



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ASTIM TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE PSİKOPATOLOJİ, YAŞAM
KALİTESİ VE EBEVEYN TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hicran DOĞRU

Antalya, 2015



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ASTIM TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE PSİKOPATOLOJİ, YAŞAM
KALİTESİ VE EBEVEYN TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hicran DOĞRU

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esin ÖZATALAY

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2015

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, hoşgörü ve yardımlarını esirgemeyen, tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam Doç. Dr. Esin Özatalay'a, Yrd. Doç. Dr. E. Çıgıl Fettahoğlu'na, Prof. Dr. Taha Karaman'a, araştırma görevlisi arkadaşlarıma, tez çalışmam boyunca yardımlarını esirgemeyen Çocuk Alerji Ana Bilim Dalı ekibine, hastalarım, desteğini benden esirgemeyen sevgili annem başta olmak üzere değerli aileme, bu süreçte beni hep destekleyen kardeşim Rana'ya, sevgili eşim Volkan'a ve kızım Öykü Deren'e en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kısaltmalar Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Astım Tanımı	4
2.2. İnsidans ve Epidemiyoloji	4
2.3. Mortalite ve Morbidite	5
2.4. Sosyal ve Ekonomik maliyet	5
2.5. Etyoloji ve Patogenez	5
2.6. Tanı ve Tedavi	6
2.7. Astım ve Psikiyatrik Komorbidite	7
2.8. Astımın Çocuk ve Ergenler Üzerindeki Etkileri	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
7. ÖZET	47
8. ABSTRACT	49
9. KAYNAKLAR	51
10. EKLER	64

KISALTMALAR DİZİNİ

AHÇYTÖ	Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği
BÇSÖ	Baş çıkma stratejisi ölçeği.
CDŞG-ŞY/ K-SADS-PL	Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu
ÇİYKÖ	Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği
FEV1	Zorlu ekspiryumun birinci saniyesinde verilen hava hacmi
FSTP	Fiziksel sağlık toplam puanı
FVC	Zorlu vital kapasite
GINA	Global initiative for asthma
Ig	İmmünoglobulin
ÖTP	Ölçek toplam puanı
PSTP	Psikososyal sağlık toplam puanı
RBSÖ	Rosenberg benlik saygısı ölçeği
ÜSYE	Üst solunum yolu enfeksiyonu

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Demografik özellikler-1	18
4.2. Demografik özellikler-2	19
4.3. Anne sütü alımı karşılaştırılması	20
4.4. Gruplar arası sık ÜSYE geçirme ilişkisi	20
4.5. Ebeveynlerin sigara kullanımı	21
4.6. Soy geçmişte astım varlığı	21
4.7. İnternette fazla vakit geçirme	22
4.8. Cinsiyet ile internette fazla vakit geçirme	23
4.9. Spor alışkanlığı	23
4.10. Ruhsal hastalık dağılımı	24
4.11. Hasta grubun demografik verileri-1	25
4.12. Hasta grubun demografik verileri-2	26
4.13. Yaşam kalitesi, benlik saygısı ve başa çıkma stratejisinin karşılaştırılması	27
4.14. Aile hayatı ve çocuk yetiştirme ölçek puanlarının karşılaştırılması	27
4.15. Astımlı Olguların Aldıkları Tanılar	28
4.16. Astımlı grupta ruhsal hastalıkların cinsiyete göre dağılımı	29
4.17. Astımlılarda Ruhsal Hastalık Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi	29
4.18. Astımlılarda ruhsal hastalık varlığına göre demografik veriler	30
4.19. Astımlılarda Anne Baba Tutumları ve Başa Çıkma Yöntemleri ile ruhsal hastalık varlığı	31
4.20. Astımlı Grupta Anne Baba Tutumları ve Başa Çıkma Yöntemleri ile Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	32
4.21. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ile Anne Eğitim Durumu İlişkisi	33
4.22. Ruhsal hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan demografik özellikler	34

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Astım birçok hücre ve hücre bileşeninin rol oynadığı kronik ve inflamatuvar bir hava yolu hastalığıdır (1). Kronik inflamasyon, özellikle gece ve sabahın erken saatlerinde meydana gelen tekrarlayan hışıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve öksürük ataklarına neden olan hava yolu aşırı duyarlılığıyla ilişkilidir. Bu ataklar genellikle akciğerlerde yaygın ama değişken ve çoğunlukla kendiliğinden veya tedaviyle geri dönüşlü bir hava yolu obstrüksiyonu ile ilişkilidir (2).

Bugün dünyada ve ülkemizde en sık rastlanan kronik çocukluk çağı hastalığı olarak karşımıza çıkmaktadır (2, 3). Astım, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın her ülkede görülür (4). Çok merkezli yürütülen bir çalışmada astım prevalansı %1,6-36,8 bulunmuştur (5). Sıklığı zaman içerisinde artış göstermektedir (2). Bu artış sadece genetik nedenlerle açıklanamamakta, bireysel ve çevresel faktörlerin de önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Rol oynayan etkenler arasında genetik yatkınlık, obezite, cinsiyet, çevresel alerjenler, enfeksiyonlar, mesleksi duyarlaştırıcılar, sosyoekonomik durum, sigara dumanı, hava kirliliği ve beslenme sayılabilir (6). Astım süt çocuklarında nadir görülür. Başlangıç genellikle 3-8 yaşlarındadır. Kentlerde kırsal kesime oranla daha sık rastlanır. Ilıman ve nemli iklimlerde sık, yüksek rakımlı kuru iklimlerde daha az görülür. Ergenlik döneminde kızlarda daha yüksek insidans ve prevalansla beraber; daha fazla alevlenme ve hospitalizasyon görüldüğü saptanmıştır. Hastaneye yatış süresi ve tekrar tekrar yatış gereği yine kızlarda daha fazla bulunmuştur. Hastalığın alevlenmesinin mevsimsel patern gösterdiği ve eylül ayında hospitalizasyonun pik yaptığı tespit edilmiştir. Çocuklarda psikolojik sorunların hem hava yolu duyarlılığında artışla alevlenmelere neden olduğu, hem de hastalıkla başa çıkmada etkisi olduğu bilindiğinden, astımda psikolojik faktörlerin rolü, uzun zamandır tartışma konusudur. Astımlı hastalardaki psikopatolojiyi araştıran yayınların çoğunda hem çocuk-ergenlerde hem de erişkinlerde en sık depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu riskinin arttığı gösterilmiştir (7, 8, 9).

Ayrıca alkol madde bağımlılığı, suisid gibi risk alma davranışlarının arttığı ileri sürülmektedir (10). Anksiyete bozukluğu olan hastalarda da astımın diğer ruhsal bozukluklara göre ve sağlıklı gruba göre yüksek oranda bulunduğu gösterilmiş ve anksiyete bozukluğu ve depresyonun da astımı provoke edebileceği söylenmiştir (11). Astımda varolan depresyonun tedavisi ilaç uyumunu arttırmakta, astım semptomlarını azaltmakta, astıma bağlı mortalityi azaltıp hayat kalitesini arttırmaktadır (12). Astımlı çocuğun beslenme, fiziksel aktivite ve sosyal ilişkilerinin azaltılması aile içi problemlere yol açar. Psikolojik problemler ve hastalığın alevlenmeleri okul başarısını azaltır. Bebeklikte aile ilişkilerindeki bozulma, astımın sebebi değil sonucu gibi görülmektedir. Çocuklarda yaşıyla uyumsuz çocuksu davranışlar, çevreye uyumsuzluk; velilerde ise aşırı koruyucu davranışlar gözlenir. Bu bağımlı çocukların bireyselleşmesi de güç olmaktadır.

Astımlı çocukların ailelerinin de daha agresif, endişeli, mükemmelliyetçi, depresif, kaygılı kişiler oldukları gözlenmiştir (13, 14, 15). Hastaya psikoterapötik yardımda asıl amaç dispne- kaygı kısır döngüsünü kırmaktır. Dispnenin ölüm demek olmadığı öğretilmelidir. Hastaların çatışma alanları ortaya çıkarılmalı, duygularını ifade etmekten kaçınmamaları, kendilerine güvenmeleri, yaşam ilgi alanlarını arttırmaları ve sosyal çevreden uzaklaşmamaları konusunda destek sağlanmalıdır (13). Astım tedavisindeki ilerlemelere rağmen tedavi sürecindeki zorluklar astım tanısı konulan çocuk ve ergenlerin sağlıklı ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, hastalar ve aileleri için psikososyal sorunların ortaya çıkma olasılığını arttırmaktadır. Bu da hastaların tedaviye uyum sağlamasını güçleştirmektedir.

Bu çalışmada astım tanılı çocuk ve ergenlerde psikopatolojiyi, ebeveyn tutumlarını, yaşam kalitesi algılarını, benlik saygılarını, bazı psikosoyale özellikleri ve bunların birbiriyle olan ilişkilerini incelemek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda bazı varsayımlar öne sürülebilir:

1. Çocuk ve ergenlerde astım varlığı psikopatoloji sıklığını artırabilir.
2. Kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde demokratik olmayan tutumlar sergilenebilir.

3. Hastalık varlığında aileler çocuklarının yaşam kalitesini olduğundan daha iyimser olarak algılayabilir.

4. Hastalık varlığında çocukların benlik saygısı bozulabilir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Astım Tanımı

Astım, çeşitli uyaranlarla oluşan; nefes darlığı, hırıltılı solunum, göğüste sıkışma veya öksürük atakları gibi tekrarlayan solunum semptomları ile karakterize, geri dönüşümlü hava yolu obstrüksiyonudur. Astım, çocukluk çağının en sık görülen kronik inflamatuvar hastalığı olmakla birlikte; 300 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilen dünya çapında bir sorundur. (1, 16) Astım atakları özellikle gece veya sabahın erken saatlerinde meydana gelir, değişken şiddettedir (16-21).

2.2. İnsidans ve Epidemiyoloji

Çocukluk çağının en sık gözlenen kronik hastalığı olan astımın dünyada yaklaşık 300 milyon kişiyi etkilediği düşünülmektedir. Bu rakam ülkemiz için yaklaşık 3,5 milyon kişidir (21) . Dünyanın farklı bölgelerinden bildirilen çok sayıda araştırma sonuçları, prevalans oranlarında büyük farklılıklar göstermektedir. Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda %1-18 arasında değişen rakamlar bulunmuştur. Bazı ülkelerde artış trendi görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından astımdan dolayı dünyada yılda 15 milyon sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı kaybı (DALY) olduğu bildirilmiş olup bu rakam dünyadaki tüm hastalıklara bağlı toplam kayıpların %1'ine karşılık gelmektedir (21) . Astımdan dolayı dünyada yılda yaklaşık 250.000 kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. Ülkemizde saptanan prevalans rakamları genellikle batı ülkelerinden daha düşük düzeylerde olmakla birlikte şehirler ve bölgeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir (22-24) . Genelde kıyı kesimleri, şehirler, büyük metropoller ve düşük sosyoekonomik yaşam koşullarında daha sıktır. Çocuklukta erkeklerde, erişkin dönemde kadınlarda biraz daha sıktır. Ülke çapında morbidite, mortalite ve maliyete ilişkin net bilgiler yoktur.

Türkiye'de çocukluk çağında 1992-2004 yılları arasında, yayımlanmış bir metaanalizde hırıltılı solunum semptomunda yıllar içinde artış eğilimi olduğu görülmüştür (2, 25-28). Ankara'da çocuk astımlılarla yapılan bir araştırmada

astımın şiddeti, koruyucu ilaçların kullanımı, acil servis başvurusu ve hastane yatışı maliyetle ilişkili bulunmuştur (29). Ülkemizde erişkinlerde yapılan çok merkezli PARFAIT çalışmasında astım, hışıltı, alerjik rinit ve egzemanın erkeklerde görülme sıklığı kadınlardakinden daha yüksek bulunmuştur (30).

2.3. Mortalite ve Morbidite

Astım prevalansı, morbiditesi ve şiddeti yaş dönemleri ile değişen bir cinsiyet farklılığı göstermektedir. Bebeklikde erkeklerde kızlara göre iki kat daha sık görülür iken, ergenlik döneminde bu oran eşitlenir. 20 yaşın üzerindeki kadınlarda astım prevalansı ve morbiditesi erkeklere göre daha fazladır (31). Astımda mortalite seyrek olmasına rağmen son zamanlarda giderek artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada her yıl astıma bağlı 250 000 ölüm vakası görülmektedir. Astım morbiditesi ise yaşam kalitesi, sağlık hizmeti, astım şiddeti, ilaç kullanımı, tedavi maliyeti, prevalans ve insidans gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (31).

2.4. Sosyal ve Ekonomik Maliyet

Astım hastalığı tüm dünyada önemli bir okul ve iş gücü kaybı nedenidir. Bu nedenle astımın topluma maliyeti hesaplanırken sadece hastane ve tedavi giderleri değil hasta ve yakınlarının iş gücü kaybı ile astıma bağlı erken ölümler de göz önüne alınmalıdır. Astım kontrolünün hasta ve topluma maliyeti hastalığın ağırlığı ilerledikçe artmaktadır (32-35). Bu nedenle hastaların ilaç uyumunu arttırmak için psikososyal durumunun ele alınması önemlidir. Günlük işlevsellik ve yaşam kalitesinin etkilenmesi; çocukluk ve ergenliğin duyarlı dönemlerinde olumsuz değişiklikler yaratabilmektedir. O nedenle psikosomatik faktörlerden etkilenen ve yüksek psikiyatrik hastalık insidansı ile ilişkili olduğu saptanan bu hastalığın tedavisinde biyopsikososyal bir yaklaşım gerekmektedir. (36, 37).

2.5.Etyoloji ve Patogenez

Astım hava yollarının enflamatuvar bir hastalığı olup çeşitli uyaranlara karşı bronkokonsriktör cevapla sonuçlanan, birçok enflamatuvar hücre ve medyatörleri

içeren patofizyolojik değişikliklerle karakterizedir. (38-40). Astım gelişimini etkileyen faktörler hastalığın gelişmesine yol açan ve astım semptomlarını tetikleyen faktörler olarak ikiye ayrılabilir; ancak bazıları her ikisine de neden olabilir (41). Bunlar konak faktörleri ve çevresel faktörleri olarak iki ana gruba ayrılır. Konağa ait faktörler; genetik yatkınlık, obezite ve cinsiyet iken çevresel faktörler alerjenler, enfeksiyonlar, mesleki duyarlaştırıcılar, egzersiz, sosyoekonomik düzey, sigara dumanı, iklim şartları, hava kirliliği ve beslenme olarak sınıflandırılır (41).

2.6. Tanı ve Tedavi

Astımda en değerli muayene anamnezdır. Nöbetler halinde gelen nefes darlığı, hışıltılı solunum, öksürük, balgam ve göğüste baskı hissi gibi semptomların varlığı sorgulanmalıdır. Aile öyküsünün olması ve atopik hastalıkların varlığı da tanıyı destekleyen özelliklerdir.

Semptomların sürekli ya da epizodik olması, gün içinde veya mevsimsel değişiklik göstermesi ve bir takım faktörlerle; alerjenler, enfeksiyonlar, irritanlar, ilaçlar, emosyonel faktörler, çevresel değişiklikler, gıdalar ve endokrin faktörlerle tetiklenmesi, geceleri artış olması ve uygun astım tedavilerine yanıt vermesi astım tanısını destekler. Astıma karakteristik semptomların varlığı ile tanı konulmakla birlikte, akciğer fonksiyonunun ölçülmesi ve akciğer fonksiyon anormalliklerinin geri dönüşlü olduğunun gösterilmesi tanıyı desteklemektedir (42-43).

Astım tedavisinin hedefleri; kronik ve sıkıntı veren semptomları gidermek, hastalığın ilerlemesini önlemek, egzersiz toleransını artırarak normal günlük yaşantısını sağlamak, komplikasyonları ve alevlenmeleri önlemek ve tedavi etmek, mortaliteyi azaltmak, tedaviye sekonder yan etkileri önlemek veya en aza indirmektir. Mümkün olan en etkin tedaviyi en az ilaçla ve en az yan etkiyle sağlamak hedeflenmektedir.

