

## GEBELİKTE MADDE KULLANIMININ ANNE, FETÜS VE YENİDOĞAN ÜZERİNE ETKİSİ

Güler CİMETE\*

### ÖZET

Madde kötüye kullanımı, diğer birçok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de ciddi bir sorun haline gelmektedir. Madde kullanımı, bağımlılık, kontrolsüz cinsel ilişki, fuhuş, cinsel yolla bulaşan hastalıklar riskini de beraberinde getirebilir. Adolesanlar arasında madde kullanımı artarken, madde kullanımının, gebeler, fetüs ve yenidoğanlara etkisine yönelik ilginin de artmasına gereksinim duyulmaktadır. Çünkü fetal büyüme ve gelişme, fetüs ve yenidoğanın sağlığı ve yaşamı, annenin madde kullanımından olumsuz yönde etkilenebilir. Özellikle nöbetlerle birlikte seyreden yenidoğan çekilme sendromu bebeğin yaşamını tehdit edici olabilir. Bu nedenle, sağlık personelinin, başta madde kötüye kullanımını engelleyici girişimler olmak üzere, madde kullanan gebe kadınların erken dönemde belirlenmesi ve böylece kullanılan maddenin gebe, fetüs ve yenidoğana olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi, dolayısıyla madde kullanım kurbanlarının azaltılması yönünde etkinlik göstermesi gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** madde kötüye kullanımı, madde bağımlılığı, fetal alkol sendromu, gebelikte madde kullanımı, yenidoğanda yoksunluk sendromu

### ABSTRACT

#### EFFECTS OF SUBSTANCE USE DURING PREGNANCY ON MOTHERS, FETUSES AND NEWBORN

Substance abuse is becoming a serious problem in our country such as the other several countries. Use of substance can bring the risk of addiction, uncontrolled sex, sexually transmitted diseases, unwanted pregnancy etc. With the increasing use of substance among adolescents, it is needed to grow concern regarding its effects on fetuses and neonates of pregnant substance abusers. Because, fetal growth and development, neonatal health may be effected negatively from maternal substance use. Especially neonatal withdrawal syndrome can be life treating if there are seizures. Negative effects of maternal substance use can be reduce by preventive intervention against the substance use of teenage; early detection of pregnant abusers, and clinical control of them frequently, giving an information for healthy pregnancy, early intervention for withdrawal of newborn.

**Key Words:** substance abuse, drug addiction, substance use in pregnancy, fetal alcohol syndrome, withdrawal syndrome in newborn.

### GİRİŞ

Madde terimi, alkol, tütün, yasal ilaçlar ve yiyeceklerle yasal olmayan ürünleri içeren geniş bir bakış açısını yansıtır. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı psiko-aktif maddelerle olur ve bunlar santral sinir sistemi üzerine etkilerine göre, stimülanlar ve depresanlar olarak ayrılırlar. Yasal ilaçlar ve alkol kendi yan etkilerinin yanısıra, yasadışı maddelerin kullanımına da kapı açtığı için önemlidir. Madde kullanımına genellikle gençlik döneminde başlanmakta olup, bir maddenin kullanı-

mını, diğer maddelerin kullanımı izlemektedir. Kısacası çoklu madde kullanımı başlı başına bir sorun haline gelmektedir. Madde kötüye kullanımı yaygınlığı, diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır. Yapılan çalışmalar; gençlerden %5'inin sakinleştirici ilaç kullandığını (Kültegin 1998), madde kullanmaya başlama yaşının 16-19 arası olduğunu (Türkcan 1997, Aytaçlar 1997, Tamar 1998), 20.5 yaşında ikinci maddeye geçildiğini (Aytaçlar 1997), kadınların %15.9'unun

\*Marmara Üniv. HYO Çocuk Sağl. ve Hast. Hemş. AD (Doç.Dr.)

alkol kullandığını (Türkcan 1997), gençlerden %4.2'sinin en az bir kez esrar kullandığını, bunlardan %31.7'sinin kızlardan oluştuğunu, gencin madde kullanımının aileleri tarafından yaklaşık 2 yıl sonra farkedildiğini (Tamar 1998) göstermektedir. Ülkemizin, yasadışı madde geçiş yolu üzerinde bulunması, bu tür maddelerin pazarı haline gelmesine neden olmaktadır. Sözkonusu pazarın hedef kitlesi, gelişimsel kriz yaşama potansiyeli nedeniyle gençlerdir. Madde kullanan gençlerin korunmasız cinsel ilişkileri ise, madde kullanım trajedisinin kurbanları arasına yenidoğanların da eklenmesine zemin hazırlamaktadır.

Ülkemizde, bağımlılık yapan ilaçların özel reçete ile satılması nisbeten kontrollü kullanımlarını sağlarken, sigara, alkol ve yasa dışı maddelerin kullanımında bu kontrol ortadan kalkmaktadır. Bu durum, madde kullanım yaygınlığı için zemin hazırlamaktadır. Ülkemizde, gebelerde madde kullanımı ve bunun sonuçları henüz toplumun dikkatini çekecek boyutlara ulaşmamıştır, ancak diğer ülkelerdeki araştırma bulguları madde kullanan gebe oranlarının hiç de azımsanmayacak boyutlarda olduğunu göstermektedir (Sham 1999, Basio ve ark. 1997, Welch ve Sokol 1995, Gurnack ve Paul 1997). Benzer sorunların ülkemiz için de geçerli olacağı zamanlar çok uzakta değildir. Bu nedenle sağlık personelinin madde kullanımı ve bunun gebe, fetüs ve yenidoğan üzerine etkilerini bilmeleri, bu konuda uyanık olmalarını ve önlem için oluşturulacak politikalarda etkin rol üstlenmelerini sağlayabilir. Bu görüş doğrultusunda, bu makalede gebe, fetüs ve yenidoğanların sigara, alkol ve bazı yasa dışı maddelerden etkilenmeleri ve bakımları ele alınacaktır.

