

# Çocukluk Döneminde Jinekolojik Sorunlar ve Hemşirenin Rolü

## Childhood Gynecologic Problems and Nurse's Role

ÖZLEM S. AŞÇI\*  
NEVİN HOTUN ŞAHİN\*\*

Geliş Tarihi: 03.11.2010, Kabul Tarihi: 25.05.2011

### ÖZET

Çocukluk dönemi jinekolojik özellikleri anatomik ve fizyolojik açıdan yetişkinlerden farklıdır. Ayrıca bu dönemdeki çocuğun, benlik kavramı, baş etme yöntemleri ve sosyal davranışları yetişkinlere göre daha az gelişmiştir. Hemşireler bireylere tüm gelişim dönemlerini kapsayacak biçimde bakım vermekten sorumludur. Cinsel açıdan aktif olunmayan çocukluk döneminde jinekolojik sorunların nadir olduğunun düşünülmesi nedeniyle tanı ve tedavi gecikmektedir. Bu yaş grubundaki jinekolojik sorunları erken dönemde tanılamada sağlam çocuk izlemleri önemli yer tutmaktadır. Bu nedenle pediatrik dönemdeki bebek ve çocukların, jinekolojik sağlığını koruyup geliştirecek ve jinekolojik sorunlarında erken tanı yaklaşımlarının bilinmesi önemlidir. Bu makalede çocukluk döneminde sık görülen jinekolojik sorunlar ele alınmıştır. Ayrıca, bu yaş grubunun jinekolojik sağlığını koruyup geliştirecek ve jinekolojik sorunların erken tanısına katkı sağlayacak hemşirelik rolleri özetlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Çocukluk jinekolojisi; hemşire; jinekolojik muayene; sağlam çocuk izlemi.

### ABSTRACT

Anatomical and physiological aspects of gynecological characteristics of childhood is different from adults. Also in this period of the child, self concept, coping strategies and social behaviors less developed than in adults. Early diagnosis and treatment of delayed because of gynecological problems are thought to be rare in sexually inactive childhood. Follow-up healthy children have an important role for early diagnostic of gynecological problems in this age group. For this reason, it is important to know approaches that will protect and improve the health infants and children in the pediatric period and will contribute to the early diagnosis of gynecological problems. Common gynecological problems in childhood are discussed in this article. In addition, nurse's roles are summarized that will protect and improve the health of this age group and will contribute to the early diagnosis of gynecological problems.

**Key words:** Pediatric gynecology; nurse; gynecological examination; healthy children follow.

Çocukluk (0-9 yaş), adölesan (10-19 yaş) ve gençlik dönemleri (15-24 yaş) kadın sağlığının temel taşlarıdır. Çünkü bir kadının, cinsiyetine ilişkin ilk deneyimleri ve üreme sağlığı düzeyleri bu dönemlerde oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bebeklik ve çocukluk döneminde büyüme ve gelişimin değerlendirildiği izlemlerin, hastalıkları erken tanılamadaki önemini vurgulamaktadır. DSÖ ve Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics=AAP) bu izlemlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı değerlendirmelerini kapsamasını önermektedir.<sup>[1,2]</sup> Çocukluk döneminde yapılması gereken sağlam çocuk izlemleri ile çocuk cinsel gelişim açısından inspeksiyon ve palpasyon ile yapılan jinekolojik muayene ile değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, AAP çocukların ve adölesanların jinekolojik muayenelerinin temel sağlık hizmeti

kapsamında verilmesinin çocuğun muayeneye ilişkin anksiyete ve korkularını azaltacağını bildirmektedir. Ancak, bu yaş grubu çocuklar, ailelerin bilgi ve deneyiminin yetersizliği ve sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve deneyiminin yetersizliği nedeniyle uygun şekilde değerlendirilmemektedir. Diğer yandan, cinsel açıdan aktif olunmayan bu dönemde jinekolojik sorunların nadir olduğu düşünüldüğünden tanı ve tedavi gecikmektedir. Dolayısı ile ileriye yönelik sorun yaratabilecek durumlarda bile aileler yeterince bilgilendirilmemektedir.<sup>[1-7]</sup> Ayrıca, literatürde bu konuya ilişkin yeterli kaynak bulunmamaktadır.

Genellikle sağlıklı çocuklara birinci basamak, hasta çocuklara ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hizmet ve bakım verilmekte, çocuklar cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından değerlendirilmektedir.<sup>[3,8]</sup> Çocukların jinekolojik sağlığını

\* Özlem S. Aşçı, Uzm. Hemşire  
Güvercintepe Aile Sağlığı Merkezi  
Güvercintepe Mah. Aşık Veysel Cad. No:6  
Başakşehir, İstanbul  
Tel.: 0 212 687 67 10  
e-posta: asci.s.ozlem@gmail.com

\*\* Nevin H. Şahin, Doç. Dr.  
İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tel.: 0 212 440 00 00/27082 Faks: 0 212 224 49 90  
e-posta: nevinshahin34@yahoo.com

