evlilik öncesi muayenelerde dikkat edilmesi gereken bir konu da akraba evlilikleridir. Kalıtsal hastalıkların önlenebilirliği bakımından akraba evlilikleri önemlidir.

Aynı soydan gelen kişilere akraba denir. Akrabalık; anne soyundan gelebileceği gibi baba soyundan da gelebilir. Her ikisi de aynı derecede önemlidir. Akraba evlilikleri genetik hastalıkların epidemiyolojisini oldukça etkileyen bir durumdur. Dünya toplumlarında %20 oranında akraba evliliği görülmekte, doğan çocukların %8,5'i ise akraba evliliklerinden doğmaktadır. Türkiye'de yapılan her beş evlilikten biri akraba evliliğidir (%20,9), Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ise bu oran %40,4'a çıkmaktadır. Akraba evliliklerinden mutlaka özürlü çocuk dünyaya gelir denilemez ancak akraba evliliğinin sık görüldüğü toplumlarda, özürlü çocuk doğma oranı genel topluma oranla yaklaşık iki kat daha fazladır (%8–9). Evlilik öncesi muayeneler ve verilen danışmanlık sırasında bu durum da dikkate alınarak, eşlerin karşı karşıya kaldıkları risk anlatılmalıdır.

Akraba evliliği genel olarak iki derecede incelenir:

- Anne veya babalarından biri kardeş olan bir çiftin yaptığı evliliklere **1. derece akraba evliliği** (*kuzen evlilikleri*) denir. Ülkemizde en sık rastlanılan biçimdir.

- Büyükanne veya büyükbabalarından biri kardeş olan çiftlerin yaptığı evliliklere ise **2. derece akraba evliliği** (*torun evlilikleri*) denir.

Akraba evliliklerinin çocuklardaki etkisi nasıl oluşur?

Her çocuk anne ve babanın özelliklerini taşır. Anne babanın özellikleri kromozomlar üzerindeki genlerle çocuklara taşınır. Bu genler bir çifttir. Aynı soydan gelen kişilerin gen özellikleri benzerdir.

- Her ikisi de bir bozuk gen taşıyan anne babadan doğan çocuklar sağlam geni alırsa SAĞLIKLI olur.
- Anne veya babadan bir sağlam bir hastalıklı gen alırsa TAŞIYICI olur. Kendileri hasta olmasa bile hastalığı bir sonraki nesle taşırlar. Evlendiğinde hastalıklı çocuk sahibi olma ihtimali vardır.
- Anne ve babanın her ikisinden de hastalıklı gen alan çocuk HASTA olur.

Akraba Evliliklerinde En Sık Rastlanan Hastalıklar

- Kan Hastalıkları,
- Göz, kulak, kalp ve şeker hastalıkları,
- Zekâ geriliği, fenilketonüri,
- Vücut yapısındaki bozukluklar.

Bunların yanında hasta çocuğun düşük yaşam kalitesi, ilaç ve çevreye bağımlılığı, maddi ve manevi yük altında kalan ebeveynler gibi toplum ve aileye getirdiği yük ve sorunlar da çok önemlidir.

Akrabalar arası yapılan evliliklerde soy geçmişinde, anne baba veya kardeşlerde tek gen veya kromozomal bir hastalık veya taşıyıcılık tespit edilmişse, anomalili doğum öyküsü bulunduğunda, tekrarlayan düşük

hikâyesi bulunduğunda ilerde muhtemel bir gebelik öncesinde veya esnasında genetik danışmanlık almaları gerektiği belirtilmelidir. Özellikle beta-talasemi hastalığı akraba evliliklerinin yoğun olduğu bölgelerde artan oranlarda görülmektedir. Adaylara evlilik sonrası planlı gebelik yapmaları, gebelik öncesi anne adaylarının mutlaka tıbbi kontrolden geçirilerek demir ve iyot benzeri eksikliklerin tamamlanması, tüm gebeliğin özenle takip edilmesi ve önlenabilir özürllük durumları için danışmanlık hizmetlerine başvurmaları gerektiği anlatılmalıdır.

KAN UYUŞMAZLIĞI

AMAÇ:

Kan uyuşmazlığını konusunda bilgi kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

1. Kan uyuşmazlığının tanımını yapabilme
2. Kan uyuşmazlığının bebek açısından risklerini açıklayabilme
3. Kan uyuşmazlığı durumunda yapılacak işlemleri açıklayabilme

Anne kan grubunun Rh (-) negatif, babanın ise Rh (+) pozitif olması durumuna **Rh uygunsuzluğu (kan uyuşmazlığı)** denir. Bebek Rh (+) ya da Rh (-) kan grubu ile doğabilir. Bebek Rh (-) ise bir problem olmaz fakat bebek Rh (+) ise kan uyuşmazlığı **Rh immunizasyonuna (etkileşmeye)** ve bazı sorunlara yol açabilir. Anne kan grubunun Rh negatif, babanın ise Rh pozitif olması dışındaki durumlarda kan uyuşmazlığı olamaz.

Rh uygunsuzluğu varlığında eğer bebek pozitif ise gebelik ya da doğum esnasında anne kanı ile bebeğin kanı temas eder ve anne kanına bebek kanındaki eritrositler geçer. Bu eritrositler üzerinde bebeğe ait Rh antijenleri vardır. Anne buna Anti Rh antikorunu üreterek cevap verir. Bu gebelikteki bebek bir zarar görmez ancak bir sonraki gebelikte bebek eğer Rh (+) olur ise anne kanındaki bu ilk gebelikte oluşmuş Anti Rh antikorlar bebeğe geçer ve bebeğin kanında eritrositlerin parçalanmasına ve bebekte anemiye neden olur.

Bebek kanının anneye geçmesine ve annenin bunlara karşı antikor oluşturmasına sebep olabilecek diğer durumlar;

- Düşük
- Kürtaj
- Dış gebelik

- Amniosentez
- Koryon Villüs Biyopsisi
- Kordosentez
- Diğer yüksek riskli durumlar: Travma, doğum öncesi kanama

Bu durumlarda da annenin etkilenmesini önlemek amacıyla 72 saat içerisinde 1 mL (300 µg) Rho (D) immunglobulin iğnesi yapılmalıdır.

Kan uyumsuzluğu (Rh/rh uygunsuzluğu) olan kişilerde ilk kontrolde **indirekt coombs testi (İCT)**'nin negatifliği halinde düşük ihtimalle olsa da antenatal dönemde Rh izoimmunizasyonu gelişme olasılığı nedeniyle, 20. haftadan itibaren dörder haftalık aralıklarla İCT tekrarlanmalıdır. İCT'nin pozitifliği durumunda antikor var, negatifliği durumunda antikor yok demektir. İCT negatif ise anne immunize değildir. İCT'yi negatif olan gebelere, öncelikle 28. haftada 300 mikrogram **Anti-D immunglobulin (300 µg Rho (D) immunglobulin)** ile profilaksi yapılmalıdır. Bu dönemde profilaksi uygulanmasının amacı doğuma kadarki 12 haftalık süre boyunca oluşabilecek fetustan-anneye kanamaları karşılayabilmektir. İmmunize olmamış bir gebede profilaksi için en önemli dönem doğumdur. Doğumu takiben bebeğin kordon kanından **direkt coombs testi (DCT)** ve bebek kan grubu çalışılmalıdır. DCT'nin negatif ve bebek kan grubunun Rh(+) olması halinde ilk 72 saat içinde yeniden Anti-D immunglobulin iğnesi yapılmalıdır. **Bu annede antikorların oluşmasını engelleyerek bir sonraki gebeliğin bu antikorlar tarafından etkilenmesini engeller.**

Rh uygunsuzluğunda ilk gebelikte bir sorun oluşmaz.

Kan uyumsuzluğunda eğer bebek etkilenmiş işe anneden geçen anti-Rh antikorlar bebeğin kan hücrelerinin parçalanmasına neden olur. Bu durumda bebekte kansızlık yani anemi görülür. Buna bağlı olarak ultrasonda bebekte hidrops adı verilen durum tespit edilir. Bebekteki anemi sonucu kalp yetmezliği ve vücut boşluklarında biriken sıvı hidrops tablosunun nedenidir. Hastalığın şiddetine ve yok edilen kan hücrelerinin miktarına bağlı olarak bebekte anne karnında ölüm dahi görülebilir.

CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR (CYBE)

AMAÇ:

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) tanı, tedavi, önlenmesi konusunda bilgi kazanmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

1. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bulaş yollarını sayabilme
2. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için riskli durumları ve riskli davranışları açıklayabilme
3. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları sayabilme
4. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların belirti ve bulgularını sayabilme, tanı yöntemlerini açıklayabilme
5. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisini ve önleme yöntemlerini açıklayabilme

CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR

Başlıca bulaşma yolunun cinsel ilişki ile olduğu bir grup bulaşıcı hastalıktır. Bulaşmadan sorumlu olan diğer geçiş yolları ise: anneden bebeğe geçiş gebelikte (HIV enfeksiyonu ve sifiliz), doğumda (gonore, klamidya, genital herpes, genital siğil), doğumdan sonra (HIV enfeksiyonu), kan ya da kan ürünleri ile temas ve transfüzyonlar (sifiliz, HIV enfeksiyonu, Hepatit B,C)

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu olan kişilerin etkin tedavisi, yalnızca bulaşıcılığı azaltma ve iyileştirme amaçlı değil, bunlara ek olarak, gelecekte riskli davranışların azaltılması, cinsel eşlerin uygun biçimde tedavisini de amaçlamaktadır.

En çok görülen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; Trikomonas, Gonore, Frengi, Klamidya, Genital Siğil, Genital Herpes, Hepatit B, Hepatit C ve HIV/AIDS' dir.

CYBE GEÇİŞİNİ ETKİLEYEN BİYOLOJİK FAKTÖRLER

Kadınlar;

Üç önemli faktör kadınları CYBE'ye daha duyarlı hale getirir.

- Vajinada geniş mukazal yüzeyin varlığı
- Genç kadınlarda servikal ektopinin varlığı
- Toplumsal cinsiyet rolü/ayrımcılığı (sosyal faktörler)

Vajinal mukozanın ve servikal dokunun yapısı, genç kadınların enfeksiyona daha duyarlı olmalarına neden olmaktadır. Penetratif bir cinsel ilişkide daha geniş mukoza yüzeyi ile temas söz konusu olduğundan enfekte bir erkekte kadına CYBE geçme olasılığı, enfekte bir kadından erkeğe bulaşma olasılığına göre daha fazladır.

Erkekler;

Sünnetsiz erkekler, sünnetli erkeklere göre daha fazla CYBE riski altındadır. Prepisyum CYBE etkenleri için bir rezervuar oluşturur. Keratinize olmayan çok sıralı epitelden yapılmış prepisyum fizik travmalara karşı duyarlıdır. Sünnetle bu yüzeyin azaltılması koruyucu olabilir.

CYBE GEÇİŞİNİ ETKİLEYEN DAVRANIŞ FAKTÖRLERİ

CYBE'nin geçişinde birinci sorumlu yol cinsel ilişkidir. Ancak geçiş riskini artıran davranış biçimleri vardır ve riskli davranışlar olarak adlandırılmaktadır. Riskli davranışlar, bazı hastalıklarla ve sağlıkla ilgili bazı sorunlarla karşılaşma ve bunlardan etkilenme olasılığını artıran davranışlar olarak tanımlanabilir. Riskli davranışta bulunan kişiler, özellikle kondom kullanmadan penetratif vajinal, oral, anal cinsel ilişkiye girerlerse CYBE'ye yakalanma olasılıkları yüksektir.

Riskli Cinsel Davranışlar;

- Yakın zamanda cinsel eş değiştirmek;
- Birden fazla cinsel eşe sahip olmak;
- Cinsel eşin birden fazla cinsel eşinin olması;
- Son bir yıl içinde geçirilmiş CYBE öyküsü;
- Seks işçileri ile onların müşterileri ile ya da kimlerle ilişkisi olduğu bilinmeyenlerle cinsel ilişkide bulunmak
- CYBE belirtisi olanlarla cinsel ilişkiyi sürdürmek
- Para, mal, yiyecek ya da ilaç karşılığı cinsel ilişkiye girmek
- Vajinayı kurutucu ajanlar kullanmak.

Birden çok cinsel eşle, korunmadan cinsel ilişkiye girilmesi, toplumda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların yayılmasında önemli bir rol oynar. Bir kişi geçen son bir yılda CYBE tanısı almışsa ve bu zaman içinde cinsel davranış biçimini değiştirip güvenli cinsel ilişki kurmamışsa, yeniden aynı yolla bir CYBE'ye yakalanması kaçınılmazdır.

Bazı toplumlarda kadınlar vajina içini kurutucu bitkisel ajanlar kullanmakta, cinsel ilişki sonrası vajinal duş yapmaktadırlar. Bu durum vajina pH'ını bozmakta, vajina duvarında kuruluk yapmakta, daha kolay zedelenecek vajinayı enfeksiyonlara karşı daha açık hale getirmektedir.

Diğer Kişisel Riskli Davranışlar;

- Piercing (vücuda küpe takılması), dövme,
- Cinsel ilişki öncesi ve sırasında alkol kullanılması,
- Cinsel ilişki öncesi ve sırasında uyuşturucu madde kullanılması
- Kan ve kan ürünleri transfüzyonu.

Vücudun çeşitli bölümlerine küpe takılması ve dövmelemlerin yapılması sırasında steril olmayan araç gereç kullanılması da CYBE geçişinde değerlendirilecek riskli davranışlardandır. Cinsel ilişki öncesi ve sırasında alkol ve uyuşturucu madde kullanılması kondom kullanma

kararını etkileyebildiği için diğer kişisel riskli davranışlar arasında kabul edilmektedir.

Kişi riskli davranışlar göstermese bile eğer cinsel eş/eşlerinin riskli davranışları varsa CYBE'ye maruz kalabilir.

CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR

TRİKOMONAS ENFEKSİYONU

Trikomonas enfeksiyonunun etkeni tek hücreli bir parazit olan *Trichomonas vaginalis*'tir. Bu etken, ilk olarak 1836 yılında bulunmuş ve cinsel yolla bulaşan bir mikroorganizma olduğu kanıtlanmıştır. *Trichomonas vaginalis*, seks işçilerinde %50 - 75 oranında ve jinekoloji kliniklerine gelen kadınlarda %5 - 15 oranında görülmektedir. Parazit erkeklerde de enfeksiyona neden olabildiğinden, tedavi edilmemiş cinsel eşleriyle birlikte olan kadınlarda yeniden ortaya çıkmaktadır.

Belirti ve Bulgular

Trikomonas enfeksiyonu, özellikle erkeklerde çoğu kez belirtisiz seyretmekle birlikte, kadınlarda vajinit, erkeklerde de daha nadir olmak üzere üretrit etkenidir. Vajinitin en önemli özelliği, sarı-yeşil renkte, bol miktarda ve köpüklü akıntı ile seyretmesidir. Semptomatik hastalarda vajina ve vulvada kaşıntı da olabilir.

Tanı

Tanı, vajinal veya üretral akıntidan hazırlanmış taze preparatların,

mikroskop altında incelenmesiyle gerçekleştirilir. *Trichomonas vaginalis* armuta benzeyen, kuyruğuyla hareketli bir protozodur.

Tedavi

Bu enfeksiyon, etkeni bir bakteri olmamasına karşın antibiyotikle tedavi edilebilmektedir. İyileşme oranı %95 olup, yeniden bulaşma veya enfeksiyonu önlemek için cinsel eşlerin de eşzamanlı olarak tedavi edilmesi gereklidir. Tedavide en yaygın olarak kullanılan antibiyotik metronidazoldür.

Önleme

Cinsel ilişkiden kaçınma veya uygun ve doğru bir şekilde kondom kullanılması, söz konusu parazitin bir kişiden diğerine geçmesini engelleyecektir.

GONORE

Gonore, genitouriner yolların (özellikle üretra ve serviks) enfeksiyon hastalığıdır ve etkeni Neisseria gonorrhoeae'dir. Diğer ülkelerde yapılan yayınlarda, en sık 20-24 yaş arası genç erkeklerde görülür; bunu 15-19 yaş grubu gençler izlemektedir. Yine benzer yayınlarda, kadınlarda en sık 15-19 yaş arası adolesanlarda görülmektedir. Gonore ve klamidya enfeksiyonlarının birlikte görülmesi, sık rastlanan bir durumdur.

Belirti ve Bulgular

Gonore, etken ile enfekte olan bir kişiyle korunmasız cinsel ilişkiye girilmesi sonucu bulaşmaktadır. Aynı etken, enfekte annelerin doğum kanalından geçerken bebeklere de bulaşıp, gözde inklüzyon konjunktivitine neden olabilmektedir.

Erkekler: Enfekte olan erkeklerin bazılarında enfeksiyon belirtisiz seyretmekle birlikte, genellikle etkenle karşılaştıktan 3-6 gün sonra üretrit belirtileri ortaya çıkar. Bunlar, idrar yaparken yanma, normalden daha sık idrara gitme ve penisten pürülan akıntı şeklinde

sıralanabilir. Üretral kanal hiperemik ve ödemlidir. Epididimite neden olmaktadır. Epididimit tedavi edilmediğinde kısırlığa yol açabilmektedir.

Kadınlar: Enfekte kadınların çoğunda enfeksiyon tamamen belirtisizdir. Semptomatik olanlarda en önemli belirti, serviksten gelen yeşilimsi sarı renkte bir akıntı ve servisit görünümüdür. Bu enfeksiyonun en tehlikeli yönü, enfeksiyonun uterusu ve fallop tüplerine yayılmasıdır. Pelvik enfeksiyona neden olan bu durum, şiddetli ateş, karın ağrısı, infertilite ve hatta ölüme sebebiyet verebilmektedir.

Çocuklar: Yeni doğan bebekler, enfekte annenin doğum kanalından geçerlerken enfekte olabilirler ve bu bebeklerde inklüzyon konjunktiviti gelişebilir. Bu durum eğer tedavi edilmezse, enfeksiyon ve körlüğe sebep olabilir. Enfeksiyonu önlemek için, yenidoğan bebeklerin gözlerine, doğumdan hemen sonra gümüş nitrat solüsyonu damlatılmaktadır. Bu uygulama, sadece gonokoklara bağlı konjunktiviti önler, klamidya konjunktivitinde etkili değildir.

Tanı

Kesin tanı, enfeksiyon bölgesinden (üretra, serviks, rektum, boğaz, göz) eküviyon ile alınan örnekten, bakterinin izole edilmesi ile olasıdır. Üretral ve servikal akıntidan yapılan preparatın Gram boyalı incelemesinde, gram negatif diplokokların görülmesi durumunda, kültür yapmaya gerek yoktur. Bunun dışındaki tüm enfeksiyonlarda, kültür yöntemi kullanılmalıdır.

Tedavi

Son yıllarda, gonokokların penisiline karşı yüksek düzeyde direnç kazanmış olması nedeniyle, bu antibiyotiğin tedavide kullanılması söz

konusu değildir. Günümüzde gonore tedavisinde tek dozluk tedavi rejimleri kullanılmaktadır ve ilk seçenek ilaç seftriaksondur. Bunun dışında, ofloksasin, sipprofloksasin ve levofloksasin ile de tedavi yapılabilir.

Önleme

Tedavi sırasında cinsel ilişkiden kaçınmak veya cinsel ilişki süresince doğru bir Şekilde kondom kullanmak bu hastalıktan sakınmanın en emin yoludur.

KLAMİDYA

Klamidya enfeksiyonu, Chlamydia trachomatis'in etken olduğu, cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondur. Son yıllarda tüm dünyada en sık rastlanan CYBE haline gelmiştir.

Belirti ve Bulgular

Klamidya hem erkek hem de kadında asemptomatik enfeksiyonlara yol açabilir. Prepubertal kızlarda vajinaya yerleŐerek, hafif ve kötü kokulu bir vaginal akıntı ile seyreden vajinite neden olabilir. Postpubertal kadınlarda ise vajinit yapmaz. Bu hasta grubunda en sık servisit etkenidir. Servisitte serviksten gelen kirli beyaz renkte ve bazen kokulu da olabilen bir akıntı söz konusudur. Kadınlarda için tehlikeli bir enfeksiyondur; çünkü aylar boyunca sessiz bir Şekilde ilerleme gösterir ve kısırlık, kronik ağrı ve hatta ölüme yol açabilen pelvik enfeksiyona kadar ilerleyebilir. Normal doğum yapan enfekte kadınlardan doğan bebeklerin yarısında, doğum kanalından geçerken enfekte olmaları ile doğumdan yaklaşık bir hafta sonra, klamidyal konjunktivit gelişir.

Klamidyalar, erkeklerde nongonokoksik üretrit en sık etkenidirler. Klinik açıdan gonorede ayırt edilmeleri son derece zordur. Gonorede olduğu gibi, bu hastalarda da en sık belirtiler, üretral akıntı, sık idrar yapma ve dizüridir. Chlamydia trachomatis'in bazı türleri, cinsel ilişki sırasında, derideki çok ince kesiklerden girerek, lenfograduloma venerum (LGV) olarak bilinen hastalığa neden olmaktadır. Bu hastalığın kasık lenf nodüllerinin şişmesinden, ateş ve titremeye kadar birçok evresi bulunmaktadır. Aylar veya yıllar içinde LGV; diğer lenf nodüllerine de yayılarak, ağrı, şişme ve cilt bozuklukları gibi sorunlara neden olmaktadır. Bir süre sonra lenfatik direnain bozulması üzerine, rektum ve genitalerde elefantiyaz ile sonuçlanabilir. Komplikasyonlar nadir olup, enfeksiyonun epididimise (testisten sperm taşıyan tüpe) yayılmasıyla ağrı, ateş ve kısırlık görülebilmektedir.

Tanı

Tanı, klamidyalardan hücre kültüründe izolasyonu, üretral ve servikal kazıntılarda antijen arama veya yine aynı örneklerde ya da idrarda nükleik asit arama yöntemleri ile koyulur. Ancak bu testler pahalı ve ileri laboratuvar olanakları gerektirdiği için tanı genellikle klinik görünüme ve akıntı, sürüntü örneğinin gram boyanması ve bu preparatta 10 dan fazla lökosit görülmesi ile konur.

Tedavi

Klamidya enfeksiyonlarında ilk seçenek ilaç, tüm dünyada tek doz kullanılan azitromisindir. Bunun dışında, tek doz kullanılmamakla birlikte, tetrasiklin, doksisisiklin, eritromisin, roksitromisin, ofloksasin ve levofloksasin gibi ilaçlarla da hastaların tedavisi olasıdır.

Önleme

Tedavi sırasında cinsel ilişkiden kaçınmak veya cinsel ilişki süresince doğru bir şekilde kondom kullanmak bakterinin kişiden kişiye bulaşmasını engelleyecektir.

SİFİLİZ (FRENGİ)

Sifiliz ilk olarak 15.yüzyılda tanımlanmış, bilinen en eski cinsel yolla bulaşan enfeksiyondur. Etkeni Treponema pallidum adlı bir bakteridir. Günümüzde bu enfeksiyonun sıklığı, tüm dünyada giderek artmakta, her 100,000 kişiden 20'si enfekte olmaktadır. Prevalansı özellikle büyük şehirlerde yüksektir.

Belirti ve Bulgular

Sifiliz üç evreli bir hastalıktır.

İlk evrede; ("Primer Sifiliz"), inokülasyon bölgesinde (genital organlar, perianal bölge, perine, dudak veya vücudun herhangi bir başka bölgesi) genellikle tek, bazen de birden fazla sayıda ağrısız deri ülseri oluşmaktadır. Bu ülser ağrısız olduğu için bazen fark edilmeyebilir ve birkaç haftada kendiliğinden iyileşir. Bunun ardından hasta, ikinci evreye girer ("Sekonder Sifiliz").

İkinci evrede; bakteri sistemik yayılım gösterir ve doku ve organlara yerleşir. Yüksek ateş, boğaz ağrısı, lenfadenopatiler ve halsizlik, bu evrenin başlangıcında görülebilen belirti ve bulgulardır. Bu evrede en sık tutulan bölge deri ve mukozalardır. Avuç içleri ve ayak tabanları da dahil olmak üzere tüm vücudu kaplayan pembe renkteki maküler deri döküntüsü sifiliz için tipiktir ve rozeol olarak adlandırılmaktadır. Bunun dışında, deride papül ve püstüller de görülebilir. Derinin kıvrım yaptığı bölgelerde papüller birleşerek kondiloma lata adı verilen enfektif lezyonları oluştururlar. Mukozalarda, plak müköz adı verilen enfektif lezyonlar ortaya çıkabilir. Bu dönemde böbrek, karaciğer,

santral sinir sistemi, kemik ve kıkırdaklar da tutulabilir. Birçok organ ve sistemi tutması ve çok çeşitli hastalık tabloları ile ortaya çıkması nedeniyle sifilize “Büyük Taklitçi” adı verilmiştir. İkinci evreden sonra hasta, yıllar süren latent döneme girer.

Latent dönemde; hiçbir belirti ve bulgu yoktur; sadece serolojik testler olumludur. Sifiliz uzun yıllar (bazen 15 yıl) boyunca sessiz (gizli) kaldıktan sonra, hasta üçüncü evreye (“Tersiyer Sifiliz”) girer.

Tersiyer Sifiliz döneminde; kardiyovasküler sistem ve santral sinir sistemi tutulur ve bunlara ilişkin ciddi hastalık tabloları ortaya çıkar. Bunlar arasında en önemlilerinden biri aort anevrizması ve rüptürüdür. Bu dönemde deri ve kemik başta olmak üzere, birçok organda “gom” adı verilen şişkinlikler de ortaya çıkar. Birçok cinsel yolla bulaşan enfeksiyonda olduğu gibi, sifilizde de enfeksiyonun anneden bebeğe bulaşması söz konusudur. Ancak bu bulaşma, doğum sırasında değil in utero gerçekleşmektedir. Konjenital sifiliz adı verilen bu durum, bebeğin daha doğmadan ölümüne sebep olabileceği gibi, hayatta kalan bebeklerin gözlerinde, dişlerinde, kemiklerinde, akciğerinde, salgı bezlerinde, karaciğerlerinde ve beyinlerinde birtakım hastalıklara da yol açabilir.

Tanı

Sifilizin bulaşmasında, enfektif özellik taşıyan şankır, plak müköz ve kondiloma lata lezyonları rol oynamaktadır. Ayrıca sifiliz, kan yoluyla da bulaşabilirse de, günümüzde kanların T. pallidum antikorları yönünden kontrol edilmesi nedeniyle, bu bulaşma yolu önemini kaybetmiştir. Tanıda, karanlık alan mikroskopisinden söz edilmekle birlikte, kullanım güçlüğü ve kesin tanı koydurumaması nedeniyle, bu yöntem yaygın olarak kullanılmamaktadır. Günümüzde tanı, serolojik temele dayanan nontreponemal (RPR, VDRL) ve treponemal (FTA-

ABS, TPHA) testlerle koyulmaktadır. Gebe kadınlarda bu testlerin rutin olarak yapılmasında yarar vardır.

Tedavi

Penisilin bu hastalığın her evresinde başvurulmuş ilk seçenektir ve genellikle hastalığı başarıyla tedavi etmektedir. Tedaviden sonra hasta, nontreponemal testler olumsuz oluncaya dek, 3-6 aylık aralıklarla izlenmelidir. Testlerin olumsuzlaşması bazen uzun zaman (birkaç yıl) alabileceğinden, bu konuda sabırlı olmak gerekir.

Önleme

Tedavi süresince cinsel ilişkiden kaçınmak veya cinsel ilişki süresince doğru bir şekilde kondom kullanmak bu hastalıktan sakınmanın en emin yoludur. Ancak, sifilizdeki enfektif lezyonlarla doğrudan temas eden kişi de enfekte olabileceğinden, kondom kullanımı her zaman koruyucu olmayabilir.

GENİTAL HERPES

Etkeni herpes simpleks virüsüdür. Virüs vücuda, deri veya mukozadaki zedelenmiş bölgelerden girer. Erkeklerde peniste, kadınlarda vajen ve dış cinsel organlarda görülen bir enfeksiyondur. Bazen anüs çevresi ve kalçalarda da yerleşebilir. Bazen tamamen belirtisiz seyredebilir. Belirtili olgularda hastalık, temastan 2-20 gün sonra ortaya çıkar.

Belirti ve Bulgular

Hastalığın klinik seyri, herpes labiyalisin kliniğine çok benzer. İlk belirti genellikle herpesin çıkacağı bölgede karıncalanma, kaşıntı veya yanma hissidir. Daha sonra o bölge kızarıyor ve üzerinde çok sayıda vezikül ortaya çıkar. Veziküller hızla açılır ve ülserlere dönüşürler.

Ülserler birbirleriyle birleşme eğiliminde ve çok ağrılıdırlar. Ayrıca hastalarda, ateş, halsizlik, kas ağrısı ve inguinal lenfadenopati gibi belirtiler de görülebilir. Ülserler 5-10 gün içinde kabuklanarak iyileşir.

Genital ülserlere, aşağıda sıralanan belirtiler de eşlik edebilir:

- Karında dolgunluk hissi,
- Tutulan bölgede hassasiyet,
- Kasık ağrısı,
- Dizüri (özellikle kadınlarda),
- Cinsel organdan akıntı.

Herpes virüsünün en önemli özelliği, primer enfeksiyondan sonra sinir gangliyonlarında latent kalıp, zaman zaman yeniden ortaya çıkarak, aynı vücut bölgesinde tekrar ortaya çıkmasıdır. Hastalığın ne sıklıkta tekrarlayacağı, kişiye göre değişkenlik gösterir (bazen her ay, bazen yılda birkaç kez, bazen de birkaç yılda bir kez gibi). Genital herpes, hastalıklı kişilerde bulunan yaralar ile doğrudan temas ve cinsel ilişki sonucunda ve doğum sırasında anneden bebeğe bulaşabilir.

Tanı

Hastalığın tanısında değer taşıyan hücre kültüründe izolasyon, antijen arama ve nükleik asit arama testleri, ülkemizde yaygın olarak kullanılmamaktadır. Tanı genellikle klinik görünüme bakılarak konulur.

Tedavi

Kesin tedavisi yoktur. Akut dönemde ağızdan alınan asiklovir, famsiklovir ve valasiklovir gibi ilaçlarla belirtilerin daha çabuk iyileşmesi ve bulaştırıcılığın daha kısa sürmesi sağlanabilir. İlaç tedavisi, latentliği ve yineleyen epizotları önlemez. Lezyonları çok sık

tekrarlayan kişiler için, birkaç yıl sürekli ilaç kullanmayı gerektiren baskılayıcı tedaviler uygulanabilir.

GENİTAL SİĞİL

Bu hastalığın etkeni insan papilloma virüsüdür (Tip 6 ve 11). Virüsün bulaşma yolları arasında doğrudan temas, cinsel ilişki önem taşır; ayrıca doğum sırasında anneden bebeğe de geçebilir.

Belirti ve Bulgular

Virüs erkekte penis üzerine, kadında ise vajene, dış genital organlara ve servikse yerleşir. İlk olarak deriden kabarık, ağrısız bir papül şeklinde ortaya çıkar. Bunlar, uzun yıllar boyunca kalıcı olabilir ve zaman içinde karnıbahar görünümünü alabilirler. Dış genital organlarda ortaya çıkan siğillerin bulaşıcılık ve estetik görünüm dışında bir zararı olmamakla birlikte, servikse yerleşen kanser yapan tipleri (en sık tip 16 ve 18), serviks kanserine neden olması açısından önem taşır. Serviks kanserlerinin %80-95'inin bu virüs ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Tanı

Dış genital organlarda bulunan siğillerde tanı, görünüme bakılarak konulur. İnsan papillom virüsü pozitif olan kadınlarda klinik tabloda dikkate alınarak 6 ayda bir servikal kanser açısından incelenmelidir. Serviks kanserlerinin tanısı, serviksten alınan sürüntü örneğinin, patolojik olarak incelenmesi ile (smear testi) konulur.

Tedavi

Hastalığın etkin bir tedavi yöntemi yoktur. Dondurma veya yakma denilen işlemler ile siğiller ortadan kaldırılsa bile sonuçlar pek yüz güldürücü değildir; hastalık tekrarlayabilir. Genital siğilin etkili bir

tedavisi olmamasına rağmen, klinik görünümle kolaylıkla tanınması bu hastalığa sahip kişilerin CYBE açısından ve kondom kullanımı açısından bilgilendirmelerini gerektirmektedir. Son yıllarda insan papillom virusu için koruyucu aşı geliştirilmiş olup dünyada yaygın bir şekilde kullanılmaktadır

YUMUŞAK ŞANKR (ULCUS MOLLE)

Yumuşak şankr özellikle Uzakdoğu ülkelerinde çok sık görülen ve cinsel yolla bulaşabilen bir genitoüriner enfeksiyondur. Etken gram negatif bir basil olan *Heamophilus Ducrey*'dir. Hastalığın inkübasyon süresi 2–5 gündür.

Belirti ve Bulgular

Yumuşak şankrda basilin girdiği yerde kırmızı bir leke görülür, birden fazla, sarı pürülan, yumuşak, ağrılı, kenarlarının altı oyuk ülserler görülür. Ülserlerin çevresi eritemli infiltrate bir halka ile çevrelidir. Ülserler 0,5–5 cm çapındadır, lezyonlar genellikle genital bölgede ancak nadiren parmak ve dilde de görülebilir. Erkeklerde penis üzerinde lenfanjit de görülebilir. Vakaların %25-50'sinde bölgesel lenf bezlerinde fındık büyüklüğünde cerahatli apseler oluşur. Apseler açılır, büyüyen bezler yumuşak, ağrılı, alta yapışık ve birbirine birleşmiş olarak bulunur (bubon). Bu bezlerin içi basille doludur. Açılmış bezler ve ülserler çok bulaştırıcıdır. Kesinlikle cerrahi olarak çıkarılmamalı, boşaltılmamalıdır.

Yumuşak şankr sifiliz şankr ile karışabilir. Bütün yumuşak şankr olgularında mikst enfeksiyon düşünüp, sifiliz de araştırılmalıdır.

Tanı

Yumuşak şankr kesin tanısı, ülser ve açılmış lenf bezlerinden alınan örneklerin gram, metilen mavisi ya da Giemza ile yapılan incelemesinde gram negatif zincir oluşturan basillerin görülmesi ile konur.

Tedavi

Enfeksiyon tedavisinde antibiyotikler etkilidirler. Antibiyotik seçimi antibiyograma göre yapılır ve sıklıkla TMP-SMX , tetrasiklin, doksisisiklin, erythromycin, ceftriaxone, amoxicillin& clavulanic acid gibi ilaçlarla tedavi edilebilmekte olup ayrıca yara yerlerine pansuman yapılması da iyileşmede etkilidir.

HEPATİT B

Etken *Hepatit B virüsüdür*. Tüm dünyada yaygın bir sağlık sorunudur. *İnkübasyon dönemi 4 hafta–6 ay arasında değişebilir*. Akut, kronik enfeksiyonlara ve taşıyıcılığa neden olabilir. Hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu akut dönemde veya akut alevlenme dönemlerinde fulminan hepatite yol açabilmesi, kronik hepatit formuna dönebilmesi, kronik hepatit oluşturduğunda ise karaciğer sirozuna ve karaciğer kanserine neden olabilmesi nedeniyle çok önemli bir sağlık sorunudur. Erişkinlerde akut enfeksiyonların yaklaşık % 60-70'i asemptomatik seyrederek. Enfekte yenidoğanların %90'ında, erişkinlerin %10'unda hastalık kronikleşir. %1 oranında ise ölümcül seyir gösterebilir. Ülkemiz HBV enfeksiyonları açısından orta endemik bölgeler arasında yer almaktadır. Bölgelere göre değişmekle birlikte HBsAg pozitifliği %3'tür. HBV kanda yüksek konsantrasyonda, diğer vücut salgılarında (semen, vajinal sekresyon gibi) daha düşük konsantrasyonda bulunur. Çok az sayıda virüs partikülü ile bulaş mümkündür, yani HIV'e göre çok daha kolay bulaşabilir.

Başlıca geçiş yolları

- 1- Enfekte kan ve kan ürünleriyle perkütan veya mukozal temas,
- 2- Cinsel yolla geçiş (cinsel yolla geçişte multiple partner, mukoza ve cilt bütünlüğünün bozulduğu yaralanmalar ve CYBE öyküsü önem kazanır.)
- 3- Anneden bebeğe vertikal geçiş,
- 4- Ev içi horizontal geçiş

HBV enfeksiyonlarında risk grupları

- Çoğul transfüzyon yapılan hastalar,

- Hemodiyaliz hastaları,
- Damar içi uyuşturucu kullananlar,
- Dövme yaptıranlar,
- Sağlık personeli
- HBV taşıyıcıların cinsel partnerleri ve ev içi temaslıları,
- Çok partnerli heteroseksüeller,
- Homoseksüeller,
- HBV taşıyıcı annelerin bebekleri,
- Kötü hijyen ve kalabalık toplumda yaşayanlar.

HBV tanısında laboratuvar testleri

HBV Enfeksiyonu Evresi	HBsAg	AntiHBs	Anti-HBc Total	Anti-HBc IgM
Akut	+	-	+	+
Kronik	+	-	+	-
Pencere dönemi	-	+/-	+	+
Geçirilmiş/iyileşme	-	+	+	-
Aşılanmış		+	-	-

Akut veya kronik hastalık tespit edilen her hasta mutlaka izleme alınmalı, Klinik bulgulara ve serolojik testlerine göre belirli aralıklarla izlenmelidir. Akut Hepatit B enfeksiyonlarında takip ve destekleyici tedavi önem kazanır. Altı aydan uzun süre HBsAg pozitifliği kronik enfeksiyonu gösterir.

Genel koruyucu önlemler

- Sağlık personelinin perkütan temastan korunması (genel önlemler),
- Bağışıklama programları,
- HBsAg (+) annelerden doğan bebeklere yaklaşım,
- Temas sonrası (perkütan yaralanma, cinsel temas, vs.) profilaksi uygulanması

Annenen bebeğe geçişte %60–90 oranında kronik enfeksiyon

gelişebileceğinden, annelerin gebelik döneminde araştırılması ile taşıyıcı anneler ve risk altındaki bebekler belirlenebilir. HBsAg pozitif annelerin bebeklerine doğumdan hemen sonra Hepatit B İmmunoglobulin (HBIG) ile birlikte aşı önerilir, anne bebeğini emzirebilir.

Akut olgularla temas sonrası profilaksi

Cinsel temas: Akut Hepatit B'li hastaların aşılınmamış ve daha önce hastalıkla karşılaşmamış cinsel partnerleri, son cinsel temastan sonra 14 gün içinde HBIG ile birlikte aşı programına alınmalıdır (önce Anti-HBc total antikor bakılır, pozitifse diğer göstergeler çalışılır, negatifse hemen bağışıklamaya alınır).

HBsAg pozitif hastanın kan ve kan ürünleriyle perkütan temas veya mukozal temas durumunda, bağışık olmayan temaslıya aşı ile birlikte HBIG önerilir.

Akut hepatit B olgularında ev içi temaslıların aşılama ve hastalık durumları değerlendirilmelidir.

Kronik olgularda enfeksiyonlu hastayla temasta profilaksi

Cinsel partnere, ev içi temaslılara, ortak iğne vs. paylaşımında olanlara aşı önerilir. Kronik HBV enfeksiyonlu hastaların cinsel partneri anti-HBs ile aşı sonrası kontrol edilmelidir. AntiHBs(-) olanlarda ikinci bir aşılama, yine de negatifse korunmayla ilgili bilgi verilmelidir. Gebelik aşılama engel değildir.

HEPATİT C

Etken Hepatit C virüsüdür. İnkübasyon süresi 2–26 hafta arasında değişir. Temas sonrası serokonversiyon süresi 8–9 hafta olup, 6 aya kadar uzayabilir.

Akut ve kronik hepatite neden olabilir. Genç yaşta virüsle karşılaşmada daha düşük olmakla birlikte, %75–85 oranında kronikleşme özelliği nedeniyle önem kazanmaktadır. Akut enfeksiyonlar çoğunlukla asemptomatik ya da daha hafif geçer. Kronik enfeksiyonlar yavaş seyirlidir, kronikleşme süreci oldukça uzundur, semptomlar siliktir. Kronik olgularda siroz gelişme riski virüsün alındığı yaşa bağlı olarak %5–

25 arasında değişir ve çoğunlukla 20 yıl sonra ortaya çıkar.

Başlıca geçiş yolları

1. Enfekte kan ve kan ürünleri transfüzyonu,
2. Damar içi uyuşturucu kullanımı sırasında enjektör paylaşımı,
3. Enfekte donörden transplantasyon,
4. Kontamine cihaz ve güvensiz enjeksiyon pratiği,
5. Enfekte iğne batması (geçiş riski %0–7, ortalama % 2–3)
6. Mukozal geçiş,
7. Perinatal geçiş (<%5),
8. Cinsel yolla geçiş (tartışmalı olmakla birlikte birçok çalışmada düşük oranda da olsa geçiş riski olabileceği gösterilmiştir)

Geçiş riskini artıranlar

- Cinsel partner sayısının yüksek olması,
- Prezervatif kullanılmaması ya da hatalı kullanılması,
- CYBE öyküsü,
- Cinsel ilişkide travma sonucu mukozal bütünlüğün bozulması, regl döneminde cinsel ilişki,
- Kronik HCV'li kişilerin eşlerine geçiş (%0–4,4 arasında geçiş tespit edilmiştir, ortalama %1,5)
- HCV viral yükünde artış ve HIV ile koenfeksiyon geçiş riskini artırmaktadır.

Risk grupları:

- Sağlık personeli,
- Sık kan ve kan ürünleri transfüzyonu yapılanlar,
- Damar içi madde bağımlıları,
- Hemodiyaliz hastaları,
- 1987'den önce üretilmiş pıhtılaşıma faktörü alan hemofili hastaları,
- 1992'den önce kan transfüzyonu ve organ transplantasyonu yapılanlar.

Tanı

Anti HCV (+)'liğinin tamamlayıcı testlerle (RIBA veya HCV-RNA) doğrulanması ile konur. Kronik hastalık tanısı, klinik izlem, ALT düzeyleri ve karaciğer biyopsisinin sonuçlarına göre konur. HCV'den korunmak için geliştirilmiş bilinen aşı ve immunoglobulin uygulaması bulunmamaktadır.

Korunma yöntemleri primer ve sekonder olmak üzere 2'ye ayrılır:

Primer korunma;

- Kan ve kan ürünlerini HCV yönünden taranması,
- Sağlık personeli için genel önlemler,
- Tek kullanımlık tıbbi malzeme kullanılması, güvenli enjeksiyon.

Sekonder korunma;

- Temaslıların ve risk gruplarının taranması,
- Hastaların seronegatif iseler HBV ve bağışıklık durumlarına göre Hepatit A için aşılanmaları,
- Alkolden kaçınmaları.

Hastaların hastalıkları hakkında bilgilendirilmesi

- Kan ve organ donörü olmamaları,
- Jilet, diş fırçası, tırnak makası, cımbız, manikür ve pedikür aletleri gibi kişisel eşyaları başkaları ile paylaşmamaları,
- Eşleri ile hastalığın düşük ihtimal de olsa cinsel yolla geçiş riskinin bulunduğu konusunda konuşmaları,
- Test ve korunma konusunda birlikte karar vermeleri,
- HCV pozitif kişilerin ileri testlerle değerlendirilmesi ve uzman tarafından izleminin yapılması, konularında bilgilendirilmelidir.

HIV ENFEKSİYONU

HIV **retrovirüs** adıyla bilinen virüs grubunda yer alır. HIV'in son derece ciddi bir enfeksiyon olmasının nedenlerinden biri, bağışıklık sisteminin enfeksiyonlar ve hastalıklarla savaşılan hücrelerine saldırması ve onları yok etmesidir. Sonuç olarak HIV bağışıklık hücrelerini yok eder. HIV dönüşme (kendini değiştirme) yeteneğine sahiptir; bu özellik, araştırmacıların etkin tedavi ya da aşı bulmalarını güçleştirmektedir.

Virüs, enfekte olan kişinin bağışıklık sistemini, uzun yıllar içinde yavaş yavaş (10 yıl ya da önceden sağlıklı olan yetişkinlerde daha uzun süre) yıkarak, hastalıklarla savaşamayacak kadar zayıf düşürür. Kişi, HIV ile enfekte olduğu halde bunu bilmeyebilir, zira HIV'e bağlı belirti veya hastalıklar, bulaşmayı izleyen uzun yıllar boyunca ortaya çıkmayabilir. Çoğu insan, HIV ile enfekte olduktan sonra, uzun yıllar boyunca sağlıklı ve üretken bir hayat sürebilir. Ancak kişi kendisini iyi hissetse dahi, hastalığı başkalarına bulaştırabilir.

AIDS; HIV enfeksiyonunun ilerlemiş aşaması, bir başka deyişle, enfeksiyona bağlı bağışıklık sisteminin zayıfladığı son hastalık evresidir. HIV enfeksiyonunun ilerlemesi, bağışıklık sistemini, hastalıklarla yeterince savaşamayacağı noktaya kadar zayıflatır.

Kişi, **fırsatçı enfeksiyonlar** adı verilen bazı enfeksiyonlara ve diğer hastalıklara (kanser gibi) karşı daha duyarlı hale gelir. Sonuçta, bireyde, kilo kaybı, süregen şiddetli ishal, yüksek ateş gibi belirtiler yanı sıra tüberküloz, pnömoni ya da kanser gibi hastalıklar gelişebilir. Fırsatçı enfeksiyonların bu adla anılmasının nedeni, normal koşullarda hastalık yapmayacak mikroorganizmaların, bağışıklık sisteminin zayıflamış olmasından yararlanarak, hastalığa neden olmalarıdır. AIDS

ile ilişkili diğer hastalıklar arasında ise rahim kanseri, lenf kanseri bulunmaktadır.

HIV enfeksiyonu aşağıdaki yollarla BULAŞIR;

1)Cinsel ilişki

2)Kanla temas

- Kesici delici aletlerle yaralanma (hasta kişinin kanı veya vücut sıvıları ile kirlenmiş iğne, enjektör, bıçak, jilet, dövme ve akupunktur iğneleri, sünnet gereçleri, diş hekimliği gereçleri, ameliyat gereçleri, deri delme gereçleri, vb.)
- Virüs ile enfekte kişinin kanının veya organının, virüs taşımayan kişiye verilmesi/ aktarılması
- Virüs ile enfekte kişinin kan veya vücut sıvılarının, zedelenmiş deri ve mukozalara temas etmesi

3)Anneden çocuğa bulaşma

- Gebelik
- Doğum
- Emzirme

HIV aşağıdaki yollarla BULAŞMAZ:

- Normal sosyal ya da gündelik temaslar
- Elbiselerin paylaşılması
- Dokunma
- Yemek ve tabakların paylaşılması
- Öpüşme (derin öpüşmede, az da olsa bulaşma riski vardır)
- Tokalaşma

- Tuvalet oturakları
- Böcek ısırıkları
- Başkalarına masaj yapma
- Cinsel eşi elle cinsel olarak uyarma (ancak kan, meni veya vajinal sıvılar kesik deriyle temas ederlerse risk ortaya çıkabilir)
- Mastürbasyon
- HIV taşıyan insanlarla birlikte yaşama

HIV Enfeksiyonunun Bulgu ve Belirtileri

HIV enfeksiyonunun erken ve orta aşamalarında, çoğu insanda hiçbir belirti görülmez. Enfeksiyonun hemen ertesinde bazı insanlarda hafif, geçici nezleyi andırır belirtiler ya da lenf bezlerinde şişlik ve ağrı ortaya çıkabilir. Enfeksiyon ilerledikçe, daha fazla belirti ve güçsüzlük duygusu ortaya çıkmaya başlar.

AIDS'in Bulgu ve Belirtileri

AIDS HIV enfeksiyonunun ileri aşamasıdır. AIDS hastalarında, HIV enfeksiyonunun yukarıda açıklanan bulgu ve belirtilerine ek olarak, AIDS tanımlayan fırsatçı enfeksiyonlar ve kanserler görülür.

HIV Enfeksiyonunun Tanısı, HIV Testleri

HIV taşıyanlarda yıllar boyunca belirti ya da klinik bulgular ortaya çıkmayabilir ve bu kişiler, virüs ile enfekte olduklarını dahi bilmeyebilirler. HIV'in varlığını anlamak için kan testinin yapılması yeterlidir.

Virüsün bulaşmasından, vücudun saptanabilir miktarda antikor ürettiği ana kadar geçen süre **pencere dönemi** olarak adlandırılır. Pencere dönemi ortalama üç ay sürmekle birlikte, 1-2 hafta kadar kısa veya 6 ay kadar uzun da olabilir. Yani, bazı hastalarda üç aydan çok daha önce

antikor saptanabileceği gibi, 6 ay gibi geç bir dönemde de antikorların pozitifleştiği görülebilir. Böyle geç pozitifleşen kişilerde, birey HIV ile enfekte olsa bile, erken dönemde testi pozitif çıkmayabilir. Böyle durumlarda, virüsle karşılaşma olasılığı bulunan tarihin 3 ay sonrasında olacak şekilde test tekrarlanmalıdır.

Kişinin HIV durumunu bilmesi, tedavi ve bakım konusunda bilinçli kararlar vermesini, hayatını uzatabilecek tedaviler ile danışmanlık ve destek hizmetleri almasını ve enfeksiyonu başkalarına bulaştırmamak için ne yapması gerektiğini öğrenmesini sağlar. Enfeksiyonun erken tanımlanması ve gerekli tedbirlerin alınması, hastaların uzun yıllar boyunca sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlayacak aktif bir yaklaşımdır.

Tedavi

HIV enfeksiyonu özel bir uzmanlık alanının kapsamında bulunduğu ve bu tür hastaların tedavi ve izlemi özel işlemler ve deneyim gerektirdiğinden, bu tür hastaların yönetimi pratisyen hekimler tarafından değil, enfeksiyon hastalıkları uzmanları ve gerekli olduğu takdirde, bu uzman ile işbirliği içinde çalışacak, farklı disiplinlerden kişiler tarafından yapılmalıdır.

Korunma Yolları:

Tüm enfeksiyon hastalıkları gibi HIV/AIDS hastalığı da önlenabilir bir hastalıktır ve her hastalıkta olduğu gibi korunma önlemleri tedaviden daha ekonomiktir. Korunma, virüsün cinsel yolla, kan yolu ile ve anneden bebeğe geçişi önleme esasına dayanmaktadır.

1. Cinsel yolla bulaşa karşı korunma:

En sık bulaş yolu cinsel temasla olduğu için bu yolla korunma büyük önem taşımaktadır. Enfekte olmayan tek bir cinsel partnerle monogamik ilişki sürdürülerek kesin olarak HIV enfeksiyonunun bulaşını engellemek

için en kesin yöntemdir. Bununla birlikte cinsel temas sırasında kondom kullanılmasının; kondomun lateks olması, doğru ve devamlı kullanılması, yırtık veya delik olmaması kaydı ile koruyuculuğu ispatlanmıştır.

2. Kan ve kan ürünleri ile bulaşa karşı korunma:

Organ, doku ve kan nakilleri öncesinde gerekli testlerin yapılması HIV geçiş riskini en aza indirmektedir. Damar içi madde kullanımı alışkanlığının önlenmesi, tedavi edilmesi, ortak enjektör kullanımı risklerinin anlatılması bu grup hastalarda HIV bulaş riskini azaltmaktadır. Şırınga, iğne ve cerrahi aletler, diş hekimliği aletleri, dövme aletleri, akupunktur iğneleri, jilet ve makasın tek kullanımlık olmaları veya tekrar kullanılacaksa sterilize edilerek kullanılması sağlanmalıdır.

3. Anneden bebeğe bulaşmaya karşı koruma:

Eğer kadın HIV pozitif ise doğum yapması önerilmez. Bu durumda doğum kontrol yöntemleri kullanılmalıdır. Gebe kalan HIV pozitif kadın bebeğini doğurmakta kararlı ise, gebeliği süresince antiretroviral tedavi alması, doğumun uygun kurumlarda sezaryen yöntemi ile yapılması, doğumdan sonra bebeğe uygun tedavi verilmesi kaydıyla bebeğe virüsün bulaşma olasılığı %1–3'e kadar düşürülebilir. Araştırmalar anne sütü yoluyla da virüsün geçtiğini gösterdiğinden annenin bebeği emzirmemesi önerilmektedir.

4. Sağlık personelinin korunması:

Sağlık personeli evrensel korunma önlemlerini almalı, tüm hastaların kan ve diğer vücut sıvılarını enfekte kabul ederek çalışmalıdır. Hastalara uygulanan işlemler sırasında mutlaka eldiven kullanılmalı, işlem bittikten sonra eldiven değiştirilmeli ve eldivenler çıkartıldıktan sonra eller hemen yıkanmalıdır. Eğer eller veya diğer cilt yüzeyleri hastanın kanı veya diğer vücut sıvıları ile kontamine olursa derhal su ve sabunla yıkanmalıdır. İğne batmasını engellemek için iğneler kullanıldıktan sonra plastik kılıfları

tekrar takılmamalı, iğneler enjektörden çıkartılmamalı, eğilip bükülmemelidir. Yapılan bir işlem sırasında kan veya diğer vücut sıvılarının sıçrama olasılığı söz konusu ise ağız, burun ve gözleri korumak amacı ile maske ve gözlük takılmalı, diğer vücut yüzeylerine bulaşı önlemek için koruyucu önlük giyilmelidir (11.08.2005 tarih ve 25903 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği).

HIV pozitifliği evlenmeye engel teşkil eden hastalıklar grubunda yer almamaktadır.

06.11.2004 tarih ve 25635 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkında Tebliğ” ve 30.05.2007 tarih ve 26537 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren “Bulaşıcı hastalıkların İhbarı ve Bildirimi Sistemi” Yönergesinde; “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi” tanımlanmıştır:

Rehberde;

- Klamidya
- Gonore
- Sifiliz
- AIDS [Kazanılmış immün yetmezlik sendromu]
- HIV enfeksiyonu [İnsan immün yetmezlik virüsü enfeksiyonu]
- Akut Viral hepatitler Hepatit A, B, C, D ve E bildirimi zorunlu hastalıklar olarak tanımlanmıştır.

Bu hastalıkların sürveyansı, rehberde belirtilen hususlara uygun olarak yürütülmelidir.

LEPRA ve TÜBERKÜLOZ

AMAÇ:

Lepra ve tüberkülozun tanısı, tedavisi ve önlenmesi konusunda bilgi kazanmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

1. Lepra hastalığını tanımlayabilme
2. Lepra hastalığını belirti ve bulgularını sayabilme, tanı yöntemlerini açıklayabilme, korunma yöntemlerini açıklayabilme
3. Tüberküloz hastalığını tanımlayabilme
4. Tüberküloz hastalığının belirti ve bulgularını sayabilme, tanı yöntemlerini açıklayabilme, korunma yollarını açıklayabilme

LEPRA

Lepra, primer olarak periferik sinirleri, sekonder olarak da deriyi, retiküloendotelial sistemi, gözü, testisleri ve bazı organları tutan, kronik mikobakteriyel bir hastalıktır.

Toplumlarda Lepranın yayılması, lepra basili ile yakın temas ve insanların hastalığa yakalanmaya yatkın olup olmadıklarına bağlıdır. Evli çiftler arasında tedavisiz hasta eşin sağlam eşe hastalığı geçirme olasılığının çok az oluşu, erişkinlerin lepraya yakalanma olasılıklarının çok düşük olduğunu göstermektedir. Buna karşın çocukların çevrelerindeki tedavisiz ve basilli hastalardan enfekte olma olasılığı daha yüksek orandadır.

Lepralıların çoğunda hastalık çocuklukta veya erken gençlikte ortaya çıkar. Bulaşma şekli kesin olarak bilinmemekle birlikte solunum yoluyla giriş en çok kabul edilen olasılıktır. Basil en çok burun mukozasında

bulunur. Hapşırık, aksırık ve öksürme ile bol basil çıkarılır ve yakın temastaki hastalığa yatkın bünyeli kimselerce (özellikle çocuklar) tekrar tekrar basilin alınması ile hastalığın oluştuğu varsayılmaktadır.

Plasenta yolu ile bulaşma söz konusu değildir. Lepralı anne sağlam çocuk doğurur, ancak tedavisiz ve bol basil çıkaran annenin bebeği hasta etme olasılığı fazladır.

Lepralı hasta, tedavi ile kısa sürede bulaşıcılığını kaybeder. Tanısı konan ve tedavisi yapılan hastaların kimseye zararı yoktur. Sağlığa uygun evlerde yaşayan, iyi besin alan, iyi gelişen, nüfus yoğunluğu fazla olmayan toplumlarda lepra kendiliğinden yok olmaktadır. Lepra, gelişmekte olan, doğum oranı çok, beslenmesi ve tüm sağlık koşulları bozuk toplumların sorunudur.

Lepranın etkeni Mycobacterium lepradır. Lepra basili vücuda ne yolla girerse girsin, hedef doku: periferik sinirlerin Schwann hücreleridir. 2–7 yıllık inkübasyon döneminden sonra çeşitli tipte tablolar ortaya çıkar.

Lepra Deformiteleri

Keratit, irit veya iridosiklit sonucu körlük, fasiyal paralizi, alt göz kapağının kapanamaması, burun çökmesi, üst kesicilerin dökülmesi, el ve ayaklarda pençeleşme, tenar, hipotenar ve avuç içi kaslarının erimesi, kemiklerde osteomyelit, tekrarlayan yanıklar, düşük el-düşük ayak, jinekomasti, sterilite, osteoporoz leprada görülebilen deformitelerdir.

Leprada Kesin Tanı Yöntemleri

Kesin tanı; klinik görünüm, anamnez, ailede lepra araştırması, duyu incelenmesi (dokunma, sıcak- soğuk, ağrı), sinirler incelenmesi, terleme testleri, burun mukozası, sinir ve deri lezyonlarında basil incelenmesi gibi yöntemlerle konulur.

Lepradan Korunma

Bütün Lepralı hastaların tedaviye alınması ile tüm toplum riskten kurtarılabilir. BCG aşısının yakalanmayı önleyici etkisi bilinmektedir. Yaşam koşullarının düzenlenmesi, sosyoekonomik durumun iyiye gitmesi leprayı yok edecektir. Toplumların lepra konusunda eğitimi, gerek toplumda gerekse sağlık çalışanlarında var olan yersiz lepra korkusunun yok edilmesi, hastaların tedavisine ve rehabilitasyonuna yardımcı olacaktır.

Lepra; tedavisi mümkün, çok az derecede bulaşıcı bir hastalık olarak bilinmelidir.

TÜBERKÜLOZ (TBC)

Bugün dünyada 2 milyar insanın, yani dünya nüfusunun üçte birinin tüberküloz basili ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Her yıl yaklaşık 8 milyon kişi tüberküloz hastalığına yakalanmakta ve yaklaşık 2 milyon insan ölmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; dünyada her yıl yaklaşık 9 milyon yeni tüberküloz hastasının ortaya çıkmakta ve 1,7 milyon hasta tüberküloz sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Bu rakamlar tüberkülozdan her gün yaklaşık 5.000 kişinin öldüğünü göstermektedir. Bu ölümlerinin hemen tümü önlenemez ölümlerdir.

1991'den bu yana yeni bir Tüberküloz kontrol stratejisi hızla yayılmış ve günümüzde Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) tüberküloz kontrolünün temel yöntemi olarak kabul görür hale gelmiştir. DGT; semptomatik hastalarda pasif yöntemle bakteriyolojik tanı, gözetimli kısa süreli tedavi, ücretsiz ve sürekli ilaç sağlanması ve kayıt-raporlama-analiz sistematığının kurulması unsurlarını içermektedir. Ülkemizde de DGT uygulamaları yürütülmektedir.

Tüberküloz hastalığının oluşumundan %97–99 oranında *Mycobacterium Tuberculosis* adlı bakteri (basil) sorumludur. Genellikle bulaş, Tüberküloz hastasından hava yoluyla, bulaştırıcı akciğer ve larinks tüberkülozlu hastaların aksırma, öksürme ve konuşmaları sırasında havaya yayılan basillerin sağlam kişiler tarafından solunması ile olur. Solunum yoluyla alınan basil akciğer alveollerine ulaştıktan sonra, ya alveol makrofajları tarafından öldürülür ve enfeksiyon oluşmaz ya da basil makrofajlar tarafından öldürülemez, çoğalır ve enfeksiyon (latent enfeksiyon veya aktif enfeksiyon) oluşur. Tedavi olmayan bir akciğer tüberkülozlu hasta her yıl yaklaşık 10-15 kişiyi enfekte edebilmektedir. Bu hastalarla yakın ve uzun süreli temas bulaşma riskini arttırmaktadır. Çatal, kaşık, tabak ve

eşyaların kullanılması ile bulaşma olmamaktadır. Akciğer dışı tüberküloz da genellikle bulaştırıcı değildir. .

Toplumda bulaştırıcı hasta sayısının yüksekliği ve hasta kişilerle yakın ve uzun süreli temas, riski artırmaktadır. Havalandırma, UV uygulama, güneş gibi faktörler basil yoğunluğunu azaltmakta ve basilin bulaştırıcılığı azalmaktadır.

Enfeksiyon:

Vücuda giren basile karşı immunolojik yanıt 2–8 haftada oluşur. Yerel immünolojik olaylar, basillerin makrofajlarca yutulması, T lenfositlere sunulması ile başlar. İmmün olayların özelliği, geç tip aşırı duyarlılık gelişmesidir. Sonuçta tüberkülin cilt testi pozitifleşir. Bu kişiler başlangıçta hasta değildirler ve bulaştırıcılıkları yoktur. Basille enfekte kişilerin ilk iki yılda %5, sonra da yaşam boyu %5'inde olmak üzere yaklaşık %10'unda klinik hastalık gelişir.

Enfekte Kişide Tüberküloz Hastalığını Arttıran Faktörler

- Enfeksiyonun yeni gelişmiş olması (2 yıl ve altı)
- Diyabetes Mellitus, silikozis, lösemi, lenfoma, kronik böbrek yetmezliği, HIV enfeksiyonu
- Kanserler (baş, boyun, RES)
- Uzun süreli kortikosteroid kullanımı
- Bağışıklığı baskılayan tedaviler
- Akciğer filminde apekte infiltrasyon
- Yetersiz tedavi almış kişide Tbc sekel lezyonu
- 0–5 yaşında veya çok ileri yaşta olmak
- Sigara tiryakiliği
- Kronik malabsorpsiyon sendromları ve vücut ağırlığının idealin %5'inden düşük olması
- Transplantasyon ve hemodiyaliz

- İntestinal rezeksiyon ve gastrektomi
- Uyuşturucu kullanımı

Bulgu ve Belirtileri

Üç hafta süren öksürükte tüberkülozdan şüphelenilmelidir. Öksürük çoğu zaman balgamla birlikte görülür, bazen kanlı olabilir. Plevra tutulumu olduğunda solunumla birlikte değişen göğüs ağrısı, sırt ve yan ağrısı olur. Lezyonların yaygın olduğu ya da plevra sıvısının fazla olduğu durumlarda nefes darlığı, larinks tutulumunda da ses kısıklığı olur. Halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık, kilo kaybı, çocuklarda kilo almada duraklama, ateş, gece terlemesi gibi bulgular da bulunabilir.

Tanı

Yalnız radyoloji ile Tbc tanısı konulamaz. Tüberkülin Cilt Testi (TCT, ppd) de tüberküloz basili ile enfeksiyonu gösterir; hastalığı göstermez. Tüberkülozun kesin tanısı bakteriyolojiktir. Balgam incelemesi sonucu elde edilen pozitif kültür tanıyı kesinleştirir. PCR ile de tanı desteklenebilmektedir.

Akciğer Dışı Tüberküloz

Plevra Tbc, Toraks içi lenfadenit, Toraks dışı lenfadenit, omurga (vertebra) kemik-eklem Tbc, Omurga dışı kemik-eklem Tbc, tüberküloz menenjit, Santral Sinir Sistemi Tbc, Genitoüriner Tbc, Milier Tbc, Periton/GİS Tbc ve daha birçok organın tüberkülozu olabilir.

Akciğer dışı Tbc genellikle bulaştırıcı değildir. Fakat otopside ve doku ile yapılan çalışmalarda basil havaya saçılırsa bulaş görülebilir.

Temaslıların Kontrolü

Temaslılar, aktif Tüberkülozlu bir hasta tarafından enfekte edilmeleri olası kişilerdir. Ev içi yakın temaslılar, bulaştırıcı hasta ile aynı evde

yaşayanlardır. Ev dışı yakın temaslılar ise, kaynak olgu ile düzenli bir şekilde, uzun süreli aynı havayı paylaşan kişilerdir.

Temaslılar hasta tanı aldıktan sonra en kısa sürede (1 haftada) verem hastalığı yönünden kontrolden geçirilir:

- İlk muayenede temasının öyküsü alınır,
- Fizik muayenesi yapılır,
- Akciğer filmi çekilir,
- Öksürüğü ya da başka semptomları olanlar ve/veya filminde patolojik görüntü bulunanların en az üç kez balgam yayması ve kültürü yapılır.
- Tüm temaslılara TCT (ppd) yapılır.
- Temaslıda Tbc hastalığı saptanırsa tedaviye alınır. Saptanmazsa koruyucu tedavi verilir ya da izlenir.

Tarama ve kontroller

Günümüzde kitlesel mikrofilm uygulamalarının pratikte bir yararının olmadığı anlaşılmış ve bu nedenle terk edilmiştir. Yüksek riskli gruplarda aktif tarama önerilmektedir. Bunlar temaslılar, cezaevlerinde kalanlar ve sağlık çalışanlarıdır.

DANIŞMANLIKTA RUH SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ:

Ruh sağlığını değerlendirme konusunda bilgi kazanmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

1. Evlenme ehliyeti ve evlenmeye engel akıl hastalıklarını tanımlayabilme
2. Zeka geriliği veya demansı olan olguların evliliğine yaklaşımı açıklayabilme
3. Evlenmeye engel ruhsal hastalıkların belirti ve bulgularını sayabilme
4. Evlenmeye engel ruhsal hastalıkları kabaca belirlemeye yönelik olan soruları açıklayabilme

EVLENME EHLİYETİNİN ŐARTLARI

a-Yaş

Medeni Kanun madde 124'e göre, evlenmek için erkek ve kadının 17 yaşını doldurmuş olması gerekmektedir. Ancak, hâkim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple onaltı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir.

b-Ayırt Etme Gücü

Evlenecek kadın ve erkeğin her ikisinin de evliliğin ve ocuk yetiştirmenin yükümlülük ve sorumluluklarını kavrayacak ruhsal gelişime sahip olmaları gerekir. Medeni Kanunumuza göre evlenmeye ancak ayırt etme gücüne sahip kişiler ehildir. Ayırt etme gücü olmayanlar asla evlenemezler (Türk Medeni Kanunu 125.madde). Akıl

hastalarının durumu ayrı bir madde halinde evlenme engelleri başlığı altında yer almıştır.

Küçükler anne, baba veya vasisi, yani kanun deyişiiyle, yasal temsilcisinin izni olmadıkça evlenemez (Türk Medeni Kanunu 126.madde).

Kısıtlının evlenebilmesi için yasal temsilcisinin izin vermesi gerekmektedir (Türk Medeni Kanunu 127.madde).

Hâkim, haklı sebep olmaksızın evlenmeye izin vermeyen yasal temsilciyi dinledikten sonra bu konuda başvuran küçük veya kısıtlının evlenmesine izin verebilir (Türk Medeni Kanunu 128.madde).

EVLENMEYE ENGEL AKIL HASTALIĞI

Akil hastalığının evlenme engeli oluşturması, evlenmenin ayırt etme gücü koşulundan bağımsız olarak ayrı bir maddede düzenlenmiştir. Akil hastalarının ayırt etme gücü bulunsa bile, evlenmeleri ancak resmi sağlık kurulu raporu ile olur. Türk Medeni Kanunu 133. maddesinde “Akil hastaları, evlenmelerinde tıbbî sakınca bulunmadığı resmî sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemezler.” hükmü yer almaktadır.

ZEKÂ GERİLİĞİ

Zekâ kapasitesi, evlenmeyi başlatma ve sürdürme ile ilgili sorumlulukları yerine getirmede son derece önemlidir ve Zekâ geriliğinin düzeyini 4 derecede belirtmek mümkündür:

Hafif derecede mental retardasyon	IQ düzeyi 50–70 arası
Orta derecede mental retardasyon	IQ düzeyi 35–50 arası
Ağır derecede mental retardasyon	IQ düzeyi 20–35 arası
İleri derecede mental retardasyon	IQ düzeyi 20 altında

Orta, ağır ve ileri derecede ağır zeka geriliği olanların hak ehliyetleri, yani medeni haklara sahip olma ehliyetleri olmakla birlikte, bu hakları kullanma ehliyeti olan fiil ehliyetleri yoktur. Bu kişiler evlenemezler; yanlışlıkla veya hile ile evlendirilirse, evlilikler geçersiz (butlan) sayılır. Hafif derecede zeka geriliği tespit edilen kişilerin evlenmelerine doktor raporu ile hâkim tarafından karar verilir.

Zekâ durumunun sorgulanması için aşağıdaki soruları sormadan önce, kişinin 8 yıllık eğitimini kayıpsız tamamlamış olup olmadığı sorgulanmalı ve kayıpsız tamamlamış ise genel sorulan sorulara uygun yanıtlar vermesi halinde kabaca zekâ kapasitesinin normal sınırlarda olduğu düşünülmelidir. Ancak şüpheli durumlarda aşağıdaki sorular sorulmalı ve sosyo-kültürel durumu göz önünde bulundurularak bu sorulardan bazılarına yanıt verilememesi durumunda kişinin bir uzman tarafından değerlendirilmesi gerektiğine karar verilmelidir.

Evlenmeye engel teşkil edecek zekâ geriliğini tespit etmeye yönelik sorular aşağıda çıkartılmıştır:

•**Eğitimi: Eğitimi sırasında yıl kaybı ya da tekrarı var mı? Varsa neden?**

•**Mesleği:**

•**Daha önceden psikiyatrik tedavi görmüş mü?**

•**Askerliğini yapmış mı?**

•**Ceza ya da ruhsal nedenlerle, hava değişimi ya da vesayet altına almış mı?**

•**Askerliği sırasında psikiyatrik nedenlerle tedavi veya yatış söz konusu mu?**

Aşağıdaki sorulara verilecek cevaplar sosyo-kültürel düzeye göre yorumlanabilir:

- Türk bayrağındaki yıldızın kaç ucu vardır?**
- Bina inşaatında hangi malzemeler kullanılır? (en az 3 malzeme sayabilmelidir).**
- "Damlaya damlaya göl olur" atasözünü açıklayınız.**

DEMANS

Kişinin daha önceki durumuna oranla, bilişsel ve entelektüel işlevlerde ortaya çıkan azalmayı, fakirleşmeyi ve mental kapasitedeki azalmayı tanımlamaktadır. Bundan kastedilen yer, zaman ve kişi yöneliminin bozulması, algı kusurunun var olması, uzak bellek kısmen korunmuşken yakın bellek ve anlık belleğin bozulmuş olması, dikkatin önemli ölçüde azalmış olması, düşünce içeriğinde belirgin fakirleşme, soyut düşünme ve problem çözme becerilerinde bozulmanın olmasıdır. Demans, 65 yaşın üzerinde % 5 görülürken, 80 yaş civarında bu oran % 20'ye çıkar.

Demans tanısı almış olan kişi medeni haklarını kullanma ehliyetine sahip değildir. Dolayısıyla evlenmenin önünde engel teşkil eder. Yerleşmiş demans olgularında ayırt etme gücünü tespitinde bir zorluk yoktur. Ancak, unutkanlıkların yeni başlayıp başlamadığı, hastalığın başlangıç ve yerleşmeye kadar geçen zamanda ayırt etme gücünün sağlam olup olmadığı, eğer doktor muayenesi istenmezse gözden kaçabilir. Bu durum daha sonra hukuki sorun yaratabilir.

Eğer evlilik sırasında kişinin demans hastası olduğu sağlık kurulu raporu ile tespit edilirse, evlilik geçersiz sayılır.

Demansı kabaca tespit etmeye, en azından ileri tetkik yapılmasını gerektirecek bir durumun olup olmadığını anlamaya yönelik sorular aşağıda çıkartılmıştır:

- Bugün günlerden ne?**
- Hangi aydayız?**

- Hangi yıldayız?**
- Burası neresi?**
- Ben kimim?**
- Cumhurbaşkanımız kimdir?**
- Başbakanımız kimdir?**
- En büyük para hangisidir?**

PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Evlenmeye engel teşkil edecek işlevsellik kaybı ve kişilerarası ilişkileri başlatma ve sürdürmeyi olanaksız kılacak psikotik bozuklukları kabaca belirlemeye yönelik sorular aşağıda metin içinde verilmektedir. Bu durumlarda evlenme ile ilgili kararı ilgili uzman veya sağlık kurulu vermelidir.

a. Sanrılar

Temeli olmayan, gerçekdışı, alışılmamış ve garip inançlardır.

Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede hastanın kendisinin ifade ettiği düşüncelerin içeriği ve bu düşüncelerin tedavi ekibi veya ailenin aktardığı üzere, sosyal ilişkiler ve davranış üzerindeki etkisidir.

Psikotik hastalarda çok iyi düzenlenmiş veya çok sayıda ve hastanın yaşamını önemli derecede etkileyen sanrılar kümesi olabilir. Bu durum, hasta veya yakınlarının güvenliğini de etkileyebilecek düzeyde, sorumsuz ve uygunsuz davranışlara neden olma riski taşımaktadır. Tarama soruları olarak şu sorular önerilir:

- Düşüncelerinizin başkaları tarafından çalındığı ya da kontrol edildiğini düşündüğünüz olur mu?***

•**Tanımadığınız insanların kendi aralarında yaptıkları konuşmalarda sizin hakkınızda konuşulduğunu düşündüğünüz zamanlar olur mu?**

b. Düşünce Dağınıklığı

Hedefe yönelik işleyişin bozulduğu dağınık düşünce süreci ile örneğin çevresellik, teğetsellik, çağrışımlarda kopukluk, sonuca bağlanamama, belirgin anlamsızlık veya düşünce blokları ile karakterizedir.

Düşünceler hastanın anlaşılmaz olmasına yol açacak düzeyde bozulmuş olabilir. Çağrışımlardaki belirgin kopukluk, kelime dağınıklığı ya da mutizm hiçbir şekilde iletişim kurulamamasına yol açabilir.

c. Varsanılar

Dış uyaranlarla oluşturulmayan algıların varlığının sözel olarak bildirilmesi veya davranışlarla ortaya konmasıdır. Bu algılar işitme, görme, koku varsanıları veya bedensel varsanılar olabilir. Görüşme sırasında hastanın bu algıları sözel olarak ifade etmesi ve bu algılara göre davrandığının gözlenmesi önemlidir.

Hastanın zihni tamamen düşünce ve davranışlara hâkim olan varsanılarla meşgul olabilir. Varsanılarına, değiştirilemeyen sanrılı yorumlar eşlik edebilmekte ve varsanılarına boyun eğerek uyma şeklinde sözel ve davranışsal tepkiler görülebilmektedir. Varsanıları tespit için aşağıdaki soru sorulabilir:

• **Sizden başka kimsenin görmediği görüntüler gördüğünüz ve sizden başka kimsenin duymadığı sesleri duyduğunuz oluyor mu?**

d. Büyüklük Duyguları

Olağanüstü yeteneklere, servete, bilgiye, üne, güce ve ahlaki değerlere sahip olma gibi abartılmış şekilde kendini algılama ve gerçekdışı üstünlük duygusudur. Kişi bir özellikten daha fazlasını kapsayan (servet, bilgi, ün vb) alanlarla ilgili belirgin üstünlük sanrıları belirtmekte, bu

sanrılar ilişkilerini etkilemekte ve kişi bunlar doğrultusunda davranabilmektedir.

Acayip özellikler gösterebilen, üstün yetenek, bilgi, ün, güç ve/veya ahlaki değerlerle ilgili çok sayıda sanrılar düşünmeye, ilişkilere ve davranışa hâkim durumda olabilir. Değerlendirmenin temeli: görüşme sırasında ifade edilen düşünceler ile tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerine etkisidir. Aşağıdaki soru bu amaçla kullanılabilir:

- ***Kendinizi çevrenizdeki insanlardan üstün ve özel güçlere sahip olduğunuzu düşündüğünüz oluyor mu?***

e. Şüphencilik -Kötülük Görme

Savunuculuk, güvensiz tutum, kuşkular nedeniyle tetikte olma veya birilerinin kendisine zarar vermeye çalıştığına dair bariz sanrılardan anlaşıldığı üzere gerçek dışı veya abartılmış kötülük görme düşünceleri vardır.

Değerlendirmenin temelinde, görüşmede ifade edilen düşünce içeriği ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisi vardır. Bir seri, iyi düzenlenmiş kötülük görme sanrıları örgüsü, hastanın düşünmesine, sosyal ilişkilerine ve davranışına hâkim olabilir.

f. Düşmanca Tutum

İğneleyici konuşma, pasif agresif davranış, sözel saldırı veya saldırganlık gibi sözel olmayan öfke ve küskünlük ifadeleridir. Değerlendirmenin temelinde, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişiler arası ilişkilerdeki davranışlar bulunmaktadır.

Şiddetli öfke nedeni ile işbirliği kurmakta güçlük veya diğer insanlara fiziksel güç kullanarak saldırganlık gibi davranış örüntüleri görülebilir. Aşağıdaki soru bu amaçla kullanılabilir:

•Çevrenizdeki insanların size kötülük edeceğine dair düşünceleriniz var mı?

DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME

Duygusal yanıtta azalma, yüz ifadesinde ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinde azalma ya da tamamen kaybolma ile kendini gösterir. Hasta sürekli boş veya heykel gibi bir ifade içindedir.

Değerlendirmenin temelinde, görüşme sırasında duygulanım ve duygusal yanıtın fiziksel ifade biçimlerinin gözlenmesi vardır. Bu durumda evlenme ile ilgili kararı ilgili uzman veya sağlık kurulu vermelidir.

SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ

Soyut ve simgesel düşünmenin bozulmasıdır. Sınıflandırma, genellemeler yapma ve problem çözmeye yönelik işlerde benmerkezci ve somut düşüncenin ötesine geçmekte güçlük görülür. Hasta sadece somut tarzda düşünebilmektedir. Hiçbir atasözünü mecaz veya benzetmeyi ve basit kategorileri kavrayamamaktadır. En göze çarpan ve işlevsel özellikleri bile sınıflandıramamaktadır.

Derecelendirmenin temelinde, benzerlikler ve atasözleri ile ilgili sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin değerlendirilmesi vardır. Bu derecelendirme belirgin bilişsel bozukluk nedeni ile muayene yapan kişi ile hiçbir ilişkiye girmeyen hastalar için de yapılabilir. Bu gibi durumlarda evlenme ile

ilgili kararı ilgili uzman veya sağlık kurulu vermelidir. Aşağıdaki soru bu amaçla kullanılabilir:

- **"Damlaya damlaya göl olur" atasözünden ne anlıyorsunuz?**

KONUŐMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuőmanın akışındaki yavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde, akıcılıkta ve üretkenlikte azalma ile seyrederek.

Hastanın yanıtları, konuőmayı kısaltmak veya konuőmaktan kaçınmak isteği ile "bilmiyorum", "söylemeye izinli değilim" gibi birkaç kelime veya cümle ile sınırlanmaktadır. Sözel iletişim tek tük kelimelerle sınırlıdır ve karşılıklı konuşma imkânsızlaşmaktadır. Bu nedenle karşılıklı konuşma ciddi biçimde bozulmaktadır ve görüşme ilerlemez.

Değerlendirmenin temeli, görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir. Bu gibi durumlarda evlenme ile ilgili kararı ilgili uzman veya sağlık kurulu vermelidir.

MANYERİZM VE DURUŞ

Uygunsuz, doğallıktan uzak, dezorganize ya da bizar görünömlü doğal olmayan hareket ve duruşlar bu gruptadır.

Derecelendirmenin temelinde, tedavi ekibi veya aileden alınan bilgiler ile görüşme sırasındaki fiziksel belirtilerin gözlemi vardır. Bizar ritüeller, manyerizm ya da stereotipik hareketlerin sık yinelenmesi veya uzun süre bozuk duruşun korunduğu görülebilir. Süreğen nitelikte, ritüelistik, manyeristik ya da zamanının büyük kısmını içeren, doğal olmayan sabit duruş izlenebilir. Bu gibi durumlarda evlenme ile ilgili kararı ilgili uzman veya sağlık kurulu vermelidir.

YÖNELİM BOZUKLUĞU

Kişinin yer, zaman ve kişi yöneliminin bozulması, konfüzyon veya bir kesilme durumuna bağlı olarak çevreyle olan ilişkisinin farkında olmaması durumudur. Hastanın kişilere, yere ve zamana ait yönelimi tamamen bozulmuştur.

Bu tür hastalar, bulunduğu yer, içinde bulunduğu yıl ve hatta ebeveynleri, eşi arkadaşları ve kendi doktoru gibi en çok tanıdığı insanları bile bariz olarak karıştırmakta veya bilememektedir. Örneğin hastanın nerede olduğuna dair hiçbir fikri yoktur; tarihi bir yıldan fazla olmak üzere karıştırmaktadır, şu andaki yaşamında sadece bir veya iki kişinin ismini bilmektedir.

Derecelendirmenin temelinde, görüşme sırasında yönelim ile ilgili sorulara verilen yanıtlar kullanılır.

YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ

Kişinin kendi psikiyatrik rahatsızlığının ve içinde bulunduğu durumun farkında olmaması ve bunları anlamasında eksiklikler olması durumudur. Bu durum geçmişteki veya şu andaki psikiyatrik hastalığı veya belirtileri kabul etmeme, uyumlu gözükmesine rağmen hastaneye yatma veya tedavi görme ihtiyacını reddetme, sonuçlarının ne olacağını kestiremediği kararlar verme ve gerçekçi olmayan kısa ve uzun vadeli planlar yapma şeklinde gözlenir.

Hasta, hastaneye yatışını ve tedavisini sanrılı biçimde yorumlar, geçmişteki kötülüklerin cezası, işkencecilerin kötülüğü gibi algılar ve bu nedenle terapistlere, ilaç tedavisine ve tedavinin diğer yönlerine uymayı reddeder.

Derecelendirmenin temelinde, görüşmede aktarılan düşünce içeriğinin değerlendirilmesi vardır.

Bu durumlarda evlenme ile ilgili kararı ilgili uzman veya sağlık kurulu vermelidir.

KAYNAKLAR;

1. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt 1- Cilt 2, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005
2. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009
3. Aile Planlaması Danışmanlığı için Resimli Rehber, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009
4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Katılımcı Kitabı, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009
5. Guidelines for Management of Sexually Transmitted Infections. WHO/HIV_AIDS/2003, Geneva.
6. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi, Yenilenmiş 2. Basım. Düzenleyenler: Olcay Neyzi, Nuray Yolsal, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, UNFPA İstanbul, 2002.
7. Davidson M R, London M, Ladewig P. (2008). Olds' Maternal Newborn Nursing & Women's Health Across the Lifespan, Prentice Hall, Pearson Education Inc, pp 202-230.
8. Murray S S., McKinney E S. (2010). Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing, Canada, Elsevier Comp., pp 53-66.
9. Talasemi ve Hemoglobinopatiler Tanı ve Tedavi: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Talasemi Federasyonu, 2007
10. Talasemi Hakkında Herşey, Dünya Talasemi Federasyonu Yayınları, 2005
11. Hemoglobinopati ve Talasemi Önlem-Tanı-Tedavi, Ulusal Hemoglobinopati Konseyi, 2003

- 12.** Güvenli Cinsellik, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Yayınları, İstanbul
- 13.** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2008
- 14.** Adli Psikiyatri Kitabı, Doç.Dr. Salih Yaşar Özden, 2007 Aralık
- 15.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı, Prof. Dr. M.Orhan Öztürk, Ankara 2011
- 16.** Klinik Psikiyatri, Benjamin J. Sadock,M.D., Virginia A. Sadock, M.D

NOT:

NOT:

NOT:

