



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ASTİM TANISI İLE İZLENEN
ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Yağmur ŞANCI

**Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İSTANBUL 2016



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ASTIM TANISI İLE İZLENEN
ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Yağmur ŞANCI

**Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Lale BÜYÜKGÖNENÇ**

İSTANBUL 2016



Koç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

22.09.2016

Yüksek Lisans Tez Sınavı Tutanağı

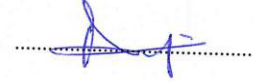
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans öğrencilerinden 0050831 numaralı **Yağmur Şancı**'nın yazılı ve sözlü tez jüri sınavı 22 Eylül 2016 tarihinde yapılmış ve adı geçen öğrencinin "Astım Tanısı İle İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tezi başarılı/başarısız bulunmuştur.

Tez jüri üyeleri:

Prof. Dr. Lale BÜYÜKGÖNENÇ (Danışman)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lale", written over a horizontal dotted line.




Prof. Dr. Ayşe BEŞER

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ayşe", written over a horizontal dotted line.

Yrd. Doç. Dr. Ayfer EKİM

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ayfer", written over a horizontal dotted line.

Bu çalışma, aşağıda yer alan jüri üyelerimiz tarafından Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	Prof. Dr. Ayşe BEŞER	
Üye (Danışman)	Prof. Dr. Lale BÜYÜKGÖNENÇ	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Ayfer EKİM	

ONAY

Bu tez çalışması, 22.09.2016 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İhsan SOLAROĞLU
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Yağmur ŞANCI

TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca değerli bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, bilimsel ve manevi anlamda desteklerini esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Sayın Prof. Dr. Lale BÜYÜKGÖNENÇ' e

Çalışmamın istatistiksel değerlendirmesinde bilgi ve vaktini benden esirgemeyen saygıdeğer hocam Sayın Prof. Dr. Ayşe BEŞER' e

Tez öneri aşamasında katkılarını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Zuhal BAHAR'a ve Sayın Doç. Dr. Ayfer ELÇİGİL' e

Çalışmam boyunca gece gündüz demeden bana yol gösteren başta çok değerli hocam Sayın Öğr. Gör. Vildan KOCATEPE olmak üzere, manevi desteklerini esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma

Hayatım boyunca bana güç veren, manevi desteğini hep hissettiğim, bugün böyle güçlü bir kadın olmamı sağlayan kahramanım babam Mustafa ŞANCI' ya, sevgi ve merhametiyle bana hep örnek olan biricik annem Leyla ŞANCI' ya, çocukluğumdan bu yana bana annelik yapan dostum ve biricik ablam Damla ŞANCI' ya, çocuk sahibi olmadan annelik duygusunu bana tattıran minik yeğenlerim Armin ve Can'a teşekkür ederim.

ÖZET

Astım Tanısı İle İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Bu araştırma astım tanısı ile izlenen çocuklarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırma 28.03.2016-28.05.2016 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları polikliniği ve Çocuk Allerji-İmmünoloji polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini 7-16 yaş grubunda olan, astım tanısından itibaren en az 3 ay geçmiş olan, başka bir kronik hastalığı bulunmayan ve iletişim engeli bulunmayan 103 çocuk oluşturmuştur. Araştırma için Koç Üniversitesi Etik Kurulu'ndan, ilgili kurumlardan ve annelerden yazılı izin alınmıştır. Veriler sosyodemografik soru formu ve Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (PAQLQ) ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, korelasyon, ikili gruplarda iki ortalama arası farkın önemlilik testi, Mann-Whitney U testi, üç ve üstü gruplarda Kruskal-Wallis analizi; çoklu grupların analizinde p değerinin 0.05'ten küçük çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti amacıyla Post-Hoc testlerden Bonferroni düzeltmeli iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmada çocukların %51,5'inin kız, %73,8'inin 7-11 yaş grubunda olduğu, %36,9'unun ders başarısızlığı yaşadığı, %78.6'sının günlük aktivitelerinin astım nedeniyle etkilendiği, ebeveynlerin %57.3'ünün evinde 4 ve daha az kişinin yaşadığı, ebeveynlerin %89.3'ünün astıma yönelik eğitim aldıkları belirlenmiştir. Astımlı çocukların ev koşullarına bakıldığında %96.1'inin bulunduğu ortamda sigara içilmediği, %11,7'sinin kömür sobası ile ısıtılan evde yaşadığı, %30.1'inin evinde rutubet olduğu ve %11.7'sinin evinde de evcil hayvan bulunduğu görülmüştür. Çocukların yaşam kalitesi toplam puanı ve alt grup puan ortalamaları değerlendirildiğinde; toplam puan ortalamasının 121.53 ± 25.29 olduğu; alt grup puan ortalamaları arasında en yüksek puan ortalamasının semptomlar grubunda olduğu, bu grubu duygusal işlev ve faaliyet kısıtlaması alt gruplarının izlediği saptanmıştır. Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça ve kardeşlerde de astım hastalığının bulunması durumunda faaliyet kısıtlaması alt grup ortalamasının anlamlı derecede düştüğü belirlenmiştir. Sigara dumanına ve psikolojik etmenlere maruz kalan, hastalık nedeniyle günlük aktivitelerinin etkilendiği belirtilen çocukların semptomlar alt grup puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Psikolojik etmenlere maruz kalan çocukların duygusal işlev alt grup ortalamasının anlamlı derecede düştüğü görülmüştür. Hamamböceği ve psikolojik etmen uyarısına hassasiyet taşıyan çocukların ölçek toplam puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.05). Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; semptomları başlatan uyarıların, astım hastalığının, doğru ve etkin ilaç tedavisinin, öz bakımın çocuk ve aileye öğretilmesi; evde bakımın sürekliliğinin sağlanması ve nöbeti başlatabilecek alerjenlerle çocuğun ilişkisini azaltacak biçimde çevrenin düzenlenmesi önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Astım, çocuk, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

