

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

HEALTH CARE NEEDS ABOUT NUTRITION AND INFECTIONS OF 0-3 AGE GROUP CHILDREN

WITH A HEART DEFECT

Geliş Tarihi:21.12.2012, Kabul Tarihi:28.12.2012

Kıymet ÇİFTÇİ\*  
Mürüvvet BAŞER\*\*

## ÖZET

**Genel Bilgi:** Kalp defekti olan çocuklar enfeksiyonlardan korunmalı ve sağlıklı beslenmelidirler.

**Amaç:** Bu araştırma, Erciyes Üniversitesi pediatrik kardiyo-loji polikliniğine başvuran çocukların beslenme ve enfeksi-yona yönelik sağlık bakım gereksinimlerini belirlemek ama-cıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmaya, 10.10.2005-10.01.2006 tarihleri arasında kalp defekti nedeniyle polikliniğe başvuran 0-3 yaş grubu 128 çocuğun 214 ebeveyni alınmıştır. Veriler anket formu aracılığıyla, ebeveynlerle birebir görüşme yapılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya alınan çocukların %52.0'si erkektir, %80.4'ü kentsel bölgede yaşamaktadır, yaş ortalaması 1.5±0.5 yıldır. Çocukların %36.6'sının ilk altı ay yalnızca anne sütü aldığı ve üçte birinde büyüme gelişme geriliği olduğu belirlenmiştir. Çocukların %88.3' ünün aşıları tamdır. Çocuğun evdeki bakımı ile büyük çoğunlukla annelerin ilgilendiği, %59.3'ünün bakımda yardım aldığı saptanmıştır. Ebeveynlerin %89.7' sinin çocuklarını düzenli kontrole getirdikleri belirlenirken, annelerin öğrenim düzeyleri arttıkça kontrole getirmenin arttığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ebeveynlerin %16.8'i çocuklarının hastalığını hiç kimse ile paylaşmazken, %45.5'inin herkesle paylaştığı belirlenmiştir. Çocuklarına verdikleri bakımdan annelerin fiziksel (%50.4), ruhsal (%67.2) ve sosyal (%42.9) olarak babalara göre daha fazla etkilendiği saptanmıştır.

**Sonuç:** Kalp defekti olan çocukların primer bakımını anne-ler yapmaktadır. Bu çocukların yalnızca üçte biri ilk 6 ay anne sütü almakta ve büyüme gelişme geriliği yine üçte birinde görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kalp defekti, Çocuk, Enfeksiyon, Beslenme gereksinimi.

## ABSTRACT

**Background:** Children with heart defects should be protect-ed from infections and fed healthy.

**Aim:** The present study was conducted in order to evaluate the health care needs about nutrition and infections of the children who came to paediatric cardiology polyclinics of Erciyes University.

**Method:** 214 parents of 128 children at the age of 0-3 years and with a heart defect were included in the sample, who visited the polyclinics between the periods of 10 / 10 / 2005, and 10 / 01 / 2006. The data were collected with a question-naire form, interviewing with the parent personally. Chi-square test was used in order to analyze the data.

**Results:** It was discovered that 52.0% of the children who were included in the study were boys, living in a suburban area, being at the mean age of 1.5±0.5 years. 36.6% of the children had been breastfed for the first 6 months after birth whereas one third had growth retardation. 88.3% had all of the vaccinations. It was detected that the domestic health care was carried out mainly by mothers, and 59.3% of them obtained medical help in care. It was discovered that most of the parents took the children to the clinics for medical con-trols. The relation between the educational status of the mothers and the visits made for medical controls was found significant ( $p<0.05$ ). It was learnt that 16.6% of the parents did not share their feelings about child's disease with any-body while 45.0% did with everyone. It was concluded that mothers were more affected physically (50.4%), psychologi-cally (67.2%) and socially (42.9%) compared to the fathers.

**Conclusion:** Mothers of children with heart defects have been maintaining primary care. Only one-third of this child-ren breastfeeding the first 6 months of and there are one-third of this children growth retardation

**Key Words:** Heart Defect, Children, Infection, Nutrition requirement.

\*Kıymet Çiftçi, Hemşire, Bilim Uzmanı.  
Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi  
Talas/KAYSERİ

\*\*Mürüvvet Başer, Doç. Dr.  
Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Talas/KAYSERİ

## **GİRİŞ**

Batı ülkelerinde ve ülkemizde genel olarak doğuştan kalp ve damar anomalilerine rastlanma oranı 1000 canlı doğumda 8 dolayındadır. Her yıl ülkemizde 11.500 kalp defektli çocuğun dünyaya geldiği ve bu çocukların 3500-4000'inin tıbbi tedavi, girişimsel uygulamalar ya da cerrahi tedaviye gereksinim duyduğu öngörülmektedir (Özkutlu ve Günal 2003). Bu çocukların ilk yıl için bakım ve izlenmeleri, mortalite açısından ve oluşan sorunların çözümleri için oldukça önemlidir.

Kalp hastalıklı çocuklarda, hastalığın karakteristik bulgularının yanında hastalığın getirdiği sekonder problemler de büyük önem taşımaktadır. Bu problemlerin en önemlileri enfeksiyon, anemi ve büyüme gelişme geriliğidir. Sık tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları, pulmoner hipertansiyon, genetik ve intrauterin nedenler, anoksi, kalp yetersizliği, anormal endokrin fonksiyonlar, yetersiz besin ve enerji alımı büyüme geriliğinin nedenleri arasında sayılmaktadır (Kepme ve Silver 1980; Yıldız 1990; Benrman 1992; Tunaoglu 1996; Reitz ve Yuh 2002; Akdemir ve Birol 2003).

Konjenital kalp hastalıklı çocukların % 25-55' inde malnütrisyon gözlenmekte, malnütrisyonlu konjenital kalp hastalıklı çocukların %80'inin hastaneye yattığı rapor edilmektedir (Carlson ve Rayn 2000). Büyümenin doğrudan etkilenmesi nedeni ile kalp defekti olan çocukların beslenmelerinin önemi vurgulanmaktadır (Köksal ve Gökmen 2000).

Kalp defekti olan çocuklarda enfeksiyon gelişiminin önlenmesi ve büyüme gelişiminin sürdürülmesinin yanı sıra seya-

hat, oyun, spor, ilaçların kullanımı, okul yaşamı ve sosyal güvenlik konuları da dikkate alınmalıdır. Bu konularda alınacak önlemler çocukların yaşam kalitelerini ve kendine olan güvenlerinin artmasını sağlayacaktır. Ayrıca ailelerin uygun tedavi yöntemleri ve bakım konularında eğitim verilmesi, gerekli açıklamaların yapılması hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyecektir (Poskitt 1987; Tunaoglu, 1996).

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

Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmelerinde en büyük sorumluluk bireyin kendisine düşmektedir (Ekizler 1996). Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelere, ailenin beklentilerinin belirlenmesi ve karşılanmasında önemli görevler düşmektedir. Çocuğun bakımının her aşamasında hemşireler de görev almalı ve çocuğun bakımına ailelerin bilinçli katılımı sağlamalıdır. Böylece hem ailenin hem de çocuğun hastalıktan etkilenme miktarının en aza indirilmesi mümkün olabilecektir.

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

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırma, Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi Pediatrik Kardiyoloji Polikliniği'nde, 10.10.2005 – 10.01.2006

tarihleri arasında yürütülmüştür. Polikliniğine bir yıl içinde 0-3 yaş grubu kalp defekti olan 945 çocuğun anne ve babası başvuru yapmıştır. Üç ay süresince kardiyoloji polikliniğine kalp defekti olan 0-3 yaş grubu 193 çocuk başvurmuştur. Çalışmaya katılmayı 128 çocuğun 218 ebeveyni kabul etmiştir. Toplam 97 baba ve 121 anne ile görüşülmüş, uygulanan anket formundan dört tanesi eksik doldurulduğu için 214 ebeveyn değerlendirilmeye alınmıştır.

Verilerin toplanmasında açık uçlu ve çoktan seçmeli sorulardan oluşan anket formu kullanılmıştır. Literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formunda; çocuğun ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri ile evdeki bakıma yönelik özelliklerini, çocukların beslenme ve enfeksiyona yönelik bakım gereksinimlerini ve ebeveynlerin çocuklarının hastalığından etkilenme durumlarını belirleyici toplam 78 soru yer almaktadır. Çocukların büyüme-gelişmeleri yaşa göre boy ve ağırlıkları göz önüne alınarak percentil cetveli aracılığıyla değerlendirilirken, aşıları aşı takvimine bakılarak ve ebeveynlere sorularak değerlendirilmiştir.

Verilerin toplanmasından önce Erciyes Üniversitesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere formu nasıl dolduracaklarına yönelik bilgi verilmiştir.

Çalışmadan elde edilen veriler tablolarda sayı, yüzde ve ortalama olarak gösterilmiş, dört gözlü ve çok gözlü düzenlerde ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

## BULGULAR

0-3 yaş grubu kalp defekti olan çocukların beslenme ve enfeksiyona yönelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmaya katılan çocukların tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Çocukların %57.0'si erkek olup yaş ortalaması  $1.5 \pm 0.5$  yıldır. Çoğunluğunun (%80.4) kentsel bölgede yaşadığı belirlenen çocukların %7.5'inin boy uzunluğunun ve vücut ağırlıklarının 3 persentilin altında olduğu ve yalnızca %16.4'ünün anne sütü aldığı belirlenmiştir. Çocukların %88.3'ünün aşılarının tam, %17.2'sinin daha önce kalp ameliyatı olduğu ve %57.0'mının ilaç kullanıldığı belirlenmiştir.

*Çocukların üçte birinde büyüme-gelişme geriliği vardır.*

Çalışmaya katılan ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri Tablo 2'de yer almaktadır. Annelerin %66.4'ünün 30 ve altı yaş grubunda olduğu, %93.3'ünün çalışmadığı, %71.2'sinin temel eğitiminin olduğu, babaların %41.5'inin 31 yaş ve üzerinde, %41.1'inin işçi ve %56.8'inin temel eğitiminin olduğu belirlenmiştir. Çocukların evdeki bakımını çoğunlukla annelerin üstlendiği (%97.7), ebeveynlerin %59.3'ünün bakımda yardım aldığı ve %43.8'ine akrabalarının yardım ettiği belirlenmiştir.

Ebeveynlerin %22.4'ünün, annelerin %27.7'sinin, babaların %14.7'sinin kalp hastalığına yönelik eğitim aldıkları belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Eğitim alan annelerin %90.9'unun, babaların %78.6'sinin kalp hastalığına yönelik eğitimi sağlık personellerinden aldığı saptanmıştır.

Yirmi bir-yirmi beş yaş grubu ve temel eğitimi olan anneler ile 26-30 yaş grubu ve

temel eğitim olan babaların çocuklarını düzenli olarak kontrollere getirdikleri, çocuklarını düzenli olarak kontrole getiren ebeveynlerin %75.7' sinin kentsel bölgede yaşadığı belirlenmiştir. Çocuğunu düzenli kontrollere getirmeyen ebeveynlerin

%40'9'unun çocuklarını maddi sıkıntılar yüzünden, %40.9'unun ise çocuğun enfeksiyon geçirmesi gibi diğer nedenlere bağlı olarak düzenli kontrole getiremedikleri belirlenmiştir.

**Tablo 1. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=128)**

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Erkek	73	57.0
<b>Yaş (Yıl, X ± SD)</b>	1.5 ± 0.5	
<b>Yaşanılan yer</b>		
Kentsel (İl, İlçe)	103	80.4
<b>Yaşa göre boy persentili (n=107)</b>		
10 ve üzeri	77	72.0
<b>Yaşa göre ağırlık persentili (n=107)</b>		
3-25 persentil	53	49.5
<b>Anne sütü almayan</b>	60	46.9
<b>Aşıların tam olma durumu</b>	113	88.3
<b>Kalp ameliyatı olan</b>	22	17.2
<b>İlaç kullanan</b>	73	57.0

**Tablo 2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı**

Tanıtıcı Özellikler	n	%
<b>Annenin yaş grubu (Yıl) (n=119)</b>		
30 yaş ve altı	79	66.4
<b>Annenin öğrenim durumu</b>		
Temel eğitim	86	71.2
<b>Annenin çalışma durumu</b>		
Çalışmayan	111	93.3
<b>Babanın yaş grubu (Yıl) (n=95)</b>		
31 yaş ve üzeri	49	78.5
<b>Babanın öğrenim durumu</b>		
Temel eğitim	54	56.8
<b>Babanın işi</b>		
İşçi	39	41.1
<b>Bakımdan sorumlu ebeveyn (n= 214)</b>		
Anne	209	97.7
<b>Ebeveynlerin bakımda yardım alma durumu</b>		
Alan	127	59.3

**Tablo 3. Çocukların Yaş Grupları ve Anne Sütü İle Beslenme Durumuna Göre Dağılımı (n=128)**

Anne Sütü ile Beslenme Durumu	Yaş grupları (Ay)					
	0-6 yaş		7-12 yaş		13 yaş ve üzeri	
	n	%	n	%	n	%
Yalnızca anne sütü ile	15	36.6	1	4.3	5	7.8
Anne sütü ve ek besin ile	17	41.4	14	60.9	16	25.0
Anne sütü ile beslenmeyen	9	22.0	8	34.8	43	67.2
<b>Toplam</b>	41	100.0	23	100.0	64	100.0

Tablo 3’de çocukların yaş grupları ve anne sütü ile beslenme durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan 0-6 aylık bebeklerin %36.6’sının yalnızca anne sütü ile beslendiği, %22.0’sinin anne sütü al-

madığı belirlenmiştir. 7-12 aylık çocukların %60.9’una anne sütü ile birlikte ek besin verildiği, 13 ay ve üzerindeki çocukların %67.2’sinin anne sütü dışındaki besinlerle beslendiği tespit edilmiştir.

**Tablo 4. Ebeveynlerin Besleme Sırasında Yaptıkları Uygulamalara Göre Dağılımı**

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

\*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4’de ebeveynlerin besleme sırasında yaptıkları uygulamaların dağılımı göste-

ilmektedir. Ebeveynlerin %81.5’inin çocuklarını ağır-ağır dinlenmesine izin vere-

rek beslediği, %84.8'inin sık sık, az az beslediği, %81.5'inin beslerken başını dik tuttuğu ve %62'sinin beslenmesinde her türlü besine yer verdiği belirlenmiştir. Çocuğu beslerken dikkat edilmesi gereken Annelerin % 95.8' inin, babaların % 93.7' sinin çocukların enfeksiyon geçirmesini önemli bulduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Ebeveynlerin %89.7'si enfeksiyonun kalp hastalığının seyrini kötüleştirdiğini, %90.1'i büyüme ve gelişmeyi geciktirdiği-

ni, %89.6'sı kalp hastalığının iyileşmesini engellediğini, %10.7'si ise enfeksiyonun etkilerini bilmediğini belirtmiştir.

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

Ebeveynlerin çocuklarının enfeksiyon geçirmesini önlemeye yönelik yaptıkları uygulamalara göre dağılımı Tablo 5'de verilmiştir.

*Anneler, beslenme ile enfeksiyondan koruma uygulamalarını babalardan daha iyi bilmekte ve uygulamaktadır.*

**Tablo 5. Ebeveynlerin Enfeksiyonu Önlemeye Yönelik Yaptıkları Uygulamalara Göre Dağılımı**

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

Annelerin %58.5'inin çocuklarını düzenli olarak kontrole getirdiği, %59.5'inin ilaçlarını düzenli olarak verdiği, %66.7'sinin düzenli kilo ve boy ölçümü yaptırdığı, babaların %40.5'inin ilaçlarını düzenli olarak verdiği, %41.8'inin düzenli kilo ve boy

ölçümü yaptırdığı, %41.5'inin düzenli olarak kontrole getirdiği belirlenmiştir. Çocuğa dokunmadan önce ve sonra ellerini yıkayan annelerin yüzdesi 66.7 iken bu yüzdesi babalarda 33.3 olarak bulunmuştur. Annelerin %61.3'ünün çocuğun odasını sık

aralarla havalandırdığı, babalarda bu yüzdenin 38.7 olduğu, annelerin %61.0'inin, babaların ise %39.0'unun çocuklarının yanında sigara içilmesini engellediği belirlenmiştir. Annelerin çocuklarına dokun-

madan önce ellerinin yıkaması ve çocuğun beslenmesinde kullanılan araç-gereçlerin temizliğinde, babalara göre daha dikkatli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 6. Ebeveynlerin Çocuklarına Verdikleri Bakımdan Etkilenme Durumlarına Göre Dağılımı (n=214)**

Özellikler	Anne (n=113)								Baba (n=90)								Toplam		p
	Hiç		Biraz		Fazla		Çok fazla		Hiç		Biraz		Fazla		Çok fazla		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Fiziksel Sağlık	13	10.9	24	20.0	22	18.5	60	50.4	27	28.4	17	17.9	18	18.9	33	34.7	214	100.0	<0.01
Ruh Sağlığı	1	0.8	12	10.1	26	21.8	80	67.2	10	10.5	15	15.8	23	24.2	47	49.5	214	100.0	<0.05
Sosyal İlişkiler	27	22.7	20	16.8	21	17.6	51	42.9	38	40.0	15	15.8	17	17.9	25	26.3	214	100.0	<0.05
Ekonomik Durum	16	13.4	28	23.5	19	16.0	56	47.1	20	21.1	28	29.5	15	15.8	32	33.7	214	100.0	>0.05

Ebeveynlerin çocuklarına verdikleri bakımdan etkilenme durumuna göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Çocuklarına verdikleri bakımdan dolayı annelerin %50.4'ünün, babaların %34.7'sinin fiziksel olarak çok fazla etkilendiği, ayrıca annelerin %42.9'unun sosyal ilişkilerinin, %47.1'inin ekonomik durumlarının çok fazla etkilendiği saptanmıştır. Babaların %33.7'sinin ekonomik durumlarının çok fazla etkilendiği, annelerin %66.7'sinin, babaların %49.5'inin ruh sağlıklarının çok fazla etkilendiği öğrenilmiştir.

Çocuklara verilen bakım nedeniyle annelerin, babalara göre fiziksel sağlık, ruh sağlığı ve sosyal ilişkileri bakımından daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

*Çocuğun bakımı nedeniyle anneler, babalara göre daha olumsuz etkilenebilir.*

#### TARTIŞMA

Kalp hastalıkları büyüme-gelişmeyi doğrudan etkilemektedir. Kalp hastalığı olan çocuklar iştahsızlık, beslenme sırasında çabuk yorulma, sıklıkla görülen takipne ve dispnenin sebep olduğu huzursuzluk, tekrarlayan enfeksiyonlar, alınan ilaçların oluşturduğu bulantı ve kusma nedeniyle yeterli besin alamamaktadır (Köksal ve Gökmen 2000). Bu araştırma kapsamına alınan çocukların ağırlıklarındaki etkilenmenin boya göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Yıldız (1990) ve Dündar'ın (1988) çalışmalarında da kalp hastalığı olan çocuklarda ağırlığın, boya göre daha çok etkilendiği bulunmuştur. Bu üç araştırma, sonuçları bakımından benzerlik göstermekte ve hastalığın, çocukların büyüme ve

gelişmesine olumsuz etki ettiğini ortaya koymaktadır.

Araştırma kapsamındaki 0-6 aylık bebeklerin yalnızca üçte biri (%36.6) yalnızca anne sütü ile beslenmektedir. Diğer çocuklar ya hiç anne sütü almamakta ya da ek besinlerle beraber almaktadır (Tablo 3). Azer'in (2001) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Kalp hastalığı olan çocuklarda büyüme-gelişme geriliğinin önemli bir nedeninin, anne sütünün erken dönemde kesilmesi ya da hiç verilmemesi, ek besinlere erken dönemde başlanması olduğu söylenebilir.

Kalp hastalığı olan çocuklarda görülen takipne, taşikardi, solunum güçlüğü gibi nedenler beslenmelerini olumsuz etkilemektedir (Sirden ve Sutphen 1988; Wessel 1999; Clemente, Barnes et.al, 2001). Çalışmaya alınan çocukların ebeveynlerin az az, sık sık besleme, başını dik tutarak besleme, beslenmede tüm besin gruplarına yer verme ve düzenli boy-kilo ölçümü yaptırma gibi uygulamaların büyük çoğunluğunu bildiği ve uyguladığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Kalp hastalığı olan çocuklar; hastalığın getirdiği fizyolojik değişiklikler, hastalığın genellikle immünolojik yetersizliklerle beraber olması ve aşı uygulamalarındaki aksamalar nedeniyle enfeksiyona yatkınlık gösterir (Tunaoğlu 1996). Çalışmaya katılan ebeveynlerin tamamına yakını, enfeksiyonun çocuklar için önemli olduğunu, bunun hastalığın seyrini ve iyileşme sürecini geciktirdiğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin enfeksiyonu önlemeye yönelik yaptıkları uygulamalarda; boy-kilo ölçümü yaptırma ile ilaçlarını düzenli vermenin anneler tarafından babalara göre daha çok yapıldığı belirlenirken,

uygulamaları gerçekleştirme bakımından ebeveynler arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Ebeveynlerin çocuğa dokunmadan önce ve sonra ellerini yıkama ( $p<0.01$ ) ve mutfak malzemelerinin temizliğini önemsemeye ( $p<0.05$ ), annelerin babalardan daha fazla duyarlı oldukları belirlenmiştir. Annelerin babalara göre sigaranın olumsuz etkilerine daha duyarlı oldukları ve çocuğunun yanında sigara içilmemesine dikkat ettikleri belirlenmiştir (Tablo 5).

Kalp hastalığı olan çocukların fizyolojik özelliklerinin yanında aşı uygulamalarındaki aksamalar nedeniyle de enfeksiyona yatkın oldukları bildirilmiştir (Tunaoğlu 1996). Çalışmamızda çocukların %17.8'inin aşıları tam değildir (Tablo 1). Başpınar ve arkadaşları (2003) ailenin sosyo-ekonomik durumu, hastanede yatma ve ihmal gibi nedenlerle kalp hastalığı olan çocukların aşılarının aksadığını belirlemiştir.

Kalp hastalığı olan çocukların izlenmesinde önemli unsurlardan biri de düzenli kontrollerin yapılmasıdır. Çalışmamızda ebeveynlerin büyük bir bölümünün çocuklarını düzenli olarak kontrole getirdikleri belirlenirken, düzenli kontrole getirmeyenlerin gelip-gitme zorluğundan, maddi sıkıntılardan ve ne zaman getireceklerini bilmediklerinden dolayı getirmediği belirlenmiştir. Ebeveynlerin çocuklarını düzenli kontrole getirme durumu ve sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında; annelerin öğrenim durumu arttıkça kontrole getirme oranının arttığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Kronik hastalıklı bir çocuğun varlığı ailede fizyolojik ve sosyal yönden birçok güçlüğe neden olabilir. Ailenin hayal kırıklığı, çaresizliği ve var olan düzenin değiştirilmesi



büyük bir stresördür. Aileler bu olayı kendi içinde kapalı tutabilir ve izole yaşamayı tercih edebilir. Çocuktan utanma, başkalarından soyutlanma ya da çocuğu aşırı koruyucu tavır nedeni ile aile toplumdan soyutlanabilir. Ailenin biçimi, anne ve babanın eğitim düzeyi, ebeveynlerin çalışma durumları ailedeki stres faktörlerinin ve etkilenme düzeylerinin belirleyicisidir (Polat 1994). Çalışmamızda ebeveynlerin yaklaşık beşte birinin çocuklarının hastalığını hiç kimse ile paylaşmadığı, üçte birinin yalnızca aileleri ile yarısına yakınının ise herkes ile paylaştığı belirlenmiştir.

Aileler primer olarak çocuklarının bakımını sağlayan organizasyonlardır. Anne, çocuğun bakımı ile ilgilenen birinci kişidir. Çocuğun hastalıktan etkilenme düzeyi çoğu zaman ailenin tutumuna göre değişir. Çocuğun hastalanması anne ve babayı üzer, tedirgin eder. Ailenin yaşamı ve rutinleri de kronik hastalığa bağlı olarak değişir. Ekonomik problemler, çocuğun bakımı gibi sorunlar aileyi çıkmaza sokabilir (Polat 1994). Bu çalışmada, çocuğun bakımını çoğunlukla annelerin üstlendiği, çocuğun bakımında annelerin yaklaşık yarısına yardım eden başka kişiler olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Kronik hastalıklı çocuğu olan ailenin hastalıkla baş edebilmesinde önemli unsurlardan biri de bakıma yardım eden kişi ve destek gruplarının varlığıdır.

Çalışmaya katılan annelerin, babalara göre fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden daha çok etkilendiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ), (Tablo 6). Bu farkın, annelerin çocukla zaman geçirme sürelerinin uzunluğu, bakımdan sorumlu primer kimseler olmaları, sosyal destek sistemlerinin azlığı, çocuğu aşırı koruyuculuk ve kaybetme duygularından oluştuğu düşünülmektedir. Kuru'nun

(2002) çalışmasında annelerin çocuklarını kaybetme duygularını babalardan daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Ailelerin, Kuru'nun (2002) çalışmasında %23.3'ünün, Berkdemir'in (1996) çalışmasında %70.6'sının, Bağcı'nın (1992) çalışmasında ise %35.0'ünün sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendikleri belirlenmiştir.

Ailenin kronik hastalıktan etkilenmesindeki en büyük etkenlerden biri de hastalığın aileyi ekonomik açıdan etkileme miktarıdır. Kronik hastalığın tedavisinin uzun ve pahalı olması, ailenin gereksinimlerinin kısıtlanmasına neden olabilir. Annelerin yaklaşık yarısı, babaların ise üçte biri ekonomik durumlarının etkilenme miktarına "çok fazla" etkilendiği şeklinde cevap vermişlerdir (Tablo 6). Tunçbilek (1988) ve Berkdemir'in (1996) çalışmalarında da ailelerin ekonomik olarak zorluk çektikleri belirlenmiştir.

Hemşire aileye gerekli bilgi ve uzmanlık sağlamalı ve danışmanlık yapmalı, ailede stres ve krizlere karşı girişimleri geliştirip, aynı sorunları yaşayan ailelerle işbirliği sağlamalıdır. Bunun yanı sıra hemşire uygun çevre ortamını oluşturmalı, ailenin yeniden güçlendirilmesi ve ailedeki bireylerin davranışlarının değiştirilmesinde rol almalıdır (Dedik 2004).

## SONUÇ

Bu çalışmaya göre; üçte birinde büyüme-gelişme geriliği olan çocukların beslenme ve enfeksiyondan korumaya yönelik doğru uygulamaları anneler yapmaktadır. Ebeveynler içinde primer sorumlu olan ve bakım yükünü daha fazla çekenler de yine annelerdir.

## ALANA KATKI

Kalp hastalığı olan çocukların büyüme ve gelişmelerinin hemşireler tarafından yakından izlenmesi, hemşireler tarafından ebeveynlerin gereksinimlerini karşılayacak eğitim programlarının düzenlenmesi ve ebeveynlere yönelik destek gruplarının oluşturulması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakım. (I. basım) İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 2003.

Azer S. Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocuklarda Karşılaşılan Sorunların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Ankara, 2001.

Bağcı E. Kronik Hastalığın Çocuk Üzerindeki Psikolojik Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul, 1992.

Başpınar O, Gültekin Y, Gün S, ve ark. Kalp hastalıklı çocuklarda aşı uygulama pratiği. Genel Tıp Dergisi 2003; 13 (3): 105 -08.

Benrman R. Nelson Textbook of Pediatrics (4th) Philadelphia:W.B.Saunders Company, 1992.

Berkdemir Z. Çocuktaki Hastalığın Aile Etkileşimindeki Yeri ve Önemi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1996.

Carlson S, Rayn J. Congenital Heart Disease. in: Nutritional Care of High Risk Newborns. 3th ed. Chicago: Precept Press; 2000: 396-407.

Clemente C, Barnes J, Shenebourne E, et al. Are infants behavioural feeding difficult is associated with congenital heart disease. Child Care Health Dev 2001; 27 (1): 47-59.

Dedik T. Çocuk Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. 48. Milli Pediatri Kongresi: 21- 25 Eylül 2004- Samsun: Bildiriler (s. 448- 451). Samsun: On Dokuz Mayıs Üniversitesi.

Dündar B. Doğumsal Kalp Hastalığı ve Büyüme Geriliği Arasındaki İlişkinin Araştırılması.Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir, 1998.

Ekizler H. Konjenital anomaliler ve hemşirelik yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni 1996; 4: 49-55.

Kepme H, Silver H, O'brien D. Current Pediatric Diagnosis Treatment. California: Longe Medical Publication; 1980.

Köksal G, Gökmen H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme. I. Baskı, Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2000.

Kuru R. Kronik Bir Hastalığın Aile Etkileşimindeki Yeri ve Önemi. Yüksek Lisans Tezi, On dokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, 2002.

Özkutlu S, Günel N. Türkiye’de doğumsal kalp hastalıkları prevalansı, tanıdaki sosyoekonomik ve kültürel problemler yeni tanı metotlarının uygulanabilirliği çözümler. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji 2003; 4 (16): 369-71.

Polat N. Kronik çocuk hastalıklarında ailenin yaklaşımı. Sendrom Dergisi 1994; 6 (1-12): 82-8.

Poskitt EM. Food growth and congenital heart disease. Nutr Health 1987; 5 (3-4): 153-61.

Reitz B, Yuh D. Congenital Cardiac Surgery. Newyork: Mc Grohill inc; 2002.

Sirden A, Sutphen J. Growth and Nutrition. in: Moss and Adams. Heart Disease in In-

fants, Children and Adolescent. 5th ed. Emmanouilides M.D. Reimenschneider M.D. Allen H. USA: Williams and Wilkins; 1998: 367-75.

Tunaoğlu S. Kalp hastalığı olan çocuğun izlemi. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 3: 535-54.

Tunçbilek E, Hatibođlu S. Kronik hastalıklı ve uzun süre hastane tedavisi gören çocuklar ve ailelerinde psikolojik–sosyal ve ekonomik değişimlerin saptanması. Türk Hemşireler Dergisi 1988; 38 (1): 37-42.

Wessel J. in: Hand Book of Pediatric Nutrition. 2nd ed. USA: Maryland Printed;1999: 413- 21.

Yıldız S. 0-2 Yaş grubu konjenital kalp hastalıklarında beslenme eğitiminin çocukların büyüme ve gelişmelerine etkisi. Hemşirelik Bülteni 1990; 16 (4): 39-47.