

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**0 – 3 YAŞ GRUBU KALP DEFEKTİ OLAN ÇOCUKLARIN
BESLENME VE ENFEKSİYONA YÖNELİK
SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİ**

**Tezi Hazırlayan
Kıymet ÇİFTÇİ**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Haziran 2006
KAYSERİ**

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**0 -3 YAŞ GRUBU KALP DEFEKTİ OLAN ÇOCUKLARIN
BESLENME VE ENFEKSİYONA YÖNELİK
SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİ**

**Tezi Hazırlayan
Kıymet ÇİFTÇİ**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Haziran 2006
KAYSERİ**

Yrd.Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER danışmanlığında **Kıymet ÇİFTÇİ** tarafından hazırlanan “**0-3 Yaş Grubu Kalp Defekti Olan Çocukların Beslenme ve Enfeksiyona Yönelik Sağlık Bakım Gereksinimleri**” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalı’nda **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

17.07.2006

(Tez savunma sınav tarihi yazılacak)

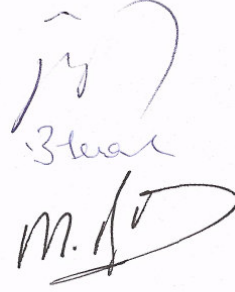
JÜRİ :

İmza

Üye : Prof. Dr. Kazım ÜZÜM

Üye : Yrd. Doç. Dr. Meral BAYAT

Üye : Yrd. Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER



ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU

TEŞEKKÜR

Tezimin her türlü aşamasında yardımlarını esirgemeyen saygı değer Yrd.Doç. Dr Meral BAYAT, Yrd.Doç. Dr Sultan TAŐCI, Öğretim Görevlisi Dr. Ahmet ÖZTÜRK' e ve tüm Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Elemanlarına, tez ęalıŐmam süresince maddi ve manevi desteğini esirgemeyen değerli aileme teşekkür ederim.

0– 3 YAŞ GRUBU KALP DEFİKTİ OLAN ÇOCUKLARIN BESLENME VE ENFEKSİYONA YÖNELİK SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİ

ÖZET

Bu araştırma Erciyes üniversitesi pediatrik kardiyoloji polikliniğine başvuran çocukların beslenme ve enfeksiyona yönelik sağlık bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Örnekleme kalp defekti nedeniyle 10.10.05-10.01.06 tarihleri arasında polikliniğe başvuran 0-3 yaş grubu 128 çocuğun 214 ebeveyni alınmıştır. Veriler anket formu aracılığıyla, ebeveynlerle birebir görüşme yapılarak toplanmış ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ki kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Araştırmaya alınan çocukların %52.0' si erkek, %80.4'ü kentsel bölgede yaşamakta, yaş ortalaması 1.5 (\pm 0.50) yıldır. Çocukların %36.6'sı ilk altı ay anne sütü almaktadır. Üçte birinde büyüme gelişme geriliği olduğu belirlenmiştir. Çocukların %88.3' ünün aşları tamdır.

Ebeveynlerin %22.4' ünün kalp hastalığında bakıma yönelik eğitim aldığı belirlenmiştir. Çocuğun evdeki bakımı ile büyük çoğunlukla annelerin ilgilendiği, %59.3' ünün bakımda yardım aldığı saptanmıştır. Ebeveynlerin %89.7'sinin çocuklarını düzenli kontrole getirdikleri belirlenirken, annelerin öğrenim düzeyleri arttıkça kontrole getirmenin arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Ebeveynlerin çocuklarını beslemeye yönelik uygulamalara, enfeksiyonu önlemeye yönelik uygulamalardan daha fazla önem verdikleri bulunmuştur.

Ebeveynlerin %16.8'i çocuklarının hastalığını hiç kimse ile paylaşmazken , %45.5' inin herkesle paylaştığı belirlenmiştir. Çocuklarına verdikleri bakımdan annelerin fiziksel (%50.4), ruhsal (%67.2) ve sosyal (%42.9) olarak babalara göre daha fazla etkilendiği saptanmıştır.

Kalp hastalığı olan çocukların büyüme- gelişme ve enfeksiyon bakımından yakından takip edilmesi, ebeveynlere destek grupları oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalp defekti olan çocuk, Enfeksiyon, Beslenme Gereksinimi

HEALTH CARE NEEDS ABOUT NUTRITION AND INFECTIONS OF 0-3 AGE GROUP CHILDREN WITH A HEART DEFECT

ABSTRACT

The present study was conducted in order to evaluate the health care needs about nutrition and infections of the children who came to pediatric cardiology policlinics of Erciyes University.

214 parents of 128 children at the age of 0-3 and with a heart defect were included in the sample, who visited the policlinics between the periods of 10 / 10 / 2005, and 10/ 01/ 2006. The data were collected with a questionnaire form, interviewing the parent personally and examined with computerized program. Chi square test was used in order to examine the data.

It was discovered that 52.0% of the children who were included in the study was boy, living in a suburban area, being at the average age of 1.5 (\pm 0.50 ages). 36.6% of the children had mother's milk during the first 6 months of the birth whereas one third had growth retardation. 88.3% had all of the vaccinations.

It was seen that 22.4% of the parents had an education about cardiac health care. It was detected that the domestic health care was carried out mainly by mothers, and 59.3% of them obtained medical help in care. It was discovered that most of the parents took the children to the clinics for medical controls. The relation between the educational status of the mothers and the visits made for medical controls was found significant ($p < 0.05$). It was found out that parents made more nutritional practises than infection-preventing-practises.

It was learnt that 16.6% of the parents did not share their feeling about the child's disease with anybody while 45.0% did. It was concluded that mothers were more effected physically (50.4%), pscyhologically (67.2%) and socially (42.9%) comparing to the fathers.

It is recommended that the children with a hearth disease be observed closely about growth and infections and support groups be formed.

Key Words: a child with a hearth defect, Infection, Nutrition Need.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ.....	VIII
KISALTMALAR.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI KALP HASTALIKLARI.....	4
2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI KALP HASTALIKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ	5
2.3. KALP HASTALIKLARININ SINIFLANDIRILMASI	6
2.3.1. Asiyonotik Kalp Hastalıkları	6
2.3.2. Siyonotik Kalp Hastalıkları	7
2.4. KONJENİTAL KALP HASTALIKLARININ KOMPLİKASYONLARI	8
2.4.1. Enfeksiyon	8
2.4.2. Büyüme Gelişme Geriliği	9
2.5. KONJENİTAL KALP HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN BAKIMI VE İZLEMİ	10

Sayfa No

3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ	13
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	13
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ	14
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	14
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	15
3.6.VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	15
3.6.1.Verİ Toplama Aracı.....	15
3.6.2. Ön Uygulama.....	15
3.6.3. Verilerin Toplanması.....	15
3.6.4.Verilerin Değerlendirilmesi.....	15
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	31
6. KAYNAKLAR	37
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
Tablo 4.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	17
Tablo 4.2. Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	19
Tablo 4.3. Ebeveynlerin Kalp Hastalığına Yönelik Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	20
Tablo 4.4. Çocukların Ebeveynlerinin Eğitim Aldıkları Konulara Göre Dağılımı	21
Tablo 4.5. Çocukların Evdeki Bakımına Yönelik Özelliklerin Dağılımı	21
Tablo 4.6. Ebeveynlerin Çocuklarını Düzenli Olarak Kontrole Getirme Durumlarına Göre Dağılımı.....	22
Tablo 4.7. Ebeveynlerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri ve Çocukların Düzenli Kontrole Getirme Durumuna Göre Dağılımı.....	23
Tablo 4.8. Ebeveynlerin Çocuklarını Düzenli Kontrole Getirmeme Nedenlerine Göre Dağılımı ...	24
Tablo 4.9. Çocukların Yaş Grupları ve Anne Sütü ile Beslenme Durumuna Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.10. Ebeveynlerin Besleme Sırasında Yaptıkları Uygulamalara Göre Dağılımı	25
Tablo 4.11. Ebeveynlerin Çocukların Enfeksiyon Geçirmesi Önemli Bulma Durumuna Göre Dağılımı	26
Tablo 4.12. Ebeveynlerin Enfeksiyonu Önemli Bulma Nedenlerine Göre Dağılımı	26
Tablo 4.13. Ebeveynlerin Enfeksiyonu Önlemeye Yönelik Yaptıkları Uygulamalara Göre Dağılımı	27
Tablo 4.14. Ebeveynlerin Çocuklarının Hastalıklarını Yakın Çevreleri ile Paylaşma Durumuna Göre Dağılımı	28
Tablo 4.15. Ebeveynlerin Çocuklarına Verdikleri Bakımdan Etkilenme Durumlarına Göre Dağılımları	29

KISALTMALAR

ASD	: Atrial Septal Defekt
VSD	: Ventriküler Septal Defekt
PDA	: Patent Duktus Arterious
İE	: İnfektif Endokardit
RSV	: Respirituar Sinsityal Virüs
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan nüfusunun yaşlanması ile birlikte kronik hastalıklardaki artış yetişkinlerde olduğu kadar çocukları da etkilemektedir. Kronik hastalıkların tedavisinin uzun ve pahalı olması; tedavinin etkili olmamasına neden olurken yaşam kalitesini de düşürmektedir. Tedavi süreci uzun ve zor olan hastalıkların bir grubu da kalp hastalıklarıdır. Canlı doğan bebeklerin % 0. 8' inde konjenital kalp hastalığı bulunurken, ölüm nedenlerine bakıldığında kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin zaman içerisinde hızla çoğaldığı görülmektedir.

Hastalığın oluşturduğu problemler kalp hastalığı olan çocukların günlük aktivitelerini güçleştirmektedir. Kalp hastalığı olan çocukların problemlerinin en önemlileri enfeksiyon ve büyüme gelişme geriliğidir. Kalp hastalığı olan çocukların ölüm nedenleri arasında enfeksiyon ilk sıralarda yer almaktadır. Kalp hastalığı olan çocukların enfeksiyon geçirmeleri, tedavilerinin uzamasına ve maliyetin artmasına neden olmaktadır.

Kalp hastalığı olan çocukların % 25- 55'inde malnütrisyon gelişmektedir. Uzun süre ilaç kullanımı, hastalığın getirdiği takipne, taşikardi, çabuk yorulma, digitallere bağlı olarak gelişen bulantı ve kusma nedeniyle çocuğun gereksinimi olan besin miktarından az besin alması, yeterli sıvı ve mineral desteğinin sağlanamaması gibi nedenlerle, kalp hastalıklı çocuklarda büyüme gelişme geriliği görülmektedir.

Çocuğun en büyük destek kaynağı ailesidir. Çocukluk dönemi kronik hastalıklı çocuklar için zor olduğu kadar aileler için de zor bir durumdur. Hastalığın şiddeti, getirdiği fizyolojik kısıtlılıklar ve tedavi yöntemleri çocuklarla birlikte aile bireylerini de etkilemektedir. Ailenin çocuğun hastalığına tepkisi; ailenin içinde bulunduğu durumu algılayışı, hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri, ailenin destekleri ve hastalıktan ekonomik olarak etkilenme miktarına göre değişiklik göstermektedir. Çocuğun yaşam kalitesinin artırılması, aile ile etkili iletişimde bulunulması ile mümkündür.

Çocukların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve yükseltilmesi başta ebeveynler olmak üzere tüm aile üyelerinin gereksinimlerinin karşılanması ile mümkün olabilir. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelere ailenin beklentilerinin belirlenmesi ve karşılanmasında önemli görevler düşmektedir. Çocuğun bakımının her aşamasında hemşireler de görev almalı ve çocuğun bakımına ailelerin bilinçli katılımını sağlamalıdır. Böylece hem ailenin hem de çocuğun hastalıktan etkilenme miktarının en aza indirilmesi mümkün olabilecektir.