Astım ağırlığı hastadan hastaya değişen ve alevlenmelerle seyreden bir hastalık olduğu için tedavide temel kural hastanın semptomlarına göre ilaç doz ve çeşidini ayarlamaktır. Astımın ağırlığına göre tedavinin ayarlanması yöntemine basamak tedavisi denir. Basamak tedavisinin temelini kortikosteroidler oluşturur.

Hastanın semptomlarına göre uygun basamaktan başlanıp semptomlar kontrol altına alındıktan sonra bir basamak inilir. Tüm basamaklarda ihtiyaç halinde kısa etkili β_2 –agonist tedavisi verilebilir (44).

2.7. Astım ve Psikiyatrik Komorbidite

Ülkemizde ve dünyada en sık rastlanan kronik çocukluk çağı hastalığı olan astımın psikopatoloji birlikteliği oldukça yüksek bulunmuştur (45-50). Kronik hastalıkların ruhsal bozukluklara yol açtığı, ruhsal bozuklukların da bedensel yakınmalarla ifade edilebileceği bilinmektedir. Bu nedenle astımın çocukluk çağı psikosomatik hastalıkları arasında önemli bir yeri vardır (51). Astımlı çocuk ve ergenlerdeki psikopatolojiyi araştıran yayınlarda en sık depresif bozukluk ve anksiyete saptanmakla birlikte dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, alkol madde bağımlılığı ve suisid gibi risk alma davranışlarının da artmış olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda özellikle kronik solunumsal hastalıklarda toplumda beklenenden daha yüksek oranda psikopatoloji saptandığı ve intihara eğilim olduğu görülmüştür (52). Çok merkezli, çok uluslu bir araştırmada mental bozuklukların genel topluma göre astımlılarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Astım bu patolojileri doğurduğu gibi çocukluk çağında başlayan stres ve duygu durum bozukluklarının da astımı provoke edebileceği düşünülmüştür (53). Anksiyete bozukluğu olan hastalar arasında da astım oranının anksiyete bozukluğu olmayan gruba göre yüksek oranda bulunduğu gösterilmiş ve anksiyete bozukluğu ve depresyonun da astımı provoke edebileceği söylenmiştir. Astımlılarda psikiyatrik komorbidite için en önemli yordayıcının son dönemlerde geçirilen astım atağı olduğu ileri sürülmüştür. Psikiyatrik hastalık tedavi edilmediğinde astımın tedavisinin de güçleştiği ve daha yüksek dozda steroid gereksinimi olduğu bildirilmektedir (54).

Solunum sistemi ile psişik durum arasında yakın bir ilişki vardır. Solunum sistemi hastalıklarında kronik hiperkapni ve hipoksi nöbetlerinin beyinde amigdala ve locus ceruleus gibi merkezleri duyarlı hale getirerek depresyon ve anksiyete bozukluklarına yol açabileceği söylenmektedir (46-48).

2004 yılında Özdemir ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, astım tanılı 92 çocuk ve ergen değerlendirilmiş ve 30'unda anksiyete bozukluğu saptanmıştır (55). Yapılan testlerde bu çocuklarda somatizasyon bozukluğu ve anksiyete bozukluğu, panik atak benzeri hiperkapni ve solunum sıkıntısı tanımlanmıştır. Astım ataklarının sıklıkla uykuda olması nedeniyle uykusuzluk problemleri görülmüştür.

Vıla'nın Fransa'da yaşayan astım tanılı çocuk ve ergenlerdeki kaygı düzeylerini incelemek amacıyla yaptığı bir çalışmada (56); 92 astım tanısı olan çocuk ve ergen ve 92 kontrol grubu çocukla karşılaştırılmış. Astım tanısı almış çocukların endişe puanları astım tanısı almamış çocukların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Matheve ve Knapp'ın 1969'da yaptığı bir çalışmada (57) da astım tanısı almış olan hastalarla kontrol grubu arasında endişe, saldırganlık ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Astım tanısı almış kişilerde endişe, saldırganlık ve depresif semptomlar kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur.

Stauder ve Kovacs'ın 646 alerji tanılı hasta ile yaptığı araştırmada ise tüm alerji grubu hastalıklar arasında en yüksek endişe skoru astım tanılı hastalarda bulunmuştur (58).

Astımlı hastalarda, psikososyal etkenlerle birlikte astım tedavisinde kullanılan ilaçların da psikopatoloji ortaya çıkarmakta rolü olduğu düşünülmektedir. Bu ilaçların serotonin düzeyini etkileyerek DEHB, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara yol açtığı ileri sürülmektedir (51-55).

Astımlı çocuk sosyal hayatında yaşadığı güçlükler nedeniyle bireyselleşme konusunda da sıkıntı çekmektedir. Beslenme, fiziksel aktivite ve sosyal ilişkilerinin kısıtlanması ailelerin iş düzenlerini değiştirmesine ve ev içi düzeni çocuğa göre planlamasına yol açar. Sonuçta aile içi problemler oluşabilir. Psikolojik problemler ve hastalığın alevlenmeleri okul başarısını düşürür. Çocuklarda yaşıyla uyumsuz çocuksu davranışlar, çevreye uyumsuzluk; velilerde ise aşırı koruyucu davranışlar gözlenir.

Bu şekilde bağımlı çocukların bireyselleşmesi de güç olmaktadır (59-61). Çocuklarında astım hastalığı olan annelerde depresyonun daha sık görüldüğü bazı çalışmalarda vurgulanmaktadır. Annenin psikolojik durumundaki bozulmanın çocuktaki astım hastalığının prognozunu olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Sonuçta çocukların kronik hastalıkları hem çocuğun hem de ailenin sosyal ve duygusal yaşantısını etkilemektedir (62).

Sonuç olarak astım ve psikiyatrik komorbidite varlığının, hastanın tedaviye uyumunu olumsuz etkilediği, bu hastalarda yaşanan psikolojik sorunların erken saptanması ve tedavi edilmesi ile astıma bağlı morbiditenin anlamlı ölçüde azalabileceği ve tedavi maliyetine de olumlu yansıtacağı bildirilmiştir. Psikolojik olarak astım hastalığı ile başedebilen hastalarda, astım semptomlarının daha az hissedilebileceği, astım hastalarının fiziksel, emosyonel ve sosyal yaşam alanlarında iyileşme olabileceği bildirilmektedir (63).

Psikosomatik açıdan değerlendirildiğinde astım bir iletişim hastalığıdır. Solunum iletişimde önemlidir ve astım solunumu bozar. Astım atağında en üst seviyedeki duygusal faktör, anne ile oluşan bağlanmaya dair algılanan tehdittir. Anne ile çocuk arasındaki bu bağı korumanın solunumla ilgili problemlerin kökenini oluşturduğunu söylenir. Astımda güçlü bağımlılık ve ayrılık anksiyetesi göz önünde bulundurulduğunda, wheezing sesi, sevgi ve korunma gereksiniminin bastırılmış çılgılığı olarak tanımlanmıştır. Gildea (49), astım tanısı almış olan hastaların anneleriyle keskin bir bağ kurduğunu ve anneden ayrılma korkusunun astım ataklarını tetiklediğini ve hızlandırıldığını söylemiştir. Astım hastalarının duygularını ağlama ve solunum sistemini tetikleme ile ifade ettiğini düşünmektedir. Astımlıları biraz narsistik, çoğu zaman güçlü görünen ve sosyal olarak kabul gören kişiler olarak tarifler. Bu hastaların immatür ve psikoterapide zorlayıcı olduklarını tarif etse de; insanlarla her daim sıcakkanlı bir iletişim içinde olduklarını belirtir.

2.8. Astımın Çocuk ve Ergenler Üzerindeki Etkileri

Kronik hastalıklar; patolojik değişiklikler sonucu oluşan normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizliklere neden olabilen, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve

denetim gerektireceği beklenen bir durum olarak tanımlanmaktadır (64). Ruhsal sorunların gelişmesinde önemli bir risk etkeni olan kronik hastalıklar bazen daha da ilerleyerek ölümle sonuçlanabilmektedir. Son yıllarda gelişen tedaviler nedeniyle yaşam süresi uzarken, kronik hastalığı olan çocuk ve ailelerinde yaşanan zorluklar nedeniyle psikososyal sorunların ortaya çıkma ihtimali artmaktadır (65). Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan çocuklarda sağlıklı akranlarına göre iki kat daha fazla; serviste yatan ya da poliklinikten takip edilen hastaların ise üçte birinde ruhsal sorunlara rastlandığı bildirilmiştir (66). Kronik hastalıklar, çocuğun yaşı, bilişsel-zihinsel durumu, mizacı, duygusal gelişimi, hastalıktan önceki uyum yeteneği, içinde bulunduğu koşullar, sosyal desteği, hastalığının tipi, ciddiyet ve süresi, hastalığın çocuk ve ailesi için taşıdığı anlam, hastalığın çocukta ve ailede yaşattığı kısıtlamalar gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak hafiften ağır düzeylere kadar tüm yaşamı etkileyebilen sıkıntı oluşturabilmektedir (67).

Kronik hastalıkların giderek artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması yaşam kalitesi kavramını ön plana çıkarmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı bireyin kendine özgü fiziksel ve ruhsal sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, çevre etkenleri ve kişisel inançlarını temsil eder. Sosyal işlevsellik, arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum sağlama, duygusal işlevsellik, beden imgesi, özerklik, bilişsel işlevsellik, aile içi ilişkiler, gelecekte beklenen yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır.

Kronik hastalığa eşlik eden ruhsal sorunlar çocuk ve ergenin tedaviye uyumunu, hastalık seyrini, morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkilemektedir. Çocuğun hastalığa karşı vereceği tepkiyi anlamak için en önemli faktörler çocuğun içinde bulunduğu gelişimsel dönem özelliklerini bilmek ve bilişsel kapasitesini değerlendirmektir. Bebeklik döneminde bebek hastalığının farkında değildir yaşadığı fiziksel zorluklar nedeniyle huzursuzdur, emmek istemez ya da ağlayabilir (68). Hastalık ve hastalığın tedavisinin algısı tam olarak oluşmadığı için bu yaştaki çocukların hastalığın ağrı ve kaygı verici semptomlarıyla baş etmesi daha zordur. Ergenlik döneminde; fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda hızlı bir değişim sürecine uyum çabaları başlarken, bu dönemde beden algısı, kişilik gelişimi ve arkadaşlar tarafından kabul görme

oldukça değerlidir. Bu dönemde kronik hastalığın başlaması normal benlik gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Erken ergenlik döneminde zayıf olan uyum becerileri orta ve geç ergenlik döneminde olgunlaşma ve öğrenmenin etkisiyle gelişimini tamamlar (16) Erken ergenlikte başlayan kronik hastalık, özellikle vücut bütünlüğü ve imajı hakkında derin kaygılara neden olmakla birlikte bu dönemde uyum becerilerinin de gelişmemiş olması nedeniyle psikopatoloji oluşmasına zemin hazırlayabilir. Orta ergenlik döneminde kronik hastalığın psikososyal etkisi belirgindir. Medikal tedaviye uyumsuzluk orta ergenlik döneminde sık görülürken geç ergenlik döneminde kronik hastalıklar daha az kargaşaya neden olur (69). Kronik hastalık pubertal gelişimi etkileyebilir, örneğin yavaşlatabilir. Hastalık nedeniyle işlev kaybı ve fiziksel bozukluğun olması, özgüvenin olumsuz etkilenmesine, arkadaş ilişkilerinde bozulmaya, okul ve diğer aktivitelere katılımın kısıtlanmasına, bağımsızlığın engellenmesine, beden algısının zedelenmesine neden olabilir. Bazı ergenler kronik hastalık karşısında regresif ve uysal bir tutum sergilerken bazıları bağımsızlığını ilan etmek için asi bir tavır sergilerler (69). Hissettikleri bu olumsuz duygulardan kurtulmak için en sık regresyon, inkar, yansıtma ve yer değiştirme gibi savunma mekanizmalarını kullanırlar.

Çocuk ve ergenin mizacı da hastalık tanısı sonrasında ruhsal sorunların oluşmasında önemlidir. Özellikle içe dönük çocuklarda tanı sonrası uyumsal problemler ile birlikte, hastalıklarıyla ilgili endişe, ölüm korkusu, suçluluk duygusu ve belirsizlik duyguları daha ön plandayken dışa dönük çocuklar hastalıktan daha az etkilenmektedirler. Çekingen, korkak çocuklarda ebeveyne pasif bağımlılık oluşabilir.

Risk almayı seven ergenler genelde hastalığa ve tedaviye isyankar bir tutum sergiler ve hastalığa uyum sorunları yaşarlar (70). Olgun davranan ergenler hastalıklarıyla daha rahat başa çıkabilirler (69). Hastalığın genetik ya da edinsel olması da çocuk ve ergende farklı bir etki oluşturur. Genetik kökenli hastalığı olan çocuk ve ergenler hastalığı yaşamının bir parçası olarak görürken bu durum tedaviye uyumu artırır (65). Astım gibi ataklar halinde, remisyon ve alevlenmelerle seyreden hastalıklar ruhsal sorun oluşturma açısından risk taşıırken çocuğun fiziksel ve sosyal gelişimini de olumsuz etkileyebilir (71). Ataklar

halinde seyreden bu hastalıklar önceden yapılan planların bozulmasına sebep olurken kalıcı hastalıklara göre daha fazla kaygı oluşturur.

Bunlara ek olarak ailenin sahip olduğu düşük sosyoekonomik seviye, çatışmalı ilişki ve ruhsal hastalık gibi faktörler, ailenin hastalık karşısındaki desteğini azaltıp çocuğun hastalığa uyumunu bozmaktadır. Bu nedenle aileyi de destekleyen bir program uygulanmalıdır.

Sonuç olarak kronik hastalığın çocukta yarattığı etkinin ne düzeyde olduğunun belirlenebilmesi ve tıbbi girişimlerin etkinliğinin ve yan etkilerinin değerlendirilebilmesi için kronik hastalığı olan çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algılarını bilmek önemlidir (72).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya Eylül 2014 – Mayıs 2015 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Allerji Polikliniği’nde astım tanısı ile ayaktan takip edilip en az bir yıl süreyle ilaç kullanmakta olan 8-18 yaş arası 32 çocuk ve ergen dahil edildi. Zihinsel gelişim geriliği olan ve eşlik eden kronik hastalığı olan olgular çalışmaya alınmadı. Kontrol grubu olarak astım veya ciddi bir kronik hastalığı olmayan, daha önce psikiyatriye başvurmamış, sağlıklı gönüllüler alındı. Astım ve kontrol grubundaki gönüllülerin yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi bakımından yakın olmasına dikkat edildi. Astım tanısı olan ve kontrol grubundaki olgulara, araştırmacı tarafından çocuklarda gözlenebilen psikiyatrik hastalıkları sorgulayan “Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL)” uygulanarak klinik görüşme yapıldı. Her iki gruba da benlik saygılarını değerlendirmeye yönelik Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik, çocuk ve ergenlere ve ebeveynlerine “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği” (ÇiYKÖ) verildi.

Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının ve stresle başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesi için, her iki gruba Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) ve Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği (BÇSÖ) verildi. Çalışma için gerekli olan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır. Helsinki bildirgesine uygun olarak tüm aileler çalışma hakkında bilgilendirilip gönüllü olanlardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Kullanılan Gereçler

1. Demografik Bilgi Formu

Bu çalışma için tarafımızca oluşturulan bu formda sosyodemografik özellikler tanımlandı. Adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, okul başarısı, doğum yeri, boyu, kilosu, spor alışkanlığı, internette fazla vakit geçirme, kardeş sayısı, anne babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, ailenin aylık geliri, ailede sigara kullanan olup olmadığı, iletişim bilgileri sorgulandı. Uyku, iştah ve

davranış değişiklikleri varlığı, ailede ruhsal yardım alma ihtiyacı olup olmadığı, olgunun nöromotor gelişimi, özgeçmişinde hastalık ve operasyon öyküsü, soygeçmişinde hastalık öyküsü sorgulandı. Hasta grubuna tanı alınan yaş, ilaç kullanım süresi, hastaneye yatış sayısı, komplikasyon gelişip gelişmediği kaydedildi (**Ek-1**).

2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children–Present and Lifetime Version, K-SADSPL]

Bu test çocuk ve ergenlerde DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine geçmişteki ve şu andaki psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (73). 2004 yılında Gökler ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

K-SADS-P-L ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar ebeveyninden ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda sorgulanmakta ve klinik tanı klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek konulmaktadır. Ölçeğin tarama bölümünde çocukluk ve ergenlik döneminde görülen psikopatolojilerin temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti kendisine özgü dereceleme yöntemiyle 0–3 puan arasında değerlendirilmektedir. Herhangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye psikopatolojiye ilişkin ayrıntılı ek sorular sorulmakta ve sonuçta DSM-III-R ya da DSM-IV'e göre tanı konulmaktadır. Bu ölçek ile yapılan görüşme ile konulan tanıların geçerliğinin dışa atım bozuklukları açısından çok iyi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve tik bozukluğu için iyi, duygulanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve karşı olma karşı gelme bozukluğu için ise orta derecede olduğu gözlenmiştir (74).

3. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

ÇİYKÖ, 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (75). Yaş gruplarına göre ayrılan ebeveyn

formları ve öz bildirim formları toplam 7 formdan oluşur. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır (70). Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan 23 maddelik bir yaşam kalitesi 64 ölçeğidir. Maddeler 0–100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır (76). Geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında Memik ve arkadaşları tarafından yapılan ölçeğin hem çocuk ve ergenler, hem de ebeveynleri tarafından doldurulan iki versiyonu bulunmakta olup, her iki versiyon da çalışmamızda kullanılmıştır **(Ek-2)**.

4. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ)

Yapılan bu ölçek, 60 maddeden oluşan Shaffer ve Bell tarafından geliştirilen likert tipi bir ölçektir (77, 78). Bu ölçek ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının değerlendirilmesi için kullanılır ve anne- babalar tarafından doldurulur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.91'dir. AHÇYTÖ aşırı annelik (F1), demokratik tutum ve eşitlik tanıma (F2), ev kadınlığını reddetme (F3), karı-koca geçimsizliği (F4), otoriter tutum (F5) gibi 5 farklı boyutu değerlendirir. 1- 4 arasında puanlanan AHÇYTÖ'nin değerlendirilmesi sırasında 2, 29, 44. maddeler dışında tüm maddeler doğrudan işaretlenen dereceye göre puanlanır. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte faktör puanları değerlendirilmektedir. Faktör puanları ayrı ayrı toplanıp 5 ayrı boyutu yansıtan 5 ayrı puan hesaplanır. "Demokratik tutum ve eşitlik tanıma" boyutu dışındaki boyutlarda puan artışı olumsuz anne-baba tutumlarını gösterir. AHÇYTÖ'nin alt ölçeklerinden

alınabilecek en yüksek puan aşırı annelik için 64, demokratik tutum ve eşitlik tanıma için 36, ev kadınlığını reddetme için 52, karı-koca geçimsizliği için 24, baskı ve disiplin alt ölçeği için 64'tür (79) (**Ek-3**).

5. Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği (BÇSÖ)

BÇSÖ Amirkhan tarafından geliştirilip, Aysan tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Toplamda 33 maddeden oluşan bu ölçek her biri 11 maddeden oluşan problem çözme (PÇ) ,sosyal destek arama (SDA), ve kaçınma (K) alt gruplarına ayrılmıştır (80). Ölçeğin tüm maddeleri tersine döndürülerek hesaplanır. Alt ölçek puan aralığı 11-33'tür. Alt ölçek puan aralığının yüksek olması tanımlanan niteliğin arttığına işaret etmektedir (81) (**Ek-4**).

6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

RBSÖ sosyal bilimlerde yapılan araştırmalarda en geniş kapsamlı kullanılan bir likert tipi ölçektir. Benlik saygısı kendiliğe ait pozitif ve negatif bir oryantasyondur. Bu ölçek 1963 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Füsün Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır (82, 83). Bu araştırmada sadece ilk 10 sorudan oluşan benlik saygısı alt testi kullanılmıştır. Değerlendirme “çok doğru”, “doğru”, “yanlış” ve “çok yanlış” şeklinde olmaktadır. Ölçeğin geçerliliği yüksek olup test-retest korelasyonu 0.82 – 0.88 arasındadır.

Bu testte 1, 2, 4, 6, 7. sorular için çok doğru =3, doğru =2, yanlış=1, çok yanlış =0 olarak puanlanmaktayken; 3, 5, 8, 9, 10. sorular için doğru=1, yanlış =2, çok yanlış =3 olarak puanlanır. Puanın yüksek olması benlik saygısının yüksek, az olması ise benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir. Maksimum düzey 30 olarak değerlendirilir (**Ek-5**).

7. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel değerlendirmeler “SPSS(Statistical Pacckage for social Sciences) for Windows 20.0” programı ile değerlendirildi. Çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında Student’s t testi kullanıldı. Kategorik veriler (cinsiyet dağılımı, ailede ruhsal hastalık öyküsü vs.) ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Devamlı verilerin (yaş, ölçek puanları vs.) ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel değerleri belirtildi. Hastaların ve kontrollerin sosyodemografik, klinik ve ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için parametrik verilerde Pearsonve nonparametrik verilerde Spearman bağıntı analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya Eylül 2014 – Mayıs 2015 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Allerji Polikliniği'nde astım tanısı ile ayaktan takip edilip en az bir yıl süreyle ilaç kullanmakta olan 8-18 yaş arası 32 çocuk ve ergen dahil edildi. Dağılım yaş ve cinsiyet açısından homojendi. Çalışma grubunda 17 erkek (%53,1) ve 15 kız (%46,9), kontrol grubunda ise 16 erkek (%50) ve 16 kız (%50) vardı.

Ortalama yaş astımlı grupta 12.47 ± 3.07 iken kontrol grubunda 12.38 ± 2.95 olarak hesaplandı. İki grubun yaş, çocuğun eğitim süresi, kardeş sayısı, anne ve baba yaşı, boy ve kilo dağılımları kıyaslandığında baba yaşı dışında istatistiksel olarak farklı olmadığı görüldü. Baba yaşı dağılımlarına bakıldığında ise astımlı grupta baba yaşı ortalaması belirgin olarak düşüktü; hasta ve kontrol ortalamaları sırasıyla: 40.25 ± 5.25 ve 44.03 ± 6.81 idi. Hasta ve kontrol grubundaki olguların demografik verileri Çizelge 4.1'de gösterilmektedir

Çizelge 4.1. Demografik özellikler -1

n=64	Astımlı Grup		Kontrol Grubu		P değeri
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Yaş	12,47	3,07	12,38	2,95	0,901
Eğitim süresi (yıl)	6,69	2,99	6,09	2,91	0,424
Kardeş sayısı	2,03	0,65	2,25	0,51	0,138
Anne yaşı	37	6,34	39,69	5,56	0,076
Baba yaşı	40,25	5,25	44,03	6,81	0,016
Boy	150,75	13,37	148,41	16,36	0.533
Kilo	43,84	11,9	46,03	17,82	0.566

T testi; p: Önemlilik sınır düzeyi

Kontrol ve astım grupları arasında demografik veriler karşılaştırıldı. Cinsiyet, doğum yeri, okul başarısı, ebeveyn birlikteliği, kardeş sayısı, özgeçmiş ve hamilelikteki problemler, gelişim öyküsü, nöbet geçirme öyküsü, cerrahi operasyon varlığı, anne ve babada ruhsal hastalık varlığı, annenin eğitim düzeyi, uyku-iştah düzeni, anne sütü alımı, ailenin ekonomik durumu değişkenleri istatistiksel olarak farklı değildi. Öte yandan babanın eğitim düzeyi ($p=0,002$), sık ÜSYE geçirme öyküsü ($p=0,006$), ebeveynlerin sigara içme alışkanlıkları ($p=0,031$) çocuğun internette fazla vakit geçirmesi ($p=0,001$) ve spor alışkanlığı ($p=0,006$) istatistiksel olarak gruplar arasında farklı bulundu (Çizelge 4.2).

Çizelge 4. 2. Demografik özellikler-2

Değişken	Alt Gruplar	p
Cinsiyet	Erkek, kız	0.802
Doğum yeri	Köy, kasaba, ilçe, il	0.362
Okul başarı	Düşük, orta, iyi	0.209
Ebeveyn ilişkisi	Birlikte, ayrı, hayatta değil	0.365
Kardeş sayısı	Kardeş yok, bir kardeş, çok kardeş	0.133
Baba eğitim düzeyi	İlkokul, ortaokul, lise, üniversite	0.002
Babada ruhsal hastalık varlığı	Var, yok	0.719
Anne eğitim düzeyi	İlkokul, ortaokul, lise, üniversite	0.202
Annede ruhsal hastalık varlığı	Var, yok	0.396
Ekonomik durum	Kötü, orta, iyi	0.364
Özgeçmişte problem	Var, yok	0.391
Geçmişte sık ÜSYE geçirme öyküsü	Var, yok	0.006
Hamilelikte problem	Var, yok	0.545
Gelişim öyküsü	Erken, zamanında, geç	0.602
Nöbetöyküsü	Var, yok	0.302
Operasyon öyküsü	Var, yok	0.140
Anne baba sigara kullanımı	Var, yok	0.031
Uyku düzeni	İyi, kötü	0.151

Ki-kare testi

Çizelge 4. 3. Anne sütü alımı karşılaştırılması

Anne sütü alımı						
<i>p=0.142</i>	0-3 ay	3-6 ay	6-9 ay	9-12 ay	12 ay sonrası	Toplam
Hasta	2	8	4	5	13	32
Kontrol	7	2	6	4	13	32
Toplam	9	10	10	9	26	64

Tablo-3 anne sütü alımını bir yıla kadar üçer aylık periyotlarda bir yıl sonrasını da bir bütün olarak karşılaştırmaktadır. Çalışma ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0.142$). Kategorik gruplandırma 6 ay eşik değerine göre yapıldığında da istatistiksel bir fark ortaya konulamamıştır ($p=0.784$).

Çizelge 4.4. Gruplar arası sık ÜS YE geçirme ilişkisi

Astım ile Özgeçmişte Sık ÜS YE Geçirme ilişkisi			
<i>p=0.006</i>	ÜS YE		Toplam
	var	yok	
Hasta	21	11	32
	65,6%	34,4%	100,0%
Kontrol	10	22	32
	31,3%	68,8%	100,0%
Toplam	31	33	64
	48,4%	51,6%	100,0%

Ki-kare testi

Gruplar özgeçmişinde ÜS YE geçirme öyküsüne göre karşılaştırıldığında astımlı grupta % 65.6 oranında ÜS YE öyküsünün olduğu, kontrol grubunda ise bu oranın % 31.3 ile sınırlı kaldığı görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmekte ($p=0.006$), ve yapılan rölatif risk

analizi ile öyküsünde ÜSVE varlığının astım olasılığını 2.03 kat arttırdığı saptanmıştır (Çizelge 4.4).

Tablo 4. 5. Ebeveynlerin sigara kullanımı

Astım ile Ebeveynin Sigara Kullanım İlişkisi			
p=0.031	Anne Baba Sigara Kullanımı		Toplam
	var	yok	
Hasta	26 81,3%	6 18,8%	32 100,0%
Kontrol	18 56,3%	14 43,8%	32 100,0%
Toplam	44 68,8%	20 31,3%	64 100,0%

Ki-kare testi

Gruplar ebeveynlerinin sigara alışkanlıklarına göre karşılaştırıldığında astımlı grupta % 81,3 oranında sigara alışkanlığına rastlandığı, kontrol grubunda ise bu oranın % 56,3 ile sınırlı kaldığı görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüş ($p=0.031$), ve yapılan rölatif risk analizi ile ebeveynleri sigara içenlerde astım olasılığının 1.97 kat arttığı saptanmıştır (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6. Soy geçmişte astım varlığı

Astım ile Soygeçmişte Astım Varlığı İlişkisi			
p=0.003	Soy geçmişte astım		Toplam
	astım var	astım yok	
Hasta	10 31,3%	22 68,8%	32 100,0%
Kontrol	1 3,1%	31 96,9%	32 100,0%
Toplam	11 17,2%	53 82,8%	64 100,0%

Ki-kare testi

Gruplar soy geçmiş özelliklerine göre karşılaştırıldığında çalışma grubunda %31,3 oranında astım öyküsü olan birinci derece yakın akrabaya rastlandığı, kontrol grubunda ise bu oranın % 3,1 ile sınırlı kaldığı görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmış ($p=0.003$), ve yapılan rölatif risk analizi ile soy geçmişinde astımlı birinci derece yakın akrabaya rastlanılmasının astım olasılığını 2.19 kat arttırdığı görülmüştür (Çizelge 4.6).

Çizelge 4. 7. İnternette fazla vakit geçirme

Astım ile İnternette fazla vakit geçirme			
$p=0.001$	Fazla vakit geçirme		Toplam
	var	yok	
Hasta	26 81,3%	6 18,8%	32 100,0%
Kontrol	13 40,6%	19 59,4%	32 100,0%
Toplam	39 60,9%	25 39,1%	64 100,0%

Ki-kare testi

Çalışmamızda internette günde en az 4 saat vakit geçirme eşik değeri olarak kabul edilmiştir. Gruplar, astım hastalığının internette fazla vakit geçirme ile ilişkisi yönünden incelendiğinde astımlı grupta % 81,3 oranında fazla vakit geçirmeye rastlandığı, kontrol grubunda ise bu oranın % 40,6 olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmekte ($p=0.001$) ve astım varlığında internette fazla vakit geçirmeye rastlanma olasılığının 2,0 kat arttığı saptanmaktadır (Çizelge 4.7).

Çizelge 4. 8. Cinsiyet ile internette fazla vakit geçirme ilişkisi

Cinsiyet ile internette fazla vakit geçirme ilişkisi				
		Fazla vakit geçirme		Toplam
		var	yok	
Astım (p=0.047)	erkek	16	1	17
		94,1%	5,9%	100,0%
	kız	10	5	15
		66,7%	33,3%	100,0%
	Total	26	6	32
Kontrol (p=0.012)	erkek	10	6	16
		62,5%	37,5%	100,0%
	kız	3	13	16
		18,8%	81,3%	100,0%
	Toplam	13	19	32
		40,6%	59,4%	100,0%

Ki-kare testi

Gruplar, cinsiyet ile internette fazla vakit geçirme ilişkisi yönünden kıyaslandığında astımlı grupta erkeklerde %94,1, kızlarda %66,7 oranında fazla vakit geçirme olduğu görülmüştür (Çizelge 4.8). Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.047). Kontrol grubunda ise erkeklerde %62, kızlarda %18,8 oranında internette fazla vakit geçirmeye rastlanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.012). Hasta olan grupta cinsiyete göre internette fazla vakit geçirme belirgin olarak daha yüksek saptandı. Genel olarak erkeklerde internette daha çok vakit geçirme mevcuttu.

Çizelge 4.9. Spor alışkanlığı

Astım ile Spor Alışkanlığı İlişkisi			
p=0.006	Spor Alışkanlığı		Toplam
	var	yok	
Hasta	9	23	32
	28,1%	71,9%	100,0%
Kontrol	20	12	32
	62,5%	37,5%	100,0%
Toplam	29	35	64
	45,3%	54,7%	100,0%

Gruplar astım hastalığının spor alışkanlığı üzerine etkisini sorgulamak amacıyla analiz edildiğinde, spor aktivitelerine katılma alışkanlığı, kontrol grubunda % 62,5 oranında iken astımlı grupta % 28,1'e gerilemiştir. Gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmış ($p=0.006$) ve aradaki rölatif risk 0.45 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.10. Ruhsal hastalık dağılımı

$p<0.001$	Ruhsal Hastalık		Toplam
	var	Yok	
Hasta	23 (%71,9)	9 (%28,1)	32
Kontrol	7 (%21,9)	25 (78,1)	32
Toplam	30	34	64

Ki-kare testi

Gruplar ÇDŞG-ŞY testi kullanılarak ruhsal hastalık varlığına göre karşılaştırıldığında çalışma grubunda % 71,9 oranında, kontrol grubunda ise % 21,9 oranında ruhsal hastalık olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak ($p<0.001$) anlamlı olduğu görülmüştür (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.11. Hasta grubun demografik verileri-1

	Astımlı Grup			
	Min	Maks	Ortalama	Standart Sapma
Astım tanı yaşı	2	14	7,72	3,48
İlaç kullanım süresi	1	14	4,13	2,79
FEV1	42	123	73,84	19,23
FEV 1 / FVC	45	117	98,34	18,39
IGE değeri	70	2000	492,13	456,61

FEV1: Zorlu ekspiryumun birinci saniyesinde verilen hava hacmi

FVC: Zorlu vital kapasite

Astımı olan hastalarda tanı alma yaşı 7.72 ± 3.48 , ilaç kullanma süresi ortalama 4.13 ± 2.79 olarak saptandı (Çizelge 4.11). Dosyalarındaki önceden ölçülmüş olan son labaratuvar değerleri tablo- 11’de belirtilmiştir. Hastaneye yatış sayısı “tek” olanlar % 37,5, “iki” olanlar % 56,3, “üç ve çok” olanlar % 6,3 olarak saptandı. Hastaların yarısında komplikasyon geliştiği, ve % 71,9’unda olumsuz özellikte davranış değişikliği (sinirlilik, çabuk öfkelenme vs.) olduğu saptandı (Çizelge 4.12).

Çizelge 4. 12. Hasta grubun demografik verileri-2

		Hasta sayısı	%
Hastanede yatış	tek	12	37,5
	iki	18	56,3
	üç ve çok	2	6,3
Komplikasyon	var	16	50,0
	yok	16	50,0
Davranış değişikliği	aynı	9	28,1
	olumsuz	23	71,9

Gruplar, benlik saygısı ölçek puanı, çocuk ve aile yaşam kalitesi alt ölçek puanları ve başa çıkma stratejisi alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldı. Gruplar arasında başa çıkma stratejisi alt ölçek puanları açısından ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Gruplar aile yaşam kalitesi alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda aile ölçek toplam puanı ($p=0.017$) ve psikososyal sağlık toplam puanı ($p=0.013$) çalışma grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olarak izlendi. Gruplar çocuk yaşam kalitesi alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda çocuk ölçek toplam puanı ($p=0.002$), fiziksel sağlık toplam puanı ($p=0.002$) ve psikososyal sağlık toplam puanı ($p=0.008$) çalışma grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olarak izlendi. Gruplar, Rosenberg benlik saygısı düzeyleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13. Yaşam kalitesi, benlik saygısı ve başa çıkma stratejisinin karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Astım Grubu		<i>p değeri</i>
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
SDA	23,00	4,38	22,09	4,07	0,394
PÇ	27,97	4,33	27,59	3,06	0,690
K	20,72	4,36	22,16	3,12	0,134
ÖTPA	76,70	11,76	67,56	17,55	0,017
FSTPA	75,20	16,93	66,70	21,95	0,088
PSTPA	77,50	11,62	68,02	17,43	0,013
ÖTPÇ	76,77	11,80	66,03	15,07	0,002
FSTPÇ	76,27	12,42	65,53	14,41	0,002
PSTPÇ	77,03	13,37	66,30	17,53	0,008
Benlik Saygısı	1,03	,65	1,21	,62	0,264

T-testi. SDA: Sosyal destek arama, PÇ: Problem çözme, K: Kaçınma, ÖTPA: Ölçek toplam puanı-aile, FSTPA: Fiziksel sağlık toplam puanı-aile, PSTPA: Psikososyal sağlık toplam puanı – aile, ÖTPÇ: Ölçek toplam puanı-çocuk, FSTPÇ: Fiziksel sağlık toplam puanı-çocuk, PSTPÇ: Psikososyal sağlık toplam puanı- çocuk

Çizelge 4.14. Aile hayatı ve çocuk yetiştirme ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Astım Grubu		<i>p değeri</i>
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Faktör1	41,41	11,36	46,78	8,37	0,04
Faktör2	29,25	3,59	28,31	6,07	0,46
Faktör3	28,06	7,65	27,69	7,34	0,84
Faktör4	14,16	5,06	14,81	3,94	0,04
Faktör5	36,38	15,61	38,56	8,57	0,49

T-testi. Faktör 1: Aşırı annelik, Faktör 2: Demokratik tutum, Faktör 3: Düşmanca ve reddedici tutum, Faktör 4: Eşler arası geçimsizlik, Faktör 5: Otoriter tutum

Hasta grubunda eşler arası geçimsizlik (F4) alt faktör puanı ve beklendiği gibi aşırı annelik (F1) alt faktör puanı anlamlı derecede daha yüksek olarak izlendi ($p=0.035$). Kontrol grubunda ise olumlu ebeveyn tutumu olan demokratik tutum alt ölçek puanı daha yüksek olarak tespit edildi (Çizelge 4.14).

Astımlı hastalarda ruhsal hastalık oranı %71,9 olarak saptandı. 12 olguda (%31,6) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, 5 olguda (%13,2) depresyon, 5 olguda (13,2) Travma Sonrası Stres Bozukluğu, 5 olguda (%13,2) sosyal fobi, 4 olguda (%10,5) Dikkat eksikliği Hiperaktivite bozukluğu, 3 olguda (%7,9) Obsesif Kompulsif Bozukluk, 2 olguda (%5,3) tik bozukluğu, 1 olguda (%2,6) artikulasyon problemi, 1 olguda (%2,6) enürezis nokturna saptandı (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.15. Astımlı Olguların Aldıkları Tanılar

Ruhsal Hastalık	n	%
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	12	31,6
Depresyon	5	13,2
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	5	13,2
Sosyal Fobi	5	13,2
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	4	10,5
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3	7,9
Tik Bozukluğu	2	5,3
Artikülasyon Problemi	1	2,6
Enürezis Nokturna	1	2,6
Toplam	38*	100,0

* Hastaların 9'unda (% 28,1) tek bir ruhsal hastalık, 12'sinde (%37,5) iki, 2'sinde (% 6,3) üç farklı eşlik eden ruhsal hastalık tanısı saptandı

Çizelge 4.16. Astımlı grupta ruhsal hastalıkların cinsiyete göre dağılımı

$P=0.863$		Ruhsal Hastalık		Toplam
		Var	Yok	
Erkek	n	12	5	17
	%	70,6%	29,4%	100,0%
Kız	n	11	4	15
	%	73,3%	26,7%	100,0%
Toplam	n	23	9	32
	%	71,9%	28,1%	100,0%

Ki-kare testi

Astımı olan grupta ruhsal hastalık açısından cinsiyet dağılımına bakıldığında kızlarda daha yüksek oranda (%73,3) ruhsal hastalık saptandı fakat bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Çizelge 4.16).

Çizelge 4.17. Astımlılarda Ruhsal Hastalık Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi

	Ruhsal Hastalık				p değeri
	Var		Yok		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
ÖTPA	65,26	18,12	73,43	15,38	0,243
FSTPA	64,54	22,39	72,22	20,99	0,382
PSTPA	65,65	18,07	74,07	14,86	0,225
ÖTPÇ	63,47	14,28	72,58	15,88	0,126
FSTPÇ	63,86	12,84	69,79	17,95	0,303
PSTPÇ	63,26	17,23	74,07	16,73	0,118

T-testi. **ÖTPA:** Ölçek toplam puanı-aile, **FSTPA:** Fiziksel sağlık toplam puanı-aile, **PSTPA:** Psikosoyal sağlık toplam puanı –aile, **ÖTPÇ:** Ölçek toplam puanı-çocuk, **FSTPÇ:**Fiziksel sağlık toplam puanı-çocuk, **PSTPÇ:** Psikosoyal sağlık toplam puanı- çocuk

Astımlı hasta grubunda ruhsal hastalığı olan ve olmayanlar kıyaslandığında çocuk yaşam kalitesi alt ölçek puanlarına göre farklılıklar analiz edilmiş olup, gruplar arasında bu ölçeklerde anlamlı istatistiksel fark saptanamamıştır (Çizelge 4.17).

Çizelge 4. 18. Astımlılarda ruhsal hastalık varlığına göre demografik veriler

	Ruhsal Hastalık	
	r	P
Yaş	-,051	,781
Cinsiyet	-,030	,869
Astım tanı yaşı	-,050	,786
Okul başarı	-,039	,830
Kardeş sayısı	-,140	,445
Ebeveyn birlikteliği	,037	,840
Baba yaşı	-0,46	,008
Baba eğitim	-,007	,971
Babada ruhsal hastalık	,078	,672
Anne yaşı	-,256	,157
Anne eğitim	,093	,613
A ruhsal H	-,028	,879
Ekonomik durum	,191	,295
Özgeçmişte problem	0,422	,016
Üsye	-0,382	,031
Hamilelikte problem	-,120	,512
Gelişim öyküsü	-,278	,123
Anne sütü alım	-,028	,879
Nöbet	-,037	,840
AB sigara	,234	,198
İlaç kullanım süresi	,047	,797
Hastanede yatış	-,142	,440
Komplikasyon	,070	,705
Çocuk tedavi işbirliği	,126	,493
Davranış değişikliği	-,072	,693
İnternette fazla vakit geçirme	,056	,762
Spor alışkanlığı	-0,382	,031

Pearson-Spearman Bağınltı Analizi (r: Korelasyon katsayısı, p: Önemlilik sınır düzeyi)

Çalışmamızda astım tanılı hastalar, ruhsal hastalık yönünden yaş, cinsiyet, astım tanı yaşı, ilaç kullanım süresi, çocuğun tedavi işbirliği, hastanede yatış, komplikasyon varlığı, astım sonrası davranış değişikliği, özgeçmişte-hamilelikte problem, gelişim öyküsü, nöbet varlığı, sık ÜSYE öyküsü, anne sütü alımı, okul başarısı, kardeş sayısı, internette fazla vakit geçirme, spor alışkanlığı, ebeveyn birlikteliği, anne-baba yaşı, anne-baba eğitim düzeyi, anne-babanın sigara kullanımı, anne-babada ruhsal hastalık varlığı, ailenin ekonomik durumu açısından kıyaslandı.

Hasta grubunda demografik verilerdeki dağılımı istatistiksel olarak anlamlı olan özellikler; baba yaşı ($p=0.008$), özgeçmişte problem ($p=0,016$), özgeçmişte sık ÜSYE geçirme öyküsü ($p=0,031$), spor alışkanlığı ($p=0,031$) idi. Ruhsal hastalığa sahip olan astımlılarda baba yaşı daha fazla, özgeçmişte problem daha çok, özgeçmişte sık ÜSYE geçirme öyküsü daha fazla, spor alışkanlığı daha az olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.19. Astımlılarda Anne Baba Tutumları ve Başa Çıkma Yöntemleri ile ruhsal hastalık varlığı

	Ruhsal hastalık	
	r	p
Faktör1	-,017	,926
Faktör2	,154	,402
Faktör3	-,021	,909
Faktör4	-,006	,976
Faktör5	-,132	,470
SDA	-,119	,517
PÇ	,084	,646
K	,036	,845

Pearson-Spearman Bağın Analizi (r: Korelasyon katsayısı, p: Önemlilik sınır düzeyi)

SDA: Sosyal destek arama, **PÇ:** Problem çözme, **K:** Kaçınma, **Faktör 1:** Aşırı annelik, **Faktör 2:** Demokratik tutum, **Faktör 3:** Düşmanca ve reddedici tutum, **Faktör 4:** Eşler arası geçimsizlik, **Faktör 5:** Otoriter tutum

Astımlı hasta grubunda ruhsal hastalığı olan ve olmayanlar kıyaslandığında anne-baba tutumları ve başa çıkma yöntemleri ölçek puanlarına göre farklılıklar analiz edilmiş olup, gruplar arasında bu ölçeklerde anlamlı istatistiksel fark saptanamamıştır (Çizelge 4.19).

Çizelge 4. 20. Astımlı Grupta Anne Baba Tutumları ve Başa Çıkma Yöntemleri ile Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

		ÖTPA	FSTPA	PSTPA	ÖTPÇ	FSTPÇ	PSTPÇ
Faktör1	r	-0,39	-0,47	-0,29	0,21	0,13	0,22
	p	0,03	0,01	0,11	0,25	0,48	0,23
Faktör2	r	0,41	0,33	0,42	0,27	0,07	0,32
	p	0,02	0,06	0,02	0,14	0,70	0,08
Faktör3	r	-0,51	-0,54	-0,42	0,13	0,07	0,14
	p	0,00	0,00	0,02	0,48	0,72	0,44
Faktör4	r	-0,39	-0,46	-0,29	0,10	-0,04	0,14
	p	0,03	0,01	0,10	0,60	0,85	0,43
Faktör5	r	-0,35	-0,44	-0,25	0,17	0,11	0,17
	p	0,05	0,01	0,16	0,36	0,54	0,35
SDA	r	-0,23	-0,07	-0,32	-0,36	-0,24	-0,37
	p	0,20	0,71	0,08	0,04	0,18	0,04
PÇ	r	0,02	-0,12	0,11	0,34	0,05	0,42
	p	0,91	0,53	0,55	0,06	0,79	0,02
K	r	-0,34	-0,24	-0,36	-0,38	-0,26	-0,40
	p	0,06	0,19	0,04	0,03	0,16	0,03

Pearson-Spearman Bağınltı Analizi (r: Korelasyon katsayısı, p: Önemlilik sınır düzeyi)

Astımlı hasta grubunda anne baba tutumları ve başa çıkma yöntemleri ölçek puanları ile yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırılarak aradaki farklılıklar analiz edilmiş olup aşırı annelik tutumu ile ÖTPA ve aile fiziksel sağlık toplam puanı (FSTPA) alt ölçekleri arasında negatif korelasyon izlenmiştir ($p<0,005$). Demokratik tutum ve eşitlik tanıma ile aile ölçek toplam puanı (ÖTPA) ve aile psikososyal sağlık toplam puanı (PSTPA) alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon izlenmiştir. ($p<0,005$). Düşmanca ve reddedici tutum ile aile ölçek toplam puanı (ÖTPA), aile fiziksel sağlık toplam puanı (FSTPA) ve aile psikososyal sağlık

toplam puanı (PSTPA) alt ölçekleri arasında negatif korelasyon izlenmiştir ($p<0,005$). Eşler arası geçimsizlik ile aile ölçek toplam puanı (ÖTPA) ve aile fiziksel sağlık toplam puanı (FSTPA) alt ölçekleri arasında negatif korelasyon izlenmiştir ($p<0,005$). Otoriter tutum puanı ile aile ölçek toplam puanı (ÖTPA) ve aile fiziksel sağlık toplam puanı (FSTPA) alt ölçekleri arasında negatif korelasyon izlenmiştir ($p<0,005$). Sosyal destek arama puanı ile çocuk ölçek toplam puanı (ÖTPÇ) ve çocuk psikososyal sağlık toplam puanı (PSTPÇ) arasında negatif korelasyon izlenmiştir ($p<0,005$). Problem çözme puanı ile çocuk psikososyal sağlık toplam puanı (PSTPÇ) arasında pozitif korelasyon izlenmiştir ($p<0,005$). Kaçınma puanı ile aile psikososyal sağlık toplam puanı (PSTPA), çocuk ölçek toplam puanı (ÖTPÇ) ve çocuk psikososyal sağlık toplam puanı (PSTPÇ) arasında negatif korelasyon ($p<0,005$) izlenmiştir (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.21. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ile Anne Eğitim Durumu İlişkisi

	Hasta (n=32)		Kontrol (n=32)	
	r	p	r	p
Faktör1	-0,30	0,10	-0,46	0,01
Faktör2	-0,05	0,80	0,15	0,41
Faktör3	-0,26	0,15	-0,35	0,05
Faktör4	-0,25	0,18	-0,36	0,04
Faktör5	-0,31	0,09	-0,50	0,00

Pearson-Spearman Bağlantı Analizi (r: Korelasyon katsayısı, p: Önemlilik sınır düzeyi)

Astım ve kontrol gruplarında anne baba eğitim süreleri ile aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği alt faktörleri arasındaki ilişkiye bakıldığında kontrol grubunda ölçeklerin anne eğitimiyle negatif korele olarak anlamlı farklılık gösterdiği ancak astımlı grupta bu farkın ortadan kalktığı görülmüştür (Çizelge 4.21).

Çizelge 4.22. Ruhsal hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan demografik özellikler

	Astım		Kontrol	
	r	p	r	p
Baba yaşı	-,460	,008	,138	,452
Özgeçmişte Problem	,422	,016	,189	,301
ÜSYE	-,382	,031	,254	,161
Operasyon	,422	,016	0.189	0.301

Pearson-Spearman Bağını Analizi (r: Korelasyon katsayısı, p: Önemlilik sınır düzeyi)

Astımlı grupta baba yaşı arttıkça ruhsal hastalık varlığına daha sık rastlanırken kontrol grubunda yaşa bağlı bir ilişki gösterilememiştir. Yine astımlı grupta özgeçmişte problem olması ruhsal hastalık varlığında artış ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkide iken kontrol grubunda iki grup arasında bir ilişki gösterilememiştir. ÜSYE için yapılan analizde astımlı hastalarda ruhsal hastalık sıklığında azalma gözlenirken kontrol grubunda iki grup arasında bir ilişki gösterilememiştir. Operasyon geçirme öyküsünün ise ruhsal hastalık sıklığını yine sadece astımlı grupta anlamlı olarak arttırdığı gösterilmiştir (Çizelge 4.22).

5.TARTIŞMA

Kontrol ve astım grupları arasında karşılaştırılan baba yaşı, anne-babanın eğitim düzeyi ve ebeveynlerin sigara içme alışkanlıkları anlamlı derecede farklı bulundu. Baba yaşı dağılımlarına bakıldığında ise astımlı grupta baba yaşı ortalaması belirgin derecede daha düşüktü. Astımlı grupta anne-babanın eğitim düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Bu durum kontrol ve hasta grubunu oluşturan olguların ailelerinin yaş ve sosyoekonomik açısından eşleştirilememiş olmasıyla açıklanabilir.

Ebeveynlerin sigara içme alışkanlıkları her iki grupta karşılaştırıldığında astımlı grupta anlamlı oranda daha yüksekti ve yazın bilgileri ile uyumludur. Astım gelişiminde çevresel faktörlerin, altta yatan genetik faktörler üzerine eklenerek klinik tablonun ortaya çıkmasına ya da mevcut olan durumun ağırlaşmasına neden olduğu bilinmektedir. Bu çevresel faktörlerden neden-sonuç ilişkisi en iyi kurulan risk faktörü evde sigara içilme durumudur. Türkiye’de yapılan bir çalışmada astımlı çocukların ailelerinin %53’ ünün sigara içtiği bildirilmiştir (84). Prenatal dönemde ya da erken çocukluk döneminde sigara dumanına maruz kalan çocuklarda astım ve atopi sıklığının daha fazla olduğu, sigara içiminin astım bulgularını ağırlaştırdığı belirtilmektedir (85, 86). Türk Kardiyoloji Derneği’nin çalışmasında ise ülkemizde erişkin erkeklerin %59,4’ünün, kadınların %18,9’unun sigara içtiği saptanmıştır (87).

Çocuğun özgeçmişinde sık üst solunum yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü, spor alışkanlığı ve internette fazla vakit geçirme değişkenleri çalışma ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı. Astımlı olan grupta bu konu ile ilişkili yayınların çoğuna paralel olarak, çocuğun özgeçmişinde sık ÜSYE geçirme öyküsü anlamlı derecede daha yüksekti.

Yapılan çalışmalarda Respiratuar Sinsyal Virüs (RSV) ve parainfluenza virüsünün, bronşiyolit dahil olmak üzere çocukluk çağı astımının birçok özelliği ile benzerlik gösteren bir semptom kalıbının ortaya çıkmasına neden olduğu saptanmıştır (88, 89). Yine yapılan uzun süreli ileriye yönelik birkaç çalışmada hastaneye yatırılan ve RSV olduğu belgelenen çocuklarda, bu hastaların yaklaşık

%40'ında hışıltılı solunumun devam ettiği veya geç çocukluk çağı astımının ortaya çıktığı gösterilmiştir (89). Bazı çalışmalarda ise yaşamın erken dönemlerinde geçirilen bazı solunum yolu enfeksiyonlarının (kızamık ve RSV gibi) desensitizasyona bağlı olarak astım gelişimine karşı koruyucu olabileceği bildirilmektedir (90, 91).

Kontrol ve astım grupları arasında karşılaştırılan çocuğun spor alışkanlığı, astımlı olan grupta anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur. Bu durumla uyumlu yazın bulunmakla beraber bu yazında, astımlı hastaların egzersiz kapasitelerinin hemen her türlü spor için yeterli olduğu ancak astım gelişiminde yaşam şeklinin değiştiği ve fiziksel aktivitenin azaldığı belirtilmiştir (92). Astımlılarda spor alışkanlığının daha düşük saptanmasında ebeveynlerin aşırı koruyucu tutumu da etkili olmuş olabilir.

Kontrol ve astım grupları arasında anne sütü alım süresi değerlendirilirken üçer aylık periyodlarla ayrı ayrı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamazken, anne sütü alımı üç ay ve altı ve üç ay üstü diye iki gruba ayrıldığında da anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yapılan çalışmalarda anne sütü ile beslenmenin astım gelişimi üzerine etkisi konusunda kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bazı çalışmalarda, anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesi ile allerji oluşturma riski olan besinlerin başlanma zamanının geciktirilmesinin, ilk iki yıl içerisinde deri ve gastrointestinal sistem allerjilerinin çıkmasını engellediğini, ancak solunum sistemi allerjilerinin gelişmesinin önlenemediğini göstermektedir (93).

Bazı çalışmalar ise anne sütü ile beslenmenin yaşamın ilk yıllarında tekrarlayan hışıltı ataklarından koruduğunu ancak, astımlı annelerin atopik çocuklarında altı yaş ve sonrasında ortaya çıkan astım riskini arttırdığını göstermiştir (94). Astım gelişiminde beslenmenin, özellikle de anne sütünün etkisinin araştırıldığı çalışmalarda, yaşamın ilk dört-altı ayında yalnızca anne sütü ile beslenmenin, solunum yolu hastalıklarının insidansında azalma yapmasa da, solunum sistemi bulgularının şiddeti ve süresi üzerinde olumlu etkisi olduğu ve uzamış anne sütü alımının çocuklarda astım ve diğer allerjik hastalık riskini belirgin olarak azalttığı bildirilmektedir (95, 96). Benzer olarak Amerikan Pediatri

Akademisi, 2008 yılında yayınladığı derlemede yalnızca anne sütü ile beslenmenin ilk dört yaşta görülen tekrarlayan hışıltı ataklarını azalttığı ancak altı yaşından sonra astım geliştirme riskine karşı koruyucu olup olmadığı konusunda yeterli çalışmanın olmadığını bildirmiştir (97). Kull ise çalışmasında yaş sınırını daha da daraltmış ve ilk iki yılda alerjik solunum semptomlarının önlendiğini belirtmiştir (98).

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu internette fazla vakit geçirme açısından karşılaştırıldığında, astımlı olan grupta internette fazla vakit geçirmesinin daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Cinsiyet açısından astım ve kontrol grubu ayrı ayrı incelendiğinde her iki grupta da erkek cinsiyette anlamlı olarak daha yüksek internette fazla vakit geçirme oranına rastlanmıştır. İnternet bağımlılığı ile ilgili çalışmalarda sosyal destek değişkeninin önemli bir faktör olduğu, bedensel ve ruhsal sağlık problemlerinde bu desteğin yetersiz kalabildiği ve çevresindeki insanlardan destek alamayan bu bireylerin kişilerarası ilişki ihtiyaçlarını gidermek ve alternatif sosyal kanallar oluşturmak için internette fazla vakit geçirdikleri söylenmektedir (99).

Yazında cinsiyet açısından net bir görüş birliğine varılamamış olmakla birlikte genellikle erkeklerin daha çok internet kullandıkları ve daha yüksek bağımlılık puanı aldıkları belirtilmektedir (100). Cinsiyetler arasında fark bulunmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (101).

İnternet bağımlılığı konusuyla ilgili yapılan bir derlemede cinsiyet değişkenine ilişkin bu farklı bulgulara dikkat çekilmekte; bu durumun araştırmaların yöntemlerindeki ve örneklem seçimlerindeki farklılıklardan kaynaklandığına değinilmektedir (102).

Gruplar soygeçmiş özelliklerine göre karşılaştırıldığında çalışma grubunda anlamlı oranda astım öyküsü olan birinci derece yakın akrabaya rastlandığı saptanmıştır. Bugüne kadar astımın etyolojisini ve risk faktörlerini belirleme konusunda çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda, sonuçları açısından birçok farklılık bulunsa da günümüzde belli noktalarda fikir birliği sağlanmaktadır. Atopik hastalıkların etyolojisinde kişisel ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşiminin yatmakta olduğu ve bu kişisel olan grup içinde genetik faktörlerin rolünün de %50-70 civarında olduğu belirtilmiştir (102).

Çalışmamızda gruplar arası aile yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında çalışma grubunda ailenin ölçek toplam puanı ve psikososyal sağlık toplam puanı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük olarak bulundu. Gruplar arası çocuk yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında çalışma grubunda çocuk ölçek toplam puanı, fiziksel sağlık toplam puanı ve psikososyal sağlık toplam puanı kontrol grubuna kıyasla anlamlı oranda daha düşük olarak bulundu. Bu bulgu yazın bilgilerine paraleldir. Astım tekrarlayıcı hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize kronik bir hastalık olması nedeniyle hastaların yaşam kalitesini etkileyerek ruhsal bozukluklara yol açabilir (103).

Kronik hastalıkların giderek artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması yaşam kalitesi kavramını ön plana çıkarmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı bireyin kendine özgü fiziksel ve ruhsal sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, çevre etkenleri ve kişisel inançlarını temsil eder. Sosyal işlevsellik, arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum sağlama, duygusal işlevsellik, beden imgesi, özerklik, bilişsel işlevsellik, aile içi ilişkiler, gelecekte beklenenler yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Çocukta meydana gelen etkinin ne düzeyde olduğunun belirlenebilmesi ve tıbbi girişimlerin etkinliğinin ve yan etkilerinin değerlendirilebilmesi için kronik hastalığı olan çocukların sağlıklı ilgili yaşam kalitesi algılarını bilmek önemlidir (104). Kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel ve zihinsel kısıtlamalar ve sakatlıklar bireyin bağımsızlığını azaltırken beraberinde uzun süreli bakım gereksinimi, sağlığın algılanmasını bozmakta ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır (105).

Sonuç olarak kronik bir hastalığın olması, hastalıkla beraber yaşama süresini artırarak bireyin uyumunu bozmakta, bireyde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu değişiklikler bireyin ve ailenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (106).

Bilfield ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kronik hastalığı olan çocukların sağlıklı çocuklara göre psikososyal kaygılarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (107). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kronik sağlık sorunları olan çocukların %20 sinde davranışsal ve duygusal belirtiler olduğu bildirilmektedir (67). Öte yandan çocuk ve ergenlerin hastalık tanısı koyulduktan sonra yeni durumlarına uyum sağlamakta güçlük çektikleri ancak zamanla hastalıklarına

uyum sağladıkları ve başlangıçta bozulmuş olan yaşam kalitesi algılarının yükseldiği de bilinmektedir (108).

Bavbek ve arkadaşlarının (34) çalışmasında da astımlı bireylerin otobüsler, kafeler, bekleme salonları ve alışveriş merkezleri gibi kalabalık alanlardan kaçınmak zorunda kaldıkları ve bu nedenle de hastalığı “rahatsız edici” buldukları saptanmıştır. Aynı çalışmada bu bireylerin egzersiz yapmaktan, arkadaşları ile dışarı çıkmaktan, tatile gitmekten ve eve hayvan almaktan kaçındıkları belirtilmektedir. Bazı çalışmalarda da hastalığın bir dereceye kadar izolasyona ve sosyal yaşamdan çekilmeye neden olduğu vurgulanmaktadır (4, 41).

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu çocuk yetiştirme tutumları ve başa çıkma yöntemleri açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda aşırı annelik (F1) ve eşler arası geçimsizlik (F4) alt faktör puanları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olarak izlendi. Çalışmamızda hasta ve kontrol grubundaki annelerin eğitim seviyelerine bakıldığında kontrol grubundaki annelerin eğitim seviyesi hasta grubundan anlamlı derecede daha yüksek olduğu için böyle bir sonuç çıkmış olabilir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe aşırı koruyucu alt boyut puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir (109). Yani annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe geleneksel çocuk yetiştirme tutumlarından uzaklaştıklarını göstermektedir. Bu alt boyutun yansıttığı çocuğa karşı ölçüsüzce özveride bulunma ve çocuktan bu özveriyi anlamasını bekleme tutumunun eğitim düzeyi yüksek annelerde azaldığı görülmektedir. Geçimsizlik alt boyut puan ortalaması ile ilgili çalışmalara bakıldığında eğitim düzeyi yüksek olan annelerde bu faktörün daha düşük olduğu bulunmuştur (110). Bu durum annenin çalışıyor olması nedeniyle evde iş bölümü yapıldığı ve eşin anneye yardımcı olduğu ile ilişkili olabilir.

Başa çıkma yöntemleri açısından herhangi bir anlamlılık saptanamadı. Potansiyel bir stresör olan kronik hastalık, neden olduğu psikolojik, sosyal sonuçları ile hem çocuğu hem de aileyi etkilemektedir. Çocuğun sağlık durumu ebeveynin psikolojik durumuna bağlı iken, ebeveynin işlevleri ve sağlıklı olması da çocuğun sağlıklı olmasını etkilemektedir (111). Çocuğun yaşadığı zorluklara tanık olan ebeveynde kaygı, korku ve çaresizlik duyguları oluşmakta bunun

sonucu olarak da çocuğa karşı aşırı düşkün olabilmekte ve koruyucu tutum sergileyebilmektedir (112). Çalışmamızda astımlı gruptaki anneler sergiledikleri aşırı annelik tutumunu, akut alevlenebilen bir hastalık olan astımla ilişkili mevcut kaygılarını azaltmak için kullanıyor olabilirler. Bu uygun olmayan çocuk yetiştirme tutumunun benimsenmesi, çocuğun aşırı korunmasına ve aktivitelerinin sınırlandırılmasına sonuç olarak da yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilir.

Hasta ve kontrol grubundaki olgulara, araştırmacı tarafından çocuklarda gözlenebilen psikiyatrik hastalıkları sorgulayan “Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL)” uygulanarak klinik görüşme yapıldı. Çalışmamızda astımlı olan grupta ruhsal hastalık tanı alma oranı % 71.9 iken, kontrol grubunda ise bu oran % 21.9 olarak saptandı. Çalışmamızda saptanan ruhsal hastalık oranı, bazı yazınlarda benzer olup bazıları ile örtüşmemektedir. Yazında (113, 114) astımlı grupta psikopatoloji oranı % 11-85 arasında değişmektedir. Kronik hastalığın psikopatoloji oluşturma açısından risk yarattığı bilinen bir gerçektir. Çalışmamızda astımlı grupta yüksek oranda yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanısı konulmuştur. Astımlı olan grubun ruhsal hastalık tanı dağılımına bakıldığında; 12 olguda (%31,6) yaygın anksiyete bozukluğu, 5 olguda (%13,2) depresyon, 5 olguda (13,2) travma sonrası stres bozukluğu, 5 olguda (%13,2) sosyal fobi, 4 olguda (%10,5) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 3 olguda (%7,9) obsesif kompulsif bozukluk, 2 olguda (%5,3) tik bozukluğu, 1 olguda (%2,6) artikulasyon problemi, 1 olguda (%2,6) enürezis nokturna saptanmıştır.

Hastaların 9’unda (% 28.1) herhangi bir ruhsal hastalık saptanmadı. Hastaların 9’unda (% 28.1) tek bir ruhsal hastalık, 12’sinde (%37.5) iki, 2’sinde (% 6.3) üç farklı eşlik eden ruhsal hastalık tanısı saptandı. Astımı olan grupta ruhsal hastalık açısından cinsiyet dağılımına bakıldığında kızlarda daha yüksek oranda (%73.3) ruhsal hastalık saptanmakla birlikte bu durum anlamlı değildi.

DiMatteo ve ark. (59) yaptıkları meta-analiz sonucunda kronik hastalık ve depresyon varlığında medikal tedaviye uyumunun; depresyonu olmayanlara göre 3 kat daha kötü olduğunu tespit etmişlerdir. Bosley ve ark. (115) da astımda

tedaviye uyum göstermeyen hastaların daha yüksek oranda depresyon skorları olduğunu bulmuşlardır.

Lavoie ve ark. (116) yaptığı çalışmada astımlı hastalarda en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk anksiyete bozuklukları olarak bildirilmiştir. Anksiyete bozuklukları içinde panik atak (%12) en yüksek düzeyde bulunurken, major depresyon %15 oranında saptanmıştır.

Hastalar yaş, cinsiyet, astım tanı yaşı, ilaç kullanım süresi, çocuğun tedavi işbirliği, hastanede yatış, komplikasyon varlığı, astım sonrası davranış değişikliği, hamilelikte problem, gelişim öyküsü, nöbet varlığı, anne sütü alımı, okul başarısı, kardeş sayısı, internette fazla vakit geçirme, ebeveyn birlikteliği, anne yaşı, anne-baba eğitim düzeyi, anne-babanın sigara kullanımı, anne-babada ruhsal hastalık varlığı, ailenin ekonomik durumu açısından kıyaslandığında ruhsal hastalık varlığı açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Anlamlı olan veriler baba yaşı, özgeçmişte problem, sık ÜSYE geçirme öyküsü ve çocuğun spor alışkanlığıydı.

Astım tanılı çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik tanılar çalışmalarda farklılıklar göstermektedir. Yazında astımda özellikle anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların varlığına ve sıklığına ilişkin çok sayıda çalışma mevcuttur (49-54). Astımlı çocuklar ve adölesanların yaklaşık 1/3'ünde anksiyete olduğu ve erişkinlerde ise bu oranın %6-24 arasında değiştiği bildirilmiştir (117). Yine bir araştırmada panik atak başta olmak üzere anksiyete bozukluklarının astım gibi kronik solunum sistemi hastalıklarında beklenenden daha sık görüldüğü gösterilmiştir (118). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında astımı olan çocukların sağlıklı yaşıtlarına göre daha fazla psikolojik problem yaşadıklarını saptanmıştır (119). Astım şiddetinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada orta veya ciddi persistan astımı olan çocukların diğer astımlı çocuklara göre daha fazla psikososyal problemi olduğu ortaya çıkmıştır (120). Bazı çalışmalar (121) astım şiddetiyle depresif semptomlar arasında pozitif yönde korelasyon saptarken bazı çalışmalar herhangi bir ilişki saptamamıştır. Depresyonun, kognitif fonksiyonlar, enerji ve motivasyon üzerine etkisi yadsınamaz derecededir. Astıma eşlik eden depresif semptomların çocuklarda hastalık yönetimini ve tedaviye uyumunu bozabileceği bilinmektedir. Yapılan bir başka çalışmada kendini mutsuz hissettiklerini ifade eden çocuklarda anksiyete bozukluğu görülürken major

depresyon saptanmamıştır (122). Yine de astımla birlikte yaşamak sıkıntı, kaygı, panik ve depresyona yol açar. Astım negatif duygulara yol açtığı gibi, stres ve duygudurum bozuklukları da astımı etkileyebilir (123, 124).

Yine yapılan bir çalışmada dispne arttıkça depresyon skorunun arttığı, ancak astım şiddeti ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (125). Sonuç olarak solunum sistemi hastalıklarında anksiyete, panik bozukluk, depresyon gibi psikiyatrik semptomlar yoğun olarak görülmektedir. Bireyde anksiyete arttıkça solunum problemlerinin ortaya çıkması ya da var olan problemlerin şiddetinin artması kaçınılmazdır. Anksiyetenin hiperventilasyona ya da dispne hissinin artmasına neden olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Tüm solunum sistemi hastalıklarında yaşanan esas korku ölüm korkusu ile ilgili anksiyetedir. Bu nedenle astım hastalığında anksiyete, hiperventilasyon ve dispne hissinin artması kısır bir döngü oluşturur. Anksiyetesi olan bir birey mevcut dispnesini olduğundan daha fazla kaygıyla algılar, hastalığını daha şiddetli yaşar ve böylece ilaç gereksinimi artar. Astımlı hastaların karşılaştığı psikososyal problemler biyolojik nedenlerle birleştiğinde bu hastalarda anksiyete bozuklukları gelişme olasılığı artar (125, 126).

Çalışmamızda astımlı hasta grubunda ruhsal hastalık varlığı ile yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında ruhsal hastalığı olan astımlılarda genel olarak tüm ölçek puanları düşük olmakla birlikte bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Çalışmamızda astımlı hasta grubunda ruhsal hastalığı olan ve olmayanlar anne-baba tutumları ve başa çıkma yöntemleri ölçek puanlarına göre kıyaslandığında farklılıklar analiz edilmiş olup, gruplar arasında bu ölçeklerde anlamlı istatistiksel fark saptanamamıştır.

Astımlı hasta grubunda anne baba tutumları ve başa çıkma yöntemleri ile yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında arada farklılıklar saptanmıştır. Aşırı annelik tutumu ile aile ölçek toplam puanı ve aile fiziksel sağlık toplam puanı alt ölçekleri arasında negatif korelasyon izlenmiştir. Demokratik tutum ve eşitlik tanıma ile aile ölçek toplam puanı ve aile psikososyal sağlık toplam puanı alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon izlenmiştir. Düşmanca ve reddedici tutum ile aile ölçek toplam puanı, aile fiziksel sağlık toplam puanı ve aile

psikososyal sağlık toplam puanı alt ölçekleri arasında negatif korelasyon izlenmiştir. Eşler arası geçimsizlik ile aile ölçek toplam puanı ve aile fiziksel sağlık toplam puanı alt ölçekleri arasında negatif korelasyon izlenmiştir. Otoriter tutum puanı ile aile ölçek toplam puanı ve aile fiziksel sağlık toplam puanı alt ölçekleri arasında negatif korelasyon izlenmiştir. Sosyal destek arama puanı ile çocuk ölçek toplam puanı ve çocuk psikososyal sağlık toplam puanı arasında negatif korelasyon izlenmiştir. Problem çözme puanı ile çocuk psikososyal sağlık toplam puanı arasında pozitif korelasyon izlenmiştir. Kaçınma puanı ile aile psikososyal sağlık toplam puanı, çocuk ölçek toplam puanı ve çocuk psikososyal sağlık toplam puanı arasında negatif korelasyon izlenmiştir.

Astım ve kontrol gruplarında anne baba eğitim süreleri ile aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği alt faktörleri arasındaki ilişkiye bakıldığında kontrol grubunda olumsuz tutumların tamamının anne eğitim düzeyi ile negatif korelasyon gösterdiği ancak astımlı grupta bu farkın ortadan kalktığı görülmüştür. Yani kontrol grubunda anne eğitimli süresi arttıkça olumsuz tutum ölçekleri puanları azalmaktadır. Bu durum yazınla paralellik göstermektedir. Astımlı grupta böyle bir fark saptanamadı. Astımlı grupta annelerin aşırı annelik ve eşler arası geçimsizlik tutumlarında daha fazla puan almaları astımın oluşturduğu etkinin yanında eğitim sürelerinin daha kısa olmasıyla da açıklanabilir. Olumsuz ebeveyn tutumları üzerinde her iki faktörün de birlikte etkili olduğu düşünülmektedir. Kronik hastalıkların ebeveyn tutumlarını nasıl etkilediğini değerlendirebilmek için, ebeveynin tutumlarını etkileyecek diğer faktörlerin dışlanması gerekmektedir. Bizim çalışmamızda gruplardaki anne-baba eğitim sürelerinin benzer olmaması nedeniyle astımlı grupta anlamlı bir sonuca varılamadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda gruplar, çocuklarda benlik saygısı düzeyini ölçmek için kullanılan RBSÖ'den elde edilen puanlar yönünden incelendiğinde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Çalışma grupları ruhsal hastalık olup olmadığına göre ayrıldığında astımı olan ve ruhsal hastalığı olan grubun benlik saygısı, astımı olan ve ruhsal hastalığı olmayan gruba göre daha düşük olarak tespit edilmesine rağmen bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi. Yapılan yazınların pek çoğunda bizim sonuçlarımıza paralel olarak astımlılarda benlik

saygısı düzeylerinin sağlıklı gruptan ya da diğer kronik hastalık grubundaki çocuklardan farklı olmadığı gösterilmiştir (126-128). 2010'da Ölçer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 65 astımlı hasta kontrol grubu ile kıyaslandığında bizim sonuçlarımıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Diğer yandan astım şiddeti ile benlik saygısı düzeyi arasında ilişki gözlenmemiş olsa da ruhsal hastalığı olan astımlılarda, olmayanlara göre daha düşük benlik saygısı ve daha zayıf sosyal uyum gözlemlendiği bildirilmiştir. Aynı zamanda yazınlarda kanser, diyabet ve işitme engeli olan çocuklarda da benlik saygısının benzer olduğu, fiziksel bütünlüğü bozan durumlarda benlik saygısının düşük olduğu belirtilmiştir (129, 130).

Astım gibi kronik bir hastalığa sahip olmak, duygusal ve davranışsal sorunlara neden olmaktadır. Astıma eşlik eden ruhsal sorunlar çocuk ve ergenin yaşam kalitesi algısını kötüleştirirken tedaviye uyumunu bozabilir. Kronik hastalık nedeniyle aile içinde yaşanan psikososyal güçlükler, aile içi çatışmalara ve olumsuz ebeveyn tutumlarına neden olabilir. Bu nedenle kronik hastalığı olan çocuklarda psikopatolojiyi, benlik saygısını, ebeveyn tutumlarını ve yaşam kalitesi algılarını inceleyen daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Öne sürdüğümüz varsayımlardan ilki olan “astımda psikopatoloji sıklığının arttığı”, çalışmamızda doğrulanmıştır. Hasta ve kontrol grubundaki olgulara, ÇDŞG-ŞY uygulanarak yapılan klinik görüşmede astımlı olan grupta ruhsal hastalık tanı alma oranı % 71,9 iken, kontrol grubunda ise bu oran % 21,9 olarak saptanmıştır. Astımlı grupta hastaların 9’unda (% 28,1) herhangi bir ruhsal hastalık saptanmadı. Hastaların 9’unda (% 28,1) tek bir ruhsal hastalık, 12’sinde (%37,5) iki, 2’sinde (% 6,3) üç farklı eşlik eden ruhsal hastalık tanısı saptanmıştır.
2. Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu çocuk yetiştirme tutumları ve başa çıkma yöntemleri açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda aşırı annelik (F1) ve eşler arası geçimsizlik (F4) alt faktör puanları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olarak izlendi. Aile içinde hastalık ile ilgili bir sorun varlığında başka sorunların da ortaya çıkması ve eşlerin ilişkilerinin bozulması yadsınamaz.
3. Hastalık varlığında yaşam kalitesi azalmaktadır, aileler ve çocuklar bu konuda paralel bir doğrultuda hemfikir. Bu bulgu varsayımlarımızdan “Hastalık varlığında aileler çocuklarının yaşam kalitesini olduğundan daha iyimser olarak algılayabilir” ile örtüşmemektedir.
4. Son olarak benlik saygısının bozulacağı yönündeki görüşümüz de çalışmamızda gruplar arasında benlik saygısı düzeyi yönünden anlamlı bir fark saptanmamasıyla doğrulanamamıştır.

Sonuç olarak bu çalışmada, çocukluk çağının en sık görülen kronik hastalığı olan astımın çocuk ve ergenler üzerindeki etkileri incelenmiştir. Hastalarda yüksek oranda psikopatoloji saptanmış ve yaşam kalitesi ciddi oranda bozulmuştur. Astımı olan hastalarda, bu kadar yüksek oranda psikopatoloji

saptanması astımın bir ekip işi olarak ele alınmasını gerektirir. Çocuğun özellikle psikiyatrik açıdan desteklenmesi gerekebilir.

Yaşam kalitesinin bozulmasına engel olmak için, örneğin spor alanında çocuğun işlevselliğini artırmak için, çevresel şartların düzenlenmesi, mümkünse çocuğa atak halinde ilk müdahaleyi yapabilecek sağlık personellerinin spor salonlarında görevlendirilmesi planlanabilir.

Kronik hastalığa sahip çocukları olan ebeveynlerin de beklenen şekilde sergiledikleri koruyucu tutumları hoş karşılanmalı ancak, karşılaşılan sorunların başka sorunları doğurabileceği unutulmamalıdır. Aile de çok yönlü olarak ele alınmalı ve lüzum halinde psikiyatrik açıdan desteklenmelidir.

Kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde psikopatolojiyi, benlik saygısını, ebeveyn tutumlarını ve yaşam kalitesi algılarını ve bunların birbiriyle olan ilişkisini daha iyi değerlendirebilmek için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

Astım yüksek oranda psikiyatrik semptomatoloji ve komorbidite ile giden bir hastalıktır. Bu çalışmada astım tanısı almış olan 8-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde psikopatoloji, benlik saygıları, ebeveyn tutumları, yaşam kalitesi algıları, bazı psikososyal özellikleri ve bunların birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Astım tanısı almış 32 hasta (17 erkek, 15 kız), 32 sağlıklı gönüllü (16 erkek, 16 kız) ile karşılaştırıldı. Astım tanısı olan ve kontrol grubundaki olgulara, çocuklarda gözlenebilen psikiyatrik hastalıkları sorgulayan “Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL)” uygulanarak klinik görüşme yapıldı. Her iki gruba da benlik saygılarını değerlendirmeye yönelik Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik, çocuk ve ergenlere ve ebeveynlerine “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇiYKÖ)” verildi. Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının ve stresle başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesi için, her iki gruba “Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ)” ve “Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği (BÇSÖ)” verildi.

Sosyodemografik verilerden baba yaşı, anne ve baba eğitimleri dağılımlarına bakıldığında astımlı grupta bu değişkenlerin ortalamaları belirgin olarak daha düşüktü.

Gruplar aile yaşam kalitesi alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda aile ölçek toplam puanı ve psikososyal sağlık toplam puanı çalışma grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olarak izlendi. Gruplar çocuk yaşam kalitesi alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda çocuk ölçek toplam puanı, fiziksel sağlık toplam puanı ve psikososyal sağlık toplam puanı çalışma grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olarak izlendi. Astımı olan grupta daha yüksek oranda psikiyatrik komorbidite saptandı.

Gruplar aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği alt faktör puanları açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda olumsuz tutumlar olan aşırı annelik (F1) ve eşler arası geçimsizlik (F4) alt faktör puanı kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olarak izlendi.

Bu çalışmada astımı olan olgularda yüksek oranda psikopatoloji saptanmıştır. Gruplar yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında astımlı grupta daha kötü iken, astıma eşlik eden psikiyatrik komorbidite varlığında yaşam kalitesinin daha da bozulduğu saptanmıştır. Astımı olan olguların ebeveynlerinde anlamlı oranda uygunsuz başa çıkma yöntemleri kullanıldığı görülmüştür. Psikososyal işlevselliğin korunması için bu durumların birbiriyle olan ilişkisini bilmek önemli olup daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Astım, aile tutumu, psikiyatrik komorbidite, yaşam kalitesi, benlik saygısı

8. ABSTRACT

A significant percent of asthma patients suffer a high level of psychiatric symptomatology and a comorbidity profile. The objective of this research is to analyze and interpret the impacts of psychopathology, self-esteem, parental relations, life quality perception and other psychosocial conditions in patients between the ages of 8 and 18 and predict what kind of influence can these pscyhologic measures have on each other.

32 patients (17 male, 15 female) diagnosed with asthma were compared with 32 healthy volunteers (16 male, 16 female). Researcher used K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version), a preliminary scale established to predict psychiatric disorders in children, for all participants including both treatment and control group. All subjects in the study were asked to complete “Rosenberg Self-Esteem Scale”, and “Health Related Quality of Life Scale for Children” while parents were asked to complete “Parental Attitude Research Instrument”, “The Coping Strategy Indicator” and “Health Related Quality of Life Scale for Children-Parent Form”.

Among socio-demographic variables paternal age, education lengths of mother and father were significantly lower in the asthma group.

When the groups were compared in terms of “Health Related Quality of Life Scale for Parental Form” the control group scored higher for their total score and psychosocial health score compared to the treatment group. When the groups were compared in terms of “Health Related Quality of Life Scale for Child Form” the control group scored higher for their total score, physical score and psychosocial health score compared to the treatment group. Higher rates of psychiatric comorbidity were detected in the group with asthma.

When the groups were compared on their scores on Parental Attitude Research Instrument, the treatment group showed statistically meaningful higher results on the “Excessive Mothering (F1)” and “Inter-parental derangement (F4)” variables which are considered negative variables.

This study found a high level of psychopathology in the patients diagnosed with asthma. When the groups were compared on their quality of life scores, the treatment group scored lower than the control group. It was found that parents of asthmatic children use negative parental attitudes more often than those having healthy controls. Furthermore, it was also noted that the presence of psychiatric comorbidity that occurs alongside asthma also lowered the quality of life. Comprehensive, larger studies are needed to better understand psychopathology, parental attitudes, perceptions for quality of life and relationship between these factors in children and adolescents with chronic disease.

Keywords: Asthma, Psychopathology, Quality of Life, Parental Coping Strategies



9. KAYNAKLAR

1. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, FitzGerald M, Gibson P, Ohta K, O'Byrne P, Pedersen SE, Pizzichini E, Sullivan SD, Wenzel SE, Zar HJ. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur Respir J*. 2008 Jan;31(1):143-78.
2. Umut S, Saryal SB. Türk Toraks Derneği Ulusal Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. *Toraks Dergisi* 2009; 1302-7808.
3. Toelle BG, Ng K, Belousova E, Marks GB. Prevalance of asthma and allergy in schoolchildren in Belmont, Australia: three cross sectional surveys over 20 years. *BMJ* 2004; 328: 386-7
3. Akcakaya N, Kulak K, Hassanzade A, Camcıoğlu Y, Cokuğras H. Prevalance of broncial asthma and allergic rhinitis in İstanbul school children. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 693-9
4. Accordini S, Bugiani M, Arossa W, Gerzeli S, Marinoni A, Olivieri M, et al. Poor control increases the economic cost of asthma. A multicentre population-based study. *Int Arch Allergy Immunol* 2006; 141: 189-98.
5. Beasley R, von Mutius E, Pearce N. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhino-conjunctivitis and atopic eczema. *Lancet* 1998; 351:1225-325.
6. Wong GWK, Leung TF. Fok TF. ISAAC and risk factors for asthma in the Asia- Pacific. *Paediatr Respir Rev* 2004; 5: 163-169.
7. Schmaling KB, Afari N, Blume AW. Assessment of psychological factors associated with adherence to medication regimens among adult patients with astıma. *J Asthma* 2000; 37: 335-343.
8. Nascimento I, Nardi AE, Valenca AM, Lopes FL, Mezzasalma MA, Nascentes R, Zin WA. Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. *Psychiatry Res* 2002; 110: 73-80.

9. Slattery MJ, Klein DF, Mannuzza S, Moulton JL 3rd, Pine DS, Klein RG. Relationship between separation anxiety disorder, *Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 947-954.
10. Bender BG. Risk taking, depression, adherence, and symptom control in adolescents and young adults with asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173:953-957
11. Goodwin RD, Ferguson DM, Horwood L. Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychol Med* 2004;34: 1465-1474.
12. Jackson JL, DeZee K, Berbano E: Can treating depression improve disease outcomes? *Annals of Internal Medicine* 2004; 140:1054-6.
13. Özkan S. Solunum sistemi hastalıklarının psikiyatrik yönleri. *Psikiyatrik Tıp (kitabında)*1993: 109-11.
14. Ekşi A, Molzan J, Savaşır I, Güler N. Psychological adjustment of children with mild and moderately severe asthma. *Eur ChildAdolesc. Psychiatry* 1995; 102(1): 327-8.
15. Gustafsson P. Bjorksten B, Kjellmann F: Family dysfunction in asthma. *J. Pediatr* 1994;125(3):
16. Moss MH, Gern JE, Lemanske RF. Asthma in infancy and childhood. Ed: Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW, Bochaer BS, Holgate ST, Simons FER. *Middleton's Allergy Principles and Practice*. 6th Edition, pp. 1225-1255, Mosby Elsevier Ltd. Philadelphia, USA, 2003.
17. Chernick V, Boat TF, Wilmott RW, Bush A. *Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children*. 6th Edition, pp. 688-730, W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA, 1998.
18. Liu AH, Covar RA, Spahn JD, Leung DYM. Childhood Asthma. Ed: Kliegman RM Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition, pp. 953-970, Saunders Elsevier Inc, Philadelphia, USA, 2007.

19. Akçakaya N. Çocuk Astımı. Ed: Gemicioglu B. Tanımdan tedaviye astım. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD Kitap Dizisi-3, pp. 619-632, Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.S. İstanbul, 2005.
20. Platts-Mills TA, Adachi M, Pauwels RA, Holgate ST. Asthma. Ed: Holgate ST, Church MK, Lichtenstein LM. Allergy. 3rd Edition, pp. 17-36, Mosby Elsevier Ltd. Philadelphia, USA, 2007.
21. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. Allergy 2004; 59(5):469-78 insidans -epidemioloji
22. Oneş U, Sapan N, Somer A, Dişçi R, Salman N, Güler N, Yalçın I. Prevalence of childhood asthma in Istanbul, Turkey. Allergy 1997;52:570-578.
23. Selçuk ZT, Çağlar T, Enünlü T, Topal T. The prevalence of allergic diseases in primary school children in Edirne, Turkey. Clin Exper Allergy 1997; 27:252-269.
24. Demir AU, Kalaycı O, Kalyoncu AF. Time trend of asthma prevalence: ecological analysis of the investigations in schoolchildren in Turkey. Eur Respir J, 2006;28 (supplement 50): 240s.
25. Demir AU, Karakaya G, Bozkurt B, Sekerel BE, Kalyoncu AF. Asthma and allergic diseases in schoolchildren: third cross-sectional survey in the same primary school in Ankara, Turkey. Pediatr Allergy Immunol 2004; 15: 531-8
26. Saraclar Y, Kuyucu S, Tuncer A et al. Prevalence of asthmatic phenotypes and bronchial hyperresponsiveness in Turkish schoolchildren: an International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase 2 study. Ann Allergy Asthma Immunol, 2004; 92: 87.
27. Bayram, I. Guneser-Kendirli, S., Yılmaz, M., et al., The prevalence of asthma and allergic diseases in children of school age in Adana in southern Turkey. Turk J Pediatr, 2004;46: 221-5.

28. Reddel H, Ware S, Marks G, Salome C, Jenkins C, Woolcock A. Differences between asthma exacerbations and poor asthma control. *Lancet* 1999;353:364–369.
29. Beyhun NE, Soyer OU, Kuyucu S et al. The cost of childhood asthma and its determinants in Ankara, Turkey-I: The cost and its determinants. *Pediatr Allergy Immunol* 2008.
30. Kurt E, Metintas S, Basyigit I, Bulut I, Coskun E., Dabak S ve diğeri. Prevalence and Risk Factors of Allergies in Turkey. *Pediatric Allergy and Immunology* 2007; 18(7); s566-574
31. Küçükusta AR. Epidemiyoloji. Gemicioğlu B. ed. Tanımdan Tedaviye Astım. Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.S. İstanbul 2005; s:5-26.
32. Marion RJ, Creer TL, Reynolds RV. Direct and indirect costs associated with The management of childhood asthma. *Ann Allergy* 1985; 54(1):31-34.
33. Chaudhuri R, Livingston E, McMahon AD, Lafferty J, Fraser, Spears M, McSharry CP, Thomson NC. Effects of smoking cessation on lung function and airway inflammation in smokers with asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 15;174(2):127-133.
34. Celik GE, Bavbek S, Pasaoglu G. Direct medical cost of asthma in Ankara, Turkey. *Respiration* 2004; 71:587-593.
35. Beyhun N, Soyer O, Kuyucu S. A multi-center survey of childhood asthma in Turkey- I: The cost
36. Marion RJ, Creer TL, Reynolds RV. Direct and indirect costs associated with the management of childhood asthma. *Ann Allergy* 1985; 54:31-4.
37. Tüzün DÜ, Hergüner S (editörler). Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. İstanbul: Epsilon yayıncılık; 2007. 105-115.
38. Busse WW, Lemanske RF. Jr. *N Engl J Med* 2001; 344:350-362.
39. Karr RM, Davies RJ, Butcher BT, Lehrer SB, Wilson MR, Dharmarajan V. Occupational asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1978; 61(1):54-65.

- 40 Tattersfield AE, Knox AJ, Britton JR, Hall IP. Asthma. *Lancet* 2002; 360(9342):1313-1322.
41. Dockrell M, Partridge MR, Valovirta E. The limitations of severe asthma: the results of a European survey. *Allergy* 2007; 62: 134-41.
42. Killian KJ, Watson R, Otis J et al. Symptom perception during acute bronchoconstriction. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162:490-6.
- 43 Levy ML, Fletcher M, Price DB. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: diagnosis of respiratory diseases in primary care. *Prim Care Respir J* 2006; 15: 20-80
44. Havlucu Y. Astımlı Olgularda İnflamasyon Takibinde Yüksek Rezolüsyonlu Bilgisayarlı Tomografinin Yerinin ve Lökotrien Reseptör Antagonistlerinin İnflamasyona Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Umanlık Tezi. Manisa 2006. (Danışman: Prof. Dr. A. Arzu Yorgancıoğlu).
45. Spahn J, Covar R, Stempel DA. Asthma: Addressing consistency in results from basic science, clinical trial, and observational experience. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109: 490-502.
46. Roy-Byrne P, Stein M. Inspiring panic. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 223-224.
47. Gorman JM, Kent J, Martinez J, Browne S, Coplan J, Papp LA. Physiologic changes during carbon dioxide inhalation in patients with panic disorder, major depression and premenstrual dysphoric disorder: evidence for a central fear mechanism. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 125-131.
48. Goodwin RD, Horwood L. Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychol Med* 2004; 34: 1465-1474
49. Gıldea E G (1949) Special features of the personality which are common to certam psychosomatic disorders *Psychosom Med*, 11, 273

50. Akcakaya N, Kulak K, Hassanzade A, Camcioğlu Y, Cokuğras H. Prevalance of broncial asthma and allergic rhinitis in İstanbul school children. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 693-9
51. Klinert MD. Psychosocial influences on asthma among innercity children. *Pediatr pulmonol* 1997; 24: 234-6
52. Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL. Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med* 2003; 65: 501-505
53. Butz AM, Alexander C. Anxiety in children with asthma. *J Asthma* 1993; 30:199-209.
54. Wright RJ, Rodriguez M, Cohen S. Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. *Thorax* 1998; 53(12):1066-74.
55. Özdemir DF, Şener Ş. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Acil Durumlar Klinik *Pediatric Dergisi*, 2004;3(1):5-11.
56. Vila G, Nollet-Clemençon C, Vera M, Robert JJ, de Blic J, Jouvent R, Mouren-Simeoni MC, Scheinmann P, *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie* [1999, 44(6):562-569]
57. Mathe A and Knapp P. Decreased plasma free fatty acids and urinary epinephrine in bronchial asthma. *N Engl J Med* 1969; 281: 234–238
58. A. Stauder, M. Kovcs Anxiety symptoms in allergic patients: identification and risk factors *Psychosomatic Medicine* 2003; 65(5), pp. 816–823
59. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000; 160:2101-7.
60. Ekşi A, Molzan J, Savaşır I, Güler N. Psychological adjustment of children with mild and moderately severe asthma. *Eur ChildAdolesc. Psychiatry* 1995; 102(1): 327-8.

61. Gustafsson P, Bjorksten B, Kjellmann F: Family disfunction in asthma. J. Pediatr 1994; 125(3): 493-8.)
62. Toelle BG, Ng K, Belousova E, Marks GB. Prevalance of asthma and allergy in schoolchildren in Belmont, Australia: three cross sectional surveys over 20 years. BMJ 2004; 328: 386-7
63. Rimington LD, Davies DH, Lowe D, Pearson MG. Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthma patients. Thorax 2001; 56: 266–71.
64. Er MD. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 155-68.
65. Steiner H. Chronic Illness and Physical Disabilities. In: Noshpitz JD (eds), Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, John Wiley & Sons New York 1997; pp:251-73
66. Özkan S. Psikiyatrik Tıp; Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi; tanımı, kavramları, Hizmet alanı, eğitim ve araştırma objektifleri ile dünyada gelişimi, 1994-1995
67. Fettahoğlu EÇ, Koparan C, Özatalay E, Türkkahraman D. İnsüline bağımlı diabetes mellitus tanılı çocuk ve ergenlerde gözlenen ruhsal güçlükler. Psychiatry in Türkiye 2007; 9: 32-36.
68. Wassermann AL. Principles of Psychiatric Care of Children and Adolescents With Medical Illnesses In: Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, Garfinkel BD (eds), W.B. Saunders Company, Philadelphia 1990; pp:486-502
69. Coupey SM, Neinstein LS, Zeltzer LK. Chronic illness in adolescents. In: Neinstein L, ed. Adolescent Healthcare: A Practical Guide. Lippincott Williams and Wilkins, 2002; pp:1511–39
70. Akay AP, Emiroğlu NĐ. Kronik pediatric hastalıklar ve hastaneye yatış. Kitap: Çetin FÇ, Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı, Hekimler Yayın Birliği Ankara 2008; ss:723-29.

71. Pless I. Clinical assestment: Physical and psychical functioning, *Pediatr Clin North Am* 1984; 31:33-45 psikiyatrisi temel kitabı, Hekimler Yayın Birliği Ankara 2008; ss:730-37.
72. Çakın-Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, ve ark. Tip 1 diyabetes mellitusu olan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi algılarının değerlendirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2007; 14(3): 133-138.
73. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 980-88.
74. Gökler, B., Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli- Türkçe uyarlaması'nın geçerlik ve güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11: 109-16.
75. Varni JW, Rode CA, Seid M, Katz ER, ve ark. The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32 (PCQL-32). II. Feasibility and range of measurement. *J Behav Med.* 1999;22(4):397-406
76. 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 Aug;39(8):800-12.
77. Schaffer ES, Bell R. Development of a parental attitude research instrument (PARI). *Child Dev* 1958; 29: 339-61.
78. Küçük S. The Validity of the Turkish Form of PARI Subscales. *Yayımlanmamış Doktora Tezi, Boğaziçi Üniversitesi İstanbul*; 1987
79. Keskin G, Çam O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9: 139-47.
80. Amirkhan JH. Criterion validity of a coping measure. *J Pers Assess* 1994; 62: 242-61.

81. Aysan F. Basa Çıkma Stratejisi Ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerliği, Güvenirliği. 1. Eğitim Bilimleri Kongresi Bildiriler Kitabı, Çukurova Üniversitesi Basımevi Adana 1994; ss:1158-68.
82. Rosenberg M. Society and The Adolescent Self-Image. New Jersey: Princeton University Press 1965.
83. Çuhadaroglu F. Adölesanlarda Benlik Saygısı. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara 1986.
84. Dağlı E, Karakoç F (editörler). Çocuk Göğüs Hastalıkları. İstanbul: Nobel, 1. Baskı; 2007: 39-50.
85. Henderson AJ, Sherriff A, Northstone K, Kukla L, Hrubá D. Pre- and postnatal parental smoking and wheeze in infancy: cross cultural differences. Avon Study of Parents and Children (ALSPAC) Study Team, European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood (ELSPAC) Co-ordinating Centre. Eur Respir J 2001;18: 323-9.
86. Kneepkens CM, Brand PL. Clinical practice: Breastfeeding and the prevention of allergy. Eur J Pediatr 2010, PMID: 20135146
87. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Torax dergisi 2006; 7: 51-64.
88. Sigurs N, Bjarnason R, Sigurbergsson F, Kjellman B. Respiratory syncytial virus bronchiolitis in infancy is an important risk factor for asthma and allergy at age 7. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161:1501-7.
89. Gern JE, Busse WW. Relationship of viral infections to wheezing illnesses and asthma. Nat Rev Immunol 2002; 2: 132-8.
90. Stein RT, Sherrill D, Morgan WJ, Holberg CJ, Halonen M et al. Respiratory syncytial virus in early life and risk of wheeze and allergy by age 13 years. Lancet 1999; 354:541-5.
91. Shaheen SO, Aaby P, Hall AJ et al. Measles and atopy in Guinea-Bissau. Lancet 1996; 347:1792-6.

92. Karadağ B. Astım ve Spor. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2009;5(3):55-60
93. Oddy WH, Peat JK, de Klerk NH. Maternal asthma, infant feeding, and the risk of asthma in childhood. J Allergy Clin Immunol 2002;110: 65-7.
94. Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM, Martinez FD. Factors influencing the relation of infant feeding to asthma and recurrent wheeze in childhood. Thorax 2001;56: 192-7.
95. Cushing AH, Samet JM, Lambert WE, et al. Breastfeeding reduces risk of respiratory illness in infants. Am J Epidemiol 1998;147:863-70. PMID:9583717
96. Wafula EM, Limbe MS, Onyango FE, Nduati R. Effects of passive smoking and breastfeeding on childhood bronchial asthma. East Afr Med J 1999;76: 606-9.
97. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. Pediatrics 2008;121:183-91.
98. Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall SL, Pershagen G. Breast feeding and allergic diseases in infants-a prospective birth cohort study. Arch Dis Child 2002;87: 478-81.
99. Holahan ve Moos. Social support and adjustment: predictive benefits of social climate indices. Am J Community Psychol. 1982;10(4):403-15.
100. Chou C Hsiao MC. Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: The Taiwan college stu students' case. Computers and Education 2000; 35: 65-80
101. Chou, L Condron, JC Belland - Educational Psychology Review, 2005 – Springer

102. Subrahmanyam K, Lin G. Adolescents on the net: Internet use and well-being. *Adolescence* 2007; 42: 659-677
103. Von Mutius E, Martinez FD. Natural history Development, and Prevention of Allergic Disease in Childhood. In: Middleton's Allergy Principal & Practise. 6th ed. Mosby, 2003; 1169-1174
104. Oh EG. The relationship between disease control, symptom distress, functioning, and quality of life in adults with asthma. *J Asthma* 2008; 45: 882-6.
105. Akdemir N, Birol L. Kronik hastalıklar ve hemşirelik bakımı. İçinden: İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2005. s.193-99.
106. Rijken M, Kerkhof MV, Dekker J, et al. Comorbidity of chronic diseases. *Qual Life Res* 2005; 14(1): 45-55
107. Bilfield S, Wildman BG, Karazisa BT. Brief report: The relationship between chronic illness and identification management of psychosocial problems in pediatric primary care. *J Pediatr Psychol* 2005; 31(8): 813-817.
108. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Child* 2001; 84: 205-211.
109. Mızrakçı Ş, Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarına Etki Eden Faktörler, E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir 1994
110. Özyürek, A. ve Tezel Şahin, F. Kırsal Bölge ve Şehir Merkezinde Yaşayan 5-6 Yaş Grubu Çocuğa Sahip Anne-Babaların Çocuk Yetiştirme Tutumları, Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi 2005, 9 (3), 121-136.
111. Rausch KFM. Moderating effects of family coping style on the relationship between physical and mental health of children with chronic illness (Psy. D. dissertation). United States – Texas, Our Lady of the Lake University, 2002.
112. Chapieski L, Brewer V, Evankovich K, Culhane-Shelburne K, Zelman K, Alexander A. Adaptive functioning in children with seizures: Impact of maternal anxiety about epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005; 7: 246–252

113. Vila G, Nollet-Clemençon C, de Blic J, Mouren-Simeoni MC, Scheinmann P. Prevalence of DSM IV anxiety and affective disorders in a pediatric population of asthmatic children and adolescents. *J Affect Disord* 2000; 58: 223-231.
114. Lavoie KL, Cartier A, Labrecque M, Bacon SL, Lemièrè C, Malo JL, Lacoste G, Barone S, Verrier P, Ditto B. Are psychiatric disorders associated with worse asthma control and quality of life in asthma patients? *Respiratory Medicine* 2005; 99: 1249-1257.
115. Bosley CM, Fosbury JA, Cochrane GM. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *Eur Respir J* 1995; 8: 899-904.
116. Lehrer PM, Isenberg S, Hochron SM. Asthma and emotion: a review. *J Asthma* 1993, 30(1):5-21.
117. Katon WJ, Richardson L, Lozano P, McCauley E. The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosom Med* 2004; 66: 349-355
118. Goodwin RD, Pine DS. Respiratory disease and panic attacks among adults in the United States. *Chest* 2002; 122: 645-50.
119. McQuaid EL, Kopel SJ, Nassau JH. Behavioral adjustment in children with asthma: a meta-analysis. *J Dev Behav Pediatr* 2001; 22: 430-9.
120. Gustafsson D, Olofsson N, Andersson F, Lindberg B, Schollin J. Effect of asthma in childhood on psycho-social problems in the family. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1071-5.
121. Opolski M, Wilson I. Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1: 18.
122. Gift AG. Psychologic and physiologic aspects of acute dyspnea in asthmatics. *Nurs Res* 1991, 40(4):196-199.

123. Özen Ş, Tanrıkulu AÇ, Eren Dağlı C, Özkan M. Astımlı hastalarda mevsimsel duygudurum değişikliği, genelleşmiş ve obsesif anksiyetenin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri 2004;5(1):22-7.
124. Kuran G, Gürses HN, Okumuş G, Yıldız A, İşsever H. Astımlı hastalarda obezite. Solunum 2008; 10 (Suppl 2): 68-87.
125. Güzelhan Y, Çöpür M, Çalışkan M. ve ark. Astımlı hastalarda kaygı düzeyleri Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, İstanbul 1999; 365-8.
126. Siegel WM, Golden NH, Gough JW, Lashley MS, Sacker IM. Depression, self esteem, and life events in adolescents with chronic diseases. J Adolesc Health Care 1990; 11: 501-4.
127. Nelms BC. Emotional behaviors in chronically ill children. J Abnorm Child Psychol 1989;17: 657-68.
128. Harter Susan. The construction of the self: a developmental perspective. Guilford Press, NY, 1999.
129. Vila G, Nollet-Clemencon C, de Blic J, Mouren-Simeoni MC, Scheinmann P. Asthma severity and psychopathology in a tertiary care department for children and adolescent. Eur Child Adolesc Psychiatry 1998; 7: 137-44.
130. Patten SB. Exogenous corticosteroids and major depression in the general population. J Psychosom Res 2000; 49: 447-9.

10. EKLER

Ek-1

Araştırma Grubu Veri Formu

Adı, soyadı: Cinsiyeti:
Doğum tarihi: Doğum yeri: 1.köy 2. kasaba 3. ilçe 4.il
Eğitim durumu:
Okul başarısı:
Kiminle yaşıyor:
Kardeş sayısı, sırası, yaşları, cinsiyetleri ve eğitim durumları:
Baba Anne
Yaşı: Yaşı:
Mesleği: Mesleği:
Eğitim durumu: Eğitim durumu:
Ruhsal hastalık: Ruhsal hastalık:
Adres ve Telefon:
Ekonomik durum: 1. 1000 ve altı 2. 1000-5000 3. 5000 ve üstü
Özgeçmiş:
Sık hastalık geçirme öyküsü, sık ÜSYE:
Hamilelik ve gelişim öyküsü:
Yürüme:
Konuşma:
Anne sütü alma süresi:
Nöbet öyküsü:
Operasyon öyküsü:
Gönüllünün sigara, alkol, madde kullanım öyküsü:
Ebeveynin sigara, alkol, madde kullanım öyküsü:
Soy geçmiş:
Anne baba ve diğer aile fertlerinde psikiyatrik destek ihtiyacı:
Astım tanı konulduğu yaş:
Tıbbi tedaviye uyumu: İyi/Orta/Kötü
İlaç kullanma süresi:
Hastanede toplam yatış sayısı:
Komplikasyon gelişip gelişmediği:
Ailenin tedavi işbirliği:
Çocuğun tedavi işbirliği:
Daha önce psikiyatrik belirti varlığı, tedavi alıp almadığı:
Ruhsal durum muayenesi:
Uyku:
İştah:
Davranış değişiklikleri:
FEV1:
FEV1/FVC
Alışkanlıklar:
IgE:
Boy:
Kilo:

Sağlam Çocuk Veri Formu

Adı, soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum tarihi:

Doğum yeri: 1.köy 2. kasaba 3. ilçe 4.il

Eğitim durumu:

Okul başarısı:

Kiminle yaşıyor:

Kardeş sayısı, sırası, yaşları, cinsiyetleri ve eğitim durumları:

Baba

Anne

Yaşı:

Yaşı:

Mesleği:

Mesleği:

Eğitim durumu:

Eğitim durumu:

Ruhsal hastalık:

Ruhsal hastalık:

Adres ve Telefon:

Ekonomik durum: 1. 1000 ve altı 2. 1000-5000 3. 5000 ve üstü

Özgeçmiş:

Sık hastalık geçirme öyküsü, sık ÜSYE:

Hamilelik ve gelişim öyküsü:

Yürüme:

Konuşma:

Anne sütü alma süresi:

Nöbet öyküsü:

Operasyon öyküsü:

Gönüllünün sigara, alkol, madde kullanım öyküsü:

Ebeveynin sigara, alkol, madde kullanım öyküsü:

Soy geçmiş:

Anne baba ve diğer aile fertlerinde psikiyatrik destek ihtiyacı:

Ailenin tedavi işbirliği:

Çocuğun tedavi işbirliği:

Daha önce psikiyatrik belirti varlığı, tedavi alıp almadığı:

Ruhsal durum muayenesi:

Uyku:

İştah:

Alışkanlıklar:

IgE:

Boy:

Kilo:

Ek-2

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU

(8- 12 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada 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 hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer senin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer senin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer senin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer senin için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım iste.

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin 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

Duygularımla 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
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

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	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. 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

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (8-12 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman 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?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
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

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
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	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
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

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU

(13-18 YAŞ)

Ad Soyad: Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada 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 hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer senin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer senin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer senin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer senin için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım iste.

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin 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	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

Duygularımla 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
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

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	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

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. 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

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU

(13-18 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman 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?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
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

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
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

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri	0	1	2	3	4
5. Yaşlıları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
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	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula	0	1	2	3	4

Ek.3

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

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

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

1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.
2. Anne ve babalar çocuklarını derterini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların derterinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.
15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.
16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.
17. Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir.
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.

22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.
26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.
27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verirlerse büsbütün şikayetçi olurlar.
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.
31. Genç bir kadın, henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, dövüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.
41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.
44. Çocukların sorunlarına eğilirseniz sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenir.
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörülle karşılanamaz.
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.

53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.
57. Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.
58. Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.
59. Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.
60. Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.



BAŞA ÇIKMA STRATEJESİ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Bu çalışmada bireylerin yaşamlarında sorunlarla ve problemlerle nasıl başa çıktığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Aşağıda çeşitli başa çıkma yolları verilmiştir. Sizden bunları ne derece kullandığınızı belirtmeniz istenmektedir. Tüm yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Geçtiğimiz altı aylık süre içerisinde karşılaştığınız bir problemi düşünmeye çalışın. Bu problemin sizin için “ **ÖNEMLİ**” olup kaygılanmanıza neden olması gerekiyor. Lütfen aşağıya bu probleminizi birkaç kelime ile yazınız. (unutmayınız ki yanıtınız gizlilik ilkesine uygun olarak değerlendirilecektir).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bu problemi aklınızda tutarak, nasıl başa çıktığınızı sizin için en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Bazı sorular benzer olsa da lütfen her maddeyi işaretleyiniz.

“O” stresli olayı aklınızda bulundurarak ne dereceye kadar.....

	Çok	Biraz	Hiç
1. Duygularınızı bir arkadaşınıza açtınız?			
2. Probleminizin en iyi şekilde çözümlenmesi için çevrenizdeki şeyleri yeniden düzenlediniz?			
3. Ne yapacağınıza karar vermeden önce bütün olası çözümleri aklınızda tartıştınız?			
4. Aklınızı problemden uzaklaştırmaya çalıştınız?			
5. Bir kişinin size gösterdiği sempati ve anlayışı kabul ettiniz?			
6. Başkalarının yaşadığınız şeylerin gerçekten ne kadar kötü olduğunu görmemesi için elinizden geleni yaptınız?			
7. Konu ile ilgili olarak başkalarıyla konuştunuz. Çünkü bu konuda konuşmak kendinizi daha iyi hissetmenize yardımcı oldu?			
8. Durumla baş edebilmek için kendinize bazı amaçlar edindiniz?			
9. Seçeneklerinizi çok dikkatli bir biçimde tarttınız?			
10. Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz?			
11. Problemi çözmek için işe yarayan çözümü bulana dek değişik yolları denediniz?			
12. Korku ve kaygılarınızı bir arkadaşınıza veya bir akrabanıza açtınız?			
13. Zamanınızı her zamankinden çok yalnız olarak geçirdiniz?			
14. Sadece konuşmanız bile bazı çözümlere ulaşmanıza yardım ettiği için (yaşadığınız) durumla ilgili olarak konuştunuz?			
15. Durumu düzeltmek için ne yapılması gerektiğini düşündünüz?			
16. Tüm dikkatinizi problemin çözümüne yönelttiniz?			
17. Aklınızda bir eylem planı şekillendirdiniz?			

	Çok	Biraz	Hiç
18. Her zamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz?			
19. Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (arkadaş ya da profesyonel bir kişi) gittiniz?			
20. Olayda gerçekleşmesini istediğiniz şey için kesin kararlılık gösterdiniz ve savaştınız?			
21. Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan kaçındınız?			
22. Kendinizi bir uğraş (hobi) veya bir spor etkinliğine gömerek problemden kaçındınız?			
23. Problemlle ilgili olarak daha iyi hissetmenize yardımcı olması için bir arkadaşınıza gittiniz?			
24. Durumu nasıl değiştirebileceğinizle ilişkin olarak bir arkadaşınızın tavsiyesine başvurdunuz?			
25. Aynı problemi yaşamış olan arkadaşınızın anlayış ve sempatisini kabul ettiniz?			
26. Her zamankinden daha fazla uyudunuz?			
27. “Her şey daha farklı olabilirdi” diye hayal kurdunuz?			
28. Romanlardaki veya filmlerdeki karakterlerle özdeşim kurdunuz?			
29. Problemi çözmeye çalıştınız?			
30. İnsanların sizi kendi başınıza bırakmasını istediniz?			
31. Arkadaşınız veya akrabanızın size yardımcı olmasını kabul ettiniz?			
32. Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediniz?			
33. Ani hareketlerde bulunmaktansa dikkatlice bir hareket tarzı planlamaya çalıştınız?			

Ek.5

Adı Soyadı:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