Determining the Factors Which Affect the Life Quality of Children Diagnosed With Asthma

This study has been conducted in order to determine the factors that affect the life quality of the children diagnosed with asthma. This descriptive and cross-sectional study has been conducted between the dates 28.03.2016 - 28.05.2016 in Pendik Training & Research Hospital of Marmara University, Pediatric Chest Diseases clinic and Pediatric Immunology and Allergy clinic. The study sample consisted of 103 children, which at least 3 months have passed since their asthma diagnosis and in the age group of 7-16 and without any communication disability or any other chronic disease. Written consents were obtained from Koç University's Ethics Committee, relevant institutions and the mothers. Data has been collected using socio-demographic questionnaire and Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) through face to face interviews. Number, percentage, correlation, importance test of the difference between two means in two-some groups, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis analysis for groups with 3 or more, and in the case that the p value results less than 0.05 in the analysis of multi-groups; in order to determine the group which creates the difference, the Post-Hoc tests such as Independent Samples t Test with Bonferroni correction and Mann-Whitney U test with Bonferroni correction were used to evaluate the data. It's been identified that 51.5% of the children were girls, 73.8% of them were in the age group of 7-11, 36.9% of them were having difficulties at school, 78.6% of the children's daily activities were affected due to asthma, that there were less than 4 people living in 57.3% of their parents' houses and 89.3% of their parents have been educated about asthma. Observing the house conditions of the children with asthma; it's identified that there is no smoking in 96.1% of the children's environment, 11.7% of them live in a house with a coal burning stove, 30.1% of them live in a house with humidity and 11.7% of them live in a house that has pets in it. Evaluating the total scores of the life quality of the children and sub-groups mean scores; it's found that the total mean score is 121.53 ± 25.29 ; the highest mean score among the sub-group mean scores is in the symptoms group, followed by emotional function and activity limitation sub-groups. It's detected that the activity limitation sub-group mean score is significantly decreasing with the increase of the number of people living in the house and other siblings having asthma too. It's found that the symptom sub-groups mean scores of the children that are exposed to smoke and psychological factors and which state that their daily activities are being affected are lower. It's seen that the emotional function sub-groups mean score of the children that are exposed to psychological factors are significantly decreased. It's been detected that the scale total mean score of the children with sensitivity to cockroach and psychological factor stimulant is lower ($p < 0.05$). According to the results obtained from the study; it's been suggested that the stimulants which trigger the symptoms, asthma disease, accurate and effective medication treatment and self-care should be taught to the child and the family; home care continuity should be ensured and arranging the environment to reduce the child's connection with the allergens that could trigger the asthma attack is necessary.