korumada ve sorunları erken tanılama da birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan sağlam çocuk izlemleri önemli yer tutar. Hemşireler, sağlam çocuk izlemlerinde, ailelere üreme sisteminin normal anatomi ve fizyolojisi hakkında bilgi verme; emzirme, perine temizliği, sık bez değiştirme, hastalıklara yönelik bağışıklanma gibi konularda olumlu sağlık davranışları kazandırma yolu ile çocukları jinekolojik sorunlardan primer olarak koruyabilirler. Hemşireler, dış genital bölgenin ayrıntılı muayenesini izlemlerine dahil ederek hastalıkların erken tanısına katkıda bulunabilirler. Ayrıca, hemşireler birinci basamak sağlık hizmeti kapsamındaki ev ziyaretleri ile ailenin hijyen alışkanlıkları, çocuğa yönelik herhangi bir ihmal ya da istismarın olup olmadığını da erken zamanda tanımlayabilirler. Bununla birlikte çocukta görülen jinekolojik hastalık varlığında da ailenin durumunu daha iyi anlayıp yaşam kalitesini artırmaya yönelik bakım sunabilirler.<sup>[9-11]</sup> Son yıllarda sağlıkta dönüşüm projesinin bir parçası olan aile hekimliği uygulaması ile koruyucu sağlık hizmetinin yürütülmesi ve sorumluluğu aile hekimine verilmiştir. Aile hekiminin birlikte çalıştığı, aile sağlığı elemanı çalışma koşullarının özelliğine göre ebe, hemşire veya sağlık memuru olabilmektedir. Ancak, hemşirelerin, bağımsız işlevleri olan koruyucu sağlık hizmetlerini bağımsız yapamama, sözleşmeli personel olarak çalıştırılma, performansa dayalı hizmet verme, aile hekimliği sözleşmesini imzalamadıkları için zorunlu görevlendirmelere maruz kalma gibi sıkıntılar yaşadıkları bildirilmektedir. Bu durumda hemşirelerin bağımsız rollerini gerçekleştirebilmek ve topluma ulaşabilmek için ek çaba harcamaları gerektiğine işaret etmektedir.<sup>[12]</sup>

Okul ve toplum sağlığı alanlarında çalışan hemşirelerin, çocuklara yönelik cinsel istismarın ortadan kaldırılmasında kamuoyunu harekete geçirme ve buna yönelik programlar geliştirme sorumlulukları vardır. Bu programların amacı, çocukların olası istismar durumlarını tanımalarını, uygun bir yolla tepki göstermelerini ve böyle bir durumda güvendikleri bir erişkine olayı anlatmalarını hedeflemektedir. Sağlık Bakanlığı 5-19 yaş grubundaki çocukların yılda bir kez, öykü, fizik muayene, okul performansı, tarama testleri ve sağlık eğitimini (sağlığın geliştirilmesi, kazaların ve şiddetin önlenmesi, beslenme, dış sağlığı, cinsel sağlık, bağışıklama gibi) kapsayacak şekilde izlenmesini önermektedir.<sup>[11,13]</sup>

Sağlıklı çocukların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında jinekolojik değerlendirmeleri ise rutin değildir. Hemşireler jinekolojik şikayeti olan çocuk hasta ve aileleri ile eğer acil bir durum yoksa jinekolojik değerlendirmelerin yapıldığı polikliniklerde ya da servislerde karşılaşmaktadır. Bu alanlarda çalışan hemşireler aile merkezli bakım ile çocuğun hastaneye kabulünü (tanışma, veri toplama ve bakımı planlama) gerekli ise kapsamlı jinekolojik muayene için ailenin, çocuğun ve ortamın hazırlanmasını, tanı ve tedaviye uyumunu sağlarlar.<sup>[9,11,12,14]</sup> 27515 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği<sup>[15]</sup>’nin ikinci bölümünde de hemşirelerin bakım verme, tedavi planına katılma, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, iletişimi sağlama gibi rollerine açıkça yer verilmektedir.

Bu makalede çocukluk döneminde sık görülen jinekolojik sorunlar ele alınmıştır. Ayrıca, bu yaş grubunun jinekolojik sağlığını koruyup geliştirecek ve hastalıkları erken zamanda tanılamaya katkı sağlayacak hemşirelik rolleri özetlenmiştir.

## Çocukluk Çağında Sık Görülen Jinekolojik Sorunlar

Çocuklarda genital sistemin konjenital anomolileri, vulva-vajinal lezyonlar, genital ve üriner sistem enfeksiyonları, genital neoplazmlar sık görülen jinekolojik sorunlar arasındadır (Tablo 1). McGreal ve Wood<sup>[16]</sup>’un pediatrik ve adölesan grupta yaptıkları çalışmada, sağlık kuruluşlarına başvuru nedenleri arasında vulva-vajinal enfeksiyonlar (%18) ve vulva-vajinal lezyonların (%14) geldiği bildirilmiştir. Latifah ve ark.<sup>[17]</sup> tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise sağlık kuruluşuna başvuru nedeni olarak %57.4 oranında vajinal kanama, %5.6 oranında travma ve vulva-vajinal lezyon, %1.9 oranında ambigulus genitalia olduğu bulunmuştur. Ayrıca, cinsel istismar, zedelenme, kazaya bağlı penetrasyon, ekstremitelerin hızlı abduksiyonu ve pelvik fraktürlere bağlı travma, sıyrıklar, yırtıklar, ekimoz ve hematomların insidansı 4-12 yaş arasında en yüksektir.<sup>[4,18]</sup>

Cinsel istismar, çocuğun en az kendisinden altı yaş büyük bir kişi tarafından cinsel doyum için zorla veya ikna edilerek kullanılması ya da başkasının bu amaçla çocuğu kullanmasına izin verilmesidir. Türkiye’de aile içinde, kurumlarda, toplumda çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel istismarının boyutlarını tam olarak yansıtan geniş çaplı araştırmalar yoktur.<sup>[10,19]</sup> Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu<sup>[20]</sup> tarafından yapılan “Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları” adlı araştırmada; 7-14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık %40’ının anne ve/veya babaları tarafından fiziksel istismara maruz kaldıkları bildirilmektedir. Bununla birlikte, Kozcu<sup>[21]</sup> çocuğa yöneltilen cinsel istismarın aile içi cinsel olayların %80’inin çocuğun önceden tanıdığı kişiler tarafından (akraba, komşu, arkadaş) gerçekleştirildiğini bildirmektedir.

