

İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DERGİSİ

Nisan / April 2017

Cilt / Volume 7

Sayı / Number 1

Editör (Editor)
Doç. Dr. Hurit APA

Yardımcı Editörler (Associate editors)

Doç. Dr. Ebnem ÇALKAVUR

Doç. Dr. İker DEVRİM

Doç. Dr. Gülden DİNİZ (agdiniz@gmail.com)

Doç. Dr. Timur MELEK

Uz. Dr. Birsen TULLU

Sahibi / Owner on Behalf of İzmir Dr. Behçet Uz Children's Hospital: Doç. Dr. Hurit APA

Yazı İşleri Müdürü / Publishing manager: Doç. Dr. İker DEVRİM

Yazışma adresi/Correspondence: Doç. Dr. Gülden Diniz
Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alsancak - İzmir

<http://www.buch.gov.tr>

Bu dergi Tübitak-Ulakbim'in Türk Veri Tabanı'nda, EBSCO Publishing ve ESCI (Emerging Sources Citation Index) arşivinde indekslenmektedir.

**Bu derginin İngilizce damı manlı, Kazancı Medikal Tercüme'den
tıbbi çevirmen Yrd. Doç. Dr. Gürkan Kazancı tarafından yapılmıştır.**



Yayımlayan Kuruluş : LOGOS YAYINCILIK T.C.A.
Yıldız Posta Cad. Sinan Apt. No. 36 D. 66/67 34349 Gayrettepe- İstanbul
Tel: (0212) 288 05 41 - (0212) 288 50 22 **Faks:** (0212) 211 61 85
www.logos.com.tr logos@logos.com.tr

Yayın Türü: Yerel Süreli
Baskı Yeri/Matbaa: LOGOS YAYINCILIK

Yılda üç kez yayımlanır
(Nisan-Ağustos-Aralık)
(Published three times a year)

BU SAYININ DANI MA KURULU (ADVISORY BOARD OF THIS ISSUE)

Cezmi AKKIN
Hur it APA
Berna ATABAY
Nuri BAYRAM
Burcu ÇAKALOZ
ebnem ÇALKAVUR
Güliden D N Z

Önder DOKSÖZ
Hülya ELL DOKUZ
Eyüp SABR ERCAN
Erhan ESER
Yusuf GÜRBÜZ
Münevver HO GÖR
Mert KUMBARACI

Nilgün KÜLTÜRSAY
Timur ME E
Ye im OYMAK
Nuray ÖZGÜLNAR
Arif Taylan ÖZTÜRK
Hülya TOSUN YILDIRIM
Canan VERG N

DANI MA KURULU (ADVISORY BOARD)

Doç. Dr. Hasan A IN
Prof. Dr. Cezmi AKKIN
Prof. Dr. Safiye AKTA
Uz. Dr. Serdar ALTINÖZ
Doç. Dr. Murat ANIL
Doç. Dr. Hur it APA
Prof. Dr. Sertaç ARSLANO LU (talya)
Prof. Dr. Suna AS LSOY
Uz. Dr. Berna ATABAY
Doç. Dr. Füsün ATLIHAN
Prof. Dr. Zehra AYCAN
Uz. Dr. Özlem BA
Prof. Dr. Mustafa BAK
Doç. Dr. Arzu BAKIRTA
Doç. Dr. Ma allah BARAN
Doç. Dr. Nuri BAYRAM
Doç. Dr. Özlem BEKEM SOYLU
Prof. Dr. lknur BOSTANCI
Prof. Dr. Demet CAN
Doç. Dr. ebne m ÇALKAVUR
Doç. Dr. Tanju ÇEL K
Prof. Dr. Salih ÇET NKUR UN
Doç. Dr. Korcan DEM R
Uz. Dr. Bengü DEM RA
Prof. Dr. Sergülen DERV O LU
Doç. Dr. lker DEVR M
Doç. Dr. A. Güliden D N Z ÜNLÜ
Prof. Dr. Ceyhun D ZDARER
Doç. Dr. Nuray DUMAN
Doç. Dr. Çi dem ECEV T
Prof. Dr. Hülya ELL DOKUZ
Doç. Dr. Ay e ERBAY
Prof. Dr. Derya ERÇAL

Uz. Dr. Cahit Barı ERDUR
Prof. Dr. Betül ERSOY
Prof. Dr. Erhan ESER
Doç. Dr. Ferah GENEL
Doç. Dr. Nesrin GÜLEZ
Doç. Dr. Pamir GÜLEZ
Doç. Dr. lker GÜNAY
Doç. Dr. Türkan GÜNAY
Uz. Dr. Semra GÜRSOY
Uz. Dr. Salih GÖZMEN
Uz. Dr. Filiz HAZAN
Uz. Dr. Murat HIZARCIO LU
Doç. Dr. Münevver HO GÖR
Doç. Dr. Dilek NCE
Doç. Dr. Rana GÜDER
Prof. Dr. Sema KALKAN UÇAR
Doç. Dr. Orhan Deniz KARA
Prof. Dr. rfan KARACA
Doç. Dr. Tuba KARAPINAR
Uz. Dr. Aytaç KARKINER
Uz. Dr. ule KARKINER
Prof. Dr. Salih KAVUKÇU
Uz. Dr. Meltem KIVILCIM
Prof. Dr. Nilgün KÜLTÜRSAY
Prof. Dr. Semra KURUL
Uz. Dr. Melis KÖSE
Doç. Dr. Balahan MAKAY
Doç. Dr. Timur ME E
Prof. Dr. Nazmi NAR N
Prof. Dr. Nur OLGUN
Prof. Dr. Mustafa OLGUNER
Doç. Dr. Özgür OLUKMAN
Doç. Dr. Akgün ORAL

Prof. Dr. Resmiye ORAL (ABD)
Doç. Dr. Ragıp ORTAÇ
Doç. Dr. Ye im OYMAK
Doç. Dr. Alpay ÖZBEK
Doç. Dr. Aylin ÖZBEK
Uz. Dr. Erhan ÖZBEK
Prof. Dr. Erdener ÖZER
Prof. Dr. Esra ÖZER
Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR
Prof. Dr. Behzat ÖZKAN
Prof. Dr. Osman Nejat SARIOSMANO LU
Doç. Dr. Arzu ENCAN
Prof. Dr. Aydın ENCAN
Doç. Dr. Erkin SERDARO LU
Prof. Dr. Gül SERDARO LU
Prof. Dr. O uz SÖYLEMEZO LU
Prof. Dr. Süheyla SÜRÜCÜO LU
Doç. Dr. Nermin TANSU
Prof. Dr. Hasan TEKGÜL
Uz. Dr. Günyüz TEM R
Doç. Dr. Hasan TEZER
Prof. Dr. Haluk TOPALO LU
Uz. Dr. Hülya TOSUN YILDIRIM
Uz. Dr. Birsen TU LU
Doç. Dr. Ay en TÜRED
Doç. Dr. Zülal ÜLGER
Prof. Dr. Nurettin ÜNAL
Doç. Dr. Aycan ÜNALP
Doç. Dr. Canan VERG N
Prof. Dr. Ra it Vural YA CI
Prof. Dr. Mehmet YALAZ
Doç. Dr. Önder YAVA CAN
Doç. Dr. Murat YILMAZER

Ç NDEK LER

Derleme / Review

Antibiyoti e ba lı ishallerde probiyoti in önemi

The importance of probiotics in antibiotic associated diarrhea

M. DUMAN, A. ÇA LAR 1-7

Göç olayının çocuk sa lı ı üzerine etkileri

Effects of immigration on children's health

D. AYDIN, N. AH N, B. AKAY 8-14

Klinik Araştırmalar / Clinical Investigations

Bir bölge çocuk hastanesinde okul öncesi dikkat eksikli i, hiperaktivite bozuklu u prevalansı ve ilaç kullanım sıklı ı

The prevalance of attention deficit hyperactivity disorder and the frequency of medication use among preschool children in a district children hospital

A. KUTLU, N. CEVHER B N C 15-21

Anneye ait psikososyal risk etmenlerinin anne sütü elektrolit düzeylerine etkisi var mıdır?

Do the psychosocial risk factors of the mothers have any effect on the breast milk electrolytes?

B.S. DEM RGÖREN, A. ÖZBEK, M. ÖRMEN, C. KAVURMA, E. ÖZER, A. AYDIN 22-28

Günübirlik cerrahi geçirecek çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi

Determination of anxiety levels of the mothers whose children will undergo day care surgery and the effective factors

A. GÜROL, Y. B N C 29-38

Does the number of engaged screw threads affect the stability of slipped capital femoral epiphysis in the in situ fixation?

Femur ba ı epifiz kaymasının in-situ tespitinde, epifiz hattını geçen vida yiv sayısı stabilitede etkili midir?

H. GÜNAY, L. KÜÇÜK, M.C. SÖZB LEN, E. KAYA B ÇER, M. ÇOBANO LU 39-44

Ö retmenlerin Çocuk Sevme Durumlarının Belirlenmesi: Kars Örne i

Defining teachers' liking of children: Kars province example

R. TÜRK, F. KARDA ÖZDEM R, G. KER MO LU YILDIZ 45-52

Do um yaralanmaları: Klinik bulgular ile maternal, fetal ve obstetrik risk faktörleri

Birth injuries: Assessment of clinical findings and maternal, fetal and obstetric risk factors

R. ÇOLAK, K. ÇOBAN, K. ÇEL K, E. YANGIN ERGON, S. ALKAN ÖZDEM R, Ö. OLUKMAN, . ÇALKAVUR 53-59

Editöre Mektup / Letter to the Editor

FNAB in the pediatric cervical masses can delay diagnosis

Pediatric servikal kitlelerde FNAB tanıda gecikmeye yol açabilir

E. USTURALI KESKİN, G. DİNİZ, A. KANIK, Ü. KÜÇÜK, . ÇUKUROVA 60-62

Yenidoğan hipokalsemik konvülsiyonuna neden olan maternal paratiroid adenomu

Maternal parathyroid adenoma causing neonatal hypocalcemic convulsions

H.A. KORKMAZ 63-64

Olgu Sunumları / Case Reports

Efora bağlı nadir kardiyak arrest: Katekolaminerjik polimorfik ventriküler taşikardili bir olgu

A rarely seen case of exercise-induced cardiac arrest: A case with catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia

. BALLI, E.Z. AKGÜN, .K. YÜCEL, M.O. BULUT, G. AKGÜN, E.H. YILMAZ, T. ÖNER, A. ÇELEBİ 65-68

Konjenital herediter retinoskizis tanısında yüksek çözünürlüklü optik koherans tomografi

High-resolution optical coherence tomography in the diagnosis of congenital hereditary retinoschisis

Ö. KARTI, M.Ö. ZENGİN, A. KORKMAZ, T. AYDIN, M. BİNİZET, E. KARAHAN, T. KUSBECİ 69-72

Ç limitan membran altı hemoraji olan hastada pars plana vitrektomi ile tedavi

Treatment with pars plana vitrectomy in a patient with sub-internal limiting membrane hemorrhage

U. ÜNSAL, E. KARAHAN, Ö. KARTI, G. BAĞER, T. KAÇMAZ 73-76

Antibiyoti e ba lı ishallerde probiyoti in önemi

The importance of probiotics in antibiotic associated diarrhea

Murat DUMAN, Aykut ÇA İA r

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, zmir

ÖZ

Antibiyotikler çocuklarda en sık reçete edilen ilaçlardır ve buna ba lı antibiyotik ili kili ishal (A) sık olarak gözlenmektedir. Antibiyotik tedavisi gastrointestinal sistem florasında kolonizasyon direncini bozarak, ço unlukla ishal olmak üzere farklı semptomlara neden olmaktadır. Özellikle penisilin, sefalosporin, klindamisin gibi anaerobik etkinli i olan antibiyotikler, sıklıkla ishale neden olmaktadır. Semptomlar hafif, kendi kendini sınırlayan ishalden, özellikle *Clostridium difficile* ili kili ishal gibi a ır klinik bulgulara kadar de i mektedir. Antibiyotik ili kili ishal antibiyotik tedavi uyumsuzlu unun önemli bir nedendir. Probiyotikler, antibiyotik tedavisi sırasında veya sonrasında, immun regülatuar ve antibakteriyel etki ile intestinal sistemdeki mikrobiyal dengeyi iyile tirerek, intestinal mikroekolojiyi düzeltir ve devamını sa lar. Probiyotik çalı malarına artan bir ilgi vardır ve A 'in önlenmesinde ve tedavisinde probiyotiklerin etkinli i ile ilgili kanıtlar giderek artmaktadır. Çalı maların kalitesi, probiyotik cinsi, dozu ve süresindeki heterojeniteye ra men, elde edilen kanıtlar A önlenmesinde probiyotiklerin koruyucu etkili oldu nu desteklemektedir. Bununla birlikte, hangi probiyoti in, hangi antibiyotik kullanımında ve hangi hastada daha etkili oldu nu saptamak için daha fazla klinik çalı maya gereksinim vardır. Çocuklarda *C. difficile* enfeksiyonunun önlenmesinde probiyotiklerin etkinli i ile ilgili veriler sınırlıdır. Probiyotiklerin *C. difficile* enfeksiyonunun tedavisindeki yeriyile ili kili eri kinlerde sınırlı veri varken çocuklarda bu konuyla ilgili yeterli çalı ma bulunmamaktadır.

Anahtar kelimeler: Probiyotik, antibiyotik ili kili ishal, çocuk

ABSTRACT

Antibiotics are the most frequently prescribed drugs in children and antibiotic-associated diarrhea (AAD) is frequently observed in this population. Antibiotic treatment cause different symptoms mostly diarrhea. by impairing resistance of colonization in gastrointestinal flora. In particular, antibiotics with anaerobic activity, such as penicillin, cephalosporin, clindamycin frequently cause diarrhea. Symptoms range from mild clinical findings such as self-limiting diarrhea, to severe particularly *Clostridium difficile* associated diarrhea. Antibiotic-associated diarrhea is an important reason for the noncompliance with antibiotic treatment. Probiotics maintain and restore intestinal microecology by improving microbial balance in the intestinal tract with their antibacterial and immune regulatory effects during or after antibiotic treatment. There is growing interest in studies on probiotics and evidence of the effectiveness of probiotics in the prevention and treatment of AAD is also increasing. Despite heterogeneities concerning probiotic strain, dose, duration of use, and the qualities of the studies performed, the evidence obtained supports the protective effect of probiotics in preventing AAD. Nevertheless, further studies are needed to determine which probiotics have the greatest efficacy and for which patients receiving which specific antibiotics. There are limited data regarding the effectiveness of probiotics in the prevention of *C. difficile* infection in children. There are limited data about the place of probiotics in the treatment of *C. difficile* infection in adults, and adequate number of studies have not been performed in children about this issue.

Key words: Probiotics, antibiotic-associated diarrhea, children

Alındı ı tarih: 16.08.2016

Kabul tarihi: 17.10.2016

Yazı ma adresi: Prof. Dr. Murat Duman, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, zmir

e-mail: mduman@deu.edu.tr

G r

Antibiyotikler çocukluk ça ında en sık reçete edilen ilaçlardır ⁽¹⁻³⁾. Bu antibiyotiklerin büyük bir kısmının da gereksiz yere kullanılması, bakteriyel direnç gelişimi ve ayrıca farklı yan etkilerin oluşmasına yol açmaktadır ⁽²⁾. Antibiyotik kullanımı, gastrointestinal sistemde normal flora kolonizasyonunu bozarak, birçok klinik bulguyla birlikte karın ağrısı ve ishal gelişimine neden olmaktadır ⁽¹⁾. Antibiyotik alımından sonra başlayan ve başka bir etiyolojik neden bulunmayan ishaller antibiyotik ilişkili ishal (AI) olarak adlandırılır. Dünya Sağlık Örgütüne göre ishal, 24 saat içinde 3 ya da daha fazla gelişen sulu dışkılamalar olarak tanımlanır. Buna rağmen, pediatrik yaş grubu çalışmalarında AI tanımı farklılık göstermektedir. Sıklığı 1 ile 3 arasında, 24 ile 48 saat içinde olan sulu dışkılamalar da AI tanımlaması içine dahil edilmiştir ⁽¹⁾. İshal, antibiyotik alımından sonra, 2 aya kadar olan süre içinde gelişebilir ⁽⁴⁾. Çocuklarda ishale en sık neden olan antibiyotikler, ampisilin, amoksisilin klavulonat, sefalosporinler, klaritromisin ve florokinolon gruplarıdır ^(5,6). Klinik bulgular basit ishalden kolit, toksik megakolon gibi çok ağır tablolara kadar birçok şekilde karımıza çıkabilmektedir ⁽⁷⁾.

Probiyotikler uygun dozda kullanıldıklarında konakçı sağlığında yararlı etkiler sağlayan mikrobiyal hücre preparatları veya mikrobiyal hücre componentleri olarak tanımlanırlar. Etkilerini patojenik bakterilerin mukoza epiteline bağlanmalarını ve çoalmalarını engelleyerek, barsak bariyer fonksiyonlarını iyileştirerek, immun sistemi düzenleyerek gösterirler ⁽²⁷⁾. Probiyotiklerin proflaktik veya tedavi amaçla kullanıldığı pek çok klinik durumla ilgili çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Akut enfeksiyöz ve antibiyotik ilişkili ishal, atopik hastalıklar, inflamatuvar barsak hastalıkları, iritabil barsak sendromu, kabızlık, nekrotizan enterokolit, ekstraintestinal infeksiyonlar, kanser bu çalışmaları alanlarının en önemlileridir ⁽⁸⁾. Antibiyotik ilişkili ishal de hem proflaktik amaçlı hem de tedavi amaçlı olarak yapılan çalışmalarda kullanılan probiyotiklerin cinsi, dozu, uygulama süresi, uygulama yolu çeşitliliğiyle farklılık göster-

mektedir ⁽⁴⁾. Bu derlemede probiyotiklerin AI'lerin önlenmesi ve tedavisindeki yerinden söz edilecektir.

