

**T.C.**  
**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**TAŞIARİTMİ TANILI ÇOCUK HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ, TSSB VE  
DİĞER RUHSAL SORUNLAR**

**DR. MEHRİBAN KELEŞ**

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİMDALI**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. ŞAHİKA GÜLEN ŞİŞMANLAR**

**2014**

# İÇİNDEKİLER DİZELGESİ

<b>KISALTMALAR DİZELGESİ .....</b>	<b>4</b>
<b>ÇİZELGELER DİZELGESİ.....</b>	<b>5</b>
<b>1 GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>8</b>
<b>2 GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Kronik Pediatrik Hastalıklarda Çocuk ve Aile.....</b>	<b>10</b>
2.1.1 Kronik Hastalık Karşısında Çocuk ve Ergen.....	10
2.1.1.1 Kronik Pediatrik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi .....	12
2.1.1.2 Kronik Pediatrik Hastalıklar ve Ruhsal Bozukluklar .....	13
2.1.1.3 Kronik Pediatrik Hastalıklar ve TSSB.....	14
2.1.2 Kronik Pediatrik Hastalıklar ve Aile .....	16
2.1.2.1 Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinde TSSB .....	17
<b>2.2 Kalp Hastalığı ve Çocuk.....</b>	<b>18</b>
2.2.1 Taşiaritmiler .....	19
2.2.1.1 Supraventriküler Taşiaritmiler (SVT).....	20
2.2.1.1.1 Etiyopatogenez .....	21
2.2.1.1.2 Klinik Özellikler.....	21
2.2.1.1.3 Tedavi .....	21
2.2.1.1.4 Prognoz.....	22
2.2.2 Taşiaritmilerin Ruh Sağlığına ve Yaşam Kalitesine Etkileri.....	23
2.2.3 Taşiaritmiler ve TSSB .....	25
<b>2.3 Çocukluk Çağında Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....</b>	<b>25</b>
2.3.1 DSM-V TSSB tanı ölçütleri .....	26
2.3.4 Epidemiyoloji.....	31
2.3.5 Etiyoloji.....	32
2.3.6 Klinik Özellikler .....	38
2.3.7 Prognoz.....	40
<b>3 GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>42</b>
<b>3.1 Katılımcıların Seçimi.....</b>	<b>42</b>
<b>3.2 Yöntem.....</b>	<b>42</b>
<b>3.3 Gereçler.....</b>	<b>44</b>
<b>3.4 Verilerin İstatistiksel Analizi.....</b>	<b>49</b>

<b>4</b>	<b>BULGULAR.....</b>	<b>50</b>
<b>4.1</b>	<b>Grupların Genel Yapısı:.....</b>	<b>50</b>
4.1.1	Sosyodemografik Özellikler.....	50
4.1.2	Travmatik Yaşam Olaylarına İlişkin Bulgular.....	52
4.1.3	Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası ile İlgili Bulgular .....	52
4.1.4	Taşiaritmi ile İlgili Değişkenler .....	53
<b>4.2</b>	<b>Katılımcılar Tarafından Doldurulan Ölçeklere İlişkin Bulgular.....</b>	<b>54</b>
4.2.1	Çocuk ve Ergenlerin Ruh Sağlığına İlişkin Ölçeklerin Değerlendirilmesi .....	54
4.2.2	Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Değerlendirilmesi .....	56
4.2.3	Annelerin Ruh Sağlığına İlişkin Ölçeklerin Değerlendirilmesi.....	57
<b>4.3</b>	<b>Taşiaritmisi Olan Çocuklar ve Annelerinin Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlerle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....</b>	<b>59</b>
4.3.1	Taşiaritmisi Olan Çocuk ve Ergenlerin Ruh Sağlığının ve Yaşam Kalitesinin Bazı Değişkenlerle İlişkisi .....	59
4.3.2	Taşiaritmi Tanılı Çocukların ÇTSS-TÖ Puanlarının Bazı Değişkenlerle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	71
4.3.3	Taşiaritmi Grubundaki Annelerin Ruh Sağlığı ile İlişkili Değişkenler .....	80
<b>5</b>	<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>84</b>
<b>6</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>92</b>
<b>6.1</b>	<b>Sonuçlar.....</b>	<b>92</b>
<b>6.2</b>	<b>Öneriler .....</b>	<b>93</b>
<b>6.3</b>	<b>Kısıtlılıklar.....</b>	<b>94</b>
<b>7</b>	<b>ÖZET .....</b>	<b>95</b>
<b>8</b>	<b>ABSTRACT .....</b>	<b>97</b>
<b>9</b>	<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>99</b>
<b>10</b>	<b>EKLER .....</b>	<b>111</b>

## TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimimin ikinci yarısında kendisiyle çalışma fırsatı yakaladığım, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, Kocaeli Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nın kurulmasında ve gelişiminde önemli katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgileri ve deneyimleri ile yol gösteren, yakın zamanda emekliliğe ayrılmış olan Prof. Dr. Belma Ağaoğlu'na,

Tez çalışmasının doğmasında ve gelişmesinde önemli katkıları olan, çalışmam boyunca bana sabırla yardım eden, destek olan ve olumlu geribildirimler ile motive eden tez danışmanım Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, güler yüz ve içtenlikleriyle bana her konuda destek olan hocalarım Doç. Dr. Işık Karakaya'ya, Doç. Dr. Nursu Çakın Memik'e ve Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu'ya,

Tez çalışmama katkılarından dolayı Prof. Dr. Abdulkadir Babaoğlu'na ve Dr. Özlem Kayabey'e,

Tez çalışmamın istatistik analizlerine katkılarından dolayı Prof. Dr. Ümit Tural'a, Dr. Feyza Çelik'e ve Psk. Nesligül Nihal Olgun'a,

Tez çalışmama katkılarından dolayı Dr. Fatih Kınık'a, çalışmaya katılan tüm çocuklara ve ebeveynlerine,

Erişkin psikiyatrisi rotasyonu sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. A. Tamer Aker'e, Prof. Dr. Bülent Coşkun'a, Prof. Dr. Mustafa Yıldız'a, Doç. Dr. Aslıhan Polat'a, Doç. Dr. İrem Yaluç'a ve Yrd. Doç. Dr. Cem Cerit'e,

Çocuk nörolojisi rotasyonu sırasında kendisi ile çalışma fırsatı yakaladığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Doç. Dr. Bülent Kara'ya, Dr. Emek Uyur Yalçın ve Dr. Hülya Maraş'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte keyifle çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve diğer çalışanlara,

Bilgeligi ile yolumu aydınlatan şefkatli annem Keziban Keleş'e,

Cesur ve dürüstlüğüne örnek aldığım babam Güvengeç Keleş'e,

Ablaları olduğum için gurur duyduğum kardeşlerim Gökhan ve Metin Keleş'e teşekkür ederim.

## KISALTMALAR DİZELGESİ

<b>AV</b>	Atrioventriküler
<b>AVNRT</b>	Atrioventriküler nodal reentrant taşiaritmi
<b>AVRT</b>	Atrioventriküler reentrant taşiaritmi
<b>COMPT</b>	Katekolamin-o-metiltransferaz
<b>ÇDSKE</b>	Çocuklar için Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği
<b>ÇTSS-TÖ</b>	Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği
<b>DSM</b>	Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması
<b>EAT</b>	Ektopik atriyal taşiaritmi
<b>EFC</b>	Elektrofizyolojik çalışma
<b>GGA</b>	Güçler ve Güçlükler Anketi
<b>GSA</b>	Genel sağlık anketi
<b>İART</b>	Atriyal flutter ve intraatriyal reentrant taşiaritmi
<b>JET</b>	Junctional ektopik taşiaritmi
<b>KAT</b>	Kaotik atriyal taşiaritmi
<b>SA</b>	Sinoatrial
<b>SNRT</b>	Sinüs node reentrant taşiaritmi
<b>SSRI</b>	Seçici serotonin geri alım inhibitörleri
<b>ST</b>	Sinüs taşiaritmisi
<b>STAI</b>	Spielberger durumluk-sürekli kaygı ölçeği
<b>SVT</b>	Supraventriküler taşiaritmiler
<b>TSBÖ</b>	Travmatik stres belirti ölçeği
<b>TSSB</b>	Travma sonrası stres bozukluğu
<b>WPW</b>	Wolff-Parkinson-White sendromu
<b>VT</b>	Ventriküler taşiaritmiler

## ÇİZELGELER DİZELGESİ

Çizelge 1 Grupların ebevenlerinin gelir düzeyi, eğitim ve çalışma durumlarının dağılımı	51
Çizelge 2 Gruplar arası travmatik yaşam olaylarına ilişkin dağılım .....	52
Çizelge 3 Taşiaritmi grubunda hastalığa ilişkin değişkenler .....	53
Çizelge 4 Çocuk ve ergenlerin kaygı düzeylerine ilişkin bulgular .....	54
Çizelge 5 Çocuk ve ergenlerin GGA puan ortalamaları .....	55
Çizelge 6 Taşiaritmisi olan çocukların ÇTSS-TÖ puan ortalamaları .....	55
Çizelge 7 Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği-çocuk ve ergen formu puan ortalamaları ...	56
Çizelge 8 Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği-anne baba formu puan ortalamaları.....	56
Çizelge 9 Annelerin GSA puan ortalamaları .....	57
Çizelge 10 Taşiaritmi grubunda annelerin TSBÖ puan ortalamaları .....	58
Çizelge 11 TA grubunun kaygı puanlarının cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılması	59
Çizelge 12 TA grubunun GGA puanlarının cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılması	60
Çizelge 13 TA grubunun yaşam kalitesi ölçek puanlarının cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılması.....	61
Çizelge 14 STAI, DSKE VE GGA puanlarının hastalıkla ilgili değişkenlerle ilişkisi.....	62
Çizelge 15 ÇİYKÖ puanlarının hastalıkla ilgili değişkenlerle ilişkisi .....	63
Çizelge 16 Ablasyon varlığı ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki .....	64
Çizelge 17 Ablasyon varlığı ile GGA puanları arasındaki ilişki .....	65
Çizelge 18 Ablasyon varlığı ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki.....	66
Çizelge 19 Annenin ruhsal durumu ile çocuğun ruhsal durumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki .....	67

Çizelge 20 Annenin kaygı puanları ile ÇİYKÖ arasındaki ilişki .....	68
Çizelge 21 Annelerin kaygı puanlarıyla çocuğun GGA puanları arasındaki ilişki .....	68
Çizelge 22 ÇİYKÖ çocuk ve anne formlarının karşılaştırılması.....	68
Çizelge 23 Hastalık nedeniyle ailenin sergilediği kaygı ve koruyuculukla ilgili bulgular ..	69
Çizelge 24 Taşiaritmiye özgü yaşam kalitesi sorularına ilişkin bulgular .....	70
Çizelge 25 Cinsiyete göre ÇTSS-TÖ puan ortalamaları.....	71
Çizelge 26 Tanı alma yaşına göre ÇTSS-TÖ puan ortalamaları .....	72
Çizelge 27 Hastalıkla ilgili değişkenler ile ÇTSS-TÖ toplam puanları arasındaki ilişki ....	73
Çizelge 28 Hastalıkla ilgili değişkenler ile ÇTSS-TÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişki .	73
Çizelge 29 ÇTSS-TÖ puanları ile STAI, ÇDSKE, GGA'dan alınan puanlar arasındaki ilişki .....	74
Çizelge 30 ÇİYKÖ ve ÇTSS-TÖ puanları arasındaki ilişki .....	75
Çizelge 31 Taşiaritmiye özgü yaşam kalitesi sorularına çocuğun verdiği cevaplar ile ÇTSS-TÖ puanlarının ilişkisi .....	77
Çizelge 32 Taşiaritmiye özgü yaşam kalitesi sorularına annenin verdiği cevaplar ile ÇTSS-TÖ puanlarının ilişkisi .....	78
Çizelge 33 GSA puanları ile ÇTSS-TÖ puanları arasındaki ilişki .....	79
Çizelge 34 TSBÖ ile ÇTSS-TÖ arasındaki ilişki .....	79
Çizelge 35 Hastalıkla ilgili değişkenlerle GSA puanları arasındaki ilişki .....	80
Çizelge 36 Hastalıkla ilgili değişkenler ile TSBÖ puanları arasındaki ilişkiye dair bulgular .....	81
Çizelge 37 GSA ile TSBÖ puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizine ilişkin bulgular.....	82

Çizelge 38 ÇSKE, STAI, GGA, ÇİYKÖ puanları ile TSBÖ puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizine ilişkin bulgular ..... 83





## 1 GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıkla yaşamak ve bu hastalığa uyum sağlayabilmek, çocuk için oldukça güçtür. Kronik hastalık, kişinin yaşam kalitesini bozmakta ve çeşitli ruhsal hastalıkların gelişimi için zemin hazırlamaktadır. Çocuk hastanelerinde konsültasyon ve liyezon psikiyatristleri tarafından sıklıkla karşılaşılan ruhsal hastalıklar; uyum bozukluğu, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, kaygı bozuklukları ve depresyondur.<sup>1-5</sup> Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), bir travmatik stres kaynağı ile yüz yüze kalınmasının ardından özgül bir takım belirtilerin gelişmesi olarak tanımlanmıştır<sup>6</sup>. Çeşitli travmalar sonrası TSSB gelişme yaygınlığı araştırılmış, travmanın özelliğine göre farklı oranlar elde edilmiştir. Çeşitli travmalar sonrası çocuk ve ergenlerin %15,9'unda TSSB geliştiği bildirilmiştir.<sup>7</sup> Gerek kronik hastalıkların ve gerekse akut ataklar halinde seyreden bazı hastalıkların çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini etkilediğine ve TSSB belirtilerinin gözleendiğine dair literatürde çalışmalar mevcuttur.<sup>4,8-13</sup>

Çocuklarının süregelen bir hastalığa sahip olduğunu öğrenmek anne ve babalar açısından zorlayıcı bir süreçtir. Çocuğun fiziksel hastalığı, ailede fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar doğurmaktadır. Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin kaygı düzeyinin yüksek olduğu, sıklıkla somatik yakınma dile getirdikleri, depresyon ve TSSB belirtilerinin sık görüldüğü bildirilmiştir.<sup>14-16</sup>

Çeşitli kronik kalp hastalıklarında yaşam kalitesi, ruhsal hastalık ve TSSB araştırılmış; kalp hastalığı olan çocuklarda yaşam kalitesinde düşme, bilişsel yetide bozulma, depresyon ve TSSB'nin görülebildiği rapor edilmiştir.<sup>17-26</sup> Bir kronik hastalık olarak kabul edilebilecek ve ataklar halinde seyretmesi nedeniyle her akut atağın ek bir travma yaratabileceğini düşündüğümüz taşiaritmili hastalarda bu alanda yapılmış çalışmalar oldukça kısıtlı sayıdadır.

Bu çalışma ile taşiaritmisi olan çocuk ve ergenlerin ruhsal durumlarının, yaşam kalitelerinin belirlenmesi ve taşiaritmi sonucu travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin varlığının araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışmada, ebeveynlerde TSSB belirtilerinin varlığı ve ebeveynlerin ruhsal durumunun çocuğun ruhsal durumuna ve yaşam kalitesine etkisi araştırılmıştır.

Bu araştırmadaki varsayımlarımız;

1. Taşıaritmı, çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.
2. Taşıaritmisi olan çocuk ve ergenlerde ruhsal hastalık oranı daha fazladır.
3. Taşıaritmisi olan çocuk ve ergenler taşıaritmı ataklarını travmatik olay olarak yorumlamakta ve TSSB belirtileri göstermektedir.
4. Taşıaritmisi olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde ruhsal hastalık ve TSSB belirtileri sık görölmektedir.



## 2 GENEL BİLGİLER

### 2.1 Kronik Pediatrik Hastalıklarda Çocuk ve Aile

#### 2.1.1 Kronik Hastalık Karşısında Çocuk ve Ergen

ABD’de çocukların yaklaşık %7-18’nin kronik bir sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir.<sup>27</sup> Kronik hastalıkla yaşamak ve bu hastalığa uyum sağlayabilmek, çocuk ve aile için oldukça güçtür. Kronik hastalık tanısı konduğunda ilk tanı anından kabullenme sürecine kadar aile ve çocuk birçok bilişsel ve duygusal basamaklardan geçer; şok, inanmama, kızgınlık, suçlama, depresyon ve kabullenme dönemlerini yaşayabilirler. Tedavi sürecinde ise yapılan acı verici uygulamalar ve hastalığın oluşturduğu engellemelerin zorluklarına katlanmak, çocukta ruhsal gerginlik oluşturabilir.<sup>1</sup>

Çocuk ve ergenin hastalığa verdiği tepki çeşitlilik göstermektedir. Çocuğun verdiği tepki ve baş etme becerisi, hastalığı kabullenme ve tedavi uyumunda etkili olmaktadır. Çocuk ve ergenler hastalığı inkâr edebilir, depresif belirtiler ve gerileme davranışları (altını ıslatma, bebeksi davranma gibi) sergileyebilir, hastalık ile ilgili öfke ve suçluluk duygularını ailesine ya da tedavi ekibine yansıtabilir, duygusal olarak etkilenmemiş görünebilir, hastalık nedeni ile yapamadığı etkinlikler için akla uygun mazaretler öne sürüp kendini avutabilir ya da hastalığını kabul ederek enerjisini eğitim, sanat, sportif etkinliklere verip benlik saygısını koruma yoluna gidebilirler. Araştırmalar kaygı düzeyi yüksek olan çocukların hastalığa uyum sağlamakta zorlanabildiklerini göstermektedir.<sup>28,29</sup>

Hastalıkla, aile ve çocukla ilgili faktörler çocuğun ve ailenin hastalığa uyumunu etkilemektedir. Hastalığın başlangıç yaşı, cinsi, hastalığın fiziksel deformite ve engellenme oluşturması, uygulanan tedavi şeklinin ağırlığı, tanının yanlış ya da geç konulması ve hastalık seyrinin kötü olması çocuğun kronik hastalığa uyumunu etkileyen faktörlerdendir. Ataklar şeklinde seyreden hastalıkların daha fazla kaygı belirtilerine ve psikososyal sorunlara yol açtığı düşünülmektedir. Aile ile ilgili faktörler de çocuğun hastalığa uyumunu etkilemektedir. Ailenin düşük sosyoekonomik düzeyde olması, ailenin tipi, kültür düzeyi, ebeveynlerin evlilik ilişkisi, aile içi ilişkilerde sorun olması, ebeveynlerde ruhsal hastalık bulunması, ailenin hastalığa verdiği tepki, ailenin hasta çocuğa verdiği bakımın ve psikososyal desteğin niteliği, ebeveynlerin kişilik özelliği ve hastalıktan

etkilenme düzeyleri gibi aile ile ilgili özellikler çocuğun hastalığa uyumunu etkileyen faktörlerdendir. Çocuğun hastalığı ile ilgili olumlu beklentilere sahip annelerin çocuklarında daha az ruhsal ve somatik belirti gösterdiği bildirilmiştir.<sup>14,30</sup>

Çocuğun mizacı, kişilik özellikleri, yaşı ve bulunduğu gelişim dönemi hastalığa uyum sağlamasında önemlidir. Kaygı düzeyi düşük olan çocuklar kronik hastalıklardan daha az etkilenmektedir. Ayrıca çocuğun becerileri kronik hastalıkla daha kolay baş etmesini sağlamaktadır.<sup>31</sup> İçinde buldukları yaş ve gelişimsel düzeyine göre çocukların hastalık ve sonuçlarını kavrama yeteneğinde ve gösterdikleri ruhsal belirtilerde farklılıklar gözlenmektedir. Her gelişimsel döneme özgü ihtiyaçlar ve o dönemin bilişsel ve ruhsal sınırlılıkları farklı olabilmektedir. Bu nedenle çocuğun hastalığa verdiği tepki de içinde bulunduğu dönemden ve bilişsel yetilerinden etkilenecektir. Özellikle küçük çocuklar hastalık kavramını tam olarak kavrayamaz ve gereken tedavinin ardındaki mantığı anlayamazlar; bu nedenle hastalığın belirtilerini ve tedavi girişimlerini daha korkutucu algılayabilirler. Hastalığın ergenlik döneminde başlamasının da uyum sorunları açısından riskli olduğu düşünülmektedir.<sup>28,32</sup>

Gelişim dönemlerine göre kronik hastalığa bağlı ortaya çıkan ruhsal belirtiler şöyledir: **0-18 ay dönemi:** Bu dönemde bilişsel zekâ henüz tam gelişmemiştir ve bu yaş grubundaki çocuklar hastalık kavramını anlayamazlar. Fakat hastalığın yol açtığı fiziksel değişiklikler nedeni ile huzursuz olup ağlayabilirler. Bu evre psikanalitik görüşe göre ebeveyn çocuk arasında temel güven ve bağlanma sürecinin geliştiği ruhsal dönemdir. Bebekler, ebeveynlerinin duygusal tepkilerinden yoğun olarak etkilenmektedir. Bu dönemde hastaneye yatış ve tedavi süreci nedeni ile anneden ayrı kalma, anne ve bebeğin bağlanma sürecini olumsuz etkileyebilir ve bebekte temel güven duygusunun gelişmesini engelleyebilir.<sup>31-33</sup>

**18 ay-3 yaş dönemi:** Bu yaş dönemi özerklik dönemi olarak bilinmektedir. Motor ve dil gelişimi ile beraber sosyalleşmeye başlayan çocukta tıbbi müdahaleler ve hastaneye yatışlar özerklik duygusunu sınırlayabilir; davranışsal ve içe dönük ruhsal belirtilere neden olabilir. Bu dönemde özerklik ile anneden ayrılma girişimleri başlarken, bir taraftan da çocuk çevreyi araştırdıktan sonra dönebileceği güvenli üs olarak anneyi aramaktadır. Bu dönemde hastaneye yatış ile beraber anneden ayrılma travmatik olarak algılanabilmektedir.<sup>32</sup>

**3-6 yaş dönemi:** Psikanalitik teoriye göre bu dönemde çocuk ödipal dönemdedir. Çocuk hemcinsi olan ebeveyni ortadan kaldırarak karşı cins ebeveyne sahip olmayı arzulamaktadır. Bu bilinç dışı yasak arzu nedeni ile hemcinsi ebeveyn tarafından cezalandırılma korkusu vardır. Bu dönem çocukları düşünsel olarak benmerkezcidirler. Bu nedenle benmerkezcî düşünce tarzı ve bilinçdışı ebeveyn tarafından cezalandırılma korkusu ile beraber hastalığı “ceza” gibi düşünebilirler. Bu dönemde bedensel zarar görme ile ilgili kaygılar fazladır.<sup>31-33</sup>

**7-12 yaş dönemi:** Bu yaş dönemi okul, akademik beceri ve sosyalleşmenin önem kazandığı bir dönemdir. Yaşıt ilişkilerinin önemli olduğu bu evrede çocuk kendini yaşıtlarıyla karşılaştırır. Kronik hastalığı bulunan çocuk, yaşıtlarından farklı olduğunu hissedebilir ve akran ilişkileri olumsuz etkilebilir. Hastane yatışları, hastalık alevlenmeleri nedeni ile okula gidememe okul başarısını ve akran ilişkilerini olumsuz etkileyebilir. Bu dönemde ayrıca hastalığı hakkında sorular sormaya başlar. Benmerkezcî düşünce etkisini sürdürdüğü için hastalığa kötü biri olduğu için yakalandığını düşünebilir.<sup>31-33</sup>

**Ergenlik dönemi:** Bu dönemde, ayrışma-bireyselleşme, cinsel gelişim ve kendilik algısının oluşumu gibi dönemsel özellikler bulunmaktadır. Bazı ergenlerde bağımsızlaşma çatışmaları içerisinde hastalığı ya da tedaviyi reddetme sıklığıdır. Bu dönemde ölümün geri dönüşsüz olduğu kavramı kazanılır; ölümden korkma ve ölümlle ilgili aşırı zihinsel uğraş sık görülür.<sup>31-33</sup>

### **2.1.1.1 Kronik Pediatrik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi; hastanın fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik hali ve hastalıkla ilgili kendi öznel yargısı olarak tanımlanmaktadır.<sup>34</sup> Son zamanlarda hastanın kendi hastalığı ile ilgili görüşü ve değerlendirmesi önem kazanmıştır. Bunun için kullanılan genel ölçekler, yaşam kalitesi ile ilgili tüm alanları kapsayan, geniş bakış açısıyla değerlendirme sağlayan araçlardır. Yaşam kalitesi ölçeğinin rutin uygulamada kullanılması; psikososyal sorunların saptanması, tedavi sürecinin yapılandırılması ve izlenmesi, hastanın tedavide karar sürecine katılımının sağlanması ve böylece hasta hekim ilişkisinin güçlendirilmesi konularında fayda sağlamaktadır. Yaşam kalitesinde; çocukların fiziksel olarak yeterliliği, günlük aktivitelerini yerine getirip getiremediği, duygusal iyili hali, akran ilişkilerinde sorun olup olmadığı, okula devamı ve okuldaki uyumu değerlendirilir. Bir hastanın

sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bilinmesinin; hastalığın kişiyi hangi yönden etkilediğinin kavranmasında ve bu yönde tedavinin yönlendirilmesinde faydalı olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda hastanın bildirdiği yaşam kalitesinin önemsenmesi, hasta hekim ilişkisinin güçlenmesini ve hastanın tedaviye uyumunu sağlamaktadır.<sup>35,36</sup> Bu nedenle çeşitli kronik hastalıklarda yaşam kalitesi araştırılmış; hastalığa spesifik yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilmiştir. Kanser hastalığı olan çocuklarda yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin sağlıklı kontrollere göre kötü olduğu; özellikle yeni tanı almış, tedavisi devam eden ya da hastalığın son döneminde olan ve eşlik eden TSSB'ü bulunanların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır.<sup>4</sup> Epilepsisi olan hastalarda da yaşam kalitesinde bozulma olduğu; nöbet sıklığının ve nöbetlerin kontrol edilebilme oranının yaşam kalitesini etkilediği gösterilmiştir.<sup>37</sup> Yaşam kalitesi konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda araştırılmış ve sağlıklı kontrollere göre daha kötü olduğu bildirilmiştir.<sup>38</sup> Tip 1 diyabeti olan çocukların genel yaşam kalitesi sağlıklı kontrollerden farklı değilken, hastalığa spesifik yaşam kalitesi ölçeklerinde işlevselliklerinin bozulduğu, hastalıkla ilgili kaygılarının olduğu rapor edilmiştir.<sup>39</sup>

### **2.1.1.2 Kronik Pediatrik Hastalıklar ve Ruhsal Bozukluklar**

Sağlık, fiziksel ve ruhsal yönden bir bütündür. Ruhsal çatışmalar bedeni etkilediği gibi bedendeki değişimlerde beyni ve ruhu etkilemektedir. Süreğen bir hastalık kişi üzerinde sadece fiziksel değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik etkilere de neden olabilmektedir. Yapılan araştırmalar, kronik hastalığı olan çocuklarda normal yaşıtlarına oranla daha fazla duygusal ve davranış sorunları geliştiğini ortaya koymaktadır. Kronik hastalığa ikincil olarak gelişen psikolojik sorunların yaygınlığının %10-30 olduğu saptanmıştır. Çocuk hastanelerinde konsultasyon ve liyezon psikiyatristleri tarafından sıklıkla karşılaşılan tanılar; uyum bozukluğu, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, kaygı bozuklukları ve depresyondur. Bu bozukluklar, sadece hastalık süreci içinde değil, hastalıktan yıllar sonra ergenlik ve erişkinlik döneminde de ortaya çıkabilmektedir. Hastalığa eşlik eden davranışsal ve ruhsal sorunlar; hastanın tedaviye uyumunu, hastalığın seyrini, morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir.<sup>1,30</sup>

Farklı kronik hastalıklarda ruhsal sorunlar araştırılmıştır. Kronik böbrek yetmezliği (KBY), organ nakli, kemik iliği nakli, epilepsi gibi kronik hastalıklarda ruhsal hastalıkların sık görüldüğü bildirilmiştir. Ağır fiziksel ve psikososyal sorunlar nedeniyle KBY olan

çocuklarda ruhsal bozuklukların yaygın olduğu, %60'ının psikiyatrik tanı aldığı, tanılar arasında en sık depresyon ve anksiyete bozukluklarının görüldüğü bildirilmiştir.<sup>40</sup> Organ nakli olan ergenlerde nakilden sonra anksiyete, depresyon, benlik saygısında düşme, tedaviye uyumsuzluk ve TSSB belirtilerinin görülebildiği; bu hastalarda ilaç yan etkisi, ilaç kullanım süresi, kaotik aile yapısı, aile içi zayıf iletişim, annede duygudurum bozukluğu, çocukta davranım bozukluğunun ya da duygudurum bozukluğunun olmasının tedaviye uyumsuzluk için risk faktörleri olduğu rapor edilmiştir.<sup>41</sup> Yine, kemik iliği nakli olan çocuklarda depresyon, uyku bozuklukları, anksiyete, gerileme davranışları ve organik mental bozuklukların sık görüldüğü bilinmektedir.<sup>42</sup> Epilepsi hastalarında ise yaşam kalitesinin düşük olduğu, depresyon, kaygı bozukluğu, düşük benlik saygısı ve intihar düşüncelerinin sık görüldüğü bildirilmiştir.<sup>43,44</sup>

Kronik hastalık birçok alanda kaygıya neden olabilmektedir. Astım ve diyabet gibi hastalıklarda ani kötüleşmeler ve tıbbi müdahaleler ölüm korkusuna neden olabilmekte ve hastalarda panik atak belirtileri görülebilmektedir.<sup>45,46</sup> Hastalığın fiziksel belirtilerine ve kullanılan ilaç ve iğnelerin çevre tarafından gözlenmesine karşı sosyal kaygı gelişebilmektedir. Hastalık nedeni ile spor gibi zevk veren etkinliklerden uzak kalma ile ilgili kaygılar görülebilmektedir. Okuldan uzak kalma, evlenme ve çocuk sahibi olma gibi gelecek kaygıları olabilmektedir. Hastaneye yatışlar aileden ayrılmaya ilişkin kaygıları gündeme getirebilmektedir.<sup>47,48</sup> Kronik hastalıklar okul devamını ve akademik başarıyı da etkilemektedir. Diyabet, orak hücreli anemi ve epilepsinin kişinin başarı ve yeteneklerini etkilediği, kanserli çocukların uzun dönem okula gidemedikleri bilinmektedir.<sup>3</sup>

### **2.1.1.3 Kronik Pediatrik Hastalıklar ve TSSB**

Kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde TSSB belirtilerinin görülmesi nadir değildir. Hastalık tanısı alma, hastalığın getirdiği fiziksel kısıtlılıklar, tedavi girişimleri ve hastaneye yatışlar çocuklar tarafından travmatik olarak algılanabilir ve TSSB geliştirebilirler. Tam olarak TSSB kriterlerini karşılamıyor olsa bile süregelen TSSB belirtileri gün be gün çocuğun akademik başarısını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz olarak etkileyebilir.<sup>49</sup> Bu nedenle kronik hastalıklarda TSSB yaygınlığını araştıran çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Kanser hastalarında TSSB yaygınlığını araştıran çalışmalarda farklı bulgular elde edilmiştir. Bazı çalışmalar kanser hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık TSSB

geliştirdiklerini bildirirken, bazıları ise iki grup arasında fark bulamamıştır. Bir çalışmada 255 kanserli çocuk ve aileleri öz bildirim ölçekleri kullanılarak TSSB açısından değerlendirilmiş, sonuçlar kontrol grubu ile karşılaştırılmış; kanserli çocukların %52'sinin kanseri travmatik bir olay olarak tanımladığı, bu oranın tanı aldıktan 5 yıl sonra %23'e gerilediği bulunmuştur. Kanserli çocukların %0.4'ünün TSSB tanısı, %2,8'inin yaşam boyu TSSB tanısı aldığı; bu oranların kontrol grubundan farklı olmadığı bildirilmiştir.<sup>50</sup> Bu çalışmadaki bulguların aksine kanserli çocuklarla yapılan başka bir çalışmada; çocukların %35'nin yaşam boyu en az bir kez TSSB tanısı aldığı belirtilmiştir.<sup>8</sup> Yetişkinlerde yapılan başka bir çalışmada; çocukluk çağı kanseri geçirmiş 18-37 yaş arası 78 genç katılımcının beşte birinin TSSB tanısını karşıladığı, TSSB tanısı almış bu kişilerin genel stres derecelerinin yüksek olduğu, hastalığın objektif ciddiyetinden ziyade öznel hastalık tetdit algısının arttığı bulunmuştur.<sup>51</sup> Her kanser hastalığı olan çocukta TSSB gelişmediği bilinmektedir. Bu nedenle kanser hastalarında TSSB gelişimi için risk faktörleri tanımlanmıştır. Çalışmaya alınmadan en az 1 yıl önce tedavisini tamamlamış, 8-20 yaş arası 186 kanser hastasının alındığı çalışmanın sonuçlarına göre TSSB için risk faktörleri; kişinin hastalıkla ilgili tehdit algısı, ebeveynlerin anksiyete düzeyi, azalmış sosyal destek, tedavi sonrası geçen sürenin kısa olması, kız cinsiyet olarak tanımlanmıştır.<sup>51</sup> Ayrıca kanser hastalarının aldığı güncel tedavi, cerrahi girişim geçirme, okula devam etmeme TSSB şiddeti ile ilişkili bulunmuştur.<sup>52</sup> TSSB, hastalıktan bağımsız hastanın yaşam kalitesini bozmakta, genel stres düzeyini artırmakta ve tedavi uyumunu azaltmaktadır. Yapılan çalışmalar da bu bilgiyi destekliyor görünmektedir. Kanser hastalığı olan çocuklarda yapılan bir metaanaliz çalışmasında; komorbid TSSB tanısı alan çocukların yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur.<sup>4</sup> Çocukluk çağında geçirdikleri kanser hastalığı nedeni ile TSSB tanısı almış kişilerin erişkin olduklarında da yaşam kalitelerinin düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Çocukluk çağında kanser geçirmiş kişiler değerlendirildiğinde; %22'sinin TSSB tanısı almaya devam ettiği, TSSB'si olanların evli olmadığı, kötü yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir. TSSB tanısı almayan çocukluk çağı kanseri olan olguların ise normal popülasyona yakın yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur.<sup>53</sup> Başka bir çalışmada; kanser tedavisi görmüş ve TSSB tanısı almış genç erişkin olguların daha fazla somatik yakınma dile getirdiği, daha fazla psikolojik stres altında hissettikleri ve genel işlevselliğinin daha düşük olduğu rapor edilmiştir.<sup>5</sup>



TSSB epilepsi, organ nakli, kemik iliği nakli, tip 1 diyabet hastalıklarında da çalışılmıştır. Epilepsi hastalarında TSSB belirtilerinin yaygınlığı erişkinlerde araştırılmış ve epilepsi hastalarının %1'inin TSSB, %19,6'sının anksiyete bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir. Çocukta bu alanda çalışmaya rastlanmamıştır.<sup>9</sup> Solid organ transplantasyonu yapılan çocukların %30'unda TSSB geliştiği; başka bir çalışmada nakil olmuş ergenlerin %16'sının TSSB tanısı aldığı bildirilmiştir.<sup>10,11</sup> Nakil hastalarından TSSB tanısı almış olanlarının önemli oranda tedaviye uyumsuzluk gösterdikleri; bu hastalarda immunsupresif ilaçların kan seviyesinde ciddi oranda dalgalanmalar olduğu ve bilişsel davranışçı terapi ile TSSB'nin başarılı tedavisi sonrası tedaviye daha uyumlu hale geldikleri görülmüştür.<sup>10,54</sup> Kemik iliği nakli olan çocukların ise %18'nin klinik olarak önemli düzeyde TSSB belirtileri gösterdiği bildirilmiştir.<sup>12</sup> Tip 1 diyabeti olan çocukların %18,5'nin ciddi ya da çok ciddi TSSB belirtileri gösterdiği; TSSB belirtilerinin yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, aile yapısı, ailede diyabet öyküsünün varlığı, ailede kronik hastalığın bulunması ve HbA1c seviyesi ile ilişkili olmadığı; son 1 aydaki hipoglisemik atak sıklığı ile TSSB belirtilerinin ilişkili olabileceği gösterilmiştir.<sup>13</sup>

### **2.1.2 Kronik Pediyatrik Hastalıklar ve Aile**

Çocuklarının süreğen bir hastalığa sahip olduğunu öğrenmek anne ve babalar açısından zorlayıcı bir süreçtir. Çocuğun fiziksel hastalığı, ailede fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar doğurmaktadır. Ebeveynler çocuklarının tanısıyla, hastalık ile ilgili tıbbi risklerle ve bazı durumlarda kısalmış bir yaşam beklentisiyle yüzleşmek zorunda kalırlar. Kronik hastalık tanısı ailede şok, inanmama, yadsıma, öfke, korku, hayal kırıklığı, yalnızlık, suçluluk gibi tepkiler yaratabilmektedir. Bu durum da çocuğun tedavisini olumsuz etkilemektedir.<sup>1,2</sup>

Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin kaygı düzeyinin yüksek olduğu, sıklıkla somatik yakınma dile getirdikleri ve depresyon belirtilerinin sık görüldüğü bildirilmiştir.<sup>14,15</sup> Fakat hastalığın durumu ve ciddiyeti ile ebeveynin kaygısı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalardan çelişkili bilgiler elde edilmiştir. Bazı çalışmalar hastalığın durumu ve ciddiyeti ile ebeveynlerin gösterdiği kaygı düzeyi arasında ilişki olmadığını bildirmiştir. Diyabetli çocukların ailelerindeki kaygının, çocuğun diyabetinin durumu, ciddiyeti, tanı aldığı yaş ya da ailenin diyabet hakkındaki bilgisi ile ilişkisi olmadığı

gösterilmiştir.<sup>27</sup> Aynı şekilde epilepsi hastalarının ailelerindeki kaygının da çocuğun tanı aldığı yaş, nöbet sıklığı, hastalık ciddiyeti ile ilişkisi olmadığı bildirilmiştir.<sup>55</sup> Bazı çalışmalarda ise hastalığın ciddiyeti ile ebeveynlerin kaygısı arasında ilişki olduğu öne sürülmüştür. Kanserli çocuklarda, kanser ya da tedaviye bağlı gelişen hareket kısıtlılığının, ebeveynlerde yaşam kalitesini kötüleştirdiği bildirilmiştir.<sup>56</sup> Orak hücreli anemi ve juvenil romatoid artrit gibi hastalıklarda çocuğun ağrısının ciddiyeti ve ağrının sıklığının ebeveynin kaygısı ile ilişkili olduğu gösterilmiş; bu durumun, çocuk ağrı hissettiğinde ebeveynin çaresiz hissetmesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.<sup>57,58</sup> Ebeveyndeki kaygının, çocuğun hastalığına etkisini araştıran çalışmalar yapılmıştır. Ebeveynin kaygı düzeyinin; diyabetli çocuklarda kötü metabolik kontrolle, kistik fibrozlu çocuklarda ise tedaviye uyumsuzlukla ilişkili olduğu bulunmuştur.<sup>59,60</sup>

### **2.1.2.1 Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinde TSSB**

Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinde TSSB nadir görülen bir tanı değildir. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında kronik hastalığı olan çocukların annelerinde TSSB yaygınlığı %19,6 olarak rapor edilmiştir.<sup>16</sup> Yeni kronik hastalık (kanser, tip1 diyabet) tanısı almış ya da kaza geçirmiş 209 çocuk (6,5-14,5 yaş) ve ailelerinin alındığı bir çalışmada; babaların %16'sının, annelerin ise %23,9'unun TSSB tanı kriterlerini tam olarak karşıladığı bulunmuştur. Ayrıca travmanın tipinin aileleri farklı etkilediği; çocukları kanser tanısı almış ailelerin daha fazla TSSB belirtisi gösterdiği; çocuğun işlevsellik durumunun hem çocuk hem de ailede TSSB gelişimi için önemli bir yordayıcı olduğu; anne ve babanın TSSB puanlarının birbirleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Aile ve çocuğun TSSB belirtileri ise ilişkili bulunmamıştır.<sup>61</sup> Başka bir çalışmada ise bu bulguların aksine kanserli çocukların ebeveynlerinin ise %5,9'unun yaşam boyu en az bir kez TSSB tanısı aldığı fakat bu oranların hiçbirinin kontrol grubundan farklı olmadığı bulunmuştur.<sup>50</sup> Kemik iliği nakli olan çocukların annelerinin kaygı ve TSSB belirtileri geliştirmeye yatkın olduğu bildirilmiştir.<sup>12</sup> Kardiyak transplant olan çocukların ailelerinde yapılan bir çalışmada; 56 aile çalışmaya alınmış, ailede TSSB belirtileri ve anksiyete düzeyleri araştırılmıştır. Değişkenler olarak organ reddi, kullanılan ilaç sayısı, hastaneye geliş sayısı, hastanede yatış sayısı, çocuğun transplant olma yaşı ve transplantasyondan sonra geçen süre araştırılmıştır. Annelerin %52'i, babaların %40'ı TSSB tanısı almış; TSSB ile ailelerin

anksiyete düzeyi ilişkili bulunmuş. Klinik değişkenler ile ailede TSSB varlığı arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir.<sup>62</sup>

Yapılan çalışmalar, anne ve babalarının gösterdiği TSSB belirtilerinin, çocuğun 1 yıl sonra göstereceği TSSB belirtilerinin güçlü bir öngörücüsü olduğunu belirtmektedir.<sup>49</sup>

## 2.2 Kalp Hastalığı ve Çocuk

Çeşitli kalp hastalıklarında akademik başarı ve bilişsel yeti düzeyi, yaşam kalitesi, ruhsal hastalık ve TSSB araştırılmış; kalp hastalığı olan çocuklarda bilişsel yetide bozulma, yaşam kalitesinde düşme, depresyon ve TSSB'nin görülebildiği rapor edilmiştir.

Konjenital kalp hastalığı olan ergenlerde yapılan çalışmalarda; içe yönelim sorunlarının sıklıkla görüldüğü; aile desteğinin bu ergenlerde depresyon belirtilerini ve yalnızlık hissini azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı bildirilmiştir.<sup>17</sup> Siyanotik kalp hastalığının hem bilişsel yeteneği hem de akademik başarıyı düşürdüğü bildirilmiştir.<sup>18</sup>

Kalp yetmezliği ile ilgili erişkinlerde yapılan çalışmalarda; depresyonun sık görüldüğü ve depresyonun kalp yetmezliğinde mortalite riskini artırdığı, depresyonu olanların daha sık hastaneye yattığı, aritmi geliştirdiği ve düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir.<sup>19,20</sup> Kalp yetmezliğinin bilişsel ve bellek süreçlerini olumsuz etkilediği; bu sonucun kalp yetmezliğinde beyin dokularının zamanla kaybına bağlandığı rapor edilmiştir.<sup>21</sup> Yetişkinlerin aksine kalp yetmezliği olan çocuklar da yapılan çalışmalarda farklı bulgular elde edilmiş; depresyon ve bilişsel bozuklukların sık görülmediği gösterilmiştir.<sup>22</sup>

Kalp akciğer nakli geçirmiş olan çocuklar değerlendirildiğinde; zekâlarının sağlıklı gruptan farklı olmamasına rağmen düşük akademik başarı gösterdikleri bildirilmiştir.<sup>23</sup>

Kalp hastalıklarında TSSB sık görülen ruhsal hastalıklardandır. Erişkin kardioloji kliniklerinde TSSB yaygınlığı %0 ile 24 arasında değişmektedir.<sup>24</sup> Çocuklarda yapılan çalışmalar ise kalp cerrahisi üzerinde yoğunlaşmıştır. Çocukların kalp nakli sonrası TSSB belirtileri geliştirdikleri bildirilmiştir.<sup>11</sup> Opere edilmiş konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda psikiyatrik hastalık araştıran bir çalışmada; 31 ergen çalışmaya alınmış ve 9 (%29) ergen ve 1 ebeveyn TSSB tanısı almıştır. TSSB olan ergen grup ile TSSB olmayan ergen grup arasında demografik bilgiler ve kardiyak durum (ventrikül işlevselliği, pulmoner arter stenozu, pulmoner arter yetmezlik derecesi, ventriküler aritmi, AV blok, medikal tedavi alma durumu) açısından fark bulunmamıştır. Bu çalışmada ergende TSSB

varlığının; ergenin anksiyete düzeyi, ailenin anksiyete düzeyi ve ailede TSSB belirtilerinin varlığı ile ilişki olmadığı bildirilmiştir.<sup>25</sup> Kardiyak cerrahi girişim geçiren 5-12 yaş grubundaki 43 çocuk ile yapılan bir çalışmada; 5 (%12) çocuk TSSB tanısı almış; çocuğun bilişsel düzeyi, mizacı, aile desteği, yoğun bakımda kalış süresinin TSSB gelişimine etkisi incelenmiş ve sadece yoğun bakımda kalış süresinin TSSB gelişimini öngördüğü bildirilmiştir.<sup>26</sup>

### **2.2.1 Taşiaritmiler**

Taşiaritmi, kalbin hız ve ritminin anormal oluşu olarak tanımlanır ve kardiyak ileti sistemi ve kalp dokusundaki anormallikler sonucu oluşur. Taşiaritmi, çok siliik klinik bulgularla karşımıza çıkabildiği gibi ani ölümlere de neden olabilmektedir.<sup>63</sup> Taşiaritminin ciddiyeti; aritminin tipine, sıklığına ve diğer kardiyak problemlerin varlığına göre değişmektedir.<sup>64</sup> Atriyal veya ventriküler dokudan kaynaklanan ve kalp hızının yaşa göre normal sınırların üzerinde olduğu ritim, “taşiaritmi” olarak tanımlanabilir. Taşiaritmiler, kaynaklandıkları dokuya veya elektrofizyolojik mekanizmaya göre sınıflanabilir.<sup>65</sup>

### **Kaynaklandıkları dokuya ve elektrofizyolojik mekanizmaya göre taşiaritmilerin sınıflandırılması:**

#### **1. Supraventriküler taşiaritmiler (SVT)**

##### **a) Atriyal taşiaritmiler**

- Sinüs taşiaritmi (ST)
- Sinüs node reentrant taşiaritmi (SNRT)
- Uygunsuz sinüs taşiaritmi
- Atriyal fibrilasyon
- Atriyal flutter ve intraatriyal reentrant taşiaritmi (İART)
- Ektopik atriyal taşiaritmi (EAT)
- Kaotik atriyal taşiaritmi (KAT)

##### **a) Junctional ektopik taşiaritmi (JET)**

##### **b) Atrioventriküler taşiaritmiler**

- Atrioventriküler reentrant taşiaritmi (AVRT)
- Atrioventriküler nodal reentrant taşiaritmi (AVNRT)

## 2. Ventriküler taşiaritmiler (VT)

- a) Artmış otomatisiteye bağlı taşiaritmiler
- b) Reentrant taşiaritmiler
- c) Tetiklenen aktiviteli taşiaritmiler

### 2.2.1.1 Supraventriküler Taşiaritmiler (SVT)

Supraventriküler taşiaritmiler, AV bileşke ya da his bifurkasyon noktasının daha üstünden, sinüs dışındaki bir odaktan kaynaklanan ritimdir. Kalp hızı çok yüksek ve düzenlidir. Yaşamı tehdit edecek düzeyde olan supraventriküler taşiaritmiler nadir görülmekle birlikte, uzun ve sık ataklar halinde seyredilmektedir. Bu ritim ani başlangıç ve sonlanıma sahip ve ataklar halinde gelen bir aritmi türü olduğundan hastaları endişelendirmekte, yaşam kalitesini bozmakta ve önemli sağlık problemlerine yol açmaktadır.<sup>66</sup>

Supraventriküler taşiaritmiler en sık atrioventriküler nodal reentrant taşiaritmi (AVNRT) ve atrioventriküler resiprokal taşiaritmi (AVRT) olarak görülmektedir. AVRT, çocuklarda en sık görülen SVT tipidir. Yaklaşık olarak tüm SVT tiplerinin %30'unu oluşturur. Erişkinlerde daha çok AVNRT görülmektedir.<sup>67,68</sup>

Çocuklarda SVT'nin gerçek sıklığı bilinmemektedir, ancak 1/1000 ile 1/250 olarak tahmin edilmektedir. SVT'si olan çocukların yaklaşık % 50'sinin ilk atağını yaşamının birinci yılında yaşadığı, ilk bir yılda atakların %90'mın kaybolduğu ve üçte birinin 6-9 yaş civarında tekrar ortaya çıktığı bildirilmektedir.<sup>63,66</sup>

SVT vakalarının çoğu sporadiktir. Fakat hastaların yaklaşık %7'sinin birinci derece akrabasında SVT bulunur. SVT'si olan hastalarda, yapısal konjenital kalp hastalığı sıklığı genel topluma göre önemli ölçüde daha yüksek (%9 ile %32) olarak tahmin edilmektedir. En yaygınlarının Wolff-Parkinson-White sendromu (WPW) ve triküspit kapağın Ebstein anomalisi olduğu, ancak bir dizi başka anomalilerin de tabloya eşlik edebildiği (ventriküler veya atriyal septal defekt gibi) bilinmektedir.<sup>66</sup>

### 2.2.1.1.1 Etiyopatogenez

Kalpde elektriksel aktivite, superior vena kava ve sağ atrium bileşkesinde ki sinoatrial nodda (SA) başlar ve atrial dokuda ve internodal yollarda ilerleyerek atrioventriküler (AV) noda ulaşır. Daha sonra ileti his bandına ulaşır ve ikiye bölünerek her iki ventrikül miyokardını uyarır ve normal sinus ritmi oluşur. SVT, sinüs dışında ki bir odaktan kaynaklanan taşiaritmidir. Normal şartlarda sinüs nodu baskın pacemaker aktivitesine sahip iken; SVT’de bazı dokular (atrium, AV birleşim yeri ve vena cava ve pulmoner ven gibi damarların atriumla bağlantı kurduğu yerler gibi) sinüs ritminden daha hızlı uyarı çıkarmaktadır.<sup>63,66,67</sup>

### 2.2.1.1.2 Klinik Özellikler

Hastalarda semptomlar taşiaritminin türüne, atak sıklığına, süresine ve altta yatan hastalığın durumuna göre değişiklik göstermektedir. Hastalar basit bir çarpıntı hissi, hafif baş dönmesi, göğsünde rahatsızlık hissinden bayılma, ciddi göğüs ağrısı ve nefes darlığı ve kalp yetmezliği semptomlarına uzanan ciddi klinik durumlarla karşılaşabilmektedir.<sup>69</sup>

SVT’de genellikle ilk yakınma çarpıntı olarak tanımlanmaktadır. Çarpıntı, sıklıkla dinlenme dönemlerinde olmakla birlikte egzersizle tetiklenebilir. Birkaç dakikadan saatlere varan ataklar, ortalama 10-15 dakika sürmektedir. SVT atağının başlangıcında baş dönmesi, sersemlik hissi nadir değildir. Hipotansiyon ve bayılma eşlik edebilir.<sup>67</sup>

SVT’si olan bebekler solukluk, beslenmede zorlanma, takipne, terleme ve kusma gibi nonspesifik bulgularla başvurabilirler. Eğer taşiaritmi 6-12 saat sürerse kalp yetmezliğinin bulguları (huzursuzluk, takipne, dolaşım bozukluğu ve solukluk gibi) gelişebilir. Daha büyük çocuklarda göğüs ağrısı, çarpıntı, solunum sıkıntısı, baş dönmesi ve yorgunluk yakınmaları olabilir.<sup>69,70</sup>

### 2.2.1.1.3 Tedavi

Ailenin güçlendirilmesi, çocuğun tedavisinde önem taşımaktadır. Hekimler, SVT’nin gerekli önlemler alındığı takdirde kontrol altına alınabileceğini ve tedavisi olan bir durum olduğunu ailye aktararak endişelerini asgari düzeye indirilmelidir. Hastalıkla ilgili eğitimde tanı, tedavi ve prognoz üzerine odaklanılmalı; korku ve bilinmezlik azaltılmalıdır.

SVT tanısı olan küçük çocuklar için ilköğretim okulu faaliyetleri, fiziksel zorlayıcılığı daha az aktiviteleri içermelidir. Amerikan Kalp Derneği, SVT’si olan hastalarda uygun

sporlar için kılavuzlar yayınlamıştır. Genel olarak tıbbi tedavi ile önlenebilir egzersize bağlı SVT atakları olan, yapısal kalp hastalığı olmayan ve aktif belirtisi olmayan sporcular tüm rekabetçi sporlara katılabilir. Eğer çocuk başarılı transkateter ablasyon geçirmiş ise, aktif belirti bulunmuyorsa, takip testlerinde uyarılabilir aritmisi yoksa işlemde birkaç gün sonra tüm rekabete dayalı sporlara katılabilir. Küçük de olsa ani kardiyak ölüm riski olduğu için WPW sendromlu aktif şikayeti olan sporcuların rekabetçi bir spora katılmadan önce resmi bir elektrofizyolojik çalışmadan geçmesi ve aksesuar yolun mümkünse ablasyonu gerekmektedir.<sup>66</sup>

Akut tedavi, hastanın hemodinamisine göre planlanmaktadır. Hastanın durumu stabil ise vagal stimülasyon yapılmaktadır. Vagal stimülasyon, atak sırasında parasempatik aktiviteyi artırıp AV nod yoluyla iletimi yavaşlatmaktadır. Hastalara bu manevraların sonraki ataklar sırasında da kullanabileceği öğretilmeli ve tetikleyici faktörler olan kafein, sigara, alkol, psödoefedrin ve stresten kaçınılması önerilmelidir.<sup>66,67,71</sup> Hastanın durumu stabil değilse; eşlik eden göğüs ağrısı, nefes darlığı, bilinçte azalma, hipotansiyon, kalp yemeziği bulguları varsa elektriksel kardiyoversiyon acilen uygulanmaktadır.

Kontrol edilmemiş taşiaritminin bir çeşit kardiyomiyopatiye yol açabilme potansiyeli nedeniyle zamanında ve uygun tedavi önemli görülmektedir. Supraventriküler taşiaritmi atakları kontrol altına alındıktan sonra tekrarları önlemek amacı ile antiaritmik tedavi uygulanabilir. Güncel tedavi yaklaşımları farmakolojik kontrol ve aritmojenik substratın kateter ablasyonu ile ortadan kaldırılmasını içermektedir. Antiaritmik tedavi taşiaritmi tipi ve hastanın özelliğine göre seçilmelidir. Supraventriküler taşiaritmilerin kronik tedavisinde digoksin, beta bloker, verapamil, sotalol, propafenon ve amiodaron kullanılabilir. Medikal tedavi başarısız ise veya sık sık tekrar oluşuyor ise radyofrekans kateter ablasyonu, aksesuar yolların cerrahiyle çıkarılması ya da ritmi düzenleyen implant takılması düşünülebilir.<sup>66,67,69,70</sup>

#### **2.2.1.1.4 Prognoz**

Birçok hastada SVT'ler iyi huyludur ve kendiliğinden düzelmektedir. Yapısal kalp hastalığı veya kardiyomiyopati yokluğunda, SVT'nin prognozunun iyi olduğuna inanılmaktadır. Wolff-Parkinson-White sendromu, küçük ama gerçek bir risk olarak ani kardiyak ölüme neden olması ile prognoz açısından özel önem taşımaktadır.<sup>66,69</sup>

### 2.2.2 Taşiaritmelerin Ruh Sağlığına ve Yaşam Kalitesine Etkileri

Çocuklarda görülen diğer kalp hastalıklarının psikosozal etkileri ile ilgili birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen; taşiaritmelerin psikosozal etkileri ile ilgili yazında yer alan çalışmaların sınırlı sayıda ve daha çok yaşam kalitesine odaklı olduğu görülmektedir. Ülkemizde ise henüz bu konu ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır.

Supraventriküler aritmiler genellikle yaşamı tehdiye etmese de yaşam kalitesi ve kaygı üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. SVT hastanın yaşam kalitesini ve psikolojik durumunu önemli ölçüde bozabilmektedir.<sup>22</sup> Bu etkilerin şiddeti aritminin sıklığına, süresine ve aritmi sırasındaki belirtilere göre değişmektedir.<sup>17</sup> Çarpıntı yakınması ile hastaneye başvuran erişkin hastalarla yapılan bir çalışmada; elektrofizyolojik çalışma (EFÇ) sonrasında SVT saptanan hasta grubunun, yaşam kalitesinin daha kötü olduğu, EFÇ'leri normal olan gruba göre daha yüksek kaygı düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir.<sup>72</sup> SVT'si olan erişkin hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre daha kaygılı olduğu; radyofrekans ablasyon tedavisinden sonra kaygı düzeyinin azaldığı, yaşam kalitesinin arttığı rapor edilmiştir.<sup>73</sup> Uzun QT sendromu ve kardiyomiopatisi olan erişkin hastalarda yapılan bir çalışmada; yaşam kalitesinin taşiaritmisi olan hastalarda kötü olduğu bildirilmiştir.<sup>74</sup> Bazı çalışmalar da ise SVT'ye sahip olmanın kaygı düzeyini etkilemediği şeklinde bulgular elde etmiştir. SVT'si olan erişkin hasta grubu ile normal kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada kaygı ve depresyon açısından gruplar arasında fark bulunmadığı fakat SVT atağı olan erişkin hastalar geriye dönük olarak değerlendirildiğinde hastaların yaklaşık %67'sinin panik atak kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir.<sup>75</sup>

Taşiaritmili çocuklarda yaşam kalitesi ve bilişsel işlevler üzerine çalışılmıştır. Maryniak ve arkadaşlarının SVT'si olan çocuklarda yaptığı çalışma da ise, hastaların %47'sinin bilişsel işlev testlerinden düşük puan aldıkları, ilk taşiaritmi atağının görülme yaşının bilişsel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu, atağın görülme yaşı küçüldükçe bilişsel işlev bozukluğundan alınan puanların arttığı; hastaların kaygı düzeyinin az ile çok kaygılı olma arasında değişkenlik gösterdiği, erkeklerin daha kaygılı olduğu, taşiaritmi belirtilerinin görülme yaşı azaldıkça kaygının arttığı bildirilmiştir.<sup>76</sup> Ritim bozukluğu olan çocuklarda yapılan bazı çalışmalarda ise çocukların ve ailelerinin psikosozal işlevselliğinin iyi olduğu rapor edilmiştir. Pulgaron ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; 8-17 yaş taşiaritmisi olan olguların yaşam kalitesini araştırmak için 46 çocuk ve aile çalışmaya alınmıştır.



Çalışmanın sonuçlarına göre; taşiaritmisi olanların sağlıklı çocuklara göre daha az davranış, içe yönelim sorunları ve depresyon belirtileri sergilediği, taşiaritmisi olan çocukların ailelerinin sağlıklı çocukların ailelerine göre daha az davranış ve dışa yönelim problemleri gösterdiği, eğitim seviyesi yüksek olan annelerin kaygı puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.<sup>64</sup> Taşiaritmisi olup ablasyon geçiren çocukların, anksiyete ve depresyon düzeyi sağlıklı kontrolden farklı bulunmamıştır. Ablasyondan sonra hastaların kalp sorunu ile ilgili kaygılarının azaldığı, işlevselliğinin normal toplumdaki farklı olmadığı bildirilmiştir.<sup>77</sup>

Taşiaritmi ile ilgili çalışmalar implante edilebilir kardiyoverter-defibrilatör takılan hastalar üzerinde yoğunlaşmış; yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen değişkenler açısından farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kardiyak ritim implantı kullanan 6-20 yaş arasındaki hastalarda yapılan bir çalışmada; hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel işlevsellik alt ölçeğinden düşük puan aldıkları, fakat psikososyal işlevsellik puanlarının sağlıklı kontrollerden farklı olmadığı bildirilmiştir. Kardiyak ritim implantı kullanan hastaların sağlıklı kontrollere göre daha fazla kaygılı olduğu bulunmuştur. Demografik bilgiler, betabloker kullanımı, aktivitelerin kısıtlanması, hastaneye yatış, kardiyak ritim implantı tipi gibi faktörlerin psikiyatrik hastalık tanısını öngörmediği bildirilmiştir. Kardiyak ritim implantı takılma yaşı, medikal hastalığın ciddiyetinin psikiyatrik hastalık riskini öngörebileceği bulunmuştur.<sup>78</sup> Sears ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise; kardiyak ritim implantı kullanan çocukların psikososyal ve fiziksel işlevsellik yaşam kalitesi puanlarının sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu fakat kardiyak ritim implantının verdiği şok sayısı ya da hastalığın ciddiyeti ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. Fiziksel ve psikososyal işlevsellik alanlarında; çocuklar, ebeveynlerin gözlemlediklerine göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca kız çocuklarının psikososyal, fiziksel ve kardiyak sorunlar alanında daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları rapor edilmiştir.<sup>79</sup> Kardiyak ritim implantı kullanan çocuklarda yapılan bir başka çalışmada; uygunsuz beklenmedik şokların depresif belirtilere yol açtığı, implantın beklenmedik şok uygulamasına maruz kalanların hastalığa bağlı yaşam kalitesinde düşme rapor ettiği; genç implant hastalarının daha fazla kaygı, depresyon ve uyku bozukluğu gösterdiği; implant şoklarına maruz kalanların daha fazla kaygılı olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada; kardiyak implantasyon yaşının ya da alta yatan hastalığın yaşam kalitesini ya da psikolojik problem görülme sıklığını etkilemediği sonucu

çıkarılmıştır.<sup>80</sup> Kardiyak ritim implantı takılan taşiaritmili olan çocuk ve ergenlerde DeMaso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; yaşam kalitesinin anksiyete, depresyon ve aile işlevselliği ile ilişkili olduğu; kardiyak hastalığın ciddiyeti ile anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi ve aile işlevselliği arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir.<sup>81</sup>

### 2.2.3 Taşiaritmiler ve TSSB

Literatürde taşiaritmili hastalarda TSSB'nu araştıran çalışma sınırlı sayıda ve var olan çalışmalar intrakardiyak implantı olan erişkin hastalar ile ilgilidir. Erişkin intrakardiyak implantı olan hastalarda TSSB yaygınlığı yaklaşık %20'dir.<sup>24</sup> Yapılan bir çalışmada implant takıldıktan 6 ay sonra TSSB yaygınlığının %20'den %12'ye düştüğünü rapor edilirken; başka bir çalışma bu bulguların aksine implanttan sonraki ikinci yıl TSSB oranını %30, dördüncü yılda bu oranın %36 olduğunu bildirilmiştir.<sup>82,83</sup> İntrakardiyak implantı olan hastalarla yapılan başka bir çalışmada; hastaların %31 gibi önemli bir kısmının TSSB belirtileri göstermesine rağmen tanı alanların sayısının az olduğu bildirilmiştir.<sup>83</sup> Webster ve arkadaşlarının, 166 intrakardiyak implant kullanan 6-20 yaş arası çocuk ve ergenle yaptığı çalışmada; 13 kişi hayatında en az bir kez TSSB tanısı aldığı, cihazın takılma yaşının psikiyatrik hastalık görülme sıklığı ile ilişkili olduğu; demografik bilgiler, betabloker kullanımı, aktivitenin kısıtlanması, hastaneye yatış, kardiyak ritim cihazının tipi gibi faktörlerin psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir.<sup>78</sup> Sears ve arkadaşları, intrakardiyak implantı olan çocukların % 84,7'sinin implantın takılmasından sonra kaçınma davranışları sergilediği; kız çocukların erkek çocuklara oranla daha fazla kaçınma belirtileri gösterdiğini bildirmişlerdir.<sup>79</sup>

### 2.3 Çocukluk Çağında Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), bir travmatik stres kaynağı ile yüz yüze kalınmasının ardından özgül bir takım belirtilerin gelişmesi olarak tanımlanmıştır. Çocuk ve ergenlerde travma sonrası sık görülen psikiyatrik hastalıklardandır.<sup>6</sup>

DSM-V'te travma "kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanmayla karşılaşması ya da cinsel saldırıya uğramış olması ya da başkalarının başına gelen olaylara doğrudan tanık olması, bir aile yakını ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olaylar geldiğini öğrenmesi veya travmatik olayların hoş olmayan ayrıntılarıyla yineleyici bir biçimde ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalması" olarak tanımlanmaktadır.<sup>84</sup> Travmatik

stres; deprem, sel gibi doğal afetler, savaşlar, cinsel ya da fiziksel saldırıya uğrama, çocuklukta yaşanan istismar ve ihmaller, işkence görme, zorla kaçırılma, trafik kazaları, yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konması, ölü bir vücudu ya da vücut parçalarını görme gibi zorlayıcı ve kişinin başa çıkma yeteneğini aşan olaylar olarak sıralanabilir.<sup>6</sup>

Çocuklar, travmanın hemen ardından, korku veya dehşete kapılabilir. Ağlama, titreme, bakım veren kişi ile sürekli zaman geçirme isteği, sessizlik, içe kapanma, sersemlik gibi durumlar görülebilir. Bu tür akut stres belirtileri sık görülür ve travma yaratan faktörün ortadan kalkması ile geçmeye başlar (bir kaç saat ile 3 gün arasında). Bazı çocuklarda belirtiler daha uzun sürer ve daha kronik olan TSSB'na doğru ilerler.<sup>85-87</sup>

Travmatik olayların etkisi organizmanın yapısına, gelişme çağına, kişinin direnç ve esneklik gücüne, içinde bulunduğu fiziksel-sosyal-ruhsal ortama bağlı olarak kişiden kişiye değişmektedir.<sup>88-90</sup>

TSSB, DSM-V'de travma ve stresörle ilişkili bozukluklar grubu içinde ve ICD-10'da travmaya tepki olarak ortaya çıkan ruhsal bozukluklar başlığı altında tanımlanmıştır. DSM-V'te "erişkinler, gençler ve 6 yaşından büyük çocuklar için" ve "6 yaşından küçük çocuklar için" ayrı ayrı TSSB tanı ölçütleri tanımlanmıştır. TSSB tanısı için travmatik olay sonrası ortaya çıkan belirtilerin belirgin işlev kaybına neden olması ve en az 1 ay sürmesi beklenmektedir. Belirtilerin ilk 4 hafta içinde ortaya çıkması ve en az 3 gün, en fazla 4 hafta sürmesi halinde klinik tablo "akut stres bozukluğu" olarak tanımlanmaktadır.<sup>84,91</sup>

DSM-V TSSB tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

### **2.3.1 DSM-V TSSB tanı ölçütleri**

### **2.3.2 Erişkinler, Gençler ve 6 Yaşından Büyük Çocuklar için Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri**

Aşağıdaki tanı ölçütleri, erişkinler, gençler ve 6 yaşından büyük çocuklara uygulanır.

**A.** Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan travmatik olayı yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olayları doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).

3. Bir aile yakını ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olaylar geldiğini öğrenme (Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı şiddet ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır).

4. Travmatik olayların hoş olmayan ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalma (Örn; insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk istismarını ayrıntılandıran polis memurları gibi).

Not: Böyle bir karşılaşma işle ilgili değilse, elektronik yayım ortamları, televizyon, sinema veya resim aracılığıyla olmuş bir karşılaşma ise A 4 tanı ölçütünü karşılamaz.

**B.** Travmatik olaydan sonra başlayan, travmatik olayla ilişkili, istem dışı gelen aşağıdaki belirtilerden biri ya da daha çoğunun varlığı:

1. Travmatik olayların yineleyici, elde olmadan, tekrar tekrar anılar yoluyla sıkıntı veren bir şekilde anımsanması. Not: 6 yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olayı kapsayan konuların ya da bu olayın bir takım yönlerinin dışı vurulduğu, tekrarlayan oyunlar ortaya çıkabilir.

2. Travmatik olayla ilgili tekrarlayıcı, sıkıntı veren rüyalar. Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu rüyalar görüyor olabilir.

3. Kişinin travmatik olayı yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı dissosiyasyon tepkilerinin olması (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilir; en uç biçimi o sırada çevresinde olup bitenlerin ayırında olmamadır). Not: Çocuklar travmatik olayla ilgili oyun sırasında yeniden canlandırma yapabilirler.

4. Travmatik olayı andıran ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli ruhsal sıkıntı yaşama.

5. Travmatik olayı andıran ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaştığında fizyolojik yanıtların ortaya çıkması.

**C.** Aşağıdakilerden biri ya da daha çoğunun olması ile belirli, travmatik olaylardan sonra ortaya çıkan, travmatik olaylara ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Travmatik olaylarla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

2. Travmatik olaylarla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (İnsan, yer, konuşma, etkinlik, nesne, durum) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

**D.** Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, travmatik olayların ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, travmatik olaylarla ilişkin düşünce ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama (Özellikle dissosiyatif amneziye bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).
2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (Örn; “Kimseye güvenilmez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yer”).
3. Travmatik olayların nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık düşünceler.
4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (Örn; korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).
5. Önemli etkinliklere karşı ilgide ya da katılımında belirgin olarak azalma.
6. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaşma duyguları.
7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (Örn; mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).

**E.** Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, travmatik olayların ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, travmatik olaylarla ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kıskırtma olmadan ya da çok az bir kıskırtma karşısında).
2. Umursamaz (korkusuz) davranma ya da kendine zarar verici davranışlarda bulunma
3. Hipervijilans (her an tetikte olma, aşırı uyarılmışlık)
4. Aşırı irkilme şeklinde tepki verme
5. Odaklanma güçlükleri
6. Uyku bozukluğu (Örn; uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan uyku)

**F.** Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan uzundur.

**G.** Bu bozukluk sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda belirgin işlevsellikte bozulmaya neden olmalıdır.

**H.** Bu bozukluk bir maddenin (örn; ilaç, alkol) kullanımının ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Olup olmadığı belirtilmesi gereken;

• Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan en az 6 ay geçtikten sonra tanı ölçütleri karşılanıyorsa belirtilmelidir.

• Dissosiyatif belirtiler (çözülme belirtileri) gösteren: Kişinin belirtileri TSSB tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Ayrıca kişi tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. Depersonalizasyon (kendine yabancılaşma): Kişinin zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duygumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn; sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duygumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duygumu).

2. Derealizasyon (gerçekdışılık): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn; kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

Not: Bu alt türün kullanılabilmesi için disosiyasyon belirtilerinin; bir maddenin (örn; alkol yoksunluğu sırasındaki davranışlar) ya da başkibir sağlık durumunun (örn; kompleks parsiyel nöbetler) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekmektedir.

DSM-V'e göre TSSB tanısının konulabilmesi için yeniden yaşantılama belirtilerinden (B) en az 1 ölçütün, kaçınma belirtilerinden (C) en az 1 ölçütün, bilişsel ve duydurumda olumsuz değişiklikler ölçütünden (D) en az 2, artmış uyarılmışlık belirtilerinden (E) en az 2 ölçütün karşılanması gerekmektedir.<sup>84</sup>

### **2.3.3 Okul Öncesi Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri**

A. 6 yaşındaki ve daha küçük çocuklarda, aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Travmatik olayı doğrudan yaşama.

2. Başta bakım verenleri olmak üzere başka birinin başına travmatik bir olay gelmesine tanıklık etme. (Not: Elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema veya resim aracılığıyla olmuş bir karşılaşma ise tanı ölçütünü karşılamaz).

3. Ebeveynlerinden birinin ya da bakım veren kişinin başına travmatik bir olayın geldiğini öğrenme.

B. Travmatik olaydan sonra başlayan, travmatik olayla ilişkili, istem dışı gelen aşağıdaki belirtilerden birinin ya da daha çoğunun varlığı:

1. Travmatik olayın elde olmadan, tekrar tekrar anılar yoluyla, sıkıntı veren bir şekilde anımsanması. Not: Kendiliğinden ortaya çıkan ve istem dışı gelen anıların sıkıntı veriyor gibi görünmesi gerekmez ve bunlar oyunda yeniden canlandırılıyor gibi dışa vurabilir.

2. Travmatik olayla ilgili tekrarlayıcı sıkıntı veren rüyalar. Not: Korkutucu içerik travma ile ilişkili olmayabilir.

3. Çocuğun travmatik olay yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı dissosiyasyon tepkileri (Örn; geçmişe dönüşler olabilir). Not: Bu tür tepkiler belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilir; en uç biçimi o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırında olmamadır. Çocuklar oyun sırasında travmayla ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4. Travmatik olayı andıran ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli ruhsal sıkıntı yaşama.

5. Travmatik olayı andıran ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaştığında fizyolojik yanıtların ortaya çıkması.

C. Travmatik olaylarla ilgili uyaranlardan sürekli ve aktif bir şekilde kaçınmayı ve travmatik olayla ilgili düşünce ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olduğunu gösteren, olaydan sonra başlamış ya da kötüleşmiş, aşağıdaki bir ya da birden çok belirtinin olması:

• **Uyaranlardan sürekli kaçınma:**

1. Travmayla ilgili anıları uyandıran etkinlik, yer ve fiziksel hatırlatıcılardan uzak durma çabaları,

2. Travmayla ilgili anıları uyandıran kişiler ve konuşmalar ya da kişiler arası durumlardan kaçınma.

• **Bilişlerde olumsuz değişiklikler:**

1. Sıklığı artmış olumsuz duygudurum (korku, suçluluk, üzüntü, utanç).

2. Önemli etkinliklere duyulan ilgide ya da katılımında belirgin azalma (bu durum oyun oynamayı istememeyi de kapsamaktadır),

3. Sosyal geri çekilme ve içe kapanma.
  4. Sürekli bir biçimde olumlu duyguları daha az gösterme.
- D.** Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, travmatik olayların ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, travmatik olaylarla ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:
1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kıskırtma olmadan ya da çok az bir kıskırtma karşısında). Not: Aşırı huysuzluk yapmayı da kapsar.
  2. Hipervijilans (her an tetikte olma, aşırı uyarılmışlık).
  3. Aşırı irkilme şeklinde tepki verme.
  4. Odaklanma güçlükleri.
  5. Uyku bozukluğu (Örn; uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan uyku).
- E.** Bu belirtiler 1 ay ya da daha fazla sürmelidir.
- F.** Bu belirtiler anne, baba, kardeş, yaşıtlı veya diğer bakım verenler ile ilişkilerinde ya da okul ilişkilerinde belirgin bozulmaya neden olmalıdır.
- G.** Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkisine bağlanamaz.

DSM-V'e göre TSSB tanısının konulabilmesi için yeniden yaşantılama belirtilerinden (B) en az 1 ölçütün, kaçınma ve bilişsel ve duygudurumda olumsuz değişiklikler ölçütünden (C) en az 2, artmış uyarılmışlık belirtilerinden (D) en az 2 ölçütün karşılanması gerekmektedir.<sup>84</sup>

### 2.3.4 Epidemiyoloji

TSSB'nin genel toplumda görülme oranı %1 ile %14 arasında değişmekte ve kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir.<sup>6</sup> Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalara bakıldığında ise yaşam boyu TSSB yaygınlığı %6-8 arasındadır.<sup>92</sup> Travmatik bir olaya maruz kalan çocukların TSSB geliştirme riskinin %5- 45 arasında olduğu<sup>93-95</sup> ve en sık travmatik yaşam olaylarının fiziksel istismar, cinsel istismar ve aile içi şiddet olduğu tespit edilmiştir.<sup>96-98</sup>

Çeşitli travmalar sonrası TSSB gelişme yaygınlığı araştırılmış, travmanın özelliğine göre farklı oranlar elde edilmiştir. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında, çeşitli travmalar sonrası



çocuk ve ergenlerin %15,9'unda TSSB geliştiği; hastalığın kızlarda ve insan eliyle yapılan travma yaşayanlarda daha sık görüldüğü bulunmuştur.<sup>99</sup> Çeşitli yaralanmalar (aile dışından biri tarafından şiddet görme, trafik kazası, yanma, hayvan ısırması vb) sonrası çocuklar ve ailelerinde TSSB sıklığını inceleyen bir metaanaliz çalışmasında; çocukların %19'unun ciddi TSSB belirtileri geliştirdiği bulunmuştur. Aynı oranlarda ailelerinde de TSSB geliştiği görülmüştür.<sup>49</sup> Yoğun bakımda yatmış olan çocuk ve ergenlerde; TSSB belirtilerinin nokta yaygınlığının % 10- 28 arasında değiştiği bildirilmiştir.<sup>7,100</sup> Hugo kasırgasına maruz kalan 5687 çocuk ile yapılan bir çalışmada, bu çocukların %5,5'inde TSSB'nin geliştiği ileri sürülmüştür.<sup>101</sup> 1999 Marmara depremini yaşayan çocuklar ve ergenlerde yapılan bir çalışmada ise 321 çocuk ve ergenin %25,5'inde TSSB, %16,5'inde akut stres bozukluğu ve %38'inde uyum bozukluğu saptanmıştır.<sup>102</sup>

### **2.3.5 Etiyoloji**

Travma, TSSB'nin gelişmesinde temel ortaya çıkarıcı etken olmakla birlikte travmatik olaya maruz kalan her kişide TSSB ortaya çıkmamaktadır. TSSB, etiyojisinde birden fazla etkenin yer aldığı düşünülmekte; açıklayıcı farklı teorilere yer verilmektedir. Psikodinamik teori, davranışsal model, bilişsel model, nörobiyolojik modele göre hastalık açıklanmaya çalışılmış; risk etkenleri araştırılmıştır.

#### **2.3.5.1 Psikodinamik Teori**

Psikodinamik model; travmanın, önceden olan ve henüz çözümlenmemiş psikolojik çatışmayı yeniden harekete geçirdiği, çatışmanın üstesinden gelmek için gerileme, bastırma, inkâr ve yapma-bozma savunma mekanizmalarının kullanıldığını öne sürmektedir.<sup>103</sup>

Travma tanımı ilk kez Freud tarafından yapılmış, takipçileri olan psikanalistler ise travmaya karşı kullanılan savunma düzeneklerini ve travma sonrası görülen belirtileri tanımlanmıştır. Freud, şiddetli travmaların tüm savunma düzeneklerini aşarak ağır, acı verici şekilde yaşandığını, bastırmanın yetersiz kaldığını, egonun bununla baş etme gücünün kalmadığını dolayısıyla bilinçdışına ittiğini ileri sürmektedir.<sup>103,104</sup> Ek olarak, travmanın bilinçdışında bireyin ruhsal aygıtı üzerinde etkisini sürekli hissettirdiğini; bunun da travmatik olayla sürekli yüz yüze geliniyormuş gibi bir duygu yaşanmasına neden olduğunu ifade etmiştir.<sup>104,105</sup>

Fenichel travma sonrası görülen belirtileri tanımlamıştır. Fenichel'e göre; travma sonrası kişide denetlenemeyen kaygı, öfke nöbetleri görülmekte ve bunlar yeterince boşaltılamamış uyarıların boşalmasına imkân tanımaktadır. Ayrıca travmaya ait rüyalar da uyarıların boşalmasını sağlamaktadır. Travmanın rüyalar ile aktif tekrarı, travma üzerinde denetim sahibi olma ve travma ile baş etme gücünün kazanılmasına yardım etmektedir. Travmaya uğramış kişilerde gerileme ve dissosiyatif belirtiler görülebilmekte; böylece acı veren anılar bilinçli farkındalıktan çıkarılmaktadır. Bu durumda, bellek bozuklukları ve bilinç durumu değişiklikleri kişide gözlenebilmektedir.<sup>106</sup>

### **2.3.5.2 Davranışsal Model**

Davranışsal model, Mowrer'in iki aşamalı kuramı ile TSSB belirtilerini açıklamaktadır. TSSB'de travma sırasında bulunan herhangi bir iç ve dış uyarana karşı koşullanma olmakta ve bu yansız uyarana kaygıya neden olmaya başlamaktadır. Koşullanmış bu uyarana, başka yansız uyarılarınla da eşleşmekte ve genelleşmektedir. Böylece, birçok yansız uyarana karşı kaygı oluşmaya başlamaktadır.<sup>107</sup> Uyarının bu şekilde genelleşmesi ile kişi; travmayı hatırlatan birçok durumla karşılaştıkça travma anında hissettiği kaygıyı ve kaygının bedensel belirtilerini yaşamaya başlamaktadır. Önceden kestirilemeyen bu karşılaşmalar, irkilme ve aşırı uyarılmışlık belirtilerine neden olmakta ve kişi hissettiği kaygı ve irkilme belirtilerini azaltmak için bu uyarılardan kaçınmaya başlamaktadır. Kaçınmaya yol açan uyarılar fiziksel çevre ile sınırlı değildir; aynı zamanda düşünsel, duygusal, imgesel düzeyde de kaçınmalar görülebilmektedir. Kişi kaçındığında kaygısının azaldığını fark etmekte ve kaçınmayı bir yaşam biçimi haline getirmektedir. Böylece travmayı hatırlatan her türlü durum, yer, anı, duygu, düşünce ve davranıştan bilişsel ve davranışsal olarak kaçınmış olmakta fakat tüm bu çabalara rağmen, kişiler korku veren uyarılarınla yüzleşmek zorunda kalmaktadır. Kişi kaçınma davranışlarını artırarak bu durumla baş etmeye çalışmakta fakat bu durum, korku tepkisi yaratan uyarıların genelleşmesine ve uyarılmışlık durumunun artmasına neden olmaktadır.<sup>103,108</sup>

### **2.3.5.3 Bilişsel Model**

Araştırmacılar, kişilerin genellikle yanlısamalı bir güvenlik-zedelenmezlik inancına sahip olduklarını göstermektedir. Bu güvenlik-zedelenmezlik yanlısaması, birçok insanın dünyayı kabullenişlerinin temel varsayımlarından birisidir. Janoff-Bulman'ın (1992)

yapmış olduğu çalışmaya göre; travmatik olaylar, kişilerin kendileri ve dünya ile ilgili varsayımlarına büyük zararlar vermekte, hatta bu varsayımların tamamen yıkılmasına yol açabilmektedir. Janoff-Bulman'ın (1997) geliştirmiş olduğu "temel varsayımlar modeli", kişilerin inançları ve varsayımlarının kuramsal bir çerçeve içerisinde ele alınabilmesini sağlamıştır. Bu modele göre; bireyde "dünyanın iyiliği", "dünyanın anlamlılığı" ve "kendilik değeri" olmak üzere, üç temel dünya varsayımı olduğu; travmanın bu varsayımları sarstığı, böylece kişide güvensizlik ve çaresizlik duygularının gelişmesine zemin hazırladığı düşünülmektedir.<sup>108,109</sup>

### **2.3.5.4 Nörobiyolojik Model**

TSSB gelişiminde risk faktörü olabilecek veya TSSB belirtilerini açıklayabilecek genler ve beyindeki yapısal anomaliler üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmaların çoğu TSSB olan erişkin hastalarla ilgilidir. Çocukluk çağında nöronlar gelişmeye ve farklılaşmaya devam etmektedir. Bu nedenle TSSB nörobiyolojisinin çocuk ve ergenlerde araştırılması ve anlaşılması önemli görünmektedir. Fakat çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır.

TSSB'nin nörobiyolojisini araştırmak için nörokimyasal, genetik ve görüntüleme çalışmaları yapılmıştır:

#### **2.3.5.4.1 Nörokimyasal Faktörler**

Travmatik yaşam olaylarına maruz kaldıktan sonra akut dönemde dolaşıma yüksek düzeyde katekolamin ve kortizol salındığı bildirilmiştir. Akut dönem geçtikten sonra çocukların kortizol seviyelerinin giderek normale dönüp sonra düşüşe geçtiği, noradrenalin düzeylerinin ise giderek yükseldiği bildirilmiştir.<sup>110</sup>

Kronik TSSB tanısı alan yetişkin hastalarla yapılan çalışmalarının çoğunda kanda kortizol seviyesi düşük; çevre dokuda ise kortizol seviyesi düşük ya da normal bulunmuştur. Pediatrik çalışmalarda da kan kortizol seviyesinin düşük olduğu, erişkin çalışmalarından farklı olarak çevre doku kortizol seviyesinin yüksek olduğu rapor edilmiştir. Çocuklarda, travma sonrasında artan çevre doku kortizol seviyesi ile plazma interlökin-6 düzeyinin TSSB gelişimini öngördüğü bildirilmiştir.<sup>110-113</sup>

TSSB'de değişen nörotransmitter düzeyleri nedeniyle beyinde hasar yaratan değişimler olmaktadır. Hayvanlarda yapılan prelinik çalışmalarda; 3 hafta boyunca strese maruz kalma ve/veya glukokortikoidlerin stres düzeylerine maruz kalmanın hipokampüste

atrofiye neden olduğu bulunmuştur.<sup>91,112</sup> Bu seviyedeki glukokortikoid düzeyinin, apikal dendritlerin uzunluğunu ve apikal dentrit dal uçlarının sayısını azaltarak bilişsel süreci bozduğu ileri sürülmektedir. Süreğen travma ve/veya glukokortikoid maruziyetinin, glutaminin NMDA reseptörlerine bağlanması aracılığı ile hipokampusta kalıcı nöron kaybına yol açacak düzeyde nörotoksositeye neden olduğu belirtilmiştir. Glukokortikoid düzeyinin artmasının, BDNF ekspresyon düzeyinin azalmasına; dolayısıyla nöroenezin ve hipokampal volümün azalmasına neden olduğu hayvan çalışmalarında gösterilmiştir. Hipokampusün dendat girusunun granül hücreleri, ergenliğe kadar çoğalmaya devam etmektedir ve bu bölgedeki nöroenez stresle azalmaktadır.<sup>91,114</sup>

#### **2.3.5.4.2 Genetik Etkenler**

Genetik etkenler, TSSB oluşumu için hazırlayıcı olabilmektedir. İkiz çalışmalarında genetik faktörlerin %20-30 oranında TSSB gelişimini öngördüğü bulunmuştur. Çalışmalar serotonin, katekolamin-o-metiltransferaz (COMPT), FKBP5 genleri üzerine yoğunlaşmıştır. Bu genlerdeki polimorfizmin, TSSB geliştirme riskini ve tedaviye verilen cevabı düzenlediği düşünülmektedir.<sup>111,115,116</sup>

Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI), TSSB belirtilerinde iyileşme sağlaması üzerine serotonin üzerine yapılan genetik çalışmalar hız kazanmıştır. En çok çalışılan gen, 5-hidroksi triptofan taşıyıcı genidir. TSSB olan hastalarda bu gende polimorfizm tespit edilmiştir. Bu polimorfizm ile TSSB arasında kompleks bir ilişki olduğu düşünülmektedir.<sup>113</sup>

TSSB ile ilişkili olabilecek bir başka gen ise COMPT genidir. COMPT stres sırasında salgılanan hormonlar olan epinefrin, norepinefrin ve dopamini yıkan bir enzimdir. COMPT genindeki polimorfizmin TSSB için hazırlayıcı olduğu düşünülmektedir.<sup>111,116</sup>

Strese verilen cevapta önemli olan diğer bir hormon ise glukokortikoidlerdir. Glukokortikoid reseptör translokasyonu ile ilişkili peptid olan ve glukokortikoid reseptör sinyal yolunu inhibe eden FKBP5 geni üzerinde yapılan çalışmalarda; TSSB hastalarında gende polimorfizm tespit edilmiş ve gendeki polimorfizmin epigenetik faktörlerle birleştiğinde glukokortikoid salınımı üzerinde etkili olduğu düşünülmüştür.<sup>111,115,116</sup>

#### **2.3.5.4.3 Görüntüleme Çalışmaları**

TSSB'nin beyin bölgelerinin anatomik yapısına ve işlevlerine etkisi araştırılmıştır. Fakat çalışmalar daha çok erişkin hastalar üzerinde yapılmıştır.

Erişkinlerle yapılan görüntüleme ve prelinik çalışmaların aksine, birçok pediatrik çalışmada hipokampal atrofi gösterilememiştir.<sup>111,113,116</sup> Bu sonucun; tekrarlayan depresyon ataklarının ve alkol probleminin çocuklarda düşük oranda görülmesi, çeşitli gelişimsel faktörler ve prelinik çalışmaların yetişkin deney hayvanları ile yapılmış olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.<sup>91</sup> TSSB'si olan çocuklar ve ergenlerde medial ve posterior corpus kallosum bölgelerinin küçük olduğu tespit edilmiştir. Bu bölgeler emosyonel uyarı ile bellek işlevlerini düzenleyen bölgelerdir ki TSSB'de bu işlevlerle ilgili yakınmalar tanımlanmaktadır.<sup>91</sup>

TSSB tanısı bulunan erişkin hastalar ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı, korkutucu ve korkutucu olmayan görüntülere karşı beyin bölgelerindeki işlev değişikliklerinin incelendiği çalışmalarda; TSSB hastalarının korkutucu olmayan görüntülere karşı da duygusal tepki verdiği, bu sırada bazı beyin bölgelerinin aktive olduğu, bazı beyin bölgelerinde ise hipoaktivasyon olduğu gösterilmiştir. Dorsal anterior singulat korteks, insula ve amigdalada hiperaktivasyon olduğu bildirilirken; duygu düzenleme bölgeleri olarak bilinen medial prefrontal korteks, anterior singulat korteks, rostral anterior singulat korteks ve ventral medial frontal kortekste ise hipoaktivasyon olduğu rapor edilmiştir. Hipokampal aktivite ile ilgili yapılan çalışmalar tutarsız bilgiler sunsa da (hiper ya da hipo-aktivasyon); TSSB'de anormal hipokampal aktivite olduğu konusunda görüş birliği vardır.<sup>114</sup>

#### **2.3.5.5 Risk Faktörleri**

TSSB gelişimini öngören travmaya, çocuğa ve aileye ait bazı risk faktörleri tanımlanmıştır.

##### **2.3.5.5.1 Travma ile ilgili faktörler**

DSM-V'te travmatik olay ayrıntılı tanımlanmış ve travmatik olaya maruziyetin farklı yollarla olabileceği belirtilmiştir. Travma; kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanmayla karşılaşması ya da cinsel saldırıya uğramış olması olarak tanımlanmıştır. Kişi, travmatik olayı doğrudan yaşayabilir, başkalarının başına gelen olaylara tanık olabilir, bir aile yakını ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olaylar geldiğini

öğrenebilir ya da travmatik olayların hoş olmayan ayrıntılarıyla yineleyici bir biçimde ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalmış olabilir.<sup>84</sup> Travma ile ilgili travmanın beklenmedik oluşu, kronik oluşu, ciddiyeti TSSB'nin başlaması ve devam etmesinde önemli faktörlerdendir.<sup>91</sup> TSSB'nin, travmanın şiddeti ile doğrudan orantılı olduğu düşünülse de, bazı çalışmalar tersini ileri sürmektedir. Travma, TSSB için gerekli ancak yeterli değildir. Şiddetli bir travma ile karşılaşsa bile insanların çoğu TSSB belirtileri geliştirmemektedir. Sonuç olarak stresörün hastaya öznel anlamının da önemli olduğu fikir birliğine varılmıştır.<sup>51,117</sup>

#### **2.3.5.5.2 Çocuk ile ilgili faktörler:**

Çocuğun cinsiyeti, yaşı, içinde bulunduğu gelişimsel dönem, bilişsel düzeyi, kişilik özellikleri, premorbid ruhsal hastalığının varlığı ve bağlanma özelliklerinin TSSB gelişimini etkilediği düşünülmektedir. TSSB, kızlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir.<sup>51,115</sup> Travmanın çocuk üzerinde yaratacağı etkiyi belirleyenlerden biri kişinin içinde bulunduğu gelişimsel dönemidir. 1-2 yaşlarında yaşanan travma beden imgesinin oluşumunda ve ayrılıklara dayanıklılıkta olumsuzluklara yol açabilirken; aynı travma 4-5 yaşlarında iğdiş edilme düşlemlerini şiddetlendirebilmektedir. Ebeveynlerden birinin herhangi bir nedenle ölmesi 6 yaşından küçük bir çocuk için çok travmatik bir deneyim olabilir. Beklenen bir ölüm bile bu yaş çocuğa anlaşılmaz ve beklenmedik gelebilir; çocuk TSSB geliştirebilir. Çünkü ebeveynine, güvenliği için bağımlıdır.<sup>105,106,115</sup> Nörokognitif testlerde kötü performans gösteren çocukların travmaya maruz kaldıklarında TSSB geliştirme risklerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Zeka düzeyinin iyi olması çocuğu koruyan bir faktördür. Travmatik olaydan hemen sonra panik belirtilerinin görülmesi, kendi ya da ailesinden birinin hayatının tehlikede olduğunu düşünmüş olmak, travmatik olay öncesinde kişide anksiyete bozukluğunun olması diğer risk faktörleri arasındadır.<sup>115</sup> Bebeklik döneminde dezorganize bağlanma özellikleri gösterme, TSSB belirtilerinin şiddetini belirleyen unsurlardandır. Bu çocuklarda, anne-çocuk ilişkilerinin olumlu yönde teşvikinin TSSB riskini azaltabileceği düşünülmektedir.<sup>118</sup>

#### **2.3.5.5.3 Aile ile ilişkili faktörler:**

Ailede psikopatolojinin varlığı, erken dönem anne bebek ilişkisi, ailenin sorunlarla baş etme gücü ve ailenin travmaya tepkisinin çocuğun travmaya vereceği tepkiyi belirlediği

bilinmektedir. Çalışmalar; ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olmasının çocukta TSSB gelişimi için risk faktörü olduğunu göstermektedir.<sup>115</sup> Güvenli anne bebek ilişkisinin travmaya karşı koruyucu olduğu düşünülmektedir. Annenin uyarı boyutunu düzenleme işlevinin çocuk tarafından içselleştirilerek, kendiliğın düzenleyici işlevlerini oluşturduğu düşünülmüş; kötü anne bebek ilişkisi nedeniyle benlik kapasiteleri daha az gelişmiş olan çocukların travmaya karşı daha duyarlı olduğu belirtilmiştir.<sup>106</sup> Çocuklar ebeveynlerin travmaya verdikleri yanıtı bağılı tepki geliştirmektedirler. Özellikle küçük çocuklarda bu özellik daha belirgin görülmektedir. Ebeveynlerin travma ile iyi şekilde baş etmeleri, küçük çocuklarda travma belirtilerinin ciddi ve uzun sürmesini engellemektedir.<sup>88,89</sup> Çocuğun yaşadığı travmatik olay sonrası aile işlevselliğinin değişmesi ve ebeveynlerde TSSB gelişmesi nadir değildir. Ailede TSSB varlığı ve aile işlevselliğinin bozulmasının, çocukta TSSB gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. TSSB ve aile işlevselliğini araştıran bir çalışmada; TSSB tanısı almış kanserli ergenlerin %82'sinin annelerinin de TSSB tanısı aldığı, TSSB tanısı almış kanserli ergenlerin ailelerini kaotik yorumladığı bildirilmiştir.<sup>8</sup>

### **2.3.6 Klinik Özellikler**

Genelde erişkinler ile benzer stres tepkileri sergilemelerine rağmen, çocuklar gelişim dönemlerine göre farklı klinik özellikler gösterebilmektedirler. Yapılan gözlemlerde okul öncesi çocukların daha çok davranış sorunları olduğu, sıklıkla öfke patlamaları sergiledikleri; travmayı oyunda yeniden sahneleme, oyunda temasal daralma, ayrılık anksiyetesi, yeni korkuların gelişimi, kazanılmış becerilerde kayıp (tuvalet eğitimi) gibi döneme özgü belirtiler gösterdikleri bilinmektedir.<sup>86,87</sup> Okul çağı çocuklarının ve ergenlerin belirtileri erişkin TSSB belirtilerine benzemektedir. Okul çağı çocuklarında somatik belirtiler, odaklanamama ve ders başarısında düşme sık görülmektedir. Çocuklar kaçınma davranışlarının farkında olmayabilir ve bu hekimin bu belirti grubunu atlmasına neden olabilir.<sup>119</sup> Travma sonrası çocukta aşırı uyarılma belirtisi olarak aşırı hareketlilik görülebilir ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olarak yanlış yorumlanabilir.<sup>120</sup>

TSSB belirtileri; yeniden yaşantılama, kaçınma, bilişsel ve duygusal değişiklikler ve artmış uyarılmışlık belirtileri olarak gruplandırılmaktadır:

### **2.3.6.1 Yeniden yaşantılama belirtileri:**

Travmaya uğrayan çocuklarda en sık görülen belirti grubudur. Yaşanılan travma ile ilgili anıların, görüntülerin, düşüncelerin anımsanması ile artmış uyarılmışlık belirtileri, kaygı belirtileri ortaya çıkabilir. Çocuklar travmatik olayı oyunlarında canlandırabilirler. Travmatik olayla ilgili tekrarlayıcı sıkıntı veren rüyalar görme bu belirti grubu içinde olan yakınmalardır. Erişkinden farklı olarak çocuklarda, rüyalar travma ile ilişkili olmayabilir, korkutucu içerik çocuğun içinde bulunduğu döneme özgü “canavar” gibi temaları içerebilir.<sup>86,87</sup> Travmatik olayın yeniden oluyormuş gibi hissedildiği ya da davranıldığı, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırında olamamaya kadar gidebilen dissosiyasyon tepkileri görülebilir fakat bu belirti daha çok büyük çocuklarda görülmektedir.<sup>84</sup> Bu belirti grubu kendiliğinden ya da travmayı hatırlatan uyaranlardan sonra ortaya çıkabilir. Çocuk, uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli üzüntü, kaygı ve kontrol edilemeyen ağlama nöbetleri gibi ruhsal sıkıntı yaşayabilir; çarpıntı, nefes darlığı, nemli ve terli eller, bulantı ve baş dönmesi gibi fizyolojik belirtiler gösterebilirler.<sup>84,91</sup>

### **2.3.6.2 Kaçınma belirtileri**

Travmatik olayı hatırlatan anılar, düşünceler ya da duygulardan ve bu düşünceleri ya da duyguları uyandıran insan, yer, konuşma, etkinlik, nesne, durumlardan uzak durma çabaları gözlenebilir.<sup>84,120</sup> Yaşlılarının kendisini anlamadığını düşünüp arkadaş ilişkilerinden kaçınabilirler. Ailesine yaşadığı travmayı anlatmaktan kaçınabilir ve ailesi ile iletişimlerini azaltabilirler. Kaçınma davranışı, keyif veren aktivitelere ilgiye azalma, duygulanımda kısıtlılık şeklinde kendini gösterebilir. Çocuklar çoğu zaman kaçınma davranışlarının farkında değildir ve yaşadığı travmayı ifade etmekten kaçınabilirler. Bu nedenle yaşadığı olaydan etkilenmemiş gibi görünebilirler.<sup>86,87</sup> Kaçınma belirtilerinin varlığı TSSB şiddetini öngörmektedir.<sup>119</sup>

### **2.3.6.3 Düşünce ve duygudurumda olumsuz değişiklikler ile ilgili belirtiler**

“Kimseye güvenilmez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yer” gibi olumsuz inanışlara sahip olabilirler. Geleceğe umutsuz bakabilirler. Travmatik olayların nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kendisini ya da başkalarını suçlayabilirler. Süreklilik gösteren korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç gibi olumsuz duygusal durum gözlenebilir.



İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaşma ve olumlu duygular yaşayamama görülebilir. Önemli etkinliklere karşı ilgide ya da katılımıda belirgin olarak azalma olabilir. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamayabilirler.<sup>84</sup>

#### **2.3.6.4 Artmış uyarılmışlık belirtileri**

Yeniden bir travmaya maruz kalmaktan korkma ve bu nedenle sürekli tetikte olma hali görülebilir. Aşırı uyarılmışlık hali fiziksel belirtiler (karın ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi gibi), uyku ve iştah değişiklikleri şeklinde kendini gösterebilir. Uyku bozukluğu (Örn; uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan uyku) tabloya eklenebilir. Uykuya dalmakta güçlük, uyurgezerlik ve gece terörü gibi uyku bozuklukları ciddi ve kalıcı olabilir. Kötü bir şey olacak korkusu nedeniyle sürekli kaygılı olabilirler. Ebeveynlerden ayrılma korkusu, karanlık korkusu gibi yeni başlayan korkular gelişebilir.<sup>86,87</sup> Ani irkilme şeklinde tepki verme gözlenebilir. Saldırganlık, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları sık eşlik eden belirtilerendir. Oyun oynarken huzusuz oldukları gözlenebilir, oyunu devam ettirmekte zorlanabilirler. Odaklanma güçlükleri görülebilir. Yeni becerileri hatırlamak ve öğrenmekle ilgili zorluklar yaşayabilirler. Ders başarısında düşme görülebilir. Umursamaz, korkusuz davranışlar sergileyebilir ya da kendine zarar verici davranışlarda bulunabilirler.<sup>84,120</sup>

#### **2.3.7 Prognoz**

TSSB olan çocukların önemli bir kısmında TSSB belirtilerinin kronikleştiği ve etkin tedavi uygulanmadığında prognozun kötü olduğu bilinmektedir. Krystal'a göre çocukluk çağındaki travmalar gelişimde duraklamaya neden olmakta ve kişilik örüntüsünü belirlemektedir.<sup>105,106</sup> Çocukluk travması olan erişkinlerle yapılan izlem çalışmalarında TSSB'nin intihar girişimi, depresyon, disosiyatif bozukluk ve zayıf duygusal işlev açısından bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir.<sup>115</sup> TSSB bilişsel fonksiyonları da etkilemektedir. Travmaya uğrayan çocukların, TSSB belirtileri ile ilişkili olarak sağlıklı kontrollere kıyasla daha kötü bellek performansı gösterdiği bulunmuştur. Yürütücü işlevlerdeki bozulmanın çocuklarda akademik başarıyı azalttığı düşünülmektedir.<sup>121</sup>

TSSB diğer psikiyatrik hastalıkların gelişimi için de bir risk faktörüdür. TSSB'si olan çocuklarda en sık görülen psikiyatrik eştanı major depresif bozukluktur ve %37-48

oranında görülür.<sup>91</sup> TSSB'nin aynı zamanda sosyal fobi (%33), özgül fobi (%29), alkol bağımlılığı (%46), madde bağımlılığı (%25) riskini artırdığı bildirilmiştir.<sup>122</sup>

Travmayla karşılaştığında çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemi, önceki travma deneyimlerinin varlığı, travma öncesinde var olan ruhsal özellikler, genetik yatkınlık prognozu etkileyecektir. Travma ile ilgili olarak travmanın beklenmedik oluşu, kronik oluşu, ciddiyeti TSSB'nin başlaması ve devam etmesinde önemli faktörlerdendir.<sup>123</sup>

Sosyal desteğin yetersiz olması, psikososyal zorlukların devam etmesi, TSSB'nin kronikleşmesine neden olan önemli faktörlerdendir. Yeni başlayan madde kullanımı ve duygudurum bozukluğu kötü prognozla ilişkili bulunmuştur.<sup>91</sup>



### 3 GEREÇ VE YÖNTEM

Taşiaritmi tanısı almış çocuk ve ergenlerin ruhsal durumlarını, yaşam kalitelerini, TSSB belirtilerinin varlığını araştıran bu çalışma; elde edilen verilerin sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı kesitsel, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

#### 3.1 Katılımcıların Seçimi

Çalışmaya, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı'nda takip edilen, taşiaritmi tanısı almış 8–18 yaş arasındaki hastaların dosyaları incelenmiş, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan 30 olgu görüşmeye alınmıştır. Taşiaritmi dışında kronik hastalığının olması ve zeka geriliğinin bulunması çalışmada dışlanma kriterleri olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubunu Çocuk Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, 8-18 yaş aralığındaki 32 çocuk, ergen ve aileleri ile oluşturmuştur. Zeka geriliği olan, kronik hastalığı bulunan ve çocuk ruh sağlığı tarafından takip edilen çocuklar çalışmaya alınmamıştır.

#### 3.2 Yöntem

Görüşme sırasında ebeveynler ve çocuklara araştırmanın içeriği ve amacı açıklanmış, araştırmaya katılmayı kabul eden aileler ve çocuklar çalışmaya alınmıştır. Çocuk ve ailesi ile tanışma görüşmesi yapıldıktan sonra çocuk ve aileye dolduracağı formlar verilmiştir. Sadece annenin doldurması beklenen ilk form sosyodemografik bilgi formudur. Bu formda ailenin gelir düzeyi, aile yapısı, ailenin yaşadığı travmatik olaylar, çocuğun gelişim öyküsü ve taşiaritminin aileye ve çocuğa etkisini sorgulayan sorular bulunmaktadır. Annenin ruhsal durumunu belirlemek için ise genel sağlık anketi verilmiştir. Çocuğun taşiaritmisinin annede travmatik etki yaratıp yaratmadığı, görüşmeci eşliğinde doldurulan travmatik stres tepki ölçeği ile belirlenmiştir. Anneden daha sonra çocuğun yaşam kalitesini sorgulayan soruların olduğu yaşam kalitesi ölçeği ve çocuğun ruhsal sorunlarını sorgulayan güçler ve güçlükler anketini doldurması istenmiştir. Formları doldurduktan sonra anne ile görüşme yapılmıştır. Bu şekilde formları doğru doldurup doldurmadığı, formlarda çocukta ve kendisinde ruhsal sorun varlığını gösterecek maddeler işaretleyip işaretlemediği tespit edilmiş ve duruma göre gerekli önerilerde bulunulmuştur. Anne ile yapılan görüşme ortalama 45 dk. sürmüştür. Anne ile görüşme yapılırken çocuğa

doldurması için kaygı düzeyini belirleyen STAI ya da durumluk süreklilik kaygı envanteri, yaşam kalitesini ölçen yaşam kalitesi ölçeği, taşıaritminin travmatik etkilerini sorgulayan travma sonrası stress bozukluğu ölçeği, ailesinin kendisine karşı tutumunu sorgulayan ve taşıaritminin yaşamına olan etkilerini araştıran kısa bir form verilmiştir. Formları doldurduktan sonra çocukla işaretlediği maddeler üzerinden görüşme yapılmıştır. Çocukla yapılan görüşme ortalama 45 dk. sürmüştür. Testlerin sonucuna göre gerekli önerilerde bulunulmuştur. Çalışmaya alınan tüm olguların travma sonrası stres bozukluğu ölçekleri görüşmecisi eşliğinde doldurulmuştur.

Kontrol grubunda annelere sosyodemografik bilgi formu, genel sağlık anketi, çocuğu için dolduracağı yaşam kalitesi ölçeği, güçler ve güçlükler anketi verilmiştir. Sosyodemografik bilgi formu, taşıaritmisi olan hastalarda kullanılan formla aynı olmakla beraber taşıaritminin etkilerini sorgulayan sorular çıkartılarak oluşturulmuştur. Kontrol grubunda çocuklara ise kaygı düzeyini belirleyen STAI ya da durumluk süreklilik kaygı envanteri, yaşam kalitesini ölçen yaşam kalitesi ölçeği verilmiştir. Testler doldurulduktan sonra anne ve çocukla görüşme yapılmış; anne ile yapılan görüşme süresi ortalama 45 dk., çocuk ile yapılan görüşme süresi ortalama 45 dk.'dır.

### 3.3 Gereçler

#### 3.3.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik bilgi formları; ebeveynlerden ve tıbbi dosyadan alınan bilgilere göre araştırmacı tarafından hazırlanmış ve doldurulmuştur. Sosyodemografik bilgi formu altı bölümden oluşmaktadır:

1. Sosyodemografik bilgiler (çocuğun adı, soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, kardeş sayısı, eğitim durumu, ders başarısı)
2. Çocuğun gelişimine ilişkin bilgiler (gebelik, hamilelik ve doğum sonrası sorun varlığı, doğum zamanı, doğum kilosu, anne sütü alma, bakım veren kişi, geçirmiş olduğu önemli hastalık ya da kaza varlığı)
3. Ebeveynler ile ilgili bilgiler (anne ve babanın her birinin yaşı, mesleği ve eğitim durumu, ailenin aylık geliri, anne ve babanın evlilik durumu, evlilik sorunları ve süresi, annenin çocuğu doğurduğu yaş, ailede işsizlik ve süresi, ailede travmatik yaşam olayları)
4. Taşıaritmisi ile ilgili bilgi (tanısı, takip süresi, aldığı tedavi, acile başvuru sayısı, kardiyoversiyon yapılma durumu, hastaneye yatış ve süresi, ailede aritmi ve ani kardiyak ölüm öyküsü)
5. Tıbbi dosyalardan edinilen hastalığına ait bilgiler (tanısı, aldığı tedavi, ek hastalık varlığı)
6. Taşıaritmisi ile ilgili yaşam kalitesini sorgulayan sorular (taşiaritmisi nedeni ile egzersize ara verme, okul etkinliklerine ara verme, arkadaşları ile yaptığı etkinliklere ara verme, hastalığını gizleme, gelecek ile ilgili kaygı, evlenemeyeceği ya da meslek sahibi olamayacağını düşünme, ilaçtan memnuniyet durumu). Sorular E. Pulgaron'un hazırlamış olduğu "The Cardiac Arrhythmia Quality of Life for Youths" formundaki sorulara benzer olarak hazırlanmıştır.<sup>64</sup>

#### 3.3.2 Kısa Bilgi Formu:

Taşıaritmisi nedeni ailesini aşırı koruyucu bulma, ailesinin kendisi için endişelendiğini düşünme, egzersize ara verme, okul etkinliklerine ara verme, arkadaşlar ile yapılan etkinliklere ara verme, hastalığını gizleme, gelecek ile ilgili kaygı, evlenemeyeceği ya da meslek sahibi olamayacağını düşünme, ilaçtan memnuniyet durumu gibi taşıaritmisinin

çocuğun yaşamı üzerine etkilerini araştıran sorular bulunmaktadır. Sorular E. Pulgaron'un hazırlamış olduğu "The Cardiac Arrhythmia Quality of Life for Youths" formundaki sorulara benzer olarak hazırlanmıştır.<sup>64</sup>

### **3.3.3 Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ):**

ÇTSS-TÖ, çeşitli travmatik yaşantılar sonrasında çocuk ve ergenlerde ortaya çıkan stres tepkilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 20 maddelik, beşli likert tipi, yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Toplam puanın 12-24 arasında olması hafif TSSB tepkisi, 25-39 arası orta düzeyde, 40-59 arası ağır ve 60'ın üstü çok ağır TSSB tepkisine işaret etmektedir. 40 ve üzerindeki puanların klinik TSSB tanısı ile korele olduğu gösterilmiştir.<sup>124</sup>

DSM-IV'e göre TSSB tanı kriterlerinden A grubunu (travmatik yaşantı varlığı) 1. ve 2. maddeler araştırırken; 3, 4, 5, 6, 17 ve 19. maddeler B grubunu (yeniden yaşantılaşma); 7, 8, 9, 10, 14 ve 16. maddeler C (kaçınma); 11, 12, 15 ve 20. maddeler D grubu (artmış uyarılmışlık) belirtilerini değerlendirmektedir. Kalan iki madde ise yas ve regresyon ile ilişkilendirilmiştir.

Ölçek, TSSB belirtilerinin şiddetini araştırmak amacıyla Pynoos ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiştir.<sup>125</sup> Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ile geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erden ve ark. tarafından 1999 yılında yapılmış; Türkçe'de test-tekrar test güvenirliliği 0.86, görüşmeciler arası güvenirliliği 0.98 olarak bulunmuştur.<sup>126</sup>

### **3.3.4 Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI TX-I, STAI TX-II):**

STAI, 14 yaş ve üstü ergen ve yetişkinlerin kaygı düzeyini ölçmek için Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen bir ölçektir.<sup>127</sup> Envanterin birinci bölümü olan 20 maddeden oluşan Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecan tepkilerini değerlendirmektedir. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ise kişinin genelde yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu ölçek Likert tipinde olup "Hiç" ile "Tamamıyla" arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Durumluk - Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki

tersine dönmüş ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39 uncu maddeleri oluşturmaktadır. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılmaktadır. Elde edilen bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenmektedir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'dir. Böylece bireyin kaygı puanı elde edilmektedir. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. Envanterin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği N. Öner ve LeCompte tarafından 1977 yılında yapılmıştır.<sup>128</sup>

### **3.3.5 Çocuklar için Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)**

Çocuklarda durumluk (ÇDSKE-1) ve süreklilik (ÇDSKE-2) kaygı düzeylerini belirlemek için kullanılan ölçek Spielberger tarafından 1973 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından yapılmıştır. Her biri 20 madde içeren iki ayrı ölçekten oluşan ve toplam 40 madde içeren bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde belirtinin şiddetine göre 1, 2 ya da 3 olarak puanlanmaktadır. Sürekli Kaygı Envanteri; anksiyete yatkınlığının yanı sıra kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Çocuğun genellikle nasıl hissettiğini oluş sıklığına göre değerlendirmektedir "Evde sınırlarım bozulur" ya da "Ellerim titrer" gibi ifadeler, "hemen hemen hiç", "bazen" ve "sık sık" seçeneklerinden biriyle yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar 20-60 arasındadır, puanların artışı sürekli anksiyetede artışı ifade etmektedir. Durumluluk Kaygı Envanteri; çocuklardan o anda kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve "Kendimi çok öfkeli hissediyorum, öfkeli hissediyorum, hissetmiyorum" gibi ifadelerden en uygununu işaretlemeleri istenmektedir. Toplam madde sayısı 20'dir. Alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 60'tır.<sup>129</sup>

### **3.3.6 Güçler ve Güçlükler Anketi Anne-Baba Formu (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ):**

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir<sup>130-132</sup> Ülkemiz çocukları için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>133</sup> Anne- Baba formunun geçerlik güvenilirlik çalışması 4-18 yaş arası çocuğa sahip 250 ebeveyn ile yapılmıştır. Ölçekte yer alan 25 soru her biri

beş soru içeren dikkat eksikliği ve hiperaktivite, davranış sorunları, emosyonel sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlar olmak üzere 5 alt başlıkta toplanmıştır. Bu alt başlıklardan ilk 4'ü yaşanan güçlükleri, sosyal davranışlar ise güçlü yanları sorgulamaktadır. Her alt başlık kendi içinde değerlendirilip her biri için ayrı puan elde edilebildiği gibi, ilk dört başlığın toplamı ile “toplam güçlük puanı” da hesaplanabilmektedir.<sup>133</sup>

### **3.3.7 Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) (Pediatric Quality of Life Inventory):**

ÇİYKÖ 2-18 yaş grubu çocuklar için geliştirilmiş yaygın olarak kullanılan, kullanımı kolay, kısa sürede uygulanabilen, genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçeğin 2-4, 5-7, 8-12 ve 13-18 yaş grupları için, yaş grubu özellikleri dikkate alınarak hazırlanmış ayrı formlar bulunmaktadır.<sup>134</sup> 2-4 yaş grubu hariç ölçeğin ebeveyn ve çocuk için ayrı ayrı formları bulunmaktadır. 2-4 yaş grubunda sadece ebeveynden bilgi alınmaktadır. Her form toplam 23'er maddeden oluşmaktadır. Ölçek formlarında beş seçenekli, likert tipi yanıt skalası kullanılmıştır (0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sıklıkla, 4=her zaman). Maddelerden alınan puanlar doğrusal olarak 0-100 puan arasında bir değere çevrilir (0=100, 1=75, 2=50, 3=25, 4=0). 0-100 arasında değişebilen puanların artışı yaşam kalitesinin yüksekliğine işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal formunun, serebral palsili (SP) çocuklarda geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve SP'li çocuklarda tek başına veya SP modülü ile birlikte yaşam kalitesi değerlendirmesi için kullanılabileceği belirtilmiştir.<sup>134</sup> Ülkemizde ÇİYKÖ'nin tüm yaş grupları için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach alfa katsayısı) 8-12 yaş grubu çocuk formu için 0.86, ebeveyn formu için 0.88, 13-18 yaş grubu ergen formu için 0.82, ebeveyn formu için 0.87 olarak saptanmış ve tüm formların güvenilirliği yüksek olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin geçerliliği ise bilinen grup yöntemi ile değerlendirilmiş olup, 5-7 yaş grubu çocuk formu dışında diğer formlarının Türk dilinde geçerliğinin yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>135,136</sup>

### **3.3.8 Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ)**

Bu ölçek, Başoğlu ve arkadaşları (2001) tarafından, yetişkinlerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini araştırmak için geliştirilip, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Kişilerin kendi kendilerini son bir ay için değerlendirdikleri, dörtlü likert tipi



bir ölçektir. Her maddenin puanları 0-3 arasındadır ve ölçek toplam puanı maddelerin toplanması ile elde edilmektedir. İlk 17 maddesi DSM-IV'te belirtilen TSSB belirtilerini, son altı maddesi ise depresyon belirtilerini sorgulamaktadır. Bu 17 maddeden elde edilen puanın 25 ve üzerinde olması muhtemel TSSB'ye işaret etmektedir. Başoğlu ve arkadaşları TSSB için duyarlılık ve özgüllüğün %81 olduğunu bildirmişlerdir.<sup>137</sup>

### 3.3.9 Genel Sağlık Anketi (GSA)

1972 yılında Manchester Üniversitesi'nden Goldberg ve Hillier tarafından geliştirilen Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire), toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruhsal rahatsızlıkları saptamak amacı ile oluşturulmuş, hastanın kendisinin doldurduğu bir tarama testidir. Kısa, uygulaması kolay bir test olmasının yanı sıra ruhsal sorunu olduğu halde kişiyi psikiyatri dışı bir kliniğe başvurmaya sevk edecek türden rahatsızlıkları saptaması amaçlanmıştır. GSA'nın oniki maddelik GSA-12 formu ve alt ölçeklerinin bulunduğu GSA-28 formu bulunmaktadır. Dört alanla ilgili maddeler seçilmiştir: Depresyon, anksiyete, objektif olarak gözlenen davranış ve hipokandriyazis. Anket, kişinin son zamanlarda belirli bir yakınmasının olup olmadığını araştıran sorulardan oluşmaktadır. Her bir soru, "her zamankinden az" ile "her zamankinden çok fazla" arasında değişen dört derecelendirmeden oluşmaktadır. Anket her biri 7 maddeden oluşan 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçekler aşağıdadır:

A1-A7 Hipokandriyazis

B1-B7 Anksiyete ve uykusuzluk

C1-C7 Sosyal fonksiyonlarda bozulma

D1-D7 Ağır depresyon

GSA'nın puanlanmasında iki yöntem kullanılmaktadır. Birincisi, dörtlü ölçeğin 0, 1, 2 ve 3 olarak puanlanmasıdır. Diğer yöntem ise Goldberg tarafından GSA için geliştirilen 0 ve 1'lerin "0", 2 ve 3'lerin "1" şeklinde puanlanmasıdır. Çalışmamızda GSA tipi puanlama kullanılmıştır. Ruhsal bozukluk belirtisi puanı 4 ve daha az olan bireyler teste göre normal olarak kabul edilirken; 5 ve daha fazla puan alan bireyler, "ruhsal bozukluk var" olarak değerlendirilmiştir.<sup>138</sup>

GSA-12 ve GSA-28'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kılıç C. (1996) tarafından yapılmıştır. Türkiye'deki çalışmada ROC analizi sonucunda GSA-28 için kesme puanı 4/5 olarak hesaplanmıştır. GSA-28'in türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında; Cronbach

alfa katsayısı  $r=0.84$ , test-tekrar güvenilirliği  $r=0.70$ , yarı test güvenilirliği korelasyon katsayısı  $r=0.67$  olarak hesaplanmıştır.<sup>139</sup>

### **3.4 Verilerin İstatistiksel Analizi**

Verilerin analizi SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Kategorik veriler ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Shapiro Wilk testi ile araştırılmıştır. Normal dağılım göstermeyen iki grup arasındaki değişkenler için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler arasındaki korelasyonun yönünü ve düzeyini belirlemek için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak  $p \leq 0.05$  olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

## 4 BULGULAR

### 4.1 Grupların Genel Yapısı:

#### 4.1.1 Sosyodemografik Özellikler

Taşaritmli grubunda 30, kontrol grubunda 32 olmak üzere toplam 62 çocuk ve aile çalışmaya alınmıştır. Hasta grubunun 17'si (%56,7) kız, 13'ü (%43,3) erkek; kontrol grubunun 20'si (62,5) kız, 12'si (37,5) erkektir ( $x=0,219$ ,  $df=1$ ,  $p=0,640$ ). Hasta grubunun yaş ortalaması  $13\pm 2,7$ , kontrol grubunun yaş ortalaması  $11,9\pm 2,5$ 'dir ( $u=369,000$ ,  $z=-1,574$ ,  $p=0,116$ ). Hasta ve kontrol grubunun cinsiyet ve yaş ortalamaları benzer bulunmuştur.

Eğitim ve ders başarısına bakıldığında; hasta grubunda okula devam yılı ortalama  $7,4\pm 2,7$ , kontrol grubunda  $6,3\pm 2,6$  ( $u=370,000$ ,  $z=-1,564$ ,  $p=0,118$ ); hasta grubunda okumaya başlama yaşı  $7\pm 0,5$ , kontrol grubunda  $6,9\pm 0,3$  ( $u=424,000$ ,  $z=-1,146$ ,  $p=0,252$ ); hasta grubunda ders başarısı  $4\pm 1$ , kontrol grubunda  $4,1\pm 0,9$ 'dur ( $u=472,500$ ,  $z=-1,113$ ,  $p=0,910$ ). Hasta ve kontrol grubu arasında eğitim ve ders başarısı açısından istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır.

Gruplar arasında ebeveynlerle ilişkili özellikler karşılaştırıldığında; hasta grubunda anne yaşı ortalaması  $38,6\pm 6,5$ , kontrol grubunda  $37\pm 4,5$  ( $u=424,000$ ,  $z=-0,791$ ,  $p=0,429$ ); hasta grubunda baba yaşı ortalaması  $42,7\pm 5,3$ , kontrol grubunda  $41,5\pm 4,4$ 'dur ( $u=421,000$ ,  $z=-0,833$ ,  $p=0,405$ ). Ebeveynlerin medeni durumu incelendiğinde; hasta grubunun 27'sinin (%90) evli olduğu, 3'ünün (%3) evli olmadığı; kontrol grubunun 31'inin (%96,9) evli olduğu, 1'inin (%3,1) evli olmadığı bulunmuştur. Anne, baba yaşı ve medeni durum açısından gruplar arasında fark bulunmamaktadır.

Çizelge 1'de görüldüğü gibi her iki grubun aylık gelir durumu, anne ve babanın eğitim düzeylerinin benzer olduğu görülmüştür. Anne ve babaların çalışma durumu incelendiğinde ise hasta ve kontrol grubunda tüm babaların çalıştığı; annelerin çalışma sıklığının ise kontrol grubunda daha fazla olduğu bulunmuştur ( $x=4,719$ ,  $df=1$ ,  $p=0,030$ ).

**Çizelge 1 Grupların ebevenlerinin gelir düzeyi, eğitim ve çalışma durumlarının dağılımı**

	Taşıartmi (TA)		Kontrol		İstatistiksel analiz		
	N	%	N	%	x	df	p
<b>Gelir düzeyi</b>							
2000tl altı	17	56,7	14	43,8	1,033	1	0,309
2000tl üstü	13	43,3	18	56,3			
<b>Anne eğitim düzeyi</b>							
İlköğretim	14	46,7	13	40,6	0,230	1	0,63
Lise	16	53,3	19	59,4			
<b>Baba eğitim düzeyi</b>							
İlköğretim	9	30	8	25	0,195	1	0,65
Lise	21	70	24	75			
<b>Anne meslek</b>							
Çalışıyor	7	23,3	16	50	4,719	1	<b>0,030*</b>
Çalışmıyor	23	76,7	16	50			
<b>Baba meslek</b>							
Çalışıyor	30	100	32	100			
Çalışmıyor	0		0				

Ki-kare testi, \*p≤0.05

#### 4.1.2 Travmatik Yaşam Olaylarına İlişkin Bulgular

Ailede işsizlik, evlilikte ruhsal sorun yaşama, doğal afete uğrama, aileden birinin kaybı ve aileyi etkileyen hastalık durumu gibi travmatik olabilecek olaylar ile ilgili değişkenler açısından hasta ve kontrol grubu arasında fark bulunmadığı saptanmıştır (Çizelge 2).

Çizelge 2 Gruplar arası travmatik yaşam olaylarına ilişkin dağılım

	TA n=30		Kontrol n=32		İstatistiksel analiz		
	N	%	N	%	x	df	p
İşsizlik	1	33,3	8	25	0,522	1	0,470
Evlilikte ruhsal sorun	8	26,7	9	28,1	0,017	1	0,898
Doğal afet	13	43,3	17	53,1	0,594	1	0,441
Aileden birinin kaybı	8	26,7	6	18,8	0,555	1	0,456
Aileyi etkileyen hastalık	9	30	6	81,3	1,069	1	0,301

Ki-kare testi, \*p≤0.05

#### 4.1.3 Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası ile İlgili Bulgular

Hasta grubunda gebeliği planlı olanlar 22 (%73,3), kontrol grubunda 20 (%62,5) kişidir (x=0,832, df=1, p=0,362). Gebelikte tıbbi sorun yaşayanlar hasta grubunda 5 (%16,7), kontrol grubunda 3 (%9,4) kişidir (Fisher's exact test=0,467). Hasta grubunda 2 (%6,7), kontrol grubunda 1 (%3,1) kişinin doğumu normal zamanında olmamıştır (Fisher's exact test=0,607). Hasta ve kontrol grubunda hiçbir çocukta doğum ve doğum sonrası tıbbi komplikasyon gelişmediği öğrenilmiştir. Anne sütü alma süreleri hasta (14±11ay) ve kontrol (16 ±9 ay) grubunda benzer bulunmuştur (u=379,000, z=-1,027, p=0,304). Hasta grubunda 4 (%13,3), kontrol grubunda 7 (%21,9) anne loğusalık depresyonu geçirmiştir (x=0,774, df=1, p=0,379). Hasta grubunun 28'inde (%96,7), kontrol grubunun 29'unda (%87,5) temel bakım veren kişi annedir (Fisher's exact test=0,355). Hasta grubunda 12

(%40), kontrol grubunda 7 (%21,9) kişi önemli bir hastalık geçirmiştir ( $x=2,393$ ,  $df=1$ ,  $p=0,122$ ).

Gebeliğin planlanma durumu, gebelik-doğum ve doğum sonrası tıbbi komplikasyon varlığı, doğum zamanı, annede gebelik sonrası depresyon varlığı, anne sütü alma süresi, çocuğun geçirmiş olduğu önemli hastalık varlığı, çocuğa bakım veren kişi gibi değişkenler açısından iki grubun birbirinden farklı olmadığı saptanmıştır.

#### 4.1.4 Taşiaritmi ile İlgili Değişkenler

Çizelge 3'te görüldüğü gibi hastaların 24'ünün (%80) SVT tanısı aldığı; hastaların 16'sının (%53,3) 11 ve üzeri yaşta tanı aldığı, 7'sinin (%23,3) ablasyon geçirdiği, 11 (%36,7) kişinin taşiaritmi nedeni ile hastaneye yatışının olduğu, 15'inin (%50) ritim düzenleyen ilaç kullandığı saptanmıştır.

**Çizelge 3 Taşiaritmi grubunda hastalığa ilişkin değişkenler**

		N	%
<b>Hastalık tanısı</b>	SVT	24	80
	SVT+WPW	1	3,33
	WPW	3	10
	WPW+Ebstein anomalisi	1	3,33
	VT	1	3,33
<b>Tanı aldığı yaş</b>	1-5	4	13,3
	6-10	10	33,3
	11 ve üzeri	16	53,3
<b>Ablasyon</b>	Evet	7	23,3
	Hayır	23	76,7
<b>Hastaneye yatış</b>	Evet	11	36,7
	Hayır	19	63,3
<b>İlaç kullanımı</b>	Evet	15	50
	Hayır	15	50

SVT: Supraventriküler taşiaritmi, WPW: Wolf Parkinson White, VT: Ventriküler taşiaritmi

Hastalarda ortalama çarpıntı süresi  $59,9\pm 114,4$  dakika, takip süresi ortalama  $2,9\pm 2,3$  yıl, ilaç kullanım süresi ortalama  $5,2\pm 8,8$  ay, acil başvuru sayısı ortalama  $3,5\pm 1,5$ , hastane yatış sayısı ortalama  $0,5\pm 0,9$  bulunmuştur.

## 4.2 Katılımcılar Tarafından Doldurulan Ölçeklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin ruhsal sorunları ve yaşam kalitesine ilişkin bulguları yer almaktadır.

### 4.2.1 Çocuk ve Ergenlerin Ruh Sağlığına İlişkin Ölçeklerin Değerlendirilmesi

Çizelge 4 Çocuk ve ergenlerin kaygı düzeylerine ilişkin bulgular

	Hasta		Kontrol		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	p
<b>STAI TX-I</b>	39,5	11,5	44	10,7	42,000	-0,855	0,393
<b>STAI TX-II</b>	50,3	13,5	43,8	6,3	33,000	-1,494	0,135
<b>DSKE-D</b>	30,5	6,7	28,8	6,3	174,000	-0,869	0,385
<b>DSKE-S</b>	36,6	6,9	32	6,9	133,000	-1,948	0,051

Mann Whitney U testi \* $p \leq 0.05$

STAI TX-I: Spielberger durumluk sürekli kaygı ölçeği- durumluk, STAI TX-II: Spielberger durumluk-sürekli kaygı ölçeği- sürekli, DSKE-D: Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri- durumluk, DSKE-S: Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri-sürekli

Hasta ve kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Çizelge 4).

Çizelge 5’de hasta ve kontrol grubunun güçler ve güçlükler anketi (GGA) sonuçları ile ilgili bulgular bulunmaktadır. Hasta ve kontrol grubu GGA toplam ve GGA güçlükler alt ölçeklerinden (emosyonel sorunlar, davranışsal sorunlar, DEHB, akran sorunları) aldıkları puanlar açısından benzer olarak bulunmuştur. Güçler alt ölçeği olan olumlu sosyal davranış puanları açısından ise kontrol grubunun hasta grubundan anlamlı olarak daha fazla puan aldığı saptanmıştır.

**Çizelge 5 Çocuk ve ergenlerin GGA puan ortalamaları**

GGA	Hasta		Kontrol		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
<b>Olumlu sosyal davranış</b>	8	1,8	9,3	1,0	281,500	-2,954	<b>0,003*</b>
<b>Emosyonel sorunlar</b>	2,2	2,0	1,4	1,6	379,000	-1,459	0,144
<b>Davranışsal sorunlar</b>	1,3	1,2	1	1,2	416,500	-0,937	0,349
<b>DEHB</b>	2,8	2,2	2,6	2,8	428,500	-0,737	0,461
<b>Akran sorunları</b>	2,1	1,6	1,7	1,8	414,500	-0,944	0,345
<b>Toplam</b>	8,5	5,1	6,9	5,1	388,000	-1,300	0,194

Mann Whitney U testi, \*p≤0.05

GGA: Güçler ve güçlükler anketi, DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

Çizelge 6'da taşiaritmisi olan çocukların ÇTSS-TÖ puanları verilmiştir. 12'den düşük puan alanlar (TSSB yok) 18 (%60), 12 ve üstü puan alanlar 12 (%40) kişidir. Hastaların sadece 2'si 40 ve üstü puan almıştır.

**Çizelge 6 Taşiaritmisi olan çocukların ÇTSS-TÖ puan ortalamaları**

ÇTSS-TÖ puanları	Ortalama	Ss
<b>Yeniden yaşantılama</b>	<b>5,96</b>	<b>4,75</b>
<b>Kaçınma</b>	<b>4,26</b>	<b>4,39</b>
<b>Artmış uyarılmışlık</b>	<b>2,33</b>	<b>2,32</b>
<b>Toplam</b>	<b>16,93</b>	<b>12,55</b>



#### 4.2.2 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Çizelge 7 ve 8’de görüldüğü gibi hasta ve kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında fark olmadığı saptanmıştır.

Çizelge 7 Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği-çocuk ve ergen formu puan ortalamaları

ÇIYKÖ Çocuk ve Ergen Formu	Hasta		Kontrol		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
<b>Fiziksel İşlevsellik</b>	78,5	16,2	80	15,3	449,000	-0,438	0,661
<b>Psikososyal İşlevsellik</b>	75,8	16,2	82,2	11,6	375,500	-1,475	0,140
<b>Toplam</b>	76,7	13,7	81,4	11,1	376,500	-1,460	0,144,

Mann Whitney U testi, \*p≤ 0.05

ÇIYKÖ: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği

Çizelge 8 Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği-anne baba formu puan ortalamaları

ÇIYKÖ Anne ve Baba Formu	Hasta		Kontrol		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
<b>Fiziksel İşlevsellik</b>	84,4	19,0	90,5	13,5	383,000	-1,405	0,160
<b>Psikososyal İşlevsellik</b>	80,9	17,3	87,2	12,2	375,000	-1,483	0,138
<b>Toplam</b>	82,1	16,7	88,3	11,1	381,000	-1,396	0,163

Mann Whitney U testi, \*p≤ 0.05

ÇIYKÖ: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği

#### 4.2.3 Annelerin Ruh Sağlığına İlişkin Ölçeklerin Değerlendirilmesi

Çizelge 9 Annelerin GSA puan ortalamaları

GSA	Hasta		Kontrol		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
Hipokondriyazis	1,5	1,9	0,7	1,6	378,500	-1,6538	0,090
Anksiyete	2,1	1,3	0,8	1,8	334,5	-2,267	<b>0,023*</b>
Depresyon	0,5	1,2	0,4	1,3	441,000	-0,718	0,473
Sosyal İşlevsellikte Bozulma	0,6	1,4	0,5	1,2	398,000	-1,309	0,192
<b>Toplam</b>	5,2	5,8	2,7	5,5	363,500	-1,700	0,089

Mann Whitney U testi \* $p \leq 0.05$

GSA: Genel sağlık anketi

Hasta ve kontrol grubunun annelerinin GSA'dan aldıkları puanların karşılaştırmalı bulguları çizelge 9'da verilmiştir. Annelerin doldurduğu GSA puanlarının karşılaştırmasında; GSA toplam puan, hipokondriyak belirtiler, depresif belirtiler, sosyal işlevsellik ile ilgili belirtiler açısından iki grup arasında fark olmadığı; anksiyete alt ölçeği açısından hasta grubundaki annelerin daha fazla belirti gösterdiği bulunmuştur.

Çizelge 10'da taşıyıcılığı olan çocukların annelerinin TSBÖ puan ortalamaları verilmiştir. Annelerin 17'si (%56,6) TSTÖ ölçeğinden olası TSSB için kesme noktası olarak bildirilen 25 ve üstü puan almıştır.

**Çizelge 10 Taşıyıcılığı grubunda annelerin TSBÖ puan ortalamaları**

<b>TSBÖ puanları</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Ss</b>
<b>Yeniden yaşantılama</b>	<b>8,96</b>	<b>3,14</b>
<b>Kaçınma</b>	<b>9,26</b>	<b>3,10</b>
<b>Artmış uyarılmışlık</b>	<b>8,36</b>	<b>22,98</b>
<b>Toplam</b>	<b>26,60</b>	<b>8,34</b>

### 4.3 Taşiaritmsi Olan Çocuklar ve Annelerinin Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlerle İlişkisinin Değerlendirilmesi

#### 4.3.1 Taşiaritmsi Olan Çocuk ve Ergenlerin Ruh Sağlığının ve Yaşam Kalitesinin Bazı Değişkenlerle İlişkisi

##### 4.3.1.1 Cinsiyet Değişkeni Açısından Ruhsal Sorunların ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Hasta grubunda cinsiyete göre kaygı puanlarının karşılaştırması ile ilgili bulgular Çizelge 11'de verilmiştir. Ergenlerde kız ve erkeklerin kaygı puanlarının benzer olduğu, 14 yaş altındaki çocuklarda erkeklerin daha kaygılı olduğu bulunmuştur.

Çizelge 11 TA grubunun kaygı puanlarının cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılması

	Kız n=17		Erkek n=13		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
<b>STAI TX-I</b>	38,4	9,0	41,2	15,4	17,000	-0,081	0,935
<b>STAI TX-II</b>	47,0	14,6	55,0	11,6	11,000	-1,057	0,290
<b>DSKE-D</b>	28,6	5,6	33,0	7,5	26,500	-1,202	0,229
<b>DSKE-S</b>	34,1	7,8	39,7	4,3	17,500	-2,003	<b>0,045*</b>

Mann Whitney U Testi \*p≤ 0.05

STAI TX-I: Spielberger durumluk sürekli kaygı ölçeği- durumluk, STAI TX-II: Spielberger durumluk-sürekli kaygı ölçeği- sürekli, DSKE-D: Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri- durumluk, DSKE-S: Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri-sürekli

**Çizelge 12 TA grubunun GGA puanlarının cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılması**

GGA	Kiz n=17		Erkek n=13		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
<b>Olumlu sosyal davranış</b>	8,29	2,0	7,69	1,6	85,000	-1,092	0,275
<b>Emosyonel sorunlar</b>	2,35	2,2	2,07	1,9	105,000	-0,235	0,814
<b>Davranışsal sorunlar</b>	1,05	1,1	1,76	1,3	76,000	-1,507	0,132
<b>DEHB</b>	2,64	2,3	3,07	2,2	99,500	-0,466	0,641
<b>Akran sorunları</b>	1,52	1,1	2,84	1,8	61,500	-2,090	<b>0,037*</b>
<b>Toplam</b>	7,58	5,3	9,76	4,8	83,500	-1,134	0,257

Mann-Whitney U testi, \* $p \leq 0.05$

GGA: Güçler ve güçlükler anketi, DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

Çizelge 12’de görüldüğü gibi erkek cinsiyette olanların kızlara göre akran sorunları alt ölçeğinden daha fazla puan aldıkları görülmektedir. Emosyonel ve davranışsal sorunlar, DEHB, GGA toplam ve olumlu sosyal davranış puanları açısından cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

**Çizelge 13 TA grubunun yaşam kalitesi ölçek puanlarının cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Çocuk ve Ergen Formu	Kız n=17		Erkek n=13		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
<b>Fiziksel İşlevsellik</b>	79,59	18,5	77,16	13,0	95,500	-0,631	0,528
<b>Psikososyal İşlevsellik</b>	81,66	13,7	68,20	16,7	56,000	-2,287	<b>0,022*</b>
<b>Toplam</b>	80,94	13,4	71,32	12,5	68,000	-1,782	0,075
<b>ÇİYKÖ Anne ve Baba Formu</b>							
<b>Fiziksel İşlevsellik</b>	88,41	20,2	79,32	16,9	60,000	-2,147	<b>0,032*</b>
<b>Psikososyal İşlevsellik</b>	84,70	16,0	76,02	18,4	79,000	-1,321	0,186
<b>Toplam</b>	85,99	16,4	77,17	16,4	72,000	-1,613	0,107

Mann-Whitney U testi, \*p≤0.05

ÇİYKÖ: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği

Çizelge 13’de çocukların bildirdiği psikososyal yaşam kalitesi alt ölçeğinden erkeklerin daha düşük puan aldıkları; annenin bildirdiği ölçeklerde erkek çocukların fiziksel yaşam kalitesi alt ölçeğinden kızlardan daha düşük aldıkları görülmüştür.

#### 4.3.1.2 Taşarıitmi ile İlgili Değişkenler Açısından Ruhsal Sorunların ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Hastalıkla ilgili değişkenler ile çocuk ve ergenlerin STAI, DSKE VE GGA paunlarının ilişkili olmadığı saptanmıştır (Çizelge 14).

Çizelge 14 STAI, DSKE VE GGA puanlarının hastalıkla ilgili değişkenlerle ilişkisi

	Çarpıntı süresi	Acile başvuru sayısı	Hastaneye yatış sayısı	İlaç kullanım süresi	Takip süresi
<b>STAI TX-II</b>	-0,211	0,091	-0,180	-0,437	-0,064
<b>DSKE-S</b>	0,058	0,241	0,188	0,282	-0,056
<b>GGA Olumlu sosyal davranış</b>	-0,031	-0,218	0,220	-0,118	-0,116
<b>GGA Emosyonel sorunlar</b>	-0,174	0,146	-0,113	-0,157	0,005
<b>GGA Davranışsal sorunlar</b>	-0,329	-0,160	-0,346	0,122	-0,168
<b>GGA DEHB</b>	-0,178	-0,038	-0,019	-0,048	0,002
<b>GGA Akran sorunları</b>	0,156	-0,146	-0,111	0,244	0,041
<b>GGA Toplam puan</b>	-0,171	-0,044	-0,201	0,019	-0,051

Spearman korelasyon analizi. \* $p \leq 0.05$

STAI TX-II: Spielberger durumluk-sürekli kaygı ölçeği- sürekli, DSKE-S: Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri-sürekli, GGA: Güçler ve güçlükler anketi, DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

İlaç kullanım süresinin annenin bildirdiği fiziksel yaşam kalitesi puanları ile ilişkili olduğu; diğer değişkenlerin ÇİYKÖ'ne etkisi olmadığı bulunmuştur (Çizelge 15).

**Çizelge 15 ÇİYKÖ puanlarının hastalıkla ilgili değişkenlerle ilişkisi**

<b>ÇİYKÖ Çocuk ve Ergen Formu</b>	<b>Çarpıntı süresi</b>	<b>Acile başvuru sayısı</b>	<b>Hastaneye yatış sayısı</b>	<b>İlaç kullanım süresi</b>	<b>Takip süresi</b>
<b>Fiziksel İşlevsellik</b>	0,053	-0,311	0,023	-0,258	-0,006
<b>Psikososyal İşlevsellik</b>	-0,077	-0,251	0,059	-0,094	-0,146
<b>Toplam</b>	0,018	-0,358	0,070	-0,112	-0,102
<b>ÇİYKÖ Anne ve Baba Formu</b>					
<b>Fiziksel İşlevsellik</b>	0,095	-0,031	0,109	<b>-0,466**</b>	-0,209
<b>Psikososyal İşlevsellik</b>	0,162	-0,133	-0,023	-0,072	-0,119
<b>Toplam</b>	0,185	-0,105	-0,020	-0,207	-0,183

Spearman korelasyon analizi. \* $p \leq 0.05$ , \*\* $p \leq 0.01$

ÇİYKÖ: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği



#### 4.3.1.2.1 Ablasyon uygulamasının ruh sağlığına ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi:

Ablasyon geçirenler ile geçirmeyenler arasında kaygı, GGA puanları ve yaşam kalitesi açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Çizelge 16, 17, 18).

**Çizelge 16 Ablasyon varlığı ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki**

	Ablasyon var (n=7)		Ablasyon yok (n=23)		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
<b>STAI TX-I</b>	39,66	15,1	39,55	11,2	13,000	-0,093	0,926
<b>STAI TX-II</b>	56,00	8,8	48,44	14,7	9,500	-0,741	0,459
<b>DSKE-D</b>	28,75	3,5	31,07	7,4	23,500	-0,479	0,632
<b>DSKE-S</b>	36,25	7,4	36,71	7,1	25,000	-0,319	0,750

Mann Whitney U testi \* $p \leq 0.05$

STAI TX-I: Spielberger durumluk sürekli kaygı ölçeği- durumluk, STAI TX-II: Spielberger durumluk-sürekli kaygı ölçeği- sürekli, DSKE-D: Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri- durumluk, DSKE-S: Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri-sürekli

**Çizelge 17 Ablasyon varlığı ile GGA puanları arasındaki ilişki**

<b>GGA</b>	<b>Ablasyon geçiren (n=7)</b>		<b>Ablasyon geçirmeyen(n=23)</b>		<b>İstatistiksel analiz</b>		
	<b>Ortalama</b>	<b>Ss</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Ss</b>	<b>U</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>Olumlu sosyal davranış</b>	8,00	1,63	8,04	1,94	75,500	-0,251	0,802
<b>Emosyonel sorunlar</b>	2,57	1,39	2,13	2,26	64,000	-0,825	0,409
<b>Davranışsal sorunlar</b>	1,57	1,61	1,30	1,14	74,000	-0,333	0,739
<b>DEHB</b>	2,57	2,43	2,91	2,25	77,000	-0,174	0,862
<b>Akran sorunları</b>	1,28	1,38	2,34	1,61	51,000	-1,474	0,140
<b>Toplam</b>	8,00	5,38	8,69	5,22	77,000	-0,172	0,863

Mann-Whitney U testi, \* $p \leq 0.05$

GGA: Güçler ve güçlükler anketi, DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

Çizelge 18 Ablasyon varlığı ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki

	Ablasyon geçiren (n=7)		Ablasyon geçirmeyen(n=23)		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
<b>ÇİYKÖ Çocuk ve Ergen Formu</b>							
<b>Fiziksel İşlevsellik</b>	75,89	12,4	79,34	17,3	66,000	-0,715	0,475
<b>Psikososyal İşlevsellik</b>	73,09	14,8	76,66	16,9	68,500	-0,590	0,555
<b>Toplam</b>	74,06	11,7	77,59	14,4	65,500	-0,737	0,461
<b>ÇİYKÖ Anne ve Baba Formu</b>							
<b>Fiziksel İşlevsellik</b>	79,91	27,9	85,86	16,0	71,000	-0,473	0,636
<b>Psikososyal İşlevsellik</b>	73,57	19,2	83,18	16,5	50,000	-1,499	0,134
<b>Toplam</b>	75,77	20,5	84,12	15,4	54,000	-1,301	0,193

Mann-Whitney U testi, \*p≤0.05

ÇİYKÖ: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği

#### 4.3.1.3 TA Grubunda Annenin Ruh Sağlığının Çocuğun Ruh Sağlığı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çizelge 19’da görüldüğü gibi annelerin TSBÖ, GSA puanları ile çocukların GGA ve ÇİYKÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. Ayrıca annelerin kaygı puanları ile çocuğun yaşam kalitesi, emosyonel sorunlar ve toplam GGA puanları ilişkili bulunmuştur (Çizelge 20, 21).

**Çizelge 19 Annenin ruhsal durumu ile çocuğun ruhsal durumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki**

	GGA	ÇTSS-TÖ	TSBÖ	GSA	Anne ÇİYKÖ	ÇİYKÖ
Anne ÇİYKÖ	-0,654**	-0,244	-0,629**	-0,573**	-	0,668**
GSA	0,497**	0,108	0,481**	-	-0,573**	-0,469**
TSBÖ	0,598**	0,093	-	0,481**	-0,629**	-0,401*
ÇTSS-TÖ	0,057	-	0,093	0,108	-0,244	-0,532**
GGA	-	-0,057	0,598**	0,497**	-0,654**	-0,427*
STAI-S	0,375	0,701*	0,105	0,516	-0,412	-0,889**
DSKE-S	0,091	0,232	0,039	0,092	-0,427	-0,678**

Spearman korelesyon analizi. \*p≤0,05, \*\*p≤0,01

STAI TX-II: Spielberger durumluk-sürekli kaygı ölçeği- sürekli, DSKE-S: Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı ölçeği-sürekli, GGA: Güçler ve güçlükler anketi, ÇİYKÖ: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, TSBÖ: Travmatik stres belirti ölçeği ÇTSS-TÖ: Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği, GSA: Genel sağlık anketi

**Çizelge 20 Annenin kaygı puanları ile ÇİYKÖ arasındaki ilişki**

	ÇİYKÖ Fiziksel	ÇİYKÖ Psikososyal	ÇİYKÖ Toplam	Anne ÇİYKÖ Fiziksel	Anne ÇİYKÖ Psikososyal	Anne ÇİYKÖ Toplam
GSA Anksiyete	-0,378*	-0,402*	-0,457	-0,183	-0,547**	-0,484**

Spearman korelesyon analizi. \*p≤0.05, \*\*p≤0,01

ÇİYKÖ: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, GSA: Genel sağlık anketi

**Çizelge 21 Annelerin kaygı puanlarıyla çocuğun GGA puanları arasındaki ilişki**

	GGA Olumlu sosyal davranış	GGA Emosyonel sorunlar	GGA Davranışsal sorunlar	GGA DEHB	GGA Akran sorunları	GGA Toplam
GSA Anksiyete	-0,011	0,684**	0,289	0,256	0,086	0,430*

Spearman korelesyon analizi. \*p≤0.05, \*\*p≤0,01

GSA: Genel sağlık anketi, GGA: Güçler ve güçlükler anketi

#### 4.3.1.4 TA Grubunda Anne ve Çocukların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması

Çizelge 22’de hasta grubunda anne ve çocuğun bildirdiği ÇİYKÖ puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

**Çizelge 22 ÇİYKÖ çocuk ve anne formlarının karşılaştırılması**

ÇİYKÖ	ÇOCUK		ANNE		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
Fiziksel İşlevsellik	78,54	16,2	84,47	19,0	-1,956	29	0,060
Psikososyal İşlevsellik	75,83	16,2	80,94	17,3	-1,522	29	0,139
Toplam	76,77	13,7	82,17	16,7	-1,965	29	0,059

Paired sample t testi \*p≤0.05

ÇİYKÖ: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği

Anne ve çocuğa taşıyıcı nedeniyle sıkıntı çekebilecekleri alanlarda sorular sorulmuştur. Alınan cevap oranları ve anne-çocuğun cevaplarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular çizelge 23 ve 24’de görülmektedir.

**Çizelge 23 Hastalık nedeniyle ailenin sergilediği kaygı ve koruyuculukla ilgili bulgular**

	ANNE		ÇOCUK		İstatistiksel analiz		
	N	%	N	%	x	df	p
<b>Aile endişeniyor mu?</b>							
<b>Evet</b>	28	93,3	27	90	-	-	-
<b>Hayır</b>	2	6,7	3	10			
<b>Aile aşırı koruyucu mu?</b>							
<b>Evet</b>	21	70	23	76,7	0,341	1	0,55
<b>Hayır</b>	9	30	7	23,3			

Kikare testi \* $p \leq 0.05$

Çizelge 23’de annelerin 28’inin (%93,3) taşıyıcı nedeniyle çocuğu için endişelendiği, çocukların 27’sinin (%90) taşıyıcı nedeniyle ailesinin kendisi için endişelendiğini düşündüğü görülmektedir. Annelerin 21’i (%70) taşıyıcı nedeniyle çocuğuna karşı aşırı koruyucu olduğunu, çocukların 23’ü (76,7) annelerinin taşıyıcı nedeniyle aşırı koruyucu olduğunu bildirmiştir.

Çizelge 24’de taşıyıcının gelecek planlarına, egzersiz yapmaya, okul başarısına, arkadaşlarıyla vakit geçirmesine, aileden özerk davranabilmeye etkisi olup olmadığı ve hastalıkla ilgili aile ve çocuğun yorumlarının olumsuz olup olmadığı (sağlığı olumsuz etkilediğini düşünme, hastalığın kötüye gideceğini düşünme, hastalığı gizleme ihtiyacı) sorularına verilen yanıtlar ve anne çocuğun verdiği yanıtların karşılaştırılması ile ilgili bulgular verilmiştir. “Hastalık egzersiz yapmasına engel oluyor mu?” ve “Hastalık arkadaşlarıyla zaman geçirmesini engelliyor mu?” sorularına çocukların annelerinden daha fazla evet cevabını verdiği saptanmıştır. “Hastalığın sağlığı olumsuz etkileyeceğini düşünüyor musunuz?” sorusuna annelerin çocuklarından daha sık evet dedikleri bulunmuştur. Diğer sorulara anne ve çocuklar benzer cevaplar vermişlerdir.

**Çizelge 24 Taşıaritimye özgü yaşam kalitesi sorularına ilişkin bulgular**

	Anne		Çocuk		İstatistiksel analiz		
	N	%	N	%	x	df	p
<b>İsteği meşleği yapmasına engel mi?</b>							
<b>Evet</b>	9	30	10	33,3	0,077	1	0,781
<b>Hayır</b>	21	70	20	66,7			
<b>Evlenmesine engel mi?</b>							
<b>Evet</b>	8	26,7	3	10	2,783	1	0,095
<b>Hayır</b>	22	73,3	27	90			
<b>Egzersiz yapmasına engel mi?</b>							
<b>Evet</b>	4	13,3	16	53,3	10,80	1	0,001*
<b>Hayır</b>	26	86,7	14	46,7			
<b>Okul hayatını etkileyeceğini düşünme?</b>							
<b>Evet</b>	10	33,3	5	16,7	2,222	1	0,136
<b>Hayır</b>	20	66,7	25	83,3			
<b>Arkadaşlarıyla zaman geçirmesini etkiliyor mu?</b>							
<b>Evet</b>	0	0	12	40	15,0	1	0,0005*
<b>Hayır</b>	30	100	18	60			
<b>Ailesi olmadan yatılı kalmasına engel oluyor mu?</b>							
<b>Evet</b>	3	10	8	26,7	2,783	1	0,095
<b>Hayır</b>	27	90	22	73,3			
<b>Gizleme ihtiyacı duyuyor mu?</b>							
<b>Evet</b>	8	26,7	9	30	0,082	1	0,774
<b>Hayır</b>	22	73,3	21	70			
<b>Sağlığını olumsuz etkileyeceğini düşünüyor mu?</b>							
<b>Evet</b>	20	66,7	9	30	8,076	1	0,004*
<b>Hayır</b>	10	33,3	21	70			
<b>Hastalığın kötüye gideceğini düşünüyor mu?</b>							
<b>Evet</b>	13	43,3	9	30	1,148	1	0,284
<b>Hayır</b>	17	56,7	21	70			

Kikare testi \* $p \leq 0.05$

#### 4.3.2 Taşiaritmi Tanılı Çocukların ÇTSS-TÖ Puanlarının Bazı Değişkenlerle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çizelge 25’de görüldüğü gibi cinsiyet açısından TSSB puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Çizelge 25 Cinsiyete göre ÇTSS-TÖ puan ortalamaları

ÇTSS-TÖ	Kız n=17		Erkek n=13		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
Yeniden yaşantılama	5,05	4,9	7,15	4,4	79,500	-1,304	0,192
Kaçınma	3,29	3,8	5,53	4,8	78,000	-1,391	0,164
Artmış uyarılmışlık	2,05	2,4	2,69	2,2	87,000	-1,006	0,314
Toplam	14,70	12,8	19,84	11,9	78,000	-1,362	0,173

Mann Whitney U testi, \*p≤0.05

ÇTSS-TÖ: Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği



Çizelge 26’da tanı alma yaşına göre hastaların TSSB puanları değerlendirildiğinde; 11 yaş ve üzerinde tanı alanların irritabilite alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

**Çizelge 26 Tanı alma yaşına göre ÇTSS-TÖ puan ortalamaları**

ÇTSS-TÖ	Tanı alma yaşı 10 yaş ve altı olanlar n=14		Tanı alma yaşı 11 yaş ve üstü olanlar n=16		İstatistiksel analiz		
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss	U	Z	P
<b>Yeniden yaşantılama</b>	5,35	3,2	6,50	5,8	106,000	-0,251	0,802
<b>Kaçınma</b>	2,78	2,8	5,56	5,1	77,500	-1,467	0,142
<b>Artmış uyarılmışlık</b>	1,14	1,2	3,37	2,5	51,000	-2,595	<b>0,009*</b>
<b>Toplam</b>	13,71	7,0	19,75	15,5	91,000	-0,874	0,382

Mann Whitney U testi, \*p≤0.05

ÇTSS-TÖ: Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği

#### **4.3.2.1 TA ile İlgili Değişkenler Açısından TSSB Puanlarının Değerlendirilmesi**

Çizelge 27 ve 28’de hastalık ile ilgili değişkenler ile TSSB puanlarının ilişkisi verilmiştir. Hastanede yatmanın, ablasyon tedavisi olmanın, ilaç kullanım durumunun ve ailede 40 yaş altı ölümün olmasının TSSB şiddeti ile ilişkili olmadığı görülmektedir. Tablo 28’de çarpıntı süresi, ilaç kullanım süresi, acile başvuru sayısı, takip süresi gibi hastalığın ciddiyetini dolaylı olarak gösteren değişkenler ile TSSB şiddeti arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çarpıntı süresi, ilaç kullanım süresi ve takip süresinin TSSB puanları ile ilişkili olmadığı; acil başvuru sayısının artmış uyarılmışlık belirtileri ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

**Çizelge 27 Hastalıkla ilgili değişkenler ile ÇTSS-TÖ toplam puanları arasındaki ilişki**

		ÇTSS-TÖ puanları			İstatistiksel analiz		
		N	Ortalama	Ss	U	Z	p
HASTANEYE YATIŞ	EVET	11	17,00	14,26	103,500	-0,043	0,966
	HAYIR	19	16,89	11,86			
ABLASYON	EVET	7	24,28	14,46	43,000	-1,841	0,066
	HAYIR	23	14,69	11,32			
İLAÇ KULLANIMI	EVET	15	17,00	9,99	99,500	-0,540	0,589
	HAYIR	15	16,86	15,05			
AİLEDE ANİ KARDİYAK ÖLÜM	EVET	7	24,14	14,12	45,000	-1,743	0,081
	HAYIR	23	14,73	11,48			

Mann-Whitney U testi,  $p \leq 0.05$

ÇTSS-TÖ: Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği

**Çizelge 28 Hastalıkla ilgili değişkenler ile ÇTSS-TÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişki**

	Çarpıntı süresi	Acile başvuru sayısı	Hastaneye yatış sayısı	İlaç kullanım süresi	Takip süresi
Yeniden yaşantılama	0,200	0,335	0,139	-0,004	-0,164
Kaçınma	-0,029	0,179	-0,095	0,093	-0,261
Artmış uyarılmışlık	-0,010	<b>0,376*</b>	-0,209	-0,156	-0,308
Toplam	0,079	0,316	0,035	0,040	-0,219

Spearman korelasyon analizi. \* $p \leq 0.05$

ÇTSS-TÖ: Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği

#### 4.3.2.2 Çocuğun Kaygı ve GGA Puanları ile ÇTSS-TÖ Puanları Arasındaki İlişki

Çizelge 29 ÇTSS-TÖ puanları ile STAI, ÇDSKE, GGA'dan alınan puanlar arasındaki ilişki

	ÇTSS-TÖ Yeniden yaşantılama	ÇTSS-TÖ Kaçınma	ÇTSS-TÖ Artmış uyarılmışlık	ÇTSS-TÖ Toplam
DSKE-D	0,131	0,081	0,272	0,200
DSKE-S	0,204	0,180	<b>0,525*</b>	0,232
STAI TX-I	0,400	0,133	0,517	0,362
STAI TX-II	<b>0,723**</b>	0,566	<b>0,669*</b>	<b>0,701*</b>
GGA-emosyonel sorunlar	-0,027	0,067	<b>0,452*</b>	0,110
GGA-davranışsal sorunlar	-0,047	0,103	0,315	0,095
GGA-DEHB	-0,142	-0,091	0,072	-0,071
GGA-akran sorunları	<b>-0,413*</b>	-0,313	-0,091	-0,332
GGA-olumlu sosyal davranış	0,053	0,060	-0,325	-0,025
GGA-toplam	-0,179	-0,091	0,280	-0,057

Spearman korelasyon analizi. \*p<0,05, \*\*p<0,01

DSKE-D: Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri- durumluk, DSKE-S: Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri-sürekli, STAI TX-I: Spielberger durumluk sürekli kaygı ölçeği- durumluk, STAI TX-II: Spielberger durumluk-sürekli kaygı ölçeği- sürekli, ÇTSS-TÖ: Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği, GGA: Güçler ve güçlükler anketi, DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

Çizelge 29'da STAI, ÇDSKE, GGA puanları ile ÇTSS-TÖ puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizine ilişkin bulgular verilmiştir. DSKE-S ile ÇTSS-TÖ artmış uyarılmışlık alt ölçeği arasında; STAI-S ile ÇTSS-TÖ yeniden yaşantılama, artmış uyarılmışlık ve toplam puanı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. GGA emosyonel alt ölçeği ile ÇTSS-TÖ artmış uyarılmışlık alt ölçeği arasında, GGA akran sorunları alt ölçeği ile ÇTSS-TÖ yeniden yaşantılama alt ölçeği arasında anlamlı ilişki olduğu, akran sorunları alt ölçek puanları arttıkça yeniden yaşantılama puanlarının azaldığı gösterilmiştir.

#### 4.3.2.3 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinden Alınan Puanlar İle ÇTSS-TÖ Puanları Arasındaki İlişki

Çizelge 30'da yaşam kalitesi ölçeklerinden alınan puanlar ile çocuk ve gençlerde travma sonrası tepki ölçeğinden (ÇTSS-TÖ) alınan puanların karşılaştırmalı bulguları verilmiştir. ÇİYKÖ fiziksel, psikososyal, ÇİYKÖ toplam puanları ile ÇTSS-TÖ yeniden yaşantılama, kaçınma, artmış uyarılmışlık ve ÇTSS-TÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu; annenin doldurduğu ÇİYKÖ puanları ile ÇTSS-TÖ arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır.

Çizelge 30 ÇİYKÖ ve ÇTSS-TÖ puanları arasındaki ilişki

ÇİYKÖ	ÇTSS-TÖ Yeniden yaşantılama	ÇTSS-TÖ Kaçınma	ÇTSS-TÖ Artmış uyarılmışlık	ÇTSS-TÖ Toplam
Fiziksel işlevsellik	-0,295*	-0,240	-0,255	-0,310*
Psikososyal işlevsellik	-0,237	-0,282*	-0,536**	-0,331*
Toplam işlevsellik	-0,282*	-0,331*	-0,515**	-0,374**
Anne-Fiziksel işlevsellik	-0,159	-0,246	-0,155	-0,197
Anne- Psikososyal işlevsellik	-0,065	-0,117	-0,223	-0,151
Anne-Toplam işlevsellik	-0,099	-0,184	-0,199	-0,174

Spearman korelasyon analizi. \* $p \leq 0,05$ , \*\* $p \leq 0,01$

ÇİYKÖ: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, ÇTSS-TÖ: Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği

Hastalığı nedeniyle kaygı duyup duymadığı ve hastalığın hayatını etkileyen kısıtlamaları olup olmadığı ile ilgili çocuğa sorulan sorulara alınan cevap ile TSSB ölçeğinden alınan puanlar çizelge 31'de değerlendirilmiştir. Hastalığın istediği mesleği yapmasına engel olacağını düşünenlerin TSSB ölçeğinden aldığı puanların düşünmeyenlerden anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır. Hastalık nedeniyle aile olmadan yatılı kalamayanların, kalabilenlerden TSSB ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Ailenin endişeli olma durumu, ailenin aşırı koruyucu davranması, hastalığın egzersiz yapmasına

engel olması, arkadaşlarıyla zaman geçirmesini engellemesi, hastalığın okul hayatını ve sağlığını olumsuz etkileyeceğini, hastalığın kötüye gideceğini ya da hastalığın evlenmesine engel bir durum olacağını düşünmenin TSSB ölçeğinde anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır.

Çizelge 32’de aynı sorulara annelerin verdiği cevaplar ve çocuğun TSSB ölçeğinden aldığı puanlar karşılaştırılmıştır. Ailenin endişeli olma durumu, ailenin aşırı koruyucu davranması, hastalığın egzersiz yapmasına engel olması, arkadaşlarıyla zaman geçirmesini engellemesi, ailesi olmadan yatılı kalmasına engel olması, hastalığın okul hayatını ve sağlığını olumsuz etkileyeceğini düşünmesi, hastalığın evlenmesine engel bir durum olduğunu düşünmesi, hastalığın kötüye gideceğini düşünmesi TSSB ölçeğinde anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır. Hastalığın çocuğun istediği mesleği yapmasına engel olacağını düşünen annelerin çocuklarının TSSB ölçeğinden aldığı puanların düşünmeyen annelerin çocuklarından anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır.

**Çizelge 31 Taşıaritimye özgü yaş am kalitesi sorularına çocuğun verdiği cevaplar ile ÇTSS-TÖ puanlarının ilişkisi**

		ÇTSS-TÖ puanları			İstatistiksel analiz		
		N	Ort	Ss	U	Z	p
<b>Aile endişeleniyor mu?</b>	Evet	27	17,59	12,90	28,000	-0,865	0,387
	Hayır	3	11,00	7,93			
<b>Aile aşırı koruyucu mu?</b>	Evet	23	18,91	13,49	48,500	-1,571	0,116
	Hayır	7	10,42	5,50			
<b>İste diğı mesleği yapmasına engel olacağını düşünme?</b>	Evet	10	27,70	12,44	27,500	-3,193	<b>0,001*</b>
	Hayır	20	11,55	8,70			
<b>Evlenmesine engel mi?</b>	Evet	3	16,66	8,38	34,500	-0,415	0,678
	Hayır	27	16,96	13,05			
<b>Egzersiz yapmasına engel mi?</b>	Evet	16	19,81	12,20	74,000	-1,581	0,114
	Hayır	14	13,64	12,56			
<b>Okul hayatını etkileyeceğini düşünme ?</b>	Evet	5	22,40	11,86	42,000	-1,142	0,253
	Hayır	25	15,84	12,63			
<b>Arkadaşlarıyla zaman ge çirmesini etkiliyor mu?</b>	Evet	12	20,16	9,68	69,500	-1,632	0,103
	Hayır	18	14,77	13,99			
<b>Ailesi olmadan yatılı kalmasına engel oluyor mu?</b>	Evet	8	23,37	11,47	34,000	-2,535	<b>0,011*</b>
	Hayır	22	13,86	11,69			
<b>Sağlığını olumsuz etkileyeceğini düşünüyor mu?</b>	Evet	9	22,66	11,68	51,000	-1,971	<b>0,049*</b>
	Hayır	21	14,47	12,36			
<b>Has talığın kötüye gideceğini düşünüyor mu?</b>	Evet	9	19,88	8,88	62,000	-1,472	0,141
	Hayır	21	15,66	13,83			

Mann Whitney U testi \*p≤0.05

ÇTSS-TÖ: Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği

**Çizelge 32 Taşıaritimye özgü yaş am kalitesi sorularına annenin verdiği cevaplar ile ÇTSS-TÖ puanlarının ilişkisi**

		N	ÇTSS-TÖ puanları		İstatistiksel analiz		
			Ort.	Ss	U	Z	p
<b>Aile endişeleniyor mu?</b>	Evet	28	16,21	11,92	18,000	-0,832	0,405
	Hayır	2	27,00	22,62			
<b>Aile aşını koruyucu mu?</b>	Evet	21	15,90	8,89	89,500	-0,227	0,821
	Hayır	9	19,33	19,08			
<b>İstedięi mesleęi yapmasına engel olacaęını dűřünme?</b>	Evet	9	23,66	11,74	46,000	-2,197	<b>0,028*</b>
	Hayır	21	14,04	12,01			
<b>Evlenmesine engel mi?</b>	Evet	8	21,12	14,82	65,500	-1,056	0,291
	Hayır	22	15,40	11,63			
<b>Egzersiz yapmasına engel mi?</b>	Evet	4	17,00	10,98	46,000	-0,366	0,714
	Hayır	26	16,92	12,97			
<b>Okul hayatını etkileyeceęini dűřünme?</b>	Evet	10	20,50	14,11	75,000	-1,101	0,271
	Hayır	20	15,15	11,67			
<b>Arkadaşlarıyla zaman geçirmesini etkiliyor mu?</b>	Evet	0					
	Hayır	30					
<b>Ailesi olmadan yatılı kalmasına engel oluyor mu?</b>	Evet	3	23,66	11,71	25,000	-1,073	0,283
	Hayır	27	16,18	12,62			
<b>Saęlıęını olumsuz etkileyeceęini dűřünüyor mu?</b>	Evet	20	17,00	11,28	90,500	-0,418	0,676
	Hayır	10	16,80	15,46			
<b>Hastalıęın kötüye gideceęini dűřünüyor mu?</b>	Evet	13	18,07	7,29	80,000	-1,278	0,201
	Hayır	17	16,05	15,61			

Mann Whitney U \*p≤0.05

ÇTSS-TÖ: Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği

#### 4.3.2.4 Annelerin Ruhsal Sağlığı ile TSS-TÖ Puanları Arasındaki İlişki

Çizelge 33’de GSA puanları ile TSS-TÖ ölçeği arasında anlamlı ilişki olmadığı görölmektedir.

**Çizelge 33 GSA puanları ile TSS-TÖ puanları arasındaki ilişki**

	<b>TSS-TÖ Yeniden yaşantılama</b>	<b>TSS-TÖ Kaçınma</b>	<b>TSS-TÖ Artmış uyarılmışlık</b>	<b>TSS-TÖ Toplam</b>
<b>GSA-hipokondriyazis</b>	-0,064	0,078	0,151	0,066
<b>GSA-anksiyete</b>	0,037	0,047	0,222	0,104
<b>GSA-sosyal işlevsellikte bozulma</b>	0,029	0,115	0,270	0,154
<b>GSA-ağır depresyon</b>	-0,007	0,062	0,291	0,100
<b>GSA-toplam</b>	-0,006	0,094	0,219	0,108

Spearman korelasyon analizi. \*p≤0.05

TSS-TÖ: Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği, GSA: Genel sağlık anketi

Çizelge 34’de göröldüğü gibi annelerin doldurduğu TSBÖ ölçeği ile TSS-TÖ ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

**Çizelge 34 TSBÖ ile TSS-TÖ arasındaki ilişki**

	<b>TSS-TÖ Yeniden yaşantılama</b>	<b>TSS-TÖ Kaçınma</b>	<b>TSS-TÖ Artmış uyarılmışlık</b>	<b>TSS-TÖ Toplam</b>
<b>TSBÖ-yeniden yaşantılama</b>	-0,129	-0,022	0,104	0,017
<b>TSBÖ-kaçınma</b>	-0,087	0,113	0,125	0,085
<b>TSBÖ-artmış uyarılmışlık</b>	0,027	0,086	0,236	0,131
<b>TSBÖ-toplam</b>	-0,059	0,067	0,215	0,093
<b>TSBÖ-depresyon</b>	-0,121	-0,108	0,138	-0,032

Spearman korelasyon analizi. \*p≤0.05

TSS-TÖ: Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği, TSBÖ: Travmatik stres belirti ölçeği



### 4.3.3 Taşıaritmli Grubundaki Annelerin Ruh Sağlığı ile İlişkili Değişkenler

#### 4.3.3.1 Hastalıkla ilgili değişkenler açısından annelerin ruh sağlığı

Çizelge 35’de acil başvuru sayısı ile annelerin sosyal işlevsellik puanlarının ilişkili olduğu görülmektedir. Çarpıntı süresi, hastaneye yatış sayısı, ilaç kullanım süresi ve takip süresinin GSA puanları ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 35 Hastalıkla ilgili değişkenlerle GSA puanları arasındaki ilişki

	Çarpıntı süresi	Acile başvuru sayısı	Hastaneye yatış sayısı	İlaç kullanım süresi	Takip süresi
GSA-hipokondriyazis	-0,285	0,155	0,128	0,012	-0,037
GSA-anksiyete	-0,188	0,055	0,159	-0,064	0,131
GSA-sosyal işlevsellikte bozulma	-0,062	<b>0,393*</b>	0,150	-0,089	0,093
GSA-ağır depresyon	-0,115	0,125	-0,144	0,053	0,032
GSA-toplam	-0,239	0,115	0,114	-0,022	0,055

Spearman korelesyon analizi. \*p≤0.05

GSA: Genel sağlık anketi

Çizelge 36’da görüldüğü gibi hastalıkla ilgili değişkenler ile TSBÖ puanları ilişkili bulunmamıştır.

**Çizelge 36 Hastalıkla ilgili değişkenler ile TSBÖ puanları arasındaki ilişkiye dair bulgular**

TSBÖ	Çarpıntı süresi	Acile başvuru sayısı	Hastaneye yatış sayısı	İlaç kullanım süresi	Takip süresi
Yeniden yaşantılama	-0,008	0,245	0,259	0,040	0,204
Kaçınma	-0,046	0,162	0,057	0,146	-0,048
Artmış uyarılmışlık	0,043	0,248	0,168	0,193	0,063
Toplam	-0,027	0,228	0,173	0,117	0,081

Spearman korelasyon analizi. \* $p \leq 0.05$

TSBÖ: Travmatik stres belirti ölçeği

**4.3.3.2 Annenin GSA puanları ile annenin TSSB puanları arasındaki ilişki**

GSA hipokondriyazis alt ölçeği puanları ile TSBÖ’nin toplam ve alt ölçek puanları arasında; GSA anksiyete alt ölçek puanları ile TSBÖ artmış uyarılmışlık puanları arasında; GSA sosyal işlevsellikte bozulma alt ölçek puanları ile TSBÖ artmış uyarılmışlık alt ölçek puanları ve toplam puanları arasında; GSA toplam puanları ile TSBÖ kaçınma, artmış uyarılmışlık ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Çizelge 37).

**Çizelge 37 GSA ile TSBÖ puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizine ilişkin bulgular**

	<b>TSBÖ Yeniden yaşantılama</b>	<b>TSBÖ Kaçınma</b>	<b>TSBÖ Artmış uyarılmışlık</b>	<b>TSBÖ Toplam</b>
<b>GSA-hipokondriyazis</b>	<b>0,473**</b>	<b>0,523**</b>	<b>0,577**</b>	<b>0,586**</b>
<b>GSA-anksiyete</b>	0,176	0,193	<b>0,370*</b>	0,317
<b>GSA-sosyal işlevsellikte bozulma</b>	0,326	0,311	<b>0,417*</b>	<b>0,399*</b>
<b>GSA-ağır depresyon</b>	0,034	0,159	0,244	0,184
<b>GSA-toplam</b>	0,328	<b>0,388*</b>	<b>0,515**</b>	<b>0,481**</b>

Spearman korelasyon analizi. \*p<0,05, \*\*p<0,01

GSA: Genel sağlık anketi, TSBÖ: Travmatik stres belirti ölçeği

**4.3.3.3 Çocuğun Ruhsal Sağlığını ve Yaşam Kalitesini Gösteren Değişkenlerle Annenin TSSB Puanlarının İlişkisi**

Çizelge 38’de ÇSKE, STAI, GGA, ÇİYKÖ puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizine ilişkin bulgular verilmiştir. ÇSKE ve STAI puanları ile TSBÖ puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı; GGA ve alt ölçekleri ile TSBÖ arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Çocuğun doldurduğu ÇİYKÖ psikososyal ve toplam alt ölçek puanları ile TSBÖ artmış uyarılmışlık ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Annenin doldurduğu ÇİYKÖ psikososyal alt ölçek puanları ve toplam puanları ile TSBÖ alt ölçek ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

**Çizelge 38 ÇSKE, STAI, GGA, ÇİYKÖ puanları ile TSBÖ puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizine ilişkin bulgular**

	<b>TSBÖ Yeniden yaşantılama</b>	<b>TSBÖ Kaçınma</b>	<b>TSBÖ Artmış uyarılmışlık</b>	<b>TSBÖ Toplam</b>
<b>DSKE-D</b>	0,089	0,275	0,371	0,252
<b>DSKE-S</b>	0,007	-0,079	0,134	0,039
<b>STAI TX-I</b>	-0,040	0,082	0,078	-0,033
<b>STAI TX-II</b>	0,076	-0,082	0,239	0,105
<b>GGA-emosyonel sorunlar</b>	<b>0,371*</b>	0,316	0,344	<b>0,417*</b>
<b>GGA-davranışsal sorunlar</b>	0,336	<b>0,465**</b>	0,344	<b>0,437*</b>
<b>GGA-DEHB</b>	<b>0,500**</b>	<b>0,540**</b>	<b>0,418*</b>	<b>0,532**</b>
<b>GGA-akran sorunları</b>	0,284	<b>0,375*</b>	0,308	<b>0,364*</b>
<b>GGA-olumlu sosyal davranış</b>	<b>-0,380*</b>	-0,345	-0,334	<b>-0,401*</b>
<b>GGA-toplam</b>	<b>0,511**</b>	<b>0,592**</b>	<b>0,488**</b>	<b>0,598**</b>
<b>ÇİYKÖ-fiziksel</b>	-0,158	-0,153	-0,269	-0,238
<b>ÇİYKÖ- psikososyal</b>	-0,319	-0,248	<b>-0,434*</b>	<b>-0,405*</b>
<b>ÇİYKÖ-toplam</b>	-0,306	-0,235	<b>-0,450*</b>	<b>-0,401*</b>
<b>Anne-ÇİYKÖ-fiziksel</b>	-0,306	-0,298	-0,340	-0,357
<b>Anne-ÇİYKÖ- psikososyal</b>	<b>-0,648**</b>	<b>-0,590**</b>	<b>-0,594**</b>	<b>-0,688**</b>
<b>Anne-ÇİYKÖ-toplam</b>	<b>-0,568**</b>	<b>-0,528**</b>	<b>-0,567**</b>	<b>-0,629**</b>

Spearman korelasyon analizi. \*p<0.05, \*\*p<0,01

DSKE-D: Çocuklar için durumluluk-sürekli kaygı envanteri- durumluk, DSKE-S: Çocuklar için durumluluk-sürekli kaygı envanteri-sürekli, STAI TX-I: Spielberger durumluk sürekli kaygı ölçeği- durumluk, STAI TX-II: Spielberger durumluk-sürekli kaygı ölçeği- sürekli, GGA: Güçler ve güçlükler anketi, DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ÇİYKÖ: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, TSBÖ: Travmatik stres belirti ölçeği

## 5 TARTIŞMA

Kronik hastalıkla yaşamak ve hastalığa uyum sağlayabilmek, çocuk ve ergenler için oldukça güçtür. <sup>1</sup> Akademik başarının ve sosyalleşmenin önemli olduğu okul çağı çocuklarında, kronik hastalığın getirdiği fiziksel kısıtlılıklar çocukların yaştlarından farklı hissetmesine yol açabilmekte ve akran ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Hastaneye yatışlar nedeniyle okul devamsızlığının olması; ders başarısını düşürebilmekte ve akran ilişkilerinin gelişmesini engelleyebilmektedir. Ergenlikte bilişsel gelişim ile birlikte ölüm kavramını anlama kapasitesi gelişmekte, hastalık nedeniyle ölüm korkuları artabilmektedir. Ayrılma-bireyselleşme ve kendilik algısının gelişimi gibi dönemsel özellikleri olan ergenlikte, bağımsızlaşma çatışmaları nedeniyle hastalığı kabullenmekte zorlanmalar görülebilmektedir.<sup>31-33</sup>

Yaşam kalitesi; hastanın fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halini kendi öznel yargıları ile tanımlamasıdır. Kronik hastalıkların yaşam kalitesini bozduğu bilinmektedir. Kronik hastalıkların kişiyi hangi alanda etkilediğini bilmenin ise, tedavinin yönlendirilmesinde ve hasta-hekim ilişkisinin güçlendirilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesini genel ve hastalığa özel olarak değerlendiren ölçekler geliştirilmiştir. Kronik hastalıklar yaşam kalitesini bozduğu gibi, çeşitli ruhsal hastalıklara da neden olabilmektedir. <sup>4,37-39</sup> Çocuklar, hastalığın fiziksel belirtileri, kullanılan tedaviler ve yan etkileri, hastaneye yatışlar ve okula gidememe nedeniyle gelecek kaygısı; hastalıkta ani kötüleşmeler ve tıbbi girişimler nedeniyle ise ölüm korkusu yaşayabilmektedirler. Kronik hastalık tanısı alma, tedavi girişimleri ve hastaneye yatışlar kişi tarafından travmatik bir olay olarak algılanabilmekte ve kişide TSSB belirtileri gelişebilmektedir. TSSB, kronik hastalıklarda sık görülen ruhsal hastalıklardan biridir. TSSB, hastalıktan bağımsız hastanın yaşam kalitesini bozmakta, genel stres düzeyini artırmakta ve tedavi uyumunu azaltmaktadır.<sup>4,5</sup> TSSB olan çocukların önemli bir kısmında etkin tedavi uygulanmadığında prognozun kötü olduğu bilinmektedir.<sup>105</sup>

Taşiaritmi, basit bir çarpıntı hissinden, bayılma, ciddi göğüs ağrısı, nefes darlığı ve kalp yetmezliği semptomlarına uzanan ciddi klinik durumlarla seyeredebilen; ani ölümlere neden olabilen kronik sayılabilecek bir hastalıktır.<sup>69</sup> Ani başlangıç ve sonlanıma sahip olması ve ataklar halinde seyretmesi hastaları endişelendirmekte, yaşam kalitesini bozmaktadır.<sup>63,66,72,73</sup> Taşiaritmisi olan erişkinlerle yapılan çalışmalarda, sağlıklı kontrollere göre daha kaygılı oldukları ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu

bildirilmiştir.<sup>72,73</sup> Taşiaritmisi olan çocuklarda yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmalarda, hastaların yaşam kalitesi ve ruhsal hastalık açısından kontrol grubundan farklı olmadığı gösterilmiştir.<sup>64,77</sup> Hastalığın ataklar halinde seyretmesi nedeniyle her akut atağın ek bir travma yaratabileceğini düşündüğümüz taşiaritmilerde, TSSB ile ilgili yapılmış çalışmalar oldukça kısıtlı sayıda ve erişkin intrakardiyak implant hastalarıyla sınırlıdır. Erişkin intrakardiyak implantı olan hastalarda TSSB yaygınlığı yaklaşık %20 olarak bulunmuştur.<sup>24</sup> Literatürde taşiaritmisi olan çocuklarda TSSB'nu araştıran çalışma bulunmamaktadır.

Çocuklarının süregelen bir hastalığa sahip olduğunu öğrenmek anne ve babalar açısından da zorlayıcı bir süreçtir. Çocuğun fiziksel hastalığı, ailede fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar doğurabilmektedir.<sup>2,140</sup> Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinde TSSB belirtileri de görülebilmektedir.<sup>12</sup> Ebeveynlerde görülen ruhsal belirtilerin, çocuğun tedaviye uyumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.<sup>59,60</sup> Taşiaritmili çocukların ebeveynlerinde, ruhsal hastalık sıklığı ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, taşiaritmisi olan çocuklarda yaşam kalitesi, ruhsal sorunlar, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri araştırılmış; çocukların annelerinde ruhsal sorunlar ve TSSB belirtilerinin varlığı incelenmiş ve ilişkili etmenler değerlendirilmeye çalışılmıştır.

## **5.1 Taşiaritmili Çocuk ve Annelerinde Sosyodemografik Özellikler ile İlgili Bulgular**

Katılımcıların büyük kısmı SVT (n=24, %80) hastalığına sahiptir. 7'sinin (%23,3) ablasyon geçirdiği, 15'inin (%50) ritim düzenleyen ilaç kullandığı öğrenilmiştir. Ablasyon dışında cerrahi işlem geçirmiş hasta bulunmamaktadır.

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, okul devam yılı, okumaya başlama yaşı, ders başarısı açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Anne ve baba yaşı, anne ve babanın eğitim düzeyleri, ebeveynlerin medeni durumu ve aylık gelir düzeyi açısından iki grubun birbirinden farklı olmadığı saptanmıştır. Her iki grupta da babaların hepsinin çalıştığı fakat hasta grubunda annelerin daha az oranda çalıştıkları tespit edilmiştir. Bu sonucun temel bakım verenin anne olması ve hastalık nedeni ile annelerin ebeveynlik görevlerinin artmasına bağlanabileceği düşünülmüştür.

Gebeliğin planlanma durumu, gebelik-doğum ve doğum sonrası tıbbi komplikasyon varlığı, doğum zamanı, annede gebelik sonrası depresyon varlığı, anne sütü alma süresi, çocuğun geçirmiş olduğu taşiaritmi dışında önemli hastalık varlığı, çocuğa bakım veren kişi gibi değişkenler araştırılmış ve iki grubun birbirinden farklı olmadığı bulunmuştur. Aynı zamanda her iki grup travmatik yaşantılar bakımından da benzer bulunmuştur.

## 5.2 Grupların Ruhsal Hastalık ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulguları

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunun kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Bu bulguyu destekleyen erişkin ve çocuk SVT hastaları ile yapılan çalışmalar bulunmaktadır.<sup>75,77</sup> Çocuk SVT hastaları ile yapılan bir çalışmada ise hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre daha az kaygılandığı bildirilmiştir.<sup>64</sup> Çalışmamızda hasta grubunun emosyonel, davranışsal ve akran sorunları ve DEHB belirtileri açısından da kontrol grubundan farklı olmadığı gösterilmiştir. DeMaso ve arkadaşları da benzer bulgular rapor etmiştir.<sup>77</sup> Pulgaron ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hasta grubunun kontrol grubuna göre daha az içe yönelim ve dışa yönelim sorunları gösterdiği bildirilmiştir.<sup>64</sup> Çalışmamızda farklı olarak hasta grubunun olumlu sosyal davranış puanlarının kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonucun hasta olma algısı nedeniyle kişinin daha çok kendine yönelmesi, çevreden ve ebeveynlerinden daha çok yardım talep etmesi, korunması ve bu nedenle olumlu sosyal becerilerinin gelişmemiş olmasına bağlanabileceği düşünülmüştür.

Taşiaritmide yaşam kalitesini araştıran çalışmalarda farklı bulgular elde edilmiştir. Erişkin SVT tanılı hastalarla yapılan bazı çalışmalarda, yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre kötü olduğu bildirilmiştir.<sup>72,141</sup> Kardiyak ritim implantı kullanan çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda da; yaşam kalitesinin sağlıklı çocuklara göre kötü bulunduğu sunulmuştur.<sup>78-80</sup> Taşiaritmili çocuklarla yapılan çalışmalarda ise hasta grubunun yaşam kalitesinin kontrol grubundan farklı olmadığı bulunmuştur.<sup>64,77</sup> Çalışmamızda SVT'si olan çocukların yaşam kalitesi ölçeklerinden aldığı puanların kontrol grubundan farklı olmadığı gösterilmiştir. Bu sonucun hastalığın ataklar halinde seyretmesinden ve çalışmaya alınan hastaların atak döneminde olmamasından, grubun cerrahi girişim geçirme oranının düşük olmasından, hasta sayısının yetersiz olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin kaygı düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir.<sup>14,15</sup> Ailede kronik hastalığın olması halinde aile işlevlerinin olumsuz etkilendiği ve ebeveynlerin daha kaygılı olduğu bilinmektedir.<sup>142,143</sup> Çalışmamızda beklendiği gibi taşiaritmisi olan çocukların annelerinin daha kaygılı olduğu saptanmıştır. İki grup arasında hipokondriyazis, depresyon, sosyal işlevsellikte bozulma ve toplam GSA puanları açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Literatürde taşiaritmi hastalarının ebeveynleriyle yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

### **5.3 Taşiaritmisi olan grupta ruhsal sağlık ve yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerin değerlendirilmesi**

Pulgaron ve arkadaşları, taşiaritmili çocukların ruhsal durumu ve yaşam kalitesini, cinsiyet faktörünün etkilemediğini bildirmiştir.<sup>64</sup> Sears, kardiyak implantı olan taşiaritmili çocuklarda, kızların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğunu rapor etmiştir.<sup>79</sup> Çalışmamızda cinsiyet açısından yaşam kalitesi toplam puanlarının fark göstermediği saptanmıştır. Ancak taşiaritmisi olan erkek çocukların kız çocuklarına göre daha fazla akran sorunları olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesi, süreklilik kaygı düzeyi ve GGA puanlarının; çarpıntı süresi, acile başvurma sayısı, hastaneye yatış sayısı ve takip süresi gibi hastalığın dolaylı yoldan ciddiyetini gösteren değişkenlerle ilişkisi olmadığı gösterilmiştir. Pulgaron ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.<sup>64</sup> Ayrıca ablasyon geçiren grup ile geçirmeyenler arasında da yaşam kalitesi, süreklilik kaygı düzeyi ve GGA puanları açısından fark olmadığı saptanmıştır. DeMaso, Sears ve Koopman'ın yaptığı çalışmalarda da kardiyak hastalığın ciddiyeti ile yaşam kalitesinin ilişkili olmadığı rapor edilmiştir.<sup>79-81</sup> Çalışmamızda farklı olarak ilaç kullanım süresinin annenin bildirdiği yaşam kalitesi fiziksel işlevsellik puanları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu sonucun, ilaç kullanım süresinin dolaylı olarak atak sıklığı ve şiddetini göstermesiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Kronik hastalıklarda eşlik eden psikiyatrik hastalık varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi içe yönelim bozukluklarının tabloya eşlik etmesi yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.<sup>4,144,145</sup> Çalışmamızda da beklendiği gibi çocukların kaygı ve GGA puanları ile yaşam kalitesinin



ilişkili olduğu bulunmuştur. DeMaso ve arkadaşlarının taşiaritmili çocuklarda yaptığı çalışma da bu sonucu desteklemektedir.<sup>81</sup>

Kronik hastalıklarda çocuk ve ebeveynlerin ruhsal sağlığı arasında ilişki olduğu kabul edilmektedir.<sup>140,146</sup> Çalışmamızda hasta çocuk ve annelerinin ölçekleri karşılaştırıldığında; çocuğun GGA ve ÇİYKÖ'den aldığı puanlar ile annenin GSA ve TSBÖ ölçeğinden aldığı puanlar ilişkili bulunmuştur. Annenin kaygı düzeyi ile çocuğun yaşam kalitesi ve emosyonel sorun puanları ilişkili bulunmuştur. Diğer kronik hastalıklarda benzer bulgular elde edilmiştir.<sup>147,148</sup> Fakat çalışmamız kesitsel olduğundan, annenin kaygısı ile çocuğun ruhsal sorunları arasındaki nedensellik bağına ilişkin yorum yapmak mümkün olmamıştır.

#### **5.4 Anne ve Çocuğun Taşiaritmeye Özgü Yaşam Kalitesi Sorularına Verdiği Cevaplara İlişkin Bulgular**

Hasta grubunda annelerin ve çocukların bildirdiği genel yaşam kalitesi puanlarının benzer olduğu bulunmuştur. Sears ve arkadaşlarının implant hastalarında yaptığı çalışmada ise çocuklar ebeveynlerine göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını bildirmişlerdir.<sup>79</sup> Çalışmamızda ayrıca “Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği” sorularına ek olarak hastalara E. Pulgaron'un hazırlamış olduğu “The Cardiac Arrhythmia Quality of Life for Youths” formundaki sorulardan bazıları sorulmuştur. Çalışmamızda verilen cevaplara göre; annelerin 28'i (%93,3) taşiaritmi nedeniyle çocuğu için endişelendiğini, çocukların 27'si (%90) taşiaritmi nedeniyle ailesinin kendisi için endişelendiğini düşündüğünü bildirmiştir. Annelerin 21'i (%70) taşiaritmi nedeniyle çocuğuna karşı aşırı koruyucu olduğunu, çocukların 23'ü (76,7) annelerinin taşiaritmi nedeniyle aşırı koruyucu davrandığını ifade etmiştir. Sonuç olarak annelerin hastalık nedeniyle çocukları için endişelendikleri, aşırı koruyucu davrandıkları ve çocukların da benzer algıda olduğu görülmektedir. Hastalığın egzersiz yapmaya ve arkadaşlarıyla zaman geçirmeye engel bir durum olduğunu çocukların annelerinden daha fazla ifade ettiği; annelerin ise hastalığın sağlığı olumsuz etkileyeceğini çocuklarından daha sık düşündükleri bulunmuştur. Bu sonuç, annelerin endişeleri nedeniyle aşırı koruyucu davranmalarından ve çocuğun egzersiz yapma, arkadaşlarıyla oynama gibi aktivitelerini kısıtladıklarının farkında olmamalarından kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

## 5.5 Taşiaritmi Olan Çocuklarda TSSB Belirtileri ve İlişkili Değişkenler

40 ve üstü puanın klinik olarak TSSB ile ilişkili olduğunun bilindiği ÇTSS-TÖ ölçeğinden, çalışmamızda sadece 2 hasta 40 ve üstü puan almıştır. Eşhastalığı olmayan SVT hastalarında TSSB ile ilgili literatürde çalışma bulunmamakta, çalışmalar intrakardiyak implantı olan ergen ve genç erişkin hastalarla sınırlı kalmaktadır. Kardiyak implantı olan hastalarda %20-30 oranında TSSB bildiren çalışmalar mevcuttur.<sup>24,82,149</sup> Başka bir çalışmada ise TSSB puanlarının bozukluk düzeyinde olmadığı fakat hastaların %31 gibi önemli bir kısmının TSSB belirtileri gösterdiği bildirilmiştir.<sup>83</sup> Çalışmamızda hastaların 12'sinin (%40) 12 (hafif TSSB tepkisi) ve üstü puan aldığı saptanmıştır. Her iki cinsiyette ÇTSS-TÖ puanları benzer olarak bulunmuştur. Sears ve arkadaşları<sup>79</sup>, kardiyak ritim implantı takılan kız çocukların erkek çocuklara oranla daha fazla kaçınma belirtileri gösterdiğini bildirmişlerdir. Kanser hastalığı olan çocuklarda yapılan çalışmalarda ise kız cinsiyette olanların daha sık TSSB geliştirdikleri belirtilmiştir.<sup>51</sup> Tip 1 diyabeti olan hastalarda yapılan bir çalışmada cinsiyet ile TSSB puanları arasında ilişki olmadığı rapor edilmiştir.<sup>13</sup> Çalışmamızda 11 yaş üzerinde iken hastalık tanısı alanların ve acil başvuru sayısı fazla olanların artmış uyarılmışlık alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. 11 yaş ve üzerindeki çocukların bilişsel açıdan nöbetleri daha iyi yordayabilecek düzeyde olmasının, travmatik algının artmasına neden olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca ataklar, acil başvurusu gerektirecek düzeyde şiddetli olduğunda, travmatik algı yaratıyor olabilir.

Takip süresinin, çarpıntı süresinin, hastanede yatmanın, ablasyon tedavisi olmanın, ilaç kullanım durumunun, ilaç kullanım süresinin ve ailede 40 yaş altı ölümün olmasının ÇTSS-TÖ puanlarıyla ilişkili olmadığı bulunmuştur. Kanser hastalarında da hastalığın ciddiyetinden çok hastalıkla ilgili öznel algısının TSSB belirtilerini yordadığı bildirilmiştir.<sup>51</sup> TSSB ile depresyon, anksiyete gibi diğer psikiyatrik hastalıklar sık görülmekte; eşhastalığın olması TSSB'nin kronikleşmesine neden olabilmektedir. Çalışmamızda çocuk ve ergenlerin süreklilik kaygı puanlarının artmış uyarılmışlık belirtileriyle; 14 yaş ve üstündeki ergenlerin kaygı derecesinin ise toplam TSBB puanlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Güçler ve güçlükler toplam puanı ile TSSB toplam puanı ilişkili bulunmamış fakat emosyonel sorunlar alt ölçek puanları arttıkça, TSSB puanlarının arttığı bulunmuştur. Akran sorunları alt ölçek puanları azaldıkça TSBB yeniden yaşantılama puanlarının arttığı saptanmıştır. Bu sonuç, TSSB'de görülen içe

kapama ve izolasyonun akran ilişkisini azaltmış olabileceği ve bu nedenle akran sorunlarının azalmış görülmesine neden olmuş olabileceğinden kaynaklanmış olabilir.

Komorbid TSSB tanısı olmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir.<sup>4,61</sup> Çalışmamızda benzer şekilde çocukların bildirdiği yaşam kalitesi ölçeği puanları ile ÇTSS-TÖ puanları arasında ilişki olduğu bulunmuştur: Fiziksel işlevsellik puanları azaldıkça, yeniden yaşantılama puanlarının arttığı; psikososyal işlevsellikte azalma oldukça kaçınma ve artmış uyarılmışlık puanlarının arttığı saptanmıştır. Çalışmamızda annelerin bildirdiği yaşam kalitesi formlarından alınan puanlar ile ÇTSS-TÖ puanları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Bu durumun, annelerin çocuklarını aşırı korumaları ve çocuklarının aktivitelerini kısıtlamaları sonucu çocuğun yaşam kalitesinin etkilendiğini fark etmemelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

ÇİYKÖ sorularına ek olarak yaşam kalitesini sorgulayan sorulara verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; “Hastalık istediğin mesleği yapmana engel oluyor mu?” sorusuna “evet” diyen çocukların ÇTSS-TÖ ölçeğinden yüksek puan aldıkları saptanmıştır. “Aile endişeli mi?”, “Aile aşırı koruyucu mu?”, “Hastalığın sağlığı olumsuz etkileyeceğini düşünüyor musunuz?”, “Hastalığın kötüye gideceğini düşünüyor musunuz?”, “Hastalık evlenmesine, egzersiz yapmasına, arkadaşlarıyla zaman geçirmesine, yatılı kalmasına, okul hayatına engel mi?” sorularına annelerin ve çocukların verdiği cevaplar ile ÇTSS-TÖ puanları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda annenin kaygı düzeyi, sosyal işlevselliğinde bozulma düzeyi, hipokondiyak, depresyon ve TSSB belirtileri ile çocuğun TSSB belirtileri arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Kanser hastalığı olan çocuklarda yapılan bir çalışmada da çocukların ve ailelerinin TSSB belirtileri birbiri ile ilişkili bulunmamıştır.<sup>61</sup>

## **5.6 Annelerin TSSB Belirti Düzeyleri ve İlişkili Değişkenler**

Kanser hastalığı olan çocukların annelerinde TSSB yaygınlığı %20-50 arasında değişmektedir.<sup>61,150,151</sup> Nakil hastalarında da benzer oranlar elde edilmiştir.<sup>152,153</sup>

Çalışmamızda ise annelerin 17’si (%56,6) TSTÖ ölçeğinden 25 ve üstü puan almıştır (olası TSSB).

Annenin TSSB belirtilerinin, çocuğun kaygı düzeyi ve TSSB belirtileriyle ilişkili olmadığı saptanmıştır. Annenin TSSB belirtilerinin, çocuğun DEHB, emosyonel, davranışsal, akran sorunları ile ilgili belirtileriyle pozitif ve olumlu sosyal davranış

özellikleri ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular; çocuk ve ergenin güçlükleri arttıkça, güçlü yanları azaldıkça annelerin TSSB belirtilerinin arttığını düşündürmektedir. Ancak annedeki TSSB belirtileriyle, çocuğun ruhsal durumu arasındaki nedensellik ilişkisi çalışmanın özelliği nedeniyle yapılamamıştır. Çocukların ve annelerin bildirdiği psikososyal ve genel işlevsellik durumunun, annelerin TSSB belirtileri ile ilişkili olduğu; çocukların fiziksel işlevsellik durumunun ise annelerin TSSB belirtileri üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır. Kanser hastalığı olan çocuklarda yapılan çalışmalarda da benzer olarak çocuğun işlevsellik durumu ile annenin TSSB belirtileri ilişkili bulunmuştur.<sup>61</sup>

Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin kaygı düzeyi ile annelerin TSSB belirtilerini ilişkili bulan çalışmalar bulunmaktadır.<sup>62</sup> Çalışmamızda da annelerin TSSB belirtilerinin, annenin kaygı ve diğer ruhsal belirtileriyle ilişki olduğu görülmüştür.

## 6 SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

Çalışmamızda taşiaritmili tanılı çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesi, TSSB ve diğer ruhsal sorunların varlığı araştırılmış; etkileyen değişkenler incelenmiştir. Literatürde taşiaritmili çocuk hastalarda yapılan çalışmalarla uyumlu olarak, taşiaritmili çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin kontrol grubundan farklı olmadığı bulunmuştur. Taşiaritmili çocuklar ve annelerinin bildirdikleri genel yaşam kalitesi puanları benzer bulunurken hastalığa özgü yaşam kalitesi sorularında anne ve çocuğun farklı algıları olabildiği görülmüştür. Çocuklar, hastalığın egzersiz yapmalarına ve arkadaşlarıyla zaman geçirmelerine engel olduğunu daha sık düşünürken; anneler hastalığın sağlığı olumsuz etkileyeceği konusunda daha sık endişe dile getirmiştir. Çocukların büyük kısmı, annelerinin hastalık nedeniyle aşırı endişelendiği ve koruyucu davrandığını belirtmiş; annelerin de aynı algıda olduğu saptanmıştır.

Taşiaritmili çocuk ve ergenlerin olumlu sosyal davranış göstergelerinin kontrol grubundan düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonucun hasta olma algısı nedeniyle kişinin daha çok kendine yönelmesi, çevreden ve ebeveynlerinden daha çok yardım talep etmesi, korunması ve bu nedenle olumlu sosyal becerilerinin gelişmemiş olmasına bağlanabileceği düşünülmüştür.

Taşiaritmili çocukların %40'ın da TSSB belirtileri gözlenmiş; hastalardan 2 (%6,6) kişinin ise ağır TSSB belirtileri gösterdiği saptanmıştır. TSSB belirtilerinin; tanı alma yaşı, acil başvuru sayısı, çocuk ve ergenlerin içe yönelim sorunları, çocuğun bildirdiği yaşam kalitesi, anne ve çocuğun mesleki kaygı duyması ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Taşiaritmili çocukların annelerinin ise kontrol grubuna göre kaygılı olduğu gösterilmiştir. Bu sonuç, kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin daha kaygılı olması bilgisiyle uyumludur. Annelerin kaygı düzeyi ile çocuğun emosyonel sorunları ve yaşam kalitesinin ilişkili olduğu saptanmıştır. Annelerin %56'sının olası TSSB ile uyumlu belirtileri olduğu gösterilmiştir. Annelerin TSSB belirtileri; çocuğun GGA, anne ve çocuğun bildirdiği yaşam kalitesi puanlarıyla ve annenin diğer ruhsal sorunları ile ilişkili bulunmuştur. Annelerin TSSB belirtileri ile çocuğun TSSB belirtileri arasında ilişki gösterilememiştir. Bu sonucun, TSSB'nun yaşayan kişi tarafından daha iyi tanımlandığı;

bu nedenle anne ya da çocuğun TSSB belirtilerini birbiriyle ilişkili bulunamadığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

## 6.2 Öneriler

Çalışmamızda; taşiaritmili çocukların yaşam kalitesi, ruh sağlığı ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerinin araştırılması; etkileyen değişkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda taşiaritmili çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesinin sağlıklı kontrol grubundan farklılık göstermediği; fakat taşiaritmiye özgü yaşam kalitesi sorularında hastaların kaygı ve işlevselliğinde düşme tarif edildiği saptanmıştır. Bu nedenle taşiaritmiye özgü yaşam kalitesi ölçeğinin klinikte kullanımının; hastaların endişelerini fark etme ve bu konuda gerekli desteği sağlamada önemli olduğu düşünülmüştür. Kronik hastalığın aile işlevselliğini etkilediği bilinmektedir. Çalışmamızda ailelerin kendilerini ve çocukların ailelerini aşırı koruyucu ve endişeli tarif ettiği; hasta grubunda annelerin daha kaygılı olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle aile işlevselliğindeki değişimin hekim tarafından fark edilerek bu alana yönelik müdahaleler planlanması ve aileye psikolojik destek ve eğitim verilmesi yararlı olacaktır. Çalışmamızda taşiaritmili çocuklar ve ebeveynlerinde TSSB belirtilerine bakıldığında; hastaların önemli bir kısmının TSSB belirtileri gösterdiği fakat ciddi düzeyde TSSB belirtisi olanların sayısının az olduğu görülmüştür. Örneklem sayısının az olması, hastalığın ataklar halinde seyretmesi ve hastaların büyük kısmının atak döneminde olmaması nedeniyle TSSB'nun daha az saptanmış olabileceği düşünülmüştür. Dolayısıyla ileriye dönük izlem çalışmalarıyla, daha büyük örneklem grubuyla hastalığın farklı aşamalarında çocuk ve ailelerin değerlendirilmesi daha ayrıntılı bilgi sağlayacaktır. Ayrıca çocuk ve ebeveynlerde TSSB araştırmak için yapılandırılmış görüşme tekniğinin kullanılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda sonuç olarak, taşiaritmili çocuk ve ebeveynlerinde TSSB belirtilerinin görülebildiği, TSSB'nin yaşam kalitesine etkisi nedeniyle, bu hastalarda TSSB'nin sorgulanması; çocuk ve ailenin bu konuda destek almasının önemli olabileceği düşünülmüştür.

### 6.3 Kısıtlılıklar

Çalışmamızın örneklem sayısının yetersiz olması, çalışmaya küçük yaş grubunun dahil edilmemiş olması önemli kısıtlılıklardandır. Çalışmanın kesitsel bir çalışma olması; uzun izlem çalışması yapılmamış olması da, taşiaritmi hastalarında ruhsal hastalık ve yaşam kalitesinin durumu hakkında net bilgi sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Hastaların büyük kısmının atak döneminde olmaması, stabil klinik durumda iken değerlendirilmesi; hasta grubunda cerrahi girişimin (intrakardiyak implant, ablasyon) ve kardioversiyon yapılan hasta sayısının az oranda olması da ruhsal hastalık ve yaşam kalitesinin olduğundan daha iyi görülmesine neden olmuş olabilir. Bu sonucun da örneklem sayısının ve çeşitliliğinin yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.



## 7 ÖZET

### **Taşiaritmi Tanılı Çocuklar Hastalarda Yaşam Kalitesi, TSSB ve Diğer Ruhsal Sorunlar**

**Giriş ve Amaç:** Taşiaritmili çocuk ve ergenlerde; çarpıntı hissi, bayılma, ciddi göğüs ağrısı, nefes darlığı, kalp yetmezliği belirtileri ve ani ölümler görülebilmektedir. Hastalığın ani başlangıç ve sonlanıma sahip olması ve ataklar halinde seyretmesi hastaları ve aileyi endişelendirmektedir. Nitekim, taşiaritmisi olan erişkenlerde yapılan çalışmalarda, hastaların sağlıklı kontrollere göre kaygı düzeyinin yüksek, yaşam kalitesinin kötü olduğu olduğu rapor edilmiştir. Çocuk ve ergen taşiaritmi hastalarıyla yapılmış çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Kronik hastalıklarda sık görülen TSSB, taşiaritmili çocuk ve ergen hastalarda araştırılmamıştır. Bu çalışmada, taşiaritmili çocukların yaşam kalitesi, ruh sağlığı ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerinin araştırılması; etkileyen değişkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı'nda takip edilen, taşiaritmi tanısı almış 8–18 yaş arasındaki hastaların dosyaları incelenmiş, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan 30 olgu görüşmeye alınmıştır. Kontrol grubunu ise Çocuk Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, 8-18 yaş aralığındaki 32 çocuk, ergen ve aileleri ile oluşturmuştur. Hasta ve kontrol grubuna sosyodemografik bilgi formu, Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği (ÇİYKÖ), Spielberger durumluk-sürekli kaygı ölçeği (STAI), 14 yaş altındaki çocuklar için Çocuklar için durumluluk-sürekli kaygı ölçeği (DSKE), Güçler ve güçlükler anketi (GGA); Genel sağlık anketi (GSA) verilmiştir. Taşiaritmi grubunda TSSB'nu araştırmak için çocuklara Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği (ÇTSS-TÖ), annelere Travmatik stres belirti ölçeği (TSBÖ) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Taşiaritmili çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin kontrol grubundan farklı olmadığı bulunmuştur. Taşiaritmili çocuk ve ergenlerin olumlu sosyal davranış puanlarının kontrol grubundan düşük olduğu; taşiaritmili çocukların annelerinin ise kontrol grubuna göre kaygılı olduğu saptanmıştır. Taşiaritmili çocukların %40'ın da TSSB belirtileri gözlemlendiği; hastalardan 2 (%6,6) kişinin ağır TSSB belirtileri gösterdiği saptanmıştır. TSSB belirtilerinin; tanı alma yaşı, acil başvuru sayısı, çocuk ve ergenlerin içe yönelim sorunları, çocuğun bildirdiği yaşam kalitesi, anne ve çocuğun mesleki kaygı duyması ile



ilişkili olduğu bulunmuştur. Annelerin %56'sının olası TSSB ile uyumlu belirtileri olduğu ve bu belirtilerin; anne ve çocuğun bildirdiği yaşam kalitesi puanlarıyla, çocuğun GGA puanlarıyla ve annenin diğer ruhsal sorunları ile ilişkili bulunmuştur. Annelerin TSSB belirtileri ile çocuğun TSSB belirtileri ilişkili bulunmamıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda taşiaritmi tanısı almış çocukların annelerinin kaygılı olduğu; annedeki kaygı düzeyi ile çocuğun ruh sağlığı ve yaşam kalitesinin ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca taşiaritmili çocuk ve annelerinde TSSB belirtileri de görülebilmektedir. Fakat ataklar halinde seyreden bir hastalık olduğu için uzun izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar sözcükler:** travma sonrası stres bozukluğu, çocuklar, anne, kaygı, çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği (ÇİYKÖ).

## 8 ABSTRACT

### **Quality of life, PTSD and other psychiatric problems in children with tachyarrhythmia.**

**Introduction and objective:** Feeling of palpitation, syncope, severe chest pain, dyspnea, symptoms of heart failure and sudden death can be seen in children with tachyarrhythmia (TA). Also, sudden onset and ending of the disease may worry the patient and the family. Thus, in the adult studies about TA, it has been reported that patients had higher anxiety level and worse quality of life scores in contrast to the control group. The studies with pediatric TA patients are limited in number in the literature. In addition, PTSD which is frequently seen in chronic diseases has not been studied in pediatric TA patients. In this study, the objective was to search the quality of life, PTSD symptoms and other mental health problems in children with TA; and to evaluate the variables that can effect these factors.

**Measures and methods:** 30 pediatric TA patients between the age of 8-18 years that had been followed at Child Cardiology Clinic of Kocaeli University Medical School were eligible to be enrolled in the study. The control group were consisted of 32 children and of adolescents between the age of 8-18 years that were referred to pediatry outpatient clinic and their families. Sociodemographic information form, Pediatric Quality of Life Inventory (PedsLQ), State-Trait Anxiety Inventory (STAI-TX), STAI-TX for children under 14 years of age, Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), General Health Questionnaire (GHQ) were administered to children and the mothers in both the study and in the control group. To evaluate PTSD in the study group, the children filled Children's PTSD-Reaction Index (CPTS-RI) and the mothers filled Traumatic Stress Symptom Checklist (TSSC).

**Results:** The quality of life of children with TA was not different than control group. It was determined that the prosocial behavior scores of TA patients were lower than that of control group; and the mothers of the patient were more anxious than the mothers in the control group. 40% of patients reported PTSD symptoms, and 2 patients (6,6%) had severe symptoms of PTSD. PTSD symptoms were correlated with age at the diagnosis, number of emergency referral, internalizing problems of children, quality of life reported by children and occupational concern of child and mother. We found that 56% of the mothers of

patients had symptoms accordant with possible PTSD, and PTSD symptoms were correlated with PedsLQ scores reported by children and the mothers, SDQ scores and mental health problems of mothers. PTSD symptoms of the patients and the mothers were not correlated with each other.

**Conclusion:** In our study, it was determined that the mothers of children with TA were anxious and anxiety level of the mother were correlated with the mental health and quality of life of the patients. Also, PTSD symptoms can be seen in both children with TA and their mothers. But, as TA is a disease with attacks, long term follow-up studies are needed.

**Key words:** Posttraumatic stress disorder, children, mother, anxiety, Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)



## 9 KAYNAKLAR

1. Öztürk M. Kronik Hastalıklar ve Çocuk. In: Tüzün DÜ, Hergüner S, ed. Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım, 1. baskı. İstanbul: Epsilon Yayıncılık. 2007:49–57.
2. Shepard MP, Orsi AJ, Mahon MM, Carroll RM. Mixed-methods research with vulnerable families. *Journal of Family Nursing*. 2002;334–52.
3. Taras H, Potts-Datema W. Chronic health conditions and student performance at school. *J Sch Health*. 2005;75:255–66.
4. Fakhry H, Goldenberg M, Sayer G ve ark. Health-related quality of life in childhood cancer. *J Dev Behav Pediatr*. 2013;34:419–40.
5. Erickson SJ, Steiner H. Trauma and personality correlates in long-term pediatric cancer survivors. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2001;31:195–213.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı. Köroğlu E, ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2001.
7. Rees G, Gledhill J, Garralda ME, Nadel S. Psychiatric outcome following paediatric intensive care unit (PICU) admission: a cohort study. *Intensive Care Med*. 2004;30:1607–14.
8. Pelcovitz D, Libov BG, Mandel F, Kaplan S, Weinblatt M, Septimus A. Posttraumatic stress disorder and family functioning in adolescent cancer. *J Trauma Stress*. 1998;11:205–22.
9. Brandt C, Schoendienst M, Trentowska M ve ark. Prevalence of anxiety disorders in patients with refractory focal epilepsy-a prospective clinic based survey. *Epilepsy Behav*. 2010;17:259–63.
10. Shemesh E, Lurie S, Stuber ML ve ark. A pilot study of posttraumatic stress and nonadherence in pediatric liver transplant recipients. *Pediatrics*. 2000;105:29–36.
11. Mintzer LL, Stuber ML, Seacord D, Castaneda M, Mesrkhani V, Glover D. Traumatic stress symptoms in adolescent organ transplant recipients. *Pediatrics*. 2005;115:1640–4.
12. Özatalay E. Kemik iliği nakli olan çocuklar ve annelerinde travma sonrası stress bozukluğu. 2009.
13. Şişmanlar ŞG, Demirbaş-Çakır E, Karakaya I ve ark. Posttraumatic stress symptoms in children diagnosed with type 1 diabetes. *Italian Journal of Pediatrics*. 2012;38:13.

14. Tripathi I, Agarwal A. Chronic illness, symptoms and efficacy in children as related to some psychological characteristics of mothers. *Psychol Dev Soc.* 2000;12:31–42.
15. Baki O, Erdogan A, Kantarci O, Akisik G, Kayaalp L, Yalcinkaya C. Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy Behav.* 2004;5:958–64.
16. Cabizuca M, Marques-Portella C, Mendlowicz MV, Coutinho ESF, Figueira I. Posttraumatic stress disorder in parents of children with chronic illnesses: a meta-analysis. *Health Psychol.* 2009;28:379–88.
17. Luyckx K, Goossens E, Rassart J, Apers S, Vanhalst J, Moons P. Parental support, internalizing symptoms, perceived health status, and quality of life in adolescents with congenital heart disease: Influences and reciprocal effects. *J Behav Med.* 2014;37:145–55.
18. Mahle WT, Clancy RR, Moss EM, Gerdes M, Jobes DR, Wernovsky G. Neurodevelopmental outcome and lifestyle assessment in school aged and adolescent children with hypoplastic left heart syndrome. *Pediatrics.* 2000;105:1082–9.
19. Holzapfel N, Zugck C, Muller-Tasch T ve ark. Routine screening for depression and quality of life in outpatients with congestive heart failure. *Psychosomatics.* 2007;48:112–6.
20. Sherwood A, Blumenthal JA, Hinderliter AL ve ark. Worsening depressive symptoms are associated with adverse clinical outcomes in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2011;57:418–23.
21. Madan A, White-Williams C, Thurstin AH, Bush BA RB. Neurocognitive dysfunction and end-stage heart disease: differences among etiologies. *J Hear Lung Transpl.* 2006;25:153.
22. Menteer J, Beas VN, Chang JC, Reed K, Gold JI. Mood and health-related quality of life among pediatric patients with heart failure. *Pediatr Cardiol.* 2013;34:431–7.
23. Wray J, Long T, Radley-Smith R, Yacoub M. Returning to school after heart or heart-lung transplantation: how well do children adjust? *Transplantation.* 2001;72:100–6.
24. Sears SF, Hauf JD, Kirian K, Hazelton G, Conti JB. Posttraumatic stress and the implantable cardioverter-defibrillator patient: what the electrophysiologist needs to know. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2011;4(2):242–50.
25. Toren P, Horesh N. Psychiatric morbidity in adolescents operated in childhood for congenital cyanotic heart disease. *J Paediatr Child Health.* 2007;43:662–6.

26. Connolly D, McClowry S, Hayman L, Mahony L, Artman M. Posttraumatic stress disorder in children after cardiac surgery. *J Pediatr*. 2004;144:480–4.
27. Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *J Pediatr Psychol*. 2013;38:809–28.
28. Coupey SM, Neinstein LS ZL. Chronic illness in adolescents. L N, ed. *Adolescent Healthcare: A Practical Guide*. Lippincott Williams and Wilkins. 2002:1511–39.
29. Erdoğan A, Karaman M. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2008;9:244–52.
30. Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E ve ark. Kronik hastalıklar. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008:351–9.
31. Vitulano LA. Psychosocial issues for children and adolescents with chronic illness: self-esteem, school functioning and sports participation. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003;12:585–92.
32. Bilgen ZT. Çocuk ve Ergenin Hastalığı Anlaması. Tüzün DÜ, Hergüner S, ed. *Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık; 2007:43–8.
33. Mrazek DA. Chronic pediatric illness and multiple hospitalizations. Levis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002:1230–8.
34. Gotay CC, Korn EL, McCabe MS, Moore TD, Cheson BD. Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *J Natl Cancer Inst*. 1992;84:575–9.
35. Gilbody SM, House AO, Sheldon T. Routine administration of Health Related Quality of Life (HRQoL) and needs assessment instruments to improve psychological outcome--a systematic review. *Psychol Med*. 2002;32:1345–56.
36. Eiser C, Morse R. Quality of life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess*. 2001;5:1-157.
37. Devinsky O, Westbrook L, Cramer J, Glassman M, Perrine K, Camfield C. Risk factors for poor health-related quality of life in adolescents with epilepsy. *Epilepsia*. 1999;40(12):1715–20.
38. Bertolotti J, Marx GC, Hattge Júnior SP, Pellanda LC. Quality of life and congenital heart disease in childhood and adolescence. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(2):192–8.
39. Nieuwesteeg A, Pouwer F, Van der Kamp R, Van Bakel H, Aanstoot H-J, Hartman E. Quality of life of children with type 1 diabetes: a systematic review. *Curr Diabetes Rev*. 2012;8(6):434–43.

40. Doğangün B. Kronik böbrek yetersizliği ve çocuk. Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. İstanbul: Epsilon Yayıncılık. 2007:243–50.
41. Bradford R, Tomlinson L. Psychological guidelines in the management of pediatric organ transplantation. *Arch Dis Child*. 1990;65(9):1000–3.
42. Özbaran B. Organ kemik iliği nakli ve çocuk. Tüzün DÜ, Hergüner S, ed. Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. İstanbul: Epsilon Yayıncılık; 2007:265–79.
43. Pellock JM. Defining the problem: Psychiatric and behavioral comorbidity in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2004;3:3-9.
44. Stevanovic D, Jancic J, Lakic A. The impact of depression and anxiety disorder symptoms on the health-related quality of life of children and adolescents with epilepsy. *Epilepsia*. 2011;52(8):75–8.
45. Perna G, Bertani A, Politi E, Colombo G, Bellodi L. Asthma and panic attacks. *Biol Psychiatry*. 1997;42:625–30.
46. Vila G, Nollet-Clemençon C, Vera M ve ark. Prevalence of DSM-IV disorders in children and adolescents with asthma versus diabetes. *Can J Psychiatry*. 1999;44:562–9.
47. Gupta S, Mitchell I, Giuffre RM, Crawford S. Covert fears and anxiety in asthma and congenital heart disease. *Child Care Health Dev*. 2001;27:335–48.
48. Rietveld S, Creer TL. Psychiatric factors in asthma: implications for diagnosis and therapy. *Am J Respir Med*. 2003;2:1–10.
49. Kassam-Adams N, Marsac ML, Hildenbrand A, Winston F. Posttraumatic stress following pediatric injury: update on diagnosis, risk factors, and intervention. *JAMA Pediatr*. 2013;167:1158–65.
50. Phipps S, Klosky JL, Long A, Hudson MM, Huang Q, Zhang H, et al. Posttraumatic stress and psychological growth in children with cancer: has the traumatic impact of cancer been overestimated? *J Clin Oncol*. 2014;32:641–6.
51. Stuber ML, Kazak AE, Meeske K ve ark. Predictors of posttraumatic stress symptoms in childhood cancer survivors. *Pediatrics*. 1997;100:958–64.
52. Kwak M, Zebrack BJ, Meeske KA ve ark. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms in adolescent and young adult cancer survivors: A 1-year follow-up study. *Psychooncology*. 2013;22:1798–806.
53. Meeske KA, Ruccione K, Globe DR, Stuber ML. Posttraumatic stress, quality of life, and psychological distress in young adult survivors of childhood cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2001;28:481–9.

54. Stuber ML, Shemesh E. Post-traumatic stress response to life-threatening illnesses in children and their parents. *Child and Adolesc Psychiatric Clin of N Am*. 2006;597–609.
55. Cushner-Weinstein S, Dassoulas K, Salpekar JA ve ark. Parenting stress and childhood epilepsy: The impact of depression, learning, and seizure-related factors. *Epilepsy Behav*. 2008;13:109–14.
56. Litzelman K, Catrine K, Gangnon R, Witt WP. Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: The impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Qual Life Res*. 2011;20:1261–9.
57. Anthony K, Bromberg M, Gil K, Schanberg L. Parental perceptions of child vulnerability and parent stress as predictors of pain and adjustment in children with chronic arthritis. *Child Heal Care*. Routledge; 2011;40(1):53–69.
58. Barakat LP, Patterson CA, Weinberger BS, Simon K, Gonzalez ER, Dampier C. A Prospective study of the role of coping and family functioning in health outcomes for adolescents with sickle cell disease. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2007:752–60.
59. Helgeson VS, Becker D, Escobar O, Siminerio L. Families with children with diabetes: Implications of parent stress for parent and child health. *J Pediatr Psychol*. 2012;37:467–78.
60. Eddy ME, Carter BD, Kronenberger WG ve ark. Parent relationships and compliance in cystic fibrosis. *J Pediatr Health Care*. 1998;12(4):196–202.
61. Landolt MA, Vollrath M, Ribi K, Gnehm HE, Sennhauser FH. Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44:1199–207.
62. Rossi A, De Ranieri C, Tabarini P ve ark. The department of psychology with in a pediatric cardiac transplant unit. *Transplant Proc*. 2011;43:1164–7.
63. Karpawich PP, Pettersen MD, Gupta P, Shah N. Infants and children with tachycardia: natural history and drug administration. *Curr Pharm Des*. 2008;14:743-52.
64. Pulgaron ER, Wile D, Schneider K, Young M-L, Delamater AM. Quality of life and psychosocial functioning of children with cardiac arrhythmias. *Cardiol Young*. 2013;23:82–8.
65. Öztunç F. Çocukluk çağında sık görülen ritim problemleri. *Türkiye Klin J Pediatr*. 1999;9:75–86.
66. Salerno JC, Seslar SP. Supraventricular tachycardia. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163:268–74.



67. Sarıkaya S, Akyol L, Şahin Ş ve ark. Supraventriküler taşikardisi olan hastalara klinik yaklaşım. *Bozok Med J.* 2013;3:51–8.
68. Colucci RA, Silver MJ, Shubrook J. Common types of supraventricular tachycardia: Diagnosis and management. *Am Fam Physician.* 2010;82:942–52.
69. Jat KR, Lodha R, Kabra SK. Arrhythmias in children. *Indian J Pediatr.* 2011;78(2):211–8.
70. Yıldırım I, Karagöz T. Supraventriküler Taşikardiler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr.* 2010;6(3):39–43.
71. American Heart Association in Collaboration with International Liaison Committee on Resuscitation. Guidelines 2005 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. International Consensus on Science Part 6: Pediatric Basic and Advanced Life Support. *Circulation.* 2005;112:73–90.
72. Özlü MF, Yıldırım O, Erdem A, Ozturk S ve ark. Anxiety levels and quality of life assessment in patients that underwent an electrophysiologic study due to unexplained palpitations. *Turk Kardiyol Dern Ars.* 2013;41:136–40.
73. Yıldırım O, Yontar OC, Semiz M ve ark. The effect of radiofrequency ablation treatment on quality of life and anxiety in patients with supraventricular tachycardia. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2012;16(15):2108–12.
74. Hamang A, Eide GE, Nordin K, Rokne B, Bjorvatn C, Øyen N. Health status in patients at risk of inherited arrhythmias and sudden unexpected death compared to the general population. *BMC Med Genet.* 2010;11:27–31.
75. Lessmeier TJ, Gamperling D, Johnson-Liddon V ve ark. Unrecognized paroxysmal supraventricular tachycardia. Potential for misdiagnosis as panic disorder. *Arch Intern Med.* 1997;157:537–43.
76. Maryniak A, Bielawska A, Bieganowska K, Miszczak-Knecht M, Walczak F, Szumowski L. Does atrioventricular reentry tachycardia (AVRT) or atrioventricular nodal reentry tachycardia (AVNRT) in children affect their cognitive and emotional development? *Pediatr Cardiol.* 2013;34:893–7.
77. DeMaso DR, Spratt EG, Vaughan BL, D'Angelo EJ, Van der Feen JR, Walsh E. Psychological functioning in children and adolescents undergoing radiofrequency catheter ablation. *Psychosomatics.* 2014;41(2):134–9.
78. Webster G, Panek KA, Labella M, Taylor GA, Gauvreau K, Cecchin F, et al. Psychiatric Functioning and Quality of Life in Young Patients With Cardiac Rhythm Devices. *Pediatrics.* 2014; 133:964–72.
79. Sears SF, Hazelton AG, St Amant J ve ark. Quality of life in pediatric patients with implantable cardioverter defibrillators. *Am J Cardiol.* 2011;107:1023–7.

80. Koopman HM, Vrijmoet-Wiersma CMJ, Langius JND ve ark. Psychological functioning and disease-related quality of life in pediatric patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Pediatr Cardiol.* 2012;33:569–75.
81. DeMaso DR, Lauretti A, Spieth L ve ark. Psychosocial factors and quality of life in children and adolescents with implantable cardioverter-defibrillators. *Am J Cardiol.* 2004;93:582–7.
82. Kapa S, Rotondi-Trevisan D, Mariano Z ve ark. Psychopathology in patients with icds over time: Results of a prospective study. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2010;33:198–208.
83. Ingles J, Sarina T, Kasparian N, Semsarian C. Psychological well-being and posttraumatic stress associated with implantable cardioverter defibrillator therapy in young adults with genetic heart disease. *Int J Cardiol.* 2013;168(4):3779–84.
84. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edit.* Arlington: American Psychiatric Association. 2013.
85. De Bellis MD, Van Dillen T. Childhood post-traumatic stress disorder: An overview. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 14(4):745-772.
86. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42:561–70.
87. Scheeringa MS. Developmental considerations for diagnosing PTSD and acute stress disorder in preschool and school-age children. *Am J Psychiatry.* 2008;165:1237–9.
88. Laor N, Wolmer L, Cohen DJ. Mothers functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1020–6.
89. Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(10):1402–10.
90. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruhsal örselenme. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri. 2008:66–7.
91. Stover Carla S, Berkowitz S, Marans SKJ. Posttraumatic Stress Disorder. Martin A Volkmar F, ed. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook, Fourth Ed.* Usa: Lippincott Williams &Wilkins. 2007:701–11.
92. Stallard P. Posttraumatic stres disorder. Gillberg C, Harrington R, Steinhausen HC, ed. *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry.* U.K: Cambridge University Press. 2006:221–45.

93. McCloskey LA, Walker M. Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:108–15.
94. Stallard P, Velleman R, Baldwin S. Psychological screening of children for post-traumatic stress disorder. *J Child Psychol Psychiatry.* 1999;40:1075–82.
95. Daviss WB, Racusin R, Fleischer A, Mooney D, Ford JD, McHugo GJ. Acute stress disorder symptomatology during hospitalization for pediatric injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:569–75.
96. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:692–700.
97. Saunders BE, Villepontoux LA, Lipovsky JA ve ark. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *J Interpers Violence.* 1997;7:189–204.
98. Boney-McCoy S, Finkelhor D. Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63:726–36.
99. Alisic E, Zalta AK, Wesel FV ve ark. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2014;204:335–40.
100. Davydow DS, Richardson LP, Zatzick DF, Katon WJ. Psychiatric morbidity in pediatric critical illness survivors: a comprehensive review of the literature. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164:377–85.
101. Shannon MP, Lonigan CJ, Finch AJ, Taylor CM. Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33:80–93.
102. Demir T, Demir DE, Alkas L, Copur M, Dogangun B, Kayaalp L. Some clinical characteristics of children who survived the Marmara earthquakes. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19:125–33.
103. Kaplan Harold I, Sadock Benjamin J. Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 2004:210–4.
104. Özgen F, Aydın H. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klin Psikiyatr.* 1999;1:34–41.
105. Özçürümez G. Travma. Psikanalitik Psikoterapiler, Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2011:191–7.

106. Gökalp PG. Kaygı bozukluğu. Köşkdere AA, ed. Psikanalitik Psikoterapiler, Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2011:351–2.
107. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84:191–215.
108. Tural Ü, Aker T, Önder E. Travma sonrası stres bozukluğu. Tükel R, Alkm T, ed. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2006:412–9.
109. Janoff-Bulman R, Frantz CM. The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. Power M, Brewin CR, ed. *The Transformation of Meaning in Psychological Therapies.* New York: Wiley. 1997:91–106.
110. Pervanidou P. Biology of post-traumatic stress disorder in childhood and adolescence. *J Neuroendocrinol.* 2008:632–8.
111. Bomyea J, Risbrough V, Lang AJ. A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical Psychology Review.* 2012:630–41.
112. Painter K, Scannapieco M. Child maltreatment: The neurobiological aspects of posttraumatic stress disorder. *J Evid Based Soc Work.* 2013;10:276–84.
113. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC ve ark. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Neurosci.* 2012;13(11):769–87.
114. Shvil E, Rusch HL, Sullivan GM, Neria Y. Neural, psychophysiological, and behavioral markers of fear processing in PTSD: A review of the literature. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(5):358.
115. Cohen J, Mannrino A. Posttraumatic Stres Disorder. Dulcan M, ed. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, First Ed.* Wilson Boulevard: American Psychiatric Publishing. 2010:340–6.
116. Bowirrat A, Chen TJ, Blum K ve ark. Neuro-psychopharmacogenetics and neurological antecedents of posttraumatic stress disorder : unlocking the mysteries of resilience and vulnerability. 2010;8(4):335–58.
117. Davey GC, Burgess I, Rashes R. Coping strategies and phobias: the relationship between fears, phobias and methods of coping with stressors. *Br J Clin Psychol.* 1995;34:423–34.
118. Bosquet EM, Egeland B, Carlson E, Blood E, Wright RJ. Mother-infant attachment and the intergenerational transmission of posttraumatic stress disorder. *Dev Psychopathol.* 2014;26:41–65.

119. Shenk CE, Putnam FW, Rausch JR, Peugh JL, Noll JG. A longitudinal study of several potential mediators of the relationship between child maltreatment and posttraumatic stress disorder symptoms. *Dev Psychopathol.* 2014;26:81–91.
120. Karakaya I, Coşkun A. Travma sonrası stres bozukluğu. Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E ve ark., ed. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008:351–9.
121. Park S, Kim B-N, Choi N-H ve ark. The effect of persistent posttraumatic stress disorder symptoms on executive functions in preadolescent children witnessing a single incident of death. *Anxiety Stress Coping.* 2014;27(3):241-52.
122. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Traumas and posttraumatic-stress-disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34:1369–80.
123. Coşkun A. Travma sonrası stres bozukluğu. Aysev AS, Taner YI, ed. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Golden Print. 2007:523–8.
124. Pynoos RS, Goenlian A, Tashjian M ve ark. Posttraumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian Earthquake. *Br J Psychiatry.* 1988;163:239–47.
125. Pynoos RS, Frederick C, Nader K ve ark. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44:1057–63.
126. Erden G, Kılıc EZ, Uslu RI ve ark. Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması. *Turk J Child Adolesc Ment Health.* 1999;6(3):143–9.
127. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the state-trait anxiety inventory*. California: Consulting Psychologist Press. 1970:1–23.
128. Le Compte A, Öner N. *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 1985.
129. Özusta Ş. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin uyarılama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikol Derg.* 1995;10:32–44.
130. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38:581–6.
131. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry.* 1999;40:791–9.
132. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:1337–45.

133. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Sentürk B, Incekas S. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Edeb A J Middle East Lit.* 2008;15:65–74.
134. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care.* 2001;39:800–12.
135. Memik NC, Agaoglu B, Coşkun A ve ark. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 8-12 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk J Child Adolesc Ment Health.* 2008;15:87–98.
136. Memik NC, Ağaoğlu B CA ve ark. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyat.* 2008;18:353–63.
137. Başoğlu M, Şalcioglu E, Livanou M ve ark. A study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earthquake survivors in Turkey. *J Trauma Stress.* 2001;14:491–509.
138. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9:139–45.
139. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyat Derg.* 1996;7:3–9.
140. Sawyer MG, Streiner DL, Antoniou G, Toogood I, Rice M. Influence of parental and family adjustment on the later psychological adjustment of children treated for cancer. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37:815–22.
141. Wood KA, Wiener CL, Kayser-Jones J. Supraventricular tachycardia and the struggle to be believed. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6:293–302.
142. Adewuya AO. Parental psychopathology and self-rated quality of life in adolescents with epilepsy in Nigeria. *Dev Med Child Neurol.* 2006;48(7):600–3.
143. Ferrari M, Matthews WS, Barabas G. The family and the child with epilepsy. *Fam Process.* 1983;22(1):53–9.
144. Baca CB, Vickrey BG, Caplan R, Vassar SD, Berg AT. Psychiatric and medical comorbidity and quality of life outcomes in childhood-onset epilepsy. *Pediatrics.* 2011;128(6):1532–43.
145. Adewuya AO, Oseni SBA. Impact of psychiatric morbidity on parent-rated quality of life in Nigerian adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2005;7(3):497–501.
146. Steele RG, Dreyer ML, Phipps S. Patterns of maternal distress among children with cancer and their association with child emotional and somatic distress. *J Pediatr Psychol.* 2004;29:507–17.

147. Yong L, Chengye J, Jiong Q. Factors affecting the quality of life in childhood epilepsy in China. *Acta Neurol Scand.* 2006;113(3):167–73.
148. Fazlıoğlu K, Hocaoğlu , Sönmez FM, Cansu A. Epilepsi tanısı konan çocukların aile işlevleri, anne-babalarındaki kaygı ve başa çıkma tutumları. *Yeni Symp.* 2010;48:198–206.
149. Von Känel R, Baumert J, Kolb C, Cho E-YN, Ladwig K-H. Chronic posttraumatic stress and its predictors in patients living with an implantable cardioverter defibrillator. *J Affect Disord.* 2011;131:344–52.
150. Pelcovitz D, Goldenberg B, Kaplan S ve ark. Posttraumatic stress disorder in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychosomatics.* 1996;37:116–26.
151. Ozono S, Saeki T, Mantani T, Ogata A, Okamura H, Yamawaki S. Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. *Support Care Cancer.* 2007;15:309–17.
152. Farley LM, DeMaso DR, D'Angelo E ve ark. Parenting stress and parental post-traumatic stress disorder in families after pediatric heart transplantation. *J Heart Lung Transplant.* 2007;26:120–6.
153. Young GS, Mintzer LL, Seacord D ve ark. Symptoms of posttraumatic stress disorder in parents of transplant recipients: Incidence, severity, and related factors. *Pediatrics* 2003;111:725–731.

## 10 EKLER

### 1. EK:

#### SOSYODEMOGRAFİK FORM: EBEVEYN (HASTA GRUBU)

1. Çocuğun adı- soyadı:
2. Çocuğun cinsiyeti:
  - a) Kız
  - b) Erkek
3. Çocuğun doğum tarihi:
4. Çocuğunuz okula devam ediyor mu ?
  - a) Evet
  - b) Hayır
5. Çocuğunuzun devam ettiği yıl sayısı:
6. Tanısı:
7. Tanı tarihi:
8. Takip süresi:
9. Eşlik eden kardiyak patoloji (WPW ya da ARVD gibi):.....
10. Aritmi yaşadığında yakınması:
  - a) Çarpıntı
  - b) Göğüs ağrısı
  - c) Bayılma
  - d) Fenalık hissi
  - e) Diğer.....
11. Çarpıntının süresi:.....
12. Acile başvuru sayısı:
13. Acil başvurularında kaç kez aritmi nedeniyle ilaç uygulaması yapıldı?.....



14. Kardiyoversiyon yapıldı mı?

- a) Evet Evet ise kaç kez:.....
- b) Hayır

15. Aritmi nedeni ile hastaneye yatırılıp oldu mu?

- a) Evet Evet ise kaç kez:.....Ne kadar süre hastanede kaldı:.....
- b) Hayır

16. Elektrofizyolojik çalışma ya da ablasyon yapıldı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

17. Ailede aritmi öyküsü var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

18. Ailede 40 yaşın altında ani kardiyak ölüm öyküsü var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

19. İlaç kullanıyor mu?

- a) Evet Evet ise kullandığı ilacı belirtiniz:.....ne kadar  
zamandır  
kullanıyor:..... ilaç
- b) Hayır

20. İlaç tedavisinden fayda gördü mü?

- a) Evet
- b) Hayır

21. Tedaviye uyumu nasıl?

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü
- d) Çok kötü

22. Yaş: Anne ..... Baba .....

23. Medeni durum:

- a) Anne ve baba evli
- b) Anne ve baba boşanmış
- c) Anne ve baba evli fakat ayrı yaşıyor
- d) Anne ya da baba vefat etmiş.
  - I. Anne
  - II. Baba
- e) Yeniden evlenmiş:
  - I. Anne
  - II. Baba

24. Kaç çocuğunuz var:

25. Doğumdan itibaren çocuğunuza kim baktı?

- a) Anne-baba
- b) Büyükanne
- c) Yakın akraba
- d) Bakıcı
- e) Diğer

26. Anne baba arasında akrabalık var mı:

- a) Evet (akrabalık derecesi).....
- b) Hayır

27. Annenin eğitim durumu:

- a) Okur- yazar değil
- b) İlkokul
- c) Ortaokul
- d) Lise
- e) Üniversite ve üstü

28. Babanın eğitim durumu:

- a) Okur- yazar değil
- b) İlkokul
- c) Ortaokul
- d) Lise
- e) Üniversite ve üstü

29. Yaşadıkları yer:

30. Annenin memleketi:

31. Babanın memleketi:

32. Annenin mesleği:

- a) İşsiz
- b) İşçi
- c) Memur
- d) Diğer

33. Babanın mesleği:

- a) İşsiz
- b) İşçi
- c) Memur
- d) Diğer

34. Aylık Ortalama Gelir Düzeyiniz?

- a) 0 TL- 1000 TL
- b) 1000 TL- 2000 TL
- c) 2000 TL- 3000TL
- d) 3000 TL- 4000 TL
- e) 4000 TL ve üzeri

35. Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz? :

36. Annenin çocuğu doğurduğu yaş:

37. Çocuğunuza gebeliğinizi planlamış mydınız?

- a) Evet
- b) Hayır

38. Gebeliğiniz esnasında çocuğunuzda herhangi bir sorun oldu ?

- a) Evet (belirtiniz).....
- b) Hayır

39. Çocuğunuzun doğum zamanı?

- a) Normal
- b) Erken (kaç aylık olduğunu belirtiniz ) .....
- c) Geç

40. Çocuğunuzun doğum ağırlığı: .....

41. Hamileliğiniz boyunca veya doğum sonrasında ( kaygı, depresyon ... vb.) psikolojik sıkıntılar yaşadınız mı ?

- a) Evet (belirtiniz) .....  
Ne kadar sürdü ?.....
- b) Hayır.....

42. Doğum esnasında veya sonrasında önemli bir tıbbi komplikasyon gerçekleşti mi ?

- a) Evet ( belirtiniz) .....
- b) Hayır

43. Çocuğunuzun geçirmiş olduğu önemli bir hastalık veya düşme, yaralanma, zehirlenme benzeri önemli bir kaza var mı ?

- a) Evet ( belirtiniz) ..... Ne zaman ?.....
- b) Hayır

44. Anne sütü aldı mı ?

- a) Evet: Evet ise ne kadar süre aldı? ....
- b) Hayır

45. Çocuğunuzun başka bir hastalığı var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

46. Çocuğın akademik başarısı:

- i. okumaya geçiş yaşı:.....
- ii. ders başarısı:.....

47. Sizi ve ailenizi etkileyen önemli bir hastalık oldu mu ?

- a) Evet (lütfen belirtiniz) .....
- Ne kadar sürdü ? .....

- b) Hayır

48. Sizi ve ailenizi etkileyen önemli bir kayıp yaşantısı oldu mu ?

- a) Evet (lütfen belirtiniz) .....
- Ne kadar sürdü ?.....

- b) Hayır

49. Sizi ve ailenizi etkileyen işsizlik yaşantısı oldu mu ?

- a) Evet (lütfen belirtiniz) .....
- Ne kadar sürdü ? .....

- b) Hayır

50. Evliliğınız süresince ruhsal sorunlar yaşadınız mı ?

- a) Evet (lütfen belirtiniz) .....
- Ne kadar sürdü ? .....

- b) Hayır

51. Evliliğınız süresince sizi veya ailenizi etkileyen doğal afet veya benzeri önemli bir olay yaşadınız mı ?

- a) Evet
- Evet ise belirtiniz.....

- b) Hayır

52. Çocuğunuz davranışlarına ilişkin endişeleriniz var mı ?

- a) Evet  
Evet ise belirtiniz.....
- b) Hayır

53. Çocuğunuzun gelişimine ilişkin endişeleriniz var mı? ( örneğin; konuşma, motor beceriler, öğrenme) ?

- a) Evet  
Evet ise belirtiniz.....
- b) Hayır

54. Çocuğunuz taşıaritmı nedeni ile yaptığı egzersize ara vermek zorunda kalıyor mu?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

55. Çocuğunuz taşıaritmı nedeni ile kendini hasta hissediyor mu?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

56. Çocuğunuz taşıaritmı nedeni ile okulda yaptığın işe ara vermek zorunda kalıyor mu?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

57. Taşıaritmı, çocuğunuzun arkadaşlarıyla vakit geçirmesini engelliyor mu?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

58. Taşıaritmı, çocuğunuzun ailesi olmadan dışarıda zaman geçirmesini (tek başına yatılı kalmak gibi) engelliyor mu?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

59. Taşiaritmi nedeni ile çocuğunuza karşı aşırı koruyucu olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

60. Taşiaritmi nedeni ile çocuğunuz için endişeleniyor musunuz?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

61. Çocuğunuz taşiaritmi ataklarını gizleme ihtiyacı duyuyor mu?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

62. Taşiaritminin çocuğunuzun sağlığını olumsuz etkileyeceğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

63. Çocuğunuzun taşiaritmisinin daha kötüye gideceğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

64. Taşiaritmi nedeni ile okul hayatının ve ders başarısının olumsuz etkilenebileceğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

65. Taşiaritmi nedeni çocuğunuzun istediği mesleği yapamayacağını düşünüyor musunuz?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

66. Taşıaritmı nedeni ile çocuğunuzun evlenemeyeceğini ya da çocuk sahibi olamayacağını düşünüyor musunuz?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

67. Taşıaritmı nedeni ile ruhsal sorunlar yaşadığını düşünüyor musunuz?

- a) Evet  
Evet ise açıklayınız:.....
- b) Hayır

68. İlaç tedavisi alıyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

Evet ise aşağıdaki soruları cevaplayınız:

69. Aldığı tedaviden memnun musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır  
Hayır ise açıklayınız:.....

70. Aldığı tedavi ile ilgili beklentileriniz nasıl?

- a) Olumlu
- b) Olumsuz

71. Aldığınız tedavi ile ilgili kaygılarınız var mı?

- a) Evet  
Evet ise açıklayınız:.....
- b) Hayır



## 2. EK:

### SOSYODEMOGRAFİK FORM- ÇOCUK VE ERGEN (HASTA GRUBU)

1. Taşıaritmî nedeni ile yaptığın egzersize ara vermek zorunda kalıyor musun?
  - a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
  - b) Hayır
2. Taşıaritmî nedeni ile kendini hasta hissediyor musun?
  - a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
  - b) Hayır
3. Taşıaritmî nedeni ile okulda yaptığın işe ara vermek zorunda kalıyor musun?
  - a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
  - b) Hayır
4. Taşıaritmî arkadaşlarıyla vakit geçirmeyi engelliyor mu?
  - a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
  - b) Hayır
5. Taşıaritmî ailen olmadan dışarıda zaman geçirmeni (tek başına yatılı kalmak gibi) engelliyor mu?
  - a. Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
  - b. Hayır
6. Taşıaritmî nedeni ile ailenin aşırı koruyucu olduğunu düşünüyor musun?
  - a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
  - b) Hayır
7. Taşıaritmînin nedeni ile ailenin senin için endişelendiğini düşünüyor musun?
  - a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
  - b) Hayır
8. Taşıaritmî ataklarını gizleme ihtiyacı duyuyor musun?
  - a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
  - b) Hayır

9. Taşıaritmının sağlığını olumsuz etkileyeceğini düşünüyor musun?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

10. Taşıaritmının daha kötüye gideceğini düşünüyor musun?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

11. Taşıaritmi nedeni ile okul hayatının ve ders başarısının olumsuz etkilebileceğini düşünüyor musun?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

12. Taşıaritmi nedeni istediğin mesleği yapamayacağını düşünüyor musun?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

13. Taşıaritmi nedeni ile evlenemeyeceğini ya da çocuk sahibi olamayacağını düşünüyor musun?

- a) Evet Evet ise ne sıklıkla? .....
- b) Hayır

14. Taşıaritmi nedeni ile ruhsal sorunlar yaşadığını düşünüyor musun?

- c) Evet  
Evet ise açıklayınız:.....
- d) Hayır

15. İlaç tedavisi alıyor musun?

- a) Evet  
b) Hayır

Evet ise aşağıdaki soruları cevaplayınız:

16. Aldığınız tedaviden memnun musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

Hayır ise açıklayınız.....

17. Aldığınız tedavi ile ilgili beklentilerin nasıl?

- a) Olumlu
- b) Olumsuz

18. Aldığınız tedavi ile ilgili kaygıların var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

Evet ise açıklayınız:.....

### 3. EK:

#### SOSYODEMOGRAFİK FORM: EBEVEYN (KONTROL GRUBU)

1. Çocuğun adı- soyadı:
2. Çocuğun cinsiyeti:
  - a) Kız
  - b) Erkek
3. Çocuğun doğum tarihi:
4. Çocuğunuz okula devam ediyor mu ?
  - a) Evet
  - b) Hayır
5. Çocuğunuzun devam ettiği yıl sayısı:
6. Yaş: Anne ..... Baba .....
7. Medeni durum:
  - a) Anne ve baba evli
  - b) Anne ve baba boşanmış
  - c) Anne ve baba evli fakat ayrı yaşıyor
  - d) Anne ya da baba vefat etmiş.
    - I. Anne
    - II. Baba
  - e) Yeniden evlenmiş
    - I. Anne
    - I. Baba
8. Kaç çocuğunuz var:
9. Doğumdan itibaren çocuğunuza kim baktı?
  - a) Anne-baba
  - b) Büyükanne
  - c) Yakın akraba
  - d) Bakıcı
  - e) Diğer

10. Anne baba arasında akrabalık var mı:

- a) Evet (akrabalık derecesi).....
- b) Hayır

11. Annenin eğitim durumu:

- a) Okur- yazar değil
- b) İlkokul
- c) Ortaokul
- d) Lise
- e) Üniversite ve üstü

12. Babanın eğitim durumu:

- a) Okur- yazar değil
- b) İlkokul
- c) Ortaokul
- d) Lise
- e) Üniversite ve üstü

13. Yaşadıkları yer:

14. Annenin memleketi:

15. Babanın memleketi:

16. Annenin mesleği:

- a) İşsiz
- b) İşçi
- c) Memur
- d) Diğer

17. Babanın mesleği:

- a) İşsiz
- b) İşçi
- c) Memur
- d) Diğer

18. Aylık Ortalama Gelir Düzeyiniz?

- a) 0 TL- 1000 TL
- b) 1000 TL- 2000 TL
- c) 2000 TL- 3000TL
- d) 3000 TL- 4000 TL
- e) 4000 TL ve üzeri

19. Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz? :

20. Annenin çocuğu doğurduğu yaş:

21. Çocuğunuza gebeliğinizi planlamış mıydınız?

- a) Evet
- b) Hayır

22. Gebeliğiniz esnasında çocuğunuzda herhangi bir sorun oldu ?

- a) Evet (belirtiniz).....
- b) Hayır

23. Çocuğunuzun doğum zamanı?

- 1. Normal
- 2. Erken (kaç aylık olduğunu belirtiniz ) .....
- 3. Geç

24. Çocuğunuzun doğum ağırlığı: .....

25. Hamileliğiniz boyunca veya doğum sonrasında ( kaygı, depresyon ... vb.) psikolojik sıkıntılar yaşadınız mı ?

- a) Evet (belirtiniz) .....
- Ne kadar sürdü ?.....
- b) Hayır

26. Doğum esnasında veya sonrasında önemli bir tıbbi komplikasyon gerçekleşti mi ?

- a) Evet ( belirtiniz) .....
- b) Hayır

27. Çocuğunuzun geçirmiş olduğu önemli bir hastalık veya düşme, yaralanma, zehirlenme benzeri önemli bir kaza var mı ?
- a) Evet ( belirtiniz) ..... Ne zaman ?.....
- b) Hayır
28. Anne sütü aldı mı ?
- a) Evet: Evet ise ne kadar süre aldı? ....
- b) Hayır
29. Çocuğunuzun başka bir hastalığı var mı?
- a) Evet
- b) Hayır
30. Çocuğın akademik başarısı:
- iii. okumaya geçiş yaşı:.....
- iv. ders başarısı:.....
31. Sizi ve ailenizi etkileyen önemli bir hastalık oldu mu ?
- a) Evet (lütfen belirtiniz) .....
- Ne kadar sürdü ? .....
- b) Hayır
32. Sizi ve ailenizi etkileyen önemli bir kayıp yaşantısı oldu mu ?
- a) Evet (lütfen belirtiniz) .....
- Ne kadar sürdü ?.....
- b) Hayır
33. Sizi ve ailenizi etkileyen işsizlik yaşantısı oldu mu ?
- i. Evet (lütfen belirtiniz) .....
- Ne kadar sürdü ? .....
- ii. Hayır
34. Evliliğınız süresince ruhsal sorunlar yaşadınız mı ?
- a) Evet (lütfen belirtiniz) .....
- Ne kadar sürdü ? .....
- b) Hayır

35. Evliliğiniz süresince sizi veya ailenizi etkileyen doğal afet veya benzeri önemli bir olay yaşadınız mı ?

a) Evet

Evet ise belirtiniz.....

b) Hayır

36. Çocuğunuz davranışlarına ilişkin endişeleriniz var mı ?

a) Evet

Evet ise belirtiniz.....

b) Hayır

37. Çocuğunuzun gelişimine ilişkin endişeleriniz var mı ( örneğin; konuşma, motor beceriler, öğrenme) ?

a. Evet

Evet ise belirtiniz.....

b. Hayır



#### 4. EK: ÇOCUK VE GENÇLERDE TRAVMA SONRASI TEPKİ ÖLÇEĞİ

**Adı- soyadı:**

**Tarih:**

**Açıklama:** Her bir soruyu dikkatle okuyup, kendinize uyan puanı sorunun yanına işaretleyiniz. Boş bırakmayınız.

**Örnek:** Olayı düşündüğünde korku, endişe yada sıkıntı hissediyor musun? (1.. )

(10-14 günde bir kez:1)

##### **Puanlama**

0: Hiçbir zaman.....Hiç

1: Çok az bir zaman.....10-14 günde bir kez

2: Az bir zaman.....5-10 günde bir kez

3: Çoğu Zaman.....2-3 günde bir kez

4: Pek çok zaman.....Haftada 3 günden fazla veya ayda 15 günden fazla

- 1) Bu olayın (olanların) senin yaşındaki çocukların çoğunu üzecek yada rahatsız edecek bir olay olduğunu ne kadar sık düşünüyorsun? Puan (.....)
- 2) Olayı düşündüğünde korku, endişe yada sıkıntı hissediyor musun? Puan (.....)
- 3) Olanlar aklından tekrar tekrar geçiyor mu?: Yani olayla ilgili gözünün önünde görüntüler beliriyor mu, yada aklına sesler geliyor mu? Puan (.....)
- 4) Olayla ilgili düşünceler istemediğin halde tekrar tekrar aklına ne sıklıkla geliyor? Puan (.....)
- 5) A: Kötü rüyalar görüyor musun? Yani olayla ilgili olan yada olmayan seni korkutan, rahatsız eden rüyaları ne sıklıkla görüyorsun? Puan (.....)

- B: Olayla ilgili güzel yada kötü rüyalar görüyor musun, görüyorsan ne sıklıkla görüyorsun? Puan (.....)
- 6) Sana böyle bir olayın tekrar olabileceğini düşündüren şeyleri ne sıklıkla fark ediyorsun? Puan(.....) Varsa neler sana bunu düşündürüyor, örnek verir misin?.....
- 7) Arkadaşlarınla oynamak, spor yapmak yada okuldaki etkinliklere katılmak gibi olaydan önce yapmaktan hoşlandığın şeyleri yapmaktan hangi sıklıkla keyif alıyorsun? Puan (.....)
- 8) İçin için kendini daha yalnız hissettiğin, sanki kendi kendine kalmış gibi hissettiğin yada sana sanki başkalarının senin neler çektiğini gerçekte hiç anlamıyorlarmış gibi geldiği ne sıklıkla oluyor? Puan (.....)
- 9) Kendini nasıl hissettiğinin düşünmek bile istemeyecek kadar korku, sıkıntı yada üzüntü hissettiğin oluyor mu? Ne sıklıkla Puan (.....)
- 10) Konuşamayacak yada ağlamayacak kadar korku, sıkıntı yada üzüntü duyduğun oluyor mu? Hangi duyguyu daha yoğun hissediyorsun korku, sıkıntı, üzüntü... Puan (.....)
- 11) Eskisine göre (olaydan öncesine göre) şimdi ne sıklıkla daha kolay yerinden sıırıyorsun yada tedirgin ve huzursuz bir haldesin? Puan(.....)
- 12) İyi uyuyor musun? (Hangi sıklıkla iyi uyku uyuyorsun?) Puan (.....)
- 13) (Olayla ilgili) “Keşke yapmasaydım” dediğin bir şey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü yada suçlu hissediyor musun? Yada “keşke yapmasaydım” diye düşündüğün bir şeyi yapmış olduğun için? Örneğin, bir şeyin olmasını engellemediğin, birisine yardım etmediğin, yada başkası kadar kötü bir duruma düşmediğin için (hangi sıklıkla bu tür duyguların oluyor?) Puan (.....)
- 14) Olanlarla ilgili düşünceler ve duygular örneğin okulda yada evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamana engel oluyor mu? Puan (.....)

- 15) Eskisi (olaydan öncesi) kadar kolaylıkla dikkatini toplayabiliyor musun? Derste birisi, bir şey anlatırken hangi sıklıkla dikkatini toplayabiliyorsun? Puan(....)
- 16) Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden ne sıklıkla uzak durmak istiyorsun? Puan (.....) Nelerden uzak durmak istiyorsun. Örnek verir misin.
- 17) Bir şey sana (olayı)anımsattığında yada düşünmene neden olduğunda ne sıklıkla gergin yada sıkıntı hissediyorsun? Puan (.....)
- 18) Küçükken yaptığın ama bıraktığın bazı şeyleri (olay)dan beri yine yapmaya başladın mı? Örneğin birisinin hep yanında olmasını istemek, birisiyle uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek. Puan (.....)
- 19) (Olay)dan beri eskisine göre daha fazla karın ağrısı, Baş ağrısı çektiğin yada kendini daha sık hasta hissettiğin oluyor mu? Puan (.....)
- 20) Eskiden olsa yapmayacağım davranışları şimdi yapmaktan kendini alıkoyamadığın oluyor mu? Örneğin, daha çok kavga etmek, daha az söz dinlemek, bisikletine daha dikkatsizce binmek, bir yerlere tırmanmak, birisine küfretmek, oyun sırasında yada caddede karşıdan karşıya geçerken daha dikkatsiz davranmak? Puan (.....)

## 5. EK:

### STAI FORM TX-1

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

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

## STAI FORM TX-2

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

		Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor.	(1)	(2)	(3)	(4)

**6.EK:**

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI****“ NASIL HİSSEDİYORUM ” ANKETİ**

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. “Hemen hemen hiç” mi, “Bazen” mi yoksa “Sık sık” mı? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. GENELLİKLE nasıl hissettiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Yanlış yapacağım diye endişelenirim	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
2. Ağlayacak gibi olurum	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
3. Kendimi mutsuz hissederim	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
4. Karar vermekte güçlük çekerim	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
5. Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
6. Çok fazla endişelenirim	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
7. Evde sınırlarım bozulur	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
8. Utangacım	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
9. Sıkıntılıyım	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
10. Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
11. Okul beni endişelendirir	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
12. Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
13. Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
14. Nedenini bilmediğim korkularım var	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
15. Annem – Babam için endişelenirim	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
16. Ellerim terler	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
17. Kötü bir şeyler olacak diye endişelenirim	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
18. Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
19. Karnımda bir rahatsızlık hissederim	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık
20. Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir	( ) Hemen hemen hiç	( ) Bazen	( ) Sık sık

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve **SU ANDA** nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam bu anda, bu dakikada nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Kendimi ( ) çok sakın hissediyorum ( ) sakın hissediyorum ( ) sakın hissetmiyorum
2. Kendimi ( ) çok öfkeli hissediyorum ( ) öfkeli hissediyorum ( ) öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi ( ) çok huzurlu hissediyorum ( ) huzurlu hissediyorum ( ) huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi ( ) çok sinirli hissediyorum ( ) sinirli hissediyorum ( ) sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi ( ) çok huzursuz hissediyorum ( ) huzursuz hissediyorum ( ) huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi ( ) çok dinlenmiş hissediyorum ( ) dinlenmiş hissediyorum ( ) dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi ( ) çok ürkmüş hissediyorum ( ) ürkmüş hissediyorum ( ) ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi ( ) çok rahatlamış hissediyorum ( ) rahatlamış hissediyorum ( ) rahatlamış hissetmiyorum
9. Kendimi ( ) çok endişeli hissediyorum ( ) endişeli hissediyorum ( ) endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi ( ) çok hoşnut hissediyorum ( ) hoşnut hissediyorum ( ) hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi ( ) çok korkmuş hissediyorum ( ) korkmuş hissediyorum ( ) korkmuş hissetmiyorum
12. Kendimi ( ) çok mutlu hissediyorum ( ) mutlu hissediyorum ( ) mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden ( ) çok eminim ( ) eminim ( ) emin değilim
14. Kendimi ( ) çok iyi hissediyorum ( ) iyi hissediyorum ( ) iyi hissetmiyorum
15. Kendimi ( ) çok başım dertte hissediyorum ( ) başım dertte hissediyorum ( ) başım dertte hissetmiyorum
16. Bir şeylerin beni ( ) çok rahatsız ettiğini hissediyorum ( ) rahatsız ettiğini hissediyorum ( ) rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi ( ) çok keyifli hissediyorum ( ) keyifli hissediyorum ( ) keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi ( ) çok dehşete kapılmış hissediyorum ( ) dehşete kapılmış hissediyorum ( ) dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kendimi ( ) çok karmakarışık hissediyorum ( ) her şeyi karmakarışık hissediyorum ( ) her şeyi karmakarışık hissetmiyorum
20. Kendimi ( ) çok neşeli hissediyorum ( ) neşeli hissediyorum ( ) neşeli hissetmiyorum

**7.EK:****GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)**

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize 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, oyuncakını, kalemını 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 başınadır, 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 ağlamaklıdır.	<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"/>

İmza: .....

Tarih: .....

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

**Yardımlarınız için teşekkür ederiz**

© Robert Goodman, 2005



**8.EK:**

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK DEĞERLENDİRME FORMU

(8-12 YAŞ)

Ad-Soyad:

Yaşı :

Tarih : ...../...../200.....

Aşağıda senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.  
Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin senin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirt.

Eğer senin için <b>hiçbir zaman</b> sorun değilse	0
Eğer senin için <b>nadiren</b> sorun oluyorsa	1
Eğer senin için <b>bazen</b> sorun oluyorsa	2
Eğer senin için <b>sıklıkla</b> sorun oluyorsa	3
Eğer senin için <b>hemen her zaman</b> sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.  
Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım iste.

**Ön bir ay içinde aşağıdakiler senin için ne kadar sorun yarattı?**

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derstelerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

Form No: 36.0025 Rev.No : 0 KOÜ ARŞ. VE UYG. HAST. Umuttepe Yerleşkesi Eski İstanbul Yolu 10. Km - KOCAELİ  
Y.Tarihi : 27.04.2007 Rev. Tarihi : 0 TEL: Santral (0 262) 303 75 75

9.EK:



T.C.  
KOCAELI ÜNİVERSİTESİ  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuğunuzun Adı - Soyadı:

Tarih :

Çocuk Değerlendirme Formu  
(Anne - Baba) (8 - 12 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde herbirinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için <b>hiçbir zaman</b> sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için <b>nadiren</b> sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için <b>bazen</b> sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için <b>sıklıkla</b> sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için <b>hemen her zaman</b> sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

**Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı ?**

<b>Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen Her Zaman</b>
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

<b>Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen Her Zaman</b>
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

<b>Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen Her Zaman</b>
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlıları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

<b>Okul ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen Her Zaman</b>
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

10.EK:



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ad - Soyad :

Tarih :

**Ergen Değerlendirme Formu**  
**(13 - 18 yaş)**

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.  
Lütfen son bir aylık süre içinde herbirinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu  
daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için <b>hiçbir zaman</b> sorun değilse	0
Eğer sizin için <b>nadiren</b> sorun oluyorsa	1
Eğer sizin için <b>bazen</b> sorun oluyorsa	2
Eğer sizin için <b>sıklıkla</b> sorun oluyorsa	3
Eğer sizin için <b>hemen her zaman</b> sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

<b>Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar</b>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başına düş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

<b>Duygularım ile ilgili sorunlar</b>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

<b>Başkaları ile ilgili sorunlar</b>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

<b>Okul ile ilgili sorunlar</b>	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

11.EK:



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.  
ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuğunuzun Adı - Soyadı:

Tarih :

**Ergen Değerlendirme Formu**  
(Anne - Baba) (13 - 18 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.  
Lütfen son bir aylık süre içinde herbirinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu  
daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için <b>hiçbir zaman</b> sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için <b>nadiren</b> sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için <b>bazen</b> sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için <b>sıklıkla</b> sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için <b>hemen her zaman</b> sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

## 12.EK:

### TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların hayatını ciddi olarak etkileyen olaylardan sonra ortaya çıkabilecek bazı sorunlar sıralanmıştır. Lütfen S ON BİR AY İÇİNDE bu sorunların sizde olup olmadığını, varsa sizi ne derecede rahatsız ettiğini belirtiniz (uygun sütunun altına X koyunuz).

	HIÇ RAHATSIZ ETMİYOR	10.1.1	OLDUKÇA	ÇOK RAHATSIZ EDİYOR
1. (Olayla) ilgili bazı anıları /görüntüleri aklımdan alamıyorum.				
2. Bazen yaşadıklarım birdenbire gözlerimin önünden bir film şeridi gibi geçiyor ve sanki herşeyi yeniden yaşıyorum.				
3. Sık sık korkulu rüyalar görüyorum.				
4. (Olay) yeniden olacak korkusu ile bazı şeyleri kolaylıkla yapamıyorum (Örneğin: olayı hatırlatan yer, kişi ve durumlardan uzak durmak, olayla ilgili konuşmamak).				
5. Hayata ve sevdiğim şeylere karşı ilgim azaldı.				
6. İnsanlardan uzaklaştığımı, onlara karşı yabancılaştığımı hissediyorum.				
7. Sanki duygularım ölmüş, taşlaşmış gibi geliyor.				
8. Uyumakta güçlük çekiyorum.				
9. Daha çabuk sinirleniyor ya da öfkeleniyorum.				
10. Unutkanlık veya dikkatimi yaptığım işe vermekte güçlük çekiyorum.				
11. Her an (olay) olacak kaygısıyla tetikte duruyorum.				
12. Ani bir ses ya da hareket olduğunda irkiliyorum.				
13. Herhangi bir şey bana (olayla) ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca rahatsızlık ve sıkıntı duyuyorum.				
14. (Olayda) yaşadığım şeylerle ilgili düşünceleri, duyguları ve anıları aklımdan atmaya çalışıyorum.				
15. (Olayda) yaşadığım olayların bazı bölümlerini hatırlamakta güçlük çekiyorum.				
16. (Olay) bana her an ölebileceğimi farketmediği için uzun vadeli planlar yapmak bana anlamsız geliyor.				
17. Herhangi bir şey bana (olayla) ilgili yaşadıklarımı hatırlatınca çarpıntı, terleme, baş dönmesi, bedenimde gerginlik gibi fiziksel şikayetler oluyor.				
18. Kendimi suçlu hissediyorum.				
19. Kendimi üzüntülü ve kederli hissediyorum.				
20. Hayattan eskisi gibi zevk alamıyorum.				
21. Gelecekte umutsuzum.				
22. Zaman zaman aklımdan kendimi öldürme düşünceleri geçiyor.				
23. Gündelik işlerimi yapacak gücüm azaldı.				
24. Sanki bu olay hiç olmamış ya da gerçek değilmiş gibi hissettim.				

## 13.EK:

### GENEL SAĞLIK ANKETİ - 28

**Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz :**

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün soruları** size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, **yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız. Soruların hepsini cevaplamamız çok önemlidir. Teşekkür ederiz.

#### SON ZAMANLARDA

A1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	evet,her zaman- kinden çok	her kadar	zamanki	her zamankinden kötü	çok daha kötü
A2. Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	hayır, hiç duymuyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok	çok fazla
A3. Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok	çok fazla
A4. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok	çok fazla
A5. Başınızda ağrı oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
A6. Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
A7. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
B1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
B2. Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
B3. Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok	çok fazla
B4. Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	hayır, hiç olmuyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
B5. Nedensiz korkuya veya paniğe kapıldığınız oluyor mu?	hayır, hiç kapılmıyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
B6. Herşeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok fazla
B7. Kendinizi sürekli sinirli ve gergin hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok	çok fazla



## SON ZAMANLARDA

C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her kadar	zamanki	her zamankinden az
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	hayır, hiç almıyor	her kadar	zamanki	her zamankinden çok
C3. Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden iyi	her kadar	zamanki	her zamankinden kötü
C4. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her kadar	zamanki	her zamankinden kötü
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	her zamankinden çok	her kadar	zamanki	her zamankinden az
C6. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden iyi	her kadar	zamanki	her zamankinden kötü
C7. Günlük faaliyetlerden zevk alabiliyor musunuz?	her zamankinden çok	her kadar	zamanki	her zamankinden az
D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	hayır, hiç görmüyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok
D2. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden sık
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	hayır, hiç düşünmüyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?	kesinlikle hayır	her kadar	zamanki	aklımdan geçtiği oldu
D5. Sınırlerinizi bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınızı oluyor mu?	hiç olmuyor	her kadar	zamanki	her zamankinden sık
D6. Kendi kendinize "ölsem de kurtulsam" dediğiniz oluyor mu?	hiç olmuyor	her kadar	zamanki	her zamankinden sık
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	kesinlikle hayır	düşünmedim		aklımdan geçtiği oldu