Kız çocuklarında cinsel istismarını gösteren muayene bulguları; himende laserasyon veya nedbe, büyük himenal doku kaybı ile birlikte görülen incelleme ve anüs mukozasında anal kenarın arkasından perianal deriye uzanan laserasyon ve nedbelerdir. Cinsel istismara uğramış çocuklarda kaygı bozuklukları kısa sürede ortaya çıkabilmekte, uyku bozuklukları, kâbuslar fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri gözlenmektedir. Ayrıca, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis, amnezi, aşırı fantezi kurma ve uyurgezerlik ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte cinsel istismar öyküsü olan çocukların daha fazla cinsel saldırıda bulunduğu bildirilmektedir.<sup>[22]</sup>

## Çocukluk Çağında Jinekolojik Değerlendirme ve Hemşirenin Roller

Rutin uygulamalarda kapsamlı jinekolojik muayenenin adölesan dönemin başlarında, 13-15 yaşları arasında yapılması

**Tablo 1:** Çocukluk Çağında Sık Görülen Jinekolojik Sorunlar [3,5,18,23-26]

	Jinekolojik Sorunlar	Muayene Belirti ve Bulguları
Genital Sistemin Konjenital Anomalileri	<b>Bifid klitoris, vulvanın duplikasyonu</b>	Klitoris büyük, labium minorler şekilleri ve büyüklükleri bakımından son derece farklıdır.
	<b>Ambiguss genitalia</b>	Alt genital kanalda maskülarizasyon, cinsiyette karışıklık, sınırlı gelişim, klitoral büyüme ve/veya labiumlarda belirginleşme
	<b>İmperfore himen</b> (insidansı: 1/1000)	Puberte ile birlikte tanınır. Vajina içerisinde sıvı birikimi (mukokolpos, hematokolpos), idrar yapma bozuklukları, ergenlik döneminde birincil amenoreye eşlik eden döngüsel ağrı yakınması vardır.
	<b>Vajinal septumlar ve ageneziler</b> (insidansı: 1/5000) <b>Uterus anomalileri</b> En sık %37 oranında uterusbikornus görülür.	Vajinal anomalilerin bir çoğu uterus anomalileri ile birlikte görülür. Çoğunlukla çocukluk döneminde belirti vermez. Ergenlik döneminde menstrüasyonun görülmemesi veya menstrüel kanın vajenden tam olarak atılmayıp ağrıya neden olması durumunda tanı konulabilir.
	<b>Vajinada sonlanan ektopik üreter ya da anüs</b>	Vajinadan sarkan kistik bir kitle Eğer üreterden ya da anüsten vajene geçiş varsa irritasyon ve vajinit Vajinadan gelen idrar ya da gaitanın görülmesi
Vulvovajinal Lezyonlar	<b>Yabancı cisimler</b>	Kanlı, kötü kokulu, vajinal akıntı Vajinada yabancı cismin görülmesi
	<b>Uretralprolapsus</b> (insidansı: 1/2880)	Kanama, üretra ve vajen çevresinde ödem
	<b>Liken skleroz</b> (insidansı: 1/300-1/1000)	Beyaz, kolaylıkla morarıp kanayan, papül veya plaklar; vulvada irritasyon, idrar yaparken ağrı, kaşıntı
	<b>Labiumlarda yapışıklık</b>	Genellikle 2-6 yaş arasında görülür. Kaşıntı, labiumların yüzeyel katlarının sıyırılması ve karşılıklı yeniden epitalizasyonlar, vajinanın girişinin kapanmasına bağlı idrar birikimi, enfeksiyon
	<b>Travma, sıyrıklar, yırtıklar, ekimoz ve hematomlar</b> (insidansı: 2/1000)	Vulvada, vajende yuvarlak, sert, ekimotik, hassas bir kitle; vulva vajinal bölgedeki doku bütünlüğünde bozulma
Genital ve Üriner Sistem Enfeksiyonları	<b>Vulvovajinitler</b> En sık görülen (%40-50) jinekolojik şikayettir	Çok miktarda kötü kokulu genital akıntı, huzursuzluk, ciddi kaşıntı, yanma hissi, sürüntü örneğinde çok sayıda lökosit, nadir eritrosit
	<b>Üriner sistem enfeksiyonları</b> Sağlıklı çocuklarda prevalansı %1'dir.	Yenidoğanda; sistit genellikle beslenme bozukluğu, huzursuzluk, büyüme bozukluğu, kusma veya abdominal distansiyon Küçük çocuklarda sistit, tuvalet eğitiminin uygun yaş grubunda başarısız olması, enürezis, inkontinans, sık idrara çıkma ve dizüri
<b>Genital Neoplazmlar</b>		En sık görülen over tümörleridir. Kız çocuklarında görülen tümörlerin %1'ini oluşturur. Travma olmaksızın dış genital organlarda oluşan şişlikler, vajinadan dışarı sarkan dokular, vajinal kanama, karında ağrı ve şişlik
<b>Puberte Anomalileri</b> <b>Prekoks puberte (erken puberte)</b> Görülme sıklığı %1'den azdır.		Sekiz yaşından önce sekonder seks karakterlerinin, 10 yaşından önce menarşın görülmesidir.