Epidemiyoloji

Toplumda AI sıklığı %5 ile %62 arasında değişmektedir. Antibiyotik kullanımının başlangıcından 2 aya kadar olan sürede gelişebilir ⁽⁴⁾. Antibiyotik ilişkili ishal insidansı hastanın yaşı, sağlık durumu, hastanede yatıp yatmadığı ve kullanılan antibiyotik cinsi gibi birçok faktöre bağlı olarak değişlik gösterir ⁽⁷⁾. Geniş spektrumlu antibiyotik kullanan çocuklarda ishal gelişme sıklığı ise %11 ile %40 arasında değişmektedir ^(4,6). Pediatrik yaş grubunda küçük yaş, erişkinlerde ise 65 yaş üstünde olmak risk faktörü olsa da genel olarak bakıldığında çocuk ve erişkinlerde AI gelişme sıklığı benzerlik göstermektedir ^(6,9,10). Yapılan çalışmalarda, hastanede yatan çocuklarda AI gelişme sıklığı %33 gibi yüksek değerler rapor edilirken, ayaktan tedavi alan çocuklarda AI gelişme sıklığı %6-11 arasında bildirilmektedir ^(6,10). Daha ağır bir tablo olan antibiyotik ilişkili kolit genellikle *C. difficile* ile ilişkilidir ve sıklığı %5-10 arasında, pseudomembranöz kolitin sıklığı ise %0,1-1 arasında bildirilmektedir ⁽¹¹⁾. Ülkemizde Karaaslan ve ark. ⁽¹²⁾ tarafından yapılan çalışmada, CD insidansının 4-9/1000 olarak rapor edilmiştir.

Patofizyoloji

İnsan vücudu, birçok mikroorganizmanın olduğu bir kompleks bir toplulukla kolonizedir. Bu topluluğa mikrobiyota denir. İnsan vücudunda bulunan her bölgenin kendine ait mikrobiyotası bulunmaktadır. Gastrointestinal sistem, bu mikrobiyotalar içinde yaklaşık 400 tür bakteri ve 1014 mikroorganizma ile en yoğun kolonize olan bölgedir ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Antibiyotik kullanımı ile intestinal mikrobiyota içindeki kolonizasyon dengesi bozulmakta ve ishal ortaya çıkmaktadır. Antibiyotik ilişkili ishal oluşmasında iki önemli mekanizma üzerinde durulmaktadır. Bunlardan ilki kolonizasyon direncinin bozulması sonucu patojen mikroorganizmaların çoalmasıdır ^(7,15). Mikrobiyota içinde kommensal olarak bulunan bazı bakteriler tarafından birçok bakteriyosin salgı-

lanmaktadır. Bu bakteriyosinler *Listeria monocytogenes*, *Salmonella* spp., *C. botulinum*, *C. perfringens* and *C. difficile* gibi patojen bakteriler üzerinde bakteriyosidal etki göstererek invazyonlarına engel olmaktadır⁽¹⁵⁾. Dolayısıyla ile geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı yararlı bakterilerin azalmasına ve patojen bakterilerin çoğalmasına neden olarak ishal gelişimine neden olmaktadır. İntestinal emilimi iyi olmayan ya da enterohepatik sirkülasyonu yüksek olan klindamisin, sefiksim, seftriakson gibi antibiyotiklerde bu etki daha belirgindir⁽⁷⁾. Bir diğer önemli mekanizma ise mikrobiyota içerisinde devam eden metabolik aktivitenin bozulmasıdır. Normal bir mikrobiyota içerisinde karbonhidratların fermantasyonu sonucu oluşan bütirat, asetat ve propionik asit gibi kısa zincirli yağ asitleri patojen bakteriler üzerinde inhibe edici etkiye sahiptir⁽¹⁶⁾. Kısa zincirli yağ asitleri gibi diğer metabolizma ürünleri olan laktat ve organik asitler, pH üzerinde düşürücü etki göstererek, bazı patojen bakterilerin çoğalmasına engel olmaktadır⁽¹⁶⁾. Antibiyotik kullanımı ile kısa zincirli yağ asitlerinin azalması ve fermente edilmemiş karbonhidratların birikimi sonucu ozmotik ishal oluşur⁽⁷⁾.

Klinik bulgular ve risk faktörleri

Antibiyotik ilişkili ishal, basit ishal tablosundan *C. difficile* ilişkili çok ağır klinik tablolara kadar birçok şekilde ortaya çıkabilir. En sık görülen tablo, *C. difficile* ilişkili olsun ya da olmasın, basit ishaldir⁽¹¹⁾. İshal antibiyotik kullanımı sırasında ya da antibiyotik kesildikten sonrada 2 ila 8 hafta sonra gelişebilir. İshal süresi genellikle 1 ila 7 gün arasında değişmektedir⁽⁷⁾. Çocuklar üzerinde yapılan geniş ölçekli serileri bir çalışmada, ishali antibiyotik tedavi başlandıktan sonra ortalama 5 gün (1-15) içinde başladı, süresinin ise ortalama 4 gün (2-17) sürdüğünü bildirilmiştir⁽⁶⁾. Diğer hastada bol sulu bir ishale kramp tarzında karın ağrısı eşlik ediyor ise kolit düşünülmelidir. Antibiyotik ilişkili kolit tablosunda sıklıkla görülen bulgular: Ateş, bulantı, iştahsızlık ve halsizliktir^(7,17). Bu durumda sıklıkla lökositoz, akut faz reaktanlarında artış ve hipoalbuminemi tabloya eşlik eder^(7,11). Gaitada lökosit ve eritrosit görülebilmesine

ra men, hematokezya beklenen bir bulgu değildir^(11,17,18). Sigmoidoskopide nonspesifik diffüz yaygın yama tarzında inflamasyon bulguları görülür fakat pseudomembran görülmez^(7,17). Bu hastalar, paralizik ileus ve toksik megakolon gibi komplikasyonlar açısından risk altındadır⁽¹⁸⁾. Bu nedenle acilen tedavi başlanarak klinik tablonun daha da kötüleşmesinin önüne geçilmelidir^(17,18).

Pseudomembranoz enterokolit (PEK) ise çok daha dramatik bir tablodur. Büyük çoğunlukla etken *C. difficile*'dir⁽⁷⁾. Clostridium difficile ilk olarak 1978'de ishal etkeni olarak tanımlanmıştır ve günümüzde hastane kaynaklı kolitin en sık nedeni olarak gösterilmektedir^(19,20). Her antibiyotik ile ilişkili olabilmesine rağmen, en sık penisilin, ampicilin, sefalosporinler, klindamisin ve daha az olarak trimetoprim sulfametoksazol ve metranidazol ile ilişkili kildir⁽²¹⁾. Kim ve ark.⁽²²⁾ tarafından yapılan çalışmada, tekli antibiyotik kullanımından daha çok 3'ten fazla antibiyotik kullanımının önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. En sık görülen tipik bulgular bol sulu ishal, kramp tarzında karın ağrısı, lökositoz olmasına rağmen, diğer olarak ishal olmadan toksik megakolon, akut batın veya akut apandisit gibi atipik tablolar ile prezante olabilmektedir⁽²¹⁾. Tedaviye yanıt vermeyen ya da ağır klinik bulguları olan hastalarda komplikasyon görülme olasılığı artmaktadır. Pseudomembranoz enterokolitte görülen komplikasyonlar: Akut böbrek yetmezliği, hipokalemi, hipoproteïnemi ve daha az sıklıkla toksik megakolon ve şoktur⁽²¹⁾. Tedaviye rağmen, kötüleşen ve ciddi karın ağrısı, organ yetmezliği, kolon duvarında seroza altı hava, BT'de kötüleşen ya da peritonit bulguları olan hastalarda cerrahi konsültasyonu istenmelidir⁽²³⁾.

Yapılan pediatrik çalışmalarda, Akut gelişiminde önemli risk faktörü olarak küçük yaş ve amoksisilin klavulanat kullanımı olduğu bildirilmiştir^(6,10). Erişkinlerde *C. difficile* enfeksiyonları için risk faktörleri net bir şekilde ortaya koyulmuş olmasına rağmen, çocuklarda yeterli çalışma yoktur. Ülkemizde yapılan tek merkezli bir çalışmada ise, alta yatan kronik bir hastalık olması, pediatrik yoğun bakım ve hematoloji/onkoloji servisi yatışı için risk faktörü

rü olarak belirlenmiştir ⁽¹²⁾. Erikin yaş grubunda daha çok sefalosporin ve aminoglikozid ve florokinolon grubu antibiyotik kullanımı risk faktörü bildirilmiştir ⁽²⁴⁾. Tablo 1’de *C. difficile* ili kili enfeksiyon için risk faktörleri verilmiştir ⁽²⁵⁾.

Tablo 1. Çocuklarda *C. difficile* ili kili enfeksiyon risk faktörleri ⁽²⁵⁾.

Küçük yaş (1-4 yaş)
Uzun süreli hastane yatışı
Gastrostomi veya jejunostomi tüpü ile beslenme
Geni spektrumlu antibiyotik kullanımı
Kök hücre ya da solid organ nakli
İnflamatuvar bağırsak hastalığı
Neoplastik hastalık
İmmün yetmezlik ve HIV
Kistik fibrozis
Fungal enfeksiyonlar
Viral gastroenterit

Probiyotiklerin antibiyotik ili kili ishaldeki yeri

Konanın gastrointestinal mikrobiyotasını olumlu yönde etkileyecek yeterli mikroorganizmayı içeren besin ya da ağızdan alınan preperatlara probiyotik denir ⁽⁸⁾. En sık kullanılan ve laktik asit üreten probiyotik bakteri türleri *Lactobacillus* ve *Bifidobacteria*’dır. Yine patojen olmayan *Escherichia coli* Nissle 1917 de hala kullanılmaktadır. En sık kullanılan probiyotik maya ise *Saccharomyces boulardii*’dir ⁽²⁶⁾. Tablo 2’de probiyotik olarak kullanılan mikroorganizmalar gösterilmiştir ⁽²⁷⁾.

Tablo 2. Probiyotik olarak kullanılan mikroorganizmalar ⁽²⁷⁾.

Bakteriler
• <i>Bifidobacterium lactis</i>
• <i>Bifidobacterium breve</i>
• <i>Lactobacillus GG</i>
• <i>Lactobacillus reuteri</i>
• <i>Lactobacillus acidophilus</i>
• <i>Lactobacillus bulgaricus</i>
• <i>Streptococcus thermophilus</i>
• <i>Enterococcus</i>
• <i>Escherichia coli</i> Nissle 1917
Mantar
• <i>Saccharomyces boulardii</i>

Probiyotikler birçok farklı mekanizma ile mikrobiyota üzerinde etki göstermektedir. En çok kullanılan probiyotik türlerinden olan *Lactobacillus* ve

Bifidobacterium gibi probiyotikler laktik asit salgılayarak intestinal pH’ı düşürür ve bakteriyel kolonizasyona engel olurlar ^(8,28). Yine probiyotikler tarafından üretilen bakteriyosinler patojen bakterilerin çoğalmasını engelleyerek kolonizasyon rezistansını arttırmaları ^(15,28). Bir diğer mekanizma da probiyotiklerin immünomodülasyon etkisidir. Probiyotik ürünler intestinal sistemde fagositik sistemi, lenfositleri ve makrofajları aktive ederler. Aynı zamanda IgA sekresyonunu arttırmaları ⁽²⁸⁾.

Probiyotiklerin AİK’nin hem önlenmesinde hem de tedavisinde kullanımı ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarında, özellikle laktik asit üreten bakteriler tek veya kombine olarak, farklı dozlarda ve sürelerde kullanılmıştır. Çalışmaların çoğunluğu ishal gelişiminin önlenmesi üzerine yapılmıştır.

Antibiyotik ili kili ishal gelişiminin önlenmesinde probiyotik kullanımı

Birçok probiyotik türü olması, farklı formlarda ve farklı içerikte olması nedeni ile yapılan klinik çalışmalarında, hangi türün kullanıldığı önemli kazanmaktadır. Antibiyotik ili kili ishalde probiyotiklerin etkinliğinin de değerlendirildiği çalışmalarda bakıldığında, farklı kombinasyonlarda ve farklı hasta gruplarında yapıldığı görülmektedir. Tüm bu çalışmaların sonuçlarının de değerlendirildiği üç büyük meta-analiz çalışması 2011, 2012 ve 2015 yıllarında yayınlanmıştır ^(4,29,30). 2011 yılında yayınlanan Cochrane meta-analizinde, 16 çalışmada 1516 hasta ve 1425 kontrol grubu olmak üzere toplam 2941 hasta çocuk değerlendirilmiştir ⁽⁴⁾. Bu hastalarda üst ve alt hava yolu enfeksiyonları, otitis media, gastroenterit, cilt enfeksiyonları, menenjit, septisemi gibi nedenlerle ayaaktan ya da hastaneye yatırılarak antibiyotik kullanıldığı saptanmıştır. Bu çocukların cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu çalışmalarda, çoğunlukla hastalara amoksisilin, sefalosporinler, makrolidler, amoksisilin-klavulanat, aminoglikozid gibi antibiyotiklerin tek ya da kombine olarak oral yolla verildiği, üç çalışmada ise bazı hastalara intravenöz ve intramüsküler yolla verildiği ve tüm çalışmalarda antibiyotik kullanım süresinin 3 ila 30 gün

arasında de i ti i bildirilmi tir. Toplam altı (4 plasebo kontrollü, 1-formula kontrollü, 1-tedavisiz kontrollü) çalı manın sonuçları de erlendirildi inde probiyotiklerin antibiyotik ili kili ishal insidansını anlamlı olarak azalttı ı görülmü tür. Altı plasebo-kontrollü, iki tedavisiz-kontrollü ve bir diosmektit-kontrollü çalı ma da ise sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamı tir. Ancak, bu çalı maların yedisinde istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da probiyotiklerin etkili oldu una dair sonuçlar elde edilmi tir. Tüm bu sonuçlar birlikte de erlendirildi inde, antibiyotik ili kili ishal insidansı probiyotik alan grupta %9, kontrol grubunda ise %18 bulunmu ve probiyotiklerin A 'in önlenmesinde etkin oldu u sonucu çıkarılmı tır (2874 hasta, RR 0,52; %95 CI, 0,38-0,72). Önemli sonuçlardan biri de probiyotik minimal efektif dozun 5 milyar CFU/gün olarak saptanmasıdır. Bulantı-kusma, konstipasyon, tat almada bozukluk, i tah azalması gibi bazı hafif yan etkiler bildirilmi olsa da hasta ve kontrol grupları arasında yan etki görülme sıklı ı açısından anlamlı farklılık saptanmamı tır. Sonuçların kanıt de eri dü ük olmakla beraber, probiyotikler genel olarak iyi tolere edilmi lerdir ve hiçbir çalı mada ciddi bir yan etki bildirilmemi tir. Be çalı manın sonuçlarına göre, probiyotik kullanımının ortalama ishal süresini yakla ık 18 saat kadar azalttı ı ve bu sonucun da istatistiksel olarak anlamlı oldu u saptanmı tır. Sonuç olarak, probiyotik su larının, dozlarının, kullanım sürelerinin ve çalı maların kanıt düzeylerinin heterojen olmasına ra men, genel olarak probiyotiklerin özellikle 5 milyar CFU/gün ve üzerindeki dozlarda A 'i önlemede etkili oldu u görülmü tür. Özellikle yüksek doz (>5 milyar CFU/gün) kullanılan çalı malarda çıkan sonuç, bir A önlenmesi için 7 hastaya probiyotik verilmesidir ⁽⁴⁾.

Tüm ya gruplarını içine alan ve 2012 yılında yayınlanan di er bir derlemede, 82 randomize kontrollü çalı ma de erlendirilmi , bunlardan 63 çalı mada antibiyotikle birlikte probiyotik ba landı nda, ishal geli iminin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda azaldı ı saptanmı tır (11811 hasta; RR 0,58; %95 CI, 0,50-0,68). Bu çalı mada ise

1 hastada ishal geli iminin önlenmesi için 13 hastaya probiyotik ba lanması gerekti i sonucu bulunmu tur. Çalı maların büyük kısmında *Lactobacillus* su u tek ba na ya da kombine olarak kullanılmı tir. Ek olarak *Bifidobacterium*, *Saccharomyces*, *Streptococcus*, *Enterococcus* ve *Bacillus* su larının da kullanıldı ı görülmü tür. Bu göreceli etkinli in su ba ımlı olabilece i dü ünülmü , ancak kullanılan probiyotikler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamı tır. De erlendirilen çalı malarda, ciddi bir yan etki görülmedi i belirtilse de bu konudaki çalı maların ve verilerin yeterli olmadı ı bildirilmi tir. Ya grupları, antibiyotik kullanım süresi ve klinik endikasyon açısından da anlamlı fark saptanmayan bu analiz sonucunda özellikle hangi su un ve hangi dozun daha etkili oldu u konusunda daha ayrıntılı çalı malara duyulan gereklilik üzerinde durulmu tur ⁽²⁹⁾. Son olarak 2015 yılında yayınlanan bir meta analizde, 3938 pediatrik ya grubundan hastada, probiyotik kullanımının A 'i önlemedeki rolü de erlendirilmi tir. Probiyotik alan grupta A insidansı %8 iken, kontrol grubunda %19 olarak saptanmı tır (RR 0,46; %95 CI 0,35-0,61). Bir hastada ishal geli imini önlemek için 10 hastanın tedavi edilmesi gerekti i ve orta düzeyde önleyici etki için *Lactobacillus rhamnosus* ya da *Saccharomyces boulardii* su larından 5-40 milyar ünite/gün verilmesi gerekti i ortaya koyulmu tur ⁽³⁰⁾.

Sonuç olarak, sa lıklı çocuklarda A 'i önlemek için antibiyotikle birlikte ba langıçtan itibaren probiyotik kullanımı önerilse de, immunsuprese ve santral venöz kateteri olan çocuklarda ayrıntılı çalı malar olmadı ı için probiyotik kullanımından kaçınılmalıdır ^(4,8,30). Kullanılacak probiyotik dozunun yüksek tutulması etkinlik açısından önemlidir.

Clostridium difficile ili kili ishalin önlenmesinde probiyotik kullanımını

Clostridium difficile ili kili ishal basit ishalden PEK ve ölüm gibi çok a ır klinik tablolara kadar birçok ekilde kar ımıza çıkabilmekte ve yüksek tedavi maliyeti gerektirmektedir. *C. difficile* ili kili ishalle ilgili yapılan çalı maların ço unlu u eri kin

hasta grubunu içermektedir. Bu çalı malardaki probiyotik cinsi, dozu ve süreside birbirinden oldukça farklıdır. Bu konuda yapılan çocuk ve eri kin çalı maların birlikte de erlendirildi i, 2013 yılında yapılan Cochrane metaanalizinde, 23 çalı ma ve 4213 hasta de erlendirildi inde probiyotiklerin *C. difficile* ili kili ishal (CD) riskini %64 oranında azatlı ı gösterilmiştir. *Clostridium difficile* ili kili ishal insidansı probiyotik kullanan grupta %2,0 iken plasebo ya da tedavisiz kontrol grubunda ise %5,4 (RR 0.36, 95% CI 0.26-0.51) olarak bulunmuştur⁽³¹⁾. Hastanede yatı süresi üzerine etkisinde, yeteri kadar veri olmaması nedeni ile istatikselsel olarak anlamlı bir azalma gösterilememiştir. Bu bulgularla antibiyoti e ba lı *C. difficile* ili kili ishal insidansı %5 olan toplumlarda antibiyotikle birlikte probiyotik verildi inde her 1000 ki ide 33 CD önlenmi olacaktır. Ancak öngörülen CD insidansı ço u toplum için oldukça yüksektir. Günümüzdeki verilerle CD 'in önlenmesinde probiyotik kullanımı orta derecede kanıt düzeyine sahiptir ve kullanımı ancak kısa süreli immunsupresyonu ve a ır klinik bulguları olmayan seçilmi eri kin olgularla sınırlandırılmalıdır. Çocukluk ya grubunda *C. difficile* ili kili ishalin önlenmesinde probiyotik kullanımını önermek için veriler yetersizdir ve Amerikan Pediatri Akademisi, son önerilerinde probiyotiklerin rutin kullanımını önermemektedir⁽³¹⁾.

Antibiyotik ili kili ishal ve *Clostridium difficile* ili kili ishal tedavisinde probiyotik kullanımı

Antibiyotik ili kili ishal geli en hastalarda dü ünülmesi gereken ilk yol antibiyoti in kesilmesi ya da alternatif bir ilacın seçilmesidir. Antibiyotik ili kili ishallerin birço u antibiyoti in kesilmesinden sonra genellikle bir hafta içerisinde sonlanmaktadır⁽⁷⁾. Çocukluk ya grubunda antibiyotik ili kili ishallerin tedavisinde probiyotik kullanımı ile ili kili yeterli çalı ma bulunmamaktadır.

Clostridium difficile ili kili ishal tedavisinde de ilk basamak sorumlu olan antibiyoti im kesilmesi ve orta-a ır klinik bulguları olan hastalarda uygun tedavinin zaman kaybetmeden ba lanmasıdır. Tedavide,

hafif, orta ve ilk rekürens olan olgularda metranidazol, a ır, komplike ve birden fazla rekürens olan olgularda ise oral vankomisin kullanımı önerilmektedir. Spesifik antibiyotik tedavisi ile birlikte probiyotiklerin kullanılmasını destekleyen yeterli veri olmaması, immunsuprese ve kateteri olan kritik hastalarda sepsis bildirilmesi nedeni ile rutin kullanımı önerilmemektedir⁽³²⁻³⁴⁾. Buna ra men bazı çalı malarda, *Saccharomyces boulardii* ve yüksek doz vankomisin birlikte kullanıldı nda rekürens CD sıklı ının azaldı ı bildirilmiştir⁽³⁵⁾.

Sonuç olarak, yapılan çalı malar de erlendirildi inde, antibiyotik tedavisi ile birlikte yüksek dozlarda probiyotik ba landı nda antibiyotik ili kili ishal gelişimini anlamlı oranda azaltmaktadır. *Clostridium difficile* ili kili ishal gelişiminin önlenmesinde probiyotiklerin etkinli ini gösteren veriler orta derecede kanıt düzeyine sahiptir. Probiyotiklerin etkileri ço unlukla tür ve doz ile ili kilidir. Bu nedenle spesifik durumlarda hangi tür probiyoti in, hangi dozda ve sürede kullanılaca ı ile ilgili daha geni kapsamlı çalı malara gereksinim vardır.

KAYNAKlar

1. Johnston BC, Supina AL, and Vohra S. Probiotics for pediatric antibiotic-associated diarrhea: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *CMAJ* 2006;175:377-383. <https://doi.org/10.1503/cmaj.051603>
2. Clavenna A, and Bonati M. Drug prescriptions to outpatient children: a review of the literature. *Eur J Clin Pharmacol* 2009;65:749-755. <https://doi.org/10.1007/s00228-009-0679-7>
3. Rossignoli A, Clavenna A, and Bonati M. Antibiotic prescription and prevalence rate in the outpatient paediatric population: analysis of surveys published during 2000-2005. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:1099-106. <https://doi.org/10.1007/s00228-007-0376-3>
4. Johnston BC, Goldenberg JZ, Vandvik PO, Sun X, and Guyatt GH. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; CD004827. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004827.pub3>
5. Bartlett JG. Clinical practice. Antibiotic-associated diarrhea. *N Engl J Med* 2002;346:334-339. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp011603>
6. Turck D, Bernet JP, Marx J, Kempf H, Giard P, Walbaum O, et al. Incidence and risk factors of oral antibiotic-associated diarrhea in an outpatient pediatric population. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37:22-26. <https://doi.org/10.1097/00005176-200307000-00004>
7. McFarland LV. Antibiotic-associated diarrhea: epidemiology,

- trends and treatment. *Future Microbiol* 2008;3:563-578. <https://doi.org/10.2217/17460913.3.5.563>
8. Thomas DW, and Greer FR. Probiotics and prebiotics in pediatrics. *Pediatrics* 2010;126:1217-1231. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2548>
 9. Allen SJ, Wareham K, Wang D, Bradley C, Hutchings H, Harris W, et al. Lactobacilli and bifidobacteria in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea and Clostridium difficile diarrhoea in older inpatients (PLACIDE): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet* 2013;382:1249-1257. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61218-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61218-0)
 10. Damrongmanee A, and Ukarapol N. Incidence of antibiotic-associated diarrhea in a pediatric ambulatory care setting. *J Med Assoc Thai* 2007;90:513-517.
 11. McFarland LV. Epidemiology, risk factors and treatments for antibiotic-associated diarrhea. *Dig Dis* 1998;16:292-307. <https://doi.org/10.1159/000016879>
 12. Karaaslan A, Soysal A, Yakut N, Akkoc G, Demir SO, Atici S, et al. Hospital acquired Clostridium difficile infection in pediatric wards: a retrospective case-control study. *Springerplus* 2016;5:1329. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3013-8>
 13. Antunes LC, Han J, Ferreira RB, Lolic P, Borchers CH, and Finlay BB. Effect of antibiotic treatment on the intestinal metabolome. *Antimicrob Agents Chemother* 2011;55:1494-503. <https://doi.org/10.1128/AAC.01664-10>
 14. Madsen KL. The use of probiotics in gastrointestinal disease. *Can J Gastroenterol* 2001;15:817-822. <https://doi.org/10.1155/2001/690741>
 15. Lawley TD, and Walker AW. Intestinal colonization resistance. *Immunology* 2013;138:1-11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2567.2012.03616.x>
 16. Gantois I, Ducatelle R, Pasmans F, Haesebrouck F, Hautefort I, Thompson A, et al. Butyrate specifically down-regulates salmonella pathogenicity island 1 gene expression. *Appl Environ Microbiol* 2006;72:946-949. <https://doi.org/10.1128/AEM.72.1.946-949.2006>
 17. Kelly CP, Pothoulakis C, and LaMont JT. Clostridium difficile colitis. *N Engl J Med* 1994;330:257-262. <https://doi.org/10.1056/NEJM199401273300406>
 18. Sunenshine RH, and McDonald LC. Clostridium difficile-associated disease: new challenges from an established pathogen. *Cleve Clin J Med* 2006;73:187-197. <https://doi.org/10.3949/ccjm.73.2.187>
 19. Bartlett JG, Chang TW, Gurwith M, Gorbach SL, and Onderdonk AB. Antibiotic-associated pseudomembranous colitis due to toxin-producing clostridia. *N Engl J Med* 1978;298:531-534. <https://doi.org/10.1056/NEJM197803092981003>
 20. Khanna S, and Pardi DS. Clostridium difficile infection: new insights into management. *Mayo Clin Proc* 2012;87:1106-1117. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.07.016>
 21. Surawicz CM, and McFarland LV. Pseudomembranous colitis: causes and cures. *Digestion* 1999;60:91-100. <https://doi.org/10.1159/000007633>
 22. Kim J, Shaklee JF, Smathers S, Prasad P, Asti L, Zoltanski J, et al. Risk factors and outcomes associated with severe clostridium difficile infection in children. *Pediatr Infect Dis J* 2012;31:134-138. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e3182352e2c>
 23. Lipssett PA, Samantaray DK, Tam ML, Bartlett JG, and Lillemoe KD. Pseudomembranous colitis: a surgical disease? *Surgery* 1994;116:491-496.
 24. de Blank P, Zaoutis T, Fisher B, Troxel A, Kim J, and Aplenc R. Trends in Clostridium difficile infection and risk factors for hospital acquisition of Clostridium difficile among children with cancer. *J Pediatr* 2013;163:699-705 e1.
 25. Pant C, Deshpande A, Altaf MA, Minocha A, and Sferra TJ. Clostridium difficile infection in children: a comprehensive review. *Curr Med Res Opin* 2013;29:967-984. <https://doi.org/10.1185/03007995.2013.803058>
 26. Balakrishnan M, and Floch MH. Probiotics, probiotics and digestive health. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2012;15:580-585. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e328359684f>
 27. Duman M. Akut ishallerin önlenmesi ve tedavisinde probiyotikler. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatr Sciences* 2012;8:27-33.
 28. Williams NT. Probiotics. *Am J Health Syst Pharm* 2010;67:449-458. <https://doi.org/10.2146/ajhp090168>
 29. Hempel S, Newberry SJ, Maher AR, Wang Z, Miles JN, Shanman R, et al. Probiotics for the prevention and treatment of antibiotic-associated diarrhea: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2012;307:1959-1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.3507>
 30. Goldenberg JZ, Lytvyn L, Steurich J, Parkin P, Mahant S, and Johnston BC. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. *Cochrane Database Syst Rev* 2015: CD004827. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004827.pub4>
 31. Goldenberg JZ, Ma SS, Saxton JD, Martzen MR, Vandvik PO, Thorlund K, et al. Probiotics for the prevention of Clostridium difficile-associated diarrhea in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2013: CD006095. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006095.pub3>
 32. Schutze GE, and Willoughby RE. Clostridium difficile infection in infants and children. *Pediatrics* 2013;131:196-200. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2992>
 33. Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, Kelly CP, Loo VG, McDonald LC, et al. Clinical practice guidelines for Clostridium difficile infection in adults: 2010 update by the society for healthcare epidemiology of America (SHEA) and the infectious diseases society of America (IDSA). *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010;31:431-455. <https://doi.org/10.1086/651706>
 34. Enache-Angoulvant A, and Hennequin C. Invasive Saccharomyces infection: a comprehensive review. *Clin Infect Dis* 2005;41:1559-1568. <https://doi.org/10.1086/497832>
 35. Surawicz CM, McFarland LV, Greenberg RN, Rubin M, Fekety R, Mulligan ME, et al. The search for a better treatment for recurrent Clostridium difficile disease: use of high-dose vancomycin combined with Saccharomyces boulardii. *Clin Infect Dis* 2000;31:1012-1017. <https://doi.org/10.1086/318130>

Göç olayının çocuk sa lı ı üzerine etkileri

Effects of immigration on children's health

Diler AYDIN, Nurdan a h N, Berna AKAY

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sa lık Bilimleri Fakültesi, Hem irelik Anabilim Dalı, Bandırma

ÖZ

Göç, toplumların sosyokültürel, ekonomik, politik yapısı ile do rudan ili kili olan ve insanlık tarihinin bütün dönemleri boyunca var olan bir olgudur. Göç her zaman önemli bir toplumsal de im nedenidir. Göç çe itli nedenlere ba lı olarak gerçekleşe de bu süreçten ve toplumsal sonuçlarından en fazla etkilenen gruplardan biri çocuklardır. Dünyada çocuklar son dönem göç hareketleri içerisinde yeni ve önemli bir grup olarak kar ımızda çıkmakta ve siyasi gündemin önemli bir parçasını olu turmaktadır. Göç, çocukların ya amını olumsuz yönde etkilemekte ve kalıcı sa lık sorunlarının ortaya çıkı ma neden olabilmektedir. Çocukların özellikle büyüme ve geli me süreçlerinin devam etmesi, ebeveynlerine ba ımlı olmaları ve kendilerini korumadaki yeter-sizlikleri gibi nedenlerle göç sürecinde sa lık açısından etkilenmelerine neden olmaktadır. Bu süreçte ya anan tüm olumsuzluklar çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal yapısını derinden ve bazen de kalıcı ekilde zarar görmesine neden olabilmektedir. Göç olayında çocuklar sayısal üstünlüklerinden ve korunmaya dü kün durumlarından dolayı özel bir konumdadır. Zaten zayıf ve savunmasız olan çocuklar bu süreçten farklı düzeylerde ve farklı yönlerde etkilenen en önemli grup oldu undan sa lık sorunlarına ve çözüm önerilerine daha fazla önem verilmesi gerekti i dü ünülmektedir. Bu do rultuda makalede, göç olayının çocuk sa lı ı açısından önemi ve hem irelik yaklaşımlarının de erlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Çocuk, göç, sa lık

ABSTRACT

Immigration is a phenomenon directly related to the socio-cultural, economic and political structure of societies and has happened throughout the history of humanity. Immigration is always a major cause of social changes. Although as a matter of fact immigration occurs due to various reasons, children is one of the groups which are mostly affected by immigration and its social consequences. In recent immigration movements in the world, children confront us as a new and important group and have constituted an important part of the political agenda. Immigration adversely affects the lives of children and can lead to the emergence of persistent health problems. Since especially process of growth, and development of the children continues, an in consideration of their dependency on their parents, and their inability to protect themselves, their health is adversely effected during immigration. All the adversities experienced by children during this process may deteriorate their physical, mental and social constitution deeply, and sometimes may permanently deteriorate their health. Children are in a special position in immigration, because of they constitute the majority in the immigration population and also need protection. Because they are weak and vulnerable to dangers, children are affected by the results of immigration at different levels and from different aspects. Therefore, it is believed that more attention should be paid to their health problems, and recommendations about solutions of these problems. Considering this fact, this article aims to evaluate the importance of immigration in terms of children's health and related nursing approaches.

Key words: Children, immigration, health

alındı ı tarih: 28.09.2016

Kabul tarihi: 08.11.2016

Yazı ma adresi: Yrd. Doç. Dr. Diler Aydın,
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sa lık
Bilimleri Fakültesi Kurtulu Cad. Bandırma
-10200-Balikesir
e-mail: dileraydin@gmail.com

G R

Göç, insanlık tarihinin bütün dönemleri boyunca toplumların sosyokültürel, ekonomik, politik yapısı

ile do rudan ili kili olan durumdur ^(1,2). Göç, “ki ile-
rin gelecek ya antılarının tamamını veya bir kısmını
geçirmek üzere, sürekli ya da geçici bir süre için bir
iskan ünitesinden bir ba kasına yerle mek amacıyla

yaptıkları co rafi yer de i tirme olayı” olarak tanımlanmaktadır (3,4). Fakat göç olgusu nedenleri ve sonuçları bakımından bir çok etkile imi bünyesinde barındırdı ndan basit bir yer de i tirme olarak algılanmamalıdır (4).

Farklı tanımlamalara bakıldı nda göç ile birlikte ya anılan mekansal farklılıkların yanında zaman boyutu da önemlidir. Özellikle göç bir zaman dilimi içinde belirli bir yerle im bölgesinden dı arıya çıkan tüm yer de i tirmelerin sayısı olarak da tanımlanır (5).

Toplumsal hareketlili in bir sonucu olarak ortaya çıkan göç olgusu ekonomik, kültürel, sosyal ve siyasal birçok faktör tarafından etkilenir (6). Özellikle de toplumların kültürel de erleri ya da bulundu u ko ulları nedeniyle göç nedenlerin de farklılıklar olabilmektedir (6). Göç, itici nedenler ve çekici nedenlerden oluşmaktadır. Göçe neden olan itici nedenler, kötü ekonomik ko ullar, sava , terör, açlık, dini etnik ve siyasi baskılar, do al olaylar gibi nedenler iken, çekici nedenler arasında iyi e itim olanakları, iyi i olanakları, özgürlük, güvenlik, ekonomik fırsatlar gibi durumlar yer almaktadır (4).

Göç, ister gönüllü veya zorunlu, ister kısa ya da uzun dönemli olsun, bireylerin ya amını toplumsal, ekonomik, kültürel ve siyasal olarak etkileyen asıl unsur, ya anılan mekanın de i tirilmesidir. Mekan de i imi yakın ya da uzak mesafeli olabilmekle birlikte, kat edilen siyasi ve idari sınırlar göç olgusuna farklı anlamlar yükleyebilmektedir (2). Ülke içinde olan hareketler iç göç, uluslararası boyut kazanan hareketler dı göç olarak tanımlanmaktadır (1). İnsanlık boyunca ya anan göçler, ekolojik dayatmalar, ekonomik fırsatlardan yararlanma iste inin bir sonucu olarak i gibi sosyal bir otoritelerin gündeme getirdi i sürgünler ve sava lar nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir (7,8).

Günümüzde dünyada küresellemenin do rudan ya da dolaylı etkileri, bölgesel çatı malar, yoksulluk, teknolojik geli meler, ula m ve ileti im olanaklarının geli mesi ile birlikte göç eden ki i sayısı artmaya devam etmektedir (1,9). Göç sürecinden ve toplumsal sonuçlarından en fazla etkilenen gruplardan biri de çocuklardır (10). Son yıllarda devam eden göç olgu-

sunda bu nüfusun be te birini de çocuklar olu turmakta ve dünyada da göçmen çocuklar siyasi ve sosyal gündemin önemli bir parçasını olu turmaktadır (9). Literatürde 2015 yılı verilerine göre Avrupa Birli i'ne üye ülkelere yanından ebeveynleri olmaksızın düzensiz olarak gelen ve kayıt altına alınmayan 45300 çocu un %51'inin Afganistan kökenli, %16'sının ise Suriye kökenli oldu u belirtilmektedir. Özellikle Almanya, sveç ve Macaristan'da sını mba vurusu yapan Suriyelilerin %70'inin bu kategorideki çocuklardan oldu u görülmü tür (11). Bu sonuçlar do rultusunda çocuklar son dönemde göç hareketleri içerisinde yeni ve gündemde olan bir grup olarak kar ımızda bulunmaktadır.

Birle mi Milletler Mülteciler Yüksek Komiserli i verilerine göre Mart 2016 yılı itibariyle Türkiye'deki Suriyeli sını mmacıların %50'den fazlasını çocuklardan olu maktadır (7,11). Ülkemizde son yıllarda göç dalgası ile birlikte 2 milyon 541 bin Suriyeli bulunmakta ve bu grubun en az 1 milyon 125 binini 0-14 ya grubu mülteci çocuk olu turmaktadır. Ancak çocuklar yalnızca ebeveynleri ya da refakatçileri ile de il tek ba larına da göç ettiklerinden gerçek çocuk göç rakamlarını verebilmek zordur (9,12).

İnsanların çe itli nedenler ile ya adıkları yerlerini de i tirerek göç etmeleri en fazla çocukları etkilemektedir. Çocukların özellikle büyüme ve geli me süreçlerinin devam etmesi, ebeveynlerine ba ımlı olmaları ve kendilerini korumadaki yetersizlikleri gibi nedenlerle göç sürecinde sa lık açısından etkilenmelerine neden olmaktadır. Bu süreçte ya anabilecek olumsuzluklar çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal geli iminde derinden ve bazen de kalıcı ekilde zarar görmesine neden olabilmektedir (13). Göç olaylarında çocuklar sayısal olarak fazla olması ve korunmaya dü kün durumları nedeni ile özel bir konumdadır. Zaten zayıf ve savunmasız olan çocuklar bu süreçten farklı düzeylerde ve farklı yönlerde etkilenen en önemli grup oldu undan sa lık sorunlarına ve çözüm önerilerine daha fazla önem verilmesi gerekti i dü ünülmektedir.

Bu do rultuda makalede, göç olayının çocuk sa lı -

lı ı açısından önemi ve hem irelik yakla ımlarının de erlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Göçün Çocuk Sa lı ı Üzerine Etkileri

Nedeni ne olursa olsun fiziksel, sosyal ve kültürel olarak bireyleri ve beraberinde toplumu etkisi altına alan göçün çocuklara etkisi yadsınamaz düzeydedir ⁽⁶⁾. stihdam, e itim, sa lık, barınma, yabancıla ma ve güvenlik gibi bir göç eden ailelerin üstesinden gelmek zorunda oldu u sorunlar do rudan çocuklara yansımakta ve göçmen çocukları hem aile içerisinde hem de ev sahibi toplumun çocukları kar ısında dezavantajlı hale getirmektedir ⁽⁹⁾.

nsanın kendi çevresini bırakıp, ani ve hızlı bir çevre de i imine neden olan göç kavramı, bireyleri ve toplumu sosyal, kültürel ve fiziksel olarak etkileyerek, sa lık ve sa lık de i kenleri üzerinde de çok önemli etkilere neden olur. En önemli risk grubunu olu turan göçmen çocuklar da, göç sırasında ve ülkelerinden ayrıldıktan sonra pek çok sa lık riskleri ile kar ı kar ıya kalırlar.

Göç ve mülteci ya am, “Çocuk Hakları bildirgesi”nin temeli olan ya ama, korunma, geli me ve katılım haklarında “bo luk” yaratan, çocukların bedensel, ruhsal, sosyal geli mlerini etkileyen bir durumdur. “Çocuk Hakları Sözle mesi”nin 2. Maddesi “ayrımcılı a”, 3. Maddesi “Her artta öncelikle çocuğun yararının dü ünülmesine”, 22. Maddesi “mülteci kavramına” yaptı ı vurgularla göç eden ve mülteci olmu çocukların hakkına dikkat çeker ⁽¹⁴⁾. Sa lıklı olma hakkı, “ nsan Hakları Sözle mesi” tarafından “ya am hakkı” maddesi kapsamında evrensel bir hak olarak tanımlanmaktadır. Herkes, sa lıklı olmak hakkına sahip olmak ile birlikte, sa lık hizmetinden yararlanma hakkına da sahiptir. Ayrıca sa lık hizmetinin sunulması ülkeden ülkeye farklılık gösterse bile, genel olarak devletlerin sorumlulu u altında bulunmaktadır.

Ailenin çocuklarla yeterince ilgilenmemesi, sosyoekonomik yetersizlikler çocukların beslenme, sa lıklı ya ayabilme, büyüme ve geli me için gerekli olanaklardan yoksun kalmalarına, hastalık ve kazalardan korunma, çocu a yönelik istismar, ihmal ve

iddeti kapsayan birçok çocuk sa lı ı sorunlarına neden olmaktadır. Göç ya ayan çocuklarda, suç a yönelme, iddet uygulama, depresyon ve anksiyete, geli me gerili i, uyku ve yeme bozuklukları, özgüven eksikli i, okulda ba arısızlık, sigara ve alkol ba ımlılı ı gibi riskli davranı lar, intihar, hiperaktivite gibi psikolojik ve davranı sal sorunlar kar ımıza çıkmaktadır.

Göç süreci içinde çocukların yer alması, barınma, e itim ve sa lık hizmetleri gibi temel olanaklardan yararlanamaması anlamındadır ⁽¹¹⁾. Gereksinimleri yüksek olan çocuklar aynı zamanda hakları açısından en fazla ihlale u rayan çocuklardır. UNICEF, “Dünya Çocuklarının Durumu 2014” raporunda da “Yoksulluk içinde ya ayan çocuklar, ya ama, büyüme ve geli meleri açısından gerekli maddi, manevi ve duygusal kaynaklardan yoksun biçimde ya amakta, böylece haklarından yararlanamamakta, yeteneklerini tam olarak geli tirememekte ve topluma tam ve e it üyeler olarak katılamamaktadırlar.” olarak belirtilmektedir ^(15,16).

Çocuklar geli mleri devam eden, ba ımlı olan ve korunma süreci içinde olduklarından akut ya da kronik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden en fazla etkilenen gruptur ⁽¹⁴⁾. En büyük etkileri uyumsuzluk, aile içi iddet, yoksulluk, e itim ile birlikte çocuk sa lı ı üzerinde etkili olmaktadır. Göç kavramı çocuk sa lı ını sosyal haklarından ruh sa lı ı boyutlarına kadar farklı boyutlarda etkileyebilmektedir. Etkileyen bu kavramlar:

1. Bula ıcı hastalıklar

Göç eden toplumlarda ekonomik durumun yetersiz olması, beslenme bozuklu u, hijyen ve yetersiz altyapı olanakları, göçmenlerin bula ıcı hastalılara yakalanmalarını kolayla tırmaktadır. Göç eden toplumlarda etkileri nedeni ile bula ıcı hastalıklar en sık rastlanan sa lık sorunlarıdır. Göç eden çocukların özellikle temel sa lık hizmetlerinin bir parçası olan a ılama hizmetlerinin yeterli düzeyde uygulanamaması nedeniyle göç ettikleri ülkelerde salgınlara neden olabilmektedir ^(1,6). Özellikle de temel sa lık hizmetlerinin uygulanamaması ya da aksaması nede-

ni ile ülkemizde görülmeyen bazı hastalıklara ve salgınlara neden olmu tur ⁽¹⁶⁾. Salgınlara yalnızca göç eden çocuklarda de il aynı zamanda göç alan toplumlardaki çocuklarda da ekonomik temelli risklere maruz bırakmakta ve bu çocukları da a ı ile önlenemez hastalıklara maruz bırakmaktadır ⁽¹⁴⁾.

Çocukların sa lık güvencelerinin olmaması, ekonomik ko ulların yetersizli i ya da tedaviye ula ma ma ta ıyıcılık devam edebilmekte böylece de salgın riskini sürekli gündemde tutabilmektedir ⁽⁶⁾. Özellikle göç eden çocukların kayıtlarının yapılamaması ve a ı kartlarının olmaması nedeniyle a ı ları yapılamamaktadır ⁽¹²⁾.

Literatürde Dünya Sa lık Örgütü (DSÖ), Ürdün, Lübnan, Irak ve Türkiye'deki kamplarda kalan Suriyelilerde kızamık, verem ve çe itli bula ıcı deri hastalıklarına rastlandı ı belirtilmektedir ^(7,17). Türkiye'de 2012 yılı verilerine göre 349 kızamık olgusu görüldü ü ve bu sayının Suriyeli sı nımcı sayısının artması ile günümüzde 20 katına çıktı ı belirtilmektedir ⁽¹⁷⁾. Ayrıca ark çıbanı gibi hastalıklar da yeniden görülmeye ba lamı tır. Bazı hastalıklar ve a ı ları dahi kaldırılan çocuk felci gibi hastalıkların göç alan bölgelerde görüldü ü belirtilmektedir ⁽⁷⁾. UNICEF'in verilerine göre Suriye'de 2013 yılında ba layan çocuk felci salgınının ardından 1 milyonun üzerinde Suriyeli ve Türkiyeli çocu a çocuk felci ve kızamık a ısı yapıldı ı belirtilmektedir ⁽¹⁸⁾.

Esin ve ark.'nın ⁽¹⁹⁾ ülkemizde yo un göç alan bir bölgede sa lık etkilerini de erlendirdikleri çalı ma larında göçmenlerin %50'sini 0- 9 ya grubu çocukların, olu turdu u belirtilmektedir. Ayrıca %99,6'sının kimlik kartı bulunmadı ı için buna ba lı olarak sa lık güvencesinin olmadığı ve okul ça ında olmalarına ra men, çocukların hiçbirinin okula gitmedi i, 0-15 ya arası çocukların yalnızca %8,5'inin a ı kartı olu du u belirtilmektedir ⁽¹²⁾.

2. Beslenme

Göç etme ve mülteci olma çocukları temel ya am hakkı olan sa lık hakkı gibi, beslenme, barınma ve e itim haklarından da yoksun bırakmaktadır ⁽¹⁴⁾. Sava lar ve zorunlu göçler sonrasında yoksulluk ile

birlikte hastalık, sakatlık ve ölüm oranları artmaktadır ⁽¹⁶⁾.

Göç sonrasında çocuklardaki temel sa lık sorunlarından biri de malnütrisyonlardır. Göçler sonrasında toplumun yeterli barınma ve beslenme gereksiniminin kar ılanamaması ile geli en hijyen ve beslenme sorunları çe itli hastalıklara neden olabilmektedir ^(14,20).

Göç ile birlikte ya ve karbonhidrat a ırlıklı beslenen, beslenme alı kanlıkları de i en çocuklar ölüme varan malnütrisyon gibi ciddi sorunlar görülmektedir ⁽⁶⁾. UNICEF'in (2016) verilerine göre Suriyeli 2200'den fazla çocu a beslenme taranması yapıldı ında, 45'inde orta düzeyde akut malnütrisyon tespit edilmi ve çocuklar tedavi programına alınmı , çocuk beslenmesi, gıda güvenli i, su ve sanitasyon gibi konuları kapsayan ola anüstü durumlarda beslenme e itimleri gerçekte tirilmi tir ⁽¹⁸⁾.

Beslenme yetersizli i, bedensel ve zihinsel geli imi olumsuz etkiledi i için engelliler, geli me gerili i olanlar ve kronik hastalıklara yakalananların büyük ço unu göçe maruz kalan yoksul çocuklar olu turur ⁽¹⁶⁾.

3. E itim

Çocukların temel hakları çevresinde ele alınması gereken konulardan biri de e itimdir. E itim hakkı, her çocu a devletlerin anayasaları ve "Çocuk Hakları Sözleşmesi" ile tanımlanan do al bir hak olup di er çocuk haklarının da olu masını sa layan en temel haktır.

Literatürde e itim hakkından yararlanamayan çocukların daha fazla istismar ve iddet riskine maruz kaldı ı, travma sonrası stres bozuklu u semptomlarına ve fiziksel ve psikolojik geli imlerinde çe itli gerilemelere neden olu du u belirtilmektedir ⁽²¹⁾. Ya da çocuklar e itim olanaklarından yararlansalar bile çe itli uyum sorunlarına maruz kaldıkları görülmektedir ⁽²²⁾. Ayrıca dikkat sorunları, okul ba arısının dü mesi, okula gitmeyi reddetmeye ve ö renme ve davranı bozukluklarına neden olabilmektedir ⁽¹⁴⁾.

Göçe maruz kalan çocukların e itiminde devlet okullarında pasaportu ile ülkeye giri yapanlar ya da ikamet izni olanlar e itim alabilmekte ve e itim alan-

lar açısından da özellikle dil sorunu ya anmaktadır⁽⁷⁾. Ülkemizde göçe maruz kalan Suriyeli çocukların yaklaşık %10'u kadarının eğitim alamadığını bildirilmiştir^(15,18).

Yine sürekli göç alan ülkemizdeki Suriyeli çocukların eğitim ve korunma gereksinimlerinin büyük ve sürekli artışı gösterdiği belirtilmektedir. UN CEF (2015) Milli Eğitim Bakanlığı verilerine göre, yaklaşık 325000 Suriyeli çocuğun okula ya da geçici eğitim merkezlerine kaydı bulunduğu ve bu rakamın Haziran 2015'e kadar %50 artışı gösterdiği bildirilmiştir. Dünya genelinde sürekli artışı gösteren göç eden çocuk nüfusu sorunu nedeni ile çok fazla çocuğun eğitim sisteminin dışında kaldığı görülmektedir. Bu nedenle ülkelerin ortaklaşa çalışarak bu güçlüklerin üstesinden gelmesi, bu kız ve erkek çocukların "kayıp kuşak" haline gelmesinin önüne geçilmesi önemlidir⁽¹⁸⁾.

4. Çocuk Suçluluğu

Her çocuğun doğuştan hakları olan yaşına uygun bir yaşam ortamında yaşama bulunma hakkı vardır. Bu haklardan yararlanamayan göçler gibi durumlarda suçla yatkinlik kavramı da açığa çıkmaktadır. Çocukları suç kavramına iten nedenler çeşitli olmak üzere birlikte göç olayının etkisi de yadsınmazdır.

Erkan ve Erdoğan'ın⁽²³⁾ çalışmalarında, suçla yönelmelerinde temel nedenin son yıllarda ailelerin kırsal kesimden kente göçlerinin olduğu vurgulanmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan göç, öz güven eksikliği olan, sürekli tehdit duygusu ile yaşanan, çevresine yabancılaşma ve sonucunda da etrafına düşmanca duygular beslemeye itilen çocuk ve gençlerin yetişmesine neden olmaktadır.

Göç ile birlikte çocukları suç davranışına yönelten olası riskler incelendiğinde, örneğin, göç edilen yerleşim yerinde gözlemlenen ayrımcılık algısının sosyal uyumu zorlaştırıyor bildirilmektedir. Ayrıca bu olumsuz algıya bağlı olarak çocuklar arasında suç olaylarında artışa, yakın ilişkilerin ise çocuk suçluluğunda koruyucu bir rol üstlendiği belirtilmektedir⁽²⁴⁾.

Literatürde göç ve çocuk suçluluğu incelendiğinde, çocukların saldırgan davranışlar göstermesi ve

suçla yönelmelerinde temel nedenin son yıllarda ailelerin kırsaldan kente göç etmesi olmasının sonucu olduğu belirtilmektedir⁽²³⁾.

Göçlerle birlikte kültürel çatışma da çocukların kimlik krizine ve psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Böylece kentsel bölgelerdeki göçlerin artışı ile birlikte kentlerde işsizlik oranı da artınca gasp, hırsızlık ve toplumsal sorunlar ortaya çıkmaktadır⁽²⁵⁾.

5. Çocuk Ruh Sağlığı

Göç olgusu, yüzyıllar boyunca bireyleri ve toplumları özellikle de en çok etkilenen grup olarak çocukları ekonomik, toplumsal ve psikolojik yönden etkileyen bir durumdur. Bu durum yalnızca yetkin bireyleri etkisi altına almakla kalmayıp, göç yapan çocuklarda daha fazla davranış ve duygusal sorunlar görülmektedir. Bu sorunlar arasında çocuklukla depresyon, arkadaş ilişkilerinde sorunlar, travma sonrası stres bozukluğu, hiperaktivite semptomları, düşük benlik saygısı, yaşam doyumunda azalma yer almaktadır^(8,21).

Literatürde, göçün çocuklar üzerindeki etkilerinde ailelerin göç hakkındaki tutumları, sosyoekonomik düzey ve eğitim durumları, göç öncesi ekonomik, sosyal etkenler, politik, çeşitli göç nedenleri, göç sırasında ve devamında çocuk-ebeveyn ayrılığı yaşamayan ya da kısmen yaşamayan durumları gibi faktörler yer alır⁽²¹⁾.

6. Çocuk İstismarı ve İstismar

Çocuk ihmal ve istismarı ile ebeveynlerin çocuklarının bakım, beslenme, barınma, ısınma, sağlık ve eğitim gibi temel yaşam gereksinimlerini karşılamamaları durumlarında karşılanmaktadır. Göç olgusu gibi çocuklukta temel gereksinimlerinin tam anlamıyla karşılanamaması durumlarda çocuk istismarı karşılanabilecek sorunlar arasında yer almaktadır.

Literatürde göç sonrasında Suriyeli küçük kızların dini nikâh ile evlendirilmesinin yaygınlığı, evlenme yaşının 11-12'ye kadar düşürüldüğü belirtilmektedir. Ayrıca nikâh olgusu altında kız çocuklarının cinsel obje olarak görülmesine neden olduğu ve özellikle bu kız çocuklarının yaş ortalamasının 12'ye kadar düşürüldüğü

bildi i belirtilmektedir ⁽¹²⁾.

gücü nedeniyle çocuk i çili i sayısının Suriye'den göç edenlerin daha yaygın ya adı ı illerde artmı tır. Göçmen çocuklar a ır yoksulluk içinde bulunmaları nedeniyle hak ihlallerine maruz kalırlar. Ucuz i gücü yaygın ya adı ı bölgelerde çocuk i çili i artmı göstermektedir. Literatürde çocuk eme inin kullanıldı ı alanlar in aat i çili i, tekstil sektörü, hizmet sektörü, mevsimlik tarım i çili i ve çobanlık gibi alanlar oldu u belirtilmektedir.

Göç nedeniyle çocuk i çili ine maruz kalan çocuklar ayrıca çe itli kazalar, iddet veya suç a yönelmeye kadar uzanan çe itli risklere maruz kalabilmektedirler. Çocuklarda ucuz i gücü nedeni ile sigortasız çalı tırılan çocuklar i veren tarafından suistimale u rayabildi i belirtilmektedir ^(12,26,27). Bu riskleri en aza indirebilmek için çalı an çocukların sosyal ve kültürel açıdan kendilerini geli tirmelerine fırsatlar verilmesine ve bu e itsizlikleri giderebilecek düzenlemelere gereksinim duyulmaktadır.

Göç eden çocuklar, ailenin ekonomik sorunlarını yüklenmekte, e itim olanaklarından yoksun kalmakta ve en temel çocuk haklarından biri olan oyun oynama hakkından uzak bir ya am sürmektedirler. "Çocuk Haklarına Dair Sözle me" ile de vurgulanan oyun oynama hakkının çocukların elinden alınması ciddi bir konudur. Göçe maruz kalan çocukların, oyun alanlarına yeterince ula amadıkları, büyük ço unluğunun da çalı mak zorunda oldu u gözlenmektedir. Çocukların geli imi için önemli ve temel haklarından biri olan oyun oynama haklarının gerçekleştirilememesi çocukların psikolojik geli imini tehlikeye sokan bir durum olarak da kar ımıza çıkar ^(11,28).

Göçün Çocuk Sa lı ı Üzerindeki Etkisini Önlemede hem irenin Rolü

Göçün çocuk sa lı ı üzerinde olumsuz etkileri ele alındı ında, dünya çocuklarının sa lıklarının geli tirilerek sürdürülmesinde temel sa lık hizmetlerine ve sa lık hizmetlerinin önemli bir üyesi olan hem irelere önemli görevler dü mektedir. Toplumda bireylerin sa lı ının korunması ve geli tirilmesi, sa lı ı bozuldu u durumlarda ise iyile mesinde görev alan hem i-

reler, göç olayı ya ayan çocukların bakım ve sa lı ının sürdürülmesinde de önemli rol ve sorumluluklar üstlenirler.

Dünyada göç olayı çe itli faktörlere ba lı olarak ekilenmekte ve etkileri de ya anılan/göç edilen bölge ve kültürlerle göre hem sa lık alanında hem de di er alanlara göre farklıla maktadır. Bu nedenler ile çocukları ister aileleri ile ya da tek ba ına göçe iten nedenler ve çocuk sa lı ına yansımaları de erlendirilmelidir. Göç eden ailelerin kültürünü tanıyarak, sa lık ve hastalıkta etkili olan faktörleri de erlendirilmelidir.

Olumsuz çevre ko ulları maruz kalma çocuk sa lı ını ve temel sa lık hizmetlerini ciddi biçimde etkileyerek, bebek ve çocuk ölümlerinin gerçekleşmesine neden olabilmektedir. Özellikle beslenme, hijyen, ba ıklama, sık görülen çocukluk dönemi hastalıkları ve ev kazaları konularında aileler e itmeli, anne ve çocuklar için ula ılabilir sa lık hizmetlerinin yaygınla tırılmasında hem irelere görevler dü mektedir.

Hem ireler, göçe maruz kalan çocukların sa lıklarının geli tirilmesinde kronik ve bula ıcı hastalıklar konusunda e itimler ile desteklemeli, çocukların temel insanı hakları konusunda savunucu olmalı, büyüme geli me süreçlerini takip etmeli, güvenli oyun alanları sa layabilmeli, toplumda göçün çocuk ve aile için etkileri konusunda farkındalı ını arttırarak, ki ilerle ileti im kurmalarını sa lamalı ve toplumun önyargılarını gidermeye çalı malıdır. Sa lıklı aile ili kilerine yönelik e itimler düzenlemeli, anne babaların çocukların büyüme geli me süreçleri ile ilgili sürekli e itmeleri ve ailede iddetin azaltılmasında rehberlik etmelidir. Hem ireler çocuk hakları savunucusu olarak göçmen çocuklara yönelik geli tirilen politikalarda söz sahibi olmalıdırlar.

Göç sonucunda ya anan sorunlara kalıcı çözümler üretebilmek devamlılı ı olan ve etkili politikalar ile olasıdır. Bu ba lamda çocukların ya adıkları alanlarda yapılacak de iimler ile çocukların sosyalle mesi ve enerjilerini olumlu aktivitelere yönlendirebilecekleri güvenli oyun alanların olu turulması, çocukların sigara, alkol vb. zararlı madde kullanımına engel

olacağı ve çocuk suçluluğunun azalmasında etkili sonuçlar elde edileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak, günümüzde dünyayı ve ülkemizi etkisi altına alan göç ve çocuklar üzerinde yarattığı etkiler küresel ve disiplinlerarası sorunlardır. Bu doğrultuda çocukların sağlıklarının geliştirilmesi için farklı sağlık disiplinlerinde yer alan sağlık profesyonellerinin multidisipliner birlikteliğiyle çalışarak çocukların sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürdürmelerini hedeflenmelidir. Sağlık hizmetlerinde çalışan hemirelerin, mevcut ve potansiyel sağlık risklerini belirleyerek göç eden çocukların sağlıklarının geliştirilmesinde önemli roller dümektedir.

KAYNAKLAR

1. Çalım S, Kavlak O, Sevil Ü. Evrensel bir sorun: Göç eden kadınların sağlıklı ve sağlık hizmetlerinde yararlanabilmesi. *Sağlık ve Toplum* 2012;2:11-19.
2. Aksoy Z. Uluslararası göç ve kültürlerarası iletişim. *The Journal of International Social Research* 2012;5:292-303.
3. Topcu S, Beher A. Göç ve sağlık. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;3:37-41.
4. Bakar C. Göç ve Sağlık: Binlerce yıldır sona ermeyen yolculuğunun sağlıklı etkileri. Hemirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, 9-11 Nisan 2009 Çanakkale, 43-49.
5. Harunoğlu M. Suriyeli sığınmacı çocuk çocukluk ve sorunları: Kilis örneği. *Göç Dergisi* 2016;1:29-30.
6. Gümü Y, Bilgili N. Göçün sağlık üzerindeki etkileri. *Anadolu Hemirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;18:63-67.
7. ORSAM-2015. Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'ye Etkileri. [http://www.unhcr.org/turkey/uploads/root/tr\(48\).pdf](http://www.unhcr.org/turkey/uploads/root/tr(48).pdf)
8. Adhikari R, Jampaklay A, Chamrathirong A. Impact of children's migration on health and health care-seeking behavior of elderly left behind. *BMC Public Health* 2011;11:143. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-143>
9. IOM & UNICEF. IOM and UNICEF Data Brief: Migration of Children to Europe, http://www.iom.int/sites/default/files/press_release/file/IOM-UNICEF-Data-Brief-Refugee-and-Migrant-Crisis-in-Europe-30.11.15.pdf
10. Çevik SA. Suriye'den Türkiye'ye göçün etkileri. *Gümü hane*

11. Özservet Y, Sirkeci E. Editörden: Çocuklar ve göç. *Göç Dergisi* 2016;1:1-4.
12. Türkay M. Çocukların Sorunları. Savaş, Göç ve Sağlık, Türk Tabipleri Birliği Yayınları: Ankara 2016. s:71-75.
13. Polat S, Evliyaoğlu N. Göçmen çocuklar. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2008;4(6):52-5.
14. Gözübüyük AA, Duras E, Dağ H, Arıca V. Olağanüstü durumlarda çocuk sağlığı. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2015;3:324-330.
15. Sayılarla Dünya Çocuklarının Durumu-2014. Etnisizliklerin ortaya konulması, çocuk haklarının ileriye götürülmesi, <http://www.manevisosyalhizmet.com/wp-content/uploads/2014/05/unicef-dunya-cocuklarinin-durumu-raporu-2014.pdf>, Erişim tarihi:18.07.2016.
16. Ener D, Ocakçı A. Yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine çok boyutlu etkileri. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2014;1:57-68.
17. Korkmaz AÇ. Sığınmacıların sağlık ve hemirelik hizmetlerine yarattığı sorunlar. *Sağlık ve Hemirelik Yönetimi Dergisi* 2014;1:37-42. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2014.037>
18. UNICEF-2016. Türkiye'deki Suriyeli Çocuklar. http://unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/T%C3%BCrkiyedeki%20Suriyeli%20%C3%87ocuklar_Bilgi%20Notu%20Kasim%202015.pdf
19. Esin NM, Ardaç A, Narın, Yıldırım B, Sunal N. İstanbul'un Bir Bölgesinde Yaşayan Suriyeli Göçmenlerin Yaşam Koşulları. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Edirne 2014.
20. Mu R, de Brauw A. Migration and Young Child Nutrition: Evidence from Rural China 2013, <http://ftp.iza.org/dp7466.pdf>
21. Polat G. Göçün çocuk ruh sağlığına etkisi ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2007;1:89-106.
22. Uluocak GP. Göç yaşı ve yaşamı çocukların okulda uyumu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009;26:35-44.
23. Erkan R, Erdoğan MY. Göç ve çocuk suçluluğu. *Aile ve Toplum* 2006;9:79-90.
24. Korkmaz M, Erden G. Çocukları suç davranışına yönelten olası risk faktörleri. *Türk Psikoloji Yazıları* 2010;25:76-87.
25. Koçak Y, Terzi E. Türkiye'de göç olgusu, göç edenlerin kentlere olan etkileri ve çözüm önerileri. *Kafkas Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2012;3:163-184.
26. Flamm S. The Linkage Between Migration and Child Labor: An International Perspective 2010. https://web.stanford.edu/group/sjir/12-1/fall10-final_2.pdf
27. Demiral Y, Demir E. Olgun Sunumu: Sığınmacılarda Çocukluk çağı. Savaş, Göç ve Sağlık, Türk Tabipleri Birliği Yayınları: Ankara, 2016. s:44-45.
28. Ener B, Kahraman F. Oyun hakkının uzatılmasında yaşam: Türkiye'de iç göç ve çocuk emekçisi. *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2012;27:167-189.

Bir bölge çocuk hastanesinde okul öncesi dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve ilaç kullanım sıklığı

The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and the frequency of medication use among preschool children in a district children hospital

Ayşe KUTLU, Nagihan Çevher B N C

zmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eitim ve Ara tırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sa lığı ve Hastalıkları Klini i, zmir

ÖZ

Amaç: 1 Ocak-31 Aralık 2016 tarihleri arasında okul öncesi dönem çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) prevalansı ve ilaç kullanım sıklığını ara tırmak.

Yöntem: Çocuk ve Ergen Ruh Sa lığı ve hastalıkları polikliniklerine başvuran ve ICD-10 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı konan 36-60 ay yaş aralığındaki çocukları dosyaları taranmıştır. Mental retardasyon, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları, kronik tıbbi hastalık ve dosyalarda eksik veri olan çocuklar çalışmamda bırakılmıştır.

Bulgular: 218 DEHB tanılı okul öncesi çocuk çalışmam grubunu oluşturmuştur. DEHB prevalansı okul öncesi çocuklarda %7,8'dir. Hastaların %28 bir komorbid hastalık vardır ve %32,1 oranında en sık ete tanı yıkıcı davranış bozuklukları (karşı olma, karşı gelme bozukluğu+davranış bozukluğu) olmuştur. Psikososyal tedavi olguların %53,2 iken, %46,8 çocuğa psikofarmakolojik tedavi başlanmıştır. İlaç tedavisi olarak en sık önerilen psikofarmakolojik ajan risperidon olmuştur. Otuz altı-kırk sekiz ay yaş grubuna göre 49-60 ay yaş grubunda daha fazla komorbidite saptanmış ve ilaç tedavisinin kullanıldığı belirlenmiştir. E tanısının fazlalığı ilaç tedavisi seçeneğini tercih etmede belirleyici oldu (p<0,05).

Sonuç: Psikososyal tedavi ilk sırada tedavi seçeneği olsa da ilaç tedavisi de gerekli gibi görünmektedir. İlk sırada tercih edilen psikofarmakolojik ajan Risperidon olmuştur. İlaç tedavisini tercih edilmesinde daha büyük yaş ve e tanısının fazlalığı belirleyici gibi görünmektedir.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, okulöncesi dönem, yaygınlık, e tanısı, psikofarmakoloji

ABSTRACT

Objective: This study analyzed the prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and frequency of medication use among preschool children in a district children hospital between January 1 and December 31, 2016.

Methods: We reviewed the medical files of children who admitted to the outpatient clinics of Child and Adolescent Psychiatry within the age range of 36 to 60 months, diagnosed with preschool ADHD (PS-ADHD) according to ICD-10 criteria. Children with comorbid intellectual disability, mood disorders, anxiety disorders, autism spectrum disorders and chronic medical disorders were excluded from the study. Medical files with incomplete data were not included in the analysis.

Results: The study sample consisted of 218 preschool children with ADHD. The prevalence of ADHD among preschool children was 7.8 percent. Sixty-one (28%) patients had at least one comorbid disorder and the disruptive behaviour disorders (oppositional defiant and conduct disorder) were the most common diagnoses with the rate of 32.1 percent. Treatment with psychosocial interventions was applied to 116 (53.2%) children, whereas 102 (46.8%) children were started on pharmacotherapy. Risperidone was the most prescribed medication at a rate of 98%. In children within the age group of 49-60 months greater number of comorbidities were detected and drug therapy was more frequently used compared to 36-48-month-group. The higher number of comorbid disorders was the determinative factor for drug use (p<0.05).

Conclusion: Even though psychosocial treatment is the first-line treatment, additional pharmacotherapy seems to be required. The first choice of psychopharmacological agent was risperidone. Older age and higher number of comorbidities seem to predict the drug use.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, preschool age, prevalence, comorbidity, psychopharmacology

Alındığı tarih: 07.03.2017

Kabul tarihi: 16.03.2017

Yazı ma adresi: Uzm. Dr. Ayşe Kutlu, smet Kaptan Mah. Sezer Do an Sok. No:11 Polk. Binası Psikiyatri 1 Polk., Alsancak-Konak-35220-zmir
e-mail: kutlu.ayse@yahoo.com

G r

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), erken çocuklukta başlayan, kişinin yaşıyla ve gelişim düzeyiyle uyumsuz düzeyde dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize, yaşam süren nörolojik bir bozukluktur ⁽¹⁾. DEHB'nin okul çağı çocukları ile yapılamı çok sayıda literatür bilgisi olmasına karşın, okul öncesi dönemdeki sıklığı ve tedavi yaklaşımları ile ilgili çalışmalar ise sınırlı sayıdadır.

Çocuk ve ergenlerde tüm psikiyatrik bozuklukların sıklığının araştırıldığı çok merkezli bir meta-analiz çalışmasında, dünyada ortalama psikiyatrik bozukluk sıklığı %13,4, ortalama DEHB prevalansı ise %3,4 oranında bulunmuştur ⁽²⁾. Türkiye'de farklı illerde yapılan okul çağı çocuklarında DEHB prevalans çalışmaları ise, %2-12,7 arasında değişen oranlarda DEHB sıklığı saptanmıştır ⁽³⁻⁵⁾. Dünyada epidemiyolojik çalışmalar okul öncesi çocuklarda DEHB (OÖ-DEHB) yaygınlığını %2-7 arasında bildirmiştir ⁽⁶⁻⁸⁾. Ülkemizde bildirimiz kadarıyla OÖ-DEHB sıklığını araştıran çalışmaya rastlanmamıştır.

Okul öncesi dönemde tanı konan DEHB'nin daha belirgin dil ve bilişsel sorunlar, daha fazla sayıda psikiyatrik tanı, daha fazla psikososyal ve akademik sorunlar ile okul yıllarında daha dirençli davranış sorunları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir ⁽⁸⁻¹⁰⁾. DEHB'li okul öncesi çocukların %72'sinde birer birden çok tanı olduğu, en yaygın tanıların %54,5 oranında karıt olma karı gelme bozukluğunun (KOKGB) olduğu bildirilmiştir ^(8,11). Etik eden diğer ruhsal bozukluklar, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları, zeka geriliği, tik bozukluğu olmuştur ^(8,11). Psikiyatrik tanının varlığı kötü gidiş ve bozulma göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir ^(8,11). Erken girişimde bulunma, DEHB'li çocuk ve gençlerde görülen tanıların gelişmesi gibi olumsuz gidişide önleyebilmektedir ^(8,12).

OÖ-DEHB ile ilgili sınırlı ampirik kanıt nedeniyle henüz spesifik bir tedavi kılavuzu yoktur ⁽¹³⁾. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Okul Öncesi Psikofarmakoloji Çalışma Grubu, ve NICE kılavuzu gibi tedavi kılavuzları OÖ-DEHB tanılı çocuklarda

ilk seçenek olarak psikososyal yaklaşımları önermektedir. Bu yaklaşımlardan yararlanmayan ve daha ciddi belirtileri olan çocuklarda ilaç tedavisi başlanabileceğini bildirmektedir ^(10,14-16). Psikososyal yaklaşımların kolay ulaşılabılır olmaması, uzun zaman alması, ebeveynlerin bu tedaviye uyum sorunları ve maliyetinin yüksek olması nedeniyle uygulanabilirliğinde güçlükler mevcuttur ⁽¹⁷⁾. Beş-on üç yaşları arasında 80 hasta ile yapılan bir çalışmada, davranışçı girişim önerilerine uyum %58, ilaç tedavisine uyum %78 oranlarında saptanmıştır ^(8,17). Ancak OÖ-DEHB'de ilaç tedavilerini de sınırlayan sorunlar vardır. Yapılan en kapsamlı randomize kontrollü çalışmada, OÖ-DEHB'li çocuklarda hızlı salınan metilfenidatın etkinliği ve kullanılabilirliğinin okul çağı çocuklarından daha az, yan etkilerinin ise daha fazla görüldüğü belirlenmiştir ⁽¹⁴⁾. Bu nedenle yıkıcı davranış sorunlarında FDA (Amerikan İlaç Birliği) tarafından bir atipik antipsikotik olan Risperidonun 3 yaştan itibaren kullanımına onay verilmiş ve klinik kullanımda sık tercih edilen ilaçlardan biri olmuştur ^(14,29,30).

Ülkemizde OÖ-DEHB sıklığı ve tedavi seçeneklerini araştıran çalışmaya yok denecek kadar azdır. Bu nedenle biz bu çalışmada, üçüncü basamak bir bölge hastanesinde OÖ-DEHB'nin bir yıllık sıklığı ve psikofarmakolojik tedavi sıklığı ile kullanılan ilaçların dağılımını araştırmayı amaçladık.

Ge re Ç ve YÖNT e M

zmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Çocuk Psikiyatrisi polikliniklerine 01.01.2016-31.12.2016 tarihleri arasında başvuran hastalar arasından 36-60 ay yaş aralığında olan ICD-10 tanı kriterlerine göre "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" tanısı almış çocukların hastane kayıtlarının taranmıştır. E zamanlı gelişimsel gerilik, motor ve/veya mental retardasyon, duygudurum bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kronik tıbbi hastalık tanısı olan ve dosyalarında eksik veri olan çocuklar çalışmamızın dışında bırakılmıştır. E tanı olarak, yıkıcı davranış bozuklukları (YDB) başlı başta altında, karıt olma karı gelme bozukluğu (KOKGB) ile davranış bozukluğu (DB),

tik bozuklukları ve iletişim bozuklukları (konuşma bozuklukları ve dil gelişim gecikmesi/geriliği) olan çocuklar çalışmaya dahil edilmiştir.

Retrospektif olarak dosyaları incelenen hastalardan çalışmaya uygun olan 36-60 yaş aralığında 218 OÖ-DEHB olan hasta çalışmaya örneklemi oluşturmuştur. Araştırma için İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır.

statistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi için (Statistical Package for the Social Sciences) SPSS 18.0 programı kullanılmıştır. Olgu grubuna ait sosyodemografik ve klinik bazı kategorik değişkenler tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirilmiştir. Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz ki-kare testi kullanılmıştır. Yaş gruplarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ile veya normal dağılım gösteriyorsa t-testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

01.01.2016-31.12.2016 tarihleri arasında hastanemiz Çocuk Psikiyatri polikliniklerinde 0-18 yaş aralığındaki 32362 hastanın başvurduğu ve bir yılda 36-60 yaş aralığındaki 3550 hastanın muayene olduğu tespit edilmiştir ve bunlardan OÖ-DEHB tanısı alan 286 hastanın dosyaları taranmıştır. Dı lama kriterlerine göre 68 olgu çalışmaya dahil edilmemiştir (8 hasta eksik veri nedeniyle, 18 hasta otizm spektrum bozukluğu, 28 hasta motor/mental retardasyon, 12 hasta anksiyete bozuklukları, 1 hasta tik bozukluğu ve 1 hasta duygudurum bozukluğu) (Tablo 1). Bunun dışında dahil edilme kriterlerine uygun olan 218 OÖ-DEHB tanılı araştırma grubunu oluşturmuştur. Araştırmaya alınan çocukların yaş ortalaması $49,91 \pm 6,98$ aydır ve %81,7'si erkektir. OÖ-DEHB ile birlikte olguların %60,1'inde ($n=131$) en az bir e tanı saptanmıştır ve en sık rastlanan e tanı %32,1 ($n=70$) oranında YDB (KOKGB+DB) olmuştur. Tedavi seçeneği olarak yalnızca psikososyal tedavi yaklaşımları oranı %53,2 ($n=116$) iken, ilaç tedavisi alan hasta oranı %46,8 ($n=102$) dir. İlaç tedavisi önerilen-

lerin neredeyse tamamında önerilen psikofarmakolojik ilaçta risperidon olmuştur (%98). Yalnızca 1 hastaya metilfenidat, 1 hastaya da aripiprazol tedavisi başlandı ve belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Çalışmada çıkarılan olguların dağılımı.

Tüm olgular	Ya (ay) (ort±ss)	286	%100
Çıkarılan olgular		68	%23,7
Eksik veri		8	%2,8
Otistik spektrum bzk.	48,88±7,23	18	%6,3
Motor mental ret.	50,21±6,38	28	%9,8
Anksiyete bzk	53,08±6,0	12	%4,2
Tik bozuklukları	60	1	%0,3
Duygudurum bzk.	59	1	%0,3

Tablo 2. Çalışma grubu demografik, hastalık ve tedavi ile ilgili değişkenler.

Değişkenler	Ya (ay):ort(ss)	min-max	Sayı (n)	%
Yaş	49,91±6,98	36-60 ay	218	100
Cins				
Erkek	50,07±6,98		178	%81,7
Kadın	49,2±7,01		40	%18,3
E tanı sayısı				
Yok			87	%39,9
1 e tanı			61	%28,0
2 e tanı			70	%32,1
E tanılar				
YDB(KOKGB+DB)			70	%32,1
KOKGB			26	%11,9
DB			8	%3,7
İletim bozukluğu			27	%12,4
Tedavi				
Psikososyal			116	%53,2
İlaç tedavileri			102	%46,8
Risperidon			100	%98
Metilfenidat			1	%1
aripiprazol			1	%1

2016 yılı içinde 36-60 yaş aralığında hastanemize başvuran hastalar arasında DEHB tanısı konan hasta oranı ($n=218/3550$) %6,1 olarak saptanmıştır. Dı lama kriteri olan e tanılar da dahil edildiğinde ise ($n=278/3550$) sıklık %7,8'e yükselmiştir. OÖ-DEHB tanısı alan kız ve erkek hastalar arasında yaş ortalamaları, e tanı sayıları ve tedavi seçenekleri (psikososyal veya ilaç tedavisi) bakımından anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($n=40/178$, $p > 0,05$).

Çalışma grubu 3-4 yaş (36-48 ay) ve 5 yaş (49-60 ay) ekinde iki yaş gruplarına ayrılarak yapılan ista-

istiksel analizlere göre, 5 ya grubunun 3-4 ya grubuna göre anlamlı oranda daha fazla e tanı aldı (n=133/85, $\chi^2=6,254$, p=0,044). Yine 5 ya grubunda erkeklerde 2 e tanı alma oranı kızlardan anlamlı düzeyde yüksek (n=43/12, $\chi^2=7,998$, p=0,018) iken, kızlarda e tanı alma sayısı tüm ya gruplarında benzerdir (n=8/7, p>0,05). İlaç tedavisi seçeneği 5 ya grubunda 3-4 ya grubuna göre anlamlı oranda fazla tercih edilmiştir (n=75/27, $\chi^2=12,632$, p<0,0001), ancak psikososyal tedavi seçeneği ya grupları arasında anlamlı fark yaratmamıştır (n=58/58, p>0,05). OÖ-DEHB tanısı yanında herhangi bir e tanısı olmayan ve 1 e tanısı olan hastaların tedavisinde anlamlı düzeyde psikososyal (n=76/11 ve n=35/26), 2 e tanısı olan hastalarda ise anlamlı düzeyde ilaç tedavisinin daha fazla tercih edildiği saptanmıştır ($\chi^2=100,836$, p<0,0001) (ES:0,680:yüksek)

TARTI MA

Dünyada DEHB'nin yaygınlığı çocuklarda %5-10 olarak verilmekte ve benzer yöntemler kullanıldığı zaman farklı ülke ve ırklarda bozukluğun yakın oranlarda görüldüğü bilinmektedir (18,19). Toplum örnekleminde erkek-kız oranı 3/1, klinik örnekleme ise 9/1 olarak bildirilmiştir (20). Bir meta analiz çalışmasında, DEHB'nin tüm dünyadaki ortalama prevalansı %5,29 olduğu gösterilmiştir (21). Toplum örneklemlerine göre çocuk psikiyatri kliniklerinde ise OÖ-DEHB %59 gibi yüksek oranda tespit edilmiştir (22). İngiltere'de birinci basamak sağlık kurumlarında DEHB'li çocuklarda ilaç tedavilerini araştıran 12 yıllık gözlemsel çalışmada, 3-5 ya grubunda DEHB sıklığı %16 oranında saptanmış olup, bunların %26'sına ilaç tedavisi uygulanmış görülmüştür (23).

Çalışmamızda, klinik örnekleme yıllık OÖ-DEHB prevalansı %7,8 oranında tespit edilmiş olup, erkek-kız oranı yaklaşık 4.45/1'dir. Ülkemizde bu alanda yapılmış bir prevalans çalışmasına rastlanmamıştır. Dünyada yapılan az sayıdaki okul öncesi çalışmaya göre oldukça düşük gibi görünen bu oranın yöntemsel farklılıklarla ilgili olabilir. Ancak, çalışmamızda saptanan prevalans oranı, metaanaliz verilerine daha yakın gibi görünmektedir.

dir (21). OÖ-DEHB'de en az bir psikiyatrik e tanı görülme sıklığı %64-74 arasında olduğu en oranlarda bildirilmiştir (24,25). Bu oran çalışmamızda, literatüre yakın oranlarda (%60,1) saptanmıştır. Yazın bilgisinde e tanılar sıklık sırasına göre, KOKGB (%40), kaygı bozuklukları (%34), DB (%14), tik bozuklukları (%11), duygudurum bozuklukları (%4) ve artmış oranda iletişim bozuklukları olarak belirtilmiştir (26,27). Çalışmamızda, tek tek e tanı oranlarına bakıldığında, bu çalışmalardan farklı olarak iletişim bozukluklarının (%12,4) KOKGB'dan (%11,9) az da olsa yüksek oranda saptanmıştır. Yine DB (%3,7) e tanısı literatürden oldukça düşüktür. Ancak, çalışmamızda çarpıcı olan bulgu KOKGB+DB (YDB) birlikteliği %32,1 gibi en yüksek oranda bulunmuştur. Bu durum daha ciddi bozukluğu olan hastaların üçüncü basamak referans hastanesi olması nedeniyle daha çok yönlendirilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Yine iletişim bozukluklarının çalışmamızda artmış şekilde yüksek olması, dil gelişiminde hafif gecikmeler yanında kekemelik ve fonolojik bozuklukların da bu gruba dahil edilmesi ile ilgili olabilir. Çalışmamızda, otizm spektrum bozuklukları, mental retardasyon, anksiyete bozuklukları, tik bozuklukları, duygudurum bozuklukları e tanılarının tanılanma nedeni, bu belirtilen hastalıkların tedavisinde de antipsikotikler ve diğer anti-DEHB ilaçlarının kullanılabilmesidir. Bu sayede DEHB semptomatolojisine spesifik ilaç tedavisi sıklığı ve dozajını tespit edebildikimizi düşünmekteyiz.

Erken başlangıçlı DEHB olgularında agresyon KOKB ve DB e tanıları, geç başlangıçlı DEHB olgularında ise anksiyete/depresyon e tanıları daha sık rapor edilmiştir ve YDB'lerinin erkeklerde daha yüksek oranlarda olduğu bilinmektedir (23,27). Çalışmamızda, bu yazın bilgisi ile uyumlu olarak 5 ya grubunda 3 ve 4 ya grubuna göre hem daha fazla e tanı hem de daha fazla ilaç tedavisi tercih edildiği, yine ilaç tedavisi seçeneklerinin 5 ya ve erkek çocuklarda anlamlı fazla olduğu gözlenmiştir.

Psikiyatrik e tanının varlığı kötü gidiş göstergelelerinden biri olarak kabul edilmektedir (8,11). 3-5,5 yaş aralığındaki 165 OÖ-DEHB tanılı çocuğun katıldığı randomize çift kör plasebo kontrollü metilfenidat çalışmasında, %28,5 olguda e tanının olmadığı,

%41,8 olguda 1 e tanı, %20,6 olguda 2 e tanı, %9 olguda ise 3 veya dört e tanı saptanmıştır. Aynı çalı mada, metilfenidat tedavisine yanıtı etkileyen tek de i kenin e tanı oldu u ve e tanı sayısının art tı kça metilfenidata yanıtın azaldı ı tespit edilmiştir . Bunun dı ındaki hiçbir de i kenin (ya , cins, zeka düzeyi, aile özellikleri, DEHB alt tipi, hastalık ciddiyeti) tedavi yanıtını etkilemedi i belirlenmiştir (11). Çalı mamızda, farklı olarak %39,9 oranında e tanı yoktu, %28 oranında bir e tanı, %32,1 oranında ise 2 e tanı saptandı. Metilfenidatın yanıtının daha kötü oldu u 2 e tanı oranı çalı mamızda daha yüksekti ve ilaç tedavisi olarak hemen tüm olgular da risperidon tedavisinin tercih edilmesi bu sonuçla örtü mektedir.

Tedavi kılavuzları OÖ-DEHB tanılı çocuklarda ikinci sıra tedavi seçene i olarak metilfenidat tedavisi ba lanabilece ini bildirmektedir (10,14-16). Ancak, OÖ-DEHB'li çocuklarda metilfenidatın etkinli inin dü ük ve yan etkinin daha fazla olması nedeniyle yıkıcı davranım sorunlarında ve dü rtü sel davranı mlarda FDA (Amerikan laç Birli i) tarafından 3 ya tan itibaren kullanımına onam verilen Risperidon klinik kullanımda sık tercih edilen ilaç seçeneklerinden biri olmu tur (14). Okul öncesi ya grubu YDB tedavisinde psikoterapotik yakla ımlardan sonra ikinci sırada risperidon kullanımı, alandaki uzmanların fikir birli i ile tedavi kılavuzlarında önerilmiştir ve buna paralel olarak DEHB'de de kullanımı artmıştır (29,30). Üç-altı ya aralı ındaki DEHB+YDB tanılı normal zekalı ve ek ba ka psikiyatrik veya tıbbi hastalı ı olmayan 33 çocu un katıldı ı 6 haftalık çift kör randomize çalı mada, risperidon ve metilfenidat kar ıla tırılmı ve iki tedavi seçene inin de etkin oldu u, risperidonun daha iyi tolere edildi i bulunmu tur (31). Yine DEHB + YDB olan 42 okul öncesi (3-6 ya) normal zeka ve ek psikiyatrik veya fiziksel hastalı ı olmayan çocuk ile yapılan 6 haftalık tek kör çalı mada, tedavi grupları (tek ba ına metilfenidat ve metilfenidat + risperidon) arasında anlamlı fark bulunmamı tur ve iki tedavi grubu da semptomlar üzerinde etkin bulunmu tur. Ayrıca risperidon eklenen grupta daha az yan etki gözlemlendi i belirtilmiştir (32). Ülkemizde yapılan bir çalı mada, normal geli im özellikleri gösteren

DEHB+DB tanılı 8 okul öncesi ya ta çocukta risperidon tedavisinin etkinli i 8 haftalık açık çalı mada de erlendirilmiştir . Tüm olgular risperidon tedavisine iyi veya çok iyi yanıt vermi olup, ciddi bir yan etki gözlenmemiştir (33). Bu yazın bilgileri ile tutarlı olarak e tanı olmayan ve 1 e tanısı olan hastaların psikososyal yakla ımların tedavide önerildi i, ancak 2 e tanısı olan hastalarda ilaç tedavisinin ba landı ı belirlenmiştir . ki e tanılı olguların hepsinin KOKGB+DB e tanılarını birlikte ta ıdıkları ve risperidonun tercihinin bu nedenle ön planda oldu u söylenebilir.

Çalı mamızda, yalnızca bir hastada kullanıldı ı belirlenen aripiprazol de bir atipik antipsikotiktir. Normal zekada, ek psikiyatrik ve tıbbi hastalı ı olmayan DEHB+KOKGB tanılı, 3-6 ya aralı ında, 40 çocukta risperidon ile aripiprazol etkinli ini ve güvenilirli ini ara tıran 8 haftalık randomize klinik çalı mada yapılmı tur. Sonuçta, iki tedavi grubunun da e it oranda etkin oldu u, görece güvenilir, ancak ciddi olmayan yan etkilerin sık görüldü ü bildirilmiştir (34). Aripiprazol tedavi seçene i ile ilgili yazın bilgisi yetersizdir ve bu tanı grubuna yönelik aripiprazol tedavisinin etkinli i ve kullanılabilirli ine yönelik daha ileri çalı malar gereklidir.

SONUÇ ve ÖNe r Le r

Okul öncesi dönemde de DEHB sık tanı konan bir psikiyatrik hastalıktır. Klinik örneklemede %7,8 yıllık prevalans saptanmıştır . E tanı sıklığı (%60,1) ve okul öncesi dönemde de çoklu e tanı belirgindir (%32,1). Ön planda yıkıcı davranım bozuklukları e tanı olarak izlenmektedir ve e tanı sayısının fazla olması ilaç tedavisi seçene ini tercih etmede önemli bir faktördür. Psikososyal yakla ımlar tedavide ilk seçenek olmayı sürdürmekle birlikte, ilaç tedavisi de oldukça sık (%46,8) ve psikososyal yakla ımlara yakın oranlardadır ve risperidon molekülü hemen tüm hastalarda tercih edilen ilaç olmu tur. Okul öncesi dönemde DEHB epidemiyolojisi ve farmakoterapisi alanında ülkemizde hemen hemen çalı ma yoktur ve bu alandaki bo lu un giderilmesi için daha ileri epidemiyolojik ve klinik çalı mlara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Pliszka S. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(7):894-921. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724>
2. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(3):345-65. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
3. Gul N, Tiriyaki A, Cengel Kultur E, Topbas M, Ak I. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2010;20(1):50-6.
4. Güler AS, Scahill L, Jeon S, Ta kın B, Dedeo lu C, Ünal S, Yazgan Y. Use of Multiple Informants to Identify Children at High Risk for ADHD in Turkish School-Age Children. *J Atten Disord* 2014 pii: 1087054714530556. [Epub ahead of print]. <https://doi.org/10.1177/1087054714530556>
5. Ercan ES, Bilaç Ö, Uysal Özaskan T, Akyol Ardic U. Prevalence of psychiatric disorders among turkish children: the effects of impairment and ociodemographic correlates. *Child Psychiatry Hum Dev* 2016;47(1):35-42. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0541-3>
6. Egger HL, Kondo D, Angold A. The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants and Jung Children* 2006;19(2):109-122. <https://doi.org/10.1097/00001163-200604000-00004>
7. Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(6):695-705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
8. Gündo du ÖY, Ta FV, Özyurt EY, Dönder F, Memik NÇ. Okul öncesi dönemde DEHB: Psikososyal tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2016;17(2):143-155.
9. DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(5):508-15. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00009>
10. Gleason MM, Egger HL, Emslie GJ, Greenhill LL, Kowatch RA, Lieberman AF, et al. Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(12):1532-1572. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181570d9e>
11. Ghuman JK, Riddle MA, Vitiello B, Greenhill LL, Chuang SZ, Wigal SB, et al. Comorbidity moderates response to methylphenidate in the Preschoolers with Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17(5):563-579. <https://doi.org/10.1089/cap.2007.0071>
12. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Kipp H, Ehrhardt A, Lee SS. Three year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *Am J Psychiatry* 2004;161(11):2014-2020. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2014>
13. Kaplan A, Adesman A. Clinical diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Curr Opin Pediatr* 2011;23(6):684-692. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32834cbbba>
14. Ghuman JK, Arnold LE, Anthony BJ. Psychopharmacological and other treatments in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: current evidence and practice. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008;18(5):413-47. <https://doi.org/10.1089/cap.2008.022>
15. Atkinson M, Hollis C. NICE guideline: attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2010;95(1):24-7. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.175943>
16. Wolraich M, Brown L, Brown RT, Du Paul G, Earls M, Feldman HM, et al. ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2011;128(5):1007-1022. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2654>
17. Dreyer AS, O'Laughlin L, Moore J, Milam Z. Parental adherence to clinical recommendations in an ADHD evaluation clinic. *J Clin Psychol* 2010;66(10):1101-1120. <https://doi.org/10.1002/jclp.20718>
18. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition, Author, Washington, DC, USA, 2013.
19. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry* 2003;2(2):104-113.
20. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(4):386-392. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3281568d7a>
21. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):942-948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
22. Connor DF. Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *J Dev Behav Pediatr* 2002;23(1 Suppl):S1-9. <https://doi.org/10.1097/00004703-200202001-00002>
23. Raman SR, Marshall SW, Gaynes BN, Haynes K, Naftel J, Stürmer T. An observational study of pharmacological treatment in primary care of children with ADHD in the United Kingdom. *Psychiatric Services* 2015;66(6):617-624. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300148>
24. Wilens TE, Biederman J, Brown S, et al. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(3):262-268. <https://doi.org/10.1097/00004583-200203000-00005>
25. Angold A, Egger HL. Preschool psychopathology; lessons for the lifespan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007;48(10):961-966. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01832.x>
26. Greenhill LL, Posner K, Vaughan BS, Kratochvil CJ. Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;17(2):347-366. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2007.11.004>
27. Posner K, Melvin GA, Murray DW, Gugga SS, Fisher P, Skrobala A, et al. Clinical presentation of ADHD in preschool children: preschoolers with ADHD treatment study (PATS).

- J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17(5):547-562.
<https://doi.org/10.1089/cap.2007.0075>
28. Connor DF, Edwards G, Fletcher KE, Baird J, Barkley RA, Steingard RJ. Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(2):193-200.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200302000-00013>
29. Weiss M, Panagiotopoulos C, Giles L, Gibbins C, Kuzeljevic B, Davidson J, Harrison R, et al. A naturalistic study of predictors and risks of atypical antipsychotic use in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinic. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19(5):575-582.
<https://doi.org/10.1089/cap.2009.0050>
30. Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008559.pub2>
31. Arabgol F, Panaghi L, Nikzad V. Risperidone versus methylphenidate in treatment of preschool children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Iran J Pediatr* 2015;25(1):e265.
<https://doi.org/10.5812/ijp.265>
32. Safavi P, Dehkordi AH, Ghasemi N. Comparison of the effects of methylphenidate and the combination of methylphenidate and risperidone in preschool children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Adv Pharm Technol Res* 2016;7(4):144-148.
<https://doi.org/10.4103/2231-4040.191425>
33. Ercan ES, Basay BK, Basay O, Durak S, Ozbaran B. Risperidone in the treatment of conduct disorder in preschool children without intellectual disability. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2011;5(1):10.
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-10>
34. Safavi P, Hasanpour-Dehkordi A, AmirAhmadi M. Comparison of risperidone and aripiprazole in the treatment of preschool children with disruptive behavior disorder and attention deficit-hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research* 2016;7(2):43-47.
<https://doi.org/10.4103/2231-4040.177203>

Anneye ait psikososyal risk etmenlerinin anne sütü elektrolit düzeylerine etkisi var mıdır?

Do the psychosocial risk factors of the mothers have any effect on the breast milk electrolytes?

Burcu Serim Demirgören¹, Aylin özbeke¹, Murat örmen², Canem kavurma³, Esra özer⁴, Adem aydın⁵

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, zmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, zmir

³Manisa Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Birimi, Manisa

⁴Tepecik E itim ve Ara tırma Hastanesi, Çocuk Sa lı ı ve Hastalıkları Bölümü, zmir

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, zmir

Öz

Amaç: Bu çalı mada, ba arılı laktasyonun bir göstergesi olarak kabul edilen anne sütü sodyum (Na) düzeyleri ve sodyum/potasyum (Na/K) oranının anne ve bebeklerine ait sosyodemografik özellikler, annelere ait psikososyal risk etmenleri ve eri kin tipi ba lanma stilleri ile ili kisinin ara tırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Tepecik E itim ve Ara tırma Hastanesi Sa lıklı Çocuk Poliklini ine ba vuran ve çalı maya katılmayı kabul eden ardıcık, yalnızca anne sütüyle beslenen, 150 sa lıklı yeni do an bebe in annesi çalı maya alınmıştır. Anne ve bebeklere ait veriler, annelerle yapılan yarı yapılandırılmış bir görüş me sonucu elde edilmiştir. Ba lanma stillerini belirleyebilmek için annelerden li ki Ölçekleri Anketi (ÖA) 'ni doldurmaları istenmiştir. Tüm annelerden elle sa ma yöntemi ile 10 ml. süt örne i alınmıştır.

Bulgular: Çalı maya katılan 150 anneden alınan süt örneklerinin 49'unda (%32.7) sodyum düzeyi ve Na/K oranı yüksek saptanmıştır. Anne sütü Na düzeyi yüksek gruptaki anneler istatistiksel olarak anlamlılık sınırında kendilerini çocuk sahibi olmaya uygun biri olarak bulmadıklarını belirtmişlerdir (p=0.059). Anne sütü Na düzeyleri ve Na/K oranı normal ölçülen bebeklerle yüksek ölçülen bebeklerin annelerinin ba lanma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Bu çalı manın sonuçlarına göre, annelere ait bazı psikososyal risk etmenlerinin anne sütü elektrolit düzeylerine etki edebilece i söylenebilir. Ancak çalı manın sonuçları, daha büyük örneklem grubunun alındığı ba ka çalı malarca da desteklenmelidir.

Anahtar kelimeler: Anne sütü, ba lanma, elektrolit

ABSTRACT

Objective: In this study, levels of sodium (Na) and sodium/potassium ratio (Na/K), which are considered as indicators of successful lactation, and their relationships with the mothers and their babies' sociodemographic features, psychosocial risk factors of mothers and their adult type attachment styles were aimed to be investigated.

Method: The mothers' of 150 consecutive, exclusively breastfed, healthy babies that presented to Dokuz Eylül University School of Medicine and Tepecik State Hospital Healthy Children Outpatient Unit were included in the study. Data about babies' and their mothers were collected during a semi-structured interview with the mother. The mothers were requested to complete Relationship Scale Questionnaire (RSQ) to identify the adult type attachment styles of the mothers. Ten millilitres of breast milk were obtained from the mothers by manual self-milking.

Results: Forty-nine (32.7%) mothers had higher than expected breast milk Na levels and high Na/K ratios. Mothers with higher levels of Na in their breast milk were mothers that thought they were not appropriate to have a child at significance limits (p=0.059). There were no statistically significant differences between two groups of mothers, one with high mean breast milk Na and Na/K ratio, other with expected levels, regarding their adult attachment styles.

Conclusion: According to the results of this study it can be speculated that the some psychosocial risk factors of the mothers have an effect on the breast milk electrolytes. But these results should be shown in other studies with a large sample size.

Keywords: Breast milk, attachment, electrolyte

alındığı tarih: 01.11.2016

kabul tarihi: 15.11.2016

yazı ma adresi: Uzm. Dr. Burcu Serim Demirgören, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, nciraltı / zmir
e-mail: burcuserim@hotmail.com

g r

Günümüzde anne sütünün yeni do anlar için en uygun besin olduğu yönünde çok sayıda bilimsel veri mevcut olup, tüm yeni do anların beslenmesinde, anne sütü öncelikli tercih olarak önerilmektedir⁽¹⁾. Anne sütünün üretimi, salınımı ve emzirmenin başarı ile başarılı ve sürdürülmesi hormonal düzenleme gerektiren, anne ve bebekle ilgili etmenlerin birlikte rol oynadıkları karmaşık bir süreçtir^(2,3). Do um sonrası, süt üretiminin artmasıyla birlikte, anne sütü içeriğinde birtakım değişiklikler olur ve ilk 5 gün salgılanan kolostrumla daha sonra salgılanan olgun süt arasında içerik oranlarında farklılıklar bulunmaktadır^(4,5). Anne sütünde sodyum düzeyinin kolostrumda oldukça yüksek oranda bulunduğu, do um sonrası 3. günde belirgin düşüş gösterdiği ve emzirme devam ettikçe 6. aya kadar düşünlü sürdürüldüğü bilinmektedir. Do umdan sonraki ilk haftadan sonra süt sodyum düzeyi için üst sınır 18 mmol/L olarak kabul edilmektedir^(5,6). Sodyum değerlerinin, annenin diyeti, sütün elle ya da elektrikli pompa yoluyla sağlanması, sağ ya da sol memeden örnek alınması ya da emzirmeye başlamadan önce alınan süt örneğiyle emzirme sonrası alınan süt örneği arasında değişimi bildirilmektedir^(7,8).

Anne sütü sodyum değerlerindeki değişimi etkileyen önemli etmenlerden biri meme bezi geçirgenliğindeki artıdır. Meme bezinde süt salgılamakla görevli epitel hücreler arasında sıkı bağlantılar bulunmaktadır. Laktasyonun başlamasıyla birlikte kapanan bu sıkı bağlantılar hücreler arası sıvıdan süte madde geçişine engel olur. Ancak meme bezinde mastit gibi durumlar olduğunda, memeden yeterli süt boşalması sağlanamadığından ya da emzirmeden kesilme döneminde, epitel hücreleri arasındaki bu sıkı bağlantılar açılarak hücreler arası sıvıdan süte madde özellikle de sodyum geçişine neden olur. Bu durumda artmış meme bezi geçirgenliğinden söz edilir^(9,10).

Yazında artmış meme bezi geçirgenliğini septamada sodyum yüksekliğinin yanı sıra sütteki Na/K oranının belirlenmesi ve Na/K oranının 1.0'dan büyük olduğu durumların artmış meme bezi geçirgenliği olarak değerlendirilmesi gerektiğini öneren çalışmaları bulunmaktadır⁽¹¹⁻¹³⁾.

Etki mekanizması netle memi olmakla birlikte, annenin emzirme konusunda istekli ve hazırlıklı olması, emtim düzeyi, em ve aile desteğinin düzeyinin laktasyon performansını etkilediği öne sürülmektedir⁽¹⁴⁾.

Taylor ve Cabral⁽¹⁵⁾, istenmeyen gebelikler sonucunda do um yapan annelerin anlamlı oranlarda, bebeklerine hiç anne sütü vermediklerini ya da laktasyonu sürdürmede başarısız olduklarını göstermişlerdir.

Önemli gelişim basamaklarından biri olan güvenli bağlantının özellikleri, anne ve bebeğin erken dönemdeki etkileşimi tarafından belirlenmektedir. Bağlantı kisinin; bebeklerin doğumdan gelen emme, izleme, gülümseme, ağlama, dokunma gibi davranışları aracılığıyla anne ile ilk etkileşimi başlatarak doğumdan sonraki ilk saatlerde ve günlerde başlatılmaktadır⁽¹⁶⁾. Anne-bebek etkileşiminde çok önemli bir yere sahip olan emzirmenin anne ile bebek arasında bir bağlantı olarak güvenli bağlantının gelişiminde önemli bir rolü görülmektedir⁽¹⁷⁾.

Bu çalışmada, başarılı laktasyonun göstergelerinden biri olarak kabul edilen anne sütü sodyum düzeyleri ve Na/K oranının anneler ve bebeklerine ait sosyodemografik özellikler, annelere ait psikososyal risk etmenleri ve annelerin erken tip bağlantı stilleri ile ilgili kisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Y ö n T e m

Ö r n e k l e m

Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Tepecik Emtim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hastalıkları Sağlıklı Çocuk Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, doğum sonrası 8-15 günler arasında, 2500-4000 g doğum ağırlığına sahip, 38-42 haftalık doğum öyküsü olan ve yalnızca anne sütü ile beslenen ardışık 150 sağlıklı yenidoğan bebeğin annesinin katılımıyla gerçekleştirilmiş kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Anneler için emzirmeye engel olabilecek ilaç kullanım öyküsü, mastit ya da tanımlanamayan herhangi bir meme patolojisi varlığı, çalışmaya katıldığı dönem için psikiyatrik bir hastalığa sahip olması ya da herhangi bir psikiyatrik tedavi

görüyor olma durumu, bebekler için ise anne sütü dışında ek gıda ile beslenmi olma durumu çalışmada lama ölçütü olarak kabul edilmiştir.

Ara tırmada yer almayı kabul eden annelerden yazılı onam alınmıştır. Ara tırmanın etik kurul onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Ara tırmalar Etik Kurulundan alınmıştır.

g e r e ç l e r

Anne ve bebeklerin sosyodemografik ve annelerin psikososyal özelliklerine ait veriler, annelerle yapılan yarı yapılandırılmış bir görüşme sonucu veri formlarının doldurulmasıyla elde edilmiştir. Bu görüşmenin sonunda başlanma stillerini belirleyebilmek için annelerden Likert Ölçekleri Anketi (ÖA)'ni doldurmaları istenmiştir.

Anneler ve bebeklerine ait sosyodemografik özellikler veri formu: Tarafımızdan literatür gözden geçirilmesi sonucu hazırlanmış bu forma annelerin yaşı, eğitim ve iş durumu, aile yapısı, son gebeliğine ait özellikler, doğum ekli, emzirme yöntemi alma durumu ve bebeğe ait cinsiyet, doğum haftası, doğum kilosu, çalışmaya alındığında kaç günlük olduyla ilgili bilgiler istenmiştir.

annelere ait psikososyal özellikler veri formu: Tarafımızdan literatür gözden geçirilmesi sonucu hazırlanmış bu forma annelerin son gebeliklerinin planlanan bir gebelik olma, annenin kendisini çocuk sahibi olmak için uygun bulma, dertledebileceği yakın bir arkadaş olma, geçmişi öyküsünde herhangi bir ruhsal hastalık geçirme durumuyla ilgili bilgiler istenmiştir. Ayrıca annelerden ayrı ayrı olmak üzere bebeğin babasıyla ve kendi anneleriyle aralarındaki ilişki düzeyini çok kötü, kötü, orta, iyi ve çok iyi şeklinde de değerlendirmeleri istenmiştir.

Likert ölçekleri anketi (ÖA): Griffin ve Bartholomew⁽¹⁸⁾ tarafından geliştirilmiştir. ÖA'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Sümer ve Güngör⁽¹⁹⁾ tarafından yapılmıştır. Güvenli, kayıtsız, korkulu ve saplantılı olmak üzere dört yetkin başlanma stillerini ölçmeyi amaçlayan ÖA, 1-7 arası Likert tipi 30 maddeden oluşmaktadır.

Veri formları ve ÖA'nin doldurulmasının ardından çalışmaya katılan tüm annelerden elle sağma

yöntemi ile 10 ml süt örneği alınmıştır. Yazında sağ yada sol memeden alınan süt örneğinde sodyum düzeyinin de iletildiğinden örneğin eldesinde sağ yada sol memeyle ilgili değildir. Alınan süt örneği, sodyum ve potasyumun bulunduğu serum kısmının ayrılabilmesi için 3000 rpm'den 10 dk. santrifüj edilerek analiz edilinceye kadar -20°C'de bekletilmiştir.

Anne sütü örneklerinin biyokimyasal analizleri, Cobas 6000 analizörü (Roche Diagnostic) ile indirekt yöntemle iyon selektif elektrod kullanılarak, tüm örnekler aynı gün analiz edilecek şekilde yapılmıştır.

Ölçüm sonuçları değerlendirilirken anne sütündeki sodyum konsantrasyonu için 18 mmol/L'den büyük değerler, Na/K oranı için 1.0'dan büyük değerler "yüksek" olarak değerlendirilmiştir.

verilerin STATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır⁽²⁰⁾. Sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile tanımlanmıştır. Parametrik koşulları sağlayan sürekli değişkenlerde iki grup arasındaki farkı belirlemede t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasında tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Parametrik koşulları sağlamayan durumlarda iki grup arasındaki farkı belirlemede Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup içeren karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Sayımlı değerlerinin karşılaştırılmasında ise ki-kare analizi kullanılmıştır. Yapılan tüm analizlerin anlamlılık değeri p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

bulgular

Çalışmamıza 150 anne ve bebeği katılmıştır. Çalışmaya katılan annelerin yaşları 17-41 arasında olup, ortalama±standart sapma (Ort±SS) 28,6±5,2 yıldır. Bebeklerin doğum haftası ortalaması (Ort±SS) 39,0±0,9 hafta ve doğum kilosu (Ort±SS) 3304,6±363,7 gramdır. Çalışmaya katılan tüm bebekler 8-15 günlük olup, (Ort±SS) 10,4±2,5 gündür. Çalışmaya katılan annelerin süt örneklerinde sodyum düzeyleri ortalama (Ort±SS) 19,6±11,6 mmol/L,

Na/K oranları ortalama (Ort±SS) 1.1±0.9 bulunmuştur. Çalı maya katılan 150 anneden alınan süt örneklerinin 49'unda (%32.7) sodyum düzeyi yüksek (>18 mmol/L) ve 49'unda (%32.7) Na/K oranı yüksek (>1.0) saptanmıştır.

Anneler ve bebeklerine ait sosyodemografik özelliklerin sonuçları:

Anne sütü Na düzeyi ve Na/K oranı normal ve yüksek saptanan anneler ve bebeklerine ait sosyodemografik veriler karşılaştırılmıştır. Her iki grup arasında sosyodemografik veriler açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgular Tablo 1'de özetlenmiştir.

annelere ait psikososyal özelliklerin sonuçları:

Çalı maya katılan annelerden anne sütünde Na düzeyi ve Na/K oranı normal ölçülen gruba yüksek ölçülen grup arasında son gebeliklerinin planlanan bir gebelik olma, yakın arkadaşla sahip olma durumları ve bebeğin babasıyla ve kendi anneleriyle ilişkileri açısından karşılaştırılmıştır. Anlamlı bir

farklılık saptanmamıştır. Ayrıca annelerin geçmihten herhangi bir ruhsal hastalık geçirme durumu açısından da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak anne sütü Na düzeyi yüksek gruptaki anneler istatistiksel olarak anlamlılık sınırında kendilerini çocuk sahibi olmaya uygun biri olarak bulmadıklarını belirtmişlerdir (p=0.059). Bulgular Tablo 2'de özetlenmiştir.

İkili ölçekleri anketine (öa) ait sonuçlar:

Çalı mada yer alan annelere uygulanan ÖA'den alınan puanlara göre, annelerin yetiştirme stili "güvenli", "kayıtsız", "korkulu", "saplantılı" olmak üzere dört kategoriye ayrılmıştır; 68 (%45.3) annenin yetiştirme stili "güvenli" bulunurken, 46 (%30.7) annenin yetiştirme stili "kayıtsız", 22 (%14.7) annenin yetiştirme stili "korkulu" ve 14 (%9.3) annenin yetiştirme stili de "saplantılı" bulunmuştur. Annelerin yetiştirme stili "güvenli" ve "güvenli olmayan" (kayıtsız, korkulu, saplantılı) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Anne sütü Na düzeyleri ve Na/K oranı normal ölçülen bebeklerle yüksek ölçülen bebeklerin annelerinin

Tablo 1. anne sütü na düzeyi ve na/k oranı normal ve yüksek olan anneler ve bebeklerine ait sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması.

	na<18 mmol/l	na>18 mmol/l	p	na/k<1.0	na/k>1.0	p
Bebeklere ait özellikler						
Ya (gün) (Ort±SS)	10,4±2,6	10,4± 2,5	0,901	10,4±2,6	10,5±2,,5	0,901
Doğum haftası (Ort±SS)	39,0±0,9	39,1±0,9	0,841	39,0±0,9	39,1±0,9	0,841
Doğum kilosu (Ort±SS)	3319,2±337,2	3274,5±415,2	0,483	3308,2±345,6	3297,3±402,2	0,864
Cinsiyet						
Kız N (%)	52 (68,4)	24 (31,6)		52 (68,4)	24 (31,6)	
Erkek N (%)	49 (66,2)	25 (33,8)	0,862	49(66,2)	25 (33,8)	0,862
Doğum ekli						
Normal doğum N (%)	47 (69,1)	21 (30,9)		47 (69,1)	21 (30,9)	
Sezaryen N (%)	54 (65,9)	28 (34,1)	0,728	54 (65,9)	28 (34,1)	0,728
Annelere ait özellikler						
Ya (Ort±SS)	28,4±5,4	28,4±4,9		28,6±5,4	28,5±4,9	0,915
Eğitim düzeyi			0,786			
Yükseköğretim N (%)	28 (66,7)	14 (33,3)		28 (66,7)	14 (33,3)	
Yükseköğretim altı N (%)	73 (67,6)	35 (32,4)	1,000	73 (67,6)	35 (32,4)	1,000
durumu						
Çalışıyor N (%)	31(67,3)	15 (32,7)		31 (67,3)	15 (32,7)	
Ev hanımı N (%)	70 (67,3)	34 (32,7)	1,000	70 (67,3)	34 (32,7)	1,000
Aile yapısı						
Çekirdek N (%)	90 (66,7)	45 (33,3)		89 (65,9)	46 (34,1)	
Geniş N (%)	11 (73,3)	4 (26,7)	0,774	12 (80,0)	3 (20,0)	0,387
Emzirme eğitimi						
Var N (%)	48 (75,0)	16 (25,0)		47 (73,4)	17 (26,6)	
Yok N (%)	53 (61,6)	33 (38,4)	0,113	54 (62,8)	32 (37,2)	0,218

Tablo 2. anne sütü na düzeyi ve na/k oranı normal ve yüksek olan annelere ait psikososyal özelliklerin karşılaştırılması.

	na<18mmol/l	na>18mmol/l	p	na/k<1.0	na/k>1.0	p
Son gebeliğin planlanma durumu						
Planlı N (%)	76 (65,5)	40 (34,5)		75 (64,7)	41 (35,3)	
Plansız N (%)	25 (73,5)	9 (26,5)	0,414	26 (76,5)	8 (23,5)	0,219
Çocuk sahibi olmaya uygun bulma						
Uygun buluyor N (%)	96 (69,6)	42 (30,4)		95 (68,8)	43 (31,2)	
Uygun bulmuyor N (%)	5 (41,7)	7 (58,3)	0,059	6 (50,0)	6 (50,0)	0,207
Yakın arkadaş varlığı						
Var N (%)	72 (65,5)	38 (34,5)		72 (65,5)	38 (34,5)	
Yok N (%)	29 (72,5)	11 (27,5)	0,440	29 (72,5)	11 (27,5)	0,440
Eylemi ile ilgili durumu						
Yeterli N (%)	94 (67,6)	45 (32,4)		94 (67,6)	45 (32,4)	
Zayıf N (%)	7 (63,6)	4 (36,4)	0,750	7 (63,6)	4 (36,4)	0,750
Annenin kendi annesiyle ilgili durumu						
Yeterli N (%)	94 (68,6)	43 (31,4)		94 (68,6)	43 (31,4)	
Zayıf N (%)	4 (44,4)	5 (55,6)	0,155	4 (44,4)	5 (55,6)	0,155
Geçmişte ruhsal hastalık öyküsü						
Var N (%)	12 (54,5)	10 (45,5)		13 (59,1)	9 (40,9)	
Yok N (%)	89 (69,5)	39 (30,5)	0,218	88 (68,8)	40 (31,3)	0,461
Annelerin bağlanma stili						
Güvenli N (%)	48 (70,6)	20 (29,4)		47 (69,1)	21 (30,9)	
Güvenli olmayan N (%)	53 (64,6)	29 (35,4)	0,487	54 (65,9)	28 (34,1)	0,728

bağlanma stilleri arasında bir fark bulunmamıştır. Bulgular tablo 2’de özetlenmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada, meme bezi geçirgenliğini gösteren anne sütü Na düzeyleri ve Na/K oranı ile anneler ve bebeklerine ait sosyodemografik değişkenler, annelere ait psikososyal değişkenler ve annelerin bağlanma stillerinin ilişkisi araştırılmıştır. Meme bezi geçirgenliğindeki artışı açıklamaya çalışan biyolojik mekanizmaların yanı sıra emzirme ile ilgili herhangi bir sorunu açıklamada anneye ait psikososyal risk etmenlerinin de önemli olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle çalışmaya katılan annelerin psikososyal özellikleri değerlendirilirken, son gebeliklerinin planlı ve zamanlama açısından uygun olup olmadığı ve annelerin kendilerini çocuk sahibi olmaya uygun biri olarak görüp görmedikleri de araştırılmıştır. Anne sütü Na düzeyi ve Na/K oranı normal olan grupla yüksek grup arasında gebeliğin planlı olması ve istenme durumu açısından bir fark bulunmamıştır. Ancak çalışmada elde edilen dikkat çekici bir bulgu olarak, anne sütü Na düzeyi beklenenden yüksek ölçülen bebeklerin anneleri anlamlılık sınırında kendilerini

çocuk sahibi olmaya uygun biri olarak görmediklerini belirtmişlerdir. Yazında planlı ve planlı olmayan gebeliklerle ve kendini çocuk sahibi olmaya uygun görmeye meme bezi geçirgenliğinin ilişkisini inceleyen kısıtlı sayıda da olsa çalışmaları yer almaktadır^(2,15). Ozbek ve ark. (2008), doğum sonrası ilk 10 gün içinde hipernatremik dehidratasyon tanısı ile hastaneye başvuran ve anne sütü sodyum düzeyleri beklenen düzeylerden yüksek saptanan bebeklerin annelerine ait psikososyal risk etmenlerinin kontrol grubu bebeklerin anneleriyle karşılaştırıldıkları çalışmalarında, planlanmamış gebelik öyküsü ve kendini annelik için yeterli bulmama durumunu kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır⁽²⁾. Bu durum plansız, istenmeyen gebelik sonucu doğum yapan ve kendini annelik için yeterli bulmayan annelerin bebeklerini yeterince memede tutamadıkları, bu nedenle memenin yeterince boşalamadığı ve bunun sonucunda da meme bezi epitel hücreleri arasında var olan sıkı bağlantıların kapanarak meme bezi geçirgenliğini arttırdığı ile açıklanmaya çalışılmıştır^(2,15). Çalışmamıza katılan annelerin son gebeliklerinin planlı ve zamanlama açısından uygun olup olmadığı ile meme bezi geçirgenliği arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yazındaki çalışmalardan farklı bul-

nan bu sonucun daha geniş olgu sayısına sahip çalışmalarıyla incelenmesi önem taşımaktadır. Ancak daha önce söz edilen çalışmaları ile benzer şekilde, sağlıklı bebeklere sahip olan ve sütlerinde sodyum düzeyi yüksek bulunan annelerin, anne sütü Na düzeyi yüksekliği ile giden hipernatremik dehidratasyonlu bebeklerin anneleri gibi kendilerini çocuk sahibi olmaya uygun olarak görmemeleri dikkat çekicidir. Bu annelerin, kendilerini annelik becerilerinde yeterli görmemeleri olabilecekleri de düşünülmüşse, doğumdan sonraki anne-bebek arasındaki ilk etkileşimlerden biri olan emzirme ile ilgili sorun yaşamabilecekleri, bebeklerine “yeterince iyi” bakım veremeyeceklerini düşünmeleri, emzirmekten kaçınmaları ya da emzirme konusunda yeterince çabalamamalarına yol açabilir. Bu durumun da meme bezi geçirgenliğinde artışa yol açabilir. Tüm bu spekülasyonların kanıtlandırılması için emzirmenin süre, yöntem ve etkileşim parametrelerini içeren doğrudan gözlem bulguları ile anne sütü içeriğinin ilgili kişiyi araştıran çalışmalara gereksinim vardır.

Anne ve bebeğin erken dönemdeki etkileşimi tarafından belirlenen, insan yaşamındaki ilk temel ilişki olan ve doğumdan sonraki ilk saatlerde ve günlerde başlayan bağlanma ilişkisinin özellikleri annenin kendi bebekliğinde annesiyle geliştirdiği bağlanma özelliklerinden de etkilenebilmektedir^(16,21-24). Bu bağlamda kendi annesiyle güvenli olmayan bağlanma geliştirmiş bir annenin, kendi bebeğiyle güvenli bağlanma geliştirmesinde sorun olabileceği ve bebek doğuduktan sonraki ilk etkileşim olan emzirmenin anneye ait bu risk etmeninden etkilenebileceği düşünülebilir. Bu amaçla çalışmada yer alan annelerin yetişkin tipi bağlanma stilleri belirlenmiştir. Annelerin ÖA'den alınan puanlara göre, yetişkin tipi bağlanma stilleri “güvenli”, “kayıtsız”, “korkulu”, “saplantılı” olmak üzere dört gruba ayrıldığında, annelerin yetişkin tipi bağlanma stilleri ile anne sütü Na düzeyleri ve Na/K oranı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Annelerin bağlanma stilleri “güvenli” ve “güvenli olmayan” (kayıtsız, korkulu, saplantılı) olmak üzere iki gruba ayrıldığında da bir fark saptanmamıştır.

Yazında anne sütü Na düzeyleri ya da Na/K oranı ile annelerin yetişkin tipi bağlanma stillerinin ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Annenin bebekken kendi annesi ile kurduğu sıcak, sevgi dolu ve güvenli bir bağlanma ilişkisinin çocuğu ile olan ilişkisine yansıtacağı, dolayısıyla annenin kendi annesiyle daha önceden kurduğu bağlanma stiline, kendi bebeğiyle kurduğu bağlanma stiline de etki edebileceği düşünülmektedir^(25,26). Bu nedenle annenin yetişkin tipi bağlanma stiline, doğumdan sonra anne-bebek arasındaki ilk etkileşimlerden biri olan emzirmeyi de etkileyebileceğinden kendi annesiyle güvenli olmayan bağlanma geliştirmiş bir annenin kendi bebeğiyle güvenli bağlanma geliştirmesinde sorun olabileceği ve bebek doğuduktan sonraki ilk etkileşimlerden biri olan emzirmenin anneye ait bu risk etmeninden etkilenebileceği düşünülebilir. Çalışmamızdaki bulgular tek başına bağlanma stiline meme bezi geçirgenliğinde deki etkileşim neden olamadığını düşündürmekle birlikte, bu alanda anne de olan bağlanma sorunlarının ve bunun bebek üzerine olabilecek olumsuz etkilerinin, anne-bebek ilişkisinin gözlemsel olarak da incelenecek biçimde daha ayrıntılı değerlendirildiği başka çalışmalara gereksinim vardır.

Kısıtlılıklar

Anne sütü Na düzeyleri ve Na/K oranı ile anneye ve bebeğe ait çeşitli risk etmenlerinin ilişkisinin değerlendirildiği çalışmamızın birtakım kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Epidemiyolojik özellik taşıyan çalışmamızın olgu sayısının kısıtlı olmasının bazı parametrelerin istatistiksel anlamlılık sınırında kalmasına yol açtığı düşünülmüştür. Bu nedenle bu alanda yapılacak çalışmaların daha fazla sayıda olgu içerecek şekilde planlanması önemli olacaktır.

Çalışmamızın diğer kısıtlılıklarından biri de annelere ait geçmiş ve son gebelik sırasındaki ruhsal hastalıkların belirlenmesinde hastane kayıtlarının de il, kendi bildirimlerinin kullanılmamasıdır. Çalışmamızda, annelere ait psikososyal risk etmenlerinden annelerin yetişkin tipi bağlanma stillerini belirleyebilmek için, ölçeklere dayalı veriler kullanılmamıştır. Klinik önemi de olan bu risk etmeninin psikiyatrik görüşmelerle değerlendirilip ölçek verilerinin desteklenmemesi olması da bu çalışmanın bir başka kısıtlılığıdır.

SOnuç ve öneriler

Bebek sa lı nın korunmasında önemli bir yeri olan emzirmenin olumsuz etkilenmesine neden olan risk etmenlerinin belirlenerek, bu risk etmenlerinin giderilmesine yönelik uygun müdahalelerde bulunmak yeni nesillerin de daha sa lıklı yeti mesine katkı sa layacaktır.

kaynaklar

1. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D ve ark. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess* 2007;153:1-186.
2. Ozbek A, Kumral A, Guvenir T, Tas FV, Gencer O, Duman N ve ark. Maternal psychosocial aspects in hypernatremic dehydration with high sodium concentrations in breast milk: A case-control study. *J Paediatr Child Health* 2008;44:38-43.
3. Dewey KG. Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:87-103. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70287-X](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70287-X)
4. Kent JC. How breastfeeding works. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:564-570. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.04.007>
5. Neville MC, Allen JC, Archer PC, Casey CE, Seacat J, Keller RP ve ark. Studies in human lactation: Milk volume and nutrient composition during weaning and lactogenesis. *Am J Clin Nutr* 1991;54:81-92.
6. Gür E. Anne sütü ile beslenme. *Türk Pediatri Arivi* 2007;42:11-15.
7. Morton JA. The clinical usefulness of breast milk sodium in the assessment of lactogenesis. *Pediatrics* 1994;93:802-806.
8. Koo WW, Gupta JM. Breast milk sodium. *Arch Dis Child* 1982;57:500-502. <https://doi.org/10.1136/adc.57.7.500>
9. Manaman JL, Neville MC. Mammary physiology and milk secretion. *Advanced Drug Delivery Reviews* 2003;55:629-641. [https://doi.org/10.1016/S0169-409X\(03\)00033-4](https://doi.org/10.1016/S0169-409X(03)00033-4)
10. Neville CM. Classic studies of mammary development and milk secretion: 1945-1980. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2009;14:193-197. <https://doi.org/10.1007/s10911-009-9151-7>
11. Filteau SM, Rice AL, Ball JJ, Chakraborty J, Stoltzfus R, de Francisco A ve ark. Breast milk immune factors in Bangladeshi women supplemented postpartum with retinol or -carotene. *Am J Clin Nutr* 1999;69:953-958.
12. Benn CS, Böttcher MF, Pedersen BV, Filteau SM, Duchon K.

- Mammary epithelial paracellular permeability in atopic and non-atopic mothers versus childhood atopy. *Pediatr Allergy Immunol* 2004;15:123-126. <https://doi.org/10.1046/j.1399-3038.2003.00138.x>
13. Aryeetey RNO, Marquis GS, Brakohiapa L, Timms L, Lartey A. Subclinical Mastitis May Not Reduce Breastmilk Intake During Established Lactation. *Breastfeeding Medicine* 2008;4:161-166. <https://doi.org/10.1089/bfm.2008.0131>
 14. Lau C. Effects of stress on lactation. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:221-234. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70296-0](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70296-0)
 15. Taylor JS, Cabral HJ. Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? *The Journal of Family Practice* 2002;51:431-436.
 16. Stifter CA, Coulehan CM, Fish M. Linking employment to attachment: The mediating effects of maternal separation anxiety and interactive behavior. *Child Development* 1993;64:1451-1460. <https://doi.org/10.2307/1131545>
 17. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed. Philadelphia, 2007.
 18. Griffin D, Bartholomew K. The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew and D. Perlman (Eds.), Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships. Jessica Kingsley Publishers, London, 1994; p.17-52.
 19. Sümer N, Güngör D. Yeti kin ba lanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik de erlendirmesi ve kültürlerarası bir kar ıla tırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14(43):71-106.
 20. SPSS for Windows, Rel. 15.0.0. 2006. Chicago: SPSS Inc.
 21. Bowlby J. Attachment and Loss. 1th ed. The Hogarth Press, London, 1969.
 22. Bowlby J. The Making and Breaking of Affectional Bonds. Tavistock Publications Limited, London, 1979.
 23. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. Essential papers on object relations, 1th ed, Buckley P (Ed.) New York University Press. 1986; p.153-199.
 24. Zeanah CH, Benoit D, Barton M, Regan C, Hirshberg LM, Lipsitt LP. Representations of attachment in mother and their one year old infants. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1992;32(2):278-286. <https://doi.org/10.1097/00004583-199303000-00007>
 25. Ruble DN, Brooks-Gunn J, Fleming AS, Fitzmaurice G, Stangor C, Deutsch F. Transition to motherhood and self: Measurement, stability, and change. *J Pers Soc Psychol* 1990;58(3):450-463. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.3.450>
 26. Zeanah CH, Borris NW, Larriey JA. Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1997;36(2):165-178. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00007>