

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

6 -16 YAŞ GRUBU KONJENİTAL KALP HASTALIKLI
ÇOCUKLARDA VE AİLELERİNDE YAŞAM KALİTESİ,
ANKSİYETE VE DEPRESYON İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Tamay SERTÇELİK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Şenol COŞKUN

Manisa, 2015

ÖNSÖZ

Araştırmadaki değerli katkılarından dolayı tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Şenol COŞKUN' a,

Tezin hazırlanmasındaki her aşamada yer alarak yol gösterici çabalarıyla araştırmaya önemli katkılarda bulunan Sayın Prof. Dr. Erhan ESER' e, Prof. Dr. Ömer AYDEMİR' e, Yrd. Doç. Dr. Şermin Yalın SAPMAZ ve Uzm.Dr.Fatoş ALKAN' a

Hayata karşı espirili duruşuyla her zaman renkli vizitler yaptığımız Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Muzaffer POLAT' a, bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr Erhun KASIRGA' ya, Prof. Dr. Betül ERSOY' a, Prof. Dr. Hasan YÜKSEL' e, Prof. Dr. İpek AKİL' e, Prof. Dr. Hüseyin GÜLEN' e, Prof. Dr. Pelin ERTAN' a, Doç. Dr. Aykan ÖZGÜVEN' e, Doç. Dr. Özge YILMAZ' a, Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ'ye, Yrd. Doç. Dr Gökmen BİLGİLİ'ye, her zaman yardım ve desteklerini gördüğüm başta Uzm. Dr. Deniz Özalp KIZILAY olmak üzere tüm uzmanlarıma, asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım asistan arkadaşlarıma, üzerimde emeği geçen başta yenidoğan hemşireleri olmak üzere tüm hemşire arkadaşlarıma ve diğer pediatri kliniği çalışanlarına, araştırmayı kabul ederek vakit ayıran hasta yakınlarına ve hastalara, kontrol grubunun oluşmasını sağlayan gönüllülere ve hasta çocuk poliklinik sekreteri sevgili Emine'ye,

Büyük fedakarlıklarla her zaman beni destekleyen ve yüreklendiren biricik anneme ve abime, neşesiyle içimizi ısıtan biricik yeğenim Mehmet Emin'e, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim doktorluk mesleğini sevdiiren ve her konuda kendisini örnek aldığım babam Dr. Mehmet Emin SERTÇELİK'e

TEŞEKKÜR EDERİM...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	II
İÇİNDEKİLER	III
KISALTMALAR	VI
I. GİRİŞ	1
II. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Tanım	2
2.2. Epidemiyoloji	2
2.3. Etyoloji	3
2.4. Konjenital Kalp Hastalıklarının Sınıflandırılması	5
2.4.1. Asiyantotik Konjenital Kalp Hastalıkları	6
2.4.1.1 Ventriküler Septal Defekt (VSD)	6
2.4.1.2 Atrial Septal Defekt (ASD)	10
2.4.1.3 Patent Duktus Arteriyozus (PDA)	12
2.4.1.4 Aort Stenozu (AS)	14
2.4.1.5 Aort Koartasyonu	16
2.4.1.6 Pulmoner Stenoz (PS)	17
2.4.2. Siyantotik Konjenital Kalp Hastalıkları	19
2.4.2.1 Fallot Tetralojisi (TOF)	19
2.4.2.2 Trikuspid Atrezisi	22
2.4.2.3 Büyük Arter Transpozisyonu (BAT)	23
2.4.2.4 Total Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi (TPVDA)	24
2.4.2.5 Truncus Arteriyozus	26
2.4.2.6 Tek Ventrikül	27
2.5. Yaşam Kalitesi	28
2.6. Anksiyete	30
III. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Örneklem	31
3.1.1. Hasta grubunun seçilmesi	31
3.1.2. Kontrol grubunun seçilmesi	31
3.2. Gereçler	31

3.2.1. Hasta Formu	31
3.2.2. Psikometrik Ölçekler	31
3.2.2.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	33
3.2.2.2. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	33
3.2.2.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	33
3.2.2.4. Kısa Form-36	34
3.2.2.5. Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Kindl	34
3.2.2.6. Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ-Tur)	35
3.2.2.7. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	36
3.2.2.8. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARİ)	36
3.3. İşlem	37
3.4. İstatistiksel Analiz	37
IV. BULGULAR VE TABLOLAR	38
V. TARTIŞMA	76
VI. ÖZET	86
VII. SUMMARY	88
VIII. KAYNAKLAR	90
IX. EKLER	
Ek-1 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	100
Ek-2 Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	103
Ek-3 Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	106
EK-4 Kısa Form-36	109
EK-5 Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Kindl	112
EK-6 KINDLE	117

EK-7 Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ-Tur)	126
EK-8 Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	127
EK-9 Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği	131

KISALTMALAR

YK	: Yaşam Kalititesi
VSD	: Ventriküler Septal Defekt
ASD	: Atrial Septal Defekt
PDA	: Patent Duktus Arteriyozus
AS	: Aort Stenozu
AK	: Aort Koartasyonu
PS	: Pulmoner Stenoz
TOF	: Fallot Tetralojisi
TA	: Trikuspit Atrezisi
BAT	: Büyük Arter Transpozisyonu
TPVDA	: Total Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
ÇATÖ	: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği
CDI	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
SF-36	: Kısa Form-36
SDQ-Tur	: Güçler ve Güçlükler Anketi
ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
PARI	: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
χ^2	: Ki kare

I. GİRİŞ

Konjenital kalp hastalığı terimi kardiyovasküler sistemdeki doğumda veya daha sonra tanımlanabilen, doğuştan olan yapısal veya fonksiyonel anomalileri içerir (1).

Konjenital kalp hastalıklarının görülme sıklığı tüm canlı doğumlarda yaklaşık % 0.5-0.8 dir (2, 3). Azımsanmayacak çoğunlukta gözlenen bu hastalıkların, vücudun bir çok sistemini olduğu gibi hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini, anksiyete ve depresyon duygu durumlarını etkileyebilir ve bu etkilenme destekleyici yaklaşımlarla azaltılabilir.

Biz bu çalışmamızda Celal Bayar üniversitesi tıp fakültesi çocuk kardiyojisi bölümünce takipli yaşları 6-16 arasında değişen 40 siyanotik ve 40 asiyanotik konjenital kalp hastalıklı hasta ile rutin kontrol amaçlı hasta çocuk polikliniğine başvuran kardiyak ve kronik hastalığı olmayan 40 kontrol hastasında ve ailelerinde yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif duygu durum ilişkisini araştırdık.

Konjenital kalp hastalıklı çocukların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, risk gruplarını tanımlamamıza yardımcı olur ve onların sağlık ihtiyaçlarına odaklanan müdahale stratejilerinin detaylandırılması için değerli bilgiler edinmemize imkan verir.

II. GENEL BİLGİLER

KONJENİTAL KALP HASTALIKLARI

2.1. TANIM

Konjenital kalp hastalığı terimi kardiyovasküler sistemdeki doğumda veya daha sonra tanımlanabilen, doğuştan olan yapısal veya fonksiyonel anomalileri içerir. Kalpteki yapısal bir kusur konjenital kalp defekti, konjenital kalp anomalisi veya kardiyovasküler malformasyon olarak isimlendirilebilmektedir (1,4).

2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Konjenital kalp hastalıkları en sık görülen major konjenital anomalilerden biri olmakla birlikte, nedenleri hakkında en az bilgi sahibi olduğumuz hastalık grubudur. Konjenital kalp hastalığı (KKH) sıklığı tüm canlı doğumlarda yaklaşık % 0,5–0,8 olarak bilinmektedir (2,3). Bu oran ölü doğumlarda % 3–4, abortuslarda % 10–25 ve prematürelde (patent duktus arteriyozus dışında) % 2 ile daha yüksektir. Konjenital kalp hastalıkları semptomları itibarıyla geniş bir spektruma sahiptir. 1000 yenidoğanın 2-3'ünde yaşamın ilk bir yılı içerisinde kalp hastalığı semptomları ortaya çıkar. Konjenital kalp hastalıkları ile doğan bebeklerin ise ilk hafta % 40–50' sine, birinci ayda % 50–60'ına tanı konabilmektedir (5, 6).

Güven ve arkadaşları tarafından 2002–2003 yılları arasında yapılan bir çalışmada prematür ve matür yenidoğan servislerine yatırılan bebeklere yapılan ekokardiyografik inceleme neticesinde konjenital kalp hastalığı sıklığı % 4,9 olarak bulunmuştur (7). Bu çalışmada konjenital kalp hastalığı saptanan olgular kalp-damar sistemi dışı nedenlerle hastaneye yatırılabileninden, yenidoğan döneminde kalp hastalıkları yönünden değerlendirmenin önemi vurgulanmıştır. En sık saptanan asiyanotik konjenital kalp hastalığı atriyal septal defekt (ASD) ve ventriküler septal defekt (VSD) iken, siyanotik hastalıklar arasında en sık büyük arter transpozisyonu ve Fallot tetralojisi bulunmuştur.

KKH dağılımı içinde cinsiyet ile bazı hastalık tipleri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Tüm kalp defektlerinin doğumsal sıklığı, önemli ve ciddi kalp defektleri, özellikle siyanotik ve kompleks olanları erkeklerde kızlardan daha fazladır (Tablo 1).

Tablo1: Konjenital kalp hastalıklarının doğumsal cinsiyet hakimiyeti

ERKEK	KIZ
Çift çıkışlı sağ ventrikül	Atriyal septal defekt
Hipoplastik sol kalp sendromu	Atriyoventriküler septal defekt
Büyük damar transpozisyonu	Patent duktus arteriyozus
Aort stenozu	
Pulmoner atrezi	
Triküspid atrezisi	
Aort koarktasyonu	

2.3. ETYOLOJİ

Doğumsal kalp anomalilerinin etyolojisi henüz iyi bilinmemekle beraber % 90' ının oluşumu genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu, multifaktöryel olarak açıklanmaya çalışılmaktadır (8).

Genetik faktörler: Konjenital kalp hastalıklarının % 3'ü klasik tek gen mutasyonları sebebiyle, % 5'i kromozomal anomalilerden dolayı, % 3'ü çevresel faktörler (rubella, fetal alkol sendromu) ve geriye kalan kısmı multifaktöryel gen ya da tek gen etkilerinin gelişigüzel ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmektedir. *Tek gen mutasyonları* (otozomal dominant, otozomal resesif ya da X'e bağlı) genellikle kompleks anormalliklerin bir parçası olarak konjenital kalp hastalığına sebep olmaktadır. Bunların en yaygını olan Noonan sendromu, en sık kardiyak lezyonu pulmoner stenoz ile karşımıza çıkar. Apert sendromu (ventriküler septal defekt, aort koarktasyonu), Holt-Oram sendromu (atriyal ve ventriküler septal defekt) ve Ellis-van Creveld sendromu (tek atriyum) çeşitli kardiyak lezyonları içinde barındıran diğer sendromlardır.

Kromozomal anormallikler de kompleks lezyonlarının bir parçası olarak konjenital kalp hastalıklarına sebep olurlar (9). Örneğin; Down sendromu (trizomi 21) ile ilişkili konjenital kalp defektleri iyi tanımlanmış ve bu sendroma sahip çocukların yaklaşık %40'da aşikar kalp hastalığı gösterilmiştir. Atriyoventriküler septal defektli çocukların %75'i Down sendromuna sahiptir. Bu durum 21. kromozomun özellikle kalbin endokardiyal yastık gelişimindeki rolünü düşündürmektedir. Trizomi 13 ve 18 septal defektler ile tetrazomi 22p (cat-eye sendromu) total pulmoner venöz dönüş anomalisi ile

ve Turner sendromu sol taraf obstrüktif lezyonları ile senromik konjenital kalp defektleri içerisinde teşhis edilen diğer kromozomal anormalliklerdir (10). Kromozomal 22q11 lokalizasyonundaki mikrodelesyonun nonsendromik kalp defektlerinin (özellikle konotrunkal defektler) bazı tipleriyle ilişkili olduğu önceki yıllarda tarif edilmiştir (11). Benzer bölgedeki delesyonlar Di George sendromlu vakaların % 70-90'dan ve trunkus arteriyozus, kesintili aortik ark, fallot tetralojisi, izole ventriküler septal defekt ile ilişkili velokardiofasial sendromlardan mesul tutulmuştur(12).

Çevresel ve maternal faktörler: Bazı çevresel faktörlerin konjenital kalp defektlerinin oluşumuna katkıda bulunduğu bilinmektedir (13). Düşük doğum tartısı ile kardiyak malformasyon arasındaki ilişki iyi tanımlanmıştır. Fallot tetralojisi, atriyoventriküler septal defekt, hipoplastik sol kalp sendromu, pulmoner stenoz, aort koarktasyonu, atriyal ve ventriküler septal defekt gibi kalp defekti ile doğan bebeklerin aynı gestasyon haftasında doğan normal bebeklere kıyasla düşük doğum tartısında olması daha olasıdır (Tablo 2) (10,14).

Hamilelik esnasında alınan bazı ilaçlar kalp anomalileriyle kuvvetle ilişkilidirler. Talidomid konotrunkal defektler ile lityum Triküspid atrezisi ile folat metabolizmasını engelleyen ilaçlar (valproik asit, trimetoprim gibi) konotrunkal defektler ile anti epileptik ilaçlar tüm kalp defektleri ile bağlantılı bulunmuşlardır (15–16). Annedeki diyabet hastalığı çift çıkışlı sağ ventrikül, fallot tetralojisi, büyük damar transpozisyonu ve ventriküler septal defekti içine alan konotrunkal defektlerle ilişkilidir. Annedeki fenilketonüri, romatoid artrit ve sistemik lupus eritematozus gibi kollajen vasküler hastalıklar, koagülopati ve sferositozis gibi hematolojik bozukluklar çocuklar için konjenital kalp defekt riskini yükselten diğer hastalıklardır (17, 18). Annenin gebeliğinin ilk 3 ayında kızamıkçık enfeksiyonu ile karşılaşmış olması; kalp defekli bir bebeğe sahip olması için yüksek risk faktörüdür.

Gebelikte kokain ve alkol kullanımı kalp defektlerinin oluşma riskini artırır. Özellikle hamileliğinde yüksek oranda alkol kullanan kadınların doğumlarının 1000'de 49 gibi bir oranında eşlik eden kalp malformasyonları bilinmektedir (19). Annedeki sigara kullanımı trunkus arteriyozus, patent duktus arteriyozus ve atriyal septal defekt gibi kesin yapısal defektlerin oluşmasında önemli oranda risk faktörü olarak görünmektedir (20).

Tablo 2:Konjenital kalp hastalıklarının etyolojisinde şüpheli veya bilinen risk faktörleri

Annenin sağlığı veya hamilelikle ilgili faktörler

Düşük doğum tartısı

Stresli yaşam

İnsülin bağımlı diyabet

Fenilketonüri

Kollajen vasküler hastalıklar

Koagülopati veya sferositozis

Enfeksiyon (rubella, toksoplasmosis, Cocksackie B, Epstein-Barr, kabakulak)

Annenin ilaç kullanımı

Talidomid

Lityum

Folik asit antagonistleri

Antiepileptik ilaçlar

Annenin beslenme durumu

Folik asit içeren multivitamin kullanma (düşük risk)

Her gün >10.000 İÜ retinol alma

Çevresel

Trikloretilen, dikloretilen ile kontamine su içilmesi

Tehlikeli atık yerlere yakın yaşama

Bazı herbisidler

Annenin kötü alışkanlıkları (ağır alkol kullanımı, kokain kullanma ve sigara içme)

2.4. KONJENİTAL KALP HASTALIKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Doğumsal kalp bozuklukları siyanotik ve asiyanotik olmak üzere iki geniş kategoride sınıflandırılmaktadır (21).

Asiyanotik doğumsal kalp lezyonları sistemik arteriyel doyunluğunun normal olduğu durumlardır. Bu lezyonlar volüm yüküne sebep olan sol-sağ şantlı lezyonlar

(ventrikül septum defekti, atriyal septal defekt, patent duktus arteriyozus) ve sağda veya solda basınç yüküne neden olan obstrüktif lezyonlar (aort stenozu, aort koarktasyonu, pulmoner stenoz)' dur (20, 21).

Siyanozlu doğumsal kalp hastalıklarında sistemik venöz kanın, henüz akciğerlerde oksijenlenmeden direkt olarak sistemik arteriyel dolaşıma karışması sonucu oluşan sağ-sol şant mevcuttur. Sağ-sol şantın neden olduğu sistemik arteriyel desaturasyonun klinik sonucu siyanozdur. Bu hastalıklarda pulmoner kan akımı azalmış (fallot tetralojisi, pulmoner atrezi, triküspid atrezisi, pulmoner stenoz ve ventrikül septum defekti ile birlikte olan büyük arter transpozisyonu) veya artmış (büyük arter transpozisyonu, trunkus arteriyozus, tek ventrikül, total pulmoner venöz dönüş anomalisi) olabilir (Tablo3) (5, 8).

Tablo 3:Konjenital Kalp Hastalıklarının Sınıflandırılması

Asiyanotik Konjenital Kalp hastalıkları	Siyanotik Konjenital Kalp hastalıkları
Sol-Sağ Şanlı	Pulmoner Kan Akımı Azalmış
Ventriküler septal defekt	Fallot tetralojisi
Atriyal septal defekt	Pulmoner atrezi
Patent duktus arteriyozus	Triküspid atrezisi
	PS ve VSD ile birlikte olan büyük arter transpozisyonu
Obstrüktif Lezyonlar	Pulmoner Kan Akımı Artmış
Aort stenozu	Büyük arter transpozisyonu
Aort koarktasyonu	Trunkus arteriyozus
Pulmoner stenoz	Tek ventrikül
	Total pulmoner venöz dönüş anomalisi

2.4.1. ASİYANOTİK KONJENİTAL KALP HASTALIKLARI

2.4.1.1 VENTRİKÜLER SEPTAL DEFEKT

Ventriküler septal defekt (VSD) en sık görülen konjenital kalp anomalisidir. Prevalansı 1000 canlı doğumda 2,5'tur (Tablo 4). Tek başına veya diğer doğuştan kalp hastalıklarıyla birlikte görülebilir. Fallot tetralojisi, çift çıkışlı ventrikül, trunkus arteriyozus gibi doğuştan kalp malformasyonlarında kompleksin bir parçası olarak;

büyük damarların transpozisyonu gibi bazı hastalıklarda ise eşlik eden anomali olarak bulunur (5, 22, 23).

Defekt sağ ve sol ventriküller arasındaki septumda bulunan bir deliktir. Bu soldan sağa şanta ve pulmoner kan akımında artışa neden olarak kalp yetmezliğine yol açabilir. VSD çeşitli büyüklükte, septumun herhangi bir yerinde yer alabilir, nadiren de septumun tamamen yokluğu biçiminde olabilir (8, 24).

Ventriküler septum anatomik olarak küçük bir membranöz parça ve büyük bir müsküler parçadan oluşur. Dolayısıyla VSD'ler 1] perimembranöz defektler (membranöz septum ve civarı), 2] müsküler (trabeküler) defektler olmak üzere ikiye ayrılır. Bu defektlerin yaklaşık % 80'i perimembranözdür (24).

KLİNİK: Hastaların klinik durumu defektin çapına, pulmoner vasküler rezistans derecesine ve her iki parametrenin yaş ile değişimine bağlıdır (25, 26).

Küçük defektler; genellikle asemptomatiktir. Küçük bir soldan-sağa şant hafif taşipne sonucu ile birlikte akciğer kompliyansını az bir oranda değiştirebilirken, bu genellikle tartı alımı ve beslenmeyi engellemez. Prekordiyal vuru hafifçe hiperaktif olabilmesine karşın sıklıkla normaldir. Buna rağmen sol sternum kıyısı boyunca sistoliktril alınabilir ve sol parasternal 3–4. aralıkta III-IV/VI şiddetinde haşin pansistolik bir üfürüm işitilir. İkinci kalp sesi üfürüm içinde kaybolabilir, ancak duyulabildiğinde şiddeti normaldir. Juguler venöz distansiyon, hepatomegali ve ödem yoktur. Akciğerler fizik muayeneyle olağandır (8, 27).

Orta defektler; artmış sol-sağ şant semptom ve bulguların daha belirginleşmesine neden olur. Azalmış akciğer kompliyansı ve artmış solunum yüküne bağlı genellikle taşipne mevcuttur. Büyük şant varlığı çocuklarda normal boy ile birlikte tartı kaybına yol açabilir. Prekordiyal aktivite sağ parasternal ve sol ventriküler apikal bölgeye kadar uzanır. Büyük şantlı hastalarda 4–6 ay veya daha uzun bir dönemde, sol ön toraks duvarı dışarıya doğru kabarır. Üfürüm tril ile birlikte duyulan pansistolik haşin tabiattadır. Birinci kalp sesi normal, ikinci kalp sesi güç duyulur. İşitildiğinde dar çift ve pulmoner komponenti hafifçe şiddetlenmiştir. Karaciğer genellikle ele gelirken splenomegali gözlenmez. Akciğerlerde duyulan raller konjestif kalp yetmezliği ya da pnömoninin göstergesidir (27).

Tablo 4:Konjenital kalp hastalıklarının dağılımı

Defektin tipi	Tüm konjenital kalp hastalıkları içinde sıklığı (%)
Ventrikül septum defekti	25–30
Atriyal septal defekt (sekundum)	6–8
Duktus arteriyozus açıklığı	6–8
Aort koarktasyonu	5–7
Fallot tetralojisi	5–7
Pulmoner valvüler stenoz	5–7
Aort stenozu	4–7
Büyük arterlerin transpozisyonu	3–5
Hipoplastik sol ventrikül	1–3
Hipoplastik sağ ventrikül	1–3
Trunkus arteriyozus	1–2
Total pulmoner venöz dönüş anomalisi	1–2
Triküspid atrezisi	1–2
Tek ventrikül	1–2
Çift çıkışlı sağ ventrikül	1–2
Diğerleri	5–10

*Bu dağılım preterm doğumlardaki duktus arteriyozus açıklığı, biküspid aortik valv, fizyolojik periferik pulmoner stenoz ve mitral kapak prolapsusu vakalarını içermemektedir.

Büyük defektler; orta defektlerdeki gibi sol-sağ şant artmıştır. Klinik; pulmoner vasküler rezistansın düştüğü yaşamın 3 ya da 4. ayına kadar belirgin değilken, bu aydan itibaren konjestif kalp yetersizliğinin semptom ve bulguları hızlı bir gidişle kendini gösterir. Yetersiz tartı alımı, terleme ve sık alt solunum yolu enfeksiyonları gelişir. Hasta infant huzursuzdur. Yetersizlik uzun dönem ve şiddetli olduğunda boy alımı da azalır. Taşipne, taşikardi, boyun ven distansiyonu ve hepatomegali saptanır. Prekordiyal

vuru sol parasternal kaldırıcı etkisiyle birlikte artmıştır. Sistolik tril; basınç gradientine karşı akım azalmasıyla ilişkili olarak orta defektlere göre daha az alınır. Üfürüm pansistolik, az bir lokalizasyondadır ve genellikle sol alt sternal sınırda işitilebilen diyastolik akım rulmanı vardır (27, 28).

Elektrokardiyografi (EKG); küçük defektlerde normaldir. Orta defektlerde sol ventrikül hipertrofisi ve ara sıra sol atriyum hipertrofisi meydana gelebilir. Büyük defektlerde kombine ventriküler hipertrofi sol atriyum hipertrofisi ile birlikte ya da birlikte olmadan gözlenir (29).

Göğüs radyografisi; küçük defektlerde normal, orta defektlerde akciğer vaskülaritesinde artma, sol atriyum ve sol ventrikül genişlemesi görülür. Pulmoner arter de genişlemiştir. Büyük defektlerde sol atriyum ve sol ventrikülde genişleme daha belirgindir. Pulmoner hipertansiyonun yerleştiği, pulmoner damar direncinin arttığı geniş defektlerde pulmoner konus belirgin, akciğer vaskülaritesi santralde yoğunlaşmış, periferde ise azalmıştır (8).

Ekokardiyografi: VSD'nin yeri, genişliği, iki ventrikül arasındaki basınç farkı, kalp boşluklarının boyutları, sağ ventrikül basıncı, Qp/Qs (pulmoner debi/sistemik debi) oranı, VSD ile birlikte diğer patolojilerin tespiti ve VSD'nin ayırıcı tanısının kesinleştirilmesi için mutlaka gereklidir (36).

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi: yalnızca kompleks anatominin değerlendirilmesi, pulmoner vasküler obstrüktif hastalık şüphesinin kesinleştirilmesi ve transkateter girişimsel tedavi için gerekmektedir (30).

PROGNOZ ve KOMPLİKASYONLAR

Küçük defektlerin büyük bölümü 18 ay civarında kendiliğinden kapanır, % 50'si 4 yıl ve % 75'i 10 yılda kapanır (31). Konjestif yetersizlik, büyük bir VSD'nin tehlikeli ve kaçınılmaz bir sonucudur. Konjestif yetmezlikli VSD'lerde ölüm riski % 11 dolayındadır. Küçük defektlerden subarteriyel olanlarda aort kapak prolapsusu ve aort yetersizliği; bazı VSD'lerde sol ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu gelişebilir (8, 32). Tıbbi olarak tedavi edilen komplikasyonsuz VSD'si olan hastalarda enfektif endokardit riski yaşamın ilk 30 yılı için % 4–10 arasındadır (33). Geniş defektli vakaların bir kısmında pulmoner damar direncinin fazla artmış olması sonucu Eisenmenger sendromu gelişir. Eisenmenger sendromu geniş bir soldan sağa şantın sonucu olarak, pulmoner arter basıncının sistemik düzeye ulaşması, pulmoner vasküler obstrüktif hastalık

gelişmesi ve şant akımının sağdan sola dönmesi ya da iki-yönlü olmasıyla karakterizedir (8, 34–36).

TEDAVİ: Küçük defektlerde aort valv prolapsusu ve aort yetersizliği gibi özel durumlar dışında ameliyat endikasyonu yoktur. 1–2 yıl ara ile kontrol edilmeleri ve ağız/diş temizliği, dental ve cerrahi girişimlerde enfektif endokarditten korunmak için antibiyotik kullanmaları önerilmelidir. Orta defektlerde ise kalp yetersizliği bulguları varsa kalp yetersizliği tedavisi ile yakın izlem gerekir. Defekt kapanmaz ve akımlar oranı >2/1 ise okul öncesi dönemde ameliyat önerilir. Büyük defektlerde, yoğun kalp yetersizliği tedavisi yapılır. Hasta medikal tedavi ile 6 ay veya 1 yaşın üzerine çıkarılmaya çalışılır ve açık kalp ameliyatı ile VSD primer sütür veya yama ile kapatılır.

Eğer kalp yetersizliği kontrol altına alınamaz ise, pulmoner hipertansiyon gelişmişse, ağır büyüme gelişme geriliği varsa, sık akciğer enfeksiyonu nedeniyle yaşamı tehlikeye giriyorsa, yaşına bakılmaksızın acilen ameliyat edilir (37).

2.4.1.2. ATRİYAL SEPTAL DEFEKT

Atriyal septal defekt (ASD), sağ ve sol atriyumlar arasındaki septumun tam olarak kapanmaması ile karakterize, sık görülen bir doğumsal kalp hastalığıdır. Sekundum ASD, primum ASD, sinüs venozus tipi ASD, patent foramen ovale, koroner sinüs tipi ASD şeklinde olabilir (38).

Sekundum ASD; fossa ovalis bölgesini tutar ve en sık (%70) rastlanan tipidir (39).

Primum ASD; Tüm ASD'lerin % 20'sini oluşturur. Hemen AV kapakların yakınında ve foramen ovalenin altında yer alır. Endokardiyal yastık gelişimindeki bozukluklardan kaynaklanır. Bu endokardiyal yastık kusurları ya parsiyel atriyoventriküler kanal (primum ASD + AV kapak anomalisi) veya total atriyoventriküler kanal (Primum ASD+ VSD+ AV kapak anomalisi) şeklinde görülür (30).

Sinüs venozus tipi ASD; fossa ovalisin üst tarafındadır. V. cava superior'un giriş yeri ile yakın ilişkiindedir ve bazen V. cava superior kanı sol atriyuma girer (8).

Koroner sinüs tipi ASD; normalde koroner sinüs tarafından işgal edilen pozisyonayerleşen nadir bir ASD tipidir (39).

Patent foramen ovale; Sağ atriyumu sol atriyumdan ayıran septumun (interatriyal septum) ortasında fossa ovalis adını alan hafif bir çukurluk ve bunun hemen altında, kimi zaman doğumdan sonrada açık kalabilen foramen ovale bulunur. İzole foramen ovale açıklığı ASD olarak kabul edilmez (8, 40).

KLİNİK: ASD'li infantların çoğu asemptomatiktir ve fark edilmezler. Öncelikle 6 ile 8. haftada duyulan yumuşak bir üfürüm ve muhtemelen geniş ve sabit çift olarak işitilen ikinci kalp sesi ile ortaya çıkarılabilirler. Orta derecedeki sol-sağ şanta sahip çocuklarda hafif yorgunluk ve dispne gözlenebilir. Daha büyük çocuklarda ve büyük şantlarda bu semptomlar daha belirgindir. Büyüme geriliği genellikle nadirdir. Oskültasyonla üç önemli özellik vardır. a) Tipik genişlemiş ve sabit çiftleşmiş ikinci kalp sesi, b) İkinci sol interkostal aralıkta işitilen yumuşak sistolik bir üfürüm, c) sol alt sternal kıyıda erken middiyastolik üfürüm. Sistolik üfürüm pulmoner kapaktan geçen artmış kan akımına bağlı duyulan şiddetlenip-hafifleyen (crescendo-decrescendo) şeklindedir. Middiyastolik üfürüm şanta bağlı artmış kan volümünün triküspid kapaklardan geçişinin bir sonucudur (41). Pulmoner hipertansiyonun geliştiği durumlarda şant miktarının azalmasına bağlı olarak üfürümlerin şiddeti azalır, ikinci sesin pulmoner komponenti şiddetlenir. Pulmoner yetmezlik üfürümü duyulabilir (1). Primum ASD'de major mitral kapak yetersizliği ve multiple kardiyak defektlerle birlikte olduğu zaman; infant döneminde kalp yetmezliği semptom ve bulguları meydana gelebilir. Dispne, yorgunluk, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları erkenden ortaya çıkabilir. Büyüme geriliği primum ASD'de sekundum ASD'e göre daha yaygındır. Aort koarktasyonu ek lezyon olarak bulunabilir (8, 42).

Komplet AV septal defekt varlığında bulguları primum ASD'e benzer. Ancak tek kapağın yetersizliği belirgindir ve birinci kalp sesi tek işitilir. Pulmoner hipertansiyon erken geliştiğinden ikinci ses sabit ve yakın çift işitilir. Pulmoner komponenti de şiddetlenmiştir. Bu defektlerin yakın takibi esastır (1, 8).

Elektrokardiyografi; Sağ aks sapması +90 ile + 180 derece arasında değişir. Sağ dal bloğu ile birlikte olabilen rsR veya rSR paterninde sağ ventrikül hipertrofisi görülür. Primum tipi ASD'de sol-aks deviasyonu sıktır. Ciddi aritmiler genellikle yetişkinlere sınırlıdır; en sık görülen aritmiler atriyal fibrilasyon ve atriyal flutterdir (8, 29, 39).

Göğüs radyografisi; Sağ ventrikül ve sağ atriyumda genişleme, akciğer damarlanmasında artma, pulmoner arter ve dallarında genişleme görülür. Primum ASD'de her iki atriyumda dilatasyon, sağ ventrikül genişlemesi ve mitral yetersizlik derecesi ile ilişkili olarak sol ventrikül genişlemesi görülür. Komplet AV septal defektte ayrıca biventriküler hipertrofi vardır.

Ekokardiyografi; sağ atriyum, sağ ventrikül diyastol sonu boyutlarının genişlemiş olduğu, interventriküler septumun paradoks hareketi saptanır; defektin yeri ve çapı belirlenir. Qp, Qs ve şant hesaplanabilir. İlave defektler aranır (8).

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi; Sağ kalp kateterizasyonu; oksimetri yöntemiyle şantın şiddeti ve lokalizasyonu saptanır. Defektin yeri, boyutları, basınç gradienti ve kalp boşluklarının basınçları, kalp debisi, şantın debisi ve diğer anomalilerin olup olmadığı saptanır.

PROGNOZ VE KOMPLİKASYONLAR: Vaktinde ameliyat edilen olgularda, beklenti; normal bir yaşam süresi ve kalitesidir. Vakaların çoğunda pulmoner hipertansiyon ve buna bağlı bulgu ve belirtiler yirmili yaşlarda başlar. Ölümler en çok eisenmenger sendromunu takiben konjestif kalp yetmezliği gelişmesi sonucunda meydana gelir. Diğer başta gelen ölüm nedenleri; tromboemboliler, pulmoner vasküler tromboz, beyin abseleri, enfeksiyonlar ve benzeridir (30).

TEDAVİ: Sekundum defektler nadiren yaşamın ilk 2 yılından sonra kapanır. Medikal tedavi palyatif ve mevcut komplikasyonlara göre yapılır. Atriyal aritmileri olmayan, sağ ventrikül yüklenmesi olmayan, triküspid yetmezliği olmayan olgularda 5 ile 10 yaş arasında cerrahi tedavi yapılmalıdır. Semptomatik olgularda, pulmoner arter /aorta akım oranı 1,5'in üzerinde ise veya pulmoner hipertansiyon varsa ASD kapatılmalıdır. ASD küçükse primer olarak orta boy veya genişse, perikard yaması veya sentetik yama ile onarılır. Son yıllarda, cerrahiye alternatif olarak, seçilmiş olgularda septal oklüder (şemsiye) ile perkütan olarak ASD kapatılabilmektedir (30, 38).

2.4.1.3 PATENT DUKTUS ARTERİYOZUS

Duktus embriyonel hayattaki 6. aortik arktan oluşur. Akciğerler kollabe olduğundan fetal hayatta açık olması zorunlu olan duktus arteriyozus aracılığı ile sağ ventrikül kanının tamamına yakını inen aortaya atılır. Doğumdan sonra ise akciğerler açıldığından duktus arteriyozusa ihtiyaç kalmaz ve kapanmaya başlar. Kapanmazsa patent duktus arteriyozus (PDA) oluşur ve aortadan pulmoner artere doğru şanta neden olur.

KLİNİK: Hastanın klinik bulguları soldan sağa şantın miktarına yani duktusun çapına ve pulmoner basınca bağlıdır. *Küçük PDA*; hiçbir semptom bulunmaz. Tek bulgu sol klavikula altında, 1–2. interkostal aralıkta duyulan sistolo-diyastolik üfürümdür.

Üfürüm sistol sonuna doğru giderek kuvvetlenir, diyastol sonuna doğru ise giderek azalır. *Büyük PDA*; büyük VSD gibi kalp yetersizliği bulguları, büyüme gelişme geriliği, sık alt solunum yolu enfeksiyonu öyküsü bulunur. Muayenede nabız basıncı artmıştır (canlı, sıçrayıcı nabız). Sol ventrikül aktivitesi artmıştır. Sol 1–2. interkostal aralıkta tril ile birlikte sistolo-diyastolik üfürüm duyulur. Pulmoner hipertansiyon (PH) gelişirse ikinci kalp sesi (S2) sertleşir ve üfürümün diyastolik kısmı hafifler veya kaybolur. Mitral odakta mitral akım fazla olduğundan, middiyastolik rulman da duymak mümkündür (43).

Elektrokardiyografi; Küçük PDA'da normaldir. Büyük PDA'da sol aks deviasyonu ve sol ventrikül hipertrofisi vardır.

Göğüs radyografisi; Küçük PDA'da normal, büyük PDA'da kardiomegali, pulmoner konusta belirginleşme, akciğer damarlanmasında artış gibi klasik sol-sağ şant bulguları görülür (44).

Ekokardiyografi; Sol atriyum, sol ventrikül, pulmoner arter geniştir. Duktus suprasternal çukurdan eko ile görülerek çapı ölçülebilir. Doppler ile ana pulmoner arterde devamlı türbülant akım alınır (45).

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi; Sağ atriyum ve ventrikülle karşılaştırıldığında pulmoner arterdeki saturasyon şantın boyutuna göre artmıştır. Geniş bir duktusu olanlarda pulmoner arter ve sağ ventrikül basınçları yükselmiştir (39).

PROGNOZ VE KOMPLİKASYONLAR: Küçük PDA'da semptom yoktur. Tek riski enfektif endokardit/endarterittir. Prematüre PDA'sı dışında genellikle spontan kapanmaz. Büyük PDA'da pulmoner arterler hem yüksek volüme, hem de yüksek basınca maruz kaldığı için hızla PH gelişir ve Eisenmenger sendromuna dönüşür (46).

TEDAVİ: PDA tanısı almış yenidoğanda kalp yetersizliği varsa antikonjestif tedavi verilmelidir. Prematürede ise kalp yetersizliği bulgusu varsa destek tedavisi, sıvı kısıtlaması ve diüretik verilmesi genellikle sorunu çözer. İlk 5 gün içinde % 1–2 kilokayı olacak şekilde sıvı kısıtlaması uygundur (43,46). Duktus kapanmamışsa 3. günden sonra intravenöz (IV) indometazin 0,2 mg/kg/doz 12–24 saat arayla 3 doz verilebilir. Bunun için hastada duktusa bağlı bir kalp hastalığının olmadığını gösterilmesi gerekir ve trombositopeni (< 50.000/mm³), kanama diyatezi, aktif kanama, nekrotizan enterokolit ve oligüri (< 1ml/kg/saat) olmamalıdır (43,46–49). Ayrıca oral veya IV ibuprofen 12–24 saat arayla 3 doz verilebilir. İlk doz 10 mg, sonrakiler 24 saat

arayla 5 mg/kg/doz şeklindedir. İbuprofen kullanma şartları da indometazin gibidir (43, 46–49). Miadında bebeklerde bu yöntem genellikle etkili değildir. Bu önlemlerle kapanmamışsa PDA küçük bile olsa, enfektif endokardit riski nedeniyle tercihen 1 yaş içinde, en geç okul çağından önce kapatılmalıdır. PH gelişmişse ve medikal tedavi ile kalp yetersizliği düzeltilemez ise yenidoğan dönemi dahil her yaşta acil ameliyat önerilir. Artık çoğu vakada ameliyatsız, kateter ile PDA coil denilen tıkaçlar konularak kapatılabilmektedir (43, 50).

2.4.1.4. AORT DARLIĞI

Konjenital aort darlığı (AD) valvüler, subvalvüler veya supralvalvüler seviyelerde görülebilir (59). AD erkeklerde 3:1 oranında daha siktir. Çocukluk çağındaki konjenital kalp hastalıkları içinde % 5 oranında görülür (5, 8).

Valvüler AD; en yaygın görülen form olup, yaprakçıklar kalınlaşmış ve komisürler değişik derecelerde birleşmiştir (5). Kapak alanı normalde > 2,5 cm²'dir. Bu alanda 1/3 oranında daralma oluştursa belirgin kardiyak ve hemodinamik etkiler ortaya çıkar (51).

Subvalvüler AD; lezyon aort kapağının altında, sol ventrikül çıkışını çevreleyen membranöz diyafragma veya fibröz halka ya da daha seyrek olarak görülen diffüz bir daralma şeklindedir. Subaortik darlığın neden olduğu sol ventrikül jet akımı ile aort kapakları hasara uğrar ve aort yetersizliği gelişebilir (8).

Supralvalvüler AD (SVAD); çıkan aortanın lokal veya diffüz şekilde olabilen konjenital darlığıdır (52).

KLİNİK: Hafif darlığı olan olgularda genellikle semptom izlenmez. Semptomlar ortaya çıktığında ise genellikle ciddi aort darlığı saptanır. Soluk görünüm, çabuk yorulma, düşük amplitüdü nabız basıncı ve kan basıncı, göz kararması ve senkop, anjina, efor dispnesi, aritmiler, ani ölüm ve son dönemde sol kalp yetmezliği görülür. Fizik bulgular sol ventrikül çıkış yolundaki darlığın derecesiyle ilişkilidir.

Orta derecedeki darlıklarda nabız, kalp boyutu ve apikal vuru normaldir. Darlığın şiddeti arttıkça nabız zayıflar, sol ventrikül apikal vurusu ile birlikte kalp genişler. En iyi sağ 2. İnterkostal aralıkta, parasternal bölgede duyulan ve karotislere yayılan, şiddetlenip-hafifleyen (crescendo-decrescendo) sistolik bir ejeksiyon üfürümü duyulur. Hafif darlıklarda sistolik ejeksiyon kliği ve klikten sonra başlayan ve kısa süren bir ejeksiyon üfürümü duyulurken ilerlemiş aort darlığında üfürüm geç sistolik devreye kadar yayılır. Klik ileri aort stenozu ve subvalvüler darlıkta olağan değildir. İleri aort

darlığı olan olgularda 1. kalp sesi hafifler ve bazen duyulamayabilir. İleri aort stenozlu olgularda 2. kalp sesinde solunumla paradoks çiftleşme duyulur. Dördüncü kalp sesi (S4) darlık şiddetlendiğinde duyulabilir. Subvalvüler darlıkta üfürüm sol sternal kıyı boyunca ve apekte duyulur. Ayrıca aort yetersizliğini gösteren yumuşak, giderek azalan (decrecendo) diyastolik üfürümü sıklıkla mevcuttur (5, 51).

Elektrokardiyografi; Sadece ciddi aort darlığında değişiklik gösterir. Sol ventrikül hipertrofisi, DI, aVL, V5, V6' da T dalgasında küçülme görülebilir. Sol anterior hemiblok veya sol dal bloğu görülebilir (53). T negatifliği olan aort stenozlularda genellikle kapaktaki gradient (basınç farkı) 50 mmHg'dan fazladır. Yetmezlik ve darlığın bir arada olduğu olgularda volüm yüklenmesi ile birlikte olduğu için, küçük Q dalgalarının görülmesi tipiktir (51).

Göğüs radyografisi; Çıkan aortada poststenotik dilatasyon valvüler darlıkta gözlenirken, subvalvüler ve supravalvüler de gözlenmez. Kompanse devrede normal büyüklükte kalp, terminal dönemde dilatasyona bağlı kardiyomegali görülür.

Ekokardiyografi; Obstrüksiyonun derecesi saptanır. İki boyutlu EKO ile sol ventrikül hipertrofisi, kalınlaşmış ve kubbe tarzında kapak, kapak yaprakçıklarının sayısı, mevcutsa subaortik ya da supraaortik membran saptanır. Ek anomaliler olarak aort arkı ve mitral kapak anomalileri aranır. Doppler EKO ile basınç gradientindeki artış hesaplanır. Aort darlığı ile birlikte aort yetmezliğinin olup olmadığı değerlendirilir (5, 8, 51).

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi; Çok defa gerekemeyebilir. Aort valvüloplastisine karar verilirse ya da stenozu açmak üzere valvüloplasti için kateterizasyona gerek duyulur. Sol ventrikül kateterizasyonu ile sol ventrikül ile aorta arasındaki basınç gradientinin büyüklüğünü gösterir (5, 8).

PROGNOZ VE KOMPLİKASYONLAR: Aort darlığı olan olgular semptomlar ortaya çıkmadan önce yıllarca asemptomatik yaşayabilirler. Ancak semptomlar ortaya çıktıktan sonra prognoz kötüdür. Asemptomatik ciddi aort darlığı olan olgularda ani ölüm riski yılda %2 civarındadır.

TEDAVİ: Ömür boyu enfektif endokardit profilaksisi gereklidir (5). Kalp yetmezliği semptomları gelişmiş ve /veya sol ventrikül dilatasyonu ile birlikte ejeksiyon fraksiyonu azalması olan olgularda diüretik (dikkatle) ve dijital preparatları uygulanır. Aritmisi olan olgularda antiaritmik tedavi, atriyal fibrilasyon gelişen olgularda kardiyoversiyon

yapılır. Ciddi aort darlığı olan asemptomatik olgularda sportif faaliyetler ve ağır bedensel aktiviteler kısıtlanmalı ve hastalara her 6 ile 12 ayda bir ekokardiyografik inceleme yapılmalı ve özellikle sol ventrikül fonksiyonlarındaki değişikliklere dikkat edilmelidir. Aortik kapak alanı $< 0,8 \text{ cm}^2$ veya $0,5 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ ve semptomatik olan tüm hastalarda valvüloplasti veya kapak replasmanı endikedir. Ciddi aort darlığı ile birlikte sol ventrikül fonksiyonlarında bozulma olan tüm olgularda semptom olsun veya olmasın operasyon endikasyonu vardır (51).

2.4.1.5. AORT KOARKTASYONU

Aort koarktasyonu (AK), aortun konjenital darlığıdır ve tüm konjenital kalp hastalıklarının %5'ini oluşturur. Darlık % 98 oranında sol subklavian arterin arcus aortadan çıkış yerinin hemen distalinde ve duktus arteriyozusun aortaya girdiği yerin tam karşısındadır. Bu yüzden jukstaduktal koarktasyon adını alır. (8, 54, 55).

Preduktal (infantil) koarktasyon; tipinde lezyon duktustan öncedir. Bu tip koarktasyonda duktus hemen daima açıktır.

Postduktal (erişkin) koarktasyon; tipinde ise darlık sol subklavian arterin ayrıldığı noktanın distalinde ve duktusun aortaya bağlandığı seviyededir. Bütün aort koarktasyonlarının yaklaşık % 75'ini oluşturur. AK'lu olguların % 46'da aort kapağı biküspittir.(30).

KLİNİK: Hipertansiyon, sol kalp yetmezliği ve alt ekstremité perfüzyon bozukluğuna bağlı; efor dispnesi, başağrısı, burun kanaması, çabuk yorulma gibi semptomlar vardır. Fizik muayenede sıcak el-soğuk ayak bulgusu saptanabilir. Karotid arterlerde belirgin ve sıçrayıcı nabız palpe edilirken, alt ekstremité nabızları zayıf ve gecikmelidir. Üst ve alt ekstremiteler arasında sistolik kan basıncı farkı 20 mmHg'dan fazladır. Dinamik sol ventrikül apeks vuruları palpe edilir. En iyi sırtta, interskapular alanda duyulan sistolik bir üfürüm vardır. Ayrıca göğüs ön duvarında kollateraller olabilir ve bunlara bağlı devamlı bir üfürüm duyulabilir (30, 32).

Elektrokardiyografi; Çocuklarda özellikle ilk 3 ay sağ veya biventriküler hipertrofi, büyüklerde sol ventrikül hipertrofisi gözlenir (30, 31).

Göğüs radyografisi; Semptomatik çocuklarda kardiyomegali, akciğer konjesyon bulguları gözlenirken; asemptomatik ve daha büyük çocuklarda kalp normal, normalin üst hududunda veya normalden geniş olabilir. Olguların % 80'de genellikle 4. ve 8. kostaları tutan iki taraflı kosta çentiklenmesi vardır. Kosta çentiklenmeleri, genişlemiş

interkostal arterlerin pulsasyonlarının kostalarda yaptığı erozyonlara bağlı olarak gelişir (30, 56).

Ekokardiyografi; Koarktasyonun yeri, derecesi, inen aortada poststenotik dilatasyon ve ilave kardiyak lezyonlar değerlendirilir. Doppler ile koarktasyonun distal ve proksimal bölgeleri arasındaki basınç gradienti ölçülebilir (1).

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi; selektif sol ventrikülografi ve aortografi ile hastalarda ilave anomaliler ve kollateral kan dolaşımı gösterilebilir (5).

PROGNOZ VE KOMPLİKASYONLAR:

Ameliyat olmayan hastalarda en fazla yaşam beklentisi 30–35 yaşına kadardır. Bu hastalarda subaraknoid kanama (Willis poligonunda konjenital anevrizma sıklığı), aort rüptürü, aort disseksiyonu sol kalp yetmezliği, enfektif endokardit ve miyokart enfarktüsü gözlenebilir.

TEDAVİ: Enfektif endokardit profilaksisi, varsa kalp yetmezliğinin tedavisi gerekir. Asemptomatik çocuklarda ameliyat en geç okul döneminden önce yapılmalıdır. Semptomatik olan bütün hastalarda derhal cerrahi tedavi uygulanmalıdır (30).

2.4.1.6. PULMONER STENOZ (DARLIK)

Pulmoner darlık (PS) genellikle konjenital nedenli olup; konjenital kalp hastalıklarının yaklaşık % 7-12'sini oluşturur. Sağ ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonunun en sık nedenidir. Darlık valvüler, subvalvüler (infundibuler) veya supralvalvüler olabilir (29, 57, 58).

Valvüler PS; olguların % 80'de darlık kapak seviyesindedir ve erkeklerde daha fazla görülür. Pulmoner kapak yaprakçıkların füzyonu veya yokluğu ile kalınlaşmıştır. Displastik kapaklar sıklıkla Noonan sendromunda görülür (29, 57). *İnfundibuler PS;* izole seyrek olarak görülür. Genellikle geniş VSD ile ilişkilidir, *Supralvalvuler PS;* pulmoner arterin darlığı için isimlendirilir. Bazen rubella ve williams sendromu ile gözlenir (29).

KLİNİK: Çocuklar hafif PS' da tamamıyla asemptomatiktir. Efor dispnesi ve çabuk yorulma orta şiddetteki hastalarda mevcut olabilir. Şiddetli vakalarda kalp yetmezliği ve efor göğüs ağrısı gelişebilir. Hastaların çoğu asiyanotik ve iyi gelişmiştir.

PS' lu yenidoğanlar taşipneik ve siyanotiktir. Sağ ventrikül vurusu ve sistolik tril sol üst sternal kıyıda alınabilirken, sistolik ejeksiyon kliği valvüler stenozda duyulabilir.

Elektrokardiyografi; Hafif vakalarda normaldir. Sağ atriyal dilatasyon ve sağ ventrikül hipertrofisi orta dereceli PS' da mevcuttur. Sağ ventrikül hipertrofisinin derecesi PS şiddeti ile koreledir (29).

Göğüs radyografisi; Pulmoner kapak dar olduğu için sağ ventrikülden yüksek basınçla pulmoner artere atılan kan ana pulmoner arterde dilatasyona yol açar. Buna poststenotik dilatasyon denir. Bu hastalarda pulmoner konus genişlemiştir ama soldan sağa şantlı hastalıklardan farklı olarak kardiyomegali ve akciğer damarlanmasında artış yoktur (59).

Ekokardiyografi; İki boyutlu Eko'da kalın pulmoner kapak yaprakçıkları sistolde kısıtlanmış hareketleri ile gözlenir. Pulmoner kapak anulusunun boyutu hesaplanabilir. Ana pulmoner arter sıklıkla dilatedir (29).

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi; sağ ventrikül ve sağ atriyum basıncında artış ile sağ ventrikül çıkış yolundaki basınç farkının derecesi, atriyal düzeyde sağ-sol şant olup olmadığı, anjiyokardiyografi ile de pulmoner orifisin daralmış olduğu, kapağın kubbe görünümü, çok defa var olan infundibuler obstrüksiyon, varsa VSD veya ASD saptanır (8).

PROGNOZ VE KOMPLİKASYONLAR: Ağır obstrüksiyon yıllar içinde sağ ventrikülü bozarak yetmezliğe, aritmilere ve erken ölümlere yol açabilmektedir. Sağdan sola şant gelişen olgularda beyin apsesi riskinde artış olur. Enfektif endokardit yönünden risk artışı anlamlıdır.

TEDAVİ: Kritik aort darlığı olan kalp yetmezlikli ve siyanozu olan olgularda kalp yetmezliği tedavisi yapılır. Kritik aort darlığı olan yenidoğanlarda prostaglandin E (PGE)-1 infüzyonuyla duktus arteriyozusun açık kalmasının sağlanması yararlı olabilir. Asemptomatik ve sağ ventrikül sistolik basıncı 70 mmHg'yı aşarlarda veya kapak gradienti 70 mmHg'yı aşarlarda elektif girişimsel tedavi (balon valvülotomi veya cerrahik kapak onarımı/ infundibuler myomektomi) uygulanır. Enfektif endokardit profilaksisi her zaman gereklidir.(30).

2.4.2. SİYANOTİK KONJENİTAL KALP HASTALIKLARI

2.4.2.1 FALLOT TETRALOJİSİ (TOF)

Fallot tetralojisi bir yaşından sonra en sık görülen siyanotik konjenital kalp hastalığıdır. Karakteristik özellikleri, büyük malalignment yapıda VSD (genellikle, çapı aortik kapak anulusu ile aynı olan), sağ ventrikül çıkım yolu darlığı, ata-biner tarzda dekstrapozisyonlu aorta ve sağ ventrikül hipertrofisi şeklindedir. Eğer bunlarla birlikte ASD'de varsa Fallot pentalojisi de denmektedir. Pulmoner stenoza bağlı olarak; sağ ventrikül hipertrofisi, akciğer perfüzyonunda azalma, sağdan sola şant ve santral siyanoz gelişmektedir. Eğer pulmoner stenoz hafif olursa şant soldan sağa olabilir. Bu durumda siyanoz izlenmez ve bu hastalara pembe Fallot adı verilir (30,60).

KLİNİK: Semptomların şiddeti pulmoner stenozun derecesi ile ilişkilidir. Siyanoz doğumda mevcut olabilir ya da daha geç infant dönemi boyunca veya çocukluk çağında pulmoner stenozun artmasına bağlı olarak gözlenebilir.

Tipik olarak 6 hafta ile 6 ay arasında siyanoz fark edilir. Fark edildiğinde müköz membranlarda, ağız ve tırnak uçlarında gözlenir. Efor dispnesi, çömelme ve hipoksik nöbetler oluşabilir. Çocukluk çağı sırasında anemi veya enfektif endokardit gibi üzerine binen bir hastalık olmadığı sürece konjestif kalp yetersizliği bulguları ortaya çıkmaz. Sürekli siyanozu sahip hastalarda el ve ayak parmaklarında çomaklaşma (6 aylıktan önce oldukça seyrek) görünür. Sol orta sternum sınırında sistolik bir tril palpe edilebilir. Aorta kaynaklı ejeksiyon klik işitilebilir. 2. kalp sesi sadece aortik komponente ait olarak tek işitilir. Pulmoner kapaktan kaynaklanan 3–5/6 şiddetinde sistolik ejeksiyon üfürümü sternumun sol kenarında 2–4. interkostal aralıklar arasındadır ve sol omuza yayılır. Sağ ventrikül çıkış yolu darlığı arttıkça üfürüm hafifler ve kısalmır (8, 39, 29, 61).

Elektrokardiyografi;

Genelde frontal QRS aksı +120 ile +180° arasındadır. Sağ ventrikül hipertrofisi ve sıklıkla sağ atriyum genişlemesi bulguları vardır (5, 8).

Göğüs radyografisi; Kalp büyük değil, sağ ventrikül hipertrofisi nedeniyle apeks yukarı kalkmıştır. Buna tahta pabuç görünümü adı verilir. Sağdan sola şant nedeniyle pulmoner arter ve akciğere giden kan azaldığı için, pulmoner konus çökük ve akciğer damarlanması azalmıştır (59).

Ekokardiyografi; Pulmoner stenozun yeri ve derecesi, VSD, aortanın dekstrapozisyonu, sağ ventrikül hipertrofisi saptanır. Ek anomali araştırılır.

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi; Pulmoner basıncın ölçülmesi, sağ ventrikül ve aort basınçlarının eşit olduğunun gösterilmesi, sağ ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonunun gösterilmesi, aort anatomisinin ve VSD'nin gösterilmesi, aortada oksijen saturasyonunun düşüklüğü (% 75–85) belirlenir (30).

PROGNOZ VE KOMPLİKASYONLAR: Siyanozu ciddi olanlarda gelişme geriliği oluşabilir. Hipoksik nöbetler gelişebilir. Siyanoza sekonder polisitemi meydana gelir. Demir eksikliği anemisi yönünden hastaların izlenmesi gerekir. Subakut bakteriyel endokardit nadir bir komplikasyondur. Beyin apsesi ve serebrovasküler olaylar seyrek olmakla beraber oluşabilir. Pıhtılaşma bozukluğu uzun süren siyanozun geç bir komplikasyonudur. Ameliyat yapılamayan vakaların çok büyük bir bölümü hipoksi ve enfektif endokardit gibi nedenlerle çocukluk yıllarında kaybedilir (8, 29).

TEDAVİ: Siyanozu çok şiddetli olan bir yenidoğanda prostaglandin uygulanması cerrahi yapılanaya kadar duktusun açık tutulması için yararlı olacaktır. Hematokrit ve hemoglobin takip edilmeli ve demir eksikliği anemisi, dehidratasyona ve olasılıkla trombolitik komplikasyonlara neden olan ateş veya başka hastalıklar acilen tedavi edilmelidir. Bir infanttaki hipoksik ataklar başlangıçta diz-göğüs pozisyonuna getirilerek, yüksek konsantrasyonda oksijen ve morfin sülfat uygulanarak tedavi edilmelidir. Eğer asidoz varsa ve hemen düzelmeyorsa intravenöz sodyum bikarbonat ve bir alfa-adrenerjik agonist verilmelidir. Hipoksik atakların önlenmesinde propranolol yararlı olabilir. Fallot tetralojisinde dijital preparatlarının ve diüretiklerin yeri ve yararı yoktur. Özellikle sistemik-pulmoner arter şantı olanlarda bakteriyel endokardit ciddi bir komplikasyondur. Beyin apsesi gelişebilir. Erken tanı ve iyi tedavi sekel olasılığını azaltır (8, 39).

Siyanotik nöbetleri olan olgularda derhal cerrahi, uygun olan olgularda 1 yaşından sonra cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Cerrahi tedavi tam ve küratif olarak bir seferde yapılır (VSD onarımı, infundubulumdaki hipertrofik bölgenin rezeksiyonu, valvüler anulus ve pulmoner arterin desteklenmesi) (30).

PULMONER ATREZİ

Pulmoner atrezi, ventriküler septal defekt veya intakt ventriküler septumla birlikte görülebilen, nadir ancak morfolojik özellikleri çok değişken olabilen kompleks bir konjenital kalp anomalisidir (62).

Pulmoner atrezi ve VSD birlikteliğinde; sağ ventrikül çıkışı tümüyle aortaya olur. Pulmoner kan akımı PDA veya bronşiyal kollateral dolaşım ile gerçekleşir. *Pulmoner atrezi ve normal ventrikül septumu;* nadir görülür. Sağ ventrikül belirgin şekilde hipoplastiktir. Sağ atriyum basıncı yükselir ve kan foramen ovale yolu ile sol atriya geçer. Burada pulmoner venöz kanla birleşerek sol ventrikül ve aortaya pompalanır. Pulmoner akım duktus ve kollaterallerle sağlanır.

KLİNİK: *Pulmoner atrezi ve VSD birlikteliğinde* bulgular Fallot tetralojisinin ciddi formuna benzer. Siyanoz doğumdan sonraki ilk saatler ya da günler içinde gözlenir. Tetralojideki sistolik üfürüm yoktur. 1. kalp sesini genişlemiş aort köküne bağlı ejeksiyon klik izler. 2. kalp sesi orta şiddette ve tektir.

Pulmoner atrezi ve ventrikül septumu normal olan yenidoğan bebeklerde duktus arteriyozusun kapanmaya başladığı ilk saatler ya da günlerde siyanoz belirginleşir. Tedavi edilmezse hastaların çoğu kaybedilir. Ciddi siyanoz ve solunum sıkıntısı vardır. 2. kalp sesi tek ve şiddetlidir. Üfürüm sıklıkla işitilmez. Fakat bazen duktal akıma bağlı devamlı üfürüm duyulabilir (62).

Elektrokardiyografi; VSD ile olan pulmoner atrezide sağ ventrikül hipertrofi bulguları; normal ventrikül septumu durumunda 0 ile 90 derece arasında frontal QRS aksı, sağ atriyal genişleme, sol ventrikül üstünlüğü veya hipertrofisi saptanır (5).

Göğüs radyografisi; Pulmoner atrezi ve VSD' de pulmoner kan akımının derecesi ile değişiklik göstermek üzere kalp küçük veya çok geniştir. Sağlam ventrikül septumu ve pulmoner atrezide akciğer vaskülaritesi azalmıştır (5, 8).

Ekokardiyografi; Kalın sağ ventrikül duvarı, atrezik pulmoner kapak, doppler eko ile pulmoner kapaktan dışa akım olmadığı gösterilir. Sağ ventrikül ve triküspid kapak anulus boyutları ölçülebilir.

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi; Oksijen saturasyon verilerinde atriyum düzeyinde sağ-sol şant belirlenir. Sağ ventrikül basıncı genellikle sistolik sol ventrikül ve aorta basıncını geçer. (5).

TEDAVİ VE PROGNOZ: Prognoz duktus aracılığı ile sağlanan pulmoner dolaşıma bağlıdır. Cerrahi girişim yapılmayan vakaların iki aydan fazla yaşamaları genellikle olanaksızdır. Tedavide amaç öncelikle duktusu açık tutmaktır. Bu nedenle cerrahi girişime kadar prostaglandin E1 infüzyonu yapılmalıdır (8). VSD ile olan pulmoner

atrezili olguların tedavisinde, uygun olgularda transkateter valvotomi veya valvüloplasti cerrahiye tercih edilebilecek güvenli ve etkili bir girişimdir (63).

2.4.2.2. TRİKÜSPİD ATREZİSİ

Triküspid atrezisi sağ atriyum ile sağ ventrikülü birbirinden ayıran triküspid kapağın yokluğu veya kaynaşması ile karakterize siyanotik, doğumsal bir kalp hastalığıdır. Sağ atriyumdan sağ ventriküle kan akımı olmamaktadır. Sonuç olarak sağ ventrikül küçük kalır ve tam olarak gelişemez. Vakaların hayatta kalması atriyumlar ve ventriküller arasında bir delik bulunmasına bağlıdır (64).

KLİNİK: Klinik belirtilerin çıktığı yaş ve başvuru bulguları birincil olarak VSD'nin boyutları ile ilişkilidir ve pulmoner kan akımına bağlıdır. Triküspid atrezisine özgü tipik oskültasyon bulgusu yoktur. Muayenede küçük VSD'ye ait sternum sol alt kenarında yüksek perdeli bir üfürüm, sıklıkla eşlik eden tril ve siyanoz saptanır. 2. Kalp sesi sıklıkla tektir. Hastalarda siyanoz, polisitemi, kolay yorulma, efor dispnesi ve nadiren hipoksi nöbetleri meydana gelir (5, 8, 24).

Elektrokardiyografi; tipik EKG özellikleri; frontal planda QRS aksının superior ve sola kayması, sağ atriyal hipertrofi, sağ ventrikül kuvvetlerinin belirgin azalması veya yokluğudur (65).

Göğüs radyografisi; Pulmoner vaskülarite azalmış, kalp normal veya hafif büyüktür. Ön-arka pozisyonda sağ atriyum genişlemiştir.

Ekokardiyografi; Küçük veya hipoplazik sağ ventrikül, büyümüş sol ventrikül ve triküspid kapağın atrezik yapısı görülebilir. Ayrıca VSD'nin genişliği ve pulmoner akım değerlendirilebilir.

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi; Kateterizasyonda sağ atriyumdan sağ ventriküle geçilemez. ASD yolu ile sol atriyum ve sol ventriküle girilir. Anjiyokardiyografide sağ atriyum veya vena cava inferiora verilen opak maddenin sol kalp ve VSD yolu ile sağ ventrikül ve pulmoner arterleri doldurduğu görülür (1).

TEDAVİ VE PROGNOZ: Pulmoner kan akımının azaldığı vakalarda tedavi, acil cerrahi girişimdir. Duktus arteriyozusun kapanması ile 2-3 haftalık yenidoğanda ciddi hipoksi hecmeleri gelişir. Prostaglandin E1 infüzyonu, duktusun açık kalmasını sağlayarak hipoksiyi azaltır. Yenidoğan döneminde interatriyal karışım sadece küçük bir patent foramen ovale ile sağlanıyorsa, balon atriyal septostomi yapılmalıdır. Aortapulmoner şantlar palyatif olarak denenebilir. Vena kava superior sağ pulmoner

arter anastomozu (Glenn operasyonu) yapılabilir. Triküspid atrezisinde ideal ameliyatlardan birisi sağ atriyum ile pulmoner arterin kapaksız bir kondüitle anastomozu ve ASD'nin kapatılmasıdır (Fontan operasyonu) (1, 65).

2.4.2.3. BÜYÜK ARTER TRANSPOZİSYONU (BAT)

Büyük arterlerin transpozisyonu tam veya düzeltilmiş olabilir. Tam transpozisyon; basit transpozisyon veya atriyo-ventriküler konkordans ve ventrikülo-arteriyel diskordans (pulmoner arter sol, aorta sağ ventrikülden orijin almaktadır) ile seyreden anomali olarak tanımlanır. Düzeltilmiş transpozisyonda ise atriyo-ventriküler ve ventrikülo-arteriyel diskordans mevcuttur. Sağ atriyum morfolojik sol ventriküle, sol atriyum ise morfolojik sağ ventriküle açılırken, pulmoner arter sol, aorta sağ ventrikülden orijin almaktadır (66, 67).

Normalde aorta arkada ve pulmoner arterin sağında yer alırken, transpozisyonda önde ve pulmoner arterin sağında yer alır. Tam BAT' da yaşam ancak iki dolaşım arasında bir karışım olması ile mümkündür. VSD, ASD, PDA gibi bağlantılardan hiçbiri yoksa yaşam söz konusu olamaz (7,9).

KLİNİK: Doğumda siyanoz mevcuttur. Dispne ve beslenme güçlüğü ile birlikte konjestif kalp yetersizliğinin (KKY) bulguları, yenidoğan dönemi boyunca gelişir. BAT'lı hastada sağ ventrikül, sistemik ventrikül fonksiyonunu görür. Bu yüzden prekordiyumun palpasyonunda altta yatan sağ ventrikül hipertrofisi ve hiperdinamisini gösteren güçlü parasternal vuru alınır. 2. kalp sesi tek ve şiddetlidir. Ventrikül septumu normal olan infantlarda üfürüm yoktur.

VSD olduğu zaman pansistolik üfürüm sol alt sternal kenarda duyulur. Şiddetli arteriyel hipoksemi asidoz ile birlikte olabilir veya olmayabilir. Hipoksemi oksijen inhalasyonu ile düzelmez. Nadiren hipoglisemi ve hipokalsemi olabilir (29, 68).

Elektrokardiyografi; Hastanın yaşına, VSD'nin varlığına, varsa PS' un derecesine göre değişir. Sağ aks sapması vardır. Yaşamın ilk birkaç gününden sonra sağ ventrikül hipertrofisi mevcuttur. Geniş VSD, PDA veya pulmoner obstrüktif hastalık durumlarındaki sol ventrikül hipertrofi neticesi kombine ventriküler hipertrofi gözlenebilir (1,29). *Düzeltilmiş BAT' da,* sol prekordiyal derivasyonlarda Q bulunmaması ve sağ ventrikül hipertrofi bulguları olmaksızın V4R ve V1' de Q dalgası bulunması tipiktir. (8, 29).

Göğüs radyografisi; Kalp büyük, akciğer damarlanması artmıştır ve pulmoner konus çökük değildir. Ayrıca büyük damarların tam ön-arka pozisyonda olmasından ve hipoksi nedeniyle timus hipoplazisi bulunduğundan, bu hastalarda kalp sapı da denilen üst mediasten dardır. Kalbin görünümü yatay yerleşimli ve oval olduğundan "yan yatmış yumurta" ya da benzetilmektedir (69).

Ekokardiyografi; Öndeki büyük damarın innominate, karotid ve subklavian arterlere; arkadaki büyük arterin ise sağ ve sol pulmoner arterlere dallandığını göstererek tanı koydurur. PS, VSD ve ASD iki boyutlu Eko ile rahatça görülebilir.

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi; Sağ ve sol ventrikül anjiyokardiyografilerinde büyük damarların yanlış ventriküllerden çıktığı gösterilir ve diğer kalp anomalileri dışlanır. Her iki ventrikül basınçlarının ölçümü de cerrahi yaklaşımın belirlenmesi açısından önemlidir (5, 8).

TEDAVİ VE PROGNOZ: Kalp yetersizliği ve asidoz genel kuralları içinde düzeltilmelidir. Yenidoğan döneminde duktusu açık tutmak için İV (intravenöz) olarak prostaglandin kullanılabilir. İki sirkülasyon arasındaki karışımın, sadece PFO ile olduğu vakalarda acilen balon atriyal septostomi yapılarak yeterli karışım sağlanmalıdır. Bu gruptaki vakalar tedavi edilmezlerse % 90'ı ilk altı ayda, % 98'i iki yaşın altında kaybedilir. BAT' da değişik ameliyat teknikleri uygulanmaktadır (1, 8).

2.4.2.4. TOTAL PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİSİ (TPVDA)

TPVDA tüm konjenital kalp hastalıklarının sadece % 1,5-3'de gözlenen oldukça nadir bir anomali tipidir. Sıklıkla diğer konjenital kalp hastalıkları aspleni veya polispleni ile birlikte gözlenir. Bu anomalide pulmoner ven ile sol atriyum arasında direkt bağlantı bulunmaz. Anormal drenaj sistemik venlere ya da direkt sağ atriyum içine olmaktadır. Pulmoner venlerin drene olduğu tarafa bağlı olarak; defekt başlıca suprakardiyak, kardiyak, infrakardiyak, miks tip olmak üzere dört ayrı formda görülmekte olup bu tipler arasında en fazla suprakardiyak tip (% 45) gözlenir (29, 69, 70).

Suprakardiyak tip; ortak pulmoner venöz sinüs drenajı sol vertikal ven ve sol innominat ven yoluyla sağ vena kava superiora açılır.

Kardiyak tip; ortak pulmoner venöz sinüs drenajı koroner sinüs yoluyla veya pulmoner venler ayrı ayrı sağ atriya açılırlar. *Infrakardiyak tip;* ortak pulmoner venöz sinüs drenajı portal ven, duktus venozus, hepatik ven veya vena kava inferiora

olur. Pulmoner venöz dönüş obstrüksiyonu sıklıkla değişik derecelerde mevcuttur (29, 71). *Miks tip*; diğer tiplerin kombinasyonudur.

KLİNİK: TPVDA bulunan bütün hastalarda temel olarak hayatın idamesi için PFO veya ASD doğum sonrası gereklidir. Klinik bulgular; interatriyal komünikasyonun genişliği, pulmoner venöz obstrüksiyonun derecesi ve pulmoner vasküler rezistansa göre değişiklik gösterir. Doğum sonrası yaşamın ilk birkaç haftasından itibaren genellikle TPVDA bulunan bebekler kardiyomegali, artmış pulmoner kan akımı ve orta derecede siyanoz ile karşı karşıya kalırlar. Hastalarda daha sonradan taşipne, tekrarlayan ciddi pulmoner konjesyon atakları, gelişme geriliği ve hepatomegali tabloya eklenir. Fizik muayenede sol sternal kenar boyunca sistolik ejeksiyon üfürümü, sol alt sternal kenarda triküspid kapaktan geçen akıma bağlı middiyastolik üfürüm duyulur. 2. kalp sesi geniş sabit ikilenmiş olarak işitilir. 3. ve 4. kalp sesi duyulabilir (1,69).

Elektrokardiyografi; ikinci veya sağ prekordiyal derivasyonlardaki uzun sivri P dalgası sağ atriyal genişlemesinin karakteristik sabit bir bulgusudur. Sağ aks deviasyonu olağandır. Sağ ventrikül hipertrofisi her zaman mevcuttur (72).

Göğüs radyografisi; Kardiyomegali ve pulmoner vasküler gölgelerde artma saptanır. Suprakardiyak tipte pulmoner venler sol atriyuma dökülmek yerine, bir kese halinde birleşip kalbin sol üst kenarından yukarıya doğru giderek, sol innominat venle birleştiği için sol üst kontur belirginleşir. Innominat ven de vena kava superiora döküldüğü için vena kava superior genişler ve sağ üst konturu belirginleştirir. Böylece kalp gölgesi üzerinde her iki tarafta da şişkinlik görülür. Bu görünüme "kardan adam görünümü" veya "8 görünümü" adı verilir. (29, 59).

Ekokardiyografi; Pulmoner venlerin sol atriyuma drene olmadıkları, bazı olgularda ise pulmoner venlerin drenaj yolları gösterilir (1).

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi; Anormal bağlantı düzeyinde oksijen saturasyonunda artış vardır ve kalbin her iki tarafındaki diğer odacıklarda benzer saturasyonlar görülür. Pulmoner arter basıncı değişik derecelerde yükselir, fakat belirgin pulmoner venöz veya vasküler obstrüksiyon varsa sistemik basıncı aşabilir (39).

TEDAVİ VE PROGNOZ: Gelişen kalp yetersizliği ve pulmoner ödem tedavi edilir. TPVDA bulunan hastalarda hayatın ilk yıllarında cerrahi girişim olmaksızın yaşamın devamı son derece nadirdir ve genellikle geniş bir ASD ile sağlanır. TPVDA tanısı alan ciddi yetmezlik ve siyanoz bulunan bebeklerde tanıyı takiben acil olarak ameliyat

gereklidir. Operasyonda asıl amaç ortak pulmoner venöz trunkus ile sol atriyum arasında kan akımını sağlayacak bir anastomoz yapmak sol sağ kalp arasındaki şanta yol açan defekti kapatmaktır (8, 69, 73).

2.4.2.5. TRUNKUS ARTERİYOZUS

Trunkus arteriyozusta tek bir arteriyel gövde kalpten çıkar ve sistemik, pulmoner, koroner dolaşımını sağlar. Geniş perimembranöz bir VSD direkt trunkusun aşağısında mevcuttur. Trunkal kapak biküspid, triküspid veya quadriküspid olabilir ve sıklıkla yetersizdir. Koroner arter anomalileri tamamen yaygındır ve yüksek operatif mortaliteye neden olur. Hastaların %30'da sağ aortik ark, % 10'da ise kesintili aortik ark görülür. % 33 hastada hipokalsemiyle birlikte Di George Sendromu kanıtları mevcuttur.

KLİNİK: Doğumdan hemen sonra siyanoz görülebilir. Birkaç gün ya da hafta içinde konjestif kalp yetersizliği bulguları ortaya çıkar. Beslenmeyle birlikte nefes darlığı, büyüme geriliği ve sık tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları infantlarda sıklıkla mevcuttur. Diyastol sırasında trunkustan pulmoner artere yönelen kan çok geniş bir nabız basıncına neden olur. Kalp kuvvetli 1. ve 2. kalp sesleri ile hiperdinamiktir ve hemen daima bir aort ejeksiyon kliği duyulur. Semilunar kapakta akım artışına bağlı olarak genellikle sternum sol ya da sağ kenarında 2–3/6 şiddetinde bir sistolik ejeksiyon üfürümü duyulur, ancak eğer trunkus kapağında darlık bulunursa üfürümün şiddeti 4 olabilir ve trıl de bulunabilir (5, 35).

Elektrokardiyografi; Kombine ventriküler hipertrofi vakaların % 70'de vardır (35).

Göğüs radyografisi; Orta derecede kardiyomegali, ana pulmoner arter segmentinin düz veya konkav olması ve sağ aort arkusu ile birlikte kalbin konfigürasyonu oturan ördeğe benzetilmiştir (73).

Ekokardiyografi; Geniş bir VSD trunkal kapağın direkt altında izlenir. Tek, geniş ve büyük bir arter kalpten ayrılır. Trunkus arteriyozusun tipleri belirlenebilir. Pulmoner arterlerin boyutları tespit edilebilir (29).

Kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi; Kateter genellikle trunkus arteriyozustan pulmoner arterlere geçer. Sistolik basınçların eşitlendiği her iki ventrikül düzeyinde sağ-sol ve sol-sağ şantlar oluşur (5).

TEDAVİ VE PROGNOZ: Prognoz, pulmoner akım örüntüsüne bağlı olarak değişkendir. Genellikle ameliyat edilmeyen vakaların % 75'i ilk 3–12 ayda kalp yetersizliği ile kaybedilir. Cerrahi girişim, pulmoner damar hastalığı gelişmeden, ilk 3–4

ay içinde yapılmalıdır. Kalp yetersizliği tedavisi ve enfektif endokardit profilaksisi uygulanır.

2.4.2.6. TEK VENTRİKÜL

Tek ventrikül, mitral ve triküspid kapakların ya da ortak atriyoventriküler kapağın tek bir ventriküle açıldığı anomali (8). Hastalar ventrikül tipi, atriyoventriküler kapakların durumu, büyük damar patolojileri yönünden incelenir. Sol ventrikül tipi % 65–78 vakada izlenirken, % 10–15 vakada sağ ventrikül tipi izlenir. % 10–20 vakada hem sağ hem sol ventrikül özelliği gösteren ventrikül tipi saptanır. Hastaların büyük bir kısmında büyük arterlerin malpozisyonu, nadir hastada normal ventrikül büyük arter ilişkisi gözlenir. Tek ventriküllü hastalarda ventrikül sistolik fonksiyonu, hem pulmoner hem de sistemik dolaşımı sağlar. Başlangıçta normal olan ventrikül fonksiyonu, basınç, volüm yükü ve eşlik eden patolojilerin etkisiyle bozulur (74).

KLİNİK: Tek ventriküllü hastalarda en önemli semptom, doğumdan sonra izlenen siyanozdur. Bunun yanında ilerleyen dönemlerde, senkop, büyüme geriliği, egzersiz intoleransı gibi nonspesifik yakınmalar da izlenebilir. Pulmoner stenozun olmadığı vakalarda, hafif siyanoz vardır. 2. kalp sesi şiddetli ve dar çift işitilir. 3. kalp sesi ve kısa middiyastolik rülman duyulur (8, 74).

Elektrokardiyografi; Alışılmışın dışında tüm prekordiyal derivasyonlarda benzer QRS kompleksleri ile ventriküler hipertrofi paterni ve anormal Q dalgaları gözlenir. Aritmiler meydana gelebilir (29).

Göğüs radyografisi; Pulmoner kan akımının arttığı durumlarda kardiomegali ve pulmoner vaskülarite artmıştır. Pulmoner kan akımı normal veya azalmış olduğu vakalarda kalp boyutları normal ve pulmoner vaskülarite normal veya azalmıştır (7, 29).

Ekokardiyografi; tanı koydururken, *kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi* kompleks malformasyonları göstermek için gerekebilir (8).

TEDAVİ VE PROGNOZ: Anatomik özellikler dikkate alınarak yapılan takip çalışmalarında; çift girişli sol ventrikül, büyük arter transpozisyonu ve hafif derecede pulmoner darlık varlığında prognozun daha iyi olduğu bulunmuştur (74, 75). Vakaların hemen yarısı ilk yaş içinde kaybedilir. Tıbbi tedavi olarak kalp yetersizliği tedavisi uygulanır. Hastalara mutlak şekilde enfektif endokardit profilaksisi yapılır. Düzeltici cerrahi yöntemler olarak, ventriküler Fontan operasyonu ve modifikasyonları

gerçekleştirilmektedir. Fontan ameliyatı ile sağ atriyumdan pulmoner artere kan akımı sağlanır. Burada ventrikül yalnızca aorta kan gönderir (4,8).

2. 5. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, bazı araştırmacılarca bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmakta, kısaca bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denilen durumdan sağladığı doyumun bir bütün şeklinde ifade edilmesi olarak özetlenmektedir (Belek 1990 Fidaner ve ark 1999). Bu anlamda YK değerlendirilirken bireye kendi yaşamı ile ilgili ne hissettiği sorulmakta ve bireyi tüm özellikleriyle bir bütün olarak ele almak amaçlanmaktadır (Phipps Dunavant ve ark. 1999) (76, 78).

Yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçekleri (YKÖ) bireyin çevresi ile dinamik bir etkileşim içinde olduğu varsayımıyla, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini derecelendirmektedir. Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile YK kavramı standardize edilmekte ve verilerin karşılaştırılabilir olması sağlanmaktadır (Eiser ve Morse 2001) (77). Yaşam kalitesinin hastalıklarla etkilenen yönünü içeren ve çok boyutlu bir terim olarak kullanılan Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (Beşer 2001, Fidaner ve ark. 1999). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini ölçen bazı ölçekler belirtileri yada klinik durumu sorgularken, bazıları kişinin işlevsel becerisini, psikososyal iyilik halini, sosyal destek durumunu ve yaşamdan memnuniyetini değerlendirmektedir (76,78). Bu değerlendirmeler yeni sağlık politikalarının planlanması, bireye uygun girişimlerin seçilmesi, yatış süresi ve tedavi maliyetinin düşürülmesi, hasta ve hasta yakınlarının üretkenliğinin artırılıp iş gücüne kazandırılması gibi farklı amaçlarla kullanılabilir (Clarke ve Eiser 2004, Fidaner ve ark. 1999). SİYK ölçüm araçları genel ve özel ölçekler olarak iki gruba ayrılmaktadır. Genel ölçekler hem sağlıklı hem de hasta bireylerde kullanılabilen, karşılaştırma yapma olanağı sağlayan, geniş kitlelere uygulanabilen ölçüm araçlarıdır ve genel ölçeklerin sağlık, eğitim, sosyal hizmetler gibi alanlarda veri toplama aracı olarak kullanılmaya uygun oldukları, kültürler arası karşılaştırma yapma olanağı sağladıkları bilinmektedir (78).

Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Özellikleri:

Çocuklarda YK'nin değerlendirilmesi erişkinlerden bazı farklılıklar içermektedir.Çocukların gelişim dönemleri ile ilgili olan bu farklılıkların bilinmesi YKÖ'ni geliştiren ve kullanan araştırmacıla raçısından önem taşımaktadır (79).

Erişkinlerde YK'nideğerlendirirken kullanılan alanlardan bir tanesi olan fiziksel işlevselliği değerlendirebilmek için iş yaşamı, özbakım, aile içindeki görevler, merdiven çıkabilme, evi süpürebilme gibi aktiviteler değerlendirilirken, çocuklarda yemek yiyebilme, kendi başına tuvalete gidebilme, banyo yapabilme, ufak gündelik işleri yerine getirebilme ve oyun oynama gibi aktiviteler değerlendirilmektedir. Erişkinlerde sosyal işlevsellik değerlendirilirken okul alanı ya da arkadaş ilişkisi çok önemli değildir, ancak çocuklarda yapılan sosyal işlevsellik değerlendirmesinde arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi önemli bir yer tutmaktadır.

Duygusal ve bilişsel işlevsellik, beden imgesi, özerklik, aile içi ilişkiler, gelecekte beklenenler gibi alanların da erişkin, ergen ve çocuk yaş grubu içinde farklı ele alınması gerektiği, tüm bu nedenlerle erişkinlerde kullanılan ölçeklerin ergenlerde, ergenler için geliştirilen ölçeklerinde çocuklarda kullanılması uygun olmadığı belirtilmektedir (77, 78, 79).

2. 6. ANKSİYETE

Anksiyete (kaygı = bunaltı); İç ve dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlike olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygudur. Kişi kendisini alarm durumunda ve sanki bir şey olacaktı gibi hisseder ve bedensel belirtiler bu duruma eşlik eder. Anksiyete dış tehditlerden meydana gelebilir. Bilinmeyen yeni bir duruma ya da çevreye uyumun hissedilmesidir. Çok yönlü bir olay olan anksiyete tüm organizmayı etkiler (80). Herkes tarafından zaman zaman yaşanan ve normal bir durum olarak kabul edilen anksiyete bazen ağırlaşarak patolojik bir duruma dönüşebilir, hafif bir tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine kadar varan değişik yoğunluklarda yaşanabilir (81). Hafif düzeyde anksiyete spontan dikkat, cesaret ve atılganlığı artırırken, düzeyi yükseldikçe bireyin algılama, kavrama ve karar verme yeteneğini azaltmaktadır (82, 83). Anksiyetenin yaşamın her döneminde ortaya çıkabileceği ve çeşitli durumların anksiyete sıklığını ve şiddetini artırabileceği bilinmektedir (84).

Ebeveyn kaygısı çocuğun aşırı korunmasına ve aktivitelerinin sınırlanmasına, böylelikle hem çocuğun hem de ailenin yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Ebeveynlerin şiddetli anksiyete yaşamaları çocukları hakkındaki açıklamaları doğru olarak anlamalarını, olayları gerçekçi olarak yorumlamalarını, uygun kararlar vermelerini, çocuğun bakımına katılmalarını, o zamana kadar kullandıkları uygun başatma yöntemlerini hatırlayıp uygulamalarını engelleyebilir (82). Shuper ve ark. ebeveynlerin anksiyetesinde yeterli bilgi verilmemesinin önemli yer tuttuğunu (85), Melnyk ve ark. ebeveynlerin çocuklarının tepkilerini anlama ve stresle başatmasına nasıl yardımcı olabileceklerine ilişkin bilgiye gereksinim duyduklarını belirlemiştir (86).

Shuper ve ark. ayrıca FK geçiren çocukların ebeveynlerinin anksiyetelerini inceledikleri araştırmalarında, bilgi azlığının anksiyeteye katkıda bulunduğunu ve sağlık personelinin ebeveynlere verdiği bilginin ebeveynlerce yetersiz bulunduğunu saptamıştır (85).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk sağlığı ve hastalıkları ile çocuk kardiyolojisi polikliniklerine başvuran; hasta grubunu oluşturan 80 (40 siyanotik ve 40 asiyanotik) ve kontrol grubunu oluşturan 40 olmak üzere, toplam 120 çocuk çalışmaya alındı.

3.1.1. Hasta grubunun seçilmesi;

Hastalar Celal Bayar Üniversitesi çocuk kardiyolojisi polikliniği hasta listesinden telefonla aranarak tamamen gönüllülük esasına dayanarak hastaneye çağrılıp bilgilendirilmiş ve aile onamı alınmıştır.

3.1.2. Kontrol grubunun seçilmesi;

Kontrol grubu ise kronik hastalığı ve kardiyak hastalığı olmayan, rutin kontrol amaçlı Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran gönüllü sağlıklı çocuklardan seçilmiştir. Hastalar ve aileleri bilgilendirilmiş ve aile onamı alınmıştır.

3.2. GEREÇLER

3.2.1. Hasta Formu:

Çalışmaya alınan tüm çocukların ebeveynleriyle daha önce hazırlanmış olan hastaların, ailenin genel özellikleri ve çocuğun klinik durumunu saptamayı amaçlayan, toplam 20 soruyu içeren hasta formu doldurulmuştur (Ek 1). Hasta formu içeriğinde bulunan sorular;

- 1- Ailelerin sosyodemografik özellikleri,
- 2- Konjenital hastalık tipi ve eko bulguları (Qp/Qs),
- 3- Operasyon-medikal tedavi ve eşlik eden ek hastalık öyküsü,
- 4- Semptomların varlığını sorgulamaya yönelik hazırlanmıştır.

3.2.2. Psikometrik Ölçekler:

Anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek için psikiyatrik ölçeklerden;

Ebeveynler için;

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Çocuklar için;

1-) Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇABTÖ)

2-) Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI)

Yaşam kalitesi ölçekleri ise;

Ebeveynler için;

Kısa Form-36 (SF-36)

Çocuklar için ise yaş gruplarına göre;

1-) 4-7 yaş arası Küçük Çocukların Anketi (Kiddy-KINDL)

2-) 8-12 yaş arası Çocukların Anketi (Kid-KINDL)

3-) 13-16 yaş arası Ergenlerin Anketi (Kiddo-KINDL)

Ebeveynlerin doldurduğu diğer ölçeklerden ise;

1-)Duygusal ve davranışsal sorunları değerlendirmeye yönelik Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ-Tur)

2-)Aile fonksiyonlarını etkileyen problemlerin tespiti için Aile Değerlendirme Ölçeği (ADO)

3-)Çocuk yetiştirme tutumlarını ölçmeye yönelik Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARİ) kullanıldı.

3.2.2.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ):

Orjinali Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen (87) ve Aydemir ve ark. tarafından Türkçe formun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan HADÖ (88); özellikle psikiyatri hastaları dışında kalan sağlıklı bireyler ve diğer hasta gruplarında anksiyete ve depresyon şiddetini belirlemek ve şiddet düzeyindeki değişimini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddelerin puanlaması 3, 2, 1, 0 şeklinde 2., 4., 6., 8., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlandırılmaktadır. Toplam 14 sorudan anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler, depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10. ve 12. maddelerin puanları toplanarak alt ölçek puanları elde edilir. Türkiye’de yapılan çalışmaların sonuçlarına göre anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10 / 11, depresyon alt ölçeği için ise 7 / 8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde olanlar risk altında olarak değerlendirilmektedir (Ek 2).

3.2.2.2. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ):

Birmaher ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karaceylan Çakmakçı (2004) tarafından yapılmıştır. Çocuktan her cümle için kendisine en uygun seçeneği işaretlemesi istenirilmektedir. Ölçek toplam 41 sorudan oluşmaktadır, puanlandırma 0-82 arasında olmaktadır, yüksek skor yüksek anksiyete düzeyiyle ilişkilendirilmektedir (Ek 3).

3.2.2.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI) :

Kovacs (1981) tarafından geliştirilen bu ölçek çocuklarda depresyon düzeyini ölçmek için kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeği olup, 6-17 yaş arası çocuk ve ergenlere uygulanabilir. Ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Her maddede çocuğun son iki haftasını değerlendirerek, aralarında seçim yapacağı üç cümle bulunmaktadır. Her cümle seti çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin ifadeler içermektedir. Ölçek çocuğa okunarak veya çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulabilir. Çocuğun son iki hafta içindeki durumunu değerlendirip, üç seçenek arasından kendine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile

2 arasında puanlar verilir. Bu puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'dur. Toplam puanın yüksekliği, depresyon düzeyinin şiddetinin yüksekliğini gösterir. Kesim noktası 19'dur. Ülkemizde uyarlanması Oy (1990) tarafından yapılmıştır (89) (Ek 4).

3.2.2.4. Kısa Form-36 (SF-36) :

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Beş dakika gibi kısa sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Akut biçimini oluşturmak amacıyla son 1 haftayı değerlendiren bir formu da uygulanmıştır. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır.

Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (90) (Ek 5).

3.2.2.5. Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (KINDL) :

KINDL ölçeğinin farklı yaş gruplarında kullanılan öz bildirim dayalı olarak düzenlenmiş üç sürümü vardır. Bunlar: 4-7 yaş çocuklar için Kiddy-KINDL (görüşmeciler aracılığıyla uygulanan sürüm), 8-12 yaş çocuklar için Kid-KINDL ve 13-16

yaş ergenler için Kiddo-KINDL'dır. KINDL çocuk ve ergenler için özel olarak geliştirilmiş genel amaçlı SYK ölçümaracıdır. KINDL Almanca geliştirilmiş ve 14 dile çevrilmiştir. Yaşa özel sürümleri çocuk gelişimindeki yaşam kalitesinin boyutlarında gözlenen değişimi dikkate almaktadır. Çocukların yanıtladığı Kid-KINDL ve ergenlerin yanıtladığı Kiddo-KINDL anketleri beş noktalı sıralı yanıt seçeneği içeren 24 madde ve 6 boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul (günlük faaliyetlerin yapıldığı okul ya da anaokulu/kreş) olmak üzere altı boyutu vardır. Her bir boyut 4 maddeden oluşmaktadır. Boyutlara ait puanlar bağımsız olarak hesaplanırken ayrıca bu altı boyutun bileşiminden oluşan toplam SYK puanı elde edilmektedir. 12 sorudan oluşan Kiddy-KINDL (4-7 yaş) sürümünde diğer sürümlerin aksine yalnızca toplam puan hesaplanmaktadır. KINDL hem klinik hem de klinik dışı alanda gerek sağlıklı çocuklarda gerekse süregelen hastalığı olan çocuklarda kullanılabilir. Kid-KINDL maddeleri 1'den (asla) 5'e (daima) doğru sıralanmış Likert tipi ölçüm ile ölçeklendirilmiştir. Sorunun yazım biçimine göre olumsuz yönelimli maddeler (1, 2, 3, 6, 7, 8, 15, 16, 20 ve 24. sorular) tersine çevrilerek puanlanmıştır. Her bir boyut için maddelere verilen puanların sayılması, 0-100 arasında ölçeklendirilecek şekilde dönüştürülmesi ve özetlenmesi ile puan hesabı yapılır. Yüksek puan iyi SYK'nin göstergesidir. Daha önce yapılan çalışmalarda KINDL'in SYK ölçümünde geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Ek 6) (91,92).

3.2.2.6. Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ-Tur)

Güçler ve Güçlükler Anketi, Goodman tarafından 1997 yılında "Strengths and Difficulties Questionnaire" orijinal adı ile geliştirilmiştir. GGA'nın 4-16 yaşlar için ebeveyn formu ve okul formu, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Ergen formu, ebeveyn formu ile aynı maddeleri içermektedir. GGA, olumlu ve olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içermektedir. Bu sorular kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmıştır; (1) davranış sorunları, (2) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, (3) duygusal sorunlar, (4) akran sorunları, (5) sosyal davranışlar. Duygusal sorunlar, davranım sorunları, arkadaş ilişkilerinde sorunlar ve hiperaktivite alt ölçeklerinin puanları arttıkça klinik sorunlara yatkınlık artmaktayken, sosyal davranış alt testinin puanı arttıkça klinik sorunlara yatkınlık azalmaktadır. Her

başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı „toplam güçlük puanı“nı vermektedir. Toplam güçlük puanının artması çocuk ya da ergendeki sorunlu davranışların arttığını göstermektedir. Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlik/güvenirlilik çalışması Güvenir ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır (93, 94) (Ek 7).

3.2.2.7. *Aile Değerlendirme Ölçeği (ADO) :*

Epstein (1983) tarafından geliştirilmiş (Epstein ve ark. 1983) ve Bulut (1989) tarafından ülkemize uyarlanmış olan Aile Değerlendirme Ölçeği toplam 60 madde içermektedir ve 6 soru problem çözme, 9 soru iletişim, 11 soru roller, 6 soru duygusal tepki verebilme, 7 soru gereken ilgiyi gösterme, 9 soru davranış kontrolü ve 12 soru genel işlevler alt testlerini gösterir. Toplam 7 alt ölçek bulunmaktadır. Bu alt ölçeklerden alınan 2'nin üzerindeki puanlar, bu alanlarda sorun bulunduğunu düşündürmektedir (95) (Ek 8).

3.2.2.8 *.Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARİ)*

Ölçek, 1958 yılında Schaefer ve Bell tarafından geliştirilmiş ve le Compte ve Özer tarafından 1978 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır. Türkiye koşullarına uygun olarak yeniden düzenlenen testte 60 item ve 5 alt boyut bulunmaktadır. Bu boyutlar: Aşırı Annelik Boyutu, Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma Boyutu, Ev Kadınlığını Reddetme Boyutu, Eşlerin Geçimsizliği Boyutu, Baskı ve Disiplin Boyutu şeklinde ele alınmaktadır (Öner, 1994; Savran ve arkadaşları, 1995). Bireysel uygulanabilen ölçekte her madde için “hiç uygun bulmuyorum”, “biraz uygun buluyorum”, “oldukça uygun buluyorum” ve “çok uygun buluyorum” ifadelerinden birinin işaretlenmesi gerekmektedir. “hiç uygun bulmuyorum” yanıtına 1 puan, diğerlerine ise sırayla 2, 3, 4 puan verilmektedir. Ancak, 22. ve 44. maddelere verilen yanıtlar tersine puanlanmaktadır.

Her boyutun temsil edildiği alttest için ayrı puan elde edilmektedir. Aşırı annelik boyutu için en az 16, en fazla 64 puan; demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutu için en az 9, en fazla 36 puan; ev kadınlığını reddetme boyutu için en az 13, en fazla 52 puan; geçimsizlik boyutu için en az 6, en fazla 24 puan; sıkı disiplin boyutu için en az 16, en fazla 64 puan alınabilmektedir (Ek 9).

3.3. İŞLEM

Hastalar hiçbir kronik hastalık ve kardiyak patoloji bulunmayan kontrol grubu, siyanotik konjenital kalp hastalığı olan siyanotik grup ve asiyanotik konjenital kalp hastalığı olan asiyanotik grup olmak üzere 3 'e ayrıldı. Konjenital kalp hastalığı olan grup daha önce tarafımızca tanı almış ve rutin kontrollere gelen hastalardan oluşmaktaydı. Tamamen gönüllülük esasına dayanarak hasta listesinden telefonla aranarak hastaneye çağrıldılar. Çalışma hakkında tüm hasta grupları ve aileleri sorumlu araştırma görevlisince bilgilendirildi, ailelerden onam alındı. Tüm hasta gruplarının fizik muayenesi yapıldı. Hastanın kliniği, kendisi ve ailesi hakkında sosyodemografik bilgiler veren hasta formu dolduruldu. Tüm hasta grubunun ekokardiyografisi tekrarlandı. Asiyanotik grupta olanların Qp/Qs oranlarına bakıldı.

Anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek için psikiyatrik ölçeklerden; ebeveynler için; Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), çocuklar için; Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇABTÖ), Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI), yaşam kalitesi ölçekleri ise; ebeveynler için; Kısa Form-36 (SF-36), Çocuklar için ise yaş gruplarına göre; 4-7 yaş arası Küçük Çocukların Anketi (Kiddy-KINDL), 8-12 yaş arası Çocukların Anketi (Kid-KINDL), 13-16 yaş arası Ergenlerin Anketi (Kiddo-KINDL), ebeveynlerin doldurduğu diğer ölçeklerden ise duygusal ve davranışsal sorunları değerlendirmeye yönelik Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ-Tur), aile fonksiyonlarını etkileyen problemlerin tespiti için Aile Değerlendirme Ölçeği (ADO), çocuk yetiştirme tutumlarını ölçmeye yönelik Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARİ) kullanıldı.

Okuma yazma bilmeyen ebeveyn ve çocukların anketi sorumlu araştırma görevlisince okunarak verilen cevaplar doğrultusunda dolduruldu.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Bu çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Temel ve tanımlayıcı istatistik analizlerin (kategorik değişkenler için sayı yüzde dağılımları; sürekli değişkenler için aritmetik ortalama standart sapma) ardından

bağımsız değişkenler (sosyodemografik ve hastalık değişkenleri.) ve bağımlı değişkenlerin (yaşam kalitesi,anksiyete ve depresyon durumunu değerlendiren anketlerin alt boyutları) karşılaştırılmasında:

İki ortalamanın karşılaştırıldığı parametrik durumlarda Student's t testi; parametrik olmayan durumlarda Mann Whitney U testi;

Üç veya daha çok grubun ortalamanın karşılaştırıldığı parametrik durumlarda Tek Yönlü ANOVA testi; parametrik olmayan durumlarda ise Kruskall Wallis ANOVA testi, post hoc karşılaştırmalarda ise Tukey b testi;

İki kategorik değişkenin karşılaştırıldığı durumlarda ki kare (χ^2) testi ,

İki sürekli değişkenin karşılaştırıldığı durumlarda ise Pearson Korelasyonu kullanılmıştır. İstatistik analizlerde tip 1 hata (kritik p değeri) <0.05 olarak alınmıştır.

IV. BULGULAR VE TABLOLAR

Çalışma, yaşları 6 – 16 yaş arasında değişen Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk kardiyolojisi polikliniğince takip edilen 40'ı siyanotik konjenital kalp hastalığı, 40'ı asiyanotik konjenital hastalığına sahip 80 hasta çocuk ve kardiyolojik ve kronik hastalığı olmayan rutin kontrol amaçlı hasta çocuk polikliniğine başvuran 40 sağlıklı çocuk olmak üzere toplam 120 çocuk ve anneleri ile görüşülerek yapıldı.

Hastaların 63' ü (%52,5) erkek ve 57'si (% 47.5) kızdı , Erkek / kız oranı

1.10 / 1 idi. Siyanotik grupta 26 (% 65) erkek ve 14 (% 35) kız vardı, erkek / kız oranı

1.85 idi. Asiyanotik grupta 19 (% 47.5) erkek ve 21 (% 52.5) kız vardı, erkek / kız oranı

0.90 idi. Kontrol grubunda ise 18 (% 45) erkek ve 22 (% 55) kız vardı, erkek / kız oranı

0.81 idi. Cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktu.

Anne - baba eğitim düzeylerine bakıldığında anne - baba eğitim düzeyi siyanotik grupta anlamlı olarak daha düşük saptandı (sırasıyla 0,006 ve 0,010). Anne, baba ve kardeş sağlık durumu, akrabalık durumu, ailelerin gelir düzeyleri değerlendirildiğinde ise gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı. Kardeş varlığı ve sayısı siyanotik grupta anlamlı olarak daha yüksek saptandı (0,001) (Tablo.1).

Tablo.1 Demografik özelliklere göre dağılım;

Demografik Özellikler	Siyanotik		Asiyanotik		Kontrol		P
	N	%	N	%	n	%	
Olgu sayısı:	40	33,3	40	33,3	40	33,3	
Cinsiyet							
Kız:	14	35	21	52,5	22	55	0,151
Erkek:	26	65	19	47,5	18	45	
Anne;							
Sağlık Durumu							
Sağlıklı:	33	82,5	37	92,5	34	85	0,398
Sağlıksız:	7	17,5	3	7,5	6	15	
Eğitim Durumu							
Okuryazar (-)	4	10	1	2,5	1	2,5	
Okuryazar (+)	2	5	3	7,5	4	10	
İlkokul	21	52,5	11	27,5	14	35	0,006
Ortaokul	6	15	4	10	7	17,5	
Lise	7	17,5	16	40	8	20	
Üniversite	0	0	5	12,5	6	15	
Baba;							
Sağlık Durumu							
Sağlıklı:	31	77,5	35	87,5	34	85	0,465
Sağlıksız:	9	22,5	5	12,5	6	15	
Eğitim Durumu							
Okuryazar (-)	1	2,5	0	0	0	0	
Okuryazar (+)	2	5	0	0	2	5	
İlkokul	19	47,5	11	27,5	15	37,5	0,010
Ortaokul	7	17,5	7	17,5	4	10	

Lise	8	20	12	30	9	22,5	
Üniversite	3	7,5	10	25	15	25	
Akrabalık							
Var	10	25	4	10	11	27,5	0,116
Yok	30	75	36	90	29	72,5	
Kardeş							
Yok:	1	2,5	8	20	5	12,5	
Var:	39	97,5	32	80	35	87,5	0,001
Sağlıklı:	34	85	30	75	32	80	
Sağlıksız:	5	12,5	2	5	3	7,5	0,656

Tablo.2 Aylık gelire göre dağılım;

GRUPLAR	GELİR DÜZEYİ										P
	Gelir giderin çok altında		Gelir giderin altında		Gelir giderle eşit		Gelir giderin üstünde		Gelir giderin çok üstünde		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Kontrol (a) (N:40)	1	2,5	8	20	9	22,5	17	42,5	5	12,5	0,272
Siyanotik (b) (N:40)	4	10	7	17,5	11	27,5	15	37,5	3	7,5	
Asiyanotik (c) (N:40)	0	0	6	15	12	30	18	45	4	10	

Semptomlar açısından değerlendirildiğinde çabuk yorulma siyanotik grupta daha yüksek ($0,000$) saptanırken, diğer semptomlar açısından 3 grupta anlamlı bir fark saptanmadı. Operasyon öyküsü ve medikal tedavi alma siyanotik grupta anlamlı yüksek ($< 0,001$) iken, ek hastalık varlığı açısından anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo.3).

Tablo.3 Klinik özelliklere göre dağılım

Klinik Özellikler	Siyanotik		Asiyanotik		Kontrol		P
	n	%	N	%	n	%	
Semptom							
Göğüs ağrısı	9	22,5	7	17,5	4	10	0,326
Siyanoz	2	5	0	0	0	0	0,133
Dispne	3	7,5	1	2,5	0	0	0,167
Çabuk yorulma	25	62,5	15	37,5	8	20	0,000
Çarpıntı	7	17,5	6	15	2	5	0,206
Diğer	6	15	3	7,5	4	10	0,553
Medikal tedavi							
Var:	15	37,5	1	2,5	0	0	<0,001
Yok:	25	62,5	39	97,5	40	100	
Operasyon öyküsü							
Var:	35	87,5	6	15	0	0	<0,001
Yok:	5	12,5	34	85	40	100	
Ek hastalık							
Var:	0	0	8	20	6	15	0,556
Yok:	40	100	32	80	34	85	

Siyanotik gruptaki çocukların yaş ortalaması $10,2 \pm 2,69$, asiyanotik grubun $9,6 \pm 3,1$ kontrol grubunun yaş ortalaması ise $10,0 \pm 3,1$ olup; 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmaya alınan olguların anne ve baba yaş ortalaması açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo.4).

Tablo.4 Yaş göre dağılım

Yaş ortalaması	Siyanotik Grup	Asiyanotik grup	Kontrol grup	P
Çocukların yaş ortalaması	10,2 ± 2,69	9,6 ± 3,1	10,0 ± 3,1	0,653
Anne yaş ortalaması	37,4±6,4	36,2 ± 6,9	36±5,4	0,612
Baba yaş ortalaması	39,7 ± 5,7	40,17 ± 6,76	39,4 ± 5,1	0,852

Hasta grubunun dağılımı ise siyanotik grupta tablo.5, asiyanotik grupta ise tablo.6 daki gibidir. Siyanotik grubun en büyük yüzdesini %65 ile Fallot tetralojili hastalar, asiyanotik grubun ise %45 ile VSDli hastalar oluşturmaktadır.

Tablo.5 Siyanotik grubun hastalıklara göre dağılımı

Siyanotik Grup	n	%
Fallot Tetralojisi	26	65
Büyük Arter Transpozisyonu	9	22,5
AV Kanal Defekti	1	2,5
Ebstein Anomalisi	1	2,5
TPVD Anomalisi	3	7,5

Tablo.6 Asiyanotik grubun hastalıklara göre dağılımı

Asiyanotik Grup	n	%
Aort Darlığı	3	7,5
Aort Koarktasyonu	1	2,5
Pulmoner Darlık	4	10
Patent Ductus Arteriosus	2	5
Atrial Septal Defekt	12	30
Ventriküler Septal Defekt	18	45

Tablo.7 Asiyanotik grubta ASD ve VSD'si olan hastaların ekokardiyografi bulguları

ASİYANOTİK GRUBUN EKOKARDİYOĞRAFI BULGULARI	ASD (Toplam 12 kişi)		VSD (Toplam 18 kişi)	
Ortalama Boyut (mm)	6,04 ± 4,28		1,93 ± 1,5	
Qp/Qs oranı;	n	%	n	%
1-1.5	3	25	15	83,4
1.5 ve üzeri	9	75	3	16,6

Çocuklara uygulanan yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon ölçekleri:

Kendi yaşlarıyla olan ilişkisinde ;

Yaşam kalitesi toplam yaşam kalitesi alt boyutunda 8 yaş altı (6 ve 7 yaşlarında) çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı (**0,000**) yüksek çıkmış olup yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyutları, anksiyete ve depresyon yaşla ilişkilendirilmemiştir. 8 yaş altı çocuklarda toplam YK puanı $85,7527 \pm 12,62778$ 'dir (Tablo.8).

Tablo.8 Yaş ile yaşam kalitesi anksiyete ve depresif duygudurum ilişkisi

	Yaş	N	Ortalama ± Std. Deviasyon	P*
Bedensel YK	<8	0		-
	>7	89	82,3736 ±17,13089	
Psikolojik YK	<8	0		-
	>7	89	76,896 ± 16,05666	
Özsaygi YK	<8	0		-
	>7	89	71,9803 ± 21,67343	
Aile YK	<8	0		-
	>7	89	72,1910 ± 20,40541	
Arkadas YK	<8	0		-
	>7	89	79,0028 ± 19,56667	
Okul YK	<8	0		-
	>7	89	54,5646 ± 14,40597	
Kronik YK	<8	19	65,3509 ± 16,25965	0,845

	>7	61	66,3251 ± 19,66583	
Toplam YK	<8	31	85,7527 ± 12,62778	0,000
	>7	89	72,8347 ± 13,21561	
ÇABTÖ	<8	31	13,8065 ± 12,45905	0,744
	>7	89	13,0112 ± 11,38330	
ÇİDÖ (CDI)	<8	31	5,2903 ± 5,26114	0,208
	>7	89	6,7865 ± 5,79473	

*Student's t test

(Açıklama: Çocuklarda yapılan yaşam kalitesi anketi yaşa göre 3 gruba ayrılmış olup 8 yaş altındaki çocuklarda değerlendirme sadece kronik yaşam kalitesi ve toplam yaşam kalitesi alt boyutlarıyla yapılmaktadır.)

Anne eğitimiyle olan ilişki ;

Yaşam kalitesi ; okul yaşam kalitesi alt boyutunda 8 yıl üstü eğitimi olan annelerin çocuklarında istatistiksel olarak anlamlı (**0,037**) düşük çıkmış olup, yaşam kalitesi testinin diğer alt boyutları, anksiyete ve depresyon anne eğitimiyle ilişkilendirilmemiştir. Anneleri 8 yıl üstü eğitim alan çocukların okul YK puanları 49,7685 ± 13,02751' dir (Tablo.9).

Tablo.9 Anne eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif duygudurum ilişkisi

	Anne Eğitim Düzeyi	N	Ortalama ± Std. Deviasyon	P*
Bedensel YK	8 yıl ve altı	62	83,7702 ± 14,90491	0,246
	8 yıl üstü	27	79,1667 ± 21,37126	
Psikolojik YK	8 yıl ve altı	62	77,2177 ± 15,84767	0,776
	8 yıl üstü	27	76,1574 ± 16,80962	
Özsaygi YK	8 yıl ve altı	62	72,7823 ± 22,32333	0,600
	8 yıl üstü	27	70,1384 ± 20,38787	
Aile YK	8 yıl ve altı	62	72,3790 ± 20,41916	0,896
	8 yıl üstü	27	71,7593 ± 20,75573	
Arkadas YK	8 yıl ve altı	62	80,4435 ± 18,19478	0,295
	8 yıl üstü	27	75,6944 ± 22,42330	
Okul YK	8 yıl ve altı	62	56,6532 ± 14,57523	0,037
	8 yıl üstü	27	49,7685 ± 13,02751	
Kronik YK	8 yıl ve altı	52	63,1410 ± 19,21641	0,055
	8 yıl üstü	28	71,5774 ± 17,,05512	

Toplam YK	8 yıl ve altı	78	75,7612 ± 13,57095	0,668
	8 yıl üstü	42	76,9345 ± 15,43768	
ÇABTÖ	8 yıl ve altı	78	13,6667 ± 11,73702	0,565
	8 yıl üstü	42	12,3810 ± 11,49963	
ÇİDÖ (CDI)	8 yıl ve altı	78	6,6410 ± 5,87969	0,529
	8 yıl üstü	42	5,9524 ± 5,32345	

*Mann Whitney U

Anne yaşı ile olan ilişki;

Yaşam kalitesinin tüm alt boyutları, anksiyete ve depresyon anne yaşıyla ilişkisiz saptanmıştır (Tablo.10).

Tablo.10 Anne yaşı ile çocukta yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif duygudurum ilişkisi

Çocuk YK	Anne yaşı	N	Ortalama ± Std. Deviasyon	P
Bedensel YK	≤ 34	28	81,0268 ± 20,44656	0,618
	≥ 35	61	82,9918 ± 15,52598	
Psikolojik YK	≤ 34	28	76,3393 ± 15,80747	0,826
	≥ 35	61	77,1516 ± 16,29342	
Özsaygı YK	≤ 34	28	72,7679 ± 20,21401	0,818
	≥ 35	61	71,6189 ± 22,46449	
Aile YK	≤ 34	28	70,9821 ± 17,85797	0,707
	≥ 35	61	72,7459 ± 21,59140	
Arkadas YK	≤ 34	28	74,1071 ± 20,88288	0,110
	≥ 35	61	81,2500 ± 18,68043	
Okul YK	≤ 34	28	52,9018 ± 12,78406	0,464
	≥ 35	61	55,3279 ± 15,13120	
Kronik YK	≤ 34	30	62,5000 ± 18,14559	0,188
	≥ 35	50	68,2500 ± 19,06417	
Toplam YK	≤ 34	49	76,9983 ± 14,15676	0,598
	≥ 35	71	75,6015 ± 14,29960	
ÇABTÖ	≤ 34	49	14,9184 ± 13,30231	0,184
	≥ 35	71	12,0423 ± 10,24059	
ÇİDÖ (CDI)	≤ 34	49	6,7959 ± 5,46954	0,528
	≥ 35	71	6,1268 ± 5,84057	

*Student's t test

Baba yaşı ile olan ilişki;

Yaşam kalitesi, kronik yaşam kalitesi alt boyutunda baba yaşının 40 yaş ve üzeri olduğu çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı (0,008) yüksek çıkmış olup, yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyutları, anksiyete ve depresyon baba yaşıyla ilişkili bulunmamıştır. Kronik YK puanı 40 yaş üzeri babalarda $72,0082 \pm 17,88192$ 'dir (Tablo.11).

Tablo.11 Baba yaşı ile yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif duygudurum ilişkisi

	Baba yaşı	N	Ortalama Std. Deviasyon	P*
Bedensel YK	≤ 39	35	$80,0000 \pm 18,67633$	0,322
	≥ 40	53	$83,7264 \pm 16,13772$	
Psikolojik YK	≤ 39	35	$73,3927 \pm 16,76659$	0,122
	≥ 40	53	$78,7736 \pm 15,17821$	
Özsaygı YK	≤ 39	35	$71,6071 \pm 20,74790$	0,808
	≥ 40	53	$72,7594 \pm 22,30330$	
Aile YK	≤ 39	35	$72,8571 \pm 18,99006$	0,756
	≥ 40	53	$71,4623 \pm 21,52918$	
Arkadas YK	≤ 39	35	$76,4286 \pm 21,76103$	0,365
	≥ 40	53	$80,3066 \pm 17,98922$	
Okul YK	≤ 39	35	$52,5000 \pm 15,47353$	0,268
	≥ 40	53	$56,0142 \pm 13,75668$	
Kronik YK	≤ 39	40	$61,1458 \pm 17,83779$	0,008
	≥ 40	39	$72,0082 \pm 17,88192$	
Toplam YK	≤ 39	62	$77,9234 \pm 15,16201$	0,157
	≥ 40	57	$74,2142 \pm 13,05840$	
ÇABTÖ	≤ 39	62	$15,0968 \pm 13,45388$	0,057
	≥ 40	57	$11,0351 \pm 8,94620$	
ÇİDÖ (CDI)	≤ 39	62	$6,4516 \pm 5,64722$	0,950
	≥ 40	57	$6,3860 \pm 5,80257$	

*Student's t test

Baba eğitimi ve kardeş varlığıyla olan ilişki ;

Baba eğitim düzeyi ve kardeş varlığı ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları, anksiyete ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo.12 ve Tablo.13).

Tablo.12 Baba eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif duygudurum ilişkisi

	Baba eğitim durumu	N	Ortalama ± Std. Deviasyon	P
Bedensel YK	8 yıl ve altı	53	82,7830 ± 16,62229	0,786
	8 yıl üstü	36	81,7708 ± 18,07567	
Psikolojik YK	8 yıl ve altı	53	77,9481 ± 15,72582	0,456
	8 yıl üstü	36	75,3472 ± 16,63315	
Özsaygı YK	8 yıl ve altı	53	74,0566 ± 20,67070	0,275
	8 yıl üstü	36	68,9236 ± 23,02396	
Aile YK	8 yıl ve altı	53	72,2877 ± 20,89168	0,957
	8 yıl üstü	36	72,0486 ± 19,96012	
Arkadas YK	8 yıl ve altı	53	79,9528 ± 18,72428	0,581
	8 yıl üstü	36	77,6042 ± 20,93650	
Okul YK	8 yıl ve altı	53	55,8962 ± 15,32967	0,293
	8 yıl üstü	36	52,6042 ± 12,88471	
Kronik YK	8 yıl ve altı	47	63,2979 ± 19,78596	0,113
	8 yıl üstü	33	70,0758 ± 16,84329	
Toplam YK	8 yıl ve altı	68	75,9804 ± 13,87177	0,867
	8 yıl üstü	52	76,4223 ± 14,74731	
ÇABTÖ	8 yıl ve altı	68	14,5735 ± 12,07231	0,144
	8 yıl üstü	52	11,4423 ± 10,86533	
ÇİDÖ(CDI)	8 yıl ve altı	68	7,1618 ± 6,14650	0,093
	8 yıl üstü	52	5,4038 ± 4,87997	

*Mann Whitney U

Tablo.13 Kardeş varlığıyla yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif duygudurum ilişkisi

	Kardeş	N	Ortalama \pm Std. Deviasyon	P*
Bedensel YK	Yok	9	82,6389 \pm 21,60046	0,961
	Var	80	82,3438 \pm 16,72253	
Psikolojik YK	Yok	9	78,4722 \pm 13,29911	0,758
	Var	80	76,7188 \pm 16,40008	
Özsaygi YK	Yok	9	72,2222 \pm 16,27135	0,972
	Var	80	71,9531 \pm 22,28079	
Aile YK	Yok	9	75,0000 \pm 16,23798	0,666
	Var	80	71,8750 \pm 20,88338	
Arkadas YK	Yok	9	81,2500 \pm 18,48775	0,719
	Var	80	78,7500 \pm 19,77924	
Okul YK	Yok	9	54,8611 \pm 15,55540	0,949
	Var	80	54,5313 \pm 14,37569	
Kronik YK	Yok	9	72,6852 \pm 17,06695	0,267
	Var	71	65,2582 \pm 18,97607	
Toplam YK	Yok	14	78,2738 \pm 11,51180	0,558
	Var	106	75,8943 \pm 14,53964	
ÇABTÖ	Yok	14	14,7143 \pm 9,08446	0,610
	Var	106	13,0189 \pm 11,93872	
ÇİDÖ (CDI)	Yok	14	7,0714 \pm 3,66825	0,640
	Var	106	6,3113 \pm 5,89974	

*Mann Whitney U

Aktif şikayet varlığı ile olan ilişki;

Yaşam kalitesi, kronik yaşam kalitesi ve toplam yaşam kalitesi alt boyutunda aktif şikayeti olan çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı (0,035 ve 0,030) düşük çıkmış olup, yaşam kalitesi testinin diğer alt boyutları, anksiyete ve depresyonun aktif şikayet varlığıyla herhangi bir ilişkisi saptanmamıştır. Aktif şikayeti olan çocuklarda kronik YK ortalama puanı 62,5850 \pm 17,68769 ve toplam YK ise 73,4543 \pm 13,99290 'dır (Tablo.14).

Tablo.14 Aktif şikayet varlığıyla yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif duygudurum ilişkisi

	Aktif yakınma	N	Ortalama ± Std. Deviasyon	P*
Bedensel YK	Yok	38	85,6908 ± 17,31001	0,115
	Var	51	79,9020 ± 16,73851	
Psikolojik YK	Yok	38	78,1250 ± 16,03351	0,536
	Var	51	75,9804 ± 16,17157	
Özsaygı YK	Yok	38	75,1645 ± 20,31669	0,234
	Var	51	69,6078 ± 22,53538	
Aile YK	Yok	38	71,8750 ± 23,05573	0,900
	Var	51	72,4265 ± 18,42114	
Arkadas YK	Yok	38	81,7434 ± 18,57358	0,256
	Var	51	76,9608 ± 20,21332	
Okul YK	Yok	38	53,9474 ± 13,74086	0,729
	Var	51	55,0245 ± 15,00102	
Kronik YK	Yok	31	71,6398 ± 19,49654	0,035
	Var	49	62,5850 ± 17,68769	
Toplam YK	Yok	58	79,0769 ± 13,95400	0,030
	Var	62	73,4543 ± 13,99290	
ÇABTÖ	Yok	58	11,4828 ± 10,90347	0,114
	Var	62	14,8387 ± 12,11988	
ÇİDÖ (CDI)	Yok	58	5,9483 ± 6,22226	0,402
	Var	62	6,8226 ± 5,13274	

*Mann Whitney U

Semptom ile yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon duygudurum ilişkisi

Göğüs ağrısı kronik YK ile negatif ilişkili ($r:-0,235$; $p:0,036$) (yani göğüs ağrısı varlığı yaşam kalitesini azaltmakta), anksiyete ve depresyon ile ilişkisiz,

Siyanoz varlığı YK ile ilişkisiz, anksiyete ile pozitif ilişkili ($r:0,251$; $p:0,006$) (yani siyanoz varlığı anksiyete düzeyini arttırmaktadır),

Dispne bedensel YK, arkadaş YK, kronik YK ve toplam YK ile negatif ilişkili ; anksiyete ve depresif duygudurum üzerine etkisiz,

Çabuk yorulma kronik YK ile negatif ilişkili olup ($r:-0,214$; $p:0,050$) anksiyete ve depresyon üzerine etkisiz,

Çarpıntı varlığı ise toplam YK ile negatif ilişkili olup ($r:-0,198$; $p:0,030$), anksiyete ve depresif duygudurum üzerine etkisiz olarak saptanmıştır (Tablo.15).

Tablo.15 Semptom ve bulgularla yaşam kalitesi ilişkisi

ÇOCUĞUN YAŞAM KALİTESİ		SEMPTOM VE BULGU					
		Göğüs Ağrısı	Siyanoz	Dispne	Çabuk Yorulma	Çarpıntı	Diğer
Bedensel	r	-0,126	-0,163	-0,213	-0,126	-0,062	-0,100
	p	0,238	0,126	0,045	0,240	0,562	0,351
Psikolojik	r	0,021	0,054	0,196	-0,001	-0,138	-0,005
	p	0,848	0,613	0,066	0,991	0,197	0,967
Özsaygı	r	0,060	-0,078	-0,190	-0,175	-0,036	0,112
	p	0,578	0,469	0,075	0,101	0,734	0,296
Aile	r	-0,074	0,113	-0,137	-0,014	-0,043	0,115
	p	0,493	0,291	0,200	0,896	0,691	0,283
Arkadaş	r	-0,109	0,115	-0,358	-0,106	-0,143	0,109
	p	0,309	0,283	0,001	0,323	0,181	0,308
Okul	r	0,007	-0,034	-0,069	0,037	-0,164	0,059
	p	0,946	0,752	0,520	0,728	0,124	0,582
Kronik	r	-0,235	-0,191	-0,223	-0,214	-0,092	-0,051
	p	0,036	0,089	0,047	0,050	0,416	0,655
Toplam	r	-0,139	-0,164	-0,267	-0,150	-0,198	0,036
	p	0,129	0,073	0,004	0,101	0,030	0,694
Anksiyete	r	0,104	0,251	0,153	-0,145	0,058	0,051
	p	0,260	0,006	0,095	0,114	0,598	0,577
Depresyon	r	0,095	0,129	0,151	0,063	0,125	-0,048
	p	0,302	0,160	0,100	0,497	0,175	0,600

*Pearson Korelasyonu

Gruplar ile olan ilişki;

Siyanotik grup; yaşam kalitesi ölçeğinin psikolojik YK, özsaygı YK, kronik YK ve toplam YK alt boyutlarında asiyanotik ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük (sırasıyla P değerleri 0,016, 0,005, 0,000, 0,005) yaşam kalitesine sahiptir. Diğer alt boyutlarda gruplar arası anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Siyanotik grubun psikolojik YK puanı 70,9559±16,70561, özsaygı YK 62,6838 ±19,97188, kronik YK 55,7292 ve toplam YK ise 70,4427±15,12039' dur.

Tablo.16.a Çalışma gruplarının yaşam kalitesi ile ilişkisi

GRUPLAR	Bedensel YK	Psikolojik YK	Özsaygı YK	Aile YK
Kontrol (a)				
Ortalama	85,7143	79,0179	78,7946	77,2321
N	28	28	28	28
Std.sapma	17,90997	15,32955	23,71338	22,25785
Siyanotik (b)				
Ortalama	78,6765	70,9559	62,6838	67,6471
N	34	34	34	34
Std.sapma	18,40707	16,70561	19,97188	19,18502
Asiyanotik (c)				
Ortalama	83,5648	82,1759	76,6204	72,6852
N	27	27	27	27
Std.sapma	14,09831	13,94354	17,72796	19,31428
P*	0,252	0,016	0,005	0,183
Post hoc *	-	b<a<c	b<a=c	-

*Tek yönlü ANOVA

**Tukey B

Tablo.16.b Çalışma gruplarının yaşam kalitesi ile ilişkisi

GRUPLAR	Arkadaş YK	Okul YK	Kronik YK	Toplam YK
Kontrol (a)				
Ortalama	81,6964	55,8036	-	77,8385
N	28	28		40
Std.sapma	20,68898	16,39788		13,87751
Siyanotik (b)				
Ortalama	74,4485	52,3897	55,7292	70,4427
N	34	34	40	40
Std.sapma	19,42398	13,41488	17,49256	15,12039
Asiyanotik (c)				
Ortalama	81,9444	56,0185	76,4583	80,2344
N	27	27	40	40
Std.sapma	18,12528	13,59191	13,82088	11,85218
Total				
Ortalama	79,0028	54,5646	66,0937	76,1719
N	89	89	80	120
Std.Devias yon	19,56667	14,40597	18,81866	14,19845
P*	0,227	0,539	0,000	0,005
Post hoc *	-	-	b<c	b<a=c

*Tek yönlü ANOVA

**Tukey B

Grupların anksiyete ve depresyonla ilişkisi;

Her üç grubun anksiyete ve depresyon duygu durumunda anlamlı bir istatistiksel farklılık saptanmadı, her üç grupta da anksiyete ve depresyon yoktu (Tablo 17).

Tablo.17 Çalışma grupları ile anksiyete ve depresif duygudurum ilişkisi

GRUPLAR	ÇABTÖ	ÇİDÖ (CDI)
Kontrol (a)		
Mean	12,5760	4,7750
N	40	40
Std.Deviasyon	9,38599	4,56007
Siyanotik (b)		
Mean	15,0250	7,8250
N	40	40
Std.Deviasyon	14,27655	7,17148
Asiyanotik (c)		
Mean	12,0500	6,6000
N	40	40
Std.Deviasyon	10,72727	4,61769
Total		
Mean	13,2167	6,4000
N	120	120
Std.Deviasyon	11,62234	5,67821
P*	0,053	0,478
Post hoc **	-	a<c<b

*Tek yönlü ANOVA **Tukey B

Duygusal ve davranışsal sorunların yaşam kalitesi üzerine etkisi ;

Bu amaçla yaşam kalitesi anketiyle duygusal ve davranışsal sorunları belirleyen güçler ve güçlükler anketinin alt boyutları karşılaştırılmıştır; çocuğun Güçler ve Güçlükler ölçeğinin emosyonel belirtiler, davranış sorunları, hiperaktivite, toplam ve akran ilişkileri alt boyutundaki problemlerin yaşam kalitesinin bedensel, psikolojik ,özsaygı, arkadaş, kronik ve toplam yaşam kalitesi alt boyutlarını olumsuz etkilediği, sosyal işlevselliğin ise özellikle psikolojik alt boyutta etkili olduğu saptanmıştır, duygusal ve davranışsal sorunların okuldaki yaşam kalitesine anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Duygusal ve davranışsal sorunların anksiyete ve depresif duygu durumu üzerine etkisine bakıldığında ise tüm alt boyutlarla istatistiksel anlamlı etkileşim saptanmış olup en belirgin korelasyon toplam ve emosyonel belirtiler alt boyutunda saptanmıştır (Tablo.18 ve Tablo.19).

Tablo.18 Yaşam kalitesi ile duygusal ve davranışsal sorunların karşılaştırılması (Güçler ve Güçlükler anketi (SDQ – Tur))

ÇOCUĞUN YAŞAM KALİTESİ		GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)					
		emosyonel belirtiler	davranış sorunları	hiper-aktivite	akran ilişkisi	sosyal işlevsellik	Toplam
Bedensel	r	0,484	0,241	0,281	0,428	0,191	0,492
	p	0,000	0,008	0,008	0,000	0,073	0,000
Psikolojik	r	0,352	0,257	0,394	0,322	0,214	0,464
	p	0,001	0,015	0,000	0,002	0,045	0,000
Özsaygı	r	0,287	0,221	0,335	0,390	0,140	0,431
	p	0,006	0,037	0,001	0,000	0,190	0,000
Aile	r	0,105	0,173	0,352	0,279	0,233	0,326
	p	0,326	0,105	0,001	0,008	0,028	0,002
Arkadaş	r	0,349	0,254	0,306	0,518	0,105	0,492
	p	0,001	0,016	0,004	0,000	0,328	0,000

Okul	r	0,005	0,018	0,083	0,140	0,960	0,860
	p	0,960	0,869	0,438	0,190	0,369	0,424
Kronik	r	0,263	0,354	0,266	0,089	0,193	0,318
	p	0,019	0,001	0,017	0,432	0,086	0,004
Toplam	r	0,396	0,395	0,428	0,500	0,158	0,318
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,086	0,004

Tablo.19 Depresyon ve anksiyete ile duygusal ve davranışsal sorunların karşılaştırılması (Güçler ve Güçlükler anketi (SDQ – Tur))

Korelasyon		SDQ					
		emosyonel belirtiler	davranış sorunları	hiper-aktivite	akran ilişkisi	sosyal işlevsellik	Toplam
ÇABTÖ	r	0,588	0,198	0,352	0,281	0,014	0,485
	p	0,000	0,030	0,000	0,002	0,878	0,000
ÇİDÖ	r	0,622	0,420	0,428	0,604	0,227	0,695
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,012	0,000

Çalışma gruplarının duygusal ve davranışsal problemlerine bakıldığında siyanotik grupta davranış sorunları, hiperaktivite ve toplam sorunların istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla *0,002, 0,001,0,014*) (Tablo-20.a ve Tablo-20.b).

Tablo.20.a Çalışma gruplarının duygusal ve davranışsal sorunlarla ilişkisi

GRUPLAR	GÜÇLER GÜÇLÜKLER (SDQ-Tur)		
	Emosyonel belirtiler	Davranış sorunları	Hiper aktivite
Kontrol (a)			
Ortalama	2,2750	0,9500	2,1000
N	40	40	40
Std.sapma	1,56872	1,46672	1,87835
Siyanotik (b)			
Ortalama	2,8250	2,0750	3,8750
N	40	40	40
Std.sapma	1,98569	1,75977	2,35544
Asiyanotik (c)			
Ortalama	2,6750	1,1750	2,8500
N	40	40	40
Std.sapma	1,75977	1,08338	2,10677
P*	0,363	0,002	0,001
Post hoc *	-	a=c<b	a<c<b

*Tek yönlü ANOVA **Tukey B

Tablo.20.b Çalışma gruplarının duygusal ve davranışsal sorunlarla ilişkisi

GRUPLAR	GÜÇLER GÜÇLÜKLER (SDQ-Tur)		
	Akran ilişkisi	Sosyal işlevsellik	Toplam
Kontrol (a)			
Ortalama	3,0500	8,9500	8,3750
Std.sapma	1,90744	1,81093	4,62811
Siyanotik (b)			
Ortalama	3,0750	8,2500	11,8500
Std.sapma	1,77428	2,08474	6,09561
Asiyanotik (c)			
Ortalama	3,1000	8,9750	9,8000
Std.sapma	1,58195	1,56053	4,93652
P*	0,992	0,137	0,014
Post hoc *	-	-	a<c<b

*Tek yönlü ANOVA

**Tukey B

Aile davranışlarının yaşam kalitesine etkisi;

Problem çözme sorunlarının çocuklarda aile YK ve toplam YK alt boyutlarıyla,
İletişim problemlerinin çocuklarda psikolojik YK, özsaygı YK, aile YK, ve toplam YK alt boyutlarıyla,

Anne-baba rollerinin çocuklarda aile YK alt boyutuyla,

Duygusal tepki verebilmenin çocuklarda toplam YK ve aile YK alt boyutuyla,

Davranış kontrolünün ise okul YK alt boyutuyla,

Genel işlevlerin aile ve toplam YK alt boyutuyla istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olduğu (korele) saptandı (Tablo.21.a ve Tablo.21.b).

Tablo.21.a ADO (Aile Değerlendirme Ölçeği) –YK (Yaşam Kalitesi) ilişkisi

ADO		YAŞAM KALİTESİ			
		Arkadaş	Okul	Kronik	Toplam
Problem çözme	r	0,002	0,088	0,023	0,179
	p	0,983	0,414	0,839	0,050
İletişim	r	0,167	0,095	0,107	0,229
	p	0,118	0,377	0,347	0,012
Roller	r	0,169	0,129	0,050	0,177
	p	0,114	0,228	0,657	0,053
Duygusal tepki verebilme	r	0,134	0,124	0,136	0,221
	p	0,212	0,248	0,228	0,015
Gereken ilgiyi gösterme	r	0,036	0,051	0,217	0,127
	p	0,740	0,632	0,054	0,166
Davranış kontrolü	r	0,101	0,299	0,006	0,104
	p	0,347	0,004	0,958	0,260
Genel işlevler	r	0,202	0,134	0,011	0,266
	p	0,058	0,212	0,925	0,003

Tablo.21 .b ADO (Aile Değerlendirme Ölçeği) –YK (Yaşam Kalitesi) ilişkisi

ADO		YAŞAM KALİTESİ			
		Bedensel	Psikolojik	Özsaygı	Aile
Problem çözme	r	0,010	0,081	0,111	0,351
	p	0,923	0,451	0,300	0,001
İletişim	r	0,203	0,221	0,218	0,311
	p	0,056	0,032	0,040	0,003
Roller	r	0,162	0,140	0,206	0,276
	p	0,129	0,190	0,053	0,009
Duygusal tepki verebilme	r	0,149	0,193	0,153	0,361
	p	0,164	0,069	0,152	0,001
Gereken ilgiyi gösterme	r	0,080	0,114	0,072	0,036
	p	0,458	0,288	0,501	0,740
Davranış kontrolü	r	0,009	0,105	0,063	0,170
	p	0,930	0,328	0,558	0,111
Genel işlevler	r	0,112	0,168	0,176	0,380
	p	0,295	0,116	0,099	0,000

Aile fonksiyonlarına etkileyen problemlerin anksiyete ve depresyon duygu durumuyla doğrudan ilişkili olduğu en fazla korelasyonun depresyon ile iletişim, roller, duygusal tepki verebilme ve genel işlevler boyutuyla olduğu saptandı (Tablo.22) .

Tablo.22. ADO (Aile Değerlendirme Ölçeği) ile anksiyete ve depresyon ilişkisi

ADO		ÇABTÖ	ÇİDÖ
Problem çözme	r	0,151	0,231
	p	0,099	0,011
İletişim	r	0,244	0,314
	p	0,007	0,000
Roller	r	0,293	0,312
	p	0,001	0,001
Duygusal tepki verebilme	r	0,284	0,308
	p	0,002	0,001
Gereken ilgiyi gösterme	r	0,112	0,150
	p	0,224	0,102
Davranış kontrolü	r	0,173	0,189
	p	0,059	0,038
Genel işlevler	r	0,296	0,357
	p	0,001	0,000

Çalışma grubumuzda aile fonksiyonlarına etkileyen problemlerde roller boyutu siyanotik konjenital kalp hastalığı olan grupta istatistiksel olarak anlamlı daha düşük saptanmıştır (0,035) (Tablo.23.a).

Tablo.23.a Çalışma gruplarının ADO (Aile Değerlendirme Ölçeği) ile ilişkisi

	AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADO)			
	Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme
Kontrol (a) (N:40) Ortalama Std.Deviasyon	11,5250 3,60902	18,1750 5,00199	21,7500 5,27087	10,8500 3,59166
Siyanotik (b) (N:40) Ortalama Std.Deviasyon	11,1000 2,98543	17,0750 3,67519	20,6750 4,06604	10,3250 3,09994
Asiyanotik (c) (N:40) Ortalama Std.Deviasyon	11,9250 3,66821	17,8750 5,82738	23,5500 5,40157	10,8500 3,77950
P*	0,563	0,587	0,035	0,742
Post hoc **	-	-	b<a<c	-

*Tek yönlü ANOVA

**Tukey B

Tablo.23.b. Çalışma gruplarının ADO (Aile Değerlendirme Ölçeği) ile ilişkisi

	AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADO)		
	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel İşlevler
Kontrol (a) (N:40) Ortalama Std.Deviasyon	15,9500 1,35779	18,5500 2,42794	22,1250 8,05808
Siyanotik (b) (N:40) Ortalama Std.Deviasyon	15,3250 1,63907	118,3250 2,90342	20,8500 5,28447
Asiyanotik (c) (N:40) Ortalama Std.Deviasyon	15,7750 1,27073	19,1000 2,88941	22,8000 7,91688
P*	0,136	0,434	0,472
Post hocc **	-	-	-

*Tek yönlü ANOVA

**Tukey B

Aile yetiştirme tutumlarıyla yaşam kalitesi ilişkisine bakıldığında

Aşırı koruyuculuk ile psikolojik YK alt boyutu ($r:0,328$, $p:0,002$),

Sıkı disiplin ile özsaygı YK alt boyutu ($r: 0,320$, $p:0,002$),

Karı-koca geçimsizliği ile kronik YK ($r:0,310$, $p:0,005$) ve toplam YK ($r:0,401$ $p:0,000$) ilişkili saptanmıştır (Tablo-24.a ve Tablo-24.b).

Tablo.24.a Çocuk Yaşam Kalitesinin PARİ (Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği) ile ilişkisi

ÇOCUĞUN YAŞAM KALİTESİ		Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARİ)		
		Aşırı koruyuculuk	Demokratik ve esitlik	Annenin ev kadınlığını red etmesi
Bedensel	r	0,240	0,022	0,278
	p	0,023	0,837	0,008
Psikolojik	r	0,328	0,125	0,202
	p	0,002	0,243	0,057
Özsaygı	r	0,277	0,002	0,140
	p	0,009	0,983	0,191
Aile	r	0,240	0,252	0,254
	p	0,023	0,017	0,016
Arkadaş	r	0,215	0,096	0,170
	p	0,043	0,371	0,112
Okul	r	0,121	0,051	0,037
	p	0,257	0,633	0,732
Kronik	r	0,167	0,033	0,127
	p	0,138	0,772	0,261
Toplam	r	0,259	0,227	0,174
	p	0,004	0,013	0,057

Tablo.24.b Çocuk Yaşam Kalitesinin PARİ (Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği) ile ilişkisi

ÇOCUĞUN YAŞAM KALİTESİ		Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARİ)	
		Karı-koca geçimsizliği	Artık boyut sıkı disiplin
Bedensel	r	0,007	0,222
	p	0,949	0,037
Psikolojik	r	0,022	0,262
	p	0,839	0,013
Özsaygı	r	0,158	0,320
	p	0,139	0,002
Aile	r	0,172	0,294
	p	0,107	0,005
Arkadaş	r	0,120	0,320
	p	0,262	0,002
Okul	r	0,083	0,036
	p	0,442	0,738
Kronik	r	0,310	0,289
	p	0,005	0,009
Toplam	r	0,401	0,288
	p	0,000	0,001

Aile yetiştirme tutumlarıyla anksiyete ve depresyon ilişkisine bakıldığında ;

Aşırı koruyuculuk, annenin ev kadınlığını reddetmesi ve sıkı disiplin ile anksiyete ve depresif duygudurumun ilişkili olduğu, korelasyonun depresyondan ziyade anksiyete ile daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla aşırı koruyuculuk-anksiyete için $r:0,349$ $p:0,000$; annenin ev kadınlığını reddetmesi-anksiyete için $r:0,449$, $p:0,000$ sıkı disiplin-anksiyete için $r:0,307$, $p:0,001$) (Tablo.25).

Tablo.25 Çocuklarda anksiyete ve depresyonun (PARİ) Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları ile ilişkisi

PARİ		ÇABTÖ	ÇİDÖ
Aşırı koruyuculuk	r	0,349	0,247
	p	0,000	0,007
Demokratik ve eşitlik	r	0,103	0,087
	p	0,263	0,347
Annenin ev kadınlığını red etmesi	r	0,449	0,297
	p	0,000	0,001
Karı-koca geçimsizliği	r	0,084	0,105
	p	0,363	0,256
Artık boyut ve sıkı disiplin	r	0,307	0,261
	p	0,001	0,004

Çalışma grubumuzda aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumlarında karı-koca geçimsizliği boyutu siyanotik konjenital kalp hastalığı olan grupta istatistiksel olarak anlamlı daha düşük saptanmıştır, siyanotik grupta anne-baba geçimsizliği daha az görülmektedir (0,030) (Tablo-26.b).

Tablo.26.a. Çalışma gruplarının (PARI) Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları ile ilişkisi

Gruplar	Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARI)		
	Aşırı koruyuculuk	Demokratik ve eşitlik	Annenin ev kadınlığını red etmesi
Kontrol (a) (N:40)			
Ortalama	51,2750	25,8500	34,2750
Std.Deviasyon	6,71389	2,76934	8,17748
Siyanotik (b) (N:40)			
Ortalama	51,4000	25,4000	32,3500
Std.Deviasyon	4,92404	2,27359	5,23083
Asiyanotik (c) (N:40)			
Ortalama	50,3750	26,4500	33,5250
Std.Deviasyon	5,98583	2,54145	7,80857
P*	0,701	0,183	0,485
Post hoc **	-	-	-

*Tek yönlü ANOVA

**Tukey B

Tablo.26.b. Çalışma gruplarının (PARI) Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları ile ilişkisi

Gruplar	Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARI)	
	Karı-koca geçimsizliği	Artık boyut-sıkı disiplin
Kontrol (a) (N:40)		
Ortalama	19,7250	46,9750
Std.Deviasyon	2,96983	8,49883
Siyanotik (b) (N:40)		
Ortalama	19,0250	49,9750
Std.Deviasyon	2,67455	6,23467
Asiyanotik (c) (N:40)		
Ortalama	20,6250	47,0750
Std.Deviasyon	2,33905	7,77698
P*	0,030	0,250
Post hoc **	b<a<c	-

*Tek yönlü ANOVA

**Tukey B

Anne yaşı ile ebeveyn yaşam kalitesi arasındaki ilişki;

Anne yaşı ile ebeveyn yaşam kalitesi,anksiyete ve depresif duygu durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tablo.27).

Tablo.27 Anne yaşı ile yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif duygudurum ilişkisi

	Anne yaşı	N	Mean Std. Deviasyon	P*
Fiziksel fonksiyon	≤ 34	49	96,0204 ±13,02960	0,887
	≥35	71	96,3380 ±11,17899	0,890
Rol güçlüğü (fiziksel)	≤ 34	49	91,3265 ±23,69018	0,853
	≥35	71	90,4930 ± 24,40953	0,852
Ağrı	≤ 34	49	55,3061 ± 7,10107	0,794
	≥35	71	55,6338 ± 6,48788	0,797
Genel Sağlık	≤ 34	49	60,0000 ± 12,78834	0,976
	≥35	71	60,0704 ± 12,49265	0,976
Vitalite (enerji)	≤ 34	49	65,4082 ± 16,67198	0,696
	≥35	71	64,2254 ± 16,00553	0,699
Sosyal fonksiyon	≤ 34	49	84,1837 ± 14,15491	0,508
	≥35	71	82,3944 ± 14,72629	0,505
Rol Güçlüğü (emosyonel)	≤ 34	49	77,5510 ± 22,96107	0,360
	≥35	71	72,7700 ± 31,01963	0,334
Mental Sağlık	≤ 34	49	72,9796 ± 14,82184	0,782
	≥35	71	73,7465 ±14,96254	0,782
HAD anksiyete 10.11	≤ 34	49	1,0204 ± 0,14286	0,220
	≥35	71	1,0704 ± 0,25768	0,176
HAD.depresyon	≤ 34	49	1,1837 ± 0,39123	0,532
	≥35	71	1,1408 ± 0,35034	0,540

*Student's t test

Anne eğitim düzeyi ile ebeveyn yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif duygu durumu arasındaki ilişki;

Anne eğitim düzeyi ,

8 yıl üstü olan grupta ebeveyn yaşam kalitesi vitalite (enerji) alt boyutu ile mental sağlık alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmış olup (sırasıyla 0,027 ve 0,009) anne eğitim düzeyiyle ebeveyn anksiyete ve depresif duygu durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı (Tablo.28).

Tablo.28 Anne eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif duygudurum ilişkisi

	Anne Eğitim Düzeyi	N	Mean ± Std. Deviasyon	P
Fiziksel fonksiyon	8 yıl ve altı	78	95,2564 ± 13,01591	0,235
	8 yıl üstü	42	97,9762 ± 9,43912	
Rol güclüğü (fiziksel)	8 yıl ve altı	78	89,7436 ± 25,62083	0,501
	8 yıl üstü	42	92,8571 ± 20,86960	
Agri	8 yıl ve altı	78	55,7692 ± 7,12034	0,552
	8 yıl üstü	42	55,0000 ± 5,94692	
Genel Sağlık	8 yıl ve altı	78	59,7436 ± 13,62526	0,725
	8 yıl üstü	42	60,5952 ± 10,42993	
Vitalite (enerji)	8 yıl ve altı	78	62,3077 ± 16,33044	0,027
	8 yıl üstü	42	69,1667 ± 15,21860	
Sosyal fonksiyon	8 yıl ve altı	78	81,4103 ± 14,76872	0,077
	8 yıl üstü	42	86,3095 ± 13,47127	
Rol Güçlüğü (emosyonel)	8 yıl ve altı	78	72,2222 ± 29,13702	0,184
	8 yıl üstü	42	79,3651 ± 25,45242	
Mental Sağlık	8 yıl ve altı	78	70,8718 ± 14,79765	0,009
	8 yıl üstü	42	78,1905 ± 13,89023	
HAD anksiyete10.11	8 yıl ve altı	78	1,0769 ± 0,26819	0,066
	8 yıl üstü	42	1,0000 ± 0,00000	
HAD.dep.78	8 yıl ve altı	78	1,1795 ± 0,38624	0,391
	8 yıl üstü	42	1,1190 ± 0,32777	

*Mann Whitney U testi

Gruplara göre annenin yaşam kalitesi;

Annelerin yaşam kalitesine bakıldığında sosyal fonksiyon,fiziksel fonksiyon,rol güclüğü ve ağrı boyutlarında siyanotik gruptaki annelerin yaşam kalitesi daha düşük çıkmış olup, istatistiksel olarak anlamlı düşüklük genel sağlık boyutunda asiyanotik gruptaki annelerde (0,035) ve fiziksel rol güclüğü boyutunda siyanotik gruptaki annelerde (0.010) saptanmış, mental sağlık boyutundaysa asiyanotik gruptaki annelerde istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (0,035) (Tablo.29).

Tablo.29.a Gruplara göre ebeveynlerin yaşam kalitesi

GRUPLAR	Fiziksel fonksiyon	Rol güçlüğü (fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık
Kontrol (a)				
Ortalama	96,6250	97,5000	56,2500	63,2500
N	40	40	40	40
Std.Deviasyon	10,40140	12,40347	7,04837	14,2572
Siyanotik (b)				
Ortalama	93,8750	81,8750	55,5000	60,0417
N	40	40	40	40
Std.Deviasyon	16,88906	34,43104	6,77476	12,3283
Asiyanotik (c)				
Mean	98,1250	93,1250	54,7500	56,1250
N	40	40	40	40
Std.Deviasyon	5,51077	16,97236	6,40012	9,96709
Total				
Ortalama	96,2083	90,8333	55,5000	60,7500
N	120	120	120	120
Std.Deviasyon	11,91701	24,02147	6,71759	12,5607
P*	0,272	0,010	0,611	0,035
Post hoc **	-	b<c<a	-	c<b<a

*Tek yönlü ANOVA

**Tukey B

Tablo.29.b Gruplara göre ebeveynlerin yaşam kalitesi

GRUPLAR	Vitalite (enerji)	Sosyal fonk.	Rol güçlüğü (2)	Mental sağlık
Kontrol (a)				
Ortalama	96,6250	97,5000	56,2500	63,2500

N	40	40	40	40
Std.Deviasyon	10,40140	12,40347	7,04837	14,2572
Siyanotik (b)				
Ortalama	64,0000	79,687	66,6667	70,8000
N	40	40	40	40
Std.Deviasyon	16,84012	14,89480	31,1233	14,2572
Asiyanotik (c)				
Ortalama	63,5000	83,4375	71,6667	74,8000
N	40	40	40	40
Std.Deviasyon	15,81949	15,08191	25,6538	15,4309
Total				
Ortalama	64,7083	83,1250	74,7222	73,4390
N	120	120	120	120
Std.Deviasyon	16,22188	14,89480	31,1233	14,8475
P*	0,272	0,010	0,611	0,035

*Tek yönlü ANOVA

**Tukey B

Ebeveynlerin anksiyete ve depresyon duygudurumu;

Anksiyete için kesme puanları 10/11 ve depresyon için ise 7/8 olması nedeniyle her üç gruptaki annelerde anksiyete ve depresyon saptanmamış olup siyanotik gruptaki annelerde diğer iki gruba göre anksiyete düzeyi anlamlı daha yüksek saptanmıştır (0,031) (Tablo.30).

Tablo.30 Gruplara göre ebeveynlerin anksiyete ve depresif duygu durumu

GRUPLAR	HAD ANKSİYETE	HAD DEPRESYON
Kontrol (a)		
Mean	2,4750	3,0500
N	40	40
Std.Deviasyon	2,42833	2,52119
Siyanotik (b)		
Mean	4,3750	3,8250
N	40	40
Std.Deviasyon	4,21041	3,8565
Asiyanotik (c)		
Mean	3,0750	2,7750
N	40	40
Std.Deviasyon	2,84098	2,59672
P*	0,031	0,284
Post hoc **	a<b<c	-

*Tek yönlü ANOVA

**Tukey B

Anninin yaşam kalitesinin çocuğun yaşam kalitesine etkisi;

Çocuğun toplam YK'sı ile annenin YK alt boyutlarından sosyal fonksiyon ve mental sağlık en fazla ilişkiliyken,

Çocuğun bedensel YK'sı ile annenin fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutları,

Çocuğun kronik YK'sı ile annenin fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt boyutları ilişkili saptanmıştır.

Tablo.31.a Annenin yaşam kalitesinin çocuğun yaşam kalitesine etkisi

ANNENİN YAŞAM KALİTESİ-1		ÇOCUĞUN YAŞAM KALİTESİ-1			
		Bedensel	Psikolojik	Özsaygı	Aile
Fiziksel	r	0,070	0,036	0,181	0,038
Fonksiyon	p	0,514	0,739	0,089	0,722
Rol güçlüğü (fiziksel)	r	0,317	0,290	0,207	0,181
	p	0,002	0,006	0,052	0,089
Ağrı	r	0,068	0,203	0,050	0,184
	p	0,526	0,056	0,642	0,084
Genel sağlık	r	0,169	0,051	0,145	0,062
	p	0,113	0,636	0,175	0,561
Vitalite (enerji)	r	0,064	0,089	0,139	0,242
	p	0,548	0,404	0,192	0,023
Sosyal Fonksiyon	r	0,199	0,142	0,215	0,202
	p	0,062	0,185	0,043	0,057
Rol güçlüğü (emosyonel)	r	0,340	0,133	0,270	0,145
	p	0,001	0,216	0,010	0,177
Mental sağlık	r	0,166	0,174	0,269	0,277
	p	0,119	0,103	0,011	0,009

Tablo.31.b Annenin yaşam kalitesinin çocuğun yaşam kalitesine etkisi

ANNENİN YAŞAM KALİTESİ-2		ÇOCUĞUN YAŞAM KALİTESİ-2			
		Arkadaş	Okul	Kronik	Toplam
Fiziksel	r	0,028	0,110	0,328	0,222
Fonksiyon	p	0,791	0,306	0,003	0,015
Rol güçlüğü (fiziksel)	r	0,186	0,018	0,474	0,347
	p	0,081	0,868	0,000	0,000

Ağrı	r	0,055	0,076	0,202	0,171
	p	0,608	0,478	0,072	0,062
Genel sağlık	r	0,141	0,035	0,024	0,208
	p	0,188	0,744	0,833	0,023
Vitalite (enerji)	r	0,118	0,095	0,120	0,203
	p	0,271	0,374	0,288	0,026
Sosyal Fonksiyon	r	0,150	0,032	0,333	0,311
	P	0,161	0,768	0,003	0,001
Rol güçlüğü (emosyonel)	r	0,273	0,016	0,200	0,350
	p	0,010	0,878	0,076	0,000
Mental sağlık	r	0,052	0,012	0,219	0,303
	p	0,626	0,914	0,051	0,001

Çocuğun toplam YK'sı ile annenin YK alt boyutlarından sosyal fonksiyon ve mental sağlık en fazla ilişkiliyken,

Çocuğun bedensel YK'sı ile annenin fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutları, Çocuğun kronik YK'sı ile annenin fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt boyutları ilişkili saptanmıştır.

Tablo.32.Annenin duygu - durumunun çocuğun duygudurumuyla ilişkisi

EBEVEYNİN ANKSİYETE VE DEPRESYONU		ÇOCUĞUN ANKSİYETE VE DEPRESYONU	
		ÇABTÖ	ÇİDÖ
HAD ANKSİYETE	r	0,214	0,099
	p	0,019	0,283
HAD DEPRESYON	r	0,424	0,417
	p	0,000	0,000

Çocuğun depresyon durumuna annenin anksiyetesi çok etkili olmazken, esas etki annenin depresif duygu durumudur (r:0,424, p:0,000; r:0,417, p:0,000).

Çocuğun yaşam kalitesi – annenin duygu durumu:

Tablo.33.Çocuğun yaşam kalitesi ile annenin anksiyete ve depresif duygu durumu ilişkisi

ÇOCUĞUN YAŞAM KALİTESİ		EBEVEYNİN ANKSİYETE VE DEPRESYON DUYGU DURUMU	
		HAD ANKSİYETE	HAD DEPRESYON
Bedensel	r	0,133	0,221
	p	0,215	0,037
Psikolojik	r	0,049	0,233
	p	0,645	0,028
Özsaygı	r	0,105	0,199
	p	0,326	0,062
Aile	r	0,175	0,206
	p	0,100	0,052
Arkadaş	r	0,031	0,138
	p	0,773	0,196
Okul	r	0,168	0,057
	p	0,114	0,596
Kronik	r	0,203	0,264
	p	0,071	0,018
Toplam	r	0,042	0,255
	p	0,652	0,005

Çocuğun yaşam kalitesine annenin anksiyetesinden ziyade depresif duygu-durumu özellikle YK'nın kronik, toplam, bedensel ve psikolojik alt boyutlarında negatif yönde etkilidir (Tablo.33) (sırasıyla p değerleri; 0,018, 0,005, 0,037, 0,028).

V. TARTIŞMA

Kardiyak cerrahi ve erken teşhisteki ilerlemeler sonucunda konjenital kalp hastalıklı adolosanlarda ve çocuklarda yaşam beklentisi bir hayli yükselmiştir. Bu yeni durumla birlikte; sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmeleri, önemli bir sağlık verisi olarak bu popülasyondaki tüm yaş gruplarında hızla dikkat çekmeye başlamıştır (96).

Çocuklukta ve ergenlikte konjenital kalp hastalığı varlığının; kognitiv ve nörolojik işlevleri etkilediği kadar, bedensel ve fiziksel gelişimi de etkilediği kanıtlanmıştır. Aynı zamanda konjenital kalp hastalıklı gruplarda; akademik güçlükler, hafıza problemleri, konuşma gecikmesi, hiperaktivite ve dikkat bozukluğu insidansı daha yüksektir. Bu klinik bulguların yanı sıra, sürekli monitorizasyon ihtiyacı ve tekrar eden yatışlar bu çocukların özsaygılarını ve kendilerini tanımalarını etkileyebilir, hayat kalitelerini etkileyerek normal gelişimlerini geciktirebilir (97,98).

Bu çalışma; semptomların bulunması, cerrahi girişimler, ilaç kullanımı gibi klinik değişkenlere bağlı bulgulara ve hastalığın şiddetine göre “yaşam kalitesi” tarifi yaparak, bu kriterler sayesinde konjenital kalp hastalıklı çocuk ve adolosanlar ile ebeveynlerinin yaşam kalitelerini, anksiyete ve depresyon duygu durumlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Konjenital kalp hastalıklı çocukların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi risk gruplarını tanımlamamıza yardımcı olur ve onların sağlık ihtiyaçlarına odaklanan müdahale stratejilerinin detaylandırılması için değerli bilgiler edinmemize imkan verir. Bu amaçla yaşları 6-16 arasında değişen 40 siyanotik ve 40 asiyanotik konjenital kalp hastalıklı çocuk ile 40 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 120 kişi ve anneleriyle çalışmamızı yürüttük.

Hastaların 63' ü (%52,5) erkek ve 57'si (% 47.5) kızdı. Siyanotik grupta 26 (% 65) erkek ve 14 (% 35) kız, asiyanotik grupta 19 (% 47.5) erkek ve 21 (% 52.5) kız vardı, kontrol grubunda ise 18 (% 45) erkek ve 22 (% 55) kız vardı. Çalışmaya katılan hastaların yaşlarıysa siyanotik grubun $10,2 \pm 2,69$, asiyanotik grubun $9,6 \pm 3,1$ ve kontrol grubunun ise $10 \pm 3,1$ idi. Çalışmaya katılan çocukların ve ebeveynlerinin yaşları ve çocukların cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık yoktu (sırasıyla p değerleri:0,653, 0,612, 0,852, 0,151).

Yaşam kalitesinin demografik özelliklerle ilişkisine bakıldığında 8 yaş altı grupta daha büyük yaş gruplarına sahip çocuklara göre toplam yaşam YK puanı ($85,7527 \pm 12,62778$ p:0,000) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek saptandı. Yaş ile yaşam kalitesinin diğer alt boyutları, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu durumun yaşa göre grupları sadece 2' ye ayırmamıza bağlı olduğu daha fazla yaş aralıklarıyla incelemenin daha objektif sonuçlar vereceğini düşündürmektedir, ayrıca çocukların çoğunluğu 8 yaşından büyüktü (89'u %74.1'i).

Yaşam kalitesinin anne eğitim durumuyla ilişkisine bakıldığında 8 yıl üstü eğitim düzeyi olan annelerin çocuklarında YK'nın okul alt boyunda daha düşük puan saptanmıştır, bu durum anne eğitim düzeyi arttıkça çocuktan beklentilerin arttığını gösteren çalışmalarla uyumludur. Anne yaşının çocuğun yaşam kalitesiyle anlamlı bir ilişki göstermediği ancak yaşam kalitesinin çoğu alt boyutunda daha ileri anne yaşıyla arttığı; baba yaşının ise kronik hastalık boyutunda anlamlı olduğu görülmüştür, bu durumu babanın yaşla birlikte ekonomik olarak daha iyi bir konuma gelmesi, geçim sıkıntısından uzaklaşarak çocuğun hastalığıyla daha çok ilgilenme fırsatı olması ve hastalığa uyum olarak açıklamaktayız (M.Akandere ve arkadaşlarının özürlü çocuk ve ailelerinde yaptığı umutsuzluk düzeyi ve yaşam doyumu araştırması) (99). Kardeş varlığı ve baba eğitimiyle çocuk YK alt boyutları , anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamasa da kardeşi olan grupta yaşam kalitesi tüm alt boyutlarında olmayan gruba göre daha düşük saptanmıştır.

Siyanotik grup; yaşam kalitesi ölçeğinin psikolojik YK, özsaygı YK, kronik YK ve toplam YK alt boyutlarında asiyanotik ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük (sırasıyla P değerleri 0,016, 0,005, 0,000, 0,005) yaşam kalitesine sahiptir. Diğer alt boyutlarda gruplar arası anlamlı bir fark saptanmamıştır ancak siyanotik grup yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarında da en düşük puana sahiptir. Bu sonuçlar Durualp ve arkadaşlarının kronik hastalıklı çocuklarda yaşam kalitesi ile ilgili çalışmasıyla da uyumludur (102).

Her üç grupta da anlamlı anksiyete ve depresyon saptanmamış olup bu durum tanı yaşının çok erken dönemde olup ameliyat ve medikal tedaviyle semptomların kontrol altına alınmış olmasına, hastaların hastalıklarına adapte olmasına ve takiplerinin düzenli yapılıp ailelerin yeterli derecede bilgilendirilmesine bağlıdır. Moons ve arkadaşları bazı

konjenital kalp hastalıklı hastaların kondüsyonlarından kaynaklanan sıkıntılara rağmen hayattan daha memnun olma durumlarını bir hipotez olarak “uyumluluk yetisi” terimiyle açıklamaktadır. Açıklama şudur; bu hastalar hastalıkla yüzleşmek ve kendi sağlıklarını geliştirmek için bir çok kez içsel ve dışsal kaynaklı adaptasyon mekanizmaları üretmişlerdir (100).

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da en yüksek anksiyete ve depresyon puanına siyanotik grup sahipti. Siyanotik grup istatistiksel olarak en fazla semptomla sahip olup; en çok da çabuk yorulma ($p:0,000$; siyanotik hastaların %62.5’inde) görülür. Bu bulgular Janiec tarafından KIDSCREEN kullanılarak MVP’li hastaların yaşam kalitesini inceleyen çalışmanın bulguları ile benzerdir ve çalışmasının sonuçları gösterdi ki klinik semptomların sıklığı yaşam kalitesi üzerinde daha büyük bir etkiye sahiptir (101).

Duygusal ve davranışsal sorunların yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ-Tur) ile yaşam kalitesi anketinin alt boyutları karşılaştırılmıştır. Emosyonel belirtiler, davranış sorunları, hiperaktivite, toplam ve akran ilişkileri alt boyutundaki problemlerin yaşam kalitesinin bedensel, psikolojik, özsaygı, arkadaş, kronik ve toplam yaşam kalitesi alt boyutlarını olumsuz etkilediği; sosyal işlevselliğin ise özellikle psikolojik alt boyutta olumlu etkili olduğu saptanmıştır, duygusal ve davranışsal sorunların okuldaki yaşam kalitesine anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Duygusal ve davranışsal sorunların anksiyete ve depresif duygu durumu üzerine etkisine bakıldığında tüm alt boyutlarla istatistiksel anlamlı etkileşim saptanmış olup en belirgin korelasyon toplam ve emosyonel belirtiler alt boyutunda saptanmıştır. Çalışma gruplarının duygusal ve davranışsal problemlerine bakıldığında siyanotik grupta davranış sorunları, hiperaktivite ve toplam sorunların istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p değerleri: $0,002$, $0,001$, $0,014$).

Çocukluk dönemindeki kronik hastalıklar ruhsal, duygusal ve davranışsal sorunların gelişimindeki risk faktörlerinden biri olarak belirtilmiştir (Girit ve ark. 2003) (105). Kronik hastalığı olan çocukların, ruhsal sorunlar açısından kronik hastalığı olmayan akranlarına göre üç-dört kat daha fazla risk altında oldukları bildirilmiştir (Lewis ve Vitulano 2003). Hastalığa bağlı engeli olan ve olmayan 4-16 yaş arasındaki çocukların katıldığı oldukça kapsamlı bir araştırmada, hastalığa bağlı engeli olmayan çocukların iki kat, hastalığa bağlı engeli olan çocukların ise üç kat daha fazla ruhsal sorun yaşama

riski altında oldukları bulunmuştur (Cadman ve ark. 1987) (106). Türkiye’de farklı kronik hastalığı olan çocukların tek bir grup olarak sağlıklı akranlarına göre ruhsal sorunlar yaşama oranlarına yönelik bir çalışma bulunmamakla birlikte, kronik hastalıkların önemli ruhsal ,duygusal ve davranışsal sorunlara işaret edebileceği görülmektedir (103,104).

Duygusal ve davranışsal sorunlar siyanotik grupta diğer iki gruba göre daha fazla görülmektedir ve yine sosyal işlevsellik puanı siyanotik grupta daha düşük saptanmıştır. Asiyonotik grubun tüm alt boyutlardaki puanı, kontrol grubuna yakın olmakla birlikte siyanotik grupla kıyaslandığında daha az duygusal ve davranışsal sorunlar yaşamaktadırlar. Bu durum asiyanotik gruptaki hastaların çoğunda semptom ve bulguların olmaması, daha az medikal ve cerrahi tedaviye ihtiyaç duymaları ve toplam YK puanının daha yüksek olması ile açıklanabilir. Bizim çalışmamızla korele olarak Hysing ve arkadaşları (2009) astımı olan ve olmayan çocukları Güçler ve Güçlükler Anketi’nin beş alt ölçeğinden aldıkları puanlarla karşılaştırmış, astımı olan çocukların her alanda sorun yaşadığı ancak en ciddi etkilenen alanların duygusal sorunlar ile hiperaktivite dikkat eksikliği belirtileri olduğu görülmüştür (107).

Aile davranış ve tutumlarının yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde ;

Problem çözme sorunlarının çocuklarda aile YK ve toplam YK alt boyutlarıyla,
İletişim problemlerinin çocuklarda psikolojik YK, özsaygı YK, aile YK, ve toplam YK alt boyutlarıyla,

Anne-baba rollerinin çocuklarda aile YK alt boyutuyla,

Duygusal tepki verebilmenin çocuklarda toplam YK ve aile YK alt boyutuyla,

Davranış kontrolünün okul YK alt boyutuyla,

Genel işlevlerin ise aile ve toplam YK alt boyutuyla istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olduğu saptandı. Bu alt boyutlarda daha düşük puana sahip olanlar daha yüksek yaşam kalitesi puanına sahipti.

Aile içinde ya da dışında meydana gelen olumsuz olayların geçici ya da kalıcı olarak aile işlevlerinde bir takım bozulmalar meydana getirebileceği bir gerçektir. Duygusal tepki verebilme alt ölçeği aile üyelerinin neşe, sevgi, endişe ve duyarlılık gibi olumlu, üzüntü, depresyon, öfke ve korku gibi olumsuz her türlü duygularını ağırlıklı bir şekilde sözle yada hareketle ifade edebilme yeteneğini değerlendirir. Gereken ilgiyi

gösterme alt ölçeği, aile bireylerinin birbirine gösterdikleri ilgi, bakım ve sevgiyi gösterebilme yeteneklerini değerlendirir. Bilindiği gibi en sağlıklı aileler, birbiri ile orta derece ilgilenen ailelerdir. Ailelerin birbirleriyle az ya da çok ilgilenmesi bu konudaki işlevlerini yeterince yerine getiremediklerini düşündürür (95).

Davranış kontrolü; ailenin, üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Davranış kontrolünde, ailenin iletişimi, ilgi gösterme, problem çözebilme yetisi de önemlidir.

Roller, yiyecek, giyim gibi aile üyelerinin ihtiyaçlarını desteklemek, aile sisteminin sınırlarını korumak ve ev işleri, faturalar, sağlık konuları gibi aile sisteminin standartlarını sağlamak ve sürdürmeyi kapsar (Miller ve ark. 1994) (108).

Bizim çalışmamızda siyanotik gruptaki ailelerde beklenenin aksine daha az aile problemi varken özellikle bu grupta ölçeğin roller alt boyutu siyanotik grupta istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır (0,035). Bu durum bu gruptaki ailelerin aile yapılandırmasında daha başarılı olduğunu ve bu durumun hastalığı daha uzun dönemde yaşadıklarından yaşamlarıyla daha uyumlu bir kabul süreci içinde olduklarını göstermektedir.

Aile yetiştirme tutumlarıyla yaşam kalitesi ilişkisine bakıldığında;

Aşırı koruyuculuk ile psikolojik YK alt boyutu,

Sıkı disiplin ile özsaygı YK alt boyutu,

Karı-koca geçimsizliği ile kronik YK ve toplam YK ilişkili saptanmıştır.

Çalışma grubumuzda aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumlarında karı-koca geçimsizliği boyutu siyanotik grupta daha az görülmektedir (0,030). Bu durum aile değerlendirme ölçeğindeki sonuçlarla da uyumlu olması bakımından önemlidir. Kronik sürecin ve aile uyumunun önemini bize gösterir. Genel anlamda bakıldığında çalışmamızda ailelerin aşırı koruyucu tutumları çocukların psikolojik yaşam kalitelerine, sıkı disiplin özsaygılarına ve özellikle karı-koca geçimsizliği kronik ve toplam yaşam kalitesine olumsuz etkiye sahiptir.

Ailelerin, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ve standart

sapmalar göz önüne alındığında annelerin yüksek düzeyde koruyucu; orta dercede ise demokratik tutuma, ev kadınlığını reddedici tutuma ve anne-baba geçimsizliğine ve sıkı disiplinli tutuma sahip oldukları görülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı ölçek alt boyutu ise anne-baba geçimsizliğidir, bu boyutta en büyük sorun asiyanotik grupta olup siyanotik grup kontrol grubuna göre daha iyi bir puana sahiptir.

Çocukların davranış problemleri göstermelerinde, anne-baba-çocuk arasındaki karşılıklı etkileşimin rolü çok önemlidir (Kandır, 2000) (109). Anne baba tutumları da davranış problemlerine neden olabilmektedir. Anne-baba tutumları anne-babanın demokratik, otoriter, duyarsız, mükemmelci, ihmalci, hükmedici, cezalandırıcı, koruyucu veya reddedici tutumlarının çocuk üzerinde çok farklı etkileri olabilmektedir (Arı, 2005) (110). Çalışmamız bu anlamda yol gösterici olabilir. Aşırı koruyucu tutuma sahip anne babalar, gerektiğinden fazla kontrol, özen ve ilgi göstererek çocuğun her türlü ihtiyacını karşılamakta, her türlü hareketine ve ilişkisine sınırlamalar getirmekte, çocuk adına her türlü kararı vermekte, çocuğun gereksinim duymadığı olaylarda bile müdahale etmekte, çocuğun yapması gereken birçok şeyi, çocuk üzülmesin, yorulmasın, zorlanmasın düşüncesiyle kendileri yapmaktadır (111) (Tuzcuoğlu, 2003; Navaro, 1989). Böylece, çocuğun bağımsız davranmasını ve kendine güven duymasını engellemekte, savunmasız, çabuk uyum gösteren, diğer kimselere aşırı bağımlı, dıştan denetimli, sürekli başkalarının yönetiminde olmaya eğilimli, güvensiz ve utangaç bir kimlik kazanmalarına neden olmaktadır. Bu tutuma sahip ailede yetişen çocuklar, kendi yaşamlarındaki olaylardan kendilerini değil, başkalarını sorumlu tutmaktadırlar (Navaro, 1989; Cüceloğlu, 2005). Hatta bu bağımlılık çocuğun yaşamı boyunca sürebilmekte ve aynı koruyucu tutumu gelecekte eşinden de bekleyebilmektedir (Yavuzer, 2004) (112). Evde aşırı bir koruma ve yardım ortamı içinde yetişen çocuk, aile bireyleri arasında dengeli, iyi huylu ve mutlu bir izlenim bırakabilmekte, ancak ev dışında, bu özenden yoksun olduğu bir çevrede, örneğin okulda, çekingen, mutsuz ve beceriksiz olabilmektedir (112). Aşırı koruyucu anne-baba davranışları, çocuklarda okul fobisinin ortaya çıkmasına, gece altını ıslatmalara, içine kapanmaya ve utangaçlık görülebilmesine neden olmakta ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Farklı tutumlarda yetişen çocuklarda farklı davranışlar gelişmektedir. Çocuğun kendisine güvensizliği, iç denetim özelliğine sahip olmayışı ve kendi ayaklarının üzerinde duramayışı büyük

ölçüde, hatalı anne-baba tutumlarından kaynaklanmaktadır. Rol model olan anne-babanın tutumu, gelişmekte olan çocuğun kişiliğini etkilemektedir (Yavuzer, 2004).

Kellerman ve arkadaşları (1980) kardiyolojik sorunu olan çocukların kontrol grubundan ve diğer hastalık grubundan benlik algısı yönünden farklılaşmadığını belirtmektedirler (113). Ancak, Cohen ve arkadaşlarının (2008) kalp hastalığı olan ergenlerle yaptıkları çalışmada ise benlik saygısının ana-baba tutumları ile ilişkili olduğu, ana-baba kabulünü (parental acceptance) yüksek algılayan ergenlerin benlik algılarının daha yüksek, depresyon belirti düzeylerinin de daha düşük olduğu bildirilmektedir. Çalışmada ise kardit tanısı alan çocukların ana-baba tutumları diğer gruplara göre farklılaşmamakla birlikte, bu çocukların yüksek düzeyde olumlu sosyal davranışlar sergiledikleri, daha az düzeyde duygusal sorunlar yaşadıkları ve fiziksel görünümelerini daha olumlu algıladıkları bulunmuştur (114). Berkes ve arkadaşlarının (2010) kardiyoloji polikliniğinde takip edilen çocukların yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmalarında ise kardiyolojik hastalığı olan çocuklar karşılaştırma grubuna göre fiziksel işlevselliklerini anlamlı olarak daha düşük değerlendirmişlerdir (115). Buna karşın, bir başka çalışmada artirit ve kardit tanısı olan çocukların sadece %6.5'inin yaşam kalitelerini düşük düzeyde, fiziksel görünümelerini de annelerinin bildiriminden daha olumlu algıladıkları saptanmıştır (Essawy ve ark. 2010) (116).

Gözardı edilmemesi gereken hususlardan biri de psikososyal sorunların sadece kronik bir hastalığın var olmasıyla ilişkili olmadığıdır. Hastalığın nasıl yorumlandığı gibi bireysel etmenler, ana-babada depresyonun varlığı ya da aile işlevleri gibi ana-baba tutumları dışındaki diğer etmenlerin de sorunların gelişiminde veya sürdürülmesinde tek başına ya da ortak etkilerinin olabileceği dikkate alınmalıdır. Bu etmenlerin varlığı ve şiddeti hastaları izlem sürecinde ayrı ayrı ele alınmalı ve ihtiyacı olan çocuk ve aileler bu hizmetleri alabilecekleri servislere yönlendirilmelidir. Kronik hastalığı olan çocukların hepsinde psikososyal sorunların gelişmemiş olması, bu sorunların gelişimini engelleyen bireysel, aile veya sosyal çevreyle ilgili koruyucu etmenlerin varlığına işaret etmektedir. İleride gerçekleştirilecek araştırmalarda psikososyal sorunların gelişimini önleyen etmenlerin belirlenmesi bu çocuklara ve ailelerine verilecek hizmetlerin planlanmasında önemli olabilir.

Çalışmamızda anne yaşının ebeveyn yaşam kalitesiyle, anksiyete ve depresyon duygudurumu ile herhangi bir ilişkisi saptanmamıştır, bu durum çalışmaya katılan anne yaşlarının siyanotik grupta $37,4 \pm 6,4$, asiyanotik grupta $36,2 \pm 6,9$, kontrol grubunda ise $36 \pm 5,4$ olmasıyla yani çalışma grubumuzdaki annelerin genç olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Artan yaşla birlikte kişilerin karşılaştıkları sağlık sorunlarının sayısı artmakta ayrıca, hastalıklar, emekli olma gibi nedenlerle sosyal hayata katılım azalmaktadır. Bütün bunlar artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin azalmasının bir açıklayıcısı olabilir ancak bizim çalışma grubumuzdaki yaş dağılımı genç yaş grubunu kapsadığından çalışmamızı bu alanda sınırlandırmıştır.

8 yıl üstü eğitimi olan anne grubunda ebeveyn yaşam kalitesi vitalite (enerji) alt boyutu ile mental sağlık alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmış olup (sırasıyla $0,027$ ve $0,009$), anne eğitim düzeyi arttıkça diğer alt boyutlarda da YK puanlarında artış görülmüştür; bu durum Bilir ve arkadaşlarının sf-36 ile Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde yapılan eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığını gösteren çalışmayla da uyumludur (117). Anne eğitim düzeyiyle ebeveyn anksiyete ve depresif duygu durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Ailede bir hastalık ya da aile bireyleriyle ilgili bir belirsizlik olduğunda tüm aile etkilenir(118). Çocukluk dönemi kronik hastalıkları, belirti, sağaltım yöntemi, seyri, günlük aktivite kısıtlaması, uzun dönem etkisi gibi nedenlerle aileye birçok yük getirmektedir. Bir çocuğun kronik hastalık tanısı alması uzun dönemde ebeveyn ve diğer aile üyeleri üzerinde ruhsal ve psikososyal risklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum ekonomik ve sosyal sorunlara ve aile uyumunun bozulmasına neden olmaktadır. Biyopsikososyal modele göre aile ilişkilerinde işleyen kalıplar aile bireylerinin ruhsal süreçlerini, hasta bireyin biyopsikososyal süreçleri de ailenin işlevsellik sürecini etkilemektedir. Başka bir deyişle hastalık yalnız hasta kişiyi etkilememekte, bir birim olan ailenin de etkilenmesine neden olmaktadır(119). Aile çocuğun tanı alması ile birlikte birçok sorunla yüzleşmek zorunda kalmaktadır. Bu sorunlar hastayla birlikte ailenin diğer fertlerinin de yaşam kalitesini ve duygudurumunu etkilemektedir (118,119). Çalışmamızda da benzer sonuçlarla karşılaştık.

Gruplara göre annelerin yaşam kaliteleri incelendiğinde bir çok alt boyutta siyanotik gruptaki annelerin yaşam kaliteleri daha düşük saptanmıştır. Sosyal fonksiyon,

fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü ve ağrı boyutlarında siyanotik gruptaki annelerin yaşam kalitesi daha düşük çıkmış olup, istatistiksel olarak anlamlı düşüklük genel sağlık boyutunda asiyanotik gruptaki annelerde (0,035) ve fiziksel rol güçlüğü boyutunda siyanotik gruptaki annelerde (0,010) saptanmış, mental sağlık boyutundaysa asiyanotik gruptaki annelerde istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (0,035). Anksiyete için kesme puanları 10/11 ve depresyon için ise 7/8 olması nedeniyle her üç gruptaki annelerde anksiyete ve depresyon saptanmamış olup siyanotik gruptaki annelerde diğer iki gruba göre anksiyete düzeyi anlamlı daha yüksek saptanmıştır(0,031). Çocuğun toplam YK'sı ile annenin YK alt boyutlarından sosyal fonksiyon ve mental sağlık en fazla ilişkiliyken, çocuğun bedensel YK'sı ile annenin fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutları, çocuğun kronik YK'sı ile annenin fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt boyutları ilişkili saptanmıştır. Çocuğun depresyon durumuna annenin anksiyetesi çok etkili olmazken, esas etki annenin depresif duygu durumudur (p:0,000, p:0,000). Çocuğun yaşam kalitesine annenin anksiyetesinden ziyade depresif duygu-durumu özellikle YK'nın kronik, toplam, bedensel ve psikolojik alt boyutlarında negatif yönde etkilidir (sırasıyla p değerleri; 0,018, 0,005, 0,028).

Aile bireylerinden herhangi bir kişide hastalık olması durumunda yalnız hastanın sorunlarına odaklanılmamalı, ailedeki diğer bireylerinde de bu durumdan etkilenileceği düşünülüp tüm aile bireylerinin ruh sağlığını korumaya yönelik önleyici yöntemler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. Farklı disiplinlerden uzman kişilerle birlikte uygulanacak sosyal ve psikiyatrik destek hedefli eğitim programları ile ailelerin mevcut hastalıkla başa çıkma sistemlerine olan farkındalıkları artırılarak sorunlu yaklaşımlarını düzeltmeleri sağlanabilir.

Sonuç olarak klinik semptomların varlığı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algısına en fazla etki eden değişkendir. Bunun olası sebebi ise bu semptomların hastaların günlük hayatlarında neden olduğu performans kayıplarıdır, ancak yaşam kalitesi bir çok faktörün rol oynadığı son derece kompleks bir olgudur ve bu sebeple de çok yönlü analizlerin yapılmasını gerektirir. Konjenital kalp hastalıklı çocukların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, risk gruplarını tanımlanması ve onların sağlık ihtiyaçlarına odaklanan müdahale stratejilerinin detaylandırılması için değerli bilgiler edinmemize, bu değerlendirmeler ile yeni sağlık politikalarının planlanması, sosyal ve psikolojik destek, bireye uygun girişimlerin seçilmesi, yatış süresi ve tedavi maliyetinin

düşürülmesi, hasta ve hasta yakınlarının üretkenliğinin artırılıp işgücüne kazandırılması gibi amaçlara yol gösterici olacaktır, bu yüzden çok daha fazla araştırma yapılacaktır.

VI. ÖZET

Konjenital kalp hastalıkları en sık görülen major konjenital anomalilerden biridir. Konjenital kalp hastalığı (KKH) sıklığı tüm canlı doğumlarda yaklaşık % 0,5–0,8 olarak bilinmektedir. Bu oran ölü doğumlarda % 3–4, abortuslarda % 10–25 ve prematürelere (patent duktus arteriyozus dışında) % 2 ile daha yüksektir.

Çalışma, yaşları 6 – 16 yaş arasında değişen Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk kardiyolojisi polikliniğince takip edilen 40'ı siyanotik konjenital kalp hastalığı , 40'ı asiyanotik konjenital hastalığına sahip 80 hasta çocuk ve kardiyolojik ve kronik hastalığı olmayan rutin kontrol amaçlı hasta çocuk polikliniğine başvuran 40 sağlıklı çocuk olmak üzere toplam 120 çocuk ve anneleri ile görüşülerek yapıldı.

Çalışmamızda 6-16 yaş grubu konjenital kalp hastalığına sahip çocuk, ergen ve ailelerinde yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon ilişkisini araştırdık.

Çalışmanın sonuçlarındaysa yaşam kalitesinin bir çok faktörle ilişkili olduğu, hastalığı sadece hasta bireyle sınırlı tutmayıp aileleri de göz önüne alarak multidisipliner yaklaşımla ele alınmanın gerekliliği ortaya çıkmış, çocuğun yaşam kalitesinde tedavi, klinik takip kadar aile yaklaşımının da önemli olduğu vurgulanmıştır.

Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan grupta yaşam kalitesi tüm alt boyutlarda düşük olup istatistiksel olarak anlamlı düşüklük psikolojik, özsaygı, kronik ve toplam yaşam kalitesi alt boyutlarında olup bedensel yaşam kalitesi açısından kontrol grubuyla anlamlı bir fark saptanmamıştır, ayrıca bu grupta duygusal ve davranışsal sorunlar daha sık görülmüştür. Bu da bu çocuklara ve ailelerine psikolojik destek , olumlu aile tutum ve davranışları konusunda uygun yaklaşımlar kazandırılması gerekliliğini göstermektedir. Sonuç olarak klinik semptomların varlığı da sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algısına en fazla etki eden değişkenlerden biridir. Bunun olası sebebi ise bu semptomların hastaların günlük hayatlarında neden olduğu performans kayıplarıdır ancak yaşam kalitesi bir çok faktörün rol oynadığı son derece kompleks bir olgudur ve bu sebeple de çok yönlü analizlerin yapılmasını gerektirir. Konjenital kalp hastalıklı çocukların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, risk gruplarını tanımlanması ve onların sağlık ihtiyaçlarına odaklanan müdahale stratejilerinin detaylandırılması için değerli bilgiler edinmemize, bu değerlendirmeler ile yeni sağlık politikalarının

planlanması, sosyal ve psikolojik destek, bireye uygun girişimlerin seçilmesi, yatış süresi ve tedavi maliyetinin düşürülmesi, hasta ve hasta yakınlarının üretkenliğinin artırılıp işgücüne kazandırılması gibi amaçlara yol gösterici olacaktır, bu yüzden çok daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler; Yaşam kalitesi; kalp defektleri; konjenital; anksiyete ve depresyon

VII. SUMMARY

Congenital heart diseases are one of the most frequently seen anomalies. The rate of congenital heart diseases (CHD) is known to be approximately as 0,5-0,8% in all live births. This rate is 3-4% in stillbirths, 10-25% in abortuses and 2% higher in prematures (except for patent ductus arteriosus).

The study was performed by interviewing a total of 120 children aged between 6-16 and followed up by Celal Bayar University Medicine Faculty Pediatric Cardiology and their mothers including 40 cyanotic congenital heart disease, 40 out of 80 pediatric patients with acyanotic congenital disease and 40 healthy children admitted to pediatry polyclinic for routine control purposes without any chronic diseases. We also investigated the link between the quality of life, anxiety and depression in children with congenital heart disease aged between 6-16, adolescents and their families.

It was emphasized in the results of the study that the quality of life is related to many factors; the disease should be dealt with multidisciplinary approach by considering families but not limiting with the patient simply; not only treatment but also clinical follow up and family approach are also important in the life quality of the pediatric patient.

The quality of life in the group with cyanotic heart disease was low in all inferior dimensions and statistically significant lowness was in the sub-dimension in terms of psychology, self esteem, chronic and total life quality. No significant difference was determined in the control group with respect to somatic life quality. Moreover, emotional and behavioral problems were more frequently seen in this group. It shows that appropriate approaches such as psychological support, positive family attitudes and behaviour should be obtained to children and their families. As a result, the presence of clinical symptoms is one of the variables affecting life quality perception regarding health. The probable reason for this, however, is performance losses caused by these symptoms in daily lives of patients. Nevertheless, the quality of life is a highly complex phenomenon in which many factors play role and therefore, multiple analyses are

required to be performed. The evaluation of life quality of children with congenital heart disease will be instructive for purposes such as determining risk groups, acquiring information to detail intervention strategies focused on their health needs, designing new health politics through the evaluations in question, social and psychological support, selecting interventions apt for the individual and providing work force by boosting productivity of patient's relatives. Therefore, further research is needed to be performed.

Keywords: Quality of life; heart defects; congenital; anxiety and depression

VIII. KAYNAKLAR

1. Candan İ, Oral D. Kardiyoloji. Ankara: Antıp AŞ-Baran ofset, 2002: 1065–84.
2. Ferencz C, Rubin JD, McCarter RJ, et al. Congenital heart disease: prevalence at livebirth. The Baltimore- Washington Infant Study. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 31–36.
3. Flanagan MF, Yeager SB, Weindling SN. Cardiac disease. In: Avery BG, Fletcher MA, MacDonald MG (eds). *Neonatology Pathophysiology & Management of the Newborn* (5th ed). Philadelphia: Lippincott, Williams&Wilkins, 1999: 577–596.
4. Botto LD and Correa A, Decreasing the burden of congenital heart anomalies: an epidemiologic evaluation of risk factors and survival. *Prog Pediatr Cardiol* 18 (2003), pp. 111–121.
5. Bernstein D. Congenital heart disease. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (Eds.). *Nelson textbook of pediatrics*. 17th ed. United States of America: Saunders; 2004: 1499-1554.
6. Gürkan B. Konjenital kalp hastalıklarının değerlendirilmesi Yurdakök M, Erdem G (eds). *Türk Neonatoloji Derneği Neonatoloji Kitabı*. 1. baskı. Ankara: Alp Ofset; 2004:503-512.
7. Güven H, Rahmi Bakiler A, Kozan M, Aydınlioğlu H., Helvacı M, Dorak C. Yenidoğan servislerinde konjenital kalp hastalıkları. *Çocuk Sağlığı ve Hast. Derg* 2006; 49(1):008-011.
8. Tanman B, Cantez T, Dindar A. Doğumsal kalp hastalıkları. Neyzi O, Ertuğrul T (Editörler) *Pediatrici*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002: pp.947-73.
9. Rudolph AM, Hoffman JIE, Rudolph CD. *Rudolph's Pediatrics*. 20th ed. The United States of America: Prentice Hall International, 1996:1457-71.
10. Morris CD. Lessons from epidemiology for the care of women with congenital heart disease. *Prog Pediatr Cardiol* 19 2004;1: p.5-13.
11. Wilson DI, Goodship J.A, Burn J, Cross IE and Scambler PJ, Deletions within chromosome 22q11 in familial congenital heart disease. *Lancet* 340 (1992), pp. 573–575.
12. Goldmuntz E, Clark BJ, Mitchell LE, Jawad AF, Cuneo BF, Reed L, McDonald McGinn D, Chien P, Feuer J, Zackai EH, Emanuel BS and Driscoll DA,

- Frequency of 22q11 deletions in patients with conotruncal defects. *J Am Coll Cardiol* 32 (1998), pp. 492–498.
13. Mone SM, et al. Effects of Environmental Exposures on the Cardiovascular System: Prenatal Period Through Adolescence. *Pediatrics*, 113. 2004; 4: pp. 1058-1069.
 14. Rosenthal GL, Wilson PD, Permutt T, Boughman JA and Ferencz C, Birth weight and cardiovascular malformations: a population-based study. *Am J Epidemiol* 133 (1991), pp. 1273–1281.
 15. S. Hernandez-Diaz, M.M. Werler, A.M. Walker and A.A. Mitchell, Folic acid antagonists during pregnancy and the risk of birth defects. *New Engl J Med* 343 (2000), pp. 1608–1614.
 16. Zierler S, Maternal drugs and congenital heart disease. *Obstet Gynecol* 65 (1985), pp. 155–165.
 17. Perspectives in Pediatric Cardiology. Vol 4. Epidemiology of congenital heart disease: the Baltimore-Washington Infant Study, 1981–1989. Mount Kisco, NY: Futura, 1993.
 18. Levy HL, Guldberg P, Guttler F, Hanley WB, Matalon R and Rouse BM, Congenital heart disease in maternal phenylketonuria: report from the maternal PKU collaborative study. *Pediatr Res* 49 (2001), pp. 636–642.
 19. Abel EL, Fetal alcohol syndrome: the ‘American Paradox’. *Alcohol Alcoholism* 33 (1998), pp. 195–201.
 20. Kallen K, Maternal smoking and congenital heart defects. *Eur J Epidemiol* 15 (1999), pp. 731–737.
 21. Saenz RB, Beebe DK, Triplett LC. Caring for infants with congenital heart disease and their families. *American Family Physician* 1999 Apr 1; 59(7): 1857-68
 22. Samanek M, Voriskova M. Congenital heart disease among 815,569 children born between 1980 and 1990 and their 15-year survival: a prospective Bohemia survival study. *Pediatr Cardiol* 1999;20:411-7.
 23. Saylam GS. Ventriküler septal defektlerde ekokardiyografik değerlendirme. *Türk Kardiol Dern Arş* 2006; 34 (2):110-125.
 24. Rudolph AM, Kamei RK, Overby KJ (Çeviri Ed: M.Yurdakök). Rudolph’s Fundamentals of PEDIATRICS. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003:660-73.

25. Hoffman JLE, Rudolph AM. The natural history of ventricular septal defects in infancy. *Am J Cardiol* 1965;16:634-653.
26. Dammann JF Jr, Thompson WM Jr, Sosa O, Christlieb I: Anatomy, physiology and natural history of simple ventricular septal defects. *Am J Cardiol* 1960;5:136-166.
27. Gumbiner CH, Takao A. Ventricular septal defect. In: Garson A, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR (eds.). *The science and practice of pediatric cardiology*. Sekond ed. Vol I. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998: 1119-41.
28. Graham TP, Gutgesell HP. Ventricular septal defect. In: Emmanouilides G, Riemenschneider TA, Allen HD, Gutgesell HP (eds). *Heart disease in infants, children, and adolescents*. 5nd ed. Vol I. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995:724-746.
29. Park MK. *Pediatric cardiology for practitioners*. 3nd ed. St. Louis: Mosby, 1996:131-245.
30. Heper C, Heper Y, Moğol E. *Kardiyoloji 2000*. 1. baskı. İstanbul: Alfa yayınları, 2000: 75-110.
31. Saylam G.S. Ventriküler septal defektlerde ekokardiyografik değerlendirme. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2006; 34: 110-125.
32. Neumayer U, Stone S, Somerville J. Small ventricular septal defects in adults. *Eur Heart J* 1998;19:1573-82.
33. Gersony WM, Hayes CJ. Bacterial endocarditis in patients with pulmonary stenosis, aortic stenosis or ventricular septal defect. *Circulation* 1977; 56:184-187.
34. Wood P. The Eisenmenger syndrome or pulmonary hypertension with reversed central shunt. I. *Br Med J* 1958;46:701-9.
35. Wood P. The Eisenmenger syndrome or pulmonary hypertension with reversed central shunt. *Br Med J* 1958;46:755-62.
36. Rosenzweig EB, Gersony WM, Barst RJ. Eisenmenger syndrome in ventricular septal defect patients. *Progress in Pediatric Cardiology* 2001;14:175-80.
37. Çil E. Ventriküler septal defekt. *Güncel pediatri* 2004; 2(2):80-82.
38. Canbaz S. Atriyal septal defekt ve cerrahi tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2006, 2(12):28-35.
39. Fuster V, Alexander RW, O'rourke RA. (çeviri: AN Dursun, AM Esen). *Hurst's*

- The Heart. 10th ed. İstanbul:2002:1846-1906.
40. Mutlu H, Küçüköğlü S, Yiğit Z, Küçüköğlü H, Ökçün B, Başçıç A ve ark. İnmede reis faktörü olarak foramen ovale açıklığı. 1998; 26:0-0.
 41. Porter CJ, Feldt RH, Edwards WD, Seward JB, Schaff HV. Atrial septal defects. İn: Emmanouilides G, Riemenschneider TA, Allen HD, Gutgesell HP (eds). Heart disease in infants, children, and adolescents. 5nd ed. Vol I . Baltimore Williams & Wilkins, 1995:687-703.
 42. Feldt RH, Porter CJ, Edwards WD, Puga FJ, Seward JB. Atrioventricular septal defects. İn: Emmanouilides G, Riemenschneider TA, Allen HD, Gutgesell HP (eds). Heart disease in infants, children, and adolescents. 5nd ed. Vol I . Baltimore Williams & Wilkins, 1995:704-724.
 43. Çil E. Yenidoğan ve prematürelde patent duktus arteriyozus. Güncel Pediatri 2006; 3:69-71.
 44. Tuncel E, Yazıcı S. Çocuk hastalıklarında radyolojik bulgular. Bursa: Nobel-Güneş Tıp Kitabevi; 2002:416-29.
 45. Snider AR, Serwer GA, Ritter SB. Echocardiography in Pediatric Heart Disease. St Louis: Mosby; 1997:452-9.
 46. Wyllie J. Treatment of patent ductus arteriyosus. Seminars in Neonatology 2013; 8:425-32.
 47. Wyllie J. Treatment of patent ductus arteriyosus. Seminars in Neonatology 2003; 8:425-32.
 48. Fanos V, Benini D, Verlato G, Errico G, Cuzzolin G. Efficacy and renal tolerability of ibuprofen vs. indometacin in preterm infants with patent ductus arteriosus. Fundam Clin Pharmacol 2005; 19:187-93.
 49. Thomas RL, Parker GC, Overmeire BV, Aranda JV. A meta-analysis of ibuprofen versus indometacin for closure of patent ductus arteriosus. Eur J Pediatr 2005; 164:135-40.
 50. Keady S, Grosso A. İbuprofen in the management of neonatal patent ductus arteriosus. Intensive Crit Care Nurs 2005; 21:56-8.
 51. Heper C. Multidisipliner Kardiyoloji. 1. baskı. Bursa:Nobel-Güneş Tıp Kitabevi; 2002:393-399.
 52. Friedman WF: Aortic stenosis. İn: Emmanouilides G, Riemenschneider TA, Allen

- HD, Gutgesell HP (eds). Heart Disease in Infants, Children, and Adolescent (5th ed) Vol II. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995;p.1087-1111.
53. Özdemir B, Aydınlar A. Aort darlığı tanı, tedavi ve cerrahi endikasyonları. *Türk Kardioloji Derg* 2006; 9(2):62-65.
54. Ünsal A, Karaman CZ, Kazak E. Aort koarktasyonuna eşlik eden sakküler inen aort anevrizması. *Adnan Mend Üniv Tıp Fak Derg* 2006; 7(3):45-47.
55. Kervancıoğlu P, Kervancıoğlu M. İyi gelişmiş kollateraller ve 15 yaşına kadar asemptomatik kalmış kritik segmental aort koarktasyonu olgusu. *Dicle Tıp Derg* 2006; 33(3):185-188.
56. Acar M, Ekici F, Bilici A, Başak F, Davutoğlu M. Aort koarktasyonunda renal renkli doppler us incelemenin tanıya katkısı. *Dicle Tıp Derg* 2001; 28(1):1-5.
57. Almeda FQ, Kavinsky CJ, Pophal SG, Klein LW. Pulmonic valvular setnosis in adults: diagnosis and treatment. *Cath Card İnt* 2003; 60:546-557.
58. Baysan O, Uzun M, Genç C, Özhan A, Yokuşoğlu M, Işık E. Sağ ventrikül ne kadar basınç üretebilir? Erişkin bir hastada saptanan izole konjenital pulmoner darlık. *Gülh Tıp Derg* 2006; 48:107-108.
59. Çil E. Çocukluk çağında " telekardiyografik değerlendirme ". *Güncel Pediatri* 2003; 1:42-49.
60. Demirağ MK, Keçeligil HT. Fallot tetralojisi ve cerrahi tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2006; 2(12):51-58.
61. Neches WH, Park SG, Ettedgut JA. Tetralogy of fallot and tetralogy of fallot with pulmonary atresia. İn: Garson A, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR (eds). *The Science and Practice of Pediatric Cardiology* (2nd ed) Vol I. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998: 1383-1413.
62. Nisanoğlu V, Erdil N, Battaloğlu B. Pulmoner atrezi ve cerrahi tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2006; 2(12):40-50.
63. Çelebi A, Yalçın Y, Erdem A, Zeybek C, Polat TB, Akdeniz C. N ventriküler septumlu pulmoner atrezinin üç olguda farklı teknik ve yaklaşımlarla transkateter tedavisi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2006; 34:432-438.
64. Açıkel Ü, Erdal C. Triküspid atrezisi, cerrahi tedavi seçenekleri ve fontan dolaşımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2006; 2(12):59-63.
65. Rosenthal A, Dick II M. Tricuspid atresia. . İn: Emmanouilides G,

- Riemenschneider TA, Allen HD, Gutgesell HP (eds). Heart Disease in Infants, Children, and Adolescent (5th ed) Vol I.. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995:p.902-919.
66. De la Cruz MV, Arteaga M, Espino-Vela J. Complete transposition of the great arteries: types and morphogenesis of ventricular discordance. Am Heart J 1981; 102: 271-81.
67. Aydemir NA, Güven MA, Bakır İ, Enç Y, Bilal MS. Büyük arterlerin transpozisyonunda prenatal tanının önemi. Perinatoloji Derg 2007; 15(2):68-72.
68. Neches WH, Park SC, Ettetdugut JA. Transposition of the great arteries. İn: Garson A, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR (eds). The Science and Practice of Pediatric Cardiology (2nd ed) Vol I. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998:1463-1503.
69. Bingöl H, Bolcal C, Yılmaz AT, Karaeren H, Tatar H. Erişkin total pulmoner venöz dönüş anomalisinde cerrahi yaklaşım: olgu sunumu. Gülhane Tıp Derg 2003; 45(1):85-87.
70. Drinkwater DC, D'Agostino HJ. Anomalous pulmonary and systemic venous connection. İn: Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery. Sixth edition. Appleton & Lange A Simon & Schuster Company Connecticut USA 1996:1105-1114.
71. Ward KE, Mullins CE. Anomalous pulmonary venous connections, pulmonary vein stenosis, and atresia of the common pulmonary vein. İn: Garson A, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR (eds). The Science and Practice of Pediatric Cardiology (2nd ed) Vol I. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998:1431-1463.
72. Krabill KA, Lucas RV. Abnormal pulmonary venous connections. İn: Emmanouilides G, Riemenschneider TA, Allen HD, Gutgesell HP (eds). Heart disease in infants, children, and adolescents. 5nd ed. Vol I. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995:839-874.
73. Tuncel E, Yazıcı Z. Çocuk hastalıklarında radyolojik bulgular. İstanbul: Nobel&Güneş Kitabevi, 2002: 416-431.
74. Belgi A, Kardelen F, Kabukçu M, Sancaktar O. Opere edilmeden erişkin yaşa ulaşan tek ventrikül olgusu. Ana Kar Der 2002; 2:70-72.
75. Matsuda H, Kawashima Y, Kishimoto H, et al. Problems in the modified Fontan operation for univentricular heart of the right ventricular type. Circulation. 1987;

76:II I45-52

76. Bruil J (1999) Development of quality of life instrumentfor children with chronic illness.Health Psychol 95-141.
- 77 . Eser E (2004a). Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü.1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, s. 4-6.
78. Fidaner C (2004) Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı. 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, s.1-3.
79. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. (1999) Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOLBREF. 3PDergisi 7:5-13.
80. Kocabaşoğlu N, Doksat MK, Doğangün B. Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi.Yeni Symposium Dergisi 2004; 42 (4): 168 - 176.
81. Işık E. Nevrozlar. Kent Matbaası, Ankara 1996; ss 31 – 45.
82. Byrn C and Hunsberger M. (1989) Concepts of Illness: Stress, Crises and Copin Family Centered Nursing Care of Children, RL foster, MM Hunsberger, JTT Anderson (Ed),Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo, W.B. Saunders Company Harcourt Brace Jovanovich, Inc., S 703 - 724.
83. Köknel Ö. (1989) Genel ve Klinik Psikiatri. İstanbul, Roche Yayınlan, S 244 - 251.
84. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 3.baskı. Evrim Basım – Yayım – Dağıtım, İstanbul 1990; ss 38 – 41.
85. ShuperA, Gabbay U, Mimouni M (1996) Parental anxiety in febril convulsions, Isr. J. Med. Sci, 32 (12): 1282 - 1285.
86. Melnyk BM, Alpert - Gillis LJ, Hensel PB, Coble - Beiling RC, Rubenstein JS (1997) Helping mothers cope with a critically ill child: a pilot test of the cope intervention, Research in Nursing Health, 20 (1): 3 - 14.

87. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67: 361 - 370.
88. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997, 8: 280 - 287.
89. Oy B. Çocuklar için depresyon ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1991; 2:132-137.
90. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark. (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8:280-7.
91. Eser E, Yüksel H, Baydur H ve ark. (2004b) KID-KINDL yaşam kalitesi ölçeği çocuk formu Türkçe sürümü geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. (Poster Bildiri). 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, s.79
92. Eser E, Yüksel H, Baydur H ve ark. (2004c) KIDDOKINDL (KINDL ergen formu) yaşam kalitesi ölçeği Türkçe sürümü geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. (Poster Bildiri). 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, s.78.
93. Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38:581-586.
94. Güvenir T, Özbek A, Baykara B ve ark. (2008) Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 15:65-74.
95. Bulut I (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara Özgüzeliş matbaası
96. Huber J, Peres VC, Santos TJ, et al. Congenital heart diseases in a reference service: clinical evolution and associated illnesses. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94: 313–318.
97. Marino BS, Lipkin PH, Newburger JW, et al. Neurodevelopmental outcomes in children with congenital heart disease: evaluation and management: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 126: 1143– 1172.

98. Wernovsky G. Current insights regarding neurological and developmental abnormalities in children and young adults with complex congenital cardiac disease. *Cardiol Young* 2006; 16: 92–104.
99. Akandere M, Baştuğ G, Acar M: Zihinsel ve Fiziksel Engelli ocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Seluk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.2009,22(1): 23-32.
100. Moons P, Norekvål T. Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5: 16–20.
101. Janiec I, Werner B, Sieminska J, Ravens-Sieberer U. Quality of life of children with mitral valve prolapse. *Qual Life Res* 2011; 20:537–541.
102. Durualp E, Kara F, Yılmaz V: Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Çocukların ve Ebeveynlerinin Görüşlerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. *AÜTF Mecmuası*.2010;63(2);55-63.
103. Çakın Memik N (2005) Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik alışması. Basılmamış Uzmanlık Tezi. KOÜTF, Kocaeli.
104. Fidaner C (2004) Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, s.1-3.
105. Girit N, Tokuç G, Öktem S ve ark. (2003) Kanserli çocukların ve ailelerinin psikososyal sorunları. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 14:37-40.
106. Cadman D, Boyle M, Szatmari P ve ark. (1987) Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics* 79:805-813.
107. Hysing M, Elgen I, Gillberg C ve ark. (2009) Emotional and behavioural problems in subgroups of children with chronic illness: results from a large-scale population study. *Child Care Health Dev* 35:527-533.
108. Miller IW, Kabacoff RI, Epstein NB ve ark. (1994) The development of a clinical rating scale for the McMaster model of family functioning. *Fam Process*, 33:53-68.
109. Kandır, A. (2000). Öğretmenlerin beş-altı yaş çocuklarında görülen

- davranış problemlerine ilişkin bilgi ve tutumları, *Gazi Üniv. Mesleki Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 42-50.
110. Arı, M., Bayhan, P. ve Artan, İ. (1995). Farklı ana-baba tutumlarının 4–11 yaş grubu çocuklarında görülen problem durumlarına etkisinin araştırılması, *10.Okulöncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri*, s. 23-38.
 111. Tuzcuoğlu, N. (2003). *Anne baba olmanın altın kuralları, Biraiile olmak*. İstanbul: Morpa Yayınları.
 112. Yavuzer, H. (2004). *Ana-baba ve çocuk*. 17. Basım, İstanbul Remzi Kitabevi.
 113. Kellerman J, Zeltzer L, Ellenberg L ve ark. (1980) Psychological effects of illness in adolescence. Anxiety, self-esteem, and perception of control. *J Pediatr* 97:126-131.
 114. Cohen M, Mansoor D, Gagın R ve ark. (2008) Perceived parenting style, Self esteem and psychological distress in adolescents with heart disease. *Psychol Health Med* 13:381- 388.
 115. Berkes A, Varni JW, Pataki I ve ark. (2010) Measuring health-related quality of life in Hungarian children attending a cardiology clinic with the Pediatric Quality of Life Inventory. *Eur J Pediatr* 169:333-347.
 116. Essawy MA, Bahgat ZS, Kassem HA (2010) Health-related quality of life of school- age children with rheumatic fever. *J Egypt Public Health Assoc* 85:205-222.
 117. Bilir N, Özcebe H, Aslan D ve ark. (2005) Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J.Med Sci* 25:663-8.
 118. Goldbeck L. The impact of newly diagnosed chronic paediatric conditions on parental quality of life. *Qual Life Res* 2006; 15:1121–1131.
 119. Er DM. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006; 49:155-168.

IX. EKLER

EK-1 HASTA FORMU

1-)Adı Soyadı:

2-)Protokol Numarası:

3-)Yaş:

4-)Adres:

5-)Tel:

6-)Kilo/Boy:

7-)Tanı tarihi:

8-)Eşlik eden hastalık:

9-)Konjenital Hastalık Tipi:

A-)Siyanotik Konjenital Kalp Hastalığı:

a-)Tipi:

b-)Operasyon öyküsü:

c-)Medikal tedavi:

d-)Tedavisiz izlem:

B-)Asiyonitik Konjenital kalp Hastalığı:

a-)Tipi:

b-)VSD:

-Boyut:

-Qp/Qs:

-Operasyon Öyküsü:

-Medikal tedavi:

-Tedavisiz izlem:

c-)ASD:

-Boyut:

-Qp/Qs:

-Operasyon Öyküsü:

-Medikal Tedavi:

-Tedavisiz İzlem:

10-)KLİNİK:

a-)Göğüs Ağrısı:

b-)Siyanoz:

c-)Dispne

d-)Çabuk Yorulma:

e-)Çarpıntı:

f-)Diğer:

11-)Anne Yaşı :

12-)Annenin Sağlık Durumu:

13-)Annenin Eğitim Durumu:

14-)Baba Yaşı :

15-)Babanın Sağlık Durumu:

16-)Babanın Eğitim Durumu:

17-)Anne-Baba Akrabalığı:

18-)Kardeş Sayısı:

19-)Kardeş Sağlık Durumu:

20-)Aylık Gelir:

a-)Geliri giderin çok altında:

b-)Geliri giderin altında:

c-)Gelir giderle eşit:

d-)Gelir giderin üstünde:

e-)Gelir giderin çok üstünde:

EK-2

HAD ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

Hiçbir zaman

Sık değil

Bazen

Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

Kesinlikle

Genellikle

Sık değil

Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Hemen hemen her zaman

Çok sık

Bazen

Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum.

Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum.

Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok fazla

Oldukça sık

Çok sık değil

Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek

EK-3

ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin için doğru ya da çoğu zaman doğru ise 2'yi, biraz ya da bazen doğru ise 1'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise 0'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünüyorsanız de, lütfen boş bırakmayın.

- 0: Doğru değil ya da nadiren doğru
1: Biraz ya da bazen doğru
2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1-Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2-Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3-İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4-Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5-Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6-Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7-Huzursuzum.	0	1	2
8-Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9-Birçok insan bana huzursuz görüldüğümü söyler.	0	1	2
10-İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11-Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12-Korktuğum zaman aklımı kaçırarak gibi hissederim.	0	1	2
13-Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14-Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2
15-Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2

16-Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
17-Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18-Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19-Titrerim	0	1	2
20-Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
21-İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim	0	1	2
22-Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23-Her şeyi kendime dert ederim	0	1	2
24-Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25-Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26-İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27-Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissedirim.	0	1	2
28-Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29-Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
30-Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31-Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelmesinden endişelenirim	0	1	2
32-İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33-Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34-Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35-İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36-Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37-Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38-Kortuğum zaman başım döner	0	1	2

39-Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissederim. (ör: Yüksek sesle okurken, konuşurken, oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40-İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir Yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
41-Utangacım.	0	1	2

EK-4



ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON OLÇEĞİ



KODU: PSK.FR.10	YAYIN TARİHİ: NISAN 2013	REVİZYON NO: 00	REVİZYON TARİHİ: –	SAYFA N
-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------	---------

Adı Soyadı :
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:

Tarih:
Okul:
Sınıf:

Sevgili Öğrenciler,
Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıya çarpı (X) işareti koy

A	1	Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
	2	Kendimi sık sık üzgün hissederim.
	3	Kendimi her zaman üzgün hissederim.
B	1	İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
	2	İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
	3	İşlerim yolunda gidecek.
C	1	İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
	2	İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
	3	Herşeyi yanlış yaparım.
D	1	Birçok şeyden hoşlanırım.
	2	Bazı şeylerden hoşlanırım.
	3	Hiçbirşeyden hoşlanmam.
E	1	Her zaman kötü bir çocuğum.
	2	Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
	3	Arada sırada kötü bir çocuğum.
F	1	Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
	2	Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
	3	Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
G	1	Kendimden nefret ederim.
	2	Kendimi beğenmem.
	3	Kendimi beğenirim.
H	1	Bütün kötü şeyler benim hatam.
	2	Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
	3	Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
I	1	Kendimi öldürmeyi düşünmem.
	2	Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
	3	Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
i	1	Her gün içimden ağlamak gelir.
	2	Birçok günler içimden ağlamak gelir.
	3	Arada sırada içimden ağlamak gelir.



ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ



KODU: PSK.FR.10 YAYIN TARİHİ: NISAN 2013 REVİZYON NO: 00 REVİZYON TARİHİ: -- SAYFA NO:

J	1	Herşey her zaman beni sıkar.
	2	Herşey sık sık beni sıkar.
	3	Herşey arada sırada beni sıkar.
K	1	İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
	2	Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
	3	Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
L	1	Herhangi bir şey hakkında karar vermem.
	2	Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
	3	Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
M	1	Güzel / yakışıklı sayılırım.
	2	Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
	3	Çirkinim.
N	1	Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
	2	Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
	3	Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
O	1	Her gece uyumakta zorluk çekerim.
	2	Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
	3	Oldukça iyi uyurum.
Ö	1	Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
	2	Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
	3	Her zaman kendimi yorgun hissederim.
P	1	Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
	2	Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
	3	Oldukça iyi yemek yerim.
R	1	Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
	2	Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
	3	Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
S	1	Kendimi yalnız hissetmem.
	2	Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
	3	Her zaman kendimi yalnız hissederim.
T	1	Birçok arkadaşım var.
	2	Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
	3	Hiç arkadaşım yok.
U	1	Okul başarımlarım iyi.
	2	Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.
	3	Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.



ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ



Sağlık Bakanlığı
SAYFA NO: 3/3

KODU: PSK.FR.10	YAYIN TARİHİ: NISAN 2013	REVİZYON NO: 00	REVİZYON TARİHİ: –
-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------

Ü	1	Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
	2	Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
	3	Diğer çocuklar kadar iyi olurum.
V	1	Kimse beni sevmez.
	2	Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
	3	Beni seven insanların olduğundan eminim.
Y	1	Bana söyleneni genellikle yaparım.
	2	Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
	3	Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
Z	1	İnsanlarla iyi geçinirim.
	2	İnsanlarla sık sık kavga ederim.
	3	İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-5

SF-36

Hasta adı soyadı:

Tarih:

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
- b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
- c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
- d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
- e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

a) Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb

Evet, çok kısıtlı

Evet, biraz kısıtlı

Hayır, hiç kısıtlı değil

b) Orta derecede aktiviteler;

örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb

Evet, çok kısıtlı

Evet, biraz kısıtlı

Hayır, hiç kısıtlı değil

c) Ağır kaldırma ve yük taşıma

Evet, çok kısıtlı

Evet, biraz kısıtlı

Hayır, hiç kısıtlı değil

† †

d) Çok sayıda merdiven basamağını çıkma

Evet, çok kısıtlı

Evet, biraz kısıtlı

Hayır, hiç kısıtlı değil

† † †

e) Tek bir merdiven basamağını çıkma

Evet, çok kısıtlı

Evet, biraz kısıtlı

Hayır, hiç kısıtlı değil

F) Öne eğime, çömelme veya diz çökme †

Evet, çok kısıtlı

Evet, biraz kısıtlı

Hayır, hiç kısıtlı değil

g) İki kilometreden çok yürüme

† Evet, çok kısıtlı

Evet, biraz kısıtlı

Hayır, hiç kısıtlı değil

h) Bir kilometre yürüme

Evet, çok kısıtlı

Evet, biraz kısıtlı

Hayır, hiç kısıtlı değil

† †

i) 100 metre yürüme

Evet, çok kısıtlı

Evet, biraz kısıtlı

Hayır, hiç kısıtlı değil

j) Kendi başına banyo yapma ve giyinme

Evet, çok kısıtlı

Evet, biraz kısıtlı

Hayır, hiç kısıtlı değil

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde,

aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?EVET veya HAYIR olarak cevaplayınız

İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?

Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?

İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?

(örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak

işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız

İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı

Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi

b) Biraz etkiledi

c) Orta derecede etkiledi

d) Oldukça etkiledi

e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, sećiniz

Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?

Çok sinirli bir insan oldunuz mu?

Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?

Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz

Kendinizi enerjik hissettiniz mi?

Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?

Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?

Kendinizi mutlu hissettiniz mi?

Kendinizi yorgun hissettiniz mi?

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman b) oğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını seçiniz

Kesinlikle oğunlukla Bilmiyorum oğunlukla Kesinlikle

Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim

Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

Sağlığımın kötüye gideceğini dştnyorum.

Sağlığım mükemmel.

EK 6

KİNDLE

Lütfen bana biraz kendinden söz eder misin?

Sen bir kız mısın yoksa oğlan mı? kız oğlan

Kaç yaşındasın ? _____ yaşındayım

Kaç kardeşin (erkek, kız kardeşin veya ablan, abin) var?

0 1 2 3 4 5 5 den fazla

Bir ana okuluna veya kreşe gidiyor musun?

evet hayır

Şimdi sana bir örnek okuyacağım:

Şu cümleyi duyduğunda : “Geçen hafta canım dondurma yemek istedi” , bana bunun ne kadar sıklıkta olduğunu söyleyebilir misin ?

Bu sorunun üç tane cevabı olabilir: Hiçbir zaman, bazen ve çok sık

O halde senin cevabın hangisi olurdu? Şunlardan hangisini söyledin?:

Geçen hafta boyunca canım hiçbir zaman dondurma yemek istemedi

Geçen hafta boyunca canım bazen dondurma yemek istedi veya

Geçen hafta boyunca canım çok sık dondurma yemek istedi

Çocuğun cevabı! Eğer çocuk cevap verme şeklini anlamış görünüyorsa birinci soru ile devam edin. Aksi halde örneği tekrarlayın.

Çok iyidim. Hadi şimdi başlayalım.

KIDDY-KINDLE 4-7 YAŞ

1. Öncelikle bedensel sağlığınla ilgili birşeyler öğrenmek istiyoruz...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ...Kendimi hasta hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Baş ağrım veya karın ağrım oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... ve genel olarak neler hissettiğin hakkında bir kaç şey...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. Eğlendim ve çok güldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Canım sıkıldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ...ve kendin hakkındaki duyguların...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ... Kendimle gurur duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Kendimden hoşlandım (kendimden memnun oldum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aşağıdaki sorular ailen ile ilgilidir ...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ... Annem babamla aram iyiydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Evde kendimi iyi hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... ve arkadaşların hakkında.

Geçen hafta boyunca	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ... Arkadaşlarımla oynadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Arkadaşlarımla iyi geçiniyordum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hepsinden sonra, okul hakkında bazı şeyler öğrenmek istiyoruz.

Geçen hafta boyunca	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. ...Ana okulunda verilen ödevleri – görevleri yapabiliyordum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Ana okulundan / kreşten hoşlandım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Şu anda hastanede mi kalıyorsun veya uzun süreli bir hastalığın var mı?

Hayır ise anket bitmiştir

Evet ise,

lütfen aşağıdaki 6 soruyu yanıtla

Geçen hafta boyunca	hiçbir zaman	bazen	çok sık
1. . Hastalığının kötüleşmesinden korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hastalığım nedeniyle üzüldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hastalığımla çok iyi başa çıkabildim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Annem babam bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi baktılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diğer insanların hastalığımı farketmelerinden çekindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hastalığım nedeniyle ana okulunda veya kreşte bazı şeyleri kaçırdım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bize yardım ettiğin için teşekkür ederiz

KID-KINDLE 8-12 YAŞ

Lütfen bize biraz kendinden söz et.



Ben bir kızım oğlanım

Yaşım: _____

Kaç kardeşin var? 0 1 2 3 4 5

5 den fazla

Hangi okula gidiyorsun? _____

Kaçıncı sınıftasın? _____ sınıftayım.

1. Öncelikle bedensel sağlığınıla ilgili bir şeyler öğrenmek istiyoruz...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimi hasta hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Baş ağrım veya karın ağrım oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Yorgun ve bitkindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Kendimi güçlü ve enerji dolu hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... ve genel olarak neler hissettiğin hakkında bir kaç şey...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Eğlendim ve çok güldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Canım sıkıldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Kendimi yalnız hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ...ve kendin hakkındaki duyguların...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimle gurur duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Kendimi her şeyin üstünde hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Kendimden hoşnutluk duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Birçok güzel düşüncem vardı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aşağıdaki sorular ailen ile ilgilidir ...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Annem babamla aram iyiydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Evde kendimi iyi hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Evde tartıştık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Annem babam bazı şeyleri yapmamı engellediler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... ve arkadaşların hakkında...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Arkadaşlarımla oynadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Diğer çocuklar benden hoşlandılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Arkadaşlarımla iyi geçiniyordum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Kendimi diğer çocuklardan farklı veya önemsiz hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hepsinden sonra, okul hakkında bazı şeyler öğrenmek istiyoruz.

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Okul ödevimi yapmak kolaydı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Derslerden hoşlandım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Önümüzdeki haftaların gelmesini dört gözle bekledim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Zayıf notlar almaktan korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Şu anda hastanede mi kalıyorsun veya uzun süreli bir hastalığın var mı?

Evet ise,

Hayır ise,

lütfen aşağıdaki 6 soruyu

anket bitmiştir.

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Hastalığının kötüleşmesinden korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Hastalığım nedeniyle üzüldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Hastalığımla çok iyi başa çıkabildim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Annem babam bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi davrandılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... Diğer insanların hastalığımı fark etmelerinden çekindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Hastalığım nedeniyle okulda bazı şeyleri kaçırdım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bize yardım ettiğiniz için teşekkür ederiz !

KİDDO KİNDL(13-16 yaş)

Lütfen bize biraz kendinizden söz edin.



Ben bir kızım erkeğim

Yaşım: _____

Kaç kardeşiniz var? 0 1 2 3 4 5

5 den fazla

Hangi okula gidiyorsunuz? _____

Kaçıncı sınıftasınız? _____ sınıftayım.

1. Öncelikle sizden bedensel sağlığınızla ilgili bir şeyler öğrenmek istiyoruz...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ...Kendimi hasta hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Ağrım oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. .. Yorgun ve bitkindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. . Kendimi güçlü ve enerji dolu hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... ve genel olarak neler hissettiğiniz hakkında bir kaç şey...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. Eğlendim ve çok güldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Canım sıkıldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kendimi yalnız hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. . . . Korktum veya kendime güvenimi kaybettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. ...ve kendiniz hakkındaki duygularınız...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimle gurur duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Kendimi her şeyin üstünde hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Kendimden hoşnutluk duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Birçok güzel düşüncem vardı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aşağıdaki sorular aileniz ile ilgilidir ...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Annem babamla aram iyiydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Evde kendimi iyi hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Evde tartıştık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Annem babam tarafından kısıtlandığımı hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... ve arkadaşlarınız hakkında

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. . . . Arkadaşlarımla birlikte bir şeyler yaptık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. . . . Arkadaşlarımla arasında başarılıydım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. . . . Arkadaşlarımla iyi geçiniyordum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. . Kendimi diğer arkadaşlarımdan farklı hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Hepsinden sonra, okul hakkında bazı şeyler öğrenmek istiyoruz.

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. Okul ödevimi yapmak kolaydı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Okulu ilgi çekici buldum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Okulda bundan sonra geçireceğim günler beni kaygılandırıyor (endişelendiriyor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zayıf not almaktan korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Şu anda hastanede mi kalıyorsunuz veya uzun süreli bir hastalığınız var mı?

Hayır ise anket bitmiştir

Evet ise,

lütfen aşağıdaki 6 soruyu yanıtlayınız

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. Hastalığının kötüleşmesinden korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hastalığım nedeniyle üzüldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hastalığımla çok iyi başa çıkabildim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Annem babam bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi davrandılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. . Diğer insanların hastalığımı fark etmelerinden çekindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hastalığım nedeniyle okulda bazı şeyleri kaçırdım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-7

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB ⁴⁻¹⁶

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamazsanız ya da size anlamsız görünse de elimizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamamıza yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz ve aşırı hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncasını, kalemini v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başımadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçüklere iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

EK-8 AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

CÜMLELER:	Aynen Katılı-yorum	Büyük Ölçüde Katılı-yorum	Biraz Katılı-yorum	Hiç Katılmı-yorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden	()	()	()	()

şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.				
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()

31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını	()	()	()	()

bilmeyiz.				
47.Bizim evde aklımıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniyoruz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

EK-9

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok Uygun	Oldukça Uygun	Biraz Uygun	Hiç Uygun
Buluyorum	Buluyorum	Buluyorum	Bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa, gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUM ANKETİ

(KISALTILMIŞ FORMU)

1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.

9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.
15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.
16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.
17. Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten açınması gerektiği öğretilmelidir.
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.

26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.
27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verirlse büsbütün şikayetçi olurlar.
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.
31. Genç bir kadın, henüz geçen yapmak istediğini pek çok şey olduğu için, anne oluca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, döğüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.
41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.
44. Çocukların sorunlarına eğilirsenez sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.

46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenirler.
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörülle karşılanamaz..
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmeleri gerektiğini öğretmelidirler.
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.
- 57- Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.
- 58- Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.
- 59- Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.
- 60- Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.