Keywords: Asthma, child, life quality, nursing

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	2i
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	x
KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Astım İle İlgili Kavramsal Bilgiler	6
2.1.1. Çocuklarda Astım Epidemiyolojisi	7
2.1.2. Risk Faktörleri	8
2.1.2.1. Kişisel Faktörler	8
2.1.2.2. Çevresel Faktörler	10

2.1.3.	Astımda Tanı	13
2.1.4.	Astım Tedavisi	13
2.1.5.	Astımda Koruyucu Tedavi	14
2.2.	Astımlı Çocuk ve Yaşam Kalitesi	15
2.2.1.	Yaşam Kalitesi Tanımı	15
2.2.2.	Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar	17
2.2.3.	Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi	18
2.2.4.	Kronik Bir Hastalık Olan Astımın Çocuklarda Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri	20
2.2.5.	Astımlı Çocuğun Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Hemşirenin Rolü	22
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1.	Araştırmanın Tipi	25
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4.	Araştırmanın Değişkenleri	26
3.5.	Verilerin Toplanması	26
3.5.1	Veri Toplama Araçları	26
3.5.2.	Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	29
3.6.	Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları	29

3.8.	Etik Kurul Onayı	29
4.	BULGULAR	31
4.1.	Çocuğun Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	31
4.2.	Çocuğun Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
4.3.	Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	34
4.4.	Ebeveynlerin Çocuklarının Hastalık Nedeniyle Günlük Aktivitelerinin Etkilenme Durumu ve Etkilenen Alanlar İle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular	36
4.5.	Ev Ortamının Özelliklerine İlişkin Bulgular	37
4.6.	Çocukların Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanları	38
4.7.	Çocuğun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları	39
4.8.	Çocuğun Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları	41
4.9.	Çocukta Astımı Başlatan Uyarıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları	46
4.10.	Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları	51
4.11.	Çocuğun Hastalık Nedeniyle Günlük Aktivitelerinin Etkilenme Durumuna ve Etkilenen Alanlara Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları	58
4.12.	Ev Ortamının Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları	62

5.	TARTIŞMA	65
6.	SONUÇLAR	79
7.	ÖNERİLER	82
8.	KAYNAKLAR	83
9.	EKLER	92
	EK.1	93
	EK.2	97
	EK.3	102
	EK.4	103
	EK.5	104
	EK.6	105
	EK.7	106

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4.2. Çocuğun Hastalık Özellikleri

Tablo 4.3. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.4. Ebeveynlerin Çocukların Hastalık Nedeniyle Günlük Aktivitelerinin Etkilenme Durumu ve Etkilenen Alanlar İle İlgili Görüşleri

Tablo 4.5. Ev Ortamının Özellikleri

Tablo 4.6. Çocukların Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanları

Tablo 4.7. Çocuğun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Tablo 4.8. Çocuğun Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Tablo 4.9. Çocukta Astım Belirtilerini Başlatan Uyarıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Tablo 4.10. Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Tablo 4.11. Çocuğun Hastalık Nedeniyle Günlük Aktivitelerinin Etkilenme Durumuna ve Etkilenen Alanlara Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Tablo 4.12. Ev Ortamının Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GINA: Global Initiative for Asthma

WHO: World Health Organization

GAN: Global Asthma Network

ISAAC: International Study of Asthma and Allergies in Childhood

SFT: Solunum Fonksiyon Testi

PEF:Peak Ekspiratuar Akım

SİYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

PAQLQ: Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Astım, dünyada 100 milyondan fazla insanı etkileyen, morbiditesi giderek tüm yaş gruplarında artan kronik ve yaygın bir hastalıktır. Astım, çocukluk döneminde de en sık görülen kronik hastalıklar arasındadır (38,91). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre astım, toplam küresel hastalık yükünün %1'ini oluşturmaktadır. Dünyada astımlı hasta sayısının 300 milyon, yıllık ölüm sayısının ise 250.000 olduğu kabul edilmektedir. Avrupa'da astım mortalitesi 100.000'de 0.54 ile 8.7 arasında değişmektedir. İngilizce konuşulan gelişmiş batı toplumlarında astım prevalansı, Afrika gibi daha az gelişmiş toplumlardan daha yüksektir (17). Ülkemizde astımlı hasta sayısı yaklaşık 4 milyona yakındır ve DSÖ verilerine göre Türkiye astım prevalansı %5.1-7.5 olan ülkeler arasına girmektedir. Yine ülkemizde çocuklarda astım prevalansı %2-10 oranında rapor edilmiş olup her 100 çocuktan 13-15'inde astım görüldüğü bildirilmektedir (89). Astım 10 yaş altındaki erkek çocuklarda daha sık görüldüğü halde, ileri yaşlarda kız çocuklarında erkek çocuklara göre iki kat daha sık görülmektedir (70). Astım genetik yol ile aktarılmış ise; anne veya babadan birinde astım olması durumunda çocukta astım görülme riski %20-30 artmakta, her ikisinin de astımlı olması durumunda risk artışı %60-70'e ulaşmaktadır. Genetik ve çevresel faktörlerin yanı sıra; yaş ve eğitim eksikliği gibi bireysel faktörler, ekonomik faktörler ve ailenin eğitim düzeyi de astımın görülme sıklığının artışında rol oynamaktadır (22,73).