önerilmektedir. Bununla birlikte bir kız çocuğunun ilk jinekolojik muayenesinin doğum salonunda başladığı söylenebilir. Hemşirenin yenidoğan bebeğe bakım verirken dış üreme organlarını ayrıntılı muayene etmesi ileri jinekolojik muayeneye gerek olmadan yeterlidir.<sup>[5,23]</sup>

Çocukluk çağında jinekolojik sağlığı değerlendirmede sağlam çocuk izlemleri önemli bir yer tutar. Sağlam çocuk izlemi; öykü, fizik muayene, büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi, başışıklık, tarama testleri ve sağlık danışmanlığı kapsayan bir temel sağlık hizmetidir. Beslenme bozukluğu, doğuştan kalça çıktığı, genital sistem anamolileri gibi sorunları erken zamanda tanımlanabilmektedir. Sağlık hizmetine ulaşmada güçlük çeken aileler için ev ziyaretleri önem kazanmaktadır.<sup>[9,11]</sup> Sağlam çocuk izlemi kapsamında yapılabilecek jinekolojik değerlendirmeler ile toplumun üreme sağlığı korunup geliştirilmekte, gelişen jinekolojik sorunlar erken zamanda tanılanıp tedavi edilebilmektedir. Böylelikle bu yaş grubundaki çocukların üreme sağlığı güvence altına alınabilir.<sup>[3,4,5,18]</sup>

Hemşirelerin hem ailelere hem de çocuklara vereceği sağlık eğitimleri ve danışmanlık hizmetleri olası sağlık sorunlarının önlenmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında çok önemlidir.<sup>[25]</sup> Çocukların jinekolojik hastalıklardan korunması, cinsel sağlığı ve üreme sağlığının geliştirilmesine ilişkin ailelere verilecek eğitim ve danışmanlık hizmeti çocukların psiko-sosyal gelişim dönemlerine göre farklılık göstermektedir.

**Yenidoğan dönemi;** kız çocuklarında maternal östrojenin devam eden etkisi nedeniyle memelerde dolgunluk, vajinal mukozada beyazımsı, pembe renkte bir akıntı olabilir. Bu akıntının normal olduğu ve zamanla geçeceği, memelere masaj yapılmaması gerektiği aileye söylenmelidir. Ailenin eğitiminde, bebeklerin cilt bütünlüğünü korumak ve enfeksiyonları önlemek için bebeğin perine temizliğini önden arkaya doğru yapmaları, genel vücut hijyenine dikkat etmeleri, bebeği anne sütü ile beslemelerine vurgu yapılmalıdır.<sup>[5,11]</sup>

**Oyun ve okul öncesi (ilk çocukluk) dönemi;** ürogenital enfeksiyonlar sıklıkla perine bölgesinin yeterince temiz tutulmaması, gaita ile kontaminasyonu, deterjan, sentetik iç çamaşırı veya bezler ile tahrişi sonucu gelişir. Ayrıca, çocukların burun ve boğaz salgıları ile bulaşmış elleri perineyi ve vajinayı kontamine edebilir. Özellikle üriner enfeksiyonlar bu yaş grubu çocuklarda açıklanamayan ateşin %5'inden sorumludur. Ailelere ve çocuklara el ve perine hijyeni hakkında bilgi verilmelidir.<sup>[5,9,11]</sup> Aşırı mastürbasyon, kaza, yaralanmalar ve yanıklar bu dönemdeki sağlık sorunları arasındadır. Benjamins<sup>[25]</sup> bu yaş dönemindeki kız çocuklarında görülen genital travmaların sıklıkla oyuncak benzeri bir obje üzerine düşmeden, hayvan ısırıklarından ya da trafik kazalarından olduğunu bildirmektedir Yapanoğlu ve ark.<sup>[27]</sup> yaşları 2 ile 15 arasında olan çocuklarla yaptıkları bir çalışmada, ürogenital sistem travmalarının %53'ünün trafik kazası, %30.3'ünün yüksekten düşme, %10.7'sinin spor ve %5.3'ünün hayvan saldırısı nedeniyle olduğunu bildirmektedir. Bu dönem, çocukların yürümeye başladığı dönem olması nedeni

ile çocukların kaza ve yaralanmalardan korunması konusunda ailelerin bilgilendirilmesi önemlidir. Üç-beş yaş dönemindeki çocuklar çevresine, kendisine, cinsel organına ve cinsel farklılıklara karşı merak ve öğrenme eğilimi taşır. Bu nedenle aileler, çocukların soruları karşısında sabırlı olmaları ve uygun ve doğru yanıt vermeleri konusunda desteklenmelidir. Bu dönemde aileler çocukların mastürbasyon yapmasından duydukları rahatsızlığı dile getirebilirler. Ailelere çocukluk mastürbasyonunun aşırı kaygı duyulacak bir durum olmadığı konusunda bilgi vermek önemlidir. Ayrıca, çocuğun ilgisini başka bir yöne çekmeye çalışmanın, mastürbasyon davranışı ortaya çıkmadan önce çocuğa bu davranışın yerine geçebilecek keyif veren yeni bir seçenek sunmanın yararlı olabileceği aileye açıklanmalıdır.<sup>[11,6,11]</sup>

**Okul çağı (son çocukluk) dönemi;** 6-11 yaş grubu çocuğun ve ailesinin beslenme, hijyen, enfeksiyonlardan korunma, yaralanmalar hakkında bilgilendirilmesi önemlidir. Bu eğitimleri okul, çocuk ve halk sağlığı hemşireleri birlikte verebilirler.<sup>[11,13]</sup> Hemşireler, servikal kanserden korunmada son yıllarda önem kazanan human papilloma virüsü (HPV) aşısı ile kız çocukların (özellikle 10-15 yaşlarında) başışıklanması konusunda anneleri bilgilendirebilir.<sup>[28,29]</sup> Natan ve ark.<sup>[28]</sup> HPV başışıklanması hakkında yaptıkları çalışmada, annelerin HPV hakkındaki bilgi düzeyini artırmada ve kızlarına HPV aşısı yaptırma kararını vermelerinde hemşirelerin etkili olduğunu bildirmektedir. Yine bu çalışmada, düzenli papsmear yaptıran kadınların, çocuklarını HPV ile başışıklamada daha kararlı oldukları tespit edilmiştir.<sup>[28]</sup> Bu nedenle çocuğun jinekolojik sağlığı annenin sağlığı ile yakından ilişkilidir. Hemşireler annelerin sağlık motivasyonunu geliştirecek girişimlerde bulunarak dolaylı yoldan çocukların sağlıklarını da etkilemektedir.