Bu araştırma 0- 3 yaş grubu kalp defekti olan çocukların enfeksiyon ve beslenmeye yönelik sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI KALP HASTALIKLARI

Dünya üzerinde halen 7 milyar insan yaşamakta olup, 1.8 milyarı 15 yaş altı çocuklardır. Çocukların 485 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı tahmin edilmektedir.

Türkiye Sağlık Nüfus Araştırması (TNSA) 2003 verilerine bakıldığında ülkemizde her 10 kişiden birinin 0-4 yaş grubunda olduğu ve her 5 kişiden üçünün 15 yaşından küçük olduğu görülmektedir (1). 2000 yılı itibarıyla nüfusumuzun %40.4'ü 18 yaşın altındadır (2).

UNICEF' in 2003 verilerine göre her yıl 11 milyon çocuk önlenebilir nedenler sonucu ölmektedir. Ölüm nedenleri arasında; yetersiz beslenme ve bulaşıcı hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde örneğin Amerika'da bebek ölüm nedenleri arasında konjenital anomaliler, ani bebek ölümü sendromu, respiratuar distrest sendromu ilk sıralarda yer alırken, ülkemizdeki başlıca ölüm nedenleri prenatal nedenler, meningokok enfeksiyonları, kalp hastalıkları, doğum travması, güç doğum, anoksi ve hipoksi olarak belirlenmiştir (3).

Ülkemizdeki ölüm nedenlerinin yıllar içerisinde farklılıklar gösterdiği belirlenmiş, 1961 yılında, bebek ölümlerinin birinci sırasında yer alan akut solunum yolu enfeksiyonları, % 36 düzeylerinden 2001 yılında % 6 düzeylerine düşmüştür. 1961 yılında yeni doğan dönemi hastalıkları ve konjenital anomaliler ikinci ve üçüncü sırada yer alırken; 2001 yılında birinci ve ikinci sıralara yükselmiştir. 1- 4 yaş grubunda 1961 yılında ölümler en çok % 40.2 ile akut solunum yolu enfeksiyonları yüzünden gerçekleşirken, 2001 yılında en çok % 22 ile kalp yetmezliği sonucunda gerçekleşmiştir (2).

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kalp yetmezliği günümüzde de ciddi bir mortalite ve morbidite nedenidir. Gelişen tedavi yöntemleri ile ilgili pek çok sorun çözümlenmesine karşın kalp yetmezliğinin görülme sıklığı azalmamış hatta artış göstermiştir (4). Batı ülkelerinde ve ülkemizde doğuştan kalp hastalıklarının görülme sıklığı % 0. 8 olup Amerika'da her yıl yeni doğan bebeklerin % 1'i konjenital kalp hastalığı ile ilgili belirti vermekte ve bunların yarısından fazlası (17. 000) bir yaşını doldurmadan acil tanı ve tedavi gerektirmektedir (5- 13, 14). Nüfusumuzun 68 milyon olduğu ve yaklaşık yılda 1.5 milyon çocuğun dünyaya geldiği düşünülürse, her yıl ülkemizde 11.500 kalp defektli çocuğun dünyaya geldiği tahmin edilebilir ve her yıl doğduğu tahmin edilen 11.500 kalp defektli çocuğun 3500-4000'inin tıbbi tedavi, girişimsel uygulamalar yada cerrahi tedaviye gereksinim duyduğu öngörülebilmektedir (7).

Doğumsal veya edinsel kalp hastalığı olan çocukların izleminde ilk sırayı kardiyolojik sorunlar almakta, kardiyolojik sorunlara yönelik tedaviler uygulanırken diğer sağlık sorunları kardiyolojik hastalığın ağırlığı nedeniyle göz ardı edilebilmektedir (15).

Konjenital kalp hastalıklarının görülme sıklığının % 0. 8 olduğu dikkate alındığında getirdiği sosyal ve psikolojik problemler, tedavinin ekonomik yükü, prognoz ve komplikasyonları ile toplumda önemli bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir. İngiltere'de 1975 yılında (16) kalp hastalıklı bir çocuk için hastane fiyatları, kardiyak kateterizasyon, cerrahi girişimler, yoğun bakım hizmetlerini içine alan ücret 8800 dolar bulunmuş, aynı masraflar 1981 yılında 20 bin dolara yükselmiştir. Amerika'da her yıl kardiyak kateterizasyon için 82 milyon dolar, kardiyak cerrahi için 952 milyon dolar harcanmaktadır. Yalnızca çocuklar dikkate alındığında 31 milyon dolar kardiyak kateterizasyon için, 272 milyon doları kardiyak cerrahi için harcanmaktadır (16).

Konjenital kalp hastalığı olan bebeklerin % 95'i miyadında doğmakta, doğumda ağırlıkları ve boyları genellikle normal olmakta ve çoğu zaman komplikasyon

görülmemektedir. Ancak daha sonraları önemli bir somatik büyüme geriliği dikkati çekmekte ve kilo kaybı ile boy kısalığı ortaya çıkabilmektedir.

Konjenital kalp hastalıklarındaki büyüme geriliğinin patogenezinin yönelik pek çok etmen sorumlu tutulmuştur. Sık tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları, pulmoner hipertansiyon, genetik ve intrauterin nedenler, anoksi, kalp yetersizliği, anormal endokrin fonksiyonlar, yetersiz gıda ve kalori alımı büyüme geriliğinin nedenleri arasında sayılmaktadır (9-15).

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI KALP HASTALIKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Çocukluk çağı kalp hastalıkları konjenital ve edinsel kalp hastalıkları olarak ikiye ayrılmaktadır. Konjenital kalp hastalıkları, kalp hastalıkları içerisinde önemli bir yere sahiptir ve doğuştan olan yapısal ve fonksiyonel anormallikleri içermektedir (5- 11, 17,18).

Konjenital kalp hastalığı görülme sıklığı zaman içerisinde giderek artmıştır. Amerika'da 1946 ve 1953 yılları arasında 5628 kalp defektli çocuk doğarken, 1971 yılına kadar olan sürede ise bu rakam 56.109'a çıkmıştır . Amerika'da konjenital kalp hastalığı ile doğan 10.535 çocuğun 1950 ve 1970 yılları arasındaki 20 yıllık izlemi sonucunda 2870'inin (% 27. 2) öldüğü, ölümlerin % 34.14'ünün yaşamın ilk haftası içerisinde olduğu belirlenmiştir (17).

Ülkemizde 1- 4 yaş grubu ölüm nedenleri arasında 1981 yılında dördüncü sırada (%5. 4) yer alan kalp hastalıkları, 2001 yılında birinci sıraya (%22) yükselmiştir (2).

Olguların % 90'ının nedeni bilinmemekte, çeşitli prenatal faktörlerin defekte neden olduğu düşünülmektedir. Genetik yatkınlık, gebelikte alkol ve ilaç alınması, herpes ve rubella virüsü, radyasyon ve annenin diyabet olması gibi nedenler etkili olmaktadır (3,13).

Hastalığın gelişiminde genetik faktörlerin rolü incelenmiştir. Bir ebeveynin kalp defektli olması; konjenital kalp hastalığı görülme sıklığını % 1 'den % 4'e çıkarırken, her iki ebeveynde kalp defekti bulunmasında sıklık % 10'a çıkmaktadır (3,15).

Kalp defekti olan çocukların zeka düzeyleri kardeşlerine ve yaşlılarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Asiyantotik kalp hastalığı olan çocukların % 5'inde hafif zeka geriliği saptanırken, bu durum siyanotik kalp hastalıklarında % 44 olarak bulunmuştur (15).

2.3. KALP HASTALIKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Konjenital kalp hastalıkları siyanotik ve asiyanotik olmak üzere iki büyük gruba ayrılır

2.3.1. Asiyanotik Kalp Hastalıkları

Asiyanotik kalp defektlerinde siyanoz görülmez. Bu tip defektlerde soldan sağa şant söz konusudur. Soldan sağa şantta kalbin yüksek basınçlı sol bölümü ile düşük basınçlı sağ bölümü arasında bir geçiş söz konusudur. Akciğerlere giden kan akımı artmıştır (3). Asiyanotik kalp defektleri grubunda Ventriküler Septal Defekt , Arterial Septal Defekt, Patent Duktus Arterious, Atrioventriküler Septal Defekt, Aortiko Pulmoner Pencere, A-V Fistüller ve darlıkla kendini gösteren Pulmoner Stenoz, Aort Stenozu, Aort Koartasyonu ve Mitral stenoz yer alır (19).

a) Arterial Septal Defekt (ASD)

Tüm konjenital kalp hastalıklarının % 6 'sını oluşturmaktadır (20). Atriumlar arasında anormal bir açıklık vardır (13). Kızlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (3). Kan akımı basıncın yüksek olduğu sol atriumdan sağ atriuma doğrudur. Akciğerlere giden volümü artmıştır.

b) Venriküler Septal Defekt (VSD)

En çok görülen konjenital kalp defektidir. Tüm konjenital kalp hastalıklarının %25 'ini oluşturmaktadır (21). Venriküller arasında anormal açıklık söz konusudur.

c) Patent Duktus Aterious (PDA)

Tüm konjenital kalp hastalıklarının % 12 'sini oluşturmaktadır (20). Fetal yaşam sırasında pulmoner arter ile aorta arasında bağlantıyı sağlayan duktus arteriousun açık kalması nedeni ile oluşur (22). 1000 gramın altındaki prematürlerin %80'inde görülmektedir.

d) Aort Koartasyonu

Aortun herhangi bir bölümünde darlık bulunmasıdır. Erkek ve prematür bebeklerde daha sık görülmektedir (22).

2.3.2. Siyanotik Kalp Hastalıkları

Siyanotik kalp defektlerinde akciğerlere giden kan akımı azalmıştır (22). Hemotokrik düzeyi arttığından, kanın vizikositesi artar ve kan akımı yavaşlar. Buna bağlı olarak perifere kan akımı azalır (3).

Siyanotik konjenital kalp defektleri grubunda Fallot tetrolojisi, Büyük Arterlerin Traspozisyonu, Triküspit Atrezisi, Trunkus Arterious, Pulmoner Atrezi, Ebstein Anomalisi, Total Anormal Venöz Dönüş, Eisenmenger sendromu gibi anomaliler bulunmaktadır (19).

a) Fallot Tetrolojisi

Ventriküler septal defekt, pulmoner stenoz, aortanın dekstrapozisyonu ve sağ ventrikül hipertrofinin beraber görüldüğü kalp defektidir (3). Tüm konjenital kalp hastalıklarının % 5 'ini oluşturmaktadır (20). Fallot Tetrolojisi çocukta bilinç kaybına ve ölüme kadar gidebilen acil müdahale gerektiren krizlere neden olmaktadır (18).

b) Büyük Arterlerin Traspozisyonu

Siyanotik kalp defektlerinin %5 'ini oluşturan bu defekt kızlarda erkeklerden üç kat daha fazla görülmektedir. Büyük arterlerin traspozisyonunda pulmoner venöz kan pulmoner arterler ile yeniden akciğerlere, sistemik venöz kan ise aorta ile sistemik dolaşıma verilir. Venöz dolaşım yetersizliği hayatı tehdit eden şiddetli arterial hipoksiye neden olur (3, 20, 21, 23).

c)Trunkus Arterious

Tüm konjenital kalp hastalıklarının % 0.7 'ini oluşturmaktadır. Kalpten tek büyük trunkus damarının çıkması ve koroner sistemik ve pulmoner arterin bu trunkal damardan ayrılması ile karakterize bir defektir. Her iki ventrikülden oksijenli ve oksijensiz kanı aynı artere pompalanır (22).

d)Triküspit Atrezisi

Sağ ventrikül ve sağ atrium arasında triküspit kapak yoktur. Sistemik venöz kan sağ atriumdan artrial septal defekt yolu ile atriuma dökülür. ASD olmazsa bebeğin hayatta kalma şansı yoktur (22).

e) Pulmoner Atrezi

Pulmoner kapağın kapalı kalmasıdır. Genellikle VSD ile beraber bulunur (24).

