T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESİN ALERJİSİ TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DİYET UYUMU VE KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE ÖZEFLANİLİ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESİN ALERJİSİ TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DİYET UYUMU VE KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE ÖZEFLANİLİ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Besin Alerjisi Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinin Diyet Uyumu Ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi

Ayşe ÖZEFLANİLİ

Yüksek Lisans Tezi

02.04.2018

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Sibel KÜÇÜK

Jüri Üyeleri

Dr. Öğretim Üyesi Zehra ÇALIŞKAN

Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül KOÇ

Dr. Öğretim Üyesi Sibel KÜÇÜK

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Dr. Öğretim Üyesi Ender ŞİMŞEK

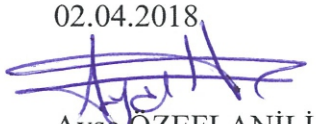
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

02.04.2018



Ayşe ÖZEFLANİLİ

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın başından sonuna kadar, tez danışmanım olarak bu çalışmayı yönlendiren, çalışmanın tamamlanmasında büyük emeği olan ve her konuda hiçbir zaman desteğini esirgemeyen danışmanım Yard. Doç. Dr. Sibel KÜÇÜK'e sonsuz teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimine başlamamda beni yüreklendiren ve her zaman yanında hissettiren sevgili hocam Yard. Doç. Dr. Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER'e

Her zaman yanımda olan ve destekleyen eşim Münip ÖZEFLANİLİ 'ye, yüksek lisans ders dönemim ve tezimin her aşamasında desteklerini esirgemeyen başta kardeşim Kübra KABAOĞLU ve annem Nefise KABAOĞLU olmak üzere tüm aileme, arkadaşlarıma, varlığıyla anlamlandığımız, tez sürecimin en yakın takipçisi, tez konumun sebebi biricik kızım Elif Mina ÖZEFLANİLİ' ye teşekkürlerimi bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **v**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vi**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **vii**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Problem Tanımı 1

1.2. Araştırmanın Amacı 3

1.3. Araştırmanın Soruları 3

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Besin Alerjisi. 4

2.2. Besin Alerjisi Epidemiyolojisi ve Prevelansı 5

2.2.1. Dünya'da Besin Alerjisi 5

2.2.2. Türkiye'de Besin Alerjisi 6

2.4. Besin Alerjisi, Doğal Seyri ve Alerjik Hastalıklarla İlişkisi 7

2.4. Besin Alerjisi Tanı Yöntemleri 7

2.4.1. Anamnez 7

2.4.2. Eliminasyon Diyeti 8

2.4.3. Spesifik IgE Testi 8

2.4.4. Deri Prick Testi 8

2.5. Besin Alerjisi Bulguları 9

2.5.1. Atopik Dermatit 9

2.5.2. Astım 10

2.5.3. Anaflaksi 10

2.6. Besin Alerjisinde Tedavi 11

2.6.1. Eliminasyon Diyeti 11

2.7. Besin Alerjisi ve Hemşirelik 12

2.7.1. Besin Alerjisinde Okul Sağlığı Hemşireliğinin Önemi 14

3. MATERYAL VE YÖNTEM 15

3.1. Araştırmanın Şekli 15

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 15

3.3. Araştırmanın Evreni 15

3.4. Araştırmanın Örneklemi 16

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 16

3.6. Verilerin Toplanması 16

3.7. Araştırmanın Etik Yönü 19

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 19

4. BULGULAR 20

5. TARTIŞMA 36

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 48

7. KAYNAKLAR 51

8. EKLER 65

EK-1. Anket Formu 65

EK-2. Durumluk Kaygı Ölçeği 70

EK-3. Etik Kurul Raporu 71

EK-4. Araştırma İzni 72

EK-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu 73

EK-5. Özgeçmiş 74

ÖZET

Besin Alerjisi Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinin Diyet Uyumu ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi

Besin alerjisi prevelansı dünya genelinde artmakta ve özellikle çocukları olumsuz etkilemektedir. Besin alerjisi olan çocuğa sahip olmak ebeveynler için farklı sorunları beraberinde getirmektedir.

Araştırma, besin alerjisi tanısı almış çocukların ebeveynlerinin diyete uyum ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla, 295 ebeveyn ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Veriler, Anket Formu ve Durumluk Kaygı Ölçeği Envanteri ile toplanmıştır. Değerlendirmede sayı, yüzde, ortalama, ortanca, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve Dunn-Bonferroni analizleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocukları besin alerjisi tanısı aldıktan sonra %87.1'i eliminasyon diyeti yapmış, %51.8'i i eliminasyon diyeti konusunda eğitim almamıştır, %59.3'ü eliminasyon diyeti hakkındaki bilgilerini yetersiz bulmaktadır. Çocukların ilk besin alerjisi tanısı alma yaşı ortalama 3.5±2.6 aydır. Çocukların %38.6'sının 5 ve daha fazla besine alerjisi vardır. Çocukların %92,5'unun inek sütü, %67.8'inin yumurta alerjisi bulunmaktadır. Çocukların okula devam durumu, yumurta ve buğday alerjisi bulunması, polikliniğe götürülme sıklığı, son 12 ay içerisinde soğuk algınlığı yokken hırıltılı solunum, hapşırma, burun akıntısı gibi sorunlar yaşaması ve atopik dermatitin 2 aydan daha sık tekrar etmesi ile ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Çocukların spesifik gıdalara olan alerjileri ve alerji belirtilerinin sık tekrarı ile ebeveynlerin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmış, eğitim ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin tedavi sürecindeki eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, konu ile ilgili eğitimler verilmesi, hemşirelerin süreçte aktif rol alması ve daha büyük gruplar ile çalışmalar yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Besin alerjisi, çocuk, durumluk kaygı, eliminasyon diyeti, hemşirelik.

ABSTRACT

Determination of Diet Compliance and Anxiety Levels of Parents of Children Diagnosed Food Allergy

The prevalence of food allergies is increasing worldwide and affects negatively children in particular. Having a child with food allergies brings about different problems for their parents. The study was conducted using descriptive method with 295 parents in order to determine the compliance and anxiety levels of parents whose children were diagnosed with food allergies.

Data were collected with the questionnaire form and the State Trait Anxiety Inventory. Numerical, percentages, means, medians, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis and Dunn-Bonferroni analyzes were used in the evaluation.

87.1% of the children whose parents participated in the survey had an elimination diet and 51.8% of them did not receive any elimination diet trainings. 59.3 % of the parents find their knowledge about the elimination diet insufficient. The average age at which parents get their children's first food allergy diagnose is 3.5 ± 2.6 months. 38,6 % of children have allergy against 5 or more food. 92.5 % of the children have allergy against cow milk, 67.8 % of them against eggs, A significant difference between children's attendance in school, egg and wheat allergy, frequency of taking the child to polyclinic, problems such as wheezing, sneezing, nasal discharge and swelling of atopic dermatitis and the scores of anxiety scale ($p < 0.05$).

A significant relationship was found between parents' anxiety levels and frequent repetition of allergy symptoms and allergy symptoms of children, and it was determined that they needed trainings. It may be suggested that parents' training needs be determined, concerned trainings be given, nurses take active roles in the course of trainings and studies with bigger groups be carried out.

Keywords: Children, elimination diet, food allergy, nursing, state anxiety

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BA :Besin Alerjisi

ABD :Amerika Birleşik Devletleri

AD : Atopik Dermatit

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri 20
Tablo 4.2. Besin Alerjisi Tanısı Alan Çocukların Sosyodemografik Özellikleri 21
Tablo 4.3. Besin Alerji İle İlgili Özellikler 22
Tablo 4.4. Ebeveynlerin Eliminasyon Diyeti, Besin Hazırlama, Etiket Okuma ile İlgili Verdiği Yanıtlar 24
Tablo 4.5. Ebeveynlerin Alerji ve Eliminasyon Diyeti İle İlgili Verdiği Yanıtlar ..25
Tablo 4.6. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 27
Tablo 4.7. Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 29
Tablo 4.8. Ebeveynlerin Çocuğun Alerjisi Olan Besin Çeşitleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 31
Tablo 4.9. Ebeveynlerin Çocuğun Alerjik Reaksiyonları ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 32
Tablo 4.10. Alerjik Reaksiyonların Tekrarlama ve Besin Alerjisi Eğitimi Alma Durumuna Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 33
Tablo 4.11. Ebeveynlerin Çocuklarını Alerji Polikliniğine Kontrole Götürme Sıklıkları ve Eliminasyon Diyeti Eğitimini Aldıkları Kişi/Yer İle Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 34

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de besin kaynaklı alerjilerin görülme sıklığı giderek artmaktadır (1). Bebek ve çocukların diyetlerinde alerjen besinler bulunabilmekte ve bu alerjenler bütün yaşamı etkileyebilecek astım, bronşitis, rinitis, dermatitis gibi enfektif ve alerjik hastalıkların gelişmesinde rol oynayabilmektedir (2). Amerika'da son on yılda besin alerjisi tanısı almış çocukların sayısının hızla arttığı, 15 milyona yakın alerjik hastalığa sahip birey bulunduğu ve çocukların %40'ının halihazırda hayatı tehdit eden bir reaksiyon yaşadığı belirtilmektedir (3). Ülkemiz için çocukluk çağında en sık rastlanan gıda alerjenlerinin yumurta (%57.8), inek sütü (%55.9), fındık (%21.9), fıstık (%11.7), ceviz (%7.6), mercimek (%7.0), buğday (%5.7) ve et (%5.7) olduğu belirtilmektedir (4).

İnek sütü protein alerjisi bebeklik döneminde en sık görülen alerjendir ve yapılan çalışmalarda popülasyonun %2-3'ünü etkilemektedir (4). Dünya genelinde tüm besin alerjilerinden en yaygın görülen ve ciddi reaksiyona sebep olan besinlerin kabuklu kuruyemişler (yer fıstığı, ağaç fıstıkları), yumurta, inek sütü, kabuklu deniz hayvanları ve balık olduğu belirtilmektedir (5).

Geçmişte %85'lere varan iyileşme gösterdiği kabul edilen süt yumurta buğday ve soya alerjisi olan çocukların günümüzde klinik seyrinin daha dirençli olduğu ve beklenenden daha fazla gıda intoleransı geliştiği belirtilmektedir (6,7). Besin alerjisi gerekli tetkikler ile doğrulandığında, tedavinin ilk basamağını çocuk ve ailelerinin eğitimi oluşturmaktadır. Çocuk ve ebeveynlerin gıda alerjenlerinden uzak durma, etiket okuma ve gizli alerjenlerin eliminasyonu, gelişebilecek alerjik reaksiyonlara acil tedavi konularında yeterli düzeyde bir eğitim alması gerekmektedir (8). Çapraz reaksiyonlara karşı farkındalık kazandırılması, sadece anne babanın değil tüm bakım verenlerin ve yakınların eğitilmesi, kreş ve okullarda konu hakkındaki farkındalık artırılmalıdır.

Düzenli izlenen besin alerjisi tanısı almış çocuklarda dahi yetersiz beslenme bulgularının görülebildiği ve bu çocukların anneleri kendini suçlama, önerilen diyetten daha sıkı diyet uygulama gibi yetersiz başa çıkma yöntemleri uygulayabilmektedir (9). Ayrıca anneler emzirme sürecinde diyete uyum, sonrasında besin hazırlama, etiket okuma, yiyecek seçme konularında daha fazla sorumluluk almaları sebebiyle daha yoğun stres yaşamakta ve bu durum yaşam kalitelerini etkileyerek kaygıya sebep olmaktadır. Besin alerjisine sahip olmanın çocukların ve ailelerin yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir. Ailelerin stresini artıran temel faktörlerin geçirilmiş reaksiyonların şiddeti, hastaneye başvurma ve oto-enjektör kullanma sıklığı, sürekli alerjik gıdalardan kaçınmaya yönelik gösterilen yoğun çaba olduğu saptanmıştır (10).

Çocuğun normal büyüme ve gelişmesinin izlenmesi ve normalden sapma durumlarında gerekli müdahalelerin yapılmasında hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Besin alerjilerine yönelik uygulanacak hemşirelik bakımı çocukların sosyalleşmesinin sağlanması ve toplumsal farkındalıklar oluşturulmasını da içermelidir. Hemşireler atopik dermatit, mukuslu gaita, devam eden ishal ve kusmalar gibi acil durumların yanı sıra ilerleyen süreçlerde gelişme geriliği, yeme bozukluğu gibi çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek problemlerin tanılanması ve tedavi edilebilmesi sürecinde aktif rol almalıdır. Özellikle pediatri poliklinik hemşirelerinin hastanın alerji odaklı öyküsünü alma, çocuğa ve ebeveyne beslenme eğitimi verme, aile merkezli değerlendirme ve sonrasında planlama yaparak hastaların takipleri yürütme, okul ve kreş gibi çocukların aile ortamından ayrı olarak bulundukları kurum ve kuruluş çalışanlarına eğitim verme gibi sorumlulukları bulunmaktadır (11). Anne sütü ile beslenmenin desteklenmesi, alerjik hastalık sürecinin yönetilebilmesi, erken tanı ve tedavinin sağlanmasında sağlık profesyonelleri olarak hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Çocuk ve ailenin sağlığının desteklenmesi, normalden sapmalara müdahale edilmesi çocuk ve ailenin sağlığının yanı sıra toplum sağlığının geliştirilmesine de önemli katkı sağlayabilir (12).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; besin alerjisi tanısı almış çocukların ebeveynlerinin diyete uyum durumları ve kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Besin alerjisi tanısı almış çocukların ebeveynlerinin özellikleri durumluk kaygı ölçeği puanlarını etkiler mi?
2. Besin alerjisi tanısı almış çocukların özellikleri ebeveynlerinin durumluk kaygı ölçeği puanlarını etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Besin Alerjisi

Besin alerjisi belirli bir besin maddesine karşı kişinin bağışıklık sisteminin bu gıdayı zararlı görerek verdiği abartılı yanıt olarak tanımlanmaktadır (13). Besin alerjileri immün sistem yanıtına göre IgE aracılı, IgE aracılı olmayan ve her iki mekanizmanın birlikte rol oynadığı mikst tipte reaksiyonlar olarak görülmektedir. Besin alımı sonrası gelişen ürtiker ya da anafilaksi IgE aracılı reaksiyonlara örnek verilirken, IgE aracılı olmayan hücresel reaksiyonlar son yıllarda tanımlanmıştır. IgE aracılığı olmayan alerjiler arasında besin proteinine bağlı enterokolit sendromu ve alerjik eozinofilik özofajit sayılabilir (14).

Besin alerjisi tüm dünyada çoğunluğu çocuklar olmak üzere her yaş grubunu etkileyen sağlık sorunlarından birisidir. Günümüzde tek tedavinin alerjik besinleri yemekten kaçınmak olması sebebiyle besin alerjileri hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (15). En temel anlamı ile alerji oluşturan gıdaların diyetten çıkarılması anlamına gelen eliminasyon diyetine (16) uyum ebeveynlerin karşılaştıkları en önemli sorunlardan biridir (17). Bu uyum sorunu sürecinin hasta ve hasta yakınının anksiyetesinin artmasına, beslenme alışkanlığı ve yaşam tarzı değişikliklerine (18,19), sosyal izolasyona ve ruhsal sağlık problemlerine yol açabildiği belirtilmektedir (20). Yapılan araştırmalar besin alerjisi olan çocuk ve ebeveynlerin uzun vadede yaşam kalitelerinin sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlere göre düşük olduğunu göstermektedir (21,22). Ayrıca anneler kendilerini sağlıklı çocuk annelerine göre daha endişeli ve bebeklerine karşı aşırı korumacı olarak nitelendirmektedirler (23). Marklund ve arkadaşları (2006) yaptıkları yaşam kalitesi anket çalışmasında alerjik çocuğa sahip ebeveynlerin duygularının, zaman yönetiminin ve ailesel faaliyetlerin olumsuz yönde etkilendiğini saptamışlardır. Ayrıca çocuğun yaşı küçüldükçe besin alerjisinin aile hayatı üzerindeki etkisi de artmaktadır (24).

Besin alerjisi semptomlarındaki bireysel farklılıklar, başa çıkma yöntemlerinin karmaşıklığı, kitle iletişim araçlarından ulaşılan çeşitli bilgiler ve pediatrik alerji uzmanlarının yetersiz sayıda olması gibi faktörler nedeniyle gıda alerjisi olan çocukların aileleri ağır yük ve zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır (25,15).

2.2. Besin Alerjisi Epidemiyolojisi ve Prevelansı

2.2.1. Dünyada Besin Alerjisi

Dünya genelinde, gıda alerjisi yaygınlığının genç yaş gruplarında yüksek olduğu ve yaşla birlikte azaldığı belirtilmektedir. Okul öncesi dönemde gıda alerjileri görülme oranı yüksektir ve ilerleyen dönemlerde oranlar düşmektedir. Birleşik Krallık'ta yapılan farklı çalışmalarda besin alerjisi belirtilerinin bir yaşında %4 (27) üç yaşında %5-6 (28) ve altı yaşında ise %2.5 oranında prevelansa sahip olduğunu belirlemişlerdir (27) Danimarka'da 18. ayda gıda allerjisi prevelansı %3.6, 72. ayda ise %1.2 oranında görüldüğü belirtilmektedir (27). Prescott ve arkadaşları (2013) tahmini gıda alerjisi oranı İsveç, Fransa, Japonya ve Tayvan'da %2.5-5 arasında değiştiğini, Finlandiya ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde ise neredeyse %10'a kadar yükseldiğini bildirmektedir (28).

Alerjilerin çoğundan süt, yumurta, balık, yer fıstığı, kabuklu deniz hayvanları, ağaç fındık, soya ve buğday olmak üzere sekiz gıda alerjeni sorumludur. Ayrıca 170'den fazla gıdaya alerjik reaksiyon bildirilmiştir (29). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), en yaygın gıda alerjileri fıstık, inek sütü, yumurta, kabuklu deniz ürünleri, ağaç fıstığı, buğday, balık ve soya olarak saptanmıştır (30). Yine Amerika da yapılan anket verileri, genel olarak kendinden bildirilen gıda alerjisi prevalansında ve özellikle çocuklar için fıstık alerjisinde artış olduğunu göstermektedir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından desteklenen çalışmalarda gıda alerjisi prevalansındaki tahmini artış, her on yılda %1.2'dir. Ulusal Sağlık Görüşme Anketi tarafından tahmin edilen oranlar 2000'de %3.4 iken 2014 yılı için %4.6'ya yükselmiştir (31). Benzer şekilde, Sicherer ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan fıstık alerjisi anketinde, fıstık alerjisi oranı 1997'de %0.4 iken 2008'de %1.4'e yükselmiştir (32).

1991-1994 yılları arasında Avrupa'nın 15 ülkesinden 34 merkezin katılımı ile gerçekleştirilen ve ülkelerarası astım prevelansını karşılaştırmayı amaçlayan araştırma ile 20-44 yaş arası 17 280 kişinin besin alerji semptomları değerlendirilmiştir. Bu kişilerin %12.2'si herhangi bir gıda ile tekrarlayan tarzda şikâyet yaşadığını belirtmiştir. Sorunlara yol açan gıdalar arasında çikolata (%4.8), elma ve fındık (ikisi için de %4.7), çilek (%4.6), portakal ve domates (ikisi de %3), karides ve yumurta (ikisi için de %2.8), istiridye (%2.3), balık (%2.2) ve 76 başka besin belirtilmiştir. Bu çalışmaya katılan ülkelerden en yüksek Avustralya'da (%19.1) en düşük İspanya'da (%4.6) bildirilmiş besin alerjisi/intoleransı prevalansı olduğu saptanmıştır (33).

2.2.2. Türkiye'de Besin Alerjisi

Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de besin kaynaklı alerjilerin görülme sıklığı giderek artmaktadır (1). Ülkemiz için çocukluk çağında en sık rastlanan gıda alerjenlerinin yumurta (%57.8), inek sütü (%55.9), fındık (%21.9), fıstık (%11.7), ceviz (%7.6), mercimek (%7.0), buğday (%5.7) ve et (%5.7) olduğu belirtilmektedir (4). Ülkemizde çocuk yaş grubunda besin alerjisi prevalansını araştıran ve Doğu Karadeniz bölgesinde yapılmış olan bir çalışmada 6-9 yaş arasındaki 2 739 çocuğun %5.7'sinde besin alerjisi bildirilmiştir. Bu olgu grubunda deri prick testi ile duyarlaşma oranı %33.1, oral provakasyon testi ile doğrulanmış besin alerjisi prevalansı ise %0.8 olarak rapor edilmiştir. En sık alerjenik gıda olarak sırasıyla; kırmızı et, inek sütü, kakao, tavuk yumurtası ve kivi bildirilmiştir (34).

Özdağlı ve arkadaşları tarafından 2009 yılında ilköğretim okullarında öğrenim gören 6-11 yaş arası 8 939 kişiyle yapılmış başka bir çalışmada ise aileler tarafından bildirilen besin alerjisi prevalansı %7.46 olarak saptanmış ancak yüz yüze görüşülüp ayrıntılı değerlendirildiğinde doğrulanan besin alerjisi prevalansı %3.23 olarak belirlenmiştir. Besin alerjisine neden olan besinler sorgulandığında %3.1'inde inek sütüne, %19.5'inde yumurtaya, %24.3'ünde cipse, %29.6'sında çikolataya, %4.9'unda domatese, %0.9'unda şeftaliye, %1.8'inde kolaya, %2.7'sinde çileğe karşı reaksiyon bildirilmiştir. Eşlik eden alerjik hastalıklar incelendiğinde astım %3.1, atopik dermatit %17.3, alerjik rinit ve alerjik konjuktivit %0.4 olguda gözlenmiştir (35).

2.3. Besin Alerjisi, Doğal Seyri ve Alerjik Hastalıklarla İlişkisi

Gıdalara karşı istenmeyen reaksiyonlar çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilir, ancak bir gıda alerjisi spesifik bir bağışıklık tepkisine neden olmaktadır. Bu bağışıklık tepkilerinin klinik bulguları olarak deri bulguları, gastrointestinal sistem bulguları, solunum sistemi bulguları ve sistemik reaksiyonlar olabilmektedir (29).

Gıda alerjisi yaygınlığını belirlemek farklı nedenlerle zor olabilmektedir. Bu zorluklar arasında yanlış sınıflandırma, basit tanısal testlerin olmaması, hastalığın hızlı bir şekilde evrimi, potansiyel tetikleyicilerin sayısı ve çeşitli klinik fenotipler bulunmaktadır. Besin alerjisi yaygınlığı Dünya genelinde %3-6 arasında değişmektedir ve bu meyve ve sebzelere hafif reaksiyonların dahil edilmesi ile bazı bölgelerde %10'un üzerine çıkabilmektedir. Yaygınlığın yaş, coğrafi bölge, ırk, etnisiteye göre değişebildiği belirtilmektedir. Nüfusa dayalı epidemiyolojik çalışmalar, anne ve bebek beslenme bileşenleri, obezite ve ek gıdaya başlama zamanı gibi faktörlere bağlı riskler oluşabildiğini göstermektedir (29).

2.4. Besin Alerjisi Tanı Yöntemleri

2.4.1. Anamnez

Diğer bütün hastalıklar gibi besin alerjisinin tanısal yaklaşımında anamnez çok önemlidir. Anamnezde beslenme durumları (anne sütü alma durumu, ek gıdalara geçiş zamanı, inek sütü başlama zamanı), tetikleyen faktörler (gıda ve gıda dışı) ve aile öyküleri sorgulanarak ayrıntılı bilgi alınması önemlidir (36). Bulguların sorumlu olabilecek besinlerle ilgisi dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır. Besin alerjisinde birden çok sistemi ilgilendiren bulguların ortaya çıkması tanıyı destekler (1).

2.4.2. Eliminasyon Diyeti

Eliminasyon diyetleri sıklıkla hem tanıda hem de besin reaksiyonlarının tedavisinde kullanılmaktadır. Alerjik reaksiyonları provake eden şüpheli besin saptandığında diyetten tamamen çıkarılmaktadır. Bu diyetlerin başarısı doğru alerjen veya alerjenlerin saptanmasına, hastanın sorumlu alerjenin tüm çeşitlerinin diyetten tamamen çıkartabilmesine ve bu süreçte diğer faktörlerin benzer semptomları provake etmemesine dayanmaktadır (36).

2.4.3. Spesifik IgE Testi

Ig E aracılı besin alerjilerinde serum alerjen spesifik Ig E testleri de tanıda kullanılır. Bazı besinler için spesifik Ig E tanı değerleri belirlenmiş olup bu değerlerden daha yüksek besin spesifik Ig E düzeyleri hastanın besinle karşılaştığında %95'den fazla bir olasılıkla alerjik reaksiyon geliştireceğini gösterir. (36).

2.4.4. Deri Prick Testi

Deri Prick Testi bebekler ve çocuklar için yapılabilmektedir ancak reaktivitesi düşük olabilmektedir. Test uygulaması sırasında alerjen için sonuç yanlış negatif verebilmektedir. Deri Prick Testinden 3-5 gün önce sonucu etkilememesi amacıyla antihistaminik alımının durdurulması gerekmektedir (37,38).

Deri Prick Testi fıstık veya yumurta gibi derideki spesifik bir gıda alerjenine duyarlılığı ölçmek için kullanılmaktadır. Test tek başına bir gıda alerjisi tanısı koyabilmek için yeterince güvenilir değildir. Klinik alerji semptomlarının varlığı, hasta öyküsünün yanı sıra pozitif deri prick veya kan testinden bu IgE antikorlarının varlığı tanıyı koyabilmek için gereklidir (37).

2.5. Besin Alerjisi Bulguları

2.5.1. Atopik Dermatit

Egzama terimi sıklıkla kullanılmasına rağmen, Atopik Dermatit (AD) bu dermatit alt grubunu tanımlamak için daha kesin bir terimdir. Bebekler ve çocuklarda görülen en yaygın deri hastalıklarından biri olan AD, ilk altı ayda çocukların %45'ini, bir yaş öncesi %60'ını ve beş yaşından önce ise çocukların %85'ini etkilemektedir (39).

Çocukluk çağı AD prevalansının ABD'de %17.2, Avrupa'daki %15.6 ve Japonya'da 5-6 yaş çocuklarında %24 olduğu ve son on yıl boyunca belirgin bir artış gösterdiği belirtilmektedir (40,41,42). AD, infantil evre, çocukluk evresi ve erişkin evre olmak üzere hastanın yaşı ve lezyonların dağılımı temelinde üç aşamaya ayrılmaktadır.

AD'in infantil evresi:

AD'nin doğumdan 2 yaşına kadar olan belirtilerini içermektedir. Eritematöz papüller ve veziküllerin tipik olarak yanaklarında, alınlarında veya kafa derisinden başlaması ve yoğun pruritik olması tipiktir. Lezyonlar yüze lokalize kalabilir veya gövdeye veya özellikle dağınık, tanımlanmamış, genellikle simetrik yamalardaki ekstremitelerin dışlarına kadar uzayabilir. Yüzdeki dermatitin medial yanaklarda ve çenede alevlenmesi sıklıkla muhtemelen tahriş edici tükürük ve gıdalara maruz kalma nedeniyle diş çıkarma ve katı gıdalar başlatma ile birlikte görülür, ancak kontakt ürtiker lokalize reaktiviteye katkıda bulunabilir (43).

AD'in çocukluk evresi:

İnfantil aşamayı kesintisiz olarak izleyebilir ve genellikle 2 yaşından ergenlik dönemine kadar sürmektedir. Çocukların eksudatif lezyonları bebeklik dönemine göre daha azdır ve daha çok kronik hastalığı temsil eden papül ve plaklar şeklinde görülür. Çocuklardaki klasik katılım alanları eller, ayaklar, bilekler, ayak bilekleri ve antekübital ve popliteal bölgelerdir (43).

AD'in yetişkinlik evresi:

Ergenlik döneminde başlar ve sıklıkla erişkinliğe geçer. Başlıca katılım pozisyonları arasında bükülme kıvrımları, yüz ve boyun, üst kollar ve sırt ve ellerin, ayakların, parmakların ve ayak parmaklarının sırtları bulunur. Kuru cilt, eritemli papüller ve plaklar ile lezyonlu kronik plakların oluşumu ile karakterizedir (43).

2.5.2. Astım

Besin alerjisi ile gelişen AD'in ilerleyen dönemde alerjik rinit ve astım gelişimiyle seyretmesi atopik yürüyüş ile tanımlanmaktadır. Rhodes ve arkadaşları (2001), Birleşik Krallık'ta AD yaygınlığı, bir yaşına kadar %20 ve 10 yılın sonunda ise bu oranın %5'e düştüğü belirlenmiştir. Ancak aynı çalışmada alerjik rinit prevalansının %3'den %15'e yükseldiği bildirilmiştir. Hırıltılı solunum sıklığı da yaşla birlikte artmış yaşamın ilk yılında %5 iken, 22 yaşında %40'a yükselmiştir (44,45). Bebeğin ve küçük çocukların AD şiddetini değiştiren tedavilerin, nihai olarak astım gelişme riskini azaltabildiği belirtilmektedir (43).

2.5.3. Anafilaksi

Başlangıçta hızlı ve ölümüne neden olabilecek ciddi bir alerjik reaksiyon anlamına gelen anafilaksi ve eşlik eden gıda alerjisi son 20 yılda önemli ölçüde artmıştır (46). Gıdalar, ilaçlar ve böcek sokmaları anafilaksinin yaygın nedenlerindendir ve gıda alerjisi dünya çapında bir endişe haline gelmektedir (47).

Anafilaksi, tutarsız belirtiler ve semptomlar gösterebilmesi nedeniyle yeterince tedavi edilmeyebilmektedir. Anafilaksi tedavisinde belirtilen ilk acil ilaç intramusküler epinefrindir. Gıda alerjileri sebepli ölüm nedenlerinin en yaygın nedeni epinefrin uygulamasının geciktirilmesidir. Bu durum, anafilaksi tanısı ve uygun epinefrin

kullanımı hakkında sağlık personelini eğitmenin acil ihtiyacına işaret etmektedir (48).

2.6. Besin Alerjisinde Tedavi

2.6.1. Eliminasyon Diyeti

Eliminasyon diyeti alerjik reaksiyonları uyaran şüpheli besin saptandığında diyetten tamamen çıkartılmasına denilmektedir. Bu diyetlerin başarısı doğru alerjen veya alerjenlerin saptanmasına, hastanın sorumlu alerjenin tüm formlarını diyetten tamamen çıkartabilmesine ve çalışma süresince diğer faktörlerin benzer semptomları uyarmasına dayanmaktadır (49).

Besin alerjisi kanıtlanmış atopik hastalarda terapatik eliminasyon diyeti besin allerjisinin semptomların hafifletilmesi, alerjik spesifik IgE konsantrasyonlarının azalması ve periferik kan hücrelerinin gıda antijenlerine proliferatif cevabında azalma ile sonuçlandığı bidirilmektedir (49,50). Bu sonucun aksine, atopik dermatiti olan ancak kanıtlanmış gıda alerjisi bulunmayan hastalar aşırı ampirik eliminasyon diyetlerinden klinik olarak fayda sağlayamamaktadır. Yani, eliminasyon diyetlerinin avantajı, sorumlu gıda tarafından uyarılan spesifik alerjik yanıtı bastırma suretiyle sağlanmaktadır (51,52). İnek sütü de dahil hayati öneme sahip gıdalara alerjiler erken çocuklukta ağırlık kazanmaktadır ve tedavi son derece sınırlı diyet rejimlerinden oluşmaktadır. Hızlı büyümenin bu döneminde beslenme, sonraki gelişim ve sağlık üzerinde uzun vadeli etkilere sahiptir. Bebek beslenme konusundaki anlayışlar değişerek, eliminasyon diyetlerinin yararları ve riskleri arasında hassas bir dengenin sağlanması muhtemel görünmektedir (53).

Eliminasyon diyetine ilişkin bir araştırma daima bir sağlık uzmanı tarafından yönlendirilmelidir. Deneme sırasında beslenme gereksinimlerinin karşılandığından emin olmak için ailenin desteklenmesinde uzman diyetisyen tavsiyesi gerekebilmektedir. Eliminasyon diyeti iki veya dört haftalık bir sürede gerçekleşmeli ve bu sürede şüphelenilen gıda alerjenlerinin tüm biçimlerinden kesinlikle kaçınılmalıdır. Eğer anne emziriyorsa diyetinden alerjik gıdaların çıkarılması gerekmektedir. Ayrıca eliminasyon denemesi sırasında alerji belirtileri izlenmelidir. Eliminasyon diyeti denemesi kuşkulu gıda semptomlara neden oluyorsa, bu gıdanın

diyetten çıkarılması önerilmektedir. Daha sonra alerjen gıda farklı bir zamanda tekrar test edilerek alerjik reaksiyon olup olmadığının gözlenmesi gerekmektedir (53).

2.7. Besin Alerjisi ve Hemşirelik

Şüpheli bir gıda alerjisinin araştırılması, çoğunlukla hastanın gıda alerjisi teşhisinin başlangıcında yer almaktadır. Şüpheli gıda alerjisini tanımak ve doğru ve zamanında teşhis koymak, potansiyel anafilaksi riski nedeniyle özellikle IgE aracılı alerjide önemlidir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ebeveynlerin bebeğin veya çocuğun bir gıda alerjisine sahip olma endişesi daima ciddiye alınmalıdır. Birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleri, alerjiyi düşündüren belirtileri tanımak için beceri ve bilgi ile donatılmalı ve doğru zamanında besin alerjisi tanı yolunun ilk aşamalarına başlamalarının sağlanması açısından önemlidir (54).

Başta birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireler olmak üzere tüm hemşirelerin alerjik hastalıklara yönelik risk gruplarının belirlenmesi, koruyucu önlemlerin alınması, erken tanıda gerekirse yönlendirilmesi, uygun tedavi ve bakımın sağlanmasında, doğum öncesi ve emzirme sürecinde annelere anne sütü ve emzirme eğitimi verilmesi, ek besine geçişin ertelenerek ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmenin teşvik edilip inek sütü bazlı formüla mamaların kullanımının önlenmesi, anne sütü yetersiz geldiğinde ise hekim kontrolünde hidrolize mamaların önerilip kullanımının sağlanması gibi önemli sorumlulukları bulunmaktadır(17).

Alerji belirtilerini bilmek, besin alerjisi yönünden riski fazla olan bebeklerin yakın gözlemlerini yapmak hemşirenin sorumluluğundadır. Yalnızca anne sütü alan bebeklerde bile tanının gecikmesi ve belirtilerin uzaması bebekte büyüme gelişme geriliğine sebep olabilmektedir. Arvola ve arkadaşları (2000) yaptığı çalışmada bebeğin beslenme şekline bağlı olarak besin alerjisi yönünden doktora sevk etme oranın anne sütü alan bebeklerde %35 iken formula ile beslenen bebeklerde bu oranın %73'lere kadar yükseldiği belirtilmektedir (17).

Besin alerjisi tanısı alan bebeklerin yakından izlemi büyüme gelişme geriliğinin farkına varılması açısından da çok önemlidir. Hemşireler besin alerjisi olan bebeğin uygun beslenmesine yönelik bireysel plan oluşturup takibi için aileye sürekli

eğitim, danışmanlık ve destek sağlamalıdır. Bazı aileler aşırı korumacı tutum sergileyerek gereğinden daha sıkı diyet uygulayabilmekte bu da bebeklerde büyüme gelişme geriliğine sebep olabilmektedir bu nedenle ailenin tutumu yakından izlenmeli aileye önerilen beslenme şeklinin doğru uygulanması için eğitimler yapılmalıdır (12).

Besin alerjisi tedavisi doğrudan günlük yaşamı etkileyen yeme alışkanlıklarını değiştirme gerekliliği bulunan bir süreç gerektirmektedir. Bu nedenle anneler çocuk yetiştirmekte birincil bakım sağlayanlar olmaları sebebiyle alerji sürecine ilişkin çeşitli yük ve streslerle karşı karşıya kalmaktadır. Çocuğun güvenliğini sağlamak ve yaşam kalitesini korumak için besin alerjisi ve tedavisi hakkında doğru bir anlayışa sahip olması, bir eliminasyon diyeti uygulaması yapılması endişe ve stresle baş etmesi gereklidir (55,25).

Alenne ve arkadaşlarının (2011) 32 anneyle, bebekleri iki yaşına gelene değin tekrarlanan röpörtajlar şeklinde yaptığı hemşirelik çalışmasında bebeği bir yaşına gelen annelerde gıda alerjisi büyük bir stres sebebi olarak tanımlanmıştır. Bunun sebebi olarak çocuğun diyetine yeni gıdaların girme sürecinin ertelenmesi ve atopik dermatite bağlı kaşınmaların ve gece uykusuzluklarının artması gösterilmiştir. Bebekleri iki yaşına giren annelerde hala aynı sebeplerden dolay stres tanımlamışlardır. Annelerin stresle baş etme güçlerini artıran faktörler ise annenin bilgi düzeyi, gelişme ümidi, sosyal destekleri ve çalışma durumları olarak belirlenmiştir. Bu annelere sağlık profesyonelleri olarak hemşireler tarafından destekleyici faktörlere odaklanarak bireysel destek verilmesinin önemli olduğu bildirilmektedir (15).

Besin alerjisi tanısı alan bebeklerin annelerinin tedavi sürecindeki sorumluluk performanslarının düzenli taranması gerekliliği olduğu belirtilmektedir. Bu süreci takip etmek ve yönetmek için hekim, hemşire, beslenme uzmanı ve klinik psikologlar tarafından multidisipliner koordinasyon ve destek gerektiği vurgulanmaktadır. Hemşirelerin, besin alerjisine sahip çocuğu olan annelerin duygularına ilgi duymaları önerilmekte, stresle baş etme güçlerini ortaya çıkarmak, gıda alerjileri hakkında bilgi vermek, eliminasyon diyetleri hakkında bireyselleştirilmiş ve spesifik bilgi sağlamak ve eşlerin iş birliği yapmalarına yardımcı olmak için müdahale etmek gibi sorumlulukları bulunduğu belirtilmektedir (56).

Birinci basamak hemşireleri, karar verme sürecinin her aşamasında ebeveynleri ve aileleri dahil ederken, alerjiyi tanımada ve hastaların uygun bir alerji bakım yoluna girmelerinin sağlanmasında önemli bir role sahiptir (54).

Özet olarak besin alerjisi tanısı almış çocukların ve ailelerin eğitiminde dikkat edilecek hususlar;

- Alerjenden kaçınma.
- Anafilaksinin ilk bulgularını tanıma.
- Anafilaksi durumunda yapılacakların iyice anlatılması
- Uygun zamanda kas içi adrenalin yapılmasının sağlanması.
- Hastanın anafilaksi riski olduğunu ve anafilaksiye yol acabilecek sorumlu besin maddesinin yazılı olduğu kola takılabilecek bilezik ya da boyuna takılabilecek kolye şeklinde bir belirteç kullanılmasının sağlanması.
- Adrenalin oto-enjektör reçetesi yazılması ve kullanımı icin eğitim verilmesi.
- Hastanın hastaneden eve gönderilmesinden sonra da takip ve tedavinin cocuk alerji uzmanı tarafından dikkatle devam ettirilmesi olarak belirtilmektedir (1).

2.7.1. Besin Alerjisinde Okul Sağlığı Hemşireliğinin Önemi

Okul hemşireleri, okullarda gıda alerjik reaksiyonlarını önleme ve yönetme amaçlı programların geliştirilmesinde anahtar rol oynamaktadır. Bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturma, uygun bir acil müdahale (Epinefrin oto-enjektörleri kullanımı gibi) planlama ve planları gerçekleştirmek için personel yetiştirme okul hemşirelerinin sorumlulukları arasındadır. Okul hemşireleri gıda alerjisi bilgisi ve yönetiminin kritik alanları, belirli gıdaları yasaklamaya yönelik kılavuz ilkeler geliştirme ve okul gezileri planlamayı da içermektedir. Okul ortamı, ev dışındaki gıda alerjisi riski altındaki çocukların farkındalığını artırma fırsatı sağlayabilir. Hemşireler bu alanlardaki eğitim materyallerine yüksek bir ilgi duyduklarını ve bu materyallere ulaşırken meslek örgütleri aracılığıyla yayınlanan video ve internet kaynaklarını tercih ettiğini bildirmektedir (57).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma besin alerjisi tanısı almış çocukların ebeveynlerinin diyete uyum durumlarının ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Ve Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji Polikliniği'nde yapılmıştır. Hastanenin 3 adet alerji polikliniğinde 6 uzman hekim ve 1 hemşire çalışmaktadır. Çocuk Alerji Poliklinik biriminde poliklinik odalarının haricinde alerji testlerinin ve kan alma, nebulizatör uygulama gibi girişimlerin yapıldığı müdahale odası ve dış salonda hasta ve aileleri için bekleme koltukları bulunmaktadır. Çocuk Alerji polikliniğine 2017 yılında başvuran toplam hasta sayısı 23 708'dir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini son bir yıl içerisinde Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji Polikliniği'ne başvuran besin alerjisi tanısı almış çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır.2017 yılı boyunca çocuk alerji polikliniğine 23 708 hasta başvurmuştur. Bu sayı yalnızca besin alerjisi hastaları olmayıp tüm alerjik hastaların toplamıdır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiştir. 15.02.2017-15.10.2017 tarihleri arasında hastaneye başvuran besin alerjisi tanısı alan çocukların ebeveynlerinden araştırmaya katılmayı kabul eden 295 ebeveyn araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Çocuğu kesinleşmiş besin alerjisi tanısı almış olan,
- İletişim engeli bulunmayan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ebeveynler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler

- Durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Bağımsız değişkenler

- Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri
- Çocukların sosyodemografik özellikleri
- Besin alerjisine ilişkin özellikler
- Diyete uyum özellikleri

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 15.02.2017-15.10.2017 tarihleri arasında, Veri Toplama Formu (Ek-1) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek-2) kullanılarak araştırmacı tarafından poliklinik ortamında, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu sosyo-demografik özellikler, alerji ile ilgili veriler, diyete uyum, diyete dair düşünceler ve durumluk kaygı ölçeğini içeren beş bölümden oluşmaktadır.

Formun sosyodemografik özellikler bölümünün ilk kısmında ebeveynin doğum tarihi, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, aylık geliri, yaşayan çocuk sayısı, besin alerjisi tanısı almış başka çocuğu bulunma durumu, ailede başka besin alerjisi tanısı alan birinci derece akraba bulunma durumu ve çocuğu alerji polikliniğine götürme sıklığının sorgulandığı 11 adet kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

Formun besin alerjisi tanısı alan çocuğa ait verilerin sorgulandığı ilk bölümün ikinci bölümde çocuğun doğum tarihi, cinsiyeti, okula gitme durum, boyu ve kilosunun sorgulandığı altı adet açık ve kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

Formun alerji ile ilgili verilerin yer aldığı üçüncü bölümde çocuğun besin alerjisi tanısı alma yaşı, tanılanmış besin alerjisi sayısı, başka sağlık sorunu olma durumu, alerjisi olan besinler, alerjisi olan besinleri tükettiğinde görülen semptomlar ve son 12 ay içinde alerjik semptomların görülme durumlarının sorgulandığı sekiz adet kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

Formun diyete uyum ile ilgili verilerin sorgulandığı dördüncü bölümde ebeveynlerin eliminasyon diyeti yapma durumları, eliminasyon diyeti konusunda eğitim alma durumları, eğitim almışlarsa bu eğitimi kimden/nereden aldıkları, eliminasyon diyeti konusunda bilgilerini yeterli bulma durumları, besin hazırlama etiket okuma konusunda eğitim alma durumları, besin hazırlama etiket okuma konusunda eğitimi kimden/nereden aldıkları ve besin hazırlama etiket okuma konusundaki bilgilerini yeterli bulma durumlarının sorgulandığı yedi adet kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

Formun diyete dair düşünceleri inceleyen beşinci bölümde ise ebeveynlerin besin alerjisi ve eliminasyon diyeti süreci ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin sorgulandığı on adet kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

Durumluk Kaygı Ölçeği

Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türk kültürüne uyarlanan, geçerlilik güvenilirlik çalışmalarıyla birlikte norm çalışmalarının da oluşturulduğu Durumluk Kaygı Envanteri 20 maddeden oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeği, bireylerin belli bir anda belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak maddeleri cevaplaması gerekmektedir (58).

Kuder-Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alpha korelasyonları ile saptanan güvenirlik katsayısı; "Durumluk Kaygı Ölçeği" için 0.94 ile 0.96 arasında bulunmuştur. Bu elde edilen veriler Türkçe ölçeklerin yüksek madde homojenliği ve iç tutarlılığa sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ölçeği oluşturan maddelerin, güvenirliği ve geçerliği hakkında ayrıntılı bilgi sağlayan "Item Remainder" korelasyonu tekniğine göre; Türkçe formunun madde güvenirliği korelasyonları, Durumluk Kaygı Ölçeği için; 0.42 ile 0.85 arasındadır. Ölçeğin test tekrar test yönteminden elde edilen güvenirlik katsayıları; Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.26 ile 0.68 arasında değiştiğini göstermektedir. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin Türkçeleştirilmesi deneysel kavram geçerliği ve kriter geçerliği olmak üzere iki ayrı teknikte gerçekleştirilmiştir (58).

Her ifadenin karşısındaki kutucuklardan uygun olanım işaretlemek suretiyle katılımcılar o anda nasıl hissettiklerini belirtmektedirler. Her ifadenin karşısında bulunan; (1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana biraz uygun, (3) Bana çok uygun, (4) Bana tamamıyla uygun anlamına gelmektedir. Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler denilmektedir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum"

ifadesi doğrudan, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi de tersine dönmüş ifadelere örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda “huzursuzum” ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir.

Bu çalışma için kaygı ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa=0,946 olarak hesaplanmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Komisyonundan (09.11.2016-373, EK-3) ve Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Ve Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi’nden (13.02.2017-98206329-773.99, EK-4) formların uygulanabilmesi için araştırmanın izni alınmıştır. Araştırmaya katılan besin alerjisi tanısı almış çocukların ebeveynlerinden de araştırmanın gönüllük esasına dayandığını ve verdikleri bilgilerin bilimsel amaçlı kullanılacağını açıklayan Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-5) ile araştırma onamı alınmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde verilerin normal dağılımı için Shapiro Wilk normallik testi ve *Q-Q* grafikleri kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann-Whitney *U* testi yapılmıştır. Üç ve daha fazla grup karşılaştırmaları Kruskal-Wallis analizi ile, fark bulunması durumunda ise çoklu karşılaştırmaları Dunn-Bonferroni testi ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak birim sayısı (*n*), yüzde (%), ortalama±standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), en küçük değer (*ekd*), en büyük değer (*ebd*), ortanca (*M*), 25.yüzdelik ($Ç_1$) ve 75.yüzdelik($Ç_3$) değerleri olarak verilmiştir. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (IBM SPSS Statistics 22.0 IBM (Corp., Armonk, New York, ABD).

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri.

Özellikler (n=295)	**n**	**%**
Cinsiyet		
Erkek	3	1.0
Kadın	292	99.0
Yaş		
20-25	31	10.6
26-30	126	43.0
31-35	98	33.4
36 ve üstü	38	13.0
Eğitim Durumu		
İlkokul	5	1.7
Ortaokul	67	22.7
Lise	8	2.7
Üniversite	215	72.9
Medeni Durum		
Bekar	1	0.3
Evli	294	99.7
Gelir Durumu (TL)		
1000-2500	94	32.4
2501-5000	132	45.5
5001-10000	54	18.6
10001 ve üzeri	10	3.4
Aile Tipi		
Çekirdek	276	93.6
Geniş	19	6.4
Yaşayan Çocuk Sayısı		
1	197	66.8
2	91	30.8
3	5	1.7
4	2	0.7
Besin alerjisi tanısı alan başka çocuğu olma durumu		
Evet	23	7.8
Hayır	272	92.2
Birinci derece yakınlarında besin alerjisi bulunma		
Evet	165	55.9
Hayır	130	44.1

Ebeveynlerin yaş ortalaması 30.4 ± 4.2 yıl, gelir ortalaması 4428±3637 TL'dir. Ebeveynlerin %99.0'u kadın, %99.7'si evli, %43'ü 26-30 yaşları arasında, %72.9'u üniversite düzeyi eğitime, %93.6'sı çekirdek aileye ve %66.8'i tek çocuğa sahiptir. Ebeveynlerin %7.8'inin besin alerjisi tanısı alan başka çocuğu ve %55.9'unun birinci derece yakınlarından birinde besin alerjisi bulunmaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Besin Alerjisi Tanısı Alan Çocukların Sosyodemografik Özellikleri.

Özellikler (n=295)	**n**	**(%)**
Cinsiyet		
Erkek	148	50.2
Kız	147	49.8
Yaş (Ay)		
0-12	53	18.0
13-24	176	59.9
25-36	39	13.3
37 ve üstü	26	8.8
Okula devam etme durumu(okul/kreş)		
Eden	16	5.4
Etmeyen	279	94.6
Başka sağlık sorunu olma durumu		
Evet	38	15.0
Hayır	215	85.0

Besin alerjisi tanısı almış çocukların yaş ortalaması 21.69±0.81 ay, boy ortalaması 75.2±13.4 cm, kilo ortalaması 75.2±13.4 kg.2dır. Yine çocukların %50,2'si erkek, %59,9'u 1-2 yaşları arasında, %94,6'sı okula devam etmemekte ve %85'inin başka bir sağlık sorunu bulunmamaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Besin Alerji İle İlgili Özellikler.

Özellikler	n	%
İlk Tanı alma Yaşı (Yıl)		
0-3	171	58.0
4-7	103	34.9
8 ve üstü	21	7.1
Alerji polikliniğine götürülme sıklığı		
Ayda bir	111	37.6
2 ayda bir	21	7.1
3 ayda bir	39	13.2
6 ayda bir	14	4.7
Gerektiği durumlarda	110	37.4
Tanılanmış besin alerjisi sayısı		
1	74	25.1
2	56	19.0
3	40	13.6
4	11	3.7
5 ve üzeri	114	38.6
Alerji oluşturan besinler		
İnek Sütü	273	92.5
Yumurta	200	67.8
Fındık	53	18.0
Buğday	41	13.9
Diğer Kabuklu Kuruyemişler (fıstık, ceviz)	22	7.5
Deniz ürünleri	7	2.4
Mercimek	5	1.7
Diğer Alerjen Besinler*	64	21.7

Tablo 4.3. (Devam) Besin Alerji ile İlgili Özellikler.

Alerjik besinler tüketildiğinde görülen etkiler**		
Anaflaksi	28	9.5
Atopik dermatit	190	64.4
Kanlı- mukuslu gaita	206	69.8
Kusma	88	29.8
Solunum (astım, bronkospazm)	47	15.9
Diğer (eozinofilik özofajit, kontakt dermatit, anjiyoödem)	3	1.0
Son 12 ay içinde soğuk algınlığı yokken hırıltılı solunum, hapşırma, burun akıntısı gibi sorunlar yaşama		
Evet	210	71.2
Hayır	85	28.8
Son 12 ay içinde kaşıntılı döküntü (egzema)/ atopik dermatitin 2 aydan daha sık tekrar etmesi		
Evet	139	47.1
Hayır	156	52.9
Son 12 ay içinde Epinefrin oto-enjektör kullanmak zorunda kalma veya alerjik şok sebebiyle hastaneye başvurma		
Evet	23	7.8
Hayır	272	92.2

* Tropikal meyveler, soya,et vs. diğer spesifik alerjen gıdalar

**Soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

Çocukların ilk besin alerjisi tanısı alma yaşı ortalama 3.5±2.6 aydır. Çocukların %58'i 0-3 yaş arasında tanı almış, %37.6 ayda bir, %37.4'ü gerekli durumlarda alerji polikliniğine götürülmektedir. Çocukların %38.6'sının beş ve daha fazla, %25'inin ise yalnızca bir besine alerjisi vardır. Çocukların %92.5'unun inek sütü, %67.8'inin yumurta, %18'inin fındık, %13.9'u buğday alerjisi bulunmaktadır. Alerjik besinlere çocukların %69.8'i kanlı mukuslu kaka, 64.4'ü atopik dermatit, %29.8'i kusma ve %9.5'u anaflaksi tepkisi vermektedir. Son 12 ay içinde %71.2'sinin soğuk algınlığı yokken hırıltılı solunum, hapşırma, burun akıntısı, %47.1'i iki aydan daha sık tekrar eden kaşıntılı döküntüler (egzema)/atopik dermatit yaşamıştır.

%7.8'inde Epinefrin oto-enjektörleri kullanma veya alerjik şok sebebiyle hastaneye başvurma zorunda kalınmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Ebeveynlerin Eliminasyon Diyeti, Besin Hazırlama, Etiket Okuma İle İlgili Verdiği Yanıtlar.

Yanıtlar	**n**	**%**
Emzirme döneminde annenin eliminasyon diyeti yapma durumu		
Evet	257	87.1
Hayır	38	12.9
Eliminasyon diyeti eğitimi alma durumu		
Evet	124	48.2
Hayır	133	51.8
Eliminasyon diyeti eğitimi alınan kişi/yer*		
Alerji uzmanı doktor	194	65.8
Alerji poliklinik hemşiresi	13	4.4
İnternet- sosyal medya	88	29.8
Eliminasyon diyeti hakkındaki bilgileri yeterli bulma durumu		
Evet	120	40.7
Hayır	175	59.3
Besin hazırlama/etiket okuma eğitim alma durumu		
Evet	125	42.4
Hayır	170	57.6
Besin hazırlama/etiket okuma eğitimi alınan kişi/yer*		
Alerji uzmanı doktor	2	0.8
Alerji poliklinik hemşiresi	128	43.5
İnternet- sosyal medya	144	48.9
Diğer (komşu, akraba, arkadaş)	20	6.8
Besin hazırlama- etiket okuma- alerjik besinler hakkındaki bilgileri yeterli bulma durumu		
Evet	128	43.4
Hayır	167	56.6

***** Soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

Çocukları besin alerjisi tanısı aldıktan sonra ebeveynlerin %87.1'i eliminasyon diyeti yapmış, %51.8'i i eliminasyon diyeti konusunda eğitim almamıştır. Eliminasyon diyeti eğitimini %65.8'i bu konudaki eğitimini alerji uzmanı doktorundan, %29.8'i internet ve sosyal medyadan, 4.4'ü alerji poliklinik hemşiresinden almıştır. Ebeveynlerin %59.3'ü eliminasyon diyeti hakkındaki bilgilerini yetersiz, %40.7'si yeterli bulmaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Ebeveynlerin Alerji ve Eliminasyon Diyeti ile İlgili Verdiği Yanıtlar.

Yanıtlar	**n**	**%**
Anne sütü ile beslenen bebeklerde alerji görülmeyeceğini düşünme durumu		
Evet	6	2.0
Hayır	289	98.0
Sadece anne sütü ile beslenme alerji riskini azalttığını düşünme durumu		
Evet	123	41.7
Hayır	172	58.3
Emzirme sürecinde annenin yediklerinin anne sütüyle bebeğe geçeceğini ve alerjiye sebep olabileceğini düşünme durumu		
Evet	287	97.3
Hayır	8	2.7
Emzirirken yapılan alerjik gıda diyetinde ne kadar az çeşit gıda yenirse çocuğun o kadar hızlı iyileşeceğini düşünme durumu		
Evet	128	43.4
Hayır	167	56.6
Emzirme döneminde katı diyet uygulaması (sadece zeytin- ekmek yeme vs) durumunda sütün yeterli olacağını, çocuğun iyileşmesinin hızlanacağını düşünme durumu		
Evet	122	41.4
Hayır	173	58.6
İnek sütü alerjisi olan çocukların yoğurt yiyebileceğini düşünme durumu		
Evet	12	4.1
Hayır	283	95.9
Besin alerjisi olan bebek/çocukların içinde şüpheli gıda bulunan hiçbir besini yiyemeyeceğini düşünme durumu		
Evet	278	94.2
Hayır	17	5.8
Alerjik besinlerin bebek büyüdükçe anne tarafından evde denenerek diyete eklenebileceğini düşünme durumu		
Evet	224	75.9
Hayır	71	24.1
Diyet sürecinde doktoru haricinde diğer alerjik bebeklerin annelerinden aldığı bilgilere de güvenme, onlara göre hareket etme durumu		
Evet	113	38.3
Hayır	182	61.7

Çocukları besin alerjisi tanısı alan ebeveynlerden %98'i anne sütü ile beslenen bebeklerde alerji görülebileceğini, %58.3'ü sadece anne sütü ile beslenmenin alerji riskini azaltmadığını belirtmiştir. Ebeveynlerin %97.3'ü emzirme sürecinde annenin yediklerinin anne sütüyle bebeğe geçeceğini ve alerjiye sebep olabileceğini, %43.4'ü emzirirken yapılan alerjik gıda diyetinde ne kadar az çeşit gıda yenirse çocuğun o kadar hızlı iyileşeceğini düşündüğü belirlenmiştir.

Ebeveynlerin %41.4'ü emzirme döneminde katı diyet uygulaması (sadece zeytin- ekmek yeme vs) durumunda sütün yeterli olacağını, çocuğun iyileşmesinin hızlanacağını, %95.9'u inek sütü alerjisi olan çocukların yoğurt yiyebileceğini belirtmiştir. Besin alerjisi olan bebek/çocukların içinde şüpheli gıda bulunan hiçbir besini yiyemeyeceğini ebeveynlerin %94.2'si, alerjik besinlerin bebek büyüdükçe anne tarafından evde denenerek diyete eklenebileceğini ise %75.9'u düşündüğü saptanmıştır. Ebeveynlerin %38.3'ü diyet sürecinde doktoru haricinde diğer alerjik bebeklerin annelerinden aldığı bilgilere de güvenme, onlara göre hareket edeceğini bildirmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.

Özellikler	**Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı** $\bar{x}\pm ss$ **M(Ç1-Ç3)**	**p**
Yaş		
20-25	48.5±15.9 46.0(36.0-62.0)	0.687*
26-30	45.4±14.8 45.5(33.0-56.0)	
31-35	46.5±15.8 45.0(32.0-59.0)	
35 ve üstü	44.5±16.5 41.0(29.0-59.0)	
Cinsiyet		
Erkek	61.0±15.5 70.0(43.0-70.0)	0.114**
Kadın	61.0±15.5 70.0(43.0-70.0)	
Eğitim Durumu		
İlkokul	51.8±21.3 61.0(29.0-70.0)	0.751*
Ortaokul	46.8±16.2 47.0(32.0-61.0)	
Lise	46.8±16.2 47.0(32.0-61.0)	
Üniversite	45,6±15,4 45,0(32,0-58,0)	

Tablo 4.6. (Devam). Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.

Aile tipi		
Çekirdek	45.8±15.3 45.0(32.2-58.0)	0.717**
Geniş	47.7±18.6 41.0(33.0-70.0)	
Gelir Durumu		
1000-2500	44.8±16.5 43.0(29.7-59.0)	0.368*
2501-5000	46.5±14.6 46.0(35.2-57.0)	
5001-10000	47.2±15.5 48.0(35.7-61.2)	
>10000	39.6±17.8 37.5(23.7-52.5)	
Çocuk Sayısı		
1	45.3±15.2 44.0(33.0-57.0)	0.348**
2 ve daha fazla	47,1±16,1 49,5(32,0-61,0)	
Başka alerjik çocuğu olma durumu		
Evet	43.4±18.4 39.0(26.0-64.0)	0.333**
Hayır	46.2±15.2 45.5(33.0-58.7)	
Ailede başka alerjik birey bulunma durumu		
Evet	45.2±14.9 45.0(33.0-56.0)	0.478**
Hayır	46.8±16.1 44.5(32.0-61.0)	

***** Kruskal-Wallis Analizi
****** Mann-Whitney U testi

Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.

Özellikler	**Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı**	**p**
	$\bar{x}$±ss **M(Ç1-Ç3)**	
Yaş (ay)		
1-12	46.6±15.2 46.0(37.0-59.5)	0.938
13-24	46.2±15.8 46.0(32.0-59.0)	
25-36	45.4±16.1 44.0(29.0-58.0)	
>36	44.4±13.5 43.0(36.5-51.3)	
Cinsiyet		
Erkek	46.3±15.7 46.0(33.2-59.7)	0.620
Kız	45.4±15.3 44.0(32.0-58.0)	
Tanı alma yaşı (ay)		
0-3	46.1±15.3 45.0(33.0-58.0)	0.934
4-7	45.9±15.8 47.0(32.0-57.0)	
8 ve üzeri	44.9±16.1 44.0(29.0-59.5)	
Okula gitme durumu		
Evet	32.2±10.1 29.5(23.2-37.7)	**<0.001**
Hayır	46.7±15.4 47.0(33.0-59.0)	

Tablo 4.7. (Devam) Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.

Başka hastalık olma durumu		
Evet	45.2±17.4 45.0(26.0-61.0)	0.867
Hayır	45.9±15.4 44.0(33.0-58.0)	
Alerji olan besinlerin sayısı		
1	44.7±14.4 44.0(30.7-55.2)	0.617
2	45.3±17.2 45.0(31.2-60.0)	
3	48.9±14.1 47.0(39.0-58.7)	
4	42.7±12.5 47.0(32.0-50.0)	
5 ve üzeri	46.2±16.1 45.0(32.0-61.0)	

***** Kruskal-Wallis Analizi
****** Mann-Whitney U testi

Çocukları okula giden ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği puanlarının gitmeyenlere göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Diğer sosyodemografik özellikler ile Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Ebeveynlerin Çocuğun Alerjisi Olan Besin Çeşitleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**.**

Besin türü	**Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı**		**p**
	Evet	**Hayır**	
	$\bar{x} \pm ss$ $M(Ç_1\text{-}Ç_3)$	$\bar{x} \pm ss$ $M(Ç_1\text{-}Ç_3)$	
İnek Sütü	46.2±15.5 45.0(33.0-59.0)	41.8±14.8 42.5(28.7-52.2)	0.188
Yumurta	47.5±15.8 48.0(33.2-60.7)	42.5±14.4 42.0(29.0-54.0)	**0.012**
Fındık	49.1±15.1 50.0(35.5-61.0)	45.2±15.5 44.0(31.7-57.2)	0.084
Buğday	51.5±17.3 54.0(37.0-69.0)	45.1±15.1 44.0(32.0-57.0)	**0.018**
Kuru baklagiller	41.4±14.8 49.0(25.5-53.5)	46.1±15.5 45.0(33.0-59.0)	0.552
Deniz ürünleri	47.1±19.2 41.0(27.0-68.0)	45.9±15.4 45.0(33.0-58.0)	0.911
Diğer Kabuklu Kuruyemişler	43.2±13.1 44.0(31.5-55.2)	46.2±15.6 45.0(33.0-59.0)	0.472
Diğer*	44.7±15.6 44.0(30.5-54.5)	46.3±15.4 45.0(33.0-59.0)	0.443

* Mann-Whitney U testi
**Tropikal meyveler, soya, et vs. diğer spesifik alerjen gıdalar

Yumurta ve buğday alerjisi olan çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri bu besinlere alerjisi olmayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Diğer alerjik besin türleri ile ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Ebeveynlerin Çocuğun Alerjik Reaksiyonları ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.

Reaksiyon türü	**Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı**		**p**
	Var	**Yok**	
	$\bar{x} \pm ss$ $M(Ç_1\text{-}Ç_3)$	$\bar{x} \pm ss$ $M(Ç_1\text{-}Ç_3)$	
Anaflaksi -alerjik şok	45.2±5.5 47.0(40.3-48.7)	43.8±6.3 44.0(39.0-48.0)	0.275
Atopik dermatit	44.4±6.3 45.0(39.0-49.0)	43.3±5.9 43.0(39.0-48.0)	0.206
Kanlı -mukuslu kaka-ishal	43.9±6.1 44.0(40.0-48.0)	44.1±6.5 44.0(39.0-49.0)	0.952
Kusma	44.1±6.5 44.5(39.2-48.7)	43.9±6.1 44.0(39.0-48.0)	0.826
Solunum sıkıntısı	43.4±7.2 44.0(38.0-49.0)	44.2±6.0 44.0(40.0-48.0)	0.297

* Mann-Whitney U testi

Ebeveynlerin çocuklarının gösterdikleri alerjik reaksiyon türleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Alerjik Reaksiyonların Tekrarlama Ve Besin Alerjisi Eğitimi Alma Durumuna Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.

Özellikler	**Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı**		**p**
	Var	**Yok**	
	$\bar{x} \pm ss$ $M(Ç_1\text{-}Ç_3)$	$\bar{x} \pm ss$ $M(Ç_1\text{-}Ç_3)$	
Son 12 ay içinde soğuk algınlığı yokken hırıltılı solunum, hapşırma, burun akıntısı gibi sorunlar yaşama	47.8±15.6 49.0(33.0-61.0)	41.1±14.1 39.0(28.0-49.7)	**0.003**
Son 12 ay içinde kaşıntılı döküntü (egzema)/ atopik dermatitin 2 aydan daha sık tekrar etmesi	49.2±15.3 50.0(38.0-61.0)	43.0±15.1 41.5(29.0-54.7)	**<0.001**
Son 12 ay içinde Epinefrin oto-enjektör kullanmak zorunda kalma veya alerjik şok sebebiyle hastaneye başvurma	51.5±14.1 52.0(43.0-65.0)	45.4±15.5 44(32-58)	0.059
Emzirme döneminde annenin eliminasyon diyeti yapma durumu	45.6±15.2 45.0(32.0-58.0)	48.1±16.9 45.0(37.0-65.0)	0.449
Eliminasyon diyeti eğitimi alma durumu	44.4±15.1 44.0(31.2-56.0)	47.4±15.6 47.5(34.5-61.0)	0.254

* Mann-Whitney U testi

Çocukların son 12 ay içinde soğuk algınlığı yokken hırıltılı solunum, hapşırma, burun akıntısı gibi sorunlar yaşama ve kaşıntılı döküntü (egzema)/ atopik dermatiti 2 aydan daha sık tekrarı ile Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Son 12 ay içinde Epinefrin oto-enjektör kullanmak zorunda kalma veya alerjik şok sebebiyle hastaneye başvurma, emzirme döneminde annenin eliminasyon diyeti yapma durumu ve eliminasyon diyeti eğitimi alma durumları ile Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Ebeveynlerin Çocuklarını Alerji Polikliniğine Kontrole Götürme Sıklıkları Ve Eliminasyon Diyeti Eğitimini Aldıkları Kişi/Yer İle Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**.**

Özellikler	**Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı**	**p**
	$\bar{x} \pm ss$ $M(Ç_1\text{-}Ç_3)$	
Polikliniğe götürülme sıklığı		
Ayda bir	49.6±15.3 49.0(39.0-61.0)[a]	**0.007**
2 ayda bir	46.1±18.2 45.0(29.0-65.0)[ab]	
3 ayda bir	42.8±14.5 41.0(31.0-53.0)[ab]	
6 ayda bir	36.7±12.7 35.0(24.7-44.7)[b]	
Gerekirse	44.4±14.9 44.0(31.7-56.0)[ab]	
Eliminasyon eğitimi alınan kişi/yer		
Uzman	45.7±15.9 45.0(32.0-59.0)	0.916
İnternet-Sosyal	46.3±15.1 47.0(33.0-60.5)	
Diğer	46.2±12.0 42.0(37.5-55.0)	

* Kruskal-Wallis Analizi ve Dunn-Bonferroni Testi

** Kruskal-Wallis Analizi

Ebeveynlerin kaygı düzeyleri puanlarının, çocuklarını polikliniğe götürme sıklığına göre değiştiği belirlenmiştir. Ayda bir polikliniğe gidenlerin puanları diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve polikliniğe başvurma sıklığı ve Durumluk Kaygı Ölçeği arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ebeveynlerin eliminasyon diyeti bilgi düzeylerini yeterli bulmaları ile Durumluk Kaygı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

5. TARTIŞMA

Besin alerjisine bağlı atopik hastalıkların son yıllarda hızla arttığı, bu artışın sebebi olarak birçok risk faktörü olabileceği belirtilmektedir (6,29). BA Tüm Dünya'da çoğunluğu çocuklar olmak üzere her yaş grubunu etkilebilmekte ve toplumlar için önemli bir yük oluşturan sağlık sorunlarından birisidir (15).

Cohen ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmaya benzer şekilde (59) ebeveynlerin neredeyse tamamı kadındır (Bkz. Tablo 4.1). Aika ve arkadaşları (2017) anne yaş ortalamasını (33.6 ±4.6), Hu ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmalarında ise 37.9 olduğunu belirlemişlerdir (56, 60). Bu çalışmada ebeveynlerin yaş ortalaması sözü edilen çalışmalardan az da olsa düşüktür.

Birdi ve arkadaşları (2016) ve Turan'ın (2012) çalışmalarıyla benzer şekilde ebeveynlerin çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (61,36) (Tablo 4.1). Anne eğitim seviyesi ile besin allerjisi prevalansı arasında ilişki olduğu ve yüksek eğitim seviyesine sahip ebeveynlerin yaşam tarzı değişiklikleri nedeni ile çocuklarında daha sık alerji görüldüğü bildirilmektedir (62). Çalışma bulguları bu veriyi desteklemektedir.

Turan (2012) besin alerjili çocukların ailelerinin %51.9'unun orta gelire sahip olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada da ebeveynlerin %45.5'inin orta gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (36) (Tablo 4.1). Besin alerjisi ile gelir düzeyi arasında ilişki arasında farklı görüşler bulunmaktadır. Forastiere ve ark. (1997) yüksek sosyoekonomik düzeyin atopi gelişimini artırdığını belirtmektedir (63). Ancak Almqvist ve arkadaşları (2005) sosyoekonomik seviyenin artması ile besinlere karşı duyarlılığın azaldığını bildirmiştir (64).

Bir çalışma da gebelik sayısının artmasının çocuk için besin alerjisi riskini azalttığı belirtilmektedir (65). Matricardi ve arkadaşları (1998) 18-24 yaş arası erkeklerde yaptığı çalışmalarında atopi prevalansının toplam kardeş sayısı ile ters ilişkili olduğunu ve her eklenen kardeş sayısı için alerjik hastalık prevalansında ortalama %3 düşüş olduğunu bildirmektedir (66). Bu çalışmada alerjisi olan çocukların

çoğunluğunun tek çocuk olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Görüldüğü gibi tek çocuk olma çocuğun alerji tanısı almasında etkendir. Ailede herhangi bir bireyde alerji öyküsü olmasının diğer bireylerde de alerji görülme ihtimalini arttırmaktadır. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda besin alerjisi ve diğer alerjik hastalıklar için ailede atopi öyküsü önemli risk faktörü olarak bildirilmiştir (67-70). Alerjik çocukların %40.3-71'nin ailesinde herhangi bir bireyin alerji ya da atopi öyküsü bulunduğu bildirilmektedir (71,72,15). İlgili literatürle benzer şekilde bu çalışmada alerjik çocukların %55.9'unun birinci derece yakınında besin alerjisi bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Farklı çalışmalarda alerji tanılı çocukların yaş ortalamalarının 35.6 ay ile 4.82 yaş arasında olduğu ve erkek çocuklarının daha fazla alerji tanısı aldığı belirtilmektedir (19,72). Bu çalışmada diğer çalışmalarla benzer şakilde besin alerjisi tanılı çocukların %50.2'si erkektir, yaş ortalamaları ise 21.69±0.8 ay olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda besin alerjisi tanısı alan çocukların yaş ortalamasının diğer çalışmalara göre oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.1). Bu farklılığın sebebi olarak besin alerjisinin küçük yaşlarda daha etkin olması bu sebeple de polikliniğe daha küçük yaşlardaki çocukların daha sık başvurması gösterilebilir.

Uguz ve arkadaşları (2005) ebeveynlerin alerjene maruz kalmayı önleme ve olası reaksiyonları tedavi etme konusunda çocukları okula giderken yanlarında olamadıkları için endişe ettiklerini ve çocukları etkileyen reaksiyonların %20'sinin çocuklar okulda iken gerçekleştiğini belirtmişlerdir (73). Bu çalışmada çocukların %94.6'sının okula devam etmediği, %85'inin başka bir sağlık sorunu olmadığı belirlenmiştir.

Yavuz ve arkadaşlarının (2011) Türkiye'de besin alerjisi tanısı alan çocukların besin alerjisi semptomlarının başlangıç yaşlarının ortalama 0.5 yaş olduğunu bildirmişlerdir (72). Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada Vezir ve arkadaşları (2015) semptomların başlangıç yaşlarının ortancasını 3 ay olarak bulmuşlardır (74).

Yapılan farklı çalışmalarda besin alerjisi belirtilerinin bir yaşında %4 (27) üç yaşında %5-6 (28) ve altı yaşında ise %2.5 oranında prevelansa sahip olduğunu belirlemişlerdir (27). Eller ve arkadaşları (2010) ise Danimarka'da besin alerjisi

belirtilerinin 18. ayda %3.6, 72. ayda %1.2 prevalansı olduğunu saptamışlardır (75). Bu çalışmada çocuklarının besin alerjisi tanısı alma yaşları Türkiye'de yapılan çalışmalarla benzerdir (72). Ancak dünyada yapılan çalışmalardan farklı olarak ilk üç ayda besin alerjisi görülme sıklığının arttığı saptanmıştır (27,75) (Tablo 4.3).

Türkiye'de tekli besin alerjisi tanısı alma oranı %50.5 (72) çoklu besin alerjisi tanısı alma oranının ise %49.5-51.8 arasında değiştiği bildirilmiştir (72,76). Yurt dışında ise tekli besin alerjisi alma oranı %31 (77) çoklu besin alerjisi tanısı alma oranının ise %59 (78) olduğu belirlenmiştir. Van der Velde ve arkadaşları (2011) ise çocukların %38'inin iki besine %12'sinin üç besine %19'unun üç ve daha fazla besine alerjileri olduğunu belirtmişlerdir (77). Bu çalışmada çocukların %25.1'i bir, %19.0'u iki, %13'ü üç, %3.7'si dört, %38.6'sı beş ve üzerinde çeşit besine alerjisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Görüldüğü gibi tek besin alerji oranı sözü edilen çalışmalardan düşük ancak çoklu besin alerjisi oranı daha yüksektir.

Ülkemiz için çocukluk çağında en sık rastlanan gıda alerjenlerinin 2009 yılında yapılan bir çalışmaya göre kırmızı et (%31.8), inek sütü (%18.1), kakao (%18.1), yumurtası (%13.1) ve kivi (%13.6) (34), 2011 yılında yapılan bir başka çalışmada ise yumurta (%57.8), inek sütü (%55.9), fındık (%21.9), fıstık (%11.7), ceviz (%7.6), mercimek (%7.0), buğday (%5.7) ve et (%5.7) olduğu belirtilmektedir (72).

Avrupa ülkelerinde en sık inek sütü (%38.5), meyve (%29.5) ve yumurta (%19) nedeniyle besin alerjisi görüldüğü rapor edilmiştir (79). ABD'nde ise en yaygın gıda alerjileri fıstık, inek sütü, tavuk yumurtası, kabuklu deniz hayvanları, ağaç fıstığı, buğday, balık ve soyadır. Bu sekiz alerjenin, Birleşik Devletlerindeki sistemik gıda alerjilerinin %90'ından sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (30). Çalışmada da Dünya ve Türkiye verilerine benzer olarak görülme oranı daha yüksek olsa da en sık inek sütü (%92.5) ve yumurta alerjisi (%67.8) görüldüğü saptanmıştır (Tablo 4.3).

Dünyada genel prevelansta inek sütü alerjilerinin görülme oranının %0.5-2 arasında değiştiği bildirilmektedir (80-83). Türkiye'de yapılan bölgesel bir çalışmada ise inek sütü alerji prevalansının %0,1 olduğu saptanmıştır (84). Genel prevelansı oranları bu şekilde iken besin alerji tanısı almış çocuklarda inek sütü alerjisinin %55.9-

60.5 arasında görüldüğü bildirilmiştir (72,76). Bu çalışmada benzer çalışmalardan inek sütünün çok daha yüksek oranda alerji nedeni olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Yumurta alerjisi genel nüfus içerisindeki prevalansının %1-1.2 olduğu saptanırken (5,80), Türkiye'de kreş çocukları üzerinde yapılan bir çalışmada en alerjenik gıdanın yumurta olduğu belirlenmiştir (36). Besin alerjisi tanısı almış çocukların ise yumurta alerjisi oranının %57.8 olduğu bildirilmektedir (72). Bu çalışmada yumurta alerjisi oranın sözü edilen çalışmadan yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Dunlop ve arkadaşları dünya genelinde kanıtlanmış kuruyemiş alerjisi prevelansının %0.0-%1.4 arasında olduğunu belirtmişlerdir (5). Yavuz ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada Türkiye için önde gelen kabuklu kuruyemiş alerji nedeninin fındık (%21) olduğu, fıstık (%11.7) ve cevizin (%7.6) fındık alerjisini takip ettiği belirtilmektedir. Türkiye'deki diğer kabuklu kuruyemişlere olan alerjilerinin oranı ise fıstık %11.7, ceviz %7.6 olarak belirtilmektedir (72). Bu araştırmada fındık ve diğer kabuklu kuruyemiş alerji oranı sözü edilen çalışmadan düşüktür (Tablo 4.3). Görüldüğü gibi oranları farklı olsa da kabuklu kuruyemişlerden Türkiye için en önemli alerjen fındıktır.

Yapılan bir çalışmada 4 yaşındaki çocuklarda buğday duyarlılığı prevalansının %4 olduğu saptanmıştır (85). Türkiye için alerji tanısı almış çocuklarda buğday alerjisi oranını %5.7 olduğu, Japonya ise bu oranın %29.7 olduğu belirtilmektedir (72,56). Bu çalışmada ise buğday alerjisi oranı Türkiye'deki benzer çalışma oranından yüksek Japonya örneğinden ise düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Balık alerjisinin farklı ülkeler ve Türkiye'de %0.2'den az olduğu belirtilmektedir. (5). Amerikan çocuklarında kabuklu deniz hayvanı alerjisinin prevalansı %0.5-2.0, Avrupa'da kabuklu deniz ürünü alerjisi %0.1-5.5 arasında değiştiği bildirilmektedir (5). Balık alerjisinin tüm alerjenler içerisinde alerji tanısı alan çocukların %5.6'sını (61) kabuklu deniz ürünlerinin ise %5'ini etkilediği belirtilmektedir (77). Bu çalışmada belirtilen çalışmalardan benzer oranda deniz ürünü alerjisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Geleneksel olarak Türkiye'de mercimeğin erken yaşlarda tüketilmeye başlandığı için mercimek alerjisinin nispeten daha yüksek frekansından (%7) sorumlu olduğu belirtilmektedir (72). Bu çalışmada mercimek alerjisi oranı çok daha az bulunmuştur (Tablo 4.3).

Çocuklarda alerjik gıdaların çeşitli reaksiyonlara neden olduğu ve çocuk başına ortalama iki reaksiyon görüldüğü bildirilmiştir (24). En sık gastro-intestinal semptomlar (%50) ve OAS (Oral Allergy Syndrome, %47) reaksiyonları görüldüğü ve çocukların %45'inin son 12 ay içerisinde en az bir gıda reaksiyonu yaşandığı belirtilmektedir. Ayrıca alerjik kökenli astım, egzama, göz akıntı ve kızarıklığı gibi semptomların en az birinin çocukların %75'inde görüldüğü bildirilmektedir (24).

Çocuklarda atopik dermatitin %53.6-67, bronşiyal astımın %18.9-56, alerjik rinitin, % 7.5-34, anafilaksinin %43.2 oranında görüldüğü bildirilmektedir (56,59). Başka bir çalışmada besin alerjisi olan çocukların %40'nda akut ürtiker, % 69'unda astım, %33'ünde gastrointestinal semptomlar (ishal, kusma veya konstipasyon), %6'sında oral allerjik sendrom, %4'ünde rinokonjuktivit olduğu ve %65'inde birden fazla semptom olduğu saptanmıştır (86).

Orhan ve ark. (34) besin alerjisinde en sık deri reaksiyonları (%75,6) geliştiğini belirtmektedir. Avrupa'da ise bu oranın %71.5 olduğu bildirilmiştir (79). Farklı ülkelerde yapılmış çalışmalarda %18.6-62.7 oranında cilt bulguları görüldüğü saptanmıştır (87-89). Bu çalışmada cilt bulgularından biri olan atopik dermatit görülme sıklığının %64.4 olduğu ve bazı çalışmalardan (79) düşük olsa da genel oranlarla benzer sıklıkta (56,59) görüldüğü saptanmıştır (Tablo 4.3).

Yapılan bir çalışmada besin alerjisine bağlı çeşitli semptomlar gösteren çocukların hiçbirinde anafilaksi görülmediği belirtilmektedir (86). Ancak ülkemizde anafilaksi nedenleri arasında besinler %38.4 oranı ile ilk sırada yer almaktadır (34). Bu çalışmada besin alerjisinde anafilaksi oranı belirtilenden düşük olsa da anafilaksi vakası görüldüğü saptanmıştır (Tablo 4.3).

Hu ve arkadaşları (2007) ebeveynlerin %87'sinin alerjik çocukların beslenmesinin yönetilmesinde bilgi kaynağı olarak interneti kullandıklarını ve

hemşirelerden konu hakkında eğitim alma oranının oldukça düşük olduğunu belirtmişlerdir (60). Bu çalışmada ebeveynlerin %48.2'sinin eliminasyon diyeti konusunda herhangi bir eğitim aldığı belirlenmiştir. Eğitimler çoğunlukla alerji uzman hekiminden alınmıştır ve hemşireden eğitim alma oranı oldukça düşüktür. Hu ve arkadaşlarının çalışmasının aksine internetten ve hemşireden eğitim alma oranı daha düşüktür (Tablo 4.4).

Ebeveynlerin yalnızca %40,7'si eliminasyon diyeti konusunda bilgilerinin yeterli olduğunu düşünmektedir (Tablo 4.4). Ebeveynlerin alerjik çocukların bakım rolü için daha ayrıntılı ve nicelik bakımından yeterli bilgiye ihtiyaç duydukları bilinmektedir. Ayrıca hangi tedavilerin uygulanacağı, nasıl uygulanacağı, alevlenme dönemlerinde nasıl davranılacağı, topikal tedaviler hakkında bilgi, gıda ve çevresel tetikleyicilerin rolü ve bunların önlenmesi konusundaki daha fazla bilgi edinmek istediği bildirilmektedir (90). Benzer şekilde bu çalışmada da ebeveynlerin çoğunluğunun eliminasyon diyeti konusundaki bilgilerini yeterli bulmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4).

Besin içeriğinin öğrenilmesi alerjenden kaçınma konusunda önem taşımaktadır. Besin içeriğinin öğrenilmesinin bir parçası ise etiket okumadır (91). Luyt ve arkadaşları (2016) hastaların ve ebeveynlerin, alerjenlerini önlemek için besin etiketlerini nasıl okuyacakları konusunda eğitilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Aralık 2014'ten itibaren, Tüketiciler İçin Gıda Bilgi Tüzüğü olarak bilinen Avrupa mevzuatı, üreticilerin alerjen madde listesinde 14 alerjeni beyan etmesini zorunlu kılmaktadır. Bu alerjenler süt, soya, yumurta, fıstık, ağaç fıstığı, susam, balık, kabuklu deniz hayvanları, gluten içeren arpa, yulaf, çavdar ve kereviz, hardal, lupin, sülfitlerdir (92).

Ebeveynlerin %42.4'ü besin hazırlama-etiket okuma eğitimi aldığını belirtmiştir. İnternet-sosyal medya en çok eğitim alındığı belirtilen yerdir (Tablo 4.4). Bu durumunun literatürde belirtildiği gibi doktorların bilgi verme yetersizliği, soruların yanıtlamaması ya çok kısıtlayıcı ya da serbest diyet önerileri ile alakalı olabileceği düşünülmüştür (60). Açıkçası, kusursuz sonuçlara yol açmasa da etiket okumayla ilgili ek eğitim faydalıdır ve gereklidir (93).

Bu çalışmada eliminasyon diyetinin aksine alerji poliklinik hekiminden eğitim alma düşük, hemşiresinden eğitim alma ise oldukça yüksektir. Ancak komşu, akraba,

arkadaş gibi bilgi edinme kaynaklarının olması dikkat çekicidir (Tablo 4.4). Edinilen bilgilerin güvenilirliği sorgulanabilir olmasına karşın ebeveynlerin internetten edinilen bilgilerin eğitim alma olarak kabul etmeleri ise önemli bulunmuştur. Ayrıca eliminasyon diyetinde meslek üyesi olarak hekim ön planda iken besin hazırlama-etiket okuma eğitimlerinde hemşirenin daha önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir.

Besin alerjisinin tedavisinde ve önlenmesinde anne sütü, alerjik belirtilerin gelişimine karşı koruyucu özelliklerinden dolayı, en iyi besin olarak gösterilmektedir (94,95). Anne sütü bu korumayı, bebeğin diğer besin maddelerine maruz kalmasını azaltarak, alerji riskine karşı bağırsak florasını geliştirerek ve bağırsaklarının olgunlaşmasını kolaylaştırarak gerçekleştirmektedir. Ayrıca anne sütü bebeğin immün sisteminin gelişimine katkıda bulunan çok sayıda büyüme faktörü ve sitokin de içermektedir (96-99). Yapılan bir çalışmada anne sütü ile beslenen bebeklerde de inek sütü protein alerjisi oranı %0.5 oranında bildirilmiştir (100). Ulusal Alerji ve Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü, emzirme tıbbi sebeplerden ötürü kontrendike olmadıkça, tüm bebeklerin 4-6 aylarına kadar anne sütü almalarını önerir. Anne sütünün, herhangi bir formül mamaya göre alerjik reaksiyonlara neden olma olasılığı düşüktür (91). Bununla birlikte, yalnızca anne sütüyle beslenen bebekler beslenme antijenlerine duyarlı hale gelebilir. Bu, anne sütü antijenlerinin varlığı ile açıklanmıştır (101). Bu çalışmada ebeveynlerin %98'i sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde de alerji görülebileceğini belirtirken, ebeveynlerin %58,3'ü sadece anne sütü ile beslenmenin alerji riskini azaltmayacağını belirtmiştir. (Tablo 4.5). Annenin diyetindeki alerjenlerin anne sütüne geçebileceği ve bebekte alerjik semptomların indüksiyonu ve korunmasına katkıda bulunabileceği bildirilmektedir (102,103). Bu çalışmada ebeveynlerin %97,3'ü emzirme sürecinde annenin yediklerinin anne sütüne geçeceğini ve alerjiye sebep olabileceğini belirtmiştir. (Tablo 4.5).

Agata ve arkadaşları (1993) eliminasyon diyetleriyle tedavi edilen çocuklarda atopik dermatit bulgularında azalma olduğunu belirtirken, alerjik gıdaları tüketmeye devam eden atopik çocuklarda belirtilerin şiddetinin sabit kaldığı veya daha da kötüleştiği belirtilmiştir (104). Aşırı eliminasyon diyeti, gıda alerjisi kanıtlanmayan atopik çocuklara fayda sağlamazken diyet kısıtlamalarının esas olarak spesifik gıda alerjilerinin tedavisinde uygulandığını, alerjinin önlenmesi için olmadığı belirtilmektedir (105). Eliminasyon diyeti bebekte normal beslenme ve büyümede

bozulma riskini beraberinde getirmektedir. Emzirme dönemindeki diyet kısıtlamaları annelerin sağlığına zararlı olabilmekte ve yapılan çalışmalar atopik bebek annelerinin sağlıklı bebek anneleriyle karşılaştırıldığında daha düşük kemik mineral yoğunluğuna doğru bir eğilim sergilediğini ortaya koymaktadır. Özellikle vücut ağırlığı düşük olan annelerin risk altında olduğu ve emzirme döneminde özel diyet danışmanlığına ihtiyaç duyabilecekleri belirtilmektedir (106).

Bu çalışmada ebeveynlerin %43.4'ü yapacakları katı eliminasyon diyetlerinin çocuklarının iyileşmelerini hızlandıracağını düşündüğünü belirtirken yine ebeveynlerin %41.4'ü eliminasyon diyeti sürecinde sadece zeytin ekmek bile yese sütünün yeteceğini ve çocuğunun iyileşme sürecinin hızlanacağını düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 4.5).

Besin alerjisinde özellikle de inek sütünde tedavide esas olan inek sütü proteininden tam olarak kaçınmaktır. Günlük süt tüketimine bakıldığında tereyağı, peynir, yoğurt, tarhana çorbası, makarna, bisküvi, her türlü kek, kurabiye, dondurma, çikolatalı ürünler, kremalar gibi birçok gıda ürünü içerisinde inek sütü tüketilmektedir. Çocuğa, aileye ve çocuğa bakanlara diyet konusunda eğitim verilmesi ve hazır gıda ürünlerinin etiketlerinde inek sütü içeren terimlerin öğretilmesi gerekmektedir (107).

Bu çalışmada ebeveynlerin %95.9'u inek sütü alerjisi olan çocukların yoğurt yiyemeyeceğini düşündüğünü, %94.2 si ise içinde alerjik besin içerebileceği düşünülen hiçbir besini tüketemeyeceğini düşündüklerini belirtmiştir (Tablo 4.5).

Ailevi gıda alerjisi öyküsü olan çocukların alerjik gıdaları diyete ekleme sürecinde kişiselleştirilmiş bir plan oluşturmak için bir alerji uzmanı tarafından değerlendirilmesi önerilirken, alerjik gıdaların bir sağlık kuruluşunda gözetim altında denenmesi önerilir. İlk tüketimin kontrollü bir şekilde yapılması ebeveynlerin endişelerini giderebilir ve herhangi bir alerji belirtisi ortaya çıktığında daha hızlı müdahale olanağı sağlayabilmekte olduğu belirtilmiştir (108).

Bu çalışmada ebeveynlerin %75.9'u alerjik besinlerin anne tarafından evde denenerek diyete eklenebileceklerini düşündüğünü belirtirken %61.7'si diyet

sürecinde doktoru haricinde diğer alerjik bebeklerin annelerinden aldığı bilgilere güvenerek hareket edebileceğini düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 4.5).

Ebeveyn cinsiyeti, gıda alerjisine ilişkin yanıtları ve davranış değişikliklerini etkileyebilmektedir. Annelerin tepkileri babalarla karşılaştırıldığında anneler babalardan daha fazla kaygı ve stres bildirmişlerdir (109). Ayrıca anneler çocuklarının kaygı düzeylerini, çocukların kendi bildirdikleri kaygı düzeylerine göre daha yüksek (daha kötü) olarak değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada erkek ebeveynlerin sayısının karşılaştırma yapılamayacak kadar az olması sebebiyle Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının karşılaştırılmasında da anlamlı sonuçlar saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Bu çalışmada ebeveynlerin eğitim durumları ve ebeveyn yaşı ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6). Gelir düzeyleri ile ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.6).

Marklund ve arkadaşları (2006) ailelerin %58'inde gıda aşırı duyarlılığı olan birden fazla aile üyesi olduğunu ve bunun aile baskısının arttığını, diğer bir deyişle çocuğun psikososyal sağlık davranışlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (24). Bu çalışmada ailede başka alerjik çocuğa sahip olma ile ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.6).

Literatürde erkek çocuk ebeveynlerinin kız çocukların ebeveynlerine göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını bildirilmiştir (24,61). Bu farkın oluşmasında toplumsal cinsiyet farklılıklarına neden olan bazı nedenler, biyolojik açıdan kırılganlık, bilgi işleme ve rol beklentileri gibi nedenler literatürde vurgulanmıştır (110). Bu çalışmada ise erkek ve kız çocuk ebeveynleri arasında durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir fark saptanamazken, bir veya daha fazla çocuğa sahip olmaları ile Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Bu çalışmada çocuklarında ek hastalık olması durumu ebeveynlerin durumluk kaygı düzeylerinde belirgin bir farka sebep olmazken, ($p>0,05$) (Bkz Tablo 4.6).

Çocuk yaşları, tanı alma yaşları ile ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Uguz ve arkadaşları (2005) ebeveynlerin alerjene maruz kalmayı önleme ve olası reaksiyonları tedavi etme konusunda çocukları okula giderken yanlarında olamadıkları için endişe ettiklerini ve çocukları etkileyen reaksiyonların %20'sinin çocuklar okulda iken gerçekleştiğini belirtmişlerdir (73). Bu çalışmada çocukları okula gitmeyen ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları çocukları okula giden ebeveynlere göre anlamlı bir şekilde yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 4.7).

Bu çalışmada inek sütü alerjisine sahip olmanın ebeveynlerin kaygı düzeyine anlamlı bir farka neden olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Aika ve arkadaşları (2017) buğday alerjisine nedeniyle diyette buğday kısıtlanmanın annelerin eliminasyon diyete uyumlarının ve yiyecek hazırlamayı zorlaştırdığını bildirmektedir (56). Bu çalışmada çocuğu buğday alerjisi sorunu yaşayan ebeveynlerin kaygı düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

Fındık alerjisi olan çocukların sağlıklı çocuklara göre sosyal ve duygusal yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, annelerin ise sürekli kaygı düzeylerinin normal popülasyondan çok daha yüksek olduğu bildirmişlerdir (10) Bu çalışmada ise fındık alerjisinin ebeveynlerinin kaygı düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Bu çalışmada yumurta alerjisine sahip çocukların ebeveynlerinin algıladıkları kaygı düzeylerinin yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

Bu çalışmada kuruyemiş alerjisine sahip olma ile ebeveynlerin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 8). Ayrıca çalışmada kurubaklagil, deniz ürünleri ve diğer kabuklu kuruyemişlere çocuğunun alerjisi bulunmasının ebeveynlerin kaygı düzeyleri üzerinde etkili olmadığı ve istatistiksel anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Çocuğunda atopik dermatit belirtisi olan ebeveynler kendilerini daha endişeli ve aşırı korumacı olarak tanımlarlar ve atopik dermatitinin, annelerde yüksek düzeyde stres oluşturduğu belirtilmektedir (15,23,111). Marklund ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmalarında yaşam kalitesini etkileyen en önemli besin alerjisi semptomlarının gastrointestinal semptomlar ve solunum sıkıntısı olduğunu belirtmişlerdir. Gastrointestinal semptomlar ebeveynlerin endişesi ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Bunun sebebi olarak ise bu semptomların çok yaygın görülmesi ve neredeyse hiçbir tedavisinin olmaması olarak belirtilmektedir (24).

Bu çalışmada çocukların alerjik reaksiyon türü ile ebeveynlerin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Bu çalışmada sık görülen soğuk algınlığı yokken hırıltılı solunum, hapşırma, burun akıntısı gibi sorunlar yaşama, kaşıntılı döküntü (egzama)/ atopik dermatitin iki aydan daha sık tekrar etmesi gibi durumlar ve ebeveynlerin kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

Epinefrin oto-enjektörleri reçetelenmiş olması, gıda alerjisi olan çocuklar ve annelerinin kaygılarını azalttığını belirtmektedir. Bu çalışmada son 12 ay içinde Epinefrin oto-enjektör kullanmak zorunda kalma veya alerjik şok sebebiyle hastaneye başvurma ile ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p >0.05$) (Tablo 4.10).

Anneler eliminasyon diyetinin bir sonucu olarak günlük sosyal aktivitelerinde ek stres ve kayda değer kısıtlamalar yaşayabilmektedir (112). Alerji teşhisi konmuş ebeveynlerin stres ve kaygılarından bazıları, sağlık uzmanlarından bilgi alınamaması veya tıbbi teşhisi bulunmama konusundaki belirsizlikten kaynaklanabilmektedir (61). Vargas ve ark (2011), gıda alerjisi tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinin, doğru ve kolay anlaşılır olan materyallere ve kaynaklara erişim sağlanırsa, stres ve kaygı düzeylerinin azaldığını belirtmişlerdir (113). Akeson ve arkadaşları (2007) ise, gıda alerjisi ve ciddi reaksiyonlara nasıl cevap vereceği konusunda bilgi sahibi olmadıklarında ebeveynlerin daha fazla endişe hissettiklerini bildirmişler (114).

Bu çalışmada annelerin emzirme dönemlerimde eliminasyon diyeti yapma durumları ve bu süreçte eliminasyon diyeti eğitimi alıp almamaları Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarında anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10). Gıda alerjisi için düzenli olarak bir alerji uzmanını ziyaret eden ebeveynlerin pediatri polikliniğine kontrole giden ebeveynlerden daha fazla konuyla ilgili bilgiye sahip olduğu belirtilirken alerjen önleme ve gıda alerjisi yönetiminin önemli ölçüde pediatrik alerji kliniklerinde iyileştirildiği belirtilmiştir (115). Ayrıca besin alerjisi olan çocukların ailelerinin bilgi ihtiyacının zamanla değişim gösterdiği belirtilmektedir (60). Kapoor ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmalarında birincil veya ikincil basamak sağlık hizmetlerinden pediatrik alerji kliniğine sevk edilen ailelerin alerjenin önlenmesi ve alerjik reaksiyonların yönetimi konusunda bilgi sahibi olmadığını belirlemişleridir. Klinikte yalnızca bir kez eğitime katılım ile ailenin gıda kaçınma bilgisinde %26.9, alerjik reaksiyonları yönetmekte %185.4 ve Epinefrin oto-enjektörleri kullanımında %83.3 oranlarında büyük ve anlamlı bir gelişme kaydettiklerini belirtmişlerdir. Bu, bir yıllık izlem süresince alerjik reaksiyon oranındaki azalmayla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca yumurta, süt veya çoklu besin alerjisi olan çocukların daha fazla alerjik reaksiyon riski altında olduğunu kanıtlanmıştır (115). Arkwright ve Farragher'in çalışmalarında (2006) birinci basamak sağlık kuruluşundan ziyade bir alerji uzmanına götürülen çocukların ebeveynlerinin Epinefrin oto-enjektörleri uygulamakta daha yetkin olduğu belirtilmektedir. Fakat aynı çalışmada katılımcıların %58'inin gıda alerjisi destek gruplarına da üye olduğu ve gıda alerjisi hakkında ek bilgi için çevrimiçi destek kaynaklarını (internet ve sosyal medya) kullanan ebeveynlerin hastalığın yönetiminde daha bilgili oldukları bildirilmektedir (116)

Besin alerjisinde sürecin yönetilmesinde bilgi hasta ve yakınları için çok önemlidir fakat artan kaygı düzeyi ve düşük yaşam kalitesi daha fazla bilgi sahibi olmakla ilişkilendirilebilmektedir. Bu nedenle hastalık hakkındaki bilgilerin güvenilir kaynaklardan verilmesi, destekleyici şekilde iletilmesi ve gıda alerjisinin başarılı bir şekilde yönetilmesinin mümkün olduğunun vurgulanması besin alerjisinde istenmeyen reaksiyonların önlenmesinde etkili olabilmektedir (117). Bu çalışmada ebeveynlerin eliminasyon diyeti eğitimi aldıkları kişi/yer ile Durumluk Kaygı Düzeyi puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan ebeveynlerin;

- %99'u kadın, yaş ortalamaları 30.4±4.2 yıl, gelir ortalamaları 4428±3637 Tl'dir, %72.9'u üniversite mezunu, %66.8'i tek çocuk sahibi, %7.8'i birden fazla alerjik çocuğa sahip ve %55.9'unun birinci derece yakınlarında alerji taısı alan birey bulunmaktadır (Tablo 4.1).
- Çocukları besin alerjisi tanısı aldıktan sonra %87.1'i eliminasyon diyeti yapmış, %51.8'i i eliminasyon diyeti konusunda eğitim almamıştır (Tablo 4.4).
- Eliminasyon diyeti eğitimini %65.8'i bu konudaki eğitimini alerji uzmanı doktorundan, %29.8'i internet ve sosyal medyadan, %4.4'ü alerji poliklinik hemşiresinden almıştır (Tablo 4.4).
- Ebeveynlerin %59.3'ü eliminasyon diyeti hakkındaki bilgilerini yetersiz, %40.7'si yeterli bulmaktadır (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının;

- %50.2'si erkek, yaş ortalamaları 21.69±0.81 aydır, %94.6'sı okula devam etmekte ve %85'inin başka bir rahatsızlığı bulunmamaktadır (Tablo 2).
- İlk besin alerjisi tanısı alma yaşı ortalama 3.5±2.6 aydır. Çocukların %58'i 0-3 yaş arasında tanı almış, %37.6 ayda bir, %37.4'ü gerekli durumlarda alerji polikliniğine götürülmektedir (Tablo 4.3).
- Çocukların %38.6'sının 5 ve daha fazla, %25'inin ise yalnızca bir besine alerjisi vardır. Çocukların %92,5'unun inek sütü, %67,8'inin yumurta, %18'inin fındık, %13.9'unun buğday alerjisi bulunmaktadır (Tablo 4.3).
- Alerjik besinlere çocukların %69.8'i kanlı mukuslu kaka, 64.4'ü atopik dermatit, %29.8'i kusma ve %9.5'u anafilaksi tepkisi vermektedir. Son 12 ay içinde %71.2'sinin soğuk algınlığı yokken hırıltılı solunum, hapşırma, burun akıntısı, %47.1'i 2 aydan daha sık tekrar eden kaşıntılı döküntüler (egzema)/atopik dermatit yaşamıştır. %7.8'inde Epinefrin oto-enjektör kullanma veya alerjik şok sebebiyle hastaneye başvurma zorunda kalınmıştır (Tablo 4.3).

Ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları sonuçlarına göre;

- Ebeveynlerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri ile Ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6-4.7).
- Çocukları okula giden ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği puanlarının gitmeyenlere göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.7).
- Yumurta ve buğday alerjisi olan çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri bu besinlere alerjisi olmayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirlenmiştir ($p<0.05$). Diğer alerjik besin türleri ile ebeveynlerin Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).
- Ebeveynlerin çocuklarının gösterdikleri alerjik reaksiyon türleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).
- Çocukların son 12 ay içinde soğuk algınlığı yokken hırıltılı solunum, hapşırma, burun akıntısı gibi sorunlar yaşama ve kaşıntılı döküntü (egzema)/ atopik dermatiti 2 aydan daha sık tekrarı ile Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 4.10).
- Kaygı düzeyleri puanları poliklinik sıklığına göre değiştiği belirlenmiştir. Ayda bir polikliniğe gidenlerin puanları ayda bir gidenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 4.11).
- Ebeveynlerin eliminasyon diyeti eğitim aldıkları kişi/yer ile Durumluk Kaygı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Tanı ve tedavide çocuk sağlığı hemşirelerinin sürece dahil edilmesinin sağlanması, klinik hemşirelerinin farkındalıklarının artırılması, lisans müfredatına besin alerjisi konusunda daha fazla yer verilmesi
- Çocuk alerji polikliniklerinde çalışan hemşirelerin tedavi ve eğitim sürecine aktif katılımlarının sağlanması
- Besin alerjisi tanısı almış çocukların ebeveynlerinin eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, bu konuda eğitimler planlanması,
- Besin alerjisi tanısı alan bebeklerin büyüme gelişme geriliği riski taşımaları sebebiyle daha yakından izlemlerinin sağlanması,
- Ebeveynlerin kullandıkları bilgi kaynaklarının sorgulanması, internet ve sosyal medyadan erişilen (aile destek grupları vb.) bilgi odaklarının denetimlerinin sağlanması,
- Besin alerjisi ve besin alerjisinin ebeveyn- çocuklar üzerindeki etkisini araştıran farklı çalışmalar yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Sapan N, Demir E, Tamay Z, Akçakaya N, Güler N, Yazıcıoğlu M, Karaman Ö, Akçay A, Öneş Ü. Çocuk alerji ve astım akademisi besin alerjisi tanı ve tedavi protokolü. *Türk Ped Arş*, 2013, 48: 270-274.

2. Schade RP, Van Ieperen-Van Dijk AG, Versluis, C, Van Reijsen, FC, Kimpen JCL, Bruijnzeel-Koomen, CAFM, Knol EF. Cell-Surface Expression of CD25, CD26 and CD30 By Allergen-Specific T Cell isIntrinsically Different in Cow's Milk Allergy. *J Allergy Clin Immunol*, 2002, 109: 357-362.

3. Food Allergy Research & Education's (FARE) Food Allergy Initiative. About Food Allergies Overview. https://www.foodallergy.org/research-programs/overview. 27.01.2018

4. Sicherer SH. Epidemiology of food allergy. *J Allergy Clin Immunol*, 2011, 127:594-602.

5. Dunlop JH, Keet CA, Epidemiology of Food Allergy. *Immunol Allergy Clin, 2017,* doi/10.1016/j.iac.2017.09.002.

6. Sicherer SH. Epidemiology of food allergy. *J Allergy Clin Immunol*, 2011, 127:1105-1118.

7. Sicherer SH, Teuber S. Adverse Reactions to Foods Committee. Current approach to the diagnosis and management of adverse reactions to foods. *J Allergy Clin Immunol*, 2004, 114:1146-1150.

8. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, Jones SM, Sampson HA, Wood RA. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Summary of the NIAID-Sponsored Expert Panel Report. *J Allergy Clin Immunol*, 2010, 126:1105-1118.

9. Paganus A, Juntunen-Backman K, Savilahti E. Follow-up of nutritional status and dietary survey in children with cow's milk allergy, *Acta Paediatr*, 1992, 81: 518-521.

10. Cummings AJ, Knibb RC, Erlewyn-Lajeunesse M, King RM, Roberts G, Lucas JSA. Management of nut allergy influences quality of life and anxiety in children and their mothers. *Pediatr Allergy Immunol* 2010, 21: 586–594.

11. Denton S, Holloway J, Venter C. The case for a children's multidisciplinary food allergy clinic, *Nursing Children and Young People*, 2014, 26 :4.

12. Karaçam Z, Kitiş Y. Yenidoğan ve Erken Çocukluk Dönemlerinde Besin Alerjisi/İnek Sütü Protein Alerjisi ve Hemşire/Ebenin Sorumlulukları, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003;2:70-79.

13. Leung DYM, Szefler SJ, Akdis CA, Sampson H, Bonilla FA. *Pediatric Allergy Principles and Practice*, 2nd ed. Mosby, Elseiver, 2010:14.

14. Arıcan Ö, Hacımustafaoğlu OY. Besin alerjisi. *Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi,2002,2:142-146.*

15. Alanne S, Laitinen K, Soderlund R, Paavilainen E. Mothers perceptions of factors affecting their abilities to care for infants with allergy. *Journal of Clinical Nursing*, 2010, 170–179.

16. Sapan N. Çocuk Alerji ve Astım Akademisi Derneği, Tıp Terimleri Sözlüğü, Çocuk Alerji Terimleri, *Sözlük Dergisi*,2013.4(1):8.

17. Arvola T, Tahvanainen A, Isolauri E. Concerns and expectations of parents with atopic infants. *Pediatr Allergy Immunol*, 2000, 11: 183-188.

18. Lind R, Olafsson S, Hjelland I, Berstad A. Lifestyle of Patients With Self-Reported Food Hypersensitivity Differ Little From Controls. *Gastroenterology Nursing*, 2008, 31(6):401-410.

19. Knibb RC, Booth DA, Platts R, Armstrong A, Booth IW, MacDonald A. Consequences of perceived food intolerance for welfare, lifestyle and food choice practices, in a community sample. *Psychology, Health & Medicine*, 2000,5(4):419-430.

20. Roy M, Roberts MC. Peanut Allergy in Children: Relationships to Health-Related Quality of Life, Anxiety, and Parental Stress. *Clinical Pediatrics*, 2011, 50(11): 1045–1051.

21. Avery NJ, King RM, Knight S, Hourihane JO. Assessment of quality of life in children with peanut allergy. *Pediatric Allergy and Immunology*, 2003,14(5):378–382.

22. Morou Z, Tatsioni A Dimoliatis, IDK, Papadopoulos NG, Health-related quality of life in children with food allergy and their parents: a systematic review of the literatüre. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 2014, 24(6): 382–397.

23. Pauli-Pott U, Darui, Beckmann D. Infants with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1999, 68: 39–45.

24. Marklund B, Ahlstedt S, Nordstrdom G, Health-related quality of life in food hypersensitive schoolchildren and their families: parents perceptions, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2006, 4: 48.

25. Aika S, Yamamoto Y, Miyagi Y, Taketani T. The difficulties and expectations for nurses recognized by the mothers of young children with food allergy. *J Child Health,* 2011, 70: 689–696.

26. Venter C, Pereira B, Grundy J, Clayton CB, Roberts G, Higgins B, Dean T. Incidence of parentally reported and clinically diagnosed food hypersensitivity in the first year of life. *J Allergy Clin Immunol* 2006, 117(5):1118-1124.

27. Venter C, Pereira B, Voigt K, Grundy J, Clayton CB, Higgins B, Arshad SH, Dean T. Prevalence and cumulative incidence of food hypersensitivity in the first 3 years of life. *Allergy* 2008,63(3):354-359.

28. Prescott SL, Pawankar R, Allen KJ, Campbell DE, Sinn JKH, Ebisawa AFM, Sampson HA, Beyer K, Lee BW. A global survey of changing patterns of food allergy burden in children. *World Allergy Organ J* 2013, 6(1): 20-21.

29. Allen JK, Koplin JJ, The epidemiology of IgE-mediated food allergy and anaphylaxis. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 2012, 32(1), 35-50.

30. Thompson T, Kane RR, Hager MH. Food allergen labeling and consumer protection act of 2004 in effect. *Journal of the American Dietetic Association*, 2006,106:11, doi: 10.1016/j.jada.2006.08.010.

31. Keet CA, Savage JH, Seopaul S, Peng RD, Wood RA, Matsui EC. Temporal trends and racial/ethnic disparity in self-reported pediatric food allergy in the united states. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2014, 112(3): 222-229.

32. Sicherer SH, Munoz-Furlong A, Godbold JH, et al. US prevalence of self-reported peanut, tree nut, and sesame allergy: 11-year follow-up. *J Allergy Clin Immunol* 2010,125(6):1322-1326.

33. Woods RK, Bailey M, Walters EH, International prevalences of reported food allergies and intolerances. Comparisonsarising from the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) 1991-1994, *European Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 55(4): 298-304.

34. Orhan F, Karakaş T, Çakir M, Aksoy A, Baki A, Gedik Y. Prevalence of immunoglobulin E-mediated food allergy in 6-9-year-old urban schoolchildren in the eastern Black Sea region of Turkey. *Clinical & Experimental Allergy,* 2009, 39(7): 1027-1035.

35. Özdağlı U. Edirne il Merkezindeki Okullarda Eğitim Gören 1.-5. Sınıflardaki Çocuklarda Besin Alerjisi Prevelansı, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2009.

36. Turan EK. Edirne İlindeki Kreş Çocuklarında Besin Alerjisi Prevalansı, Risk Faktörleri Ve Astımla İlişkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2012.

37. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Food Allergy. www.nice.org.uk/ guidance/qs118. 15 Aralık 2017.

38. Heinzerling LM, Burbach GJ, Edenharter G , Bachert C, Bindslev-Jensen C, Bonini S, Bousquet J, Bousquet-Rouanet L, Bousquet PJ ,Bresciani M, Bruno A, Burney P , Canonica GW, Darsow U, Demoly P ,Durham S, Fokkens WJ, Giavi S, Gjomarkaj M, Gramiccioni C , Haahtela T, Kowalski ML, Magyar P, Murakçzi G, Orosz M, Papadopoulos NG, Rçhnelt C, Sting G, Todo-Bom A, Von Mutius E, Wiesner A, Wöhrl S, Zuberbier T. GA2 LEN skin test study I: GA2 LEN harmonization of skin prick testing: novel sensitization patterns for inhalant allergens in Europe. *Allergy*, 2009, 64: 1498-1506.

39. Kay J, Gawkrodger DJ, Mortimer MJ, Jaron AG. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population. *J Am Acad Dermatol*, 1994, 30:35-39.

40. Laughter D, Istvan JA, Tofte SJ, Hanifin JM. The prevalence of atopic dermatitis in Oregon schoolchildren. *J Am Acad Dermatol*, 2000, 43: 649-55.

41. Schultz Larsen F, Diepgen T, Svensson A. The occurrence of atopic dermatitis in north Europe: an international questionnaire study. *J Am Acad Dermatol*, 1996, 34: 760-764.

42. Sugiura H, Umemoto N, Deguchi H, Murata Y, Tanaka K, Sawai T, Omoto M, Uchıyama M, Kırıyama T, Uehara M. Prevalence of childhood and adolescent atopic dermatitis in a Japanese population: comparison with the disease frequency examined 20 years ago. *Acta Derm Venereol*, 1998, 78:293-294.

43. Spergel JM, Paller AS, Atopic dermatitis and the atopic march. *Allergy Clin Immunol,* 2003, 112:118-127.

44. Rhodes HL, Sporik R, Thomas P, Holgate ST, Cogswell JJ. Early life risk factors for adult asthma: a birth cohort study of subjects at risk**.** *J Allergy Clin Immunol*, 2001, 108:720-725.

45. Rhodes HL, Thomas P, Sporik R, Holgate ST, Cogswell JJ. A birth cohort study of subjects at risk of atopy: twenty-two-year follow-up of wheeze and atopic status. *Am J Respir Crit Care Med*, 2002, 165:176-180.

46. Song TT, Worm M, Lieberman P. Anaphylaxis treatment: current barriers to adrenaline auto-injector use. *Allergy*, 2014, 69:983-991.

47. Liberman D, Teach S. Management of anaphylaxis in children. *Pediatr Emerg Care*, 2008, 24:861-866.

48. Chooniedass R, Temple B, Becker A. Epinephrine use for anaphylaxis: Too seldom, too late Current practices and guidelines in health care. *Ann Allergy Asthma Immunol*., 2017,1-3.

49. Agata H, Kondo N, Fukutomi O, Shinoda S, Orii T. Effect of elimination diets on food-specific IgE antibodies and lymphocyte proliferative responses to food antigens in atopic dermatitis patients exhibiting sensitivity to food allergens. *J Allergy Clin Immunol*, 1993, 91:668-679.

50. Isolauri E, Sütas Y, Mäkinen-Kiljunen S, Oja SS, Isosomppi R, Turjanmaa K. Efficacy and safety of hydrolysed cow milk and amino acid-derived formulas in infants with cow milk allergy. *J PediatR,* 1995, 127:550-557.

51. Mabin DC, Sykes AE, David TJ. Controlled trial of a few foods diet in severe atopic dermatitis. *Arch Dis Child*, 1995, 73:202-207.

52. Majamaa H, Miettinen A, Laine S, Isolauri E. Intestinal inflammation in children with atopic eczema: faecal eosinophil cationic protein and tumor necrosis factor-α as noninvasive indicators of food allergy. *Clin Exp Allergy*, 1996, 26:181-187.

53. Isolauri E, Sütas Y, Salo MK, Isosomppi R, Kaila M. Elimination diet in cow's milk allergy: Risk for impaired growth in young children. *The Journal of Pediatrics,* 1998, 132:1004-1009.

54. Shaw HC. A guide to recognising and diagnosing suspected food allergy in children. *Primary Health Care,* 2017,26,6:34-40, doi: 10.7748/phc.2017.e1284.

55. Bollinger ME, Dahlquist LM, Mudd K, Sonngtag C, Dillinger L, McKenna K. The impact of food allergy on the daily activities of children and their families. *Ann Allergy Asthma Immunol,* 2006,96:415–421.

56. Aika S, Ito M, Yamamoto Y. Food allergy response capabilities of mothers and related factors. *Nursing and Health Sciences,*2017, doi: 10.1111/nhs.12351.

57. Carlisle SK, Vargas PA, Noone S, Steele P, Sicherer SH, Burks AW, Jones SM. Food Allergy Education for School Nurses: A Needs Assessment Survey by the Consortium of Food Allergy Research. *Journal of School Nursing,* 2010, 25(5):360-367.

58. Öner N, Le Compte AW. *Durumluluk- Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*.2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1998:1-28.

59. Cohen BL, Noone S, RN, Munoz-Furlong A, Sicherer SH. Development of a questionnaire to measure quality of life in families with a child with food allergy. *J Allergy Clin Immunol*, 2004, 114:1159-1163.

60. Hu W, Grbich C, Kemp A. Parental food allergt information needs. *Arch Dis Child,* 2007,92:771–775, doi: 10.1136/adc.2006.114975.

61. Birdi G, Cooke R, Knibb R. Quality of Life, Stress, and Mental Health in Parents of Children with Parentally Diagnosed Food Allergy Compared to Medically Diagnosed and Healthy Controls**,** *Journal of Allergy,* 2016, doi: 10.1155/2016/1497375.

62. Ben-Shoshan M, Harrington DW, Soller L, Fragapane J, Joseph L, Pierre YS, Godefroy SB, Elliot SJ, Clarke AE. Demographic predictors of peanut, tree nut, fish, shellfish, and sesame allergy in Canada. *Journal of Allergy,* 2012, 1-6.

63. Forastiere F, Agabiti N, Corbo GM, Dell'Orco V, Porta D, Pistelli R. Socioeconomic status, number of siblings, and respiratory infections in early life as determinants of atopy in children. *Epidemiology* ,1997, 8(5):566-570.

64. Almqvist C, Pershagen G, Wickman M. Low socioeconomic status as a risk factor for asthma, rhinitis and sensitization at 4 years in a birthcohort. *Clin Exp Allergy*, 2005, 35(5):612- 618.

65. Metsala J, Lundqvist A, Kaila M, Gissler M, Klaukka T, Virtanen SM. Maternal and perinatal characteristics and the risk of cow's milk allergy in infants up to 2 years of age: A case-control study nested in the Finnish population. *Am J Epidemiol*, 2010, 171:1310–1316.

66. Matricardi PM, Franzinelli F, Franco A, Caprio G, Murru F, Cioffi D, Ferrigno L, Palermo A, Ciccarelli N, Rosmini F. Sibship size, birth order, and atopy in 11,371 Italian young men. *J Allergy Clin Immunol*, 1998, 101(4):439-444.

67. Al-Hammadi S, Zoubeidi TT, Al-Maskari F. Predictors of childhood food allergy: significance and implications. *Asian Pac J Allergy Immunol,* 2011, 29:313-317.

68. Yıldırım M, Ergür AT, Saraçler Y, Tuncer A. Sivas il merkezinde çocuklarda alerjik hastalıkların prevalansı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2002,45:226-232.

69. Kurt E, Metintas S, Basyigit İ, Bulut İ, Coskun E, Dabak S, Deveci F, Fidan F, Kaynar H, Uzaslan EK, Onbasi K, Ozkurt S, Pasaoglu Karakis G, Sahan S, Sahin U, Oguzulgen K, Yildiz F, Mungan D, Yorgancioglu A, Gemicioglu B, Kalyoncu AF.

Prevalance and risk factors of allergies in Turkey, *ERJ Express*, 2009, 1:22.

70. Osterballe M, Hansen TK, Mortz CG, Host A, Bindslev- Jensen C. The prevalance offood hypersensitivity in an unselected population of children and adults. *Pediatr Allergy Immunol*, 2005, 16:567–573.

71. Dias A, Santos A, Pinheiro JA. Persistence of cow's milk allergy beyond two years of age. *Allergol et Immunopathol*, 2010, 38(1):8–12.

72. Yavuz ST, Sahiner ÜM, Buyuktiryaki B, Soyer ÖU, Tuncer A, Şekerel BE, Kalaycı Ö, Saçkesen C. Phenotypes of IgE-mediated food allergy inTurkish children. *Allergy Asthma Proc*, 2011,32,47-55, doi: 10.2500/aap.2011.32.3481.

73. Uguz A, Lack G, Pumphrey R, Ewan P, Warner J, Dick J, Briggsz D, Clarkek S, Readingk D, Hourihane J. Allergic reactions in the community: a questionnaire survey of members of the anaphylaxis campaign. *Clin Exp Allergy*, 2005,35:746–775.

74. Vezir E, Misirlioglu DE, Civelek E, Capanoglu M, Guvenir H, Ginis T, Toyran M, Kocabas NC. Direct oral provocation tests in non-immediate mild cutaneous reactions related to beta-lactam antibiotics. *Pediatric Allergy and Immunology,* 2016: 27: 50–54.

75. Eller E, Kjaer HF, Host A, Andeson KA, Bindslev-Jensen C. Development of atopic dermatitis in the DARC birth cohort. *Pediatr Allergy Immunol*, 2010,21:307–314.

76. Yalvaç Z. Besin alerjisi tanılı hastaların klinik ve demografik özellikleri ile annelerin karşılaştığı zorluklar, annelerin anksiyete ve depresyon durumları. Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,2016: İstanbul.

77. Van der Velde JL, Flokstra-de Blok BMJ, DunnGalvin A, Hourihane JOB, Duiverman EJ, Dubois AEJ. Parents report better health-related quality of life for their food-allergic children than children themselves. *Clinical & Experimental Allergy*,2011, 41: 1431–1439, doi: 10.1111/j.1365-2222.2011.03753.x.

78. Hu W, Grbich C, Kemp A. Parental food allergy information needs: a qualitative study. *Arch Dis Child*., 2007, 92:771–775. doi: 10.1136/adc.2006.114975.

79. Steinke M, Fiocchi A, Kierchlechner V, Balmer-Weber B, Brockow K, Hischenhuber C. Perceived food allergy in children in 10 European nations. *Int Arch Allergy Immunol*, 2007,143:290–295.

80. Gupta RS, Springston EE, Warrier MR, Smith B, Kumar R, Pongracic J, Holl JL.The prevalence, severity and distribution of childhood food allergy in the United States. *Pediatrics*, 2011,128(1): 9–17.

81. Nwaru BI, Hickstein L, Panesar SS, Roberts G, Muraro A, Sheikh A. Prevalence of common food allergies in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Allergy*, 2014, 69(8):992–1007.

82. Schoemaker AA, Sprikkelman AB, Grimshaw KE, Roberts G, Grabenhenrich L , Rosenfeld L , Siegert S, Dubakiene R , Rudzeviciene O , Reche M , Fiandor A , Papadopoulos NG, Malamitsi-Puchner A, Fiocchi A, Dahdah L, Sigurdardottir ST, Clausen M, Stanczyk-Przyłuska A, Zeman K, Mills ENC, McBride D , Keil T, Beyer K. Incidence and natural history of challenge-proven cow's milk allergy in European children–EuroPrevall birth cohort. *Allergy*, 2015, 70(8):963–972.

83. Zeng GQ, Luo JY, Huang HM, Zheng PY, Luo WT, Wei NL, Sun BQ. Food allergy and related risk factors in 2540 preschool children: an epidemiological survey in Guangdong province, southern China. *World J Pediatr*, 2015, 11(3):219–225.

84. Zeyrek D, Koruk I, Kara B, Demir C, Çakmak A. Prevalence of IgE mediated cow's milk and egg allergy in children under 2 years of age in Sanliurfa, Turkey: the city that isn't almost allergic to cow's milk, *Minerva Pediatrica*, 2015, 67(6):465-472.

85. Ostblom E, Wickman M, Van Hage M, Lilja G. Reported symptoms of food hypersensitivity and sensitization to common foods in 4-year-old children. *Acta Paediatr*, 2008, 97:85–90.

86. Flammarion S, Santos C, Guimber D, Jouannic L, Thumerelle C, Gottrand F, Deschildre A. Diet and nutritional status of children with food allergies. *Pediatr Allergy Immunol*, 2011, 22: 161–165.

87. Rance F, Grandmottet X, Grandjeanw H. Prevalence and main characteristics of schoolchildren diagnosed with food allergies in France. *Clin Exp Allergy*, 2005, 35:167–172.

88. Rona RJ, Chınn S. Parent's perception of food intolerance in primary school children. *BrMed J*, 1987, 294:863–866.

89. Dubakiene R, Kavaliünas A, Surkiene G, Zagminas K, StukasR. Food allergies among Vilnius city primary school children. *Biologija*, 2011, 57(2):103–109.

90. Gore C, Johnson RJ, Caress AL, Woodcock A, Custovic A. The information needs and preferred roles in treatmentdecision-making of parents caring for infants with atopic dermatitis: a qualitative study, *Allergy*, 2005, 60: 938–943 .

91. Rance K, Goldberg P, Food Allergy in Clinical Practice. *The Journal for Nurse Practitioners,*2013,9:4, doi:10.1016/j.nurpra.2013.01.007.

92. Luyt D, Ball H, Kirk K, Stiefel G. Diagnosis and management of food allergy in children, *Paediatrics and Child Health* , 2016, doi:10.1016/j.paed.2016.02.005.

93. Joshi P, Mofidi S, Sicherer SH. Interpretation of commercial food ingredient labels by parents of food-allergic children. *J Allergy Clin Immunol.*, 2002,109:1019-1021.

94. Endres W. Prevention of Food Allergy in Infants and Children. *Ann Nutr Metab*, 2000,44:183-186.

95. Exl BM, Fritsche R. Cow's milk protein allergy and possible means for its prevention. *Nutrition, 2001*,17(7-8):642-651.

96. Halken S. Prevention of food allergy. *Environmental Toxicology and Pharmacology,1997,1-2:149-156.*

97. Hanson LA. Human milk and host defence: immediate and long-term effects. *Acta Pediatrica***,**1999,88:42-46.

98. Peat JK, Li J. Reversing the trend: Reducing the prevalence of asthma. *J Allergy Clin Immunol,*1999,103:1-10.

99. Heinig JM. Host Defense Benefits of Breastfeeding for the Infant. *Pedıatrıc Clınıcs Of North Amerıca, 2001,48(1):105-123.*

100. Altıntaş DU. İnek Sütü Alerjisi. *Turkiye Klinikleri J Allergy- Asthma,* 2003,5:164-167.

101. Isolauri E, Tahvanainen A, Peltola T, Arvola T. Breast-feeding of allergic infants. *J Pediatr*, 1999, 134: 27-32.

102. Hattevig G, Kjellman B, Sigurs N, Grodzinsky E, Hed J, Björkstén B. The effect of maternal avoidance of eggs, cow's milk, and fish during lacta- tion on the development of IgE, IgG, and IgA antibodies in infants. *J Allergy Clin Immunol,* 1990, 85:108-115.

103. Host A, Husby S, Hansen LG, Osterballe O. Bovine b-lactoglobulin in human milk from atopic and nonatopic mothers. Relationship to maternal intake of homogenized and unhomogenized milk. *Clin Exp Allergy,*1990, 20:383-387.

104. Agata H, Kondo N, Fukutomi 0, Shinoda S, Orii T. Effect of elimination diets on food-specific IgE antibodies and lymphocyte proliferative responses to food antigens in atopic dermatitis patients exhibiting sensitivity to food allergens. *J Allergy Clin lmmunol,* 1993, 91: 668-679.

105. Mabin DC, Sykes AE, David TJ. Controlled trial of a few foods diet in severe atopic dermatitis. *Arch Dis Child,* 1995, 73: 202-207.

106. Arvola T, Holmberg-Marttila D. Benefits and risks of elimination diets. *Ann Med,* 1999, 31: 293-298.

107. Koca T, Akçam M. İnek sütü protein alerjisi *Dicle Tıp Dergisi*, 2015, 42 (2): 268-273.

108. Larson K, McLaughlin J, Stonehouse M, Young B, Haglund K. Introducıng Allergenıc Food Into Infants' Dıets. *Wolters Kluwer Health,* 2017, 42: 2.

109. King RM, Knibb RC, Hourihane JO. Impact of peanut allergy on quality of life, stress and anxiety in the family. *Allergy*, 2009, 64(3):461–468.

110. DunnGalvin A, Hourihane JO, Frewer L, Knibb RC, Oude Elberink JNG, Klinge I. Incorporating a gender dimension in food allergy research: a review. *Allergy*, 2006, 61: 11:1336–1343.

111. Daud LR, Garralda ME, David TJ. Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. *Arch Dis Child*, 1993, 69: 670-676.

112. Herrmann ME, Dannemann A, Griiters A, Radisch B, Dudenhausen JW, Bergmann R, Coumbas A, Weitzel HK, Wahn U. Prospective study on the atopy preventive effect of maternal avoidance of milk and eggs during pregnancy and lactation. *Eur J Pediutr*,1996,155: 770-774.

113. Vargas PA, Sicherer SH, Christie L, Keaveny M, Noone S, Watkins D, Carlisle SK, Jones SM. Developing a food allergy curriculum for parents. *Pediatric Allergy and Immunology*, 2011, 22(6): 575–582.

114. Akeson N, Worth A, Sheikh A, The psychosocial impact of anaphylaxis on young people and their parents, *Clinical and Experimental Allergy*, 2007, 37(8):1213–1220.

115. Kapoor S, Roberts G, Bynoe Y, Gaughan M, Habibi P, Lack G. Influence of a multidisciplinary paediatric allergy clinic on parental knowledge and rate of subsequent allergic reactions. *Allergy*,2004, 59: 185–91.

116. Arkwright PD, Farragher AJ. Factors determining the ability of parents to effectively administer intramuscular adrenaline to food allergic children. *Pediatr Allergy Immunol*, 2006: 17: 227–229.

117. Ravid NL, Annunziato RA, Ambrose MA, Chuang K, Mullarkey C, Sicherer SH, Shemesh E, Cox AL. Mental Health and Quality-of-Life Concerns Related to the Burden of Food Allergy. *Immunol Allergy Clin,* 2012,32:83-95, doi:10.1016/j.iac.2011.11.005.

8.EKLER

EK-1. Anket Formu

BESİN ALERJİSİ TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DİYETE UYUM VE KAYGI DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli katılımcı;

Bu anket besin alerjisi tanısı almış çocukların ebeveynlerinin diyete uyumlarını ve kaygı durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Anket sorularına verilen yanıtların doğruluğu çalışmamız için önemlidir. Verdiğiniz tüm bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkürler.

SORUMLU ARAŞTIRMACI
AYŞE ÖZEFLANİLİ
05558402810

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER
A.1. EBEVEYNE AİT ÖZELLİKLER;

1.	Doğum tarihiniz. Lütfen yazınız	
2.	Cinsiyetiniz	( ) Kadın ( ) Erkek
3.	Medeni durumunuz	( ) Evli ( ) Bekar
4.	Mesleğiniz nedir? Lütfen yazınız	
5.	Eğitim durumunuz nedir?	( )Okur-yazar ( ) İlkokul ( )Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite
6.	Aile tipiniz	( ) Çekirdek aile ( )Geniş aile
7.	Aylık ortalama geliriniz kaç lira? Lütfen yazınız.	
8.	Yaşayan toplam çocuk sayınız nedir? Lütfen yazınız.	
9.	Bu çocuğunuzdan başka besin alerjisi tanısı alan çocuğunuz var mı?	( ) Evet ise kaç çocuğunuz lütfen yazınız…… ( ) Hayır

EK-1. Anket Formu Devamı

10.	Ailenizde çocuğunuzdan başka birinci derece akrabalarından alerji tanısı alan birisi var mı?	( ) Evet ise kimler lütfen yazınız…… ( ) Hayır
11.	Çocuğunuzu alerji polikliniğine ne sıklıkla muayeneye getiriyorsunuz?	( ) 1 ayda bir ( ) 3 ayda bir ( ) 6 ayda bir ( )Gerektiği durumlarda

A.2. BESİN ALERJİSİ TANISI ALAN ÇOCUĞA AİT VERİLER

12.	Çocuğunuzun doğum tarihi nedir? Lütfen yazınız		
13.	Çocuğun cinsiyeti	( ) Kız ( ) Erkek	
14.	Çocuğunuz okula gidiyor mu ?	( ) Evet ise hangi düzeyde ( ) Hayır	( ) Kreş/Anaokulu ( ) ilkokul ( ) Ortaokul ( )Lise
15.	Çocuğunuzun boyu kaç cm? Lütfen yazınız		
16.	Çocuğunuzun kilosu kaç kg? Lütfen yazınız		

B. ALERJİ İLE İLGİLİ VERİLER

17.	Çocuğunuz besin alerjisi tanısını kaç yaşında aldı? Lütfen yazınız	
18.	Çocuğunuzun tanılanmış kaç tane besin alerjisi var?	( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ve daha fazla
19.	Çocuğunuzun başka bir sağlık sorunu var mı?	( ) Evet ise lütfen yazınız …… ( )Hayır

EK-1. Anket Formu Devamı

20.	Çocuğunuzun alerjisi olan besinleri lütfen işaretleyiniz (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	( ) İnek sütü ( ) Yumurta ( ) Buğday ( ) Fındık ( )Diğer kabuklu kuruyemişler (fıstık,ceviz) ( )Kurubaklagiller (mercimek) ( )Deniz ürünleri ( )Diğer
21.	Çocuğunuz alerjik besinleri tükettiğinde vücudu nasıl tepki veriyor?	( ) Anaflaksi -alerjik şok ( ) Atopik dermatit ( ) Kanlı -mukuslu kaka-ishal ( ) Kusma ( ) Solunum sıkıntısı ( ) Diğer(gözlerde kızarma-burun akıntısı) Lütfen yazınız……
22.	Son 12 ay içinde çocuğunuz soğuk algınlığı yokken hırıltılı solunum , hapşırma, burun akıntısı gibi sorunlar yaşadı mı?	( ) Evet ( ) Hayır
23.	Son 12 ay içinde çocuğunuzda kaşıntılı döküntüler (egzema)/ atopik dermatit 2 aydan daha sık tekrar etti mi?	( ) Evet ( ) Hayır
24.	Son 12 ay içinde çocuğunuz Epinefrin oto-enjektör kullanmak zorunda kaldı mı veya alerjik şok sebebiyle hastaneye başvurdunuz mu ?	( ) Evet ( ) Hayır

EK-1. Anket Formu Devamı

C. DİYETE UYUM

25.	Çocuğunuz alerji tanısı aldıktan sonra emzirme döneminde siz eliminasyon diyeti yaptınız mı?	( ) Evet ( ) Hayır
26.	Cevabınız EVET ise bu diyet hakkında eğitim aldınız mı ?	( ) Evet ( ) Hayır
27.	Eliminasyon diyeti eğitimini kimden aldınız?	( ) Alerji uzmanı doktor ( ) Alerji poliklinik hemşiresi ( ) İnternet- sosyal medya ( ) Diğer (komşu,akraba,arkadaş)
28.	Eliminasyon diyeti hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?	( ) Evet ( ) Hayır
29.	Besin hazırlama -etiket okuma konularında eğitim aldınız mı?	( ) Evet ( ) Hayır
30.	Besin hazırlama- etiket okuma konularında eğitiminizi kimden aldınız?	( ) Alerji uzmanı doktor ( ) Alerji poliklinik hemşiresi ( ) İnternet- sosyal medya ( ) Diğer(komşu, akraba, arkadaş)
31.	Besin hazırlama- etiket okuma- alerjik besinler hakkındaki bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?	( ) Evet ( ) Hayır

EK-1. Anket Formu Devamı

D. DİYETE DAİR DÜŞÜNCELER

		EVET	HAYIR
32.	Anne sütü ile beslenen bebeklerde alerji görülmez.		
33.	Sadece anne sütü ile beslenme alerji riskini azaltır.		
34.	Emzirme sürecinde annenin yedikleri anne sütüyle bebeğe geçer ve alerjiye sebep olabilir.		
35.	Emzirirken yaptığım alerjik gıda diyetinde ne kadar az çeşit gıda yersem çocuğum o kadar hızlı iyileşir.		
36.	Emzirme döneminde sadece zeytin- ekmek bile yesem sütüm yeter ve çocuğumun iyileşmesi hızlanır.		
37.	İnek sütü alerjisi olan çocuklar yoğurt yiyebilir.		
38.	Besin alerjisi olan çocuklar içinde şüpheli gıdanın bulunduğu hiçbir besini yiyemezler.		
39.	Alerjik besinler bebek büyüdükçe anne tarafında evde denenerek diyete eklenebilir.		
40.	Diyet sürecinde doktorum haricinde diğer alerjik bebeklerin annelerinden aldığım bilgilere de güvenirim, onlara göre hareket ederim.		

EK-2. Durumluk Kaygı Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin şağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-3. Etik Kurul Raporu

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU (SBEK)
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği bölümü öğrencilerinden Ayşe ÖZEFLANİLİ'in, "Besin Alerjisi Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinin Diyet Uyumu ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. ☑

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. ☐

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. ☐

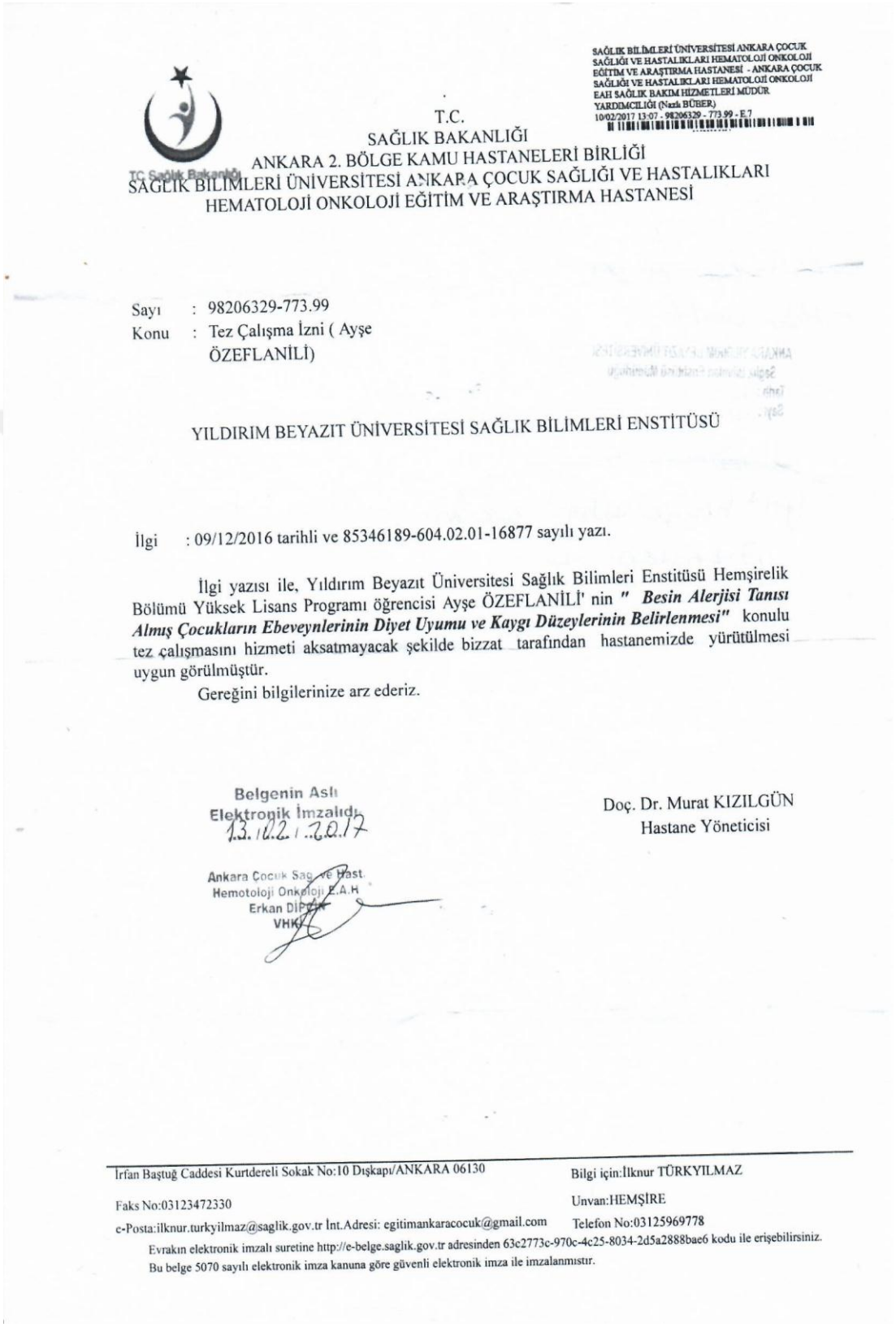
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	378
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	18.10.2016
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	09.11.2016 – 15/4
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Cinnah Cad. No: 16 Çankaya / ANKARA
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	**Başkan Yardımcısı**	katılmadı
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	**Üye**	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	**Üye**	
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR	**Üye**	katılmadı
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	**Üye**	
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	

7

EK-4. Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzni



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ ONKOLOJİ EAH SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜR YARDIMCILIĞI (Nazlı BÜBER)
10/02/2017 13:07 - 98206329 - 773.99 - E.7

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Sayı : 98206329-773.99
Konu : Tez Çalışma İzni (Ayşe ÖZEFLANİLİ)

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi : 09/12/2016 tarihli ve 85346189-604.02.01-16877 sayılı yazı.

İlgi yazısı ile, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe ÖZEFLANİLİ' nin " ***Besin Alerjisi Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinin Diyet Uyumu ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi"*** konulu tez çalışmasını hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat tarafından hastanemizde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederiz.

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
13.02.2017

Ankara Çocuk Sağ. ve Hast.
Hemotoloji Onkoloji E.A.H
Erkan DİPÇAK
VHKİ

Doç. Dr. Murat KIZILGÜN
Hastane Yöneticisi

İrfan Baştuğ Caddesi Kurtdereli Sokak No:10 Dışkapı/ANKARA 06130
Faks No:03123472330
e-Posta:ilknur.turkyilmaz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: egitimankaracocuk@gmail.com

Bilgi için:İlknur TÜRKYILMAZ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:03125969778

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 63c2773c-970c-4c25-8034-2d5a2888bae6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Ayşe Özeflanili. tarafından yürütülen "Besin alerjisi tanısı almış çocukların ebeveynlerinin diyet uyumu ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**
   a. Araştırmanın Amacı: Bu tez besin alerjisi tanısı almış çocukların ebeveynlerinin diyete uyum durumlarının ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.
   b. Araştırmanın İçeriği: Besin alerjisi tanısı almış çocukların ebeveynlerinin diyete uyumunu ve kaygı düzeyini belirlemek amaçlı ebeveynlere yapılan anket soruları araştırmanın içeriğini oluşturmaktadır.
   c. Araştırmanın Nedeni Tez çalışması
   d. Araştırmanın Öngörülen Süresi:6 ay
   e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:300
   f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Ankara Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EAH
2. **Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Araştırmacının
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

EGEBAYEK Form 2
Y.T. / REV. : 01.2013/ 00

EK-6. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Ayşe ÖZEFLANİLİ
Doğum tarihi	: 27.03.1987
Doğum yeri	: KASTAMONU
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	:TC
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Tel	: 05558402810
Faks	:
E-mail	: ayysekabaoglu@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Kastamonu Mustafa Kaya Anadolu Lisesi
Lisans	: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yüksek lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Doktora	:
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: İyi
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
	: TÜRK HEMŞİRELER DERNEĞİ