Astım değişik uyarılara karşı hava yolu düz kaslarının kontraksiyonunun artması, hava yolu ödemi, hava yolu duvarının kalınlaşması ve mukus hipersekresyonu ile karakterize, sıklığının ve şiddetinin kişiden kişiye değiştiği kronik inflamatuvar bir hastalıktır (63,73).Astım herhangi bir yaşta başlayabilmekle birlikte hastaların çoğunda ilk bulgular 6 yaşından önce görülmektedir (73).Mast hücreleri, eozinofiller ve T lenfosit hücrelerinin rol oynadığı kronik inflamasyon; duyarlı çocuklarda genelde gece ya da erken

sabah saatlerinde hırıltı, nefes darlığı, göğüs sıkışması ve öksürük bulguları ile ortaya çıkmaktadır (1,43,72).

Çocuklarda astımın %80'i alerjiktir. Polenler, ev tozu akarları, küf mantarı sporları, hamamböceği, hayvan tüyleri, bazı besinler (süt, yumurta, fındık, balık, buğday, soya, kabuklu deniz ürünleri, kuruyemiş, muz vb.), obezite, solunum yolu enfeksiyonu, sigara dumanına maruziyet, bazı ilaçlar, hava kirliliği, stres gibi faktörler astım belirtilerini tetikleyebilmektedir (22,72).

Küresel Astım Önleme ve Tedavi Girişimi (Global Initiative for Asthma, GINA) astım tedavisinde tam kontrole ulaşmada; bulguların görülmemesini, aktivitelerin sınırlandırılmamasını, kurtarıcı ilaç gereksiniminin hiç olmamasını, akciğer fonksiyonlarının normal olmasını ve alevlenmelerin sayısının azalmasını hedeflemektedir (GINA 2015). Astımın sonuçları; bireyi, aileyi ve toplumu ciddi biçimde etkiler. Bu sebeple astımın kontrolü sağlanırsa; çocuğun okul devamsızlığının azalması, aileler üzerinde maddi ve manevi yükün hafifletilmesi ve hastaların yaşam kalitesinin yükselmesi sağlanmış olur. Çocuğun; sağlık, ruh, beden ve sosyal anlamda bütün olarak yaşam kalitesinin iyiliği sağlanır. Sağlıkta en önemli hedef ve amaçlardan biri yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Çocukluk çağı kronik hastalıklarının yaşam boyu sürmesi, hastalık yönetiminde ebeveynlere bağımlı olunması ve hastalığın şiddeti çocuğun yaşam kalitesine büyük ölçüde etki eder.

Astım çocuğun yaşamını fiziksel, emosyonel ve sosyal yönden etkileyebilmekte, çocuğun yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilmektedir. Yaşam kalitesi, bireyin yaşam koşullarına, ilişkilerine ve içinde yaşadığı çevreye yani yaşamına ait tüm gerçeklere ilişkin duyduğu tatmin ve güveni ifade eder (11). Yaşam kalitesi kavramı çocuklara uyarlandığında ise çocuğun oyun oynama, okula devam etme, spor yapma gibi günlük yaşam aktivitelerinin, aile ve akranları ile etkileşiminin ve uyku ve beslenme durumunun etkilenmesi ön plandadır (74).

Astımlı çocuklar solunum güçlüğü atakları nedeniyle sık sık hastaneye getirilmekte ve bazen de hastaneye yatırılarak tedavi edilmeleri gerekmektedir. Bu durum çocukların okula devam etmelerini, oyun, eğlence ve spor aktivitelerini engellemenin yanı sıra, beslenme, uyku, hijyen gibi günlük gereksinimlerini gerçekleştirmelerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (28,81). Akut kriz dönemleri ya da hastalığın kronikleşmesi de gerek hasta çocuğun, gerek ailesinin ruhsal ve sosyal uyumunu önemli ölçüde etkileyebilmekte; bu etki tüm yaşam boyunca sürebilmektedir. Bu nedenle astım bulgularını tetikleyen faktörleri ve astım ataklarını kontrol altında tutarak çocuğun hastaneye yatış sıklığını azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek, astımlı çocuğun bakımının temel hedefleri arasındadır (46). Özkaya ve arkadaşlarının çalışmasında hastalık derecesinin artması, pasif sigara maruziyeti ve alerjik rinit öyküsünün, astımlı çocuk hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (72). Bozkurt ve arkadaşlarının (12) çalışmasında astım kontrolü ve yaşam kalitesi arasında yakın ilişki saptanırken, Gümüş'ün (42) çalışmasında steroid kullanımının, astım şiddetinin ve ailenin düşük sosyo-ekonomik durumunun astımlı çocukların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.

Astımlı çocuğun bakımında; yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik bütüncül bakımı vermek hemşirenin temel bakım ilkelerinden biridir. Astımlı çocukların uzun süreli bakımında hemşireler çocukların ve ailelerinin bu hastalıkla yaşamayı öğrenmelerinde önemli bir rol üstlenirler (100). Hemşire; astımlı çocuğun ve ailesinin hastalığına uyumuna yardım edilmesi, çocuk ve aileye öz bakımın öğretilmesi ve evde bakımın sürekliliğinin sağlanmasında kilit rodedir. Hemşireler astımlı çocukları ve ailelerini astım hastalığı ile ilgili eğiterek, hastalığın yönetimi konusunda sorumluluk almalarını destekleyerek, kronik bir hastalık olan astıma uyum sağlamalarına ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesine katkıda bulunabilirler (28).

1.2. Araştırmanın Amacı

Hemşirelik girişimlerinin değerlendirilmesi, bakımın kalitesinin karşılaştırılması ve geliştirilmesi amacıyla hemşirelik araştırmalarında yaşam kalitesi ölçeklendirmesi son yıllarda oldukça sık kullanılmaktadır(13). Bu noktadan hareketle bu çalışmada astım tanısı ile izlenen çocuklarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Astımlı çocuğun bazı sosyodemografik özellikleri ile çocuğun yaşam kalitesi ölçek puanları arasında fark var mıdır?

1.a.Yaş

1.b.Cinsiyet

1.c.Okula devam etme durumu

2. Astım hastalığının bazı özellikleri ile çocuğun yaşam kalitesi ölçek puanları arasında fark var mıdır?

2.a.Astım tanısından itibaren geçen süre

2.b.Hastalığın şiddeti

2.c.Son 6 ay içinde astım atağı geçirme durumu

2.d.Astımın günlük aktiviteleri etkileme durumu

2.e.Astım hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sıklığı

2.f.Sürekli kullanılan ilaç varlığı

2.g.İlaçların düzenli kullanımı

2.h.Çocuğun kendisini yaşlılarından farklı hissetme durumu

3. Astımlı çocuğun ebeveynlerinin bazı sosyodemografik özellikleri ile çocuğun yaşam kalitesi ölçek puanları arasında fark var mıdır?

3.a.Yaş

3.b.Medeni durumu

3.c.Eğitim durumu

3.d.Çalışma durumu

3.e.Yaşanılan yer

3.f.Evde yaşayan birey sayısı

3.g.Sigara kullanımı

3.h.Gelir düzeyi

3.i.Sosyal güvence durumu

3.i.Ailedeki çocuk sayısı

3.j. Astım hastalığı olan çocuk sayısı

3.k. Anne ya da babanın astım hastalığının olma durumu

4.Ebeveynlerin astım hastalığına yönelik bilgi durumları ile çocuğun yaşam kalitesi ölçek puanları arasında fark var mıdır?

5.Astımlı çocuklarda ev koşulları ile çocuğun yaşam kalitesi ölçek puanları arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Astım İle İlgili Kavramsal Bilgiler

Astım eski çağlardan beri bilinen, her yaşta başlayabilmekle birlikte çocuklukta en sık görülen ve hava yollarında uzun süreli, aşırı duyarlılığa neden olan kronik bir hastalıktır. Astım, bir alerjene duyarlılığa bağlı olarak alerjik nedenle ortaya çıkabileceği gibi etiyolojisinde herhangi bir spesifik allerjenin sorumlu olmadığı durumlar da vardır (34). Bu nedenle tanımı büyük ölçüde hastalık özelliklerini tanımlayıcı niteliktedir. Havayolu inflamasyonunun yol açtığı fonksiyonel değişikliklere göre yapılan astım tanımı şöyledir: *Astım hava yollarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Kronik inflamasyon, özellikle gece ya da sabahın erken saatlerinde meydana gelen tekrarlayıcı hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve öksürük ataklarına neden olan hava yolu aşırı duyarlılığı ile ilişkilidir. Bu ataklar kendiliğinden veya tedavi ile geri dönüşlü, değişken bir hava yolu obstrüksiyonu ile birlikte (89).* Hava yolu obstrüksiyonunu oluşturan en önemli üç faktör; bronşların daralması, mukoza ödemi ve mukus salgısının artışıdır (64).

Hava yolunda daralma ve bronşların düz kaslarında spazma çeşitli biyokimyasal ve mekanik faktörler katkıda bulunur. Havayolunun akut reaksiyonu sırasında antijen, mukozadaki mast hücreleri üzerinde bulunan spesifik immünglobülin E yüzeyine bağlanır ve yanıt olarak histamin salınır. İnflamatuvar hücrelerin yanıtından 6-9 saat sonra geç yanıt başlar ve havayolu inflamasyonu ile bronkospazm daha da artar. Düz kasların spazmı, havayolu açıklığını daraltır ve havayolu direncini önemli ölçüde artırır. Aniden gelişen solunum sıkıntısı (öksürük, wheezing ya da solunum zorluğu) astım atağı olarak belirtilir (88). Solunum yolları inflamasyonunun başlamasında Tip I hipersensitive reaksiyonlarının, mast hücreleri ve eozinofillerin; hastalığın kronikleşmesinde ise Tip IVa2 hipersensitive reaksiyonlarının, T lenfositleri ve epitel hücrelerin önemli rol oynadıkları bilinmektedir (4,71).

Bronş hiperaktivitesi nedeniyle astımlı hastaların; parfüm kokusu, yemek kokusu, sigara dumanı gibi nonspesifik uyarılarda da bulguları ortaya çıkar(92).

2.1.1. Çocuklarda Astım Epidemiyolojisi

Astım çocuklarda en sık görülen kronik hastalıklardan birisidir. Global Initiative for Asthma (GINA) 2016 raporuna göre dünya çapında astım görülme oranı %1-18'dir. Dünyada yaklaşık 300 milyon kişiyi etkilediği düşünülmektedir ve yılda yaklaşık 250.000 kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. 2025'te bu rakamın 400 milyon kişiye ulaşması beklenmektedir(18).Dünya Sağlık Örgütü tarafından astımdan dolayı dünyada yılda 15 milyon sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı kaybı olduğu bildirilmiş olup bu rakam dünyadaki tüm hastalıklara bağlı toplam kayıpların %1' ine karşılık gelmektedir. Global Asthma Network (GAN) 2014 yılı raporuna göre; 2011-2014 yılları arası dünyada astım tanısı almış hasta sayısının arttığına yönelik kesin bir kanıt yoktur. Rapora göre dünya çocuklarının %14'ünde astım belirtileri görülmektedir. Prevelans rakamlarının karşılaştırılmasında standardizasyonu sağlamak amacı ile çocuklar için "International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)" anketi, Amerikan Toraks Derneğinin uyarlanan anketi ve Aberg anket ve yöntemleri" anketi kullanılmıştır. Bu araştırma sonuçlarına göre astım prevalansının çocuklarda %2-15 arasında dağılım gösterdiği görülmektedir(89). Global Asthma Network (GAN) 2014 yılında 119 ülkeyi dahil ettiği raporunda 2025 yılı için hedefler belirlemiştir. GINA; inhaler kortikosteroid kullanan astımlı hasta oranını, astım nedeniyle okul ve işe gidememeyi, astım şiddetini, astım sebepli ölümleri, astım sebepli hastane yatışlarını, astımlı hasta sayısını azaltmayı hedeflemektedir(37).

Astım prevalansı ülkemizde şehirler ve bölgeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Genelde kıyı kesimleri, şehirler, büyük metropoller ve düşük sosyoekonomik yaşam koşullarında daha siktir. Astım, her yaşta

görülebılır. Ancak en sık 0-5 yaş arası çocuklarda görülmektedir. İlk 20 yaş içinde başlayan astım belirtileri genellikle alerjik nezle ile birlikte olmaktadır. Astım 10 yaş altında daha çok erkek çocuklarında görüldüğü halde, ileri yaşlarda kız çocuklarında 2/1 oranında daha sık görülmektedir (70). Ülkemizde yaklaşık her 100 çocuktan 13-15'inde görülmektedir.

2.1.2. Risk Faktörleri

Astım multifaktöriyel olarak ortaya çıkan bir hastalıktır. Çevresel ve kişiye özgü faktörler bu hastalığın ortaya çıkışında beraber rol alırlar. Astımın ortaya çıkmasında etkili risk faktörlerinin başında genetik faktörler gelir. Astım alevlenmesine yol açan faktörler ise genellikle çevresel olanlardır. Genetik ve çevresel risk faktörlerinin etkisi ile hava yollarında kronik inflamasyon gelişir. İnflamasyon ile birlikte; yapısal değişiklikler, bronş hiperaktivitesi ve havayolu obstrüksiyonu sonrası semptomlar ortaya çıkar (4,18).

2.1.2.1. Kişisel Faktörler

a) Genetik Yatkınlık

Genetik özellikler tek başına ele alındığında genel olarak astım görülme oranı %5-10 iken, anne veya babadan birinin astımlı oluşu durumunda bu oran %20-30'a yükselmekte, anne ve babanın her ikisinin astımlı olması durumunda ise %60-70 gibi oldukça yüksek rakamlara ulaşmaktadır.

Astım gelişiminde rol oynayan genetik değişiklikler dört temel alanda olmaktadır:

- a) Allerjene spesifik IgE yapısında antikor üretimi (atopi),
- b) Bronş duyarlılığında etkili olan genler,
- c) İnflamatuar mediatörlerin sentezini etkileyen genler (sitokinler, kemokinler ve büyüme faktörleri),

d) Th1 ve Th2 immün yanıt arasındaki dengenin belirlenmesi (hijyen hipotezi ile ilişkili olarak).

Atopi bireyin çevresel alerjenlerle teması halinde yüksek miktarda IgE antikoru yapması olarak tanımlanır. Atopi varlığı toplam veya spesifik IgE ölçümleri ve deri testi ile kanıtlanır ve bireyleri astıma yatkın kılan önemli bir özelliktir. Atopide rolü olan çevresel aeroalerjenlerin başlıcaları ev akarları, polenler, küf mantarları, evcil hayvanlar, hamamböceğinden kaynaklanmaktadır. Kişinin atopik oluşu astım gelişimi için önemli bir risk faktörüdür(19,55,103).

Bronş aşırı duyarlılığı, hava yollarının provoke edici faktörlere karşı aşırı daralma ile yanıt vermesidir. Asemptomatik olup, bronş aşırı duyarlılığı olan bireyler vardır. Her bronş hiperaktivitesi olan bireyde astım gelişmemekle birlikte bronş hiperaktivitesi pozitif kişiler ilerde astım gelişimi için önemli risk taşırlar (19).

b) Cinsiyet

Astım küçük yaşlarda erkek çocuklarda daha sık görülür. Bu durum erkeklerde puberte öncesi hava yollarının çapının daha dar oluşu ile açıklanmaktadır. Puberte sonrası astım prevalansı kız ve erkek çocuklarda eşitlenir. Erişkin yaşta ise astım kadınlarda daha sıktır(89).

c) Obezite

Astım vücut kitle indeksi >30 kg/m² olanlarda daha sıklıkla gözlenmektedir ve daha güç kontrol edilmektedir. Obezitenin genetik, hormonal ve nörojenik etkilerine ek olarak akciğer mekaniği üzerinden solunum fonksiyonlarını etkilediği, pro-inflamatuar sitokinlerin salınımına neden olduğu düşünülmektedir. Buna bağlı olarak obez astımlılar düşük ekspiratuar rezerv volumüne ve artmış havayolu düz kas plastisitesine sahiptir(9,50,89).

2.1.2.2. Çevresel Faktörler

a) Allerjen Maruziyeti

Allerjen teması ve çocuklardaki duyarlanma arasındaki ilişkinin allerjene, dozuna, maruziyet dönemine, çocuğun yaşına ve genetik faktörlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Allerjenler spesifik ve nonspesifik olarak ikiye ayrılırlar. Spesifