

ÇOCUK KARDİYOLOJİ UZMANINA KARDİYAK ÜFÜRÜM NEDENİYLE GÖNDERİLEN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDEKİ ANKSİYETE DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Evaluation of The Anxiety Level in The Parents Whose Children Were Sent to A Pediatric Cardiologist Due to A Cardiac Murmur

Fatma BEŞİROĞLU ÇETİN¹, Ahmet İRDEM², Adem KARBUZ²

ÖZET

Amaç: Kardiyak üfürüm, çocuk kardiyoloji hekimine başvuruların önemli nedenlerindedir. Bu durum çocukların ebeveynlerinde, anksiyeteye sebep olabilmektedir. Çalışmamızda kardiyak üfürüm saptanması sonrası çocuk kardiyoloji polikliniğine yönlendirilen çocukların ebeveynlerindeki anksiyete düzeyi ve bu anksiyete ile ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamız Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi çocuk kardiyoloji polikliniğinde gerçekleştirildi. Çocuk kardiyoloji hekimi dışında bir hekim tarafından kardiyak üfürüm saptanıp, çocuk kardiyoloji polikliniğine yönlendirilen 0-18 yaş arası çocuklar ve çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerinden biri dahil edildi. Ebeveynlere durumluk ve sürekli kaygı envanteri 1-2 (STAI 1-2) uygulanarak anksiyete düzeyi araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 137 hasta ve ebeveyni dahil edildi. Elli hastada üfürüm saptandı. Üfürüm sebepleri incelendiğinde, en sık sebep masum üfürümler idi. Çalışmaya katılan ebeveynlerin STAI-1 ölçümleri 21 ile 64 arasında değişmekte olup, ortalama $41,36 \pm 10,65$ olarak saptandı. Çalışmaya katılan ebeveynlerin STAI-2 ölçümleri 23 ile 68 arasında değişmekte olup, ortalama $44,01 \pm 8,81$ olarak saptandı. Ebeveynlerin STAI-1 ve STAI-2 ölçeklerinden aldıkları puanlar ile çocukların cinsiyeti, ebeveynin eğitim durumu, ebeveynin yaşı, kaçınıcı çocuk olduğu, soy geçmişte kalp hastalığı veya üfürüm olması, başvuru esnasında veya üfürüm duyulduğu anda şikâyet olması arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çocuğunda üfürüm saptanan ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve bu anksiyete düzeyine etki eden en önemli faktörün ebeveynin genel hayatındaki anksiyete düzeyi olduğu saptandı. Aile hekiminin ve çocuk hastalıkları uzmanının muayenesi esnasında üfürüm saptanmış çocukların çoğunluğunda çocuk kardiyoloji uzmanı tarafından üfürüm saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete; Çocuk; Ebeveyn; Üfürüm

ABSTRACT

Objective: Cardiac murmur is one of the most crucial reasons for admission to pediatric cardiologist. This may cause anxiety in parents. This study aims to investigate the level of anxiety in parents whose children were referred to pediatric cardiologist due to cardiac murmur and the factors associated with this anxiety.

Material and Methods: Our study was conducted in Prof.Dr.Cemil Taşçıoğlu City Hospital pediatric cardiology clinic. Children that cardiac murmur was detected by a physician other than a pediatric cardiologist, aged 0-18 years and one of their parents were included in the study. Anxiety level was investigated by applying State and Trait Anxiety Inventory 1-2 (STAI 1-2) to the parents.

Results: The study included 137 patients and their parents. There was a murmur in 50 patients. The most common cause of murmurs were innocent murmurs. STAI-1 scores ranged from 21 to 64, with an average of 41.36 ± 10.65 . STAI-2 scores ranged from 23 to 68, with an average of 44.01 ± 8.81 . There was no significant relation between STAI 1-2 scores and gender of children, parent's educational status, age of parent, child row in family, heart disease or murmur in family history, and complaints at the time of admission or murmur is detected.

Conclusion: The anxiety levels of parents who had murmurs in their children were high and the most crucial factor affecting this anxiety level was the anxiety level in the parent's daily life. In most children who had murmur during the family medicine physician and pediatrician examination, no murmur was detected by the pediatric cardiologist.

Keywords: Anxiety; Child; Parent; Murmur

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı,
Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve
Beslenme Bilim Dalı,
Trabzon
²Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir
Hastanesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
İstanbul

Fatma BEŞİROĞLU ÇETİN, Dr.
(0000-0001-7126-1644)
Ahmet İRDEM, Dr.
(0000-0002-2565-5674)
Adem KARBUZ, Dr.
(0000-0002-5460-3638)

İletişim:

Dr. Fatma BEŞİROĞLU ÇETİN
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji
Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı,
Ortahisar, Trabzon

Geliş tarihi/Received: 03.11.2021
Kabul tarihi/Accepted: 16.02.2022
DOI: 10.16919/bozoktip.1017560

Bozok Tıp Derg 2022;12(2): 49-56
Bozok Med J 2022;12(2): 49-56

GİRİŞ

Kardiyak üfürüm, çocukluk çağında sık saptanan bir bulgudur. Büyük çoğunluğu masum üfürüm olmasına karşın, kardiyak bir hastalığın bulgusu da olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda masum üfürümlerin sıklığının yapısal kalp hastalığına bağlı üfürümlere göre yaklaşık 100 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (1,2). Kardiyak üfürümün ileri değerlendirilmesi, çocuk kardiyoloji polikliniğine başvuruların önemli nedenlerinden biridir. Önceden sağlıklı olan çocuklarda, rastlantısal saptanan kardiyak üfürümlerin çoğu masum üfürüm vasfındadır. Ancak üfürümün ciddi bir kardiyak hastalığa bağlı olabilmesi sebebiyle ekokardiyografi ile değerlendirilmesi sıklıkla gerekmektedir (3).

Çocuk kardiyoloji polikliniğine başvuran çocukların ebeveynlerinde, kardiyak üfürümün ciddi bir kalp hastalığı ile ilişkilendirilmesi, cerrahi müdahale ve çocuk için aktivite kısıtlaması gerektirebileceği düşüncesi gibi sebeplerden dolayı anksiyete oluşabilmektedir (4). Ayrıca kardiyak üfürümler çocuğun ailesi tarafından, sıklıkla erişkin dönemi hastalıkları olan koroner arter hastalıkları ve ani ölümlerle ilişkilendirilmektedir (5,6). Hatta üfürümün detaylı incelemesi sonrası masum üfürüm saptanması ailelere bildirildiği halde endişenin azalsa bile devam ettiği gösterilmiştir (7).

Çalışmamızda çocuk hastalıkları uzmanı ve aile hekimi tarafından kardiyak üfürüm saptanması sebebi ile çocuk kardiyoloji polikliniğine ileri değerlendirme amacı ile yönlendirilen çocuklardaki üfürüm varlığı ve sebepleri ile ebeveynlerindeki anksiyete düzeyi ve bu anksiyete ile ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamıza Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi çocuk kardiyoloji polikliniğine, 01.04.2018 - 31.07.2018 tarihleri arasında, çocuk hastalıkları uzmanı ve aile hekimi tarafından fizik muayene sırasında herhangi bir kardiyak odakta üfürüm saptanıp, çocuk kardiyoloji polikliniğine ileri değerlendirme için yönlendirilen 0-18 yaş arası çocuklar ve bu çocukların anne-baba farkı gözetmeksizin, çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerinden biri dahil edildi. Ailelere çalışma hakkında bilgi verildi. Ebeveynde daha önceden psikiyatrik hastalık (depresyon, anksiyete bozukluğu vb.) veya mental gerilik olması, ebeveynin okuma yazma bilmemesi veya çalışmaya katılmayı kabul

etmemesi, çocukta önceden tanı almış kalp hastalığı olması, çocuğun daha önce çocuk kardiyoloji hekimi tarafından muayene edilmiş olması ve ekokardiyografi öyküsü olması çalışmaya dahil edilmeme kriteri olarak belirlendi.

Hastaların tanıya yönelik olarak fizik muayene ve ayrıntılı anamnezleri dışında ekokardiyografi tetkiki yapılarak kayıt altına alındı. Ebeveynlere muayene esnasında; yaşı, eğitim durumu, ailede kalp hastalığı veya kardiyak üfürüm öyküsü olup olmadığı, ailede kaç çocuk olduğu, hastanın kaçınıcı çocuk olduğu, üfürüm duyulduğu esnada ve çocuk kardiyoloji polikliniğine başvurulduğu esnada çocukta şikâyet olup olmadığı sorularak kayıt altına alındı. Ayrıca ebeveynlere yüz yüze görüşme ile durumluk ve sürekli kaygı envanteri 1 ve 2 (STAI 1-2) uygulanarak yukarıda belirtilen değişkenlerin anksiyete düzeyine etkisi araştırıldı. STAI, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçen bir envanterdir. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ila 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Genel olarak STAI ölçeklerinde 40 ve üzerinde puan saptanması belirgin anksiyete düzeyini gösterir (8). Medikal bir durumun doğuracağı anksiyetenin değerlendirilmesinde STAI envanteri durumluk ölçeği sık kullanılan bir yöntemdir.

Çalışma hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 03/04/2018 tarih ve 868 sayılı karar ile onaylandı.

İstatistiksel analizler için NCSS 2007 programı (NCSS 2007. NCSS, LLC. Kaysville, Utah, USA.) kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınıandı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test

ve Fisher-Freeman-Halton Exact test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya 137 hasta ve ebeveyni dahil edildi. Hastaların 71'i (%51,8) erkek idi. Hastaların yaşları 1 ay ile 17 yıl arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $3,81 \pm 3,91$ yıl olarak saptandı. Çalışmaya dahil edilen çocukların ebeveynlerinin yaşları 19 ile 58 yıl arasında değişmekte olup, ortalama yaş ise $32,53 \pm 6,21$ yıl olarak saptandı. Hastaların soy geçmişlerinde dokuz hastanın (%6,6) yakınında kalp hastalığı, beş hastanın (%3,6) yakınında üfürüm varlığı mevcuttu. Otuz altı (%26,3) hastada üfürüm duyulduğu anda, 15 (%10,9) hastada başvuru esnasında şikâyet vardı.

Başvuran 137 çocuktan 127 tanesinde çocuk hastalıkları uzmanı tarafından, 18 tanesinde aile hekimi tarafından üfürüm saptandığı öğrenildi. Çocuk kardiyoloji polikliniğine yönlendirilen 137 hastanın detaylı değerlendirilmesinde 50 (%36,5) hastada çeşitli derecelerde üfürüm saptandı ancak 87 (%63,5) hastada üfürüm saptanmadı. Üfürüm saptanan 50 çocuktaki üfürüm sebeplerinin incelenmesi sırasındaki ekokardiyografi sonuçlarına bakıldığında; masum üfürüm 29 (%58) olguda, pulmoner darlık 10 (%20) olguda (hafif ve orta şiddette 3/6 derece sistolik ejeksiyon üfürümü), ASD 5 (%10) olguda (sol 2.interkostal aralıkta, 3/6 derece sistolik ejeksiyon üfürümü), ventriküler septal defekt (VSD) 2 (%4) olguda (4.interkostal mezokardiyak odakta 3/6 derece

pansistolik üfürüm), mitral kapak prolapsusu 2 (%4) olguda (klik ve 3/6 sistolik üfürüm), PDA 1 (%2) olguda (sol 2. interkostal aralıkta 3/6 derece sistolodiyastolik devamlı üfürüm), pulmoner akım hızında artma 1 (%2) olguda saptandı. Çocuk kardiyoloji hekimi tarafından muayene edilerek üfürüm tespit edilen 50 hastanın 29'unda (%58) 1-2/6 şiddetinde, 21'inde (%42) 3/6'dan fazla şiddette üfürüm saptandı.

Hastaların ebeveynlerinin %34,3'ü (n=47) ilkökul, %13,9'u (n=19) ortaokul, %34,3'ü (n=47) lise, %17,5'i (n=24) üniversite mezunu idi. Ebeveynler arasında en sık saptanan eğitim düzeyi ilkökul ve lise mezunu olmaktadır. Çocukların %43,8'inin (n=60) 1. çocuk, %38,7'sinin (n=53) 2. çocuk, %13,9'unun (n=19) 3. çocuk, %2,2'sinin (n=3) 4. çocuk ve %1,5'inin (n=2) 5. çocuk olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan çocukların %29,9'unun (n=41) ailesindeki çocuk sayısının 1 olduğu, %48,9'unun (n=67) 2 çocuk, %16,1'inin (n=22) 3 çocuk, %3,6'sının (n=5) 4 çocuk, %0,7'sinin (n=1) 5 çocuk ve %0,7'sinin (n=1) 7 çocuk olduğu saptandı. Çocukların %10,9'unda (n=15) çocuk kardiyoloji polikliniğine başvuru esnasında şikâyeti olduğu ve %26,3'ünde (n=36) üfürüm duyulduğu anda şikâyeti olduğu öğrenildi.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin STAI-1 ve STAI-2 puan dağılımları Tablo 1 de gösterilmiştir.

Çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin STAI-1 ve STAI-2 ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Ebeveynin yaşı, eğitim durumu, çocuğun doğum sırası,

Tablo 1. STAI-1 ve STAI-2 dağılımı

| Değişken | Değer |
|-------------------------------------|-------------|
| STAI-1 | |
| Ortalama±SD | 41,36±10,65 |
| 40 puan ve altında olma oranı, n(%) | 57 (41,6) |
| 40 puan üzerinde olma oranı, n(%) | 80 (58,4) |
| STAI-2 | |
| Ortalama±SD | 44,01±8,81 |
| 40 puan ve altında olma oranı, n(%) | 53 (38,7) |
| 40 puan üzerinde olma oranı, n(%) | 84 (61,3) |

soy geçmişte kalp hastalığı veya soy geçmişte üfürüm varlığı, başvuru esnasında şikâyet varlığı ve üfürüm duyulduğu anda şikâyet varlığı ile ebeveynlerin STAI-1 ve STAI-2 ölçeğinden aldıkları puanların 40'ın üzerinde olması oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ek olarak ailedeki çocuk sayısına göre ebeveynlerin STAI-1 ölçeğinden aldıkları puanların 40'ın üzerinde olması oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak ailedeki çocuk sayısına göre ebeveynlerin STAI-2 ölçeğinden aldıkları puanların 40'ın üzerinde olması oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,009$). Ailedeki çocuk sayısı artması durumunda, ebeveynlerin STAI-2 ölçeğinden 40'ın üzerinde puan alması oranı anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 3).

TARTIŞMA

Kardiyak üfürümler çocukluk çağında sık görülen bir bulgudur. Yeni saptanan kardiyak üfürüm, çocuk hastalıkları uzmanlarının hastayı çocuk kardiyoloji polikliniğine yönlendirmesinde en sık sebeptir (9-11). Sağlıklı çocuklarda masum üfürümler şeklinde ortaya çıkabilmekle birlikte, doğumsal veya edinsel bir kalp hastalığının bulgusu da olabilmektedir (12,13). Çocukluk çağındaki üfürümlerin birçoğu çeşitli tiplerdeki masum üfürümlerden oluşmaktadır (9,14). Anksiyete nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacmış endişesi ile yaşanan bunaltı duygusudur. Normalde anksiyete organizmanın tehlide tepki göstermesi halinde fizyolojik boyutlarda oluşabilmekteyken, patolojik anksiyete, uyarıya karşı oluşan tepkinin şiddet veya süre olarak uygunsuz boyutlarda olması olarak ifade edilebilir. Kardiyak üfürüm saptanan çocukların ebeveynlerinde çocuktaki bu durumun neye bağlı olduğu veya ne kadar ciddi bir medikal durumla ilişkili olabileceğini bilmemekten kaynaklı anksiyete görülebilmektedir (4,15,16). Ayrıca çoğu zaman hasta ve ebeveynleri tarafından ciddi olabilecek bir kardiyak hastalık belirtisi olarak algılanması bu durumu arttırabilmektedir. Bu durum 'akut stres bozukluğu' veya 'genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu' olarak adlandırılabilir (17).

Çalışmamıza dahil edilen çocuklardaki en sık üfürüm sebepleri incelendiğinde; masum üfürüm 29 olguda, pulmoner darlık 10 olguda, ASD 5 olguda, VSD 2 olguda,

mitral kapak prolapsusu 2 olguda saptandı. Çocuk kardiyoloji kliniğine konsülte edilen 1724 hastayı içeren bir çalışmada, en sık konsültasyon sebebi %18,5 ile üfürümler olarak belirlenmiş ve en sık üfürüm sebepleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde PDA, sağlam çocuklarda VSD, yataklı kliniklerde masum üfürümler olarak saptanmıştır (18). Kang ve arkadaşlarının 5-13 yaşlarındaki 81213 okul çağı çocuğunu içeren çalışmasında çocukların %2,7'sinde üfürüm saptanmıştır (19). Üfürüm saptanan 2193 çocuğun, 215 tanesinde yapısal kalp hastalığı belirlenmiş, 198 çocukta doğumsal kalp hastalığı (en sık VSD), 12 çocukta mitral kapak prolapsusu, 5 çocukta romatizmal kalp hastalığı saptanmıştır. Yıldız ve arkadaşlarının kardiyak üfürüm ile başvuran 667 çocuğu içeren çalışmasında hastaların %92,1'inde masum üfürüm saptandığı belirtilmiş olup, ekokardiyografi bulguları incelendiğinde en sık patolojiler %24,9 hastada PFO, %8,4 hastada ASD, %5,6 hastada pulmoner darlık, %3,8 hastada mitral yetmezlik ve %2,9 hastada VSD olarak saptanmıştır (3).

Çocuk kardiyoloji polikliniğine, kardiyak üfürüm saptanması sonrası yapılan başvurularda, bu durum hastaların ebeveynlerinde anksiyeteye sebep olabilmektedir. Çalışmamızda bu anksiyeteyi ortaya koymak için geçerliliği olan, objektif kriterlere dayanan bir ölçek olan durumluk ve sürekli kaygı envanteri kullanılmıştır. Bu ölçek medikal bir durumun oluşturacağı anksiyeteyi değerlendirmede sıklıkla kullanılmaktadır (20). Literatürde çocukluk çağında kardiyak üfürüm ve diğer birçok sağlık sorunu durumunda, ailedeki anksiyete düzeyini belirlemede kullanılmıştır (4,15,21,22). Çalışmamıza katılan ebeveynler için STAI-1 ve STAI-2 ölçeklerinin ortalama değerleri $41,36\pm 10,65$ ve $44,01\pm 8,81$ olarak belirlenmiştir. STAI ölçeklerinde 40 ve üzerindeki puanlar belirgin anksiyete düzeyini gösterdiği göz önüne alındığında, bu bulgular doğrultusunda kardiyak üfürüm ile çocuk kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların ebeveynleri için üfürüm varlığının belirgin bir düzeyde anksiyete oluşturduğu düşünülmüştür. Durumluk kaygı ölçeği STAI-1 bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirleyen bir ölçektir. Çalışmamızdaki ebeveynler için STAI-1 ortalama ve ortanca değerlerinin 40 üstünde olması ve %58,4'ünün 40 üzerinde puan

Tablo 2. Cinsiyetlere Göre STAI-1 ve STAI-2 Puanlarının Değerlendirilmesi

| Kız (n=66) | | Cinsiyet | | Test Değeri |
|------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| | | Erkek (n=71) | p | |
| STAI-1 | Ortalama ± SD | 41,02±11,03 | 41,68±10,36 | 0,718 |
| | STAI-1≤40 | 29 (43,9) | 28 (39,4) | |
| | STAI-1>40 | 37 (56,1) | 43 (60,6) | |
| STAI-2 | Ortalama ± SD | 44,38±8,96 | 43,66±8,71 | 0,636 |
| | STAI-2≤40 | 25 (37,9) | 28 (39,4) | |
| | STAI-2>40 | 41 (62,1) | 43 (60,6) | |

SD: Standart deviasyon STAI-1: Durumluluk Envanteri STAI-2: Sürekli Kaygı Envanteri

Tablo 3. Değişkenlere Göre STAI-1 ve STAI-2 Puanlarının Değerlendirilmesi

| Değişken | | STAI-1 | | | STAI-2 | | |
|------------------------------------|----------------------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-------|
| | | STAI-1>40 | p | STAI-2≤40 | STAI-2>40 | p | |
| Ebeveyn yaşı, Ortalama ± SD | | 31,70±5,46 | 33,13±6,67 | 0,187 | 32,09±6,26 | 32,81±6,20 | 0,514 |
| Ebeveyn eğitim durumu, n (%) | İlkokul | 21 (44,7) | 26 (55,3) | 0,941 | 15 (31,9) | 32 (68,1) | 0,375 |
| | Ortaokul | 8 (42,1) | 11 (57,9) | | 10 (52,6) | 9 (47,4) | |
| | Lise | 18 (38,3) | 29 (61,7) | | 17 (36,2) | 30 (63,8) | |
| | Üniversite | 10 (41,7) | 14 (58,3) | | 11 (45,8) | 13 (54,2) | |
| Çocuk doğum sırası, n (%) | Birinci | 26 (43,3) | 34 (56,7) | 0,411 | 30 (50,0) | 30 (50,0) | 0,073 |
| | İkinci | 21 (39,6) | 32 (60,4) | | 17 (32,1) | 36 (67,9) | |
| | Üçüncü | 7 (36,8) | 12 (63,2) | | 4 (21,1) | 15 (78,9) | |
| | Dördüncü veya daha sonraki | 3 (60,0) | 2 (40,0) | | 2 (40,0) | 3 (60,0) | |
| Ailedeki çocuk sayısı, n (%) | Bir çocuk | 21 (51,2) | 20 (48,8) | 0,082 | 24 (58,5) | 17 (41,5) | 0,009 |
| | İki çocuk | 23 (34,3) | 44 (65,7) | | 22 (32,8) | 45 (67,2) | |
| | Üç veya daha fazla çocuk | 13 (44,8) | 16 (55,2) | | 7 (24,1) | 22 (75,9) | |
| Soygeçmiş, n (%) | Özellik yok | 51 (41,5) | 72 (58,5) | 0,628 | 49 (39,8) | 74 (60,2) | 0,821 |
| | Kalp hastalığı | 3 (33,3) | 6 (66,7) | | 3 (33,3) | 6 (66,7) | |
| | Üfürüm | 3 (60,0) | 2 (40,0) | | 1 (20,0) | 4 (80,0) | |
| Başvuru esnasında şikâyet, n (%) | Yok | 52 (42,6) | 70 (57,4) | 0,491 | 46 (37,7) | 76 (62,3) | 0,501 |
| | Var | 5 (33,3) | 10 (66,7) | | 7 (46,7) | 8 (53,3) | |
| Üfürüm duyulduğunda şikâyet, n (%) | Yok | 45 (44,6) | 56 (55,4) | 0,241 | 39 (38,6) | 62 (61,4) | 0,977 |
| | Var | 12 (33,3) | 24 (66,7) | | 14 (38,9) | 22 (61,1) | |

SD: Standart deviasyon STAI-1: Durumluluk Envanteri STAI-2: Sürekli Kaygı Envanteri

almasa, ebeveynlerin bu yüksek anksiyete düzeylerinin başvuru sebebi olan kardiyak üfürüm saptanması ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Benzer şekilde Aktaş ve arkadaşlarının kardiyak üfürüm saptanan çocukların ebeveynlerinin, çocuk kardiyoloji uzmanına başvurusundaki endişe düzeyini araştıran çalışmasında, oluşturulan yedi soruluk anket formu ile ailelerin ortalama endişe puanı 10 üzerinden 8 olarak saptanmış ve 8 puan ve üzerinde alan aileler, tüm ailelerin %68 ini oluşturulduğu belirlenmiştir (23). Sonuç olarak duyulan kardiyak üfürümler sıklıkla masum vasıfta olmasına rağmen ailelerde ciddi düzeyde endişe oluşturduğu görülmektedir. Yine ebeveynlerin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirleme özelliği olan sürekli kaygı ölçeği ortalama ve ortanca değerlerinin de 40 üzerinde olması ve %61,3 katılımcının 40 üzerinde puan alması göz önüne alındığında, başvuru şikâyeti olan kardiyak üfürümden bağımsız olarak da ebeveynlerin genel hayatında da yüksek anksiyete düzeylerine sahip oldukları görülmektedir. Geggel ve arkadaşlarının kardiyak üfürüm saptanarak çocuk kardiyoloji polikliniğine yönlendirilen hastaların ebeveynlerini içeren çalışmasında da benzer şekilde ebeveynlerin anksiyete düzeyi ile sürekli kaygı ölçeği arasında ilişki olduğu ancak ebeveyn eğitim düzeyi, soy geçmişte üfürüm varlığı veya kalp hastalığı varlığı ile anksiyete düzeyi arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (4).

Çalışmamızda ebeveynlerin kardiyak üfürüm saptanması ile yönlendirilen çocukları için sahip oldukları anksiyete düzeyleri ile ilişkili olabilecek olası diğer faktörleri araştırmak için çocuğun cinsiyeti, ebeveyn eğitim durumu, ebeveyn yaşı, kaçınıcı çocuk olduğu, ailedeki çocuk sayısı, soy geçmişte kalp hastalığı veya kardiyak üfürüm varlığı, üfürüm duyulduğu anda şikâyet varlığı ve çocuk kardiyoloji polikliniğine başvuru esnasında şikâyet varlığı ile anksiyete düzeyleri (STAI-1 ve STAI-2 için) arasındaki ilişki değerlendirildi. Bu değişkenler arasında sadece ailedeki çocuk sayısı ile ebeveynlerin STAI-2 ölçeğinden aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Üfürüm saptanmış olan çocuğun ailesindeki çocuk sayısı arttıkça, ebeveynlerin STAI-2 ölçeğinden 40'ın üzerinde puan alması oranı anlamlı düzeyde artış göstermekteydi. Bunun sebebi olarak ailedeki çocuk sayısının artması ile oluşabilecek geçim kaygısının genel

anksiyete düzeyi olan STAI-2 puanlarının artmasına yol açtığı düşünüldü. Diğer değişkenler ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak literatürdeki birçok çalışmada üfürüm varlığındaki ebeveyn anksiyete düzeyi ile ebeveynin eğitim düzeyinin düşük olması arasında ilişki olduğu saptanmıştır (8,16,21,24).

Çalışmamızda ebeveynlerin kardiyak üfürüm için göstermiş olduğu anksiyete düzeyinin yukarıda belirtilen faktörlerden bağımsız olduğu ve kaygı düzeyini belirleyen en önemli unsurun ebeveynin genel hayatta sahip olduğu sürekli vasıftaki anksiyete düzeyleri olabileceği düşünülmüştür. STAI-2 ölçeğinden alınan yüksek puanlar bunu göstermektedir. Bardsen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çocuklarında kardiyak üfürüm saptanarak sevk edilen ebeveynlerdeki ortalama anksiyete düzeyi yüksek saptanmış ve çalışmamıza benzer olarak STAI-2 değeri yüksek olması anksiyeteyi artıran bir sebep olarak belirlenmiştir (16). Yine bu çalışmada bizim sonuçlarımızla benzer olarak ailede kalp hastalığı veya kardiyak üfürüm olmasının ebeveynin anksiyete düzeyine bir etkisi olmadığı saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda kardiyak oskültasyon becerilerinin aile hekimliği ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi alan hekimlerde yeterli düzeyde olmadığı gösterilmiştir (6,25,26). Çalışmamızda da kardiyak üfürüm saptanması ile yönlendirilmiş olan 137 çocuğun yalnızca 50 (%36,5)'sinde kardiyak üfürüm tespit edilmiş olup, 87 (%63,5)'sinde üfürüm saptanmaması, bu veriyi destekler nitelikte görülmüştür. Tıp fakültesi öğrencileri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi alan hekimlerde kardiyak oskültasyon becerilerini yükseltmeye yönelik eğitim stratejileri oluşturulması bu anlamda önem arz etmektedir (8,25,27).

Karşılaştırma yapılacak bir kontrol grubu olmaması, çocuk kardiyoloji poliklinik viziti sonrası anksiyete düzeylerinin tekrar değerlendirilerek bu vizitin anksiyete üzerine etkisinin araştırılmaması, yönlendiren hekimin mesleki deneyimi ve hastaya yaklaşımı hakkında veriye ulaşamaması çalışmamızın kısıtlılıkları olarak belirlenmiştir.

SONUÇ

Sonuç olarak çalışmamızda kardiyak üfürüm saptanması üzerine çocuk kardiyoloji polikliniğine yönlendirilen

hastaların ebeveynlerindeki anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuş ve bu durumu etkileyen temel faktörün ebeveynin sahip olduğu genel anksiyete düzeyi olabileceği düşünülmüştür. Çocuk hastalıkları uzmanı ve aile hekimlerinin üfürüm saptanması sebebi ile yönlendirdiği çocukların büyük çoğunluğunda, çocuk kardiyoloji uzmanı tarafından patolojik üfürüm saptanmadığı görülmüştür. Bu branşların uzmanlık eğitim sürecinde ve tıp fakültesi eğitiminde kardiyak oskültasyon beceri ve tecrübesini artıracak eğitimler düzenlenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

TASDİK VE TEŞEKKÜR

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Herhangi bir kuruluş veya firmadan finans desteği alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Ferencz C, Rubin JD, McCarter RJ, Brenner JJ, Neill CA, Perry LW, et Al. Congenital Heart Disease: Prevalence At Live Birth. *Am J Epidemiol.* 1985;121:31–6.
2. Šamáněk M, Slavík Z, Zbořilová B, Hroboňová V, Voříšková M, Škovráněk J. Prevalence, Treatment, and Outcome of Heart Disease in Live-Born Children: A Prospective Analysis of 91,823 Live-Born Children. *Pediatr Cardiol.* 1989;10:205–11.
3. Yıldız J, Çetin İİ, Aktaş D, Arı ME, Kocabaş A, Ekici F, et al. Ekokardiyografik Değerlendirme Kardiyak Üfürüm Duyulan Tüm Çocuklarda Gerekli Midir? *Turkish J Pediatr Dis.* 2015;3:189–94.
4. Geggel RL, Horowitz LM, Brown EA, Parsons M, Wang PS, Fulton DR. Parental Anxiety Associated with Referral of a Child To a Pediatric Cardiologist for Evaluation of a Still's Murmur. *J Pediatr.* 2002;140:747–52.
5. Young PC. The Morbidity of Cardiac Nondisease Revisited. Is There Lingering Concern Associated with An Innocent Murmur? *Am J Dis Child.* 1993;147:975-7.
6. Mangione S, Nieman LZ. Cardiac Auscultatory Skills of Internal Medicine And Family Practice Trainees. a Comparison of Diagnostic Proficiency. *JAMA.* 1997;278:717–22.
7. Mccrindle BW, Shaffer KM, Kan JS, Zahka KG, Rowe SA, Kidd L. An Evaluation of Parental Concerns And Misperceptions About Heart Murmurs. *Clin Pediatr (Phila).* 1995;34:25–31.
8. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Basım İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 1998. S.11
9. Mccrindle BW, Shaffer KM, Kan JS, Zahka KG, Rowe SA, Kidd L. Cardinal Clinical Signs in The Differentiation of Heart Murmurs in Children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996;150:169–74.

10. Mccrindle BW, Shaffer KM, Kan JS, Zahka KG, Rowe SA, Kidd L. Factors Prompting Referral for Cardiology Evaluation of Heart Murmurs in Children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149:1277–9.
11. Morrison ML, Grant B. Proximity Predicts Referral To The Tertiary Paediatric Cardiology Service. *Ulster Med J.* 2013;82:195.
12. Etoom Y, Ratnapalan S. Evaluation of Children with Heart Murmurs. *Clin Pediatr (Phila).* 2014;53:111-7.
13. Advani N, Menahem S, Wilkinson JL. The Diagnosis of Innocent Murmurs in Childhood. *Cardiol Young.* 2000;10:340–2.
14. Pelech AN. The Cardiac Murmur. When To Refer? *Pediatr Clin North Am.* 1998;45:107–22.
15. Giuffre RM, Walker I, Vaillancourt S, Gupta S. Opening Pandora's Box: Parental Anxiety And The Assessment of Childhood Murmurs. *Can J Cardiol.* 2002;18:406–14.
16. Bårdsen T, Sørbye MH, Trønnes H, Greve G, Berg A. Parental Anxiety Related To Referral of Childhood Heart Murmur; An Observational/Interventional Study. *BMC Pediatr.* 2015;15:193.
17. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI. Kaplan And Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. P 138.
18. Geggel RL. Conditions Leading To Pediatric Cardiology Consultation in a Tertiary Academic Hospital. *Pediatrics.* 2004;114 E409–17.
19. Kang G, Xiao J, Wang Y, Wang J, Chen Y, Liu Q, Et Al. Prevalence And Clinical Significance of Cardiac Murmurs in School Children. *Arch Dis Child.* 2015;100:1028–31.
20. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for 23 the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y. Palo Alto, CA Consulting 24 Psychologists Press, Inc., 1983.
21. Skreden M, Skari H, Björk M, Malt U, Veenstra M, Faugli A, et al. Psychological Distress in Mothers And Fathers of Preschool Children: A 5-Year Follow-up Study After Birth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2008;115:462–71.
22. Botngård A, Skranes LP, Skranes J, Døllner H. Multimedia Based Health in Formation To Parents in a Pediatric Acute Ward: A Randomized Controlled Trial. *Patient Educ Couns.* 2013;93:389–93.
23. Aktaş D, Çetin İİ, Yıldız J, Arı ME, Eminoğlu S, Ekici F, et al. Genel Muayene Sırasında Saptanan Kardiyak Üfürümlerde Ailelerin Endişe Düzeyi ve Farkındalığı, Çocuk Kardiyolojisi Uzmanından Beklentileri. *Türkiye Çocuk Hast Derg.* 2014;8:59–63.
24. Skreden M, Skari H, Malt UF, Haugen G, Pripp AH, Faugli A, et al. Long-Term Parental Psychological Distress Among Parents of Children with a Malformation - A Prospective Longitudinal Study. *Am J Med Genet Part A.* 2010;152A:2193–202.
25. Gaskin PRA, Owens SE, Talner NS, Sanders SP, Li JS. Clinical Auscultation Skills in Pediatric Residents. *Pediatrics.* 2000;105:1184–7.

26. St. Clair EW, Oddone EZ, Waugh RA, Corey GR, Feussner JR. Assessing House Staff Diagnostic Skills Using a Cardiology Patient Simulator. *Ann Intern Med.* 1992;117:751.
27. Haney I, Ipp M, Feldman W, Mccrindle BW. Accuracy of Clinical Assessment of Heart Murmurs by Office Based (General Practice) Paediatricians. *Arch Dis Child.* 1999;81:409–12.