2.4. KONJENİTAL KALP HASTALIKLARININ KOMPLİKASYONLARI

Kalp hastalıklı çocuklarda, kalp hastalığının karakteristik bulgularının yanında hastalığın getirdiği sekonder problemler de büyük önem taşır. Bu problemlerin en önemlileri enfeksiyon, anemi ve büyüme gelişme geriliğidir.

2.4.1. Enfeksiyon

Enfeksiyon konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda hastalığın seyrini etkileyen önemli etkenlerden biridir. Soldan sağa şant olması, defektlerin embriyolojik kökenleri nedeni ile immünolojik bozuklukların beraber bulunabilmesi, aspleni ve polispleni, konjenital kalp hastalığı olan çocukların aşılama programlarındaki aksamalar ve aşılama gereken özenin gösterilmemesi gibi nedenlerle enfeksiyon görülme eğilimi artmaktadır.

Kalp hastalığı olan çocuklarda enfeksiyon açısından dikkat edilmesi gereken konulardan en önemlisi *İnfektif Endokardit*. Kalbin endokart tabakasının iltihabına *İnfektif endokardit* (İE) denir (21). İnfektif Endokardit açısından en büyük risk grubunu konjenital kalp hastalığı olan çocukların oluşturduğu bilinmektedir (21, 25- 33). 1950 ile 1989 yılları arasında Japonya’da yapılan bir araştırmada İE tanısı alan 25 çocuğun 22’sinin konjenital kalp hastalığı olan çocuklar olduğu belirlenmiştir (31). 1980 ile 1991 yılları arasında İsrail’de infektif endokarditlerin % 78’ inin kalp ameliyatlarının erken dönemlerinde olduğu, bir yaşın altındaki çocuklarda üç kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (33, 34). Hastaneye yatan her bin çocuktan 0.22 ile 0.78 ‘inde İE gelişmektedir (31). İnfektif endokardit görülme sıklığı açısından 266 konjenital kalp defekti olan çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada (31) fallot tetralojisi, VSD (%16), Aort stenozu (%8), PDA (%7), büyük arterlerin transpozisyonu (%4) şeklinde bir sıralama belirlenmiştir.

Konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda Respirituar Sinsityal Virüs (RSV)’ un neden olduğu solunum yolu enfeksiyonları ağır seyretmektedir (15, 35). Amerika’ da konjenital kalp hastalığı olan çocukların ölüm nedenleri incelendiğinde RSV enfeksiyonları sıklığı % 3 ile % 37 arasında, aynı oran yoğun bakımlarda % 30 ile % 60 olarak bulunmuş, çocukların % 33 ‘ünün enfeksiyona bağlı sekel taşımakta olduğu belirlenmiştir (35). İngiltere’de 1976 ile 1980 yılları kış aylarında, hastaneye yatan 229

çocuğun 27 'si kalp hastalığı ve RSV tanıları ile hastaneye yatarken, 46'sı kalp hastalığı olmaksızın RSV tanısı ile yatmış ve kalp hastalığı olan çocukların daha fazla yoğun bakım gereksinimi duyduğu belirlenmiştir (35).

Konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda İE ve RSV enfeksiyonlarının dışında sinir sistemi tutulumları, gastroenterit, sinüsit , perikardit gibi enfeksiyonlarda görülmektedir (15,36). Gastro enterit, çocuklarda elektrolit bozulması ve dehidratasyona neden olmasının yanında perikardit oluşmasına da neden olabilmektedir (37).

2.4.2. Büyüme Gelişme Geriliği

Kalp defekti olan çocuklarda görülen önemli problemlerden biri de büyüme gelişme geriliğidir. Büyüme gelişme geriliğinin en büyük nedeni yetersiz kalori alımıdır. Kalp hastalıklı çocukların besin alımlarında azalma, iştahsızlık, çabuk yorulma beslenme sırasında oluşan takipne ve dispnenin verdiği huzursuzluk ve tekrarlayan enfeksiyonlar büyüme gelişme geriliğinin başlıca nedenleridir (38- 41). Ağırlığın boya göre daha çok etkilendiği, bunun erkeklerde kızlardan daha belirgin olduğu, siyanotik kalp defektlerinde büyüme gelişme geriliğinin asiyonotiklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir (42,43).

Konjenital kalp hastalıklı çocukların % 25-55'inde malnütrüsyon gözlenmekte, malnütrisyonlu konjenital kalp hastalıklı çocukların % 80'inin hastaneye yattığı rapor edilmiştir (44). Büyümenin doğrudan etkilenmesi nedeni ile kalp defekti olan çocukların beslenmelerinin önemi vurgulanmaktadır (42).

Kalp hastalıklı çocukların enerji ihtiyaçlarının normal çocuklardan % 50 daha fazla olduğu, kalp defektli çocuklarda günlük enerji gereksinimlerinin hesaplanıp uygun şekilde beslendiklerinde normal gelişimin sağlandığı belirlenmiştir (45- 47). Yapılan araştırmalarda (42) enerji alımının kilogram başına 170 kkal/ gün şeklinde verildiğinde normal gelişimin sağlandığı belirlenmiştir. Günlük enerji alımının %50-60'ının karbonhidratlardan, %15'inin proteinlerden ,%30-35'inin yağlardan oluşturulması önerilmekte, sıvı desteği de sağlandığında kalp hastalığı olan çocukların normal gelişimlerinin sağlanabildiği bildirilmektedir (42).

2.5. KONJENİTAL KALP HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN BAKIMI VE İZLEMİ

Kalp defekti olan çocuklarda enfeksiyon gelişiminin önlenmesi ve büyüme gelişmenin sürdürülmesinin yanı sıra seyahat, oyun, spor, ilaçların kullanımı, okul yaşamı ve sosyal güvenlik konuları da dikkate alınmalıdır. Bu konularda alınacak önlemler çocukların yaşam kalitelerini ve kendine olan güvenlerinin artmasını sağlayacaktır. Ayrıca ailelerin uygun tedavi yöntemleri ve bakım konularında eğitim verilmesi, gerekli açıklamaların yapılması hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyecektir (15,48).

Çocukların gelişimsel özellikleri bakım sorumluluklarını ailelerin üstlenmesini zorunlu kılmaktadır. Çocuk hemşiresinin çocuğa bakmak için ailenin gereksinimlerini iyi saptaması önem taşımaktadır. Çocuk hemşiresi çocuk ve aileyi birlikte ele almalı, aile merkezli bakımı kullanmalıdır.

Aile merkezli bakım çocuk ve ailesini fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal, kültürel ve spirittüel yönlerden bir bütün olarak ele alan holistik bakım yaklaşımını içerir. Aile merkezli bakım doğumdan başlamak üzere ailenin inançları, değer yargıları, gelenekleri, tutumları ve uygulamalarından etkilenen çocuğa; ailenin sağladığı destek, çocuğun sağlık sorununa ve hemşirelik bakımına tepkilerini belirleyen en önemli faktördür. Çocuğa yapılacak her uygulama aile merkezli bakım doğrultusunda yapılmalıdır.

Aile merkezli bakım yaklaşımında amaç çocuk-aile arasındaki bağları güçlendirmek, ailenin çocuğun bakımına katılmasını sağlarken bir taraftan da ailenin normal yaşamını sürdürmesini sağlamaktır. Aile merkezli bakım; çocuk ve aile bireylerinin sağlıklı olmasında ailenin yaşamsal rolüne inanır. Ailenin çocuk için birincil güç ve destek kaynağı olduğunu, duygusal, sosyal ve gelişimsel desteğin sağlık bakımının bütünleyici parçaları olduğunu kabul eder.

Günümüzde geleneksel bakımın yetersiz kaldığının belirlenmesi, kaliteli bakım sağlayamaması, tıbbi ve gelişimsel sonuçlar yönünden yetersiz olması, maliyetinin çok yüksek olması, ailenin bağımsızlığını ve güçlendirilmesini desteklemede yetersiz kalması gibi nedenlerle aile merkezli bakım uygulaması zorunluluk haline gelmiştir.

Aile merkezli bakım, ailenin bütünlüğü, seçim, esneklik, bilgi paylaşımı, destekleme, işbirliği, güçlendirme gibi temel kavramları da geliştirmektedir. Aile merkezli bakım

uygulanması, ebeveynlerin bakımda yer alması ile yaşanan rol karmaşasını da en düşük düzeye indirebilmektedir.

Aile merkezli bakım ile;

- Çocuk, aile ve sağlık ekibi arasında sağlıklı bir iletişim,
- Ailenin anksiyete düzeyinin azalması,
- Çocuk ve ailenin kendine güven duygusunda ve problem çözme kapasitesinde artma,
- Bakıma daha iyi uyum sağlama,
- Yeni beceri ve uzmanlıklarında artma,
- Çocuk ve ailenin daha fazla memnuniyeti,
- Daha hızlı iyileşme ve erken taburcu olma,
- Program ve politikaların gelişimini destekleme ve savunuculuğunda artma sağlanmaktadır (49).

Hemşire kişinin gereksinimlerini karşılamak amacı ile bilgi sağlayan, öz bakım yeteneğini geliştiren sorunları çözmede yardım eden kimsedir. Hasta merkezli hemşirelik yaklaşımının uygulanmasında hemşirelerin belli sorunları çözümüleri konusu üzerinde önemle durulmaktadır (15). Konjenital anomali vakalarında hemşirenin üç fonksiyonu vardır;

- 1) Anomalili çocuk insidansının azaltılması yada önlenmesi
- 2) Konjenital malformasyonu olan çocuk ve ailesinin fiziksel ve psikolojik bakımı
- 3) Tedaviden sonra çocuk ve ailesinin yaşamının kolaylaştırılmasına yardımcı olmaktır (Rehabilitasyon) (50).

Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmelerinde en büyük sorumluluk bireyin kendisine düşmektedir (51) Sağlık personelinin sorumluluğu bireyin gereksinimlerini belirleyerek ona yol göstermektir. Çocuğun bakımı için ailesine gereksinim duymasına bağlı olarak, ailenin gereksinimlerinin belirlenmesiyle çocuğun gereksinimleri belirlenmiş olacaktır. Hemşirenin doğru değerlendirme yapabilmesi için aileden çocukla ilgili gereken bilgileri alması gerekmektedir. Aile çocuğun yaşamının değişmez bir parçasıdır. Ailenin sağladığı destek, çocuğun hastalığa ve hemşirelik bakımına olan

tepkilerini belirler. Hemşire ailede gelişen olayın yönetim ve koordinasyonunda, işbirliği stratejilerinin geliştirilmesinde, aileye gerekli bilgi ve uzmanlığın sağlanmasında, danışmanlıkta, ailede stres ve krizlere karşı yönelik girişimlerin geliştirilmesinde, aynı sorunları yaşayan ailelerle işbirliği ve destek sağlamada, uygun çevre ortamının oluşturulmasında, ailenin yeniden güçlendirilmesinde, ailedeki bireylerin davranışlarının değiştirilmesinde, rol modeli olmada, yaşam biçimi değişiklikleri ve rehberliği kapsayan yöntemlerin öğretilmesinde moör rol oynar (49).

Ailenin erken dönem bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ile çocukların ileride ortaya çıkabilecek sorunlarının önlenmesi mümkün olacaktır. Hemşire ailenin gereksinimlerini belirlemeli ve etkin danışmanlık hizmetiyle yol gösterici olmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma kalp defekti olan 0-3 yaş grubu çocukların beslenme ve enfeksiyona yönelik sağlık bakım gereksinimlerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Kayseri il merkezinde, Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi pediatrik kardiyoloji polikliniğinde yapılmıştır. Erciyes Üniversitesi Hastaneleri; Gevher Nesibe Hastanesi, Mehmet Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi, Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi ve Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi olmak üzere 4 binadan oluşmaktadır. Toplam yatak sayısı 1303 olup, hastanelerde toplam 343 hekim ve 500 hemşire görev yapmaktadır.

Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Yozgat, Nevşehir, Niğde gibi çevre illerden ve Kayseri'den gelen SSK'lı, Yeşil kartlı, Emekli Sandığı'na bağlı ve dışarıdan özel sigortalı olarak gelen hastalara ayaktan ve yatarak tedavi hizmeti vermektedir.

Hastanede çocuk ve yetişkinlerin tedavi ve poliklinik hizmetleri farklı bölümlerde/ünitelerde verilmektedir. Çocuklara hizmet veren Kardiyoloji, Endokrinoloji, Nefroloji, Genel Pediatri, Noroloji, Onkoloji, Hematoloji, Gastro-Enteroloji ve Sosyal Pediatri Poliklinikleri Gevher Nesibe Hastanesi içinde yer almaktadır.

Pediyatrik Kardiyoloji Polikliniği muayene odası, EKO ve EKG odaları, kan alma odası ve toplantı odasından oluşmaktadır. Pediyatrik Kardiyoloji Polikliniğinde bir hemşire, bir araştırma görevlisi, bir yardımcı doçent, iki profesör olmak üzere toplam dört hekim, bir sekreter ve iki holter, tiltap efor testi EKG teknisyeni görev yapmaktadır.

Pediyatrik kardiyoloji polikliniğinde çalışan hemşire muayene ve kontrole gelen çocukların muayene öncesi hazırlıkları (ağırlık, boy, nabız, T.A. ölçümleri), muayene sonrası kan alma ve EKO incelemesi sırasında ağlayan çocukların sakinleştirilmesi için ilaç uygulaması işlevlerini yürütmektedir. Poliklinikte Pazartesi günleri sırasında eğitim, Salı günleri Pediyatrik Kardiyoloji, Kardiyoloji- Kalp Cerrahi konsey toplantıları, ayrıca hizmet içi eğitim yapılmaktadır.

Hastalara verilen randevuların kaydedildiği formun bir yüzünde infektif endokardit profilaksisi anlatılmaktadır. Hasta yakınlarına özellikle Akut Romatizmal Ateş olmak üzere kalp hastalıklarının anlatıldığı bir kitapçık verilmektedir. Çocuklar hastalığın seyri ve görülen şikayetlerin sıklığına bağlı olarak bir ay, iki ay, üç ay, altı ay yada bir yıl aralıklarla kontrollere çağrılmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi Pediyatrik Kardiyoloji polikliniğine bir yıl içinde başvuran 0- 3 yaş grubu kalp defekti olan 945 çocuğun anne ve babası oluşturmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini 10.10.2005 – 10.01.2006 tarihleri arasında Pediyatrik kardiyoloji polikliniğine başvuran 0- 3 yaş grubu kalp defekti olan 193 çocuktan çalışmaya katılmayı kabul eden 128 çocuğun, 218 ebeveyni oluşturmaktadır. Toplam 97 baba ve 121 anne ile görüşülmüş, uygulanan anket formundan dört tanesi eksik doldurulduğu için değerlendirmeye 214 ebeveyn alınmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kapsamına yalnızca 0-3 yaş grubu kalp defekti olan çocuklar dahil edilmiş, diğer yaş grupları araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

3.6.1. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında açık uçlu ve çoktan seçmeli sorulardan oluşan anket formu (Ek 1) kullanılmıştır. Literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Anket formunun birinci bölümünde çocuğun ve ebeveynlerin tanıtıcı ve evdeki bakıma yönelik özelliklerini, ikinci ve üçüncü bölümünde ebeveynlerin kalp hastalığına yönelik eğitim alma durumlarını, eğitim aldıkları konuları, kontrole gelme özelliklerini, kontrollere gelmeme nedenlerini, çocukların beslenme ve enfeksiyona yönelik bakım gereksinimlerini, son bölümde ise ebeveynlerin çocuklarının hastalığından etkilenme durumlarını ve hastalığı yakın çevre ile paylaşma durumlarını belirleyici toplam 78 soru yer almaktadır.

3.6.2. Ön Uygulama

Anket formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacı ile kalp defektli çocuğu olan 10 baba ve 12 anneye ön uygulama yapılmıştır. Alınan yanıtlar doğrultusunda formda gerekli olan değişiklikler yapılarak uygulanan şekli elde edilmiştir.

3.6.3. Verilerin Toplanması

Veriler Erciyes Üniversitesi Başhekimliğinden gerekli izin (Ek 2) alındıktan sonra 10.10.2005–10.01.2006 tarihleri arasında üç aylık sürede Pediatrik kardiyoloji polikliniğine başvuran, 0-3 yaş grubu, kalp defektli çocuğu olan 214 ebeveynden toplanmıştır. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere formu nasıl dolduracaklarına yönelik bilgi verilmiştir. Ebeveynlerle soru cevap şeklinde doldurulan anket formunun cevaplama süresi yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Anne, baba ve çocukların sosyo-demografik özellikleri bağımsız, çocukların büyüme gelişmeleri, anne ve babaların bakıma yönelik gereksinimleri ve bunların nedenleri bağımlı değişken olarak alınmıştır. Çocukların büyüme gelişmeleri persentil cetveli ile, aşuları aşı takvimine bakılarak ve ebeveynlere sorularak değerlendirilmiştir. Veriler

araştırmacı tarafından bilgisayarında değerlendirilmiş, dağılımlar ortalama ve yüzde olarak ifade edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede dört gözlü ve çok gözlü düzenlerde ki kare önemlilik testi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

0-3 yaş grubu kalp defekti olan çocukların beslenme ve enfeksiyona yönelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N:128)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	X ± SD
Cinsiyeti			
Kız	55	43.0	
Erkek	73	57.0	
Yaş grubu (Yıl)			
0-1	64	50.0	1.5 ± 0.50
2-3	64	50.0	
Yaşanılan yer			
Kırsal (Köy, kasaba)	25	19.6	
Kentsel (İl, ilçe)	103	80.4	
Persentil (n:107)			
Boy			
3 persentilin altı	8	7.5	
3-10 persentil	22	20.5	
10 ve üzeri	77	72.0	

Tablo 4.1. Kalp Hastalığı Olan Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	X ± SD
Ağırlık			
3 persentilin altı	8	7.5	
3-10 persentil	25	23.3	
10-25 persentil	28	26.2	
25 persentil üzeri	46	43.0	
Beslenme biçimi			
Anne sütü alan	21	16.4	
Anne sütü ve ek besin alan	47	36.7	
Anne sütü almayan	60	46.9	
Aşıların tam olma durumu			
Tam	113	88.3	
Tam olmayan	15	11.7	
Kalp ameliyatı olma durumu			
Olan	22	17.2	
Olmayan	106	82.8	
Kardeşlerde kalp hastalığı olma durumu			
Olan	7	5.5	
Olmayan	121	94.5	
İlaç kullanma durumu			
Kullanan	73	57.0	
Kullanmayan	55	43.0	
Kullanılan İlaçlar (n:73) *			
Vitamin ve Fe İlacı	49	38.0	
Diüretik	21	16.4	
Antibiyotik	23	18.0	
Digoksin	33	25.4	
Diğer	65	50.7	

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler''n''üzerinden değerlendirilmiştir

Çocukların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1' de verilmiştir. Çocukların %57.0'si erkek, %54.7'si 0-1yaş grubunda, yaş ortalaması 1.5 ± 0.50 yıldır. %80.4'ünün kentsel bölgede yaşadığı belirlenen çocukların %7.5'inin boy ve ağırlıklarının 3 persentilin altında olduğu ve %46.9'unun anne sütü dışında diğer gıdalarla beslendiği belirlenmiştir. Çocukların %88.3'ünün aşılarının tam, % 17.2'sinin daha önce kalp

ameliyatı olduğu ve %5.5'inin kardeşinde de kalp hastalığı olduğu belirlenmiştir. Çocukların %57.0'ının ilaç kullandığı, kullanılan ilaçların %38.0'ının vitamin ve demir preparatı, % 25.4'ünün ise digoksin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Annenin yaş grubu (Yıl) (n:119)		
15-20	7	5.9
21-25	38	31.9
26-30	34	28.6
31 ve üzeri	40	33.6
Annenin öğrenim durumu		
Okur yazar olmayan –okur yazar	7	5.9
Temel eğitim	86	71.2
Lise ve üzeri	26	21.9
Annenin çalışma durumu		
Çalışan	8	6.7
Çalışmayan	111	93.3
Babannın yaş grubu (Yıl) (n:95)		
20-25	13	6.1
26-30	33	15.4
31 ve üzeri	49	78.5
Babannın öğrenim durumu		
Okur yazar olmayan-okur yazar	1	1.1
Temel eğitim	54	56.8
Lise ve üzeri	40	42.1
Babannın işi		
İşçi	39	41.1
Memur	5	5.3
Serbest meslek	22	23.1
Esnaf	27	28.4
İşsiz /çalışmayan	2	2.1

Annelerin % 66.4'ünün 30 ve altı yaş grubunda olduğu, %93.3'ünün çalışmadığı, % 71.2'sinin temel eğitiminin olduğu, babaların % 41.5'inin 31yaş ve üzeride, %41.1'inin işçi ve %56.8'inin temel eğitiminin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.Ebeveynlerin Kalp Hastalığına Yönelik Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı

	Anne (n:119)		Baba (n:95)		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Eğitim alma durumu								
Alan	33	27.7	14	14.7	47	22.4	3.67	<0.05
Almayan	86	72.3	82	85.3	167	77.6		
Eğitim alınan kişi (n:47)								
Sağlık personeli (Doktor, Hemşire)	30	90.9	11	78.6	14	87.2		
Diğer (TV, komşular, vs)	3	9.1	3	21.4	6	12.8	1.37	>0.05
Toplam	33	70.2	14	29.8	47	100.0		

Ebeveynlerin kalp hastalığına yönelik eğitim alma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. Ebeveynlerin %22.4'ünün, annelerin %27.7'sinin, babaların %14.7'sinin kalp hastalığına yönelik eğitim aldıkları belirlenmiştir. Eğitim alan annelerin %90.9'unun, babaların %78.6'sinin kalp hastalığına yönelik eğitimi sağlık personelinden aldığı saptanmıştır. İstatistiksel analizde ebeveynlerin eğitim alma durumları arasında fark olduğu saptanırken ($p<0.05$), eğitim alınan kişi açısından herhangi bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Çocukların Ebeveynlerinin Eğitim Aldıkları Konulara Göre Dağılımı

Ebeveynler	Eğitim Alınan Konular									
	Beslenme*		İlaç Kullanımı*		Enfeksiyondan Koruma*		Seyahat*		Kontrol ve İzlem*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anne	17	51.5	27	73.3	27	75.0	1	3.0	28	84.4
Baba	7	50.0	10	71.4	9	64.3	0	0	11	78.6
Toplam	24	51.1	37	78.7	36	76.6	1	2.1	39	83.0

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler''n''üzerinden değerlendirilmiştir.

Ebeveynlerin kalp hastalığına yönelik aldıkları eğitim konularına göre dağılımı Tablo 4.4.'te verilmiştir. Eğitim alan ebeveynlerin %51.1'inin beslenme, %78.7' sinin ilaç kullanımı, %76.6'sının enfeksiyondan koruma %2.1'inin seyahat, %83.0'ünün kontrol ve izlem konularında eğitim aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Çocukların Evdeki Bakımına Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

Evde Bakım Özellikleri	n	%
Bakımdan sorumlu ebeveyn (n:214)		
Anne	209	97.7
Baba	5	2.3
Ebeveynlerin bakımda yardım alma durumu		
Alan	127	59.3
Almayan	87	40.7
Bakıma yardım eden kişi (n:127)		
Eşi	51	39.8
Çocukları	21	16.4
Akrabalar	55	43.8

Çocukların evdeki bakımını çoğunlukla annelerin üstlendiği (%97.7), ebeveynlerin %59.3' ünün bakımda yardım aldığı ve %43.8'ine akrabalarının yardım ettiği belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Ebeveynlerin Çocuklarını Düzenli Kontrole Getirme Durumlarına Göre Dağılımı

Ebeveynler	Düzenli kontrole getirme durumu (n:214)						X ²	p
	Getiren		Getirmeyen		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Anne	107	89.9	12	10.1	119	55.6	0.01	>0.05
Baba	85	89.5	10	10.5	95	44.4		
Toplam	192	89.7	22	10.3	214	100.0		

Ebeveynlerin çocuklarını düzenli kontrole getirme durumlarına göre dağılımları Tablo 4.6' da verilmiştir. Annelerin % 89.9' unun, babaların % 89.7' sinin çocuklarını düzenli olarak kontrole getirdiği, çocuklarını düzenli kontrole getirme açısından ebeveynler arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Ebeveynlerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri ve Çocuklarını Düzenli Kontrole Getirme Durumuna Göre Dağılımı (N:214)

Ebeveynlerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri	Düzenli Kontrole Getirme Durumu				X ²	p
	Getiren		Getirmeyen			
	n	%	n	%		
Annenin Yaş Grubu (Yıl) (n:119)						
15 - 20	6	5.0	1	0.8	2.03	>0.05
21 – 25	36	30.3	2	1.7		
26 – 30	29	24.4	5	4.2		
31 ve üzeri	36	30.2	4	3.4		
Annenin Öğrenim Durumu						
Okur yazar olmayan – okur yazar	4	3.3	3	2.5	11.41	<0.05
Temel Eğitim	77	64.7	9	7.5		
Lise ve üzeri	26	22.7	-	-		
Babanın Yaş Grubu (Yıl) (n:95)						
20 – 25	13	13.7	-	-	7.87	>0.05
26 – 30	29	30.5	4	4.2		
31 – 36	25	26.4	2	2.1		
36 ve üzeri	18	18.9	4	4.2		
Babanın Öğrenim Durumu						
Okur yazar olmayan – okur yazar	1	1.2	-	-	0.59	>0.05
Temel Eğitim	48	50.5	6	6.4		
Lise ve üzeri	36	37.9	4	4.3		
Yaşanılan Yer						
Kırsal	30	14.0	6	2.8	4.25	>0.05
Kentsel	162	75.7	16	7.5		

21- 25 yaş grubu ve temel eğitimi olan anneler ile 26- 30 yaş grubu temel eğitim olan babaların çocuklarını düzenli olarak kontrollere getirdikleri, çocuklarını düzenli olarak

kontrole getiren ebeveynlerin %75.7'si kentsel bölgede yaşadığı belirlenmiş, ebeveynlerin çocuklarını düzenli olarak kontrole getirmeleri ile annelerin öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Ebeveynlerin Çocuklarını Düzenli Olarak Kontrole Getirmeme Nedenlerine Göre Dağılımı (N:22)

Ebeveynler	Düzenli Kontrole Getirmeme Nedeni								X ²	p
	Ekonomik Nedenler		Gelip-Gitme Zorluğu		Kontrol Zamanlarını Bilmeme		Diğer*			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Anne	6	50.0	0	0.0	1	8.3	5	41.7		
Baba	3	30.0	2	20.0	1	10.0	4	40.0	2.95	>0.05
Toplam	9	40.9	2	9.1	2	9.1	9	40.9		

* Enfeksiyon geçirmesi, hastanede yatıyor olması, vs. gibi nedenler

Ebeveynlerin çocuklarını düzenli olarak kontrole getirmeme nedenlerine göre dağılımı Tablo 4.8' de verilmiştir. Çocuğunu düzenli kontrollere getirmeyen ebeveynlerin %40'9'unun çocuklarını maddi sıkıntılar yüzünden, %40.9'unun ise çocuğun enfeksiyon geçirmesi gibi diğer nedenlere bağlı olarak düzenli kontrole getiremedikleri belirlenmiş, anne ile babalar arasında kontrole getirmeme nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Çocukların Yaş Grupları ve Anne Sütü İle Beslenme Durumuna Göre Dağılımı (N:128)

Anne sütü ile beslenme durumu	Yaş grupları (Ay)					
	0-6		7-12		13 ve yukarı	
	n	%	n	%	n	%
Anne sütü ile beslenen	15	36.6	1	4.3	5	7.8
Anne sütü ve ek besin ile beslenen	17	41.4	14	60.9	16	25.0
Anne sütü ile beslenmeyen	9	22.0	8	34.8	43	67.2
Toplam	41	100.0	23	100.0	64	100.0

Çocukların anne sütü ile beslenme durumlarına göre dağılımları Tablo 4.9’ da verilmiştir. 0-6 aylık bebeklerin % 36.6’sının yalnızca anne sütü ile beslendiği, %22.0’sinin anne sütü almadığı belirlenmiştir. 7- 12 aylık çocukların %60.9’u anne sütü ile birlikte ek besin verildiği, 13 ay ve üzerindeki çocukların %67.2’sinin anne sütü dışındaki gıdalarla beslendiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.10. Ebeveynlerin Besleme Sırasında Yaptıkları Uygulamalara Göre Dağılımı

Uygulamalar*	Anne		Baba		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Ağır- ağır dinlenmesine izin vererek besleme	48	80.0	27	84.4	75	81.5	0.27	>0.05
Başını dik tutarak beslenmesini sağlama	49	81.7	26	81.3	75	81.5	0.002	>0.05
Sık- sık az besleme	51	85.0	27	84.4	78	84.8	0.01	>0.05
Beslenmesinde her türlü gıdanın (Protein, karbonhidrat ve yağ) yer almasını sağlama	41	71.9	16	50.0	57	62.0	2.98	>0.05
Düzenli olarak boy ve kilo ölçümü yaptırma	54	65.9	28	87.5	82	89.1	0.14	>0.05

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler ‘n’ üzerinden değerlendirilmiştir

Ebeveynlerin %81.5’ inin çocuklarını ağır ağır dinlenmesine izin vererek beslediği, %84.8’inin sık sık az beslediği, %81.5’inin beslerken başını dik tuttuğu ve %62’sinin beslenmesinde her türlü gıdaya yer verdiği belirlenmiştir. Çocuğu beslerken dikkat

edilmesi gereken durumları uygulama bakımından ebeveynler arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Ebeveynlerin Çocukların Enfeksiyon Geçirmesini Önemli Bulma Durumuna Göre Dağılımı (N:214)

Ebeveynler	Enfeksiyonu Önemli Bulma Durumu						X ²	p
	Bulan		Bulmayan		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Anne	114	95.8	5	4.2	119	55.6	0.48	>0.05
Baba	89	93.7	6	6.3	95	44.4		
Toplam	203	94.9	11	5.1	214	100.0		

Ebeveynlerin çocuklarının enfeksiyon geçirmesini önemli bulma durumuna göre dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Annelerin % 95.8’i babaların % 93.7’si çocukların enfeksiyon geçirmesini önemli bulduğu belirlenmiş, ebeveynler arasında çocuğun enfeksiyon geçirmesini önemli bulma açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Ebeveynlerin Enfeksiyonu Önemli Bulma Nedenlerine Göre Dağılımı (N:214)

Ebeveynler	Enfeksiyonu Önemli Bulma Nedenleri								X ²	p
	Kalp hastalığının seyrini kötüleştirme*		Büyüme gelişmeyi engelleme*		Kalp hastalığının iyileşmesini engelleme *		Bilmeyenler ve cevap vermeyenler			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Anne	101	88.5	102	98.4	95	84.1	12	9.3	0.31	>0.05
Baba	81	91.0	81	91.0	82	92.1	11	11.4	0.13	>0.05
Toplam	182	89.7	183	90.1	177	89.6	23	10.7	3.18	>0.05

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler’’n’’üzerinden değerlendirilmiştir.

Ebeveynlerin enfeksiyonu önemli bulma nedenlerine göre dağılımı Tablo 4.12’de verilmiştir. Ebeveynlerin %89.7’si enfeksiyonun kalp hastalığının seyrini

kötüleştirdiğini, %90.1'i büyüme ve gelişmeyi geciktirdiğini, %89.6'sı kalp hastalığının iyileşmesini engellediğini, %10.7 si ise enfeksiyonun etkilerini bilmediğini belirtmiştir.

Tablo 4.13. Ebeveynlerin Enfeksiyonu Önlemeye Yönelik Yaptıkları Uygulamalara Göre Dağılımı

Yapılan Uygulamalar	Anne (n:113)		Baba (n:90)		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Düzenli olarak kontrollere getirme	76	58.5	54	41.5	130	100.0	0.01	Fisher: >0.05
İlaçlarını düzenli kullanmasını sağlama	75	59.5	51	40.5	126	100.0	0.82	Fisher: >0.05
Düzenli boy kilo ölçümü yaptırma	71	58.2	51	41.8	122	100.0	0.02	>0.05
Çocuğa dokunmadan önce ve sonra elleri yıkama	62	66.7	31	33.3	131	100.0	8.16	<0.01
Odasını sık sık havalandırma	68	61.3	43	38.7	111	100.0	1.98	Fisher: >0.05
Çocuğun yanında sigara içmemesini sağlama	64	61.0	41	39	105	100.0	1.12	>0.05
Mutfak malzemelerinin temizliğine dikkat etme (Biberon ,tabak,kaşık vs)	79	60.3	52	39.7	131	100.0	4.50	Fisher: <0.05

Ebeveynlerin çocuklarının enfeksiyon geçirmesini önlemeye yönelik yaptıkları uygulamalara göre dağılımı Tablo 4.13'de verilmiştir. Annelerin % 58.5' inin çocuklarını düzenli olarak kontrole getirdiği, %59.5'inin ilaçlarını düzenli olarak verdiği, % 66.7'sinin düzenli ağırlık ve boy ölçümü yaptırdığı, babaların % 40.5'inin ilaçlarını düzenli olarak verdiği, % 41.8'inin düzenli ağırlık ve boy ölçümü yaptırdığı, % 41.5'inin düzenli olarak kontrole getirdiği belirlenmiştir.Çocuğa dokunmadan önce ve sonra ellerini yıkayan annelerin oranı % 66.7, ellerini yıkayan babaların oranı % 33.3 olarak bulunmuştur. Annelerin %61.3'ünün odasını sık sık havalandırdığı, babalarda bu yüzdenin 38.7 olduğu, annelerin % 61.0'inin, babaların ise % 39.0'unun çocuklarının yanında sigara içilmesini engellediği belirlenmiştir. Ebeveynlerin çocuklarına dokunmadan önce ellerinin yıkaması ve çocuğun beslenmesinde kullanılan

malzemelerin temizliğine dikkat etme uygulamalarında istatistiksel açıdan fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.14.Ebeveynlerin Çocuklarının Hastalıklarını Yakın Çevreleri İle Paylaşma Durumlarına Göre Dağılımı (N:214)

	Anne		Baba		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Hastalığı Yakın Çevre ile Paylaşma Durumu								
Paylaşan	103	86.6	75	78.9	178	83.7	2.16	>0.05
Paylaşmayan	16	13.4	20	20.8	36	16.8		
Hastalığı Paylaştığı Çevre (n:178)								
Aile	21	20.4	19	25.3	40	22.5		
Aile ve Akrabalar	19	28.2	23	30.7	52	29.2		
Komşular	3	2.7	2	2.8	5	2.8		
Herkes	50	48.5	31	41.3	81	45.5		
Toplam	103	57.3	76	42.7	178	100.0		

Ebeveynlerin çocuklarının hastalıklarını çevreleri ile paylaşma durumu Tablo 4.14’de verilmiştir. Buna göre annelerin % 86.6’sının, babaların ise % 78.9’unun çocuklarının hastalıklarını çevreleri ile paylaştığı belirlenmiş, anne ve babaların çocuklarının hastalıklarını yakın çevreleri ile paylaşma durumları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çocukların hastalığını; ebeveynlerin %45.5’i herkes ile paylaşıırken, %22.5’i ise yalnızca ailesi ile paylaştığını belirtmiştir.

Tablo 4.15. Ebeveynlerin çocuklarına verdikleri bakımdan etkilenme durumlarına göre dağılımı (N:214)

	Anne								Baba								Toplam		X ²	p
	Hiç		Biraz		Fazla		Çok fazla		Hiç		Biraz		Fazla		Çok fazla					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Fiziksel sağlık	13	10.9	24	20.0	22	18.5	60	50.4	27	28.4	17	17.9	18	18.9	33	34.7	214	100.0	11.79	<0.01
Ruh sağlığı	1	0.8	12	10.1	26	21.8	80	67.2	10	10.5	15	15.8	23	24.2	47	49.5	214	100.0	13.94	<0.05
Sosyal ilişkiler	27	22.7	20	16.8	21	17.6	51	42.9	38	40.0	15	15.8	17	17.9	25	26.3	214	100.0	9.32	<0.05
Ekonomik Durum	16	13.4	28	23.5	19	16.0	56	47.1	20	21.1	28	29.5	15	15.8	32	33.7	214	100.0	4.83	>0.05

Ebeveynlerin çocuklarına verdikleri bakımdan etkilenme durumuna göre dağılımı Tablo 4.15'de verilmiştir. Çocuklarına verdikleri bakımdan dolayı annelerin %50.4'ünün, babaların %34.7'sinin fiziksel olarak çok fazla etkilendiğini düşündükleri, ayrıca annelerin %42.9'unun sosyal ilişkilerinin, % 47.1'inin ekonomik durumlarının çok fazla etkilendiğini, babaların %33.7'sinin ekonomik durumlarının çok fazla etkilendiğini düşündükleri, annelerin %66.7'sinin, babaların %49.5'inin ruh sağlıklarının çok fazla etkilendiğini düşündükleri belirlenmiştir. Çocuklara verilen bakımdan fiziksel sağlık, ruh sağlığı ve sosyal ilişkilerinin etkilenmesi bakımından ebeveynler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kronik hastalıklar tüm dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır. Dünyada hızla çoğalan kronik hastalıklardan biri de kalp hastalıklarıdır. Ülkemizde ve dünyada doğan çocukların % 0.8'i kalp hastalığı ile doğmakta ve doğuştan kalp hastalıkları ölüm nedenlerinin başlarında yer almaktadır (5-13).

Kalp hastalıkları büyüme ve gelişmeyi doğrudan etkilemektedir. Kalp hastalığı olan çocuklar iştahsızlık, beslenme sırasında çabuk yorulma, sıklıkla görülen takipne ve dispnenin sebep olduğu huzursuzluk, tekrarlayan enfeksiyonlar, alınan ilaçların oluşturduğu bulantı ve kusma nedeniyle yeterli besin alamamaktadır (42). Araştırma kapsamına alınan 128 çocuktan % 7.5' inin boy ve ağırlıkları 3 persentilin altındadır (Tablo 4.1). Çocukların % 23. 4'ünün ağırlıkları, % 20. 6'sının boyları 3-10 persentil arasındadır. Çocukların, ağırlıklarındaki etkilenme boya göre daha belirgindir. Yıldız (52) ve Dündar'ın (53) çalışmalarında da kalp hastalığı olan çocuklarda ağırlığın boya göre daha çok etkilendiği bulunmuştur. Bu üç araştırma, sonuçları bakımından benzerlik göstermekte ve hastalığın çocukların büyüme ve gelişmesinde olumsuz etki ettiğini ortaya koymaktadır .

Araştırma kapsamındaki 0-6 aylık bebeklerin yalnızca üçte biri (% 36.6) anne sütü ile beslenmektedir. Diğer çocuklar ya hiç anne sütü almamakta ya da ek besinlerle beraber almaktadır (Tablo 4.9). Azer' in (54) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Kalp hastalığı olan çocuklarda büyüme gelişme geriliğinin önemli bir nedeninin anne sütünün erken dönemde kesilmesi ya da hiç verilmemesi, ek besinlere erken dönemde başlanması olduğu söylenebilir.

Kalp hastalığı olan çocuklarda görülen takipne, taşikardi, solunum güçlüğü gibi nedenler beslenmelerine olumsuz etkilemektedir (38-41). Çalışmaya alınan çocukların ebeveynlerin az az, sık sık besleme, başını dik tutarak besleme, beslenmede tüm besin gruplarına yer verme ve düzenli boy kilo ölçümü yaptırma gibi uygulamaların büyük çoğunluğunu bildiği ve uyguladığı belirlenmiştir. Anne ve babalar arasında uygulamaları bilme ve uygulama bakımından bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10)

Kalp hastalığı olan çocuklar; hastalığın getirdiği fizyolojik değişiklikler, hastalığın genellikle immünolojik yetersizliklerle beraber olması ve aşı uygulamalarındaki aksamalar nedeniyle enfeksiyona yatkınlık gösterir (15). Çalışmaya katılan ebeveynlerin tamamına yakını enfeksiyonun çocuklar için önemli olduğunu, bunun hastalığın seyrini ve iyileşme sürecini geciktirdiğini düşündüklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.12).

Ebeveynlerin enfeksiyonu önlemeye yönelik yaptıkları uygulamalarda; boy kilo ölçümü yaptırma ile ilaçlarını düzenli vermenin anneler tarafından babalara göre daha çok yapıldığı belirlenirken, uygulamaları gerçekleştirme bakımından ebeveynler arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13). Ebeveynlerin çocuğa dokunmadan önce ve sonra ellerini yıkama ($p<0.01$) ve mutfak malzemelerinin temizliğini önemsemeye ($p<0.05$), annelerin babalardan daha fazla duyarlı oldukları belirlenmiştir. Annelerin babalara göre sigaranın olumsuz etkilerine daha duyarlı oldukları ve çocuğunun yanında sigara içilmemesine dikkat ettikleri belirlenmiştir.

Kalp hastalığı olan çocukların fizyolojik özelliklerinin yanında aşı uygulamalarındaki aksamalar nedeniyle de enfeksiyona yatkın oldukları bildirilmiştir (15). Çalışmamızda çocukların %17.8'inin aşıları tam değildir (Tablo 4.1). Başpınar ve arkadaşları (55) ailenin sosyoekonomik durumu, hastanede yatma ve ihmal gibi nedenlerle kalp hastalığı olan çocukların aşılarının aksadığını belirlemişlerdir.

Kalp hastalığı olan çocukların izlenmesinde önemli unsurlardan biri de düzenli kontrollerin yapılmasıdır. Çalışmamızda ebeveynlerin büyük bir bölümünün çocuklarını düzenli olarak kontrole getirdikleri belirlenirken, düzenli kontrole getirmeyenlerin gelip gitme zorluğundan, maddi sıkıntılardan ve ne zaman getireceklerini bilmediklerinden getirmedikleri belirlenmiştir (Tablo 4.8). Ebeveynlerin çocuklarını düzenli kontrole getirme ve sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında, annelerin öğrenim durumu arttıkça kontrole getirme oranının arttığı ($p<0.05$), kırsal ve kentsel bölgede yaşamının düzenli olarak kontrole getirmeye etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Kalp hastalığı olan çocukların büyüme ve gelişmelerinin takibi, aşı uygulamalarının devamlılığı ile ailenin gereksinim duyduğu konularda destek için aileye düzenli kontrolün öneminin anlatılması ve eğitim verilmesi gerekmektedir. Kronik hastalıklı çocuğu olan ebeveynlerin danışmanı olan sağlık personeli, hasta çocuğun ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasında danışmanlık ve problem çözme özelliğini kullanarak aileye yol göstermesi gereken bireylerdir. Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin yalnızca dörtte birinin kalp hastalığına yönelik eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Babaların annelere göre daha fazla eğitim aldığı ($p<0.05$), ancak eğitim alınan kişi bakımından herhangi bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Yıldız'ın (52) çalışmasında ebeveynine eğitim verilen kalp hastalığı olan çocukların büyüme gelişmelerinde belirgin düzelme olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda eğitim alan ebeveynlerin yaklaşık yarısı beslenme(%51.1), dörtte üçü (%76.6) ise enfeksiyondan koruma konularında eğitim aldığını belirtmiştir (Tablo 4.4). Çocukların büyüme ve gelişmelerini tamamlamaları için daha fazla eğitimin gerekli olduğu düşünülmüştür.

Ailede herhangi bir bireyde kalp hastalığı olması diğer bireylerde görülme riskini % 3-10 artırmaktadır (3,15,56). Çalışmaya alınan çocukların %5.5'inin kardeşinde kalp hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1)

Kronik hastalıklı bir çocuğun varlığı ailede fizyolojik ve sosyal yönden birçok güçlüğü neden olabilir. Ailenin hayal kırıklığı, çaresizliği ve varolan düzenin değiştirilmesi büyük bir stresördür. Aileler bu olayı kendi içinde kapalı tutabilir ve izole yaşamayı tercih edebilir. Çocuktan utanma, başkalarından soyutlanma ya da çocuğu aşırı koruyucu tavır nedeni ile aile toplumdan soyutlanabilir. Ailenin biçimi, anne ve babanın eğitim düzeyi, ebeveynlerin çalışma durumları ailedeki stres faktörlerinin ve etkilenme düzeylerinin belirleyicisidir(57). Çalışmamızda ebeveynlerin beşte birinin

(%16.8) çocuklarının hastalığını hiç kimse ile paylaşmadığı, üçte birinin yalnızca aileleri ile, yarısına yakınının ise herkes ile paylaştığı belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Aileler primer olarak çocuklarının bakımını sağlayan organizasyonlardır. Anne çocuğun bakımı ile ilgilenen birinci kişidir. Çocuğun hastalıktan etkilenme düzeyi çoğu zaman ailenin tutumuna göre değişir. Çocuğun hastalanması anne ve babayı üzer, tedirgin eder. Ailenin yaşamı ve rutinleri kronik hastalığa bağlı olarak değişir. Ekonomik problemler, çocuğun bakımı gibi sorunlar aileyi çıkmaza sokabilir (57). Bu çalışmada çocuğun bakımını çoğunlukla annelerin üstlendiği, çocuğun bakımında annelerin yaklaşık yarısına yardım eden başka kişiler olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Kronik hastalıklı çocuğu olan ailenin hastalıkla baş edebilmesinde önemli unsurlardan biri de bakıma yardım eden kişi ve destek gruplarının varlığıdır.

Çalışmaya katılan annelerin, babalara göre fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden daha çok etkilendiği, annelerin fiziksel (%50. 4), sosyal (%42. 9), ruhsal (%67. 2)olarak daha çok etkilendikleri belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu farkın, annelerin çocukla zaman geçirme sürelerinin uzunluğu, bakımdan sorumlu primer kimseler olmaları, sosyal destek sistemlerinin azlığı, çocuğu aşırı koruyuculuk ve kaybetme duygularından oluştuğu düşünülmektedir. Kuru'nun (57) çalışmasında annelerin çocuklarını kaybetme duygularını babalardan daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Ailelerin, Kuru'nun (58) çalışmasında %23.3'ünün, Berkdemir' in (59) çalışmasında %70.6'sının, Bağcı' nın (60) çalışmasında ise %35.0'ının sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendikleri belirlenmiştir.

Ailenin kronik hastalıktan etkilenmesine en büyük etkenlerden biri de aileyi ekonomik açıdan etkileme miktarıdır. Kronik hastalığın tedavisinin uzun ve pahalı olması, ailenin gereksinimlerinin kısıtlanmasına neden olabilir. Annelerin yaklaşık yarısı, babaların ise üçte biri ekonomik durumlarının etkilenme miktarına 'çok fazla' etkilendiği şeklinde cevap vermişlerdir (Tablo 4.15). Tunçbilek (61) ve Berkdemir' in (59) çalışmalarında da ailelerin ekonomik olarak zorluk çektikleri belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Çocukların üçte birinde büyüme gelişme geriliği olduğu ve ağırlığın boya göre daha fazla etkilendiği,
- Kalp hastalığı olan 0-6 aylık bebeklerin yaklaşık üçte birinin ilk altı ay anne sütü aldığı,
- Çocukların beşte birinin aşılarının tam olmadığı, aşılamamanın maddi sıkıntılar, enfeksiyon ve kontrollere gelmeme nedenleri ile aksadığı,
- Annelerin beslenme uygulamalarını babalara göre daha iyi bildiği,
- Annelerin öğrenim düzeyinin artışının, düzenli kontrole getirmede etkili olduğu,
- Ebeveynlerin dörtte birinin sağlık personelinde eğitim aldığı,
- Ailelerin hastalığı çoğunlukla yakın çevreleri ile paylaştığı,
- Enfeksiyondan koruma uygulamalarını annelerin babalardan daha fazla uyguladığı,
- Çocuğa verilen bakım nedeniyle annelerin babalara göre fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak daha fazla etkilendiği saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre;

- Kalp hastalığı olan çocukların büyüme ve gelişmelerinin hemşireler tarafından yakından izlenmesi,
- Diyetisyen ile işbirliği yapılarak beslenme eğitiminin daha etkin olarak verilmesi,
- Çocukların beslenmesinde anne sütü ile beslenme alışkanlığının kazandırılması öneminin vurgulanması,
- Kalp hastalığı olan çocukların aşı uygulamalarının yakından takip edilmesi ve aksamaların önlenmesi,
- Ebeveynlerin gereksinimlerini karşılayacak eğitim materyali ve programlarının düzenlenmesi ve bu eğitimlerin poliklinik ziyaretinde ailelere hemşireler tarafından verilmesi,

- Ebeveynlere yönelik destek grupları oluşturmak amacıyla haftanın belli günlerinde poliklinikte toplanarak yaşanan güçlüklerin paylaşmasının sağlanması ve çözüm önerilerinin oluşturulması,
- Özellikle kontrollerin aksamaması için kalp hastalığı olan çocukların ekonomik güçlükleri için yardım alabileceği uygun kuruluşlara yönlendirilmesi,
- Kontrollerin aksaması durumunda ailelere düzenli kontrollerin öneminin vurgulanması,
- Kalp hastalığı olan çocukların enfeksiyondan korumaya yönelik uygulamalarda eğitimin etkinliği hakkındaki araştırmaların yararlı olacağı kanaatine varıldı.

6. KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003 Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004; 7
2. Tezcan S, Özcebe H. Türkiye’de 5 Yaş altı Çocuk Ölümleri, 47. Milli Pediatri Kongresi Kitabı, ss 192-198, 21-23 Ekim 2003, İstanbul
3. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği (6. Bs), Ankara, Bizim Büro Basımevi, 2001 (1); 8, 107-128
4. Oto A. Kalp Yetmezliği Eski Sorun Yeni Öneriler. Hacettepe Tıp Dergisi 1997;2: 44-48
5. Balcı S. Kromozom Aberasyonları ile Birlikte Görülen Konjenital Kalp Hastalıkları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1987; 30: 83-91
6. Karabıyık N. Kavuncuoğlu S. Beşikçi R. ve ark. Yaşamın İlk Haftasında Konjenital Kalp Hastalığı Sıklığı. Çocuk Dergisi 2003; 3 (2): 114-118
7. Özkutlu S. Günal N. Türkiye’de Doğumsal Kalp Hastalıkları Prevelansı, Tanıdaki Sosyoekonomik ve Kültürel Problemler Yeni Tanı Metotlarının

- Uygulanabilirliği Çözümler. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji 2003; 4 (16): 369-371
8. Zuberbuhler J R. Clinical Diagnosis in Pediatric Cardiology, Pittsburgh, Churchill Livingstone, 1981:1
 9. Yıldız S. 0-2 Yaş Grubu Konjenital Kalp Hastalıklarında Beslenme Eğitiminin Çocukların Büyüme ve Gelişmelerine Etkisi. Hemşirelik Bülteni 1990; 16 (4): 39-47
 10. Benrman R. Nelson Textbook of Pediatrics (4th), W.B. Saunder Company/ Philadelphia, 1992: 1147-1149
 11. Wong DL. Nursing Care of Infents and Children (7.ed), Mosby, 2003: 1465-1475
 12. Reitz B. Yuh D. Congenital Cardiac Surgery. Newyork, Mc Grohill inc, 2002; 3-7
 13. Akdemir N. Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakım. (I. basım), İstanbul, Vehbi Koç Vakfı, 2003; 447
 14. Kepme H. Silver H. O'brien D. Current Pediatric Diagnosis Treatment. California, Longe Medical Publication, 1980: 319
 15. Tunaoğlu S. Kalp Hastalığı Olan Çocuğun İzlemi. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 3: 535-554
 16. Anderson R. Macartney F. Shine Bourne E. et al. Paediatric Cardiology. Edinburg, Churchill Livingstone, 1987: 1-13
 17. Keith J. Rowe R. Vlad P. Heart Disease in Infancy and Childhood (3th. Ed), Macmillan Publishing co inc, Newyork ,1978: 3-15
 18. Whaley L. Wong D. Essentials of Pediatric Nursing (3td ed), St Louis, The C.V. Mas by Company, 1981: 790-798
 19. Neyzi O. Ertuğrul T. Pediyatri, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 1990: 995-1010
 20. Lissaer T. Clayden G. Paediatrics. London, Mosby-Wolfe-Medical Communications, 1997: 173-188

21. Akbulut M. İnfektif Endokardit. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji 2002;15:44-50
22. Küçüköyük Ş. Yenidoğan ve Hastalıkları. (1.Baskı). Feryal Matbaası, Ankara, 1994: 217-231
23. Onat T.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. (1.Baskı), Eksen Yayınları, İstanbul, 1996: 553-598
24. Özkutlu S. ve ark. Bebeklik ve Çocukluk Dönemi Konjenital Kalp Hastalıkları ve Tedavisi. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji 2002; 15: 3-9
25. Starke J. İnfections of the Heart. in: Pediatric İnfectious Disease. Feigin R.Cherry J. 3 ed . M.B. Saunders Company, Los Angelos, 1992: 326-330
26. Fisher M.C. Changing Risk Factors for Pediatric İnfective Endocarditis. Curr infect Dis Report 2001; 3(4): 333-336
27. Eslow MM. Prevention of İnfective Endocarditis The Pediatric Congenital Heart Population. Pediatric Nurs. 1998; 24 (3): 205-225
28. Freed MD. İnfective Endocarditis in Adult with Congenital Heart Disease. Cardiol Clin. 1993; 11(4): 589-602
29. Pachoca-Rios A. Aravja-Hernandez L. Cashat-Cruz M.et al. Candida Endocarditis in the First Year of Life. Bol Med. Hosp. İnfant Mex.1993; 50: 157-161
30. Coward K. Tucker N. Darville T. İnfective Endocarditis in Arkonson Children From 1990 Through 2002. The Pediatric İnfectious Disease Journal 2002; 22: 1048-1052
31. Saitos M. Tamura M. Komoshita S. Forty Year Review of Bacterial Endocarditis in İnfants an Children. Acta Paediatr. Jpn. 1991; 33(5): 613-616
32. Eslow M. Prevention of İnfective Endocartidis in the Pediatric Congenital Heart Population. Pediatric Nursing 1996; 24 (3): 205-225
33. Askenazi S. Levy O. Blieden L.Trends of Childhood İnfective Endocarditis in İsrail with Ephasis on Chidren under 2 Years of Age. Pediatr Cardiol 1997; 18(6): 419-424
34. Atalay S. Perikarditler . Cin Ş.(eds.) Çocuk hastalıkları, Ankara , Antıp AŞ., 1997: 539-542

35. Kaneko M. Watanabe J. Veno E. et al. Risk Factors for Severe Respiratory Syncytial Virus Associated Lower Respiratory Tract Infection in Children. *Pediatrics* 2001; 43(5): 489-492
36. Fixler DE. Respiratory Syncytialvirus Infections in Children with Congenital Heart Disease. A Review. *Pediatr Cardiol* 1996; 17(3): 163-168
37. Macdonald NE. Hall CB. Suffin SC. et al. Respiratory Syncytial Viral Infections in Infants with Congenital Heart Disease. *N.Engl J.Med.* 1982; 307(7): 397-400
38. Wolfe R. Wiggins J. Kardiyovasküler Hastalıklar. Hathavey, Groothous, Hay, Paisley. Çocuk Hastalıklarında Tanı ve Tedavi. I. baskı, Ankara, Barış Kitabevi, 1992: 413- 421
39. Wessel J. in: *Hand Book of Pediatric Nutrition*. 2nd ed. Maryland Printed, USA, 1999: 413-421
40. Sirden A. Sutphen J. Growth and Nutrition. in: Moss and Adams. *Heart Disease in Infants, Children and Adolescent*. 5th ed. Emmanouilides M.D.Reimenschneider M.D. Allen H. Williams and Wilkins, USA, 1998: 367-375
41. Clemente C. Barnes J. Shenebourne E. et al. Are Infants Behavioural Feeding Difficult is Associated with Congenital Heart Disease. *Child Care Health Dev.* 2001; 27(1): 47-59
42. Köksal G. Gökmen H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme.I .Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2000: 522-565
43. Venugopan P. Akinbomi FO. Al-Hinai KM. et al. Malnutrition in Children with Congenital Heart Defects. *Saudi Med. J.* 2001 22 (11): 947-947
44. Carlson S. Rayn J. Congenital Heart Disease.in: *Nutritional Care of High Risk Newborns*. 3th ed. Chicago, Precept Press, 2000: 396-407
45. Baugle D. İselin M. Kaynat A. et al. Nutritional Treatment of Congenital Heart Disease. *Arch Dis. Child.* 1986; 61(8): 799-801
46. Hansen SR. Dorup I. Energy and Nutrient Intakes in Congenital Heart Disease. *Acta Paediatr.* 1993; 82(2): 166-172
47. Poskitt EM. Food Growth and Congenital Heart Disease. *Nutr.Health.* 1987; 5 (3-4): 153-161

48. Başpınar O. Kalp Hastalıklı Çocuklarda Fiziksel Aktivite Spor ve Ani Ölüm Riski. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji 2002; 15 (6): 422-427
49. Dedik T. Çocuk Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım, 48. Milli Pediatri Kongresi, ss 448- 451, 21- 25 Eylül 2004, On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun
50. Özsoy A. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Şekli. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi 1996; 4: 41- 46
51. Ekizler H. Konjenital Anomaliler ve Hemşirelik Yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni 1996; 4: 49-55
52. Yıldız S. 0-2 yaş Grubu Konjenital Kalp Hastalarında Beslenme Eğitiminin Çocukların Büyüme Gelişmelerine Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, 1987
53. DüNDAR B. Doğumsal Kalp Hastalığı ve Büyüme Geriliği Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir, 1998
54. Azer S. Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocuklarda Karşılaşılan Sorunların Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Ankara 2001
55. Başpınar O. Gültekin Y. Gün S. ve ark. Kalp Hastalıklı Çocuklarda Aşı Uygulama Pratiği. Genel Tıp Dergisi 2003; 13(3): 105 -108
56. Özyürek R. Özkayın N. Özkınay F. ve ark. 66 Konjenital Kalp Hastalıklı Olguda Aile Ağacı Analizi . MN.-Klinik Bilimler 2004; 10(1): 55-59
57. Polat N. Kronik Çocuk Hastalıklarında Ailenin Yaklaşımı. Sendrom Dergisi 1994; 6(1-12): 82-88
58. Kuru R. Kronik Bir Hastalığın Aile Etkileşimindeki Yeri ve Önemi, Yüksek Lisans Tezi, On dokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, 2002
59. Berkdemir Z. Çocuktaki Hastalığın Aile Etkileşimindeki Yeri ve Önemi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1996

60. Bağcı E. Kronik Hastalığın Çocuk Üzerindeki Psikolojik Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul, 1992
61. Tunçbilek E. Hatiboğlu S. Kronik Hastalıklı ve Uzun Süre Hastane Tedavisi Gören Çocuklar ve Ailelerinde Psikolojik–Sosyal ve Ekonomik Değişimlerin Saptanması. Türk Hemşireler Dergisi 1988; 38(1): 37-42

EK - 1

0-3 YAŞ GRUBU KALP DEFEKTİ OLAN ÇOCUKLARIN BESLENME VE ENFEKSİYONA YÖNELİK SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİ ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

1. Görüşülen ebeveyn

- 1) Anne(5. soruya geçiniz) 2) Baba

2. (Babanın) kaç yaşındasınız?

- 1) 20-25 2) 26-30 3) 31-35 4) 36-40 5) 41 ve üzeri

3. (Babanın) Öğrenim Durumunuz nedir?

- 1) Okur Yazar değil 2) Okur Yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite

4. (Babanın) Ne iş yapıyorsunuz?

- 1) İşçi 2) Memur 3) Serbest meslek 4) esnaf 5) işsiz / çalışmıyor 6)Diğer.....

5.(Annenin)Kaç yaşındasınız?

- 1) 15-20 2) 21-25 3) 26-30 4) 31-35 4) 36 ve üzeri

6.(Annenin) Öğrenim durumunuz nedir?

- 1) Okur Yazar değil 2) Okur Yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite

7.(Annenin) Ne iş yapıyorsunuz?

- 1) Ev hanımı 2) Memur 3) Serbest meslek 4) İşçi 5) Esnaf 6)Diğer.....

8. Nerede yaşıyorsunuz?

- 1) Köy 2) Kasaba 3) İlçe 4) İl

9. Size göre gelir düzeyiniz nasıl?

- 1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek 4) Çok yüksek

10. Sosyal güvencesiniz nedir?

- 1) Emekli Sandığı 2) Bağ kur-SSK 3) Yeşil kart 4) Diğer (Özel) 5) Ücretli

11. Kaç çocuğunuz var?

- 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 5) 5 ve üzeri

12. Kalp defekti olan bu çocuğunuz kaç yaşında?

- 1) 0-1 2) 2-3

13.Çocuğunuzun cinsiyeti nedir?

- 1) Kız 2) Erkek

14. Çocuğunuzun hastalığı ne kadar süre önce belirlendi?

- 1) 0-6 ay 2) 7-12 ay 3)13-24 ay 4) 25 ay ve yukarı

15. Çocuğunuz daha önce hastaneye yattı mı?

- 1) Evet 2) Hayır (19.soruya geçiniz)

16. Ne zaman yattı?

- 1) 0-3 ay önce 2) 4-6 ay önce 3) 7-12 ay önce 4) 13-18 ay önce

17. Çocuğunuz daha önceden kalp ameliyatı oldu mu?

- 1) Evet 2) Hayır (19. soruya geçiniz)

18. Ameliyattan bu yana ne kadar süre geçti?

- 1) 0-1 ay 2) 2-3 ay 3) 4-6 ay 4) 7 ay- 12 ay 5) 13 aydan çok

19. Diğer çocuklarınızda kalp hastalığı var mı?

- 1) Var 2) Yok

20. Çocuğunuz ilaç kullanıyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır (26 . soruya geçiniz)

❖ Aşağıdaki ilaçların hangisini kullanıyor?

21. Vitamin ve Fe (Preparatı) ilacı 1) Evet 2) Hayır

22. Diüretik 1) Evet 2) Hayır

23. Antibiyotik 1) Evet 2) Hayır

24. Digoksin 1) Evet 2) Hayır

25. Diğer (açıklayınız)

26. Çocuğunuzun bakım ve tedavisini biliyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

27. Çocuğunuzun bakım ve tedavisine yönelik herhangi bir eğitim aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır (34.Soruya geçiniz)

❖ **Hangi konularda eğitim aldınız**

28. Beslenme 1) Evet 2) Hayır

29 İlaç kullanımı 1) Evet 2) Hayır

30 .Enfeksiyondan korunma 1) Evet 2) Hayır

31.Seyahat 1) Evet 2) Hayır

32. Kontrol ve izlem 1) Evet 2) Hayır

33. Bu bilgiyi kimden aldınız?

- 1) Doktor 2) Hemşire 3) Diğer sağlık personeli 4) Akrabalar
5) Diğer (TV, komşular vs)

34. Çocuğün evdeki bakımı ile kim ilgileniyor?

- 1) Anne 2) Baba3) Başka bir yakını
4) Bakıcı 5) Diğer(Komşular , arkadaşlar v.s)

35. Çocuğün evdeki bakımında size yardım eden kişiler var mı?

- 1) Var 2) Yok (37. soruya geçiniz)

36. Kim yardım ediyor?

- 1) Diğer eş 2) Diğer çocuklar 3) Akrabalar
4) Komşular 5) Diğer(Açıklayınız.....)

37. Çocuğunuzu düzenli olarak kontrole getiriyor musunuz?

- a) Evet (39. soruya geçiniz) b) Hayır

38. Neden düzenli olarak kontrole getirmiyorsunuz?

- a) Maddi sıkıntılardan
b) Uzaktan gelmek zor olduğu için
c) Ne zaman getireceğimi bilmiyorum
d) Diğer(Açıklayınız.....)

39. Çocuğunuzu anne sütü ile mi besliyorsunuz ?

- 1) Evet 2) Hayır (40.soruya geçiniz)

40. Anne sütü ile beraber başka bir besin veriyor musunuz ?

- 1) Evet 2) Hayır (46. soruya geçiniz)

❖ **Ne veriyorsunuz ?**

- 41) Hazır Mama 1) Evet 2) Hayır
42) İnek sütü 1) Evet 2) Hayır
43) Çorba 1) Evet 2) Hayır
44) Meyve suyu 1) Evet 2) Hayır
45) Her şey 1) Evet 2) Hayır

❖ **Çocuğunuzu beslerken nelere dikkat edersiniz?**

46. Ağır- ağır dinlenmesine izin vererek beslerim 1) Evet 2) Hayır
47. Başını dik tutarak beslenmesini sağlarım 1) Evet 2) Hayır
48. Sık- sık az beslerim 1) Evet 2) Hayır
50. Günde kaç kez besliyorsunuz ()
51. Beslenmesinde her türlü gıdaya (Protein, karbonhidrat ve yağ) yer vererek beslerim
1) Evet 2) Hayır
52. Düzenli olarak boy ve kilo ölçümü yaptırım 1) Evet 2) Hayır
53. Ne sıklıkla boy kilo ölçümü yaptırırız ()
54. Çocuğunuzun enfeksiyon geçirmesi sizce önemli midir?
1) Evet 2) Hayır (59. soruya geçiniz)

❖ **Çocuğunuzun enfeksiyon geçirmesi sizce neden önemli ?**

- 55) Hastalığın seyrini bozduğu için 1) Evet 2) Hayır
56) Büyüme gelişmesini engellediği için 1) Evet 2) Hayır
57) İyileşmeyi geciktirdiği için 1) Evet 2) Hayır
58) Hepsi 1) Evet 2) Hayır

59.Çocuğunuzun enfeksiyon geçirmesini engellemeye yönelik neler yapmanız gerektiğini biliyor musunuz

1) Evet 2) Hayır

❖ **Çocuğunuzun enfeksiyon geçirmesini önlemek için neler yaparsınız?**

60. Düzenli olarak kontrollere getiririm 1) Evet 2) Hayır

61. İlaçlarını düzenli kullanmasını sağlarım 1) Evet 2) Hayır

62. Düzenli olarak boy ve kilo ölçümü yaptırım 1) Evet 2) Hayır

63.yemek yediği kapları bol su ile yıkarım 1) Evet 2) Hayır

64.çocuğuma dokunmadan önce ve sonra ellerimi yıkarım 1) Evet 2) Hayır

65.Odasını sık sık havalandırırım 1) Evet 2) Hayır

66.Çocuğumun yanında sigara içmem 1) Evet 2) Hayır

67.Çocuğunuzun aşıları tam mı 1) Evet 2) Hayır

- Neden çocuğunuzun aşıları tam değil ?

68.Zamanı geldiğinde yaptırıyorum 1) Evet 2) Hayır

69. Doktor aşılarını ertelememizi istedi 1) Evet 2) Hayır

70.Aşıları ne zaman yaptıracağımı bilmiyorum 1) Evet 2) Hayır

71.Aşıları yaptıracağım sağlık kuruluşları çok uzakta olduğu için yaptıramadım
1) Evet 2) Hayır

72.Diğer ()

❖ **Çocuğunuza verdiğiniz bakım sizi ne düzeyde etkiledi**

	1.Hiç	2.Biraz	3.Fazla	4.Çok Fazla
73.Fiziksel sağlığınız				
74.Ruh sağlığınız				
75.Sosyal ilişkileriniz				
76.Ekonomik Durumunuz				

77. Çocuğunuzun hastalığını yakın çevrenizle paylaştınız mı?

1) Evet (64.soruya geçiniz) 2) Hayır

78. Kiminle paylaştınız?

1) Ailem ile 2) Akrabalarım ile 3) Komşularım 4) Herkesle

EK - 2

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, Kıymet Çiftçi 1981 yılında Almanya'da doğmuş olup ilk, orta ve lise öğrenimini Kayseri'de tamamlamıştır. 2002 yılında Atatürk Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun olmuştur. Halen Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisidir ve Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Araştırma ve Uygulama Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşire olarak çalışmaktadır.