## Çocukluk Çağında Jinekolojik Muayene

Çocukluk çağında sağlam çocuk izlemleri kapsamında veya jinekolojik bir şikayetle birinci basamak sağlık kuruluşuna gelen çocuklara muayeneyi hemşire yapabilir. İleri değerlendirme için sevk edilen ve/veya aile tarafından doğrudan ikinci ve üçüncü basamağa getirilen çocukların muayenesini jinekolog ve hemşire birlikte yapabilir. Çocuğun jinekolojik muayenesi kapsamında; ortamın hazırlanması, muayeneye hazırlık, anamnez alma, inspeksiyon ve palpasyon ile değerlendirme ve kayıt basamakları yer alır.

## Ortamın Hazırlanması

Türkiye'de çocukların jinekolojik sorunlarında çoğunlukla yetişkinlere hizmet veren sağlık kurumları devreye girmektedir. Ancak, çocukluk çağı jinekolojisi özel bakım gerektiren bir alandır. Çocuğu muayene edilecek ortamın bu yaş grubu özelliklerinde olması gerekir.<sup>[3,18]</sup> Hemşire, ortamı çocuğa zarar vermeyecek, çocuğun muayene esnasında dikkatini dağıtabilecek, muayenenin olumsuz psikolojik etkisini azaltacak şekilde düzenlemelidir. Muayene odasının ailenin oturabileceği genişlikte, 18-22°C arasında ve aydınlatmasının yeterli olması gerekir.

Muayene odasında 1-3 yaş için kuklalar, renkli kutular, 3-6 yaş için logolar ve yap-bozlar, 6 yaş ve üzeri çocuklar için ise kitaplar bulunabilir. Ayrıca, 6-12 yaş grubu çocukların giyinip soyunması için mahremiyetinin korunduğu bir yerin olması gereklidir.<sup>[11]</sup>

## Muayeneye Hazırlık

Bu dönemdeki çocuklara yaklaşımda yaşanan en büyük engel iletişim ve güven kurmadaki aksaklıklardır. Çocuk ile güven kurma aile ile iyi bir iletişim içinde olmayı gerektirir. Hemşire, aileye ve çocuğa kendine tanıtmalı, ilgili ve saygılı davranmalı, yapılacak muayenenin amacını, ne gibi bulgular elde edilebileceğini açıklamalıdır. Bu dönemdeki hastaların farklı olgunlaşma düzeylerinden dolayı iletişimde farklı yaklaşımlar geliştirmek önemlidir.<sup>[4,5,30]</sup>

**Bebeklik dönemi (0-1 yaş):** Bu yaş grubunun hazırlığında bebek-aile iletişiminin kurulması önemlidir. Bu nedenle muayene mutlaka aile ile birlikte yapılmalıdır. Hemşire muayene öncesi bebeği kucağına alarak, bebeğe ismi ile seslenerek ve göz teması kurarak ve bebeklik dönemi özelliklerini vurgulayarak ailenin bebek ile etkili iletişim kurmasını sağlamada rol model olabilir. Aileye muayenenin bebeğin cinsel büyüme ve gelişmesini değerlendirmek amacı ile yapıldığı açıklanır ve onayı alınır. Rahat bir muayene geçirmesinde anne bebek iletişiminin önemi vurgulanır. Bebeğin muayene öncesi fizyolojik gereksinimlerinin tam olarak yerine getirilmiş olması önemlidir.<sup>[11,31]</sup>

**Oyun ve okul öncesi (ilk çocukluk) dönemde (2-6 yaş):** Bu dönem çocuğunda hastaneye ilişkin hoş olmayan bir deneyim yaşanırsa hemşire ya da doktordan korkabilir. Bu yaş grubu çocuklar genellikle kaygının geliştirdiği içe çekilme savunma mekanizması ile yabancı kişiler onunla iletişim kurmak istediğinde gözlerini kaçıtır ve ortamdaki uzaklaşır. Hemşire, muayene öncesi

çocukla iletişime geçerken onun güvenini ve sevgisini kazanmalı, karşılıklı oturarak ya da oyun oynayarak iletişim kurmalıdır. Bebeklik döneminde olduğu gibi bu dönemde de çocuğun aile yanında olması kaygı ve korkusunu azaltabilir.<sup>[11,32]</sup>

**Okul çağı (son çocukluk) döneminde (6-11 yaş):** Bu dönem çocuğun okul ile birlikte sosyalleştiği, iletişim becerilerinin arttığı, bağımsız karar verme ve kendini kanıtlama dönemidir. Bu dönemdeki çocukları soru sorması için teşvik etmek, onların sorularına basit ve anlaşılır cevaplar vermek, düşünce istek ve kaygılarına saygı duymak hem çocuğu hem de aileyi rahatlatır. Çocukların yedi yaş dolaylarında sağlık ve hastalığa ilişkin görüşlerinin belli bir düzeye ulaştığı, söylenenleri anlayabilecek durumda olduğu bildirilmektedir. Hemşire, muayenenin onun sağlıklı gelişiminin değerlendirilmesinin bir parçası olduğunu çocuğa açıklayabilir. Bu açıklamalar yapılırken tıbbi terimler kullanılmaktan kaçınılmalıdır. Çünkü çocuk tıbbi terimlere farklı anlamlar yükleyebilir.<sup>[11,30]</sup>

## Anamnez Alma

Altı yaşından büyük çocuklarda, jinekolojik muayene öncesi birebir kendisinden değilse ailesinden ayrıntılı anamnez alınmalıdır. Anamnezin amacı ailenin ve çocuğun riskli davranışlarını ortaya çıkarmak, var olan jinekolojik sorunları saptamaktır. Anamnez; çocuğun hijyeni, idrar ve gaita yapma durumu, genital bölge temizliğinde kullanılan ürünler, dizüri, akıntı ve kızarıklık gibi şikayetlerinin sorgulanmasını içermelidir. Ürojinekolojik sorunlar sıklıkla jinekolojik sorunların içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle jinekolojik anamneze ürolojik öykü de dahil edilmelidir.<sup>[4,5,18,24]</sup>

Çocuk rutin sağlam çocuk izlemi dışında bir jinekolojik muayeneye getirildiğinde cinsel istismar bir olasılık olarak akla

**Tablo 2: Yaş Gruplarına Göre Normal Jinekolojik Gelişim Özellikleri<sup>[4-6,18,23,35-37]</sup>**

Yaş grupları	Normal jinekolojik özellikler ve muayene bulguları
Yenidoğan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vajina atrofiktir ve pH'ı yeterince asidik değildir.</li> <li>Vulva ince, yağsız, kıldan yoksundur.</li> <li>Anneden gelen östrojenin etkisi ile labiumlar ödemli, klitoris hafif büyük, memelerde dolgunluk süte benzer akıntı bulunabilir.</li> </ul>
1-6 yaş grubu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vajinal mukoza ince, hiperemik ve atrofik görünümündedir.</li> <li>Labiumlar ince, himen yaklaşık 0.5 cm çapındadır.</li> </ul>
7-9 yaş grubu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Progesteron ile karşılanmamış östrojenin neden olduğu kalın, beyaz ve bulanık bir akıntı vardır.</li> <li>Dış genital organlar monspubis ve labiumlar olgunlaşmıştır ve himen kalınlaşmıştır.</li> <li>Adrenal androjen etkisiyle koltukaltında ve pubiste kıllanma görülebilir.</li> <li>8 yaşından sonra meme gelişimi ya da pubiste kıllanma görülebilir.</li> </ul>
10-13 yaş grubu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vajen mukozası esneme yeteneği kazanmıştır.</li> <li>Monspubis ve labiumlar olgunlaşmaya devam ederek erişkin şekle dönüşmüştür ve himen çapı 1cm kadardır.</li> <li>On yaşından itibaren menarş görülebilir.</li> </ul>

getirilmelidir. Cinsel istismar, çocuk istismarı tipleri içerisinde saptanması en zor olanıdır. Ancak çocuk, cinsel istismar sırasında fiziksel olarak zarar görmüşse ya da istismarı anlatmaya çalışıyorsa ortaya çıkar.<sup>[22,33]</sup> Çocukta fiziksel istismarın en sık rastlanılan şekli genellikle disiplin ve cezalandırma amacıyla uygulanan dayaktır. Dayak sırasında bir tokattan alet kullanmaya kadar geniş bir spektrumda olabilir. Cinsel tacize uğrayan çocuklar sıklıkla birine açılmakta çekingen davranırlar. Hemşire cinsel istismardan şüphelendiği durumlarda çocuğa “Herhangi bir kişi sevmediğin ya da senin kendini rahat hissetmediğin şekilde sana dokundu mu?” sorusunu yöneltebilir. Bazen çocuklar kendileri yerine bir başka çocuktan söz edebilirler. Çocukta davranış değişikliği tacizin diğer bir ifade biçimidir. Örneğin, 0-3 yaş arası çocuklarda yeme ve uyku bozuklukları, yabancılardan korkma ve cinsel oyunda bulunma gibi davranış değişiklikleri görülebilir. 3-6 yaş arası çocuklarda ise bebek gibi konuşma, içe çekilme, birine yapışma, enürezis, enkoprezis, yeme ve uyku bozuklukları, agresyon, boyun eğme davranışı, sık ve devamlı cinsel oyun, mastürbasyon gözlenebilir. Bu nedenle anamnez alınırken bu belirtiler var ise aile ve çocuk birlikte araştırılmalıdır.<sup>[22,34,35]</sup>

### İnspeksiyon ve Palpasyon ile Değerlendirme

Anamnez alındıktan sonra, genel fizik muayeneye geçilebilir. Fizik muayenede çocuğun genel durumu, beslenme şekli, vücut yağ dağılımı, kıllanma durumu, boy, kilo, deri, baş, boyun, kan basıncı, nabız, kardiyovasküler sistem, iskelet kas sistemi ve meme gelişimi değerlendirilir. Çocuğun jinekolojik muayenesi abdominal ve dış genital bölgenin muayenesini içerir. Çocuklarda spekulum muayenesi rutin olarak yapılmaz, öykü ve dış genital bölgenin muayene sonucuna göre planlanır. Abdominal muayene inspeksiyon ve palpasyonla yapılır. İnspeksiyon ile karnın biçimi, rengi, kıllanma durumu, skar dokuları, göbeğin yeri değerlendirilir. Palpasyon ile karnın sertlik, kitle ve hassasiyet açısından muayene edilir.<sup>[4,5,23,24]</sup>

Çocukların jinekolojik değerlendirmelerinde bacaklığa gerek yoktur. Çocuk sırtüstü düz pozisyonda, dizler dışa fleksiyonda, ayaklar birleşmiş halde kurbağa-bacak postürü kullanılarak muayene edilebilir. Ayrıca, beş yaşa kadar çocuklarda, çocuğun anne kucağında oturabileceği, dizleri bükülmüş, topukları annenin dizleri üzerinde labiumların yana çekildiği anne kucağı pozisyonu da kullanılabilir. Diz göğüs pozisyonu labiumların başparmak ve işaret parmağı arasında sıkıştırılarak yanlara, öne ve aşağıya çekilmesiyle (vajinal traksiyon) introital bölge, perinenin yanlara ve aşağıya doğru çekilmesi ile (supin-lateral ayırma metodu) vestibüller değerlendirilebilir.<sup>[4,5,35,36]</sup>

Dış genital bölgenin inspeksiyon ile muayenesinde genital bölgenin gelişimi, temizliği, kıllanma durumu, klitoris yeri, büyüklüğü, vulvadaki lezyon, ülserasyon, ödem, renk değişikliği, tümör kitle varlığı değerlendirilir. Bu muayenede kabaca saat 12 hizasında klitoris, saat 6 hizasında vajinal forset görülmelidir. Daha sonra labiumlar aralanarak üretra ağzı, himenin yapısı,

akıntının varlığı, özelliği, vulvadaki renk ve koku değişikliği, vulvada palpe edilen herhangi bir kitlenin bulunup bulunmadığı değerlendirilir. Muayeneyi kolaylaştırmak için çocuğun dikkatini başka yöne dağıtmak amacıyla annenin çocuk ile konuşması sağlanabilir ya da çocuğun eline bir oyuncak verilebilir.<sup>[5,23,24]</sup> Bu yaş gruplarına göre normal jinekolojik gelişim özellikleri ve muayene bulguları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Hemşirelerin, cinsel istismara uğrayan çocukları jinekolojik muayene sırasında erken tanılama şansı vardır. Çocukluk dönemindeki cinsel istismarın ortaya çıkmasında en önemli adım çocuğun açık ve kesin ifadesidir. Ancak, çocuklar çoğunlukla bu durumun günahından dolayı bir ceza olduğunu sanır. Terk edileceğine dair korku yaşar ve utanç, suçluluk duyguları ile bu şiddeti saklar. Bu nedenle muayene bulgularının çok büyük değeri vardır. Çocuğun inspeksiyon ile yapılan muayenesinde eritem, ödem, morluklar, soyulmaların varlığı, himene temasın olup olmadığı incelenmelidir. Bununla birlikte, fizik muayenede fiziksel ihmal ve/veya istismar belirtisi olan (kirli ve bakımsız görünüm, büyüme gelişme geriliği, vücutta çizik, ısırık, çimdik benzeri yaralanma izleri gibi) çocuklarda olası cinsel istismar varlığı düşünülmelidir. Eğer cinsel istismardan şüpheleniliyorsa bu durum mutlaka bildirilmelidir.<sup>[4,5,18,22,33]</sup> Hemşire çocuğun jinekolojik muayenesinde çocukta yaşına uygun olmayan jinekolojik özellik, pubis kıllanması ve meme gelişiminden herhangi birini tanılarsa ya da Tablo 1’deki muayene belirti ve bulgularına rastlarsa çocuğu mutlaka bir çocuk hekimine sevk etmelidir.

### Kayıt Tutma

Hemşire yapılan tüm işlemleri, muayene sonuçlarını çocuğun bir sonraki jinekolojik muayenesi için temel oluşturacak şekilde ayrıntılı ve çalıştığı kurumun prosedürüne uygun olarak kaydetmelidir. Kayıt perine hijyenini, meme gelişimini, pubiste kıllanma durumunu, himenin yapısını, klitoris büyüklüğünü de içermelidir.<sup>[5]</sup>

### Sonuç

Kız çocuklarının jinekolojik sağlığı yönünden, hemşirelerin ailelere ve çocuklara vereceği sağlık eğitimleri ve danışmanlık hizmetleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında ve olası sağlık sorunlarının önlenmesinde çok önemlidir. Hemşireler, sağlam çocuk izlemlerinde, kız çocuklarına rutin olarak jinekolojik değerlendirme ve muayene yaparak sorunları erken zamanda tanımlayabilir ve çocukların hem genel hem de jinekolojik sağlıklarının korunup geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Böylelikle bu yaş grubundaki çocukların büyüdüklerinde normal üreme ve cinselliğe devam etmeleri sağlanabilir. Bununla birlikte hemşire dışı sağlık personeli de aile sağlığı elemanı olarak çalışıldığından bu hizmetlerin kalitesi ve devamlılığı açısından sıkıntılar bulunmaktadır. Bu nedenle primer sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin bağımsız rollerini uygulamalarına imkan

verecek yasal düzenlemelere gereksinim vardır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında ise hemşirelik mevzuatında yapılan son düzenlemeler ile hemşirelerin toplumun sağlığını koruyup geliştirmek adına kullanabilecekleri bağımsız rolleri açıkça tanımlanmıştır. Bu kapsamda sunulan hizmetlere de hemşirelerin etkin katılımı önem kazanmaktadır. Bu nedenle hemşireler, yetişkin dönemde ortaya çıkan sağlık sorunlarının çocukluk döneminde şekillenen yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğunu bilmeli; olumlu sağlık davranışı kazandırmak, hastalıkları erken zamanda tanınmak ve sağlığı koruyup geliştirmek amacıyla hem ailelere hem de çocuklara bakım verme, tedavi planına katılma, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, iletişimi sağlama gibi rollerini geliştirmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme sağlığına giriş. Ankara: Buluş Tasarım ve Matbaacılık; 2009.
2. World Health Organization (WHO). Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health 2010. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_FCH\\_10.06\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf) (Erişim tarihi: 03.06.2011).
3. Elford KJ, Spence JEH. The forgotten female: Pediatric and adolescent gynecological concerns and their reproductive consequences. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2002;15: 65-77.
4. Gezer A, Uludağ S. Çocuklarda jinekolojik sorunlar. *Türk Pediatri Arşivi* 2007; 42: 1-5.
5. Finkenzeller AD, Loveless MB. Pediatrik jinekoloji. In: Johns Hopkins Jinekoloji ve obstetri el kitabı. Çeviri, E. Oral. 3. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, Öncüt Basım Evi; 2008. s.363-379.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık hizmetlerinde okul sağlığı kitabı. Sağlık Bakanlığı yayın no: 719. Ankara: Yücel Ofset Matbaacılık; 2008.
7. Paula K, Braverman MD, Breech L. Gynecologic examination for adolescents in the pediatric office setting. *Pediatrics* 2010; 126 (3): 583-590.
8. Haglund K. Recommendations for sexuality education for early adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2006; 35(3): 369-375.
9. Evliyaoglu N. Sağlam çocuk izlemi. *Türk Pediatri Arşivi* 2007; 42: 6-10.
10. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Neglect* 1997;2:391-398.
11. Ocakçı A. Çocuğun aile merkezli bakımı. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi yayın no: 31 Zonguldak: Dökel Matbaası; 2006.
12. Uysal A. Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşire nerede? *Toplum ve Helim* 2005;20(6):448-454.
13. Güler G ve Kubilay G. Bir ilköğretim okulu öğrencilerinin fiziksel bakım sorunlarının çözümlenmesinde toplum sağlığı hemşiresinin etkinliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 9(1): 15-23.
14. Yıldız S. Acile başvuran çocuk ve aileye psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9(3): 69-77.
15. Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği, 8 Mart 2010 (Resmî Gazete no: 27515). <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2> (Erişim tarihi: 03.06.2011).
16. McGreal S, Wood PL. A study of paediatric and adolescent gynaecology services in a British district general hospital. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2010;117:1643-1650.
17. Latifah H, Michael F, Jehad Al-Harmi D, Mohd AT. The scope of pediatric and adolescent gynecological problems in Kuwait. *Medical Principles and Practice* 2010;19:384-389.
18. Powell J. Paediatric vulval disorders. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006; 26(7): 596-602.
19. Vatanserver Ü, Duran R, Yolsal E, Aladağ N, Öner N, Biner B, Karasalihoğlu S. Pediatrik acilde çocuk istismarı ihmali olasılığını akıldta tutalım. *Türk Pediatri Arşivi* 2004; 39: 4-120.
20. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları, tartışma ve öneriler. 1995. [http://www.aile.gov.tr/files/kutuphane\\_20\\_Aile\\_Ici\\_Siddetin\\_Sebep\\_ve\\_Sonuculari.pdf](http://www.aile.gov.tr/files/kutuphane_20_Aile_Ici_Siddetin_Sebep_ve_Sonuculari.pdf) (Erişim tarihi: 03.06.2011).
21. Kozcu Ş. Çocuk istismarı ve ihmali. Aile yazıları 3, Birey kişilik ve toplum. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Bilim Serisi yayın no: 5/3 Ankara: Devran Matbaası;1990. s.379-390.
22. Tıraşçı Y ve Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi* 2007; 34(1): 70-74.
23. Kadayıfçı O, Ürünsak İF, Demir CS. Adölesan jinekolojisi. In: Çeviri, E. Attar ve B. Ata. Gome'l'in jinekolojisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2007. s. 591-605
24. Atasü T, Şahmay S. Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2001.
25. Benjamins LJ. Division of adolescent medicine, department of genital trauma in pediatric and adolescent females. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2009; 22: 129-133.
26. Lang ME, Darwish A ve Long AM. Vaginal bleeding in the prepubertal child. *Canadian Medical Association Journal* 2005;172(10):1289-1290.
27. Yapanoğlu T, Aksoy Y, Ziyapak T ve Özbey İ. Son 10 yılda ürogenital sistem yaralanması olan çocuklardaki klinik yaklaşımlarımız. *Türk Üroloji Dergisi* 2005;31(1):74-78.
28. Ben Natan M, Aharon O, Palickshvili S ve Gurman V. Attitude of Israeli mothers with vaccination of their daughters against human papilloma virus. *Journal of Pediatric Nursing* 2011; 26: 70-77.
29. Dursun P, Kuşçu E, Hulusi BZ ve ark. 10-15 yaş arası çocuğu olan annelerin HPV aşısı hakkındaki bilgi ve tutumları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2009;6(3):206-210.
30. Thompson VL, Hupcey JE ve Clark ME. The development of trust in parents of hospitalized children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 2003; 8(4):137-147.
31. Erdeve Ö. Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı ailenin yeri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009; 51:199-203.
32. Arslan F. 1-3 yaş dönemindeki çocuğun oyun ve oyuncak özelliklerinin gelişim kuramları ile açıklanması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2000; 4 (2):40-43.
33. Friedrich WN, Fisher J, Dittner C, Acton R, Beliner L, Butler J, Damon L, Davies WH, Gray A ve Wright J. Child sexual behavior inventory: normative, psychiatric and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment* 2001; 6: 37-49.
34. Ovayolu N, Uçan Ö ve Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(4):14-22.
35. Lahoti SL, McClain N, Girardet R, McNeese M ve Cheung K. Evaluating the child for sexual abuse. *American Family Physician* 2001; 63: 883-892.
36. Lee I. Child sexual abuse and pediatricians. *Korean Journal of Pediatrics* 2009;52(11): 1200-1206.
37. Nusbaum MRH. Ergen cinselliği. In: South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL, editors. *Current aile hekimliği tanı ve tedavi*. Çev. ed. Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2007.s. 160-169.