### **Sigara**

Sigaranın içerdiği karbonmonoksit, hemoglobine birleşerek karboksi hemoglobini oluşturur. Bu hem anne hem de fetüsün oksijenlenmesini bozar ve fetal hipoksiye neden olur. Sigaranın etkili maddesi olan nikotin suda ve yağda çözülebildiği için plasentadan fetüse kolayca geçer. Nikotinin plasenta damarlarında

yaptığı vazokonstriksiyon da fetal oksijenlenmenin azalmasına katkıda bulunur (Haustein 1999, May ve Mahlmeister 1990, Sham 1999). Bir sigara içimi sonrası nikotinin kandaki konsantrasyonu 14-41 mg/ml'ye ulaşır (May ve Mahlmeister 1990).

Vazokonstriksiyon nedeniyle fetüse geçen besin maddeleri de azaldığı için fetüste intra uterin büyüme geriliği görülür. Anne ne kadar fazla sigara içiyorsa, intrauterin büyüme geriliği o kadar fazla olur. Sigara içen annelerin bebeklerinde boy, kilo ve başçevresi persentilleri düşüktür (May ve Mahlmeister 1990, Sham 1999, Hathaway ve ark.1993). Kadınların %15-20'si gebeliklerinde sigara içmekte olup, preterm bebeklerin yaklaşık %15'inden ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %20-30'undan sigaranın sorumlu olduğu belirtilmektedir (Andreas ve Day 2000).

Sigaranın, başta spontan abortus olmak üzere (Sham 1999, May ve Mahlmeister 1990, Haustein 1999) ablasyo plasenta, plasenta previa, prematürelilik gibi obstetrik komplikasyonlara yol açabildiği (Andreas ve Day 2000, Hathaway ve ark. 1993, Haustein 1999), santral sinir sistemi malformasyonları, hipospadias, ingüinal herni, polikistik böbrek, septal defektler, göz, kulak malformasyonları, gastroşizis riskini artırabildiği belirtilmektedir (Haustein 1999, Sham 1999). Aktif ya da pasif sigara içicisi gebelerin bebeklerinin düşük doğum ağırlıklı olduğu (Hrubá ve Kachlik 2000), saçındaki nikotin oranı yüksek ve orta düzeyde bulunan annelerin preterm bebek sahibi olma oranının arttığı (Jaakkola, Jaakkola ve Zahlsen 2001), ani bebek ölümü sendromunun sigara içen annelerin bebeklerinde daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Andreas ve Day 2000, Haustein 1999). Gebelikteki sigara kullanımı, çocuklarda gelişim geriliği ve zeka geriliğine de yol açmaktadır (<http://meds.ktu.edu.tr>).

### **Alkol**

Gebelikte alkol kullanımının konjenital defektlere yol açtığı uzun yıllardır bilinmektedir.

Ethanol ve onun metaboliti olan asetaldehit, alkolün kritik maddeleridir. Ethanol ve asetaldehit hücre büyümesi ve

farklılaşmasını bozarak, fetal gelişimi engeller. Ethanol fetüse plasantadan diffüzyon yoluyla geçer (Sham 1999). Geçiş miktarı ve hızı, kandaki konsantrasyonuyla orantılıdır. Fetüsün karaciğeri ve böbrekleri anneden geçen alkolü metebolize edemediği için, birikime bağlı hücre hasarları oluşur. Ethanol plasenta fonksiyonunu bozarak, gerekli maddelerin fetüse geçişini de azaltır. Bu durum intra uterin büyüme-gelişme geriliği ile sonuçlanır. Alınan alkol miktarı, kullanım sıklığı, gestasyon haftası ve fetal dokuların duyarlılığı; fetüsün alkolden etkilenme durumu ya da fetal alkol sendromundaki (FAS) malformasyonlar ve gelişim geriliği düzeyinin belirleyicileridir. Gebeliğin ilk haftalarında alınan fazla miktardaki alkol, organogenezisi bozar. Son trimesterde alınan alkol ise, fetüsün beyin hücrelerindeki gelişimi yavaşlatır. Alkolün gebelikteki diğer etkileri, spontan abortus, makat presentasyon, plasantanın erken ayrılmasıdır. Gebeliğinde alkol alan annelerin bebeklerinde, mikrosefali, kalp anamolileri ve eklem defektleri görülebilir. Yenidoğanda, hipoglisemi, polistemi ve vücut ısısı düzensizlikleri, sık rastlanan sorunlardandır. Annenin doğuma yakın aldığı alkol miktarına bağlı olarak bebek ya sürekli uykulu ya da uykusuz ve huzursuz olma eğilimi gösterir (May and Mahlmeister 1990, Sham 1999, Clarren and Smith 1978).

Gebe kadınların günde 3 oz'dan (6 standart içki) fazla alkol alması FAS riskini yükseltir. Günde 2-3 içki ya da fazlasının tüketilmesi, fetüste intra uterin gelişim geriliği, ölü doğum, plasenta ağırlığında azalma, bebekte immatür motor aktivite, kas tonüsünde azalma, emme zayıflığı gibi fetal alkol etkilenimine neden olabilir. Düzensiz zamanlarda günde 4-5 içkiden fazla tüketilmesi, bebekte beyin ve santral sinir sistemi hasarlarına yol açabilir. Bu alkol miktarları her kadın ve fetüs için geçerli ya da kesin değildir. Gebelikte güvenli alkol dozu sınırı kesin olarak bilinmediğinden, tüm gebe kadınlara alkol kullanmamaları önerilmektedir (May and Mahlmeister 1990, Sham 1999, Clarren and Smith 1978).

### **Fetal Alkol Sendromu**

Fetal alkol sendromu 1973 yılında John ve Simith tarafından tanımlanmış olup (Sham 1999), 1980'de Alkolizm Araştırma Topluluğu FAS'nun prenatal ve postnatal büyüme gelişme geriliği, karakteristik yüz morfolojisi, santral sinir sistemi tutulumu ile belirgin bir sorun olduğunu belirtmiştir (Welch ve Sokol 1995). FAS insidansının dünya genelinde bin canlı doğumda 1.9 olduğu tahmin edilmektedir (Sham 1999, Welch ve Sokol 1995). Alkol kullanan kadınların çocuklarında fetal alkol etkilenimi ya da FAS oranının %30-40 olduğu belirtilmektedir (Sham 1999, Stranland ve Sundelin 1996). Büyük kardeşlerde FAS ve alkole bağlı doğum defektleri bin canlı doğumda 170-417 iken, bu oran küçük kardeşlerde 771-886/1000'e yükselmektedir. Amerika'da FAS tedavisinin yıllık giderinin 321 milyon dolar olduğu belirtilmektedir (Welch ve Sokol 1995).

### **FAS'nun Karakteristikleri:**

**1- Prenatal ve postnatal büyüme geriliği;** Bebeğin boy, kilo ve baş çevresi değerlerinin 10. persentilin altına kadar düştüğü görülebilir. Yenidoğan ve bebeklik dönemini takip eden yıllarda da çocuğun beslenmesi yeterli olsa bile, büyüme geriliği devam edebilir.

**2-Yüz dismorfolojisi;** Fetal alkol sendromlu çocuğun yüzü tipik görünüşlüdür. Gözlerde epikontal kıvrım, kısa palpebral fissurlar, pitozis, strabismus, miyopi, mikroftalmi, hipoplastik retinal damarlar, kısa kalkık burun, burun ve üst dudak arası mesafenin geniş olması, filtrumun olmaması ya da çok belirsiz olması, çizgi şeklinde ince üst dudak, anormal ağız hareketleri, büyük ve arkaya doğru eğik kulaklar; mandibular ve maksiller hipoplazi, yüzdeki tipik özellikleri yansıtır.

**3- Santral sinir sistemi tutulumu;** Fetal alkol sendromlu yenidoğanda, emme refleksi başta olmak üzere tüm reflekslerde zayıflık, tremorlar, kas tonüsü zayıflığı, hiperaktivite, uyku problemleri/uykusuzluk, tiz sesli ağlama, irritabilite görülür. İlerleyen yıllarda algılama problemleri, dikkat eksikliği, dil gelişiminde gecikme, motor-mental gelişim gerilikleri de dikkati çeker (Çavuşoğlu 1996, May ve Mahlmeister 1990, Sham 1999, Welch ve Sokol

1995, Hathaway ve ark.1993, Clarren and Smith 1978).

**4- Nonspesifik sorunlar;** Yarık damak/dudak, küçük dişler, mikrosefali, klinodaktili, hipoplastik tırnaklar, ASD,VSD, TOF, PDA, renal hipoplazi, agenezis, hidronefroz, inmemiş testisler, palmar çizgilerin yokluğu, düzensiz/zayıf saçlar, immün sistem gelişim yetersizliği, nonspesifik neoplazmlar (May and Mahlmeister 1990, Sham 1999, Hathaway ve ark.1993) görülebilen sorunlar arasındadır.

### **Kokain**

Bağımlılık yapan en güçlü maddelerden biridir. Burundan çekildikten 3 dakika, crack (sigara şeklinde içme) alındıktan 7-30 saniye içinde beyin ve santral sinir sistemine ulaşır. Kokain yağda çözülebildiği için kan-beyin bariyerini geçebilir ve düşük molekül ağırlıklı olduğu için de plasentadan diffüzyonla geçişi kolaydır (Sham 1999). Kokain, norepinefrin ve dopaminin presnaptik alandan yeniden emilimini engeller ve böylece postsnaptik reseptör alanda bu nörotransmitterlerin birikmesine yol açar. Kokain, vücuda alındıktan kısa süre sonra bireyde öfori, disfori, irritabilite, sinirlilik, kötümserlik, yorgunluk ve güçlü bir şekilde yeniden kokain alma isteği oluşturur. İne, vazokonstrüksiyon, taşikardi ve hipertansiyon yaptığı için, akut myokard enfarktüs, serebro vasküler olay, böbrek ve barsak infarktüsü, pulmoner ödeme yol açabilir. Kokain metabolitleri vücuttan 4-7 gün sonra atılırlar, bu özellik gebe kadınlarda fetüsün daha uzun süre kokaine maruz kalmasına neden olur (Sham 1999, Gazaway 1991).

### **Kokainin gebelikteki etkileri:**

Plasenta damarlarındaki vazokonstrüksiyon ve küçük infarktüsler nedeniyle fetüse giden kan miktarı azalır ve bu durum fetal hipoksi ile intra uterin büyüme-gelişme geriliğine yol açar. Ayrıca kokain güçlü bir iştah kesicidir. Gerek iştahsızlık, gerekse maddi olanakların bu maddenin alımı için ayrılmasına bağlı olarak gebelerde beslenme yetersizliği ve dolayısıyla fetüste büyüme-gelişme geriliği görülür (Sham 1999, Gazaway 1991). Gebelikteki kokain kullanımı, preeklamsi, eklamsi, spontan abortus, ablasyo plasenta

insidansını yükseltir. Üçüncü trimestirdeki kokain kullanımı, ani uterus kontraksiyonlarının başlamasına, fetal taşikardiye, fetal aktivitelere artışa ve erken doğuma neden olabilir. Gebeliğin başlangıcında kullanılan kokain, ilerleyen haftalarda bırakılsa dahi, benzer riskler gebelik süresince devam eder. Ancak yine de, mümkün olduğunca kullanımın bırakılması gebe ve fetüs açısından en iyisidir (Gazaway 1991). Chasnoff ve arkadaşları (1985) kokain kullanan gebe kadınlardan büyük bir bölümünün geçmişte spontan abortus öykülerinin olduğunu ve şu andaki gebeliklerinde kokain enjeksiyonu sonrası ablasyo plasanta nedeniyle erken doğum eylemi başlayan kadın oranının da fazla olduğunu saptamıştır.

Kokain kullanan annelerin bebeklerinde prematürelite, düşük doğum ağırlığı, gelişim geriliği (Gazaway 1991, Sham 1999, Sprauve ve ark.1997, Chasnoff ve ark 1989, Oro, Dixon 1987, Zuckerman 1989), mikrosefali, kol ve ellerde amputasyon defektleri, böbrek anomalileri, hidronefroz, hipospadias, kalp defektleri, barsak infarktüsleri ve ileal atrezi riski fazladır (Sham 1999).

Doğumu takiben bebeklerde, tremor, irritabilite, tiz sesli ağlama, esneme, anormal EEG dalgaları, hipertoni, motor aktivitelere organizasyon bozukluğu, hipertansiyon, takipne, yüksek ateş, kırmızı görünüş, uyku bozuklukları, beslenme güçlüğü görülür (Sham 1999, May ve Mahlmeister 1990, Gazaway 1991, Oro, Dixon 1987). Bu bulgulardan çoğunluğu 3-12 ay sürerken, bazıları kalıcı olabilir. İlerleyen yıllarda bunlara konsantrasyon güçlüğü, anormal oyun örnekleri, düz/apatik mood da eklenebilir (Sham 1999, Gazaway 1991).

Yine gebelikteki kokain kullanımının ani bebek ölümü sendromu riskini de artırdığı belirtilmektedir (Gazaway 1991).

Madde kullanan diğer gebeler gibi, kokain kullanan gebeler de düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırmazlar. Bu kadınların kliniklere başvurusu, genellikle kokain alımını takiben uterus kontraksiyonlarının başlaması nedeniyle olur. Bu dönemde anneden kapsamlı öykü almanın yanısıra idrar ve kanda madde kontrolü de yapılmalıdır (Gazaway 1991).

Çünkü madde kullanmadığını belirtmesine rağmen idrarında madde metabolitleri tespit edilen gebeler olabilmektedir (Zuckerman 1989). Uterus kontraksiyonlarının başladığı tespit edildiğinde magnezyum sülfat uygulanarak kokainin yol açtığı kardiyovasküler tepki, nöbet riski ve fetal distres azaltılabilir. Genelde kokain kullanan bireylerde diğer maddelerin de kullanımı sözkonusudur. Kokain bağımlısı gebelerin 2-4 hafta hastanede yatarak tedavi edilmesi ve taburculuk sonrası da sık kontrole çağrılarak olası komplikasyonların azaltılması yararlı olur (Gazaway 1991).

### **Amfetaminler**

Santral sinir sistemi stimulanlarından. Etkisi kokaine benzer ancak oluşturduğu komplikasyonlar daha sınırlı ve daha hafiftir. İştahsızlık, uykusuzluk, canlılık ve kendine güven hissi uyandırdığı için gençler arasındaki kullanımı yaygındır. Amfetamin kullanan kadınların bebeklerinde letarji, emme zayıflığı, tremorlar, hipotoni görülür. Çocuğun yaşı ilerledikçe okülomotor apraksi, hemiparezis, aktif hipotoni, tremorlar görülebilir (Sham 1999).

### **Narkotikler: Eroin ve Metadon**

Her ikisi de opioid grubu maddedir. Eroin enjekte edildikten 10 saniye sonra öfori yapar. Opioidler normal menstrasyon siklusunu bozarlar ve fertilitiyi azaltırlar. Bu etkisi nedeniyle opioid kullanan kadınların çoğunluğu 5-7. aylara kadar gebe olduğunu anlamayabilir (Sham 1999).

### **Gebelikteki etkileri:**

Opioid kullanan kadınların %40-50'sinde anemi, kalp hastalığı, trombozis, üriner sistem enfeksiyonu, sifiliz, hepatit B, AIDS görülür. Gebelerin %10-15'inde toksemi gelişir. Ayrıca, ablasyo plasenta, spontan abortus, kısa labor periodu, hızlı doğum, makat presentasyon, fetal distres, mekonyum aspirasyonu, fetal enfeksiyon ve anemi (Sham 1999), preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebek insidansı yüksektir (Lam, Duthie ve Ma 1992; Little ve ark.1990; Sham 1999).

Yenidoğan bebeklerde resesütasyon gerektirecek düzeyde düşük apgar skoru, hipoksi, mekonyum aspirasyonu, aspirasyon pnömonisi, aşırı yoksunluk tablosu oluşur. Eroin kullanan annelerin bebekleri güçlü bir şekilde emerler ve yalancı emzik verilince rahatlar. Metadon bağımlısı annelerin bebeklerinde ise emme güçsüzdür (Pillitteri 1992). Opioid bağımlısı annelerin bebekleri, ani bebek ölümü sendromu yönünden de risk grubundadırlar (Sham 1999).

### **Marihuana**

Hint keneviri/haşhaş bitkisinden elde edilir. Ot olarak bilinir ve yiyeceklere karıştırılarak ya da sarılarak sigara gibi içilir. Psiko aktif maddesi 9-THC'dir (tetrahydrocannabinol). 9-THC vücut genelinde yağ dokusunda birikir ve kan karbondioksit düzeyini yükselterek hipoksiye yol açar (May ve Mahlmeister 1990, Sham 1999). Marihuana kadın ve erkeklerde üreme fonksiyonunu bozar. Kadınlarda FSH, LH, PRL hormon düzeylerini düşürür, ovülasyonu baskılar, menstrual siklusu bozar. Erkeklerde FSH, LH, PRL, testosteron düzeyini düşürür, spermatogenezis ve sperm motilitesini baskılar. Özellikle üreme organ ve fonksiyonlarının hızla geliştiği adolesan dönemi başlangıcında marihuana kullanımının infertiliteye yol açabildiği belirtilmektedir. (May ve Mahlmeister 1990). Gebelikte marihuana kullanan kadın oranı ABD'de %5-34 arasında değişmektedir. Presentadan geçiş özellikle ilk trimesterde oldukça yüksektir.

Kullanım sıklığına bağlı olarak, gebelikte erken labor, mekonyumlu ve düşük doğum ağırlıklı bebek, ölü doğum, intrauterin gelişim geriliği yapar. Bebeklerin apgar skoru ve resesütasyon gereksinimi konusundaki bilgiler çelişkilidir (Sham 1999, May ve Mahlmeister 1990). Annede meme dokusu gelişimi için gerekli enzimlerin düşmesi ve buna bağlı olarak laktasyonun azalmasına neden olabilir (May ve Mahlmeister 1990).

**Yenidoğanda çekilme / yoksunluk tablosu;** Yoksunluk bulguları narkotik kullanan annelerin bebeklerinde daha yoğun ve şiddetli olmakla birlikte, alkol, kokain, amfetamin kullanan annelerin bebeklerinde de görülür. Bu

bulgular; tremor, tiz sesli ağlama, huzursuzluk, uykusuzluk, reflekslerde artma, sık esneme, hapşurma, irritabilite, hipersalivasyon, öğürme, kusma, ishal, dehidretasyon, ateş, kızarıklık, takipne, el bilekleri, dizler ya da burunu aşırı sürtme, konvülsiyondur. Klinik bulgular genellikle yaşamın ilk gününde ortaya çıkar ve eroin bağımlılığında 7 gün, metadon bağımlılığında 2 hafta ve fenobarbital bağımlılığında 2 aya kadar görülebilir. Metadon kullanan annelerin bebeklerinde klinik bulgular daha ağır ve uzun sürer. Semptomların şiddetine göre bebeğe özel tedavi uygulanır. Tedavide genellikle fenobarbital, metadon, klorpromazin ve diyazepam tercih edilir. (Martin ve Sharon 1991, Pillitteri 1992, Hathaway ve ark. 1993, Çavuşoğlu 1996, Sham 1999). Yanısıra semptomatik tedavi uygulanır. Ağır klinik tablo gösteren bebeklerde fenobarbital tercih edilse de, metadon kullanan annelerin bebeklerine metadon verilir. Son zamanlarda buprenorphine'in çekilme bulgularının azaltılmasında oldukça etkili olduğunu gösteren bulgular da vardır (Marquet ve Chevrel 1997). Sözü edilen ilaçlar, genellikle bir kaç günde dozu azaltılarak kesilirler. Ancak bazı vakalarda bu ilaçların haftalarca uygulanması gerekebilir. Anneden geçen madde oranının yoğun olduğu ve erken dönemde etkili tedaviye başlanmadığı durumlarda, yenidoğan konvülsiyon ve ölümleri görülebilir. Erken tanı ve uygun tedavi, mortalite hızını %3-4'lere düşürür (Hathaway ve ark. 1993).

Yoksunluk bulguları yalnızca bebekte görülmez, annede de benzer bulgular oluşacağından bebeğin yanısıra annelerin de tedavi programına alınması gerekir.

**Madde kullanan annelerin bebeklerini emzirme durumu;** Narkotik, kokain, amfetamin, marihuananın sütle geçmesi nedeniyle, bu maddeleri kullanan annelerin bebeklerini emzirmesi kontrendikedir (Sham 1999). Nikotin süte geçer ve son sigara içiminden 7-8 saat sonrasına kadar sütte tespit edilebilir. Sütteki konsantrasyonu, inhalasyon miktarı ve derinliğine, içilen sigara sayısı ve sıklığına bağlıdır. Yalnızca bebeğin bulunduğu ortamda değil, evin hiç bir yerinde sigara

içilmemesi gerekmektedir (May ve Mahlmeister 1990).

Madde kullanan annelerin HIV pozitif olma riskleri yüksektir. Anne sütünde HIV antijeni izole edildiğinden, madde kötüye kullanımı olan her kadının HIV antikoru yönünden taranması ve pozitif bulgu verenlerin bebeğini emzirmemesi gerekir (Sham 1999).

**Gebe ve yenidoğanda madde tespiti;** Gerek annelerin madde kullanımı gerekse bebekte kullanılan madde ve metabolitlerinin tespitinde, annenin öyküsü yanısıra kan, idrar, gaita tükürük ve saç analizleri yapılmalıdır. İdrar ve kan tetkiki halen kullanılmakta olan maddeye ilişkin bilgi sağlamasına karşın, saç analizi geçmişteki madde kullanımı konusunda da fikir verir. Yenidoğan bebeklerde idrar analizi ile yetinilmeyip mekonyum incelemesinin de yapılması gerektiği belirtilmekte olup, idrarda negatif bulgu veren vakaların mekonyumlarında madde metabolitlerinin tespit edildiğini gösteren araştırma bulguları vardır (May ve Mahlmeister 1990, O'Connor ve ark. 1997).

### **Sağlık bakımı**

Madde etkilenimi olan bebeklerin bakımı, büyük sabır ve beceri gerektirir. Bebeğin uzun süre tiz sesli ağlamasına tahammül etmek güçtür. Uyarılara toleranssızlığı ve irritasyonu kucağa alınmasını engeller. Loş ve sessiz bir ortamda tutulmaları, sınırlı manüplasyonları, yalancı emzik verilmesi ve gevşek kundak uygulanması, sakinleşmelerinde etkili olur. Bebeğin hipertermisi ve solunum distressi olabileceği için yaşam bulguları sık izlenir, konvülsiyon riskine karşı yakın takibe alınır. İshal, kusma ve hipertermisi nedeniyle dehidretasyon gelişebileceği için, sıvı-elektrolit dengesizliği bulguları yönünden dikkatli olunması, aldığı-çıkardığının takip edilmesi gerekir. Gerek dehidretasyonun yol açabileceği cilt kuruluğu, gerekse bebeklerdeki sürtünme davranışı nedeniyle cilt bütünlüğü bozulabileceği için, gerekli önlemler alınır.

Şiddetli yoksunluk tablosu sergileyen ve ishali olan bebekler intravenöz yolla beslenirler. Yoğun kusması olmayan bebekle-

rin gavaj yoluyla beslenmeleri de mümkündür. Oral beslemeye geçişte, emme zayıflığı, regürjitasyon ve kusma problemleri, besleme süresini uzatır (Pillitteri 1992, Hathaway ve ark. 1993, Çavuşoğlu 1996, May ve Mahlmeister 1990, Sham 1999).

Huzursuz ya da uykulu, konvülsiyon ve solunum problemi olan, emmesi zayıf, yutması koordinasyonsuz ya da kusması olan, dokunulmaya irrite tepki veren bebeklerin bakımına annelerin katılımını sağlamak güçtür. Bu durum, annelerin bebekleri ile iletişime girme ve aralarında bağlılık geliştirme şanslarını azaltır. Özellikle bebek istenmeyen gebelik sonucu olmuşsa, anne adolesan ise, anne gebelikte tedavi programına alınamamış ve doğum sonrası yoğun yoksunluk tablosu yaşıyorsa, anne-bebek bağlılığı problemi riski daha da artar. Bu çocukların ihmal ve istismar edilme olasılıkları dikkate alınarak, anne ile bebek arasındaki iletişimin başlatılması bakımın en önemli yönünü oluşturur. Anne ve çocuktaki yoksunluk tablosu kontrol altına alınıp, anne bebek bakımını tam olarak öğrenmeden ve becerilerine güven duymadan önce taburcu edilmemeleri ya da evde bakım uygulaması ile desteklenmeleri gerekir. Madde kullanan annelerin stresle başetme yeteneklerinin yetersiz, destek sistemlerinin güçsüz olabileceği gerçeği dikkate alınarak gebelik ya da çocuk sahibi olmanın kriz oluşturabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle de yoğun profesyonel destek sağlanmalıdır. Annelerin anksiyete, suçluluk gibi duygularını ortaya koyması için fırsat tanınmalı, bu duyguların kabul edildiği mesajı verilmelidir. Bu tür annelerin genelde benlik saygısı düşük olduğu için, kendi yeteneklerine güvensizlik duyup bebek bakımına katılma isteksizliği gösterebilirler. Annelerin tüm olumlu yönleri vurgulanmalı, küçük başarıları övgü dolu sözlerle desteklenmeli, çocuğun negatif tepkilerinin anneyi reddetme anlamına gelmediği açıklanmalı ve bebek bakımına katılmaları için cesaretlendirilmelidirler. Bebeğini reddeden ya da madde kullanımı nedeniyle çocuğun bakımını sürdüremeyecek ebeveynler için, çocuk bakımını üstlenecek ya da bakımda destek olacak yakınların bulunması yararlı olur. Bu çocukların sık sağlık kontrolü

izlemi ile aldıkları bakımın tahmin edilmesi ve bakımın aksadığı vakalarda, bebeğin aileden alınarak koruyucu aile ya da kuruma yerleştirilmesi için girişimlerde bulunulması, sağlık ekibi üyelerinin sorumluluğudur (Sham 1999, May ve Mahlmeister 1990).

Madde kullanan ebeveynlerin çocuklarında gelişebilen mental retardasyon ve hiperaktivite, bakımda yakın ilgi ve sürekli denetimin uzun yıllar devam etmesini gerektirir. Bu çocuklar okula gidebilseler dahi, okul problemleri yoğun olur. Tüm bu boyutları ile, madde kullanan ebeveynlerin çocukları, özel dikkat gerektiren güç çocuklardır (Sham 1999).

Madde kötüye kullanımında primer, sekonder ve tersiyer koruma müdahaleleri önemlidir. Öncelikle madde kullanımı yönünden riskli grupların bilinmesi ve bunlara yönelik koruyucu etkinliklerin gerçekleştirilmesi gerekir. Genel olarak adolesan döneminin madde kullanımına başlanması için risk yarattığı söylenebilir. Bu nedenle ağırlıklı olarak adolesanları içeren, ancak tüm topluma yönelik eğitim programları ile, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının sakıncaları, madde kullanımını önleme yolları, kullananlara sunulan hizmetler ve bu konuda toplumda var olan kaynaklar öğretilmelidir. Ayrıca, madde kullanımı yönünden toplum taramalarının gerçekleştirilmesi gerekir (Mathre 1996).

Madde kötüye kullanımı olan kadınların özelliklerinin bilinmesi, risk gruplarının erken tespiti ve müdahaleye başlanması yönünden önemlidir. Bu özellikler;

\*Kendi ebeveynleri ile olumlu ilişki deneyimi olmayan kadınlar,

\*Olumlu ebeveyn rol modeli görmemiş olanlar,

\*Aile içi şiddetin uygulandığı bir ortamda yaşamış olanlar,

\*Aile ortamında fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ve ihmale uğramış olanlar,

\*Ebeveynleri madde bağımlısı olanlar,

\*Evliliklerinde, eşleri tarafından istismar edilenlerdir.

Madde kullanan kadınların;

\*Çoğunluğunun bebek gelişimi ve ebeveynlik bilgisi yetersizdir,

\*Bir çok psikososyal problemleri, ciddi depresyon ve güçsüzlük periodları vardır,

\*Benlik saygıları düşüktür,

\*Sosyal destekleri yetersizdir ve doyum verici ilişkileri sürdürmekte güçlük yaşarlar,

\*Genellikle stresle başetmek amacıyla madde kullanımı başlamıştır ve ciddi stres faktörleri ile karşılaştıklarında kriz yaşama riskleri yüksektir,

\*Geçmiş deneyimlerinden ders alamazlar,

\*Yaşam koşulları düzenli değildir (Sham 1999).

Yukarıda belirtilen özellikleri taşıyan bireyler, toplum taramaları ile tespit edilebileceği gibi, hekim ve hemşirelerin hizmet vermek üzere karşılaştıkları bireylere yönelik kapsamlı sağlık değerlendirmesi ile de belirlenebilir. Bu tür bireylere stresle başetme yöntemleri öğretilip, destek sistemlerini kullanmaları sağlanırsa, bireyin madde kullanımına yönelme riski azalabilir.

Okullarda görevli sağlık personeli, özellikle adolesan dönemdeki çocukları madde kullanımının sakıncaları konusunda bilgilendirmenin yanısıra, madde kullanımını hazırlayıcı faktörleri dikkate alarak risk altındaki çocuklara daha kapsamlı destek ve bakım sağlayabilir, gençlere uygun sosyal aktivite olanaklarının yaratılması için girişimde bulunabilirler. Yine, adolesanların gelişimsel özelliklerinin madde kullanımına zemin hazırladığını, madde kullanımının kontrolsüz cinsel ilişkiye, bunun ise riskli gebelik, riskli yenidoğan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yol açabildiği dikkate alınarak, okullardaki sağlık eğitimi programlarının içine gebeliği önleme yöntemlerinin de konulması yararlı olur.

Sağlık personeli ev ziyaretleri ile madde kullanımı yönünden riskli aileleri tespit edip destekleyici müdahaleler uygulayabilir. Yanısıra gebelerin erken dönemde tespiti ve madde kullanan gebelerin yoğun prenatal bakım programına alınmaları, gebelikte madde kullanımının fetüs ve anne üzerine olumsuz etkileri konusunda bilgilendirilmeleri gerekir. Madde kullanan bireylerin gerek yaşam stilleri gerekse maddi olanaksızlıkları, sağlıklarını çok yönlü risk altında bırakır. Bu tür kişilerin sağlık

hizmetlerinden yararlanma oranları da düşüktür. Tüm bu nedenlerden dolayı, gebelerin prenatal izlem kliniklerine başvuruları genellikle ciddi komplikasyonlar sonucu olur. Komplikasyon nedenlerinin altında madde kullanımının da yatabileceği akıldan çıkarılmamalı ve madde kullanımına zemin hazırlayıcı risk faktörlerini sorgulayıcı öykü, fizik muayene ve kan-idrara tetkiklerini içeren kapsamlı sağlık değerlendirmesi mutlaka gerçekleştirilmelidir (May ve Mahlmeister 1990). Madde kötüye kullanımı olan bireyler toplumun yargılayıcı ve azımsayıcı tutumundan çekindikleri için, toplum destek kaynaklarını kullanmama eğilimi gösterirler. Ayrıca bu bireylerin kendilerine güvenlerinin az, başkalarına güvenmelerinin güç olduğu dikkate alınarak, hümanistik bir yaklaşımla terapötik iletişim yöntemlerinin kullanılması, mümkünse aynı personelden hizmet almalarının sağlanması yararlı olur (Mathre 1996). Böylece bireylerin hizmet alma istekleri güçlendirilebilir. Madde kötüye kullanım riski olan ya da madde kullanan bireylere sunulacak hizmetlerin çok yönlü olması gerektiğinden hareketle, hekim, hemşire, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekibin, bu hizmetleri gerçekleştirmesi gerekir.

## SONUÇ

Madde kötüye kullanımının giderek artması, gebelikte madde kullanımının fetüs ve yenidoğana ciddi etkisi dikkate alınarak, sağlık personelinin konuya ilişkin sorumluluk üstlenmeleri toplum sağlığının geliştirilmesi açısından önemlidir.

Sağlık personeli, madde kullanımı ve adolesan dönemde güvensiz cinsel ilişkiyi önleyici toplum eğitim programlarına katılma, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin uygun bakımını sürdürme ve en önemlisi kriz potansiyelli aileye destek olmak yönünde etkinlik göstermelidir. Mevcut başetme yetenekleri ile çözümlenemeyen stres deneyiminde, bireyin başetme yeteneği artırılarak, profesyonel destek sağlanarak ve sosyal destek sistemleri harekete geçirilerek, madde kullanımına yönelmesi ve bunun getireceği diğer stresli yaşam olayları ile karşılaşması engellenebilir. Bunun için sağlık

elemenlarının, madde kullanımı gibi aile açısından yüksek risk potansiyeli oluşturan durumları, yüksek risk faktörlerinin birbiri ile

ilişisini ve krize müdahale yöntemlerini bilmeleri ve bu alanda sorumluluk almaları gerekir.

## KAYNAKLAR

- Andreas RL, Day ML** (2000). Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Semin Neonatol Aug. 5(3): 231-41.*
- Aytaçlar S, Çavaş A, Gökalp PG, Erkıran M** (1997). Alkol ve madde bağımlılığında fobi yaygınlığı, karşılaştırmalı bir çalışma. 33. Ulusal Psikiatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 1-4 Ekim Antalya:18.
- Basio P et al.** (1997). The prevalence of chemical substance and alcohol abuse in an obstetric population in Dublin, *IR Medical Journal, Jun-Jul. 90(4): 149-50.*
- Chasnoff IJ, Burns WJ, Schnoll SH, Burns KA** (1985). Cocaine use in pregnancy, *The New England Journal of Medicine. 313(11): 666-69.*
- Chasnoff IJ, et al.** (1989). Temporal patterns of cocaine use in pregnancy, *JAMA. March 24-31. 261(12): 1741-45.*
- Clarren SK, Smith DW** (1978). The fetal alcohol syndrome, *The New England Journal of Medicine. May 11. 298(19):1063-1067.*
- Çavuşoğlu H** (1996). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 2, Ankara, Çağın Basın Yayın San. Ve Tic. 71-73.
- Gazaway P** (1991). Spotting substance abuse in patients, *Contemporary OB/GYN. April: 45-67.*
- Gurnack AM, Paul W** (1997). Factors related to perinatal substance abuse in California, *Percept Mat Skills, June 84(3 PT2):1403-8.*
- Hathaway WE, Groothuis JR, Hay WW, Paisley JW** (1993). Çocuk Hastalıkları Tanı ve Tedavi, Çeviren: F Sarılioğlu, M Yurdakök, MT Kutluk, AS Çalıköğlü. Cilt 1, Ankara, feryal Matbaası, 118-120.
- Haustein KO** (1999). Cigarette smoking, nicotine and pregnancy, *Int J Clin Pharmacol Ther. Sep. 37(9):417-27.*
- Hruba D, Kachlik P** (2000). Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birth weight in newborns, *Cent Eur J Public Health. Nov. 8(4):249-52.*
- Jaakkola JJ, Jaakkola N, Zahlsen K** (2001). Fetal growth and length of gestation in relation to prenatal exposure to environmental tobacco smoke assessed by hair nicotine concentration, *Environ Health Perspect. June 109(6):557-61.*
- Kültegin Ö, Tamar D, Aral J, Çakmak D** (1998). Lise öğrencileri arasında esrar kullanım özellikleri, 34. Ulusal Psikiatri Kongresi ve Uluslararası Uydu Sempozyumu: Dünya Kültür ve Tanı Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı, İzmir, Güneş Ofset Matbaacılık Ambalaj an. Ve Tic. Ltd.Şti: 200.
- Lam SK, Duthie SJ, Ma HK** (1992). Narcotic addiction in pregnancy with adverse maternal and perinatal outcome, *Aust N Z J Obstet Gynaecol. Aug. 32(3):216-21.*
- Little BB, Snell LM, Klein Vr, Gilstrap LL, Knoll KA, Breckenridge JD** (1990). Maternal and fetal effects of heroin addiction during pregnancy, *J Reprod Med. Feb. 35(2): 159-62.*
- Marquet P, Chevrel J, Lavingnasse P, Merle L, Lachatre G** (1997). Buprenorphine withdrawal syndrome in a newborn, *Clin Pharmacol Ther. Nov. 62(5): 569-71.*
- Martin LL, Sharon jr** (1991). *Essentials of Maternity Nursing Family Centered Care.* Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 755-57.
- Mathre ML** (1996). Substance abuse in the community, *Community Health Nursing, M Stanhope and J Lancaster (Ed.), Fourth Edition, StLouis, Baltimore, Chicago, NewYork, Philadelphia, Portland, London, Madrid, MexicoCity, Sydney, Tokyo, Toronto: 709-29.*
- May KA, Mahlmeister LR** (1990). *Comprehensive Maternity Nursing. Nursing Process and the Childbearing Family. Second edition, Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 532-39, 1094-1096.*
- O'Connor TA, Bondurant HH, Siddiqui J** (1997). Targeted perinatal drug screening in a rural population, *Drug Alcohol Depend. March 14. 44(2-3):87-94.*
- Oro AS, Dixon SD** (1987). Perinatal cocaine and methamphetamine exposure:maternal and neonatal correlates, *Journal of Pediatrics. Oct. 111: 571-78.*
- Pillitteri A** (1992). *Maternal and Child Health Nursing. Care of the Childbearing and Child Rearing Family.* Philadelphia, J.B. Lippincott Company. 777.

**Sham B** (1999). Perinatal substance abuse. Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing, J Deacon and P O'Neill (Ed.), Secand Edition, Philadelphia, London, Sydney, W.B. Saunders Company: 523- 27.

**Sprauve ME, Lindsay MK, Herbert S, Graves W** (1997). Adverse perinatal outcome in parturients who use crack cocaine, Obstet Gynecol. May 89(5 PT1): 674-78.

**Stranland K, Sundelin K** (1996). Paediatric and ophtalmologic observations in offspring of alcohol abusing mothers, Acta Paediatr. Dec. 85(12): 1463-68.

**Tamar D, Ögel K, Özçete N, İlem E, Çakmak D** (1998). Ailenin madde kullanımını öğrenme süreci,

34. Ulusal Psikiatri Kongresi ve Uluslararası Uydu Sempozyumu: Dünya Kültür ve Tanı Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı, İzmir, Güneş Ofset Matbaacılık Ambalaj an. Ve Tic. Ltd.Şti: 201.

**Türkcan A, Akvardar Y, Aytaçlar S, Yazman Ü, Çakmak D** (1997). İstanbul'da alkol kullanım yaygınlığı, 33. Ulusal Psikiatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 1-4 Ekim Antalya: 14.

**Welch RA, Sokol RJ** (1995). Detecting risk-drinking, Contemporary OB/GYN. April: 30-44.

**Zuckerman B et al.** (1989). Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth, The New England Journal of Medicine. March 23. 320(12): 762-68.

<http://meds.ktu.edu.tr/~tozlu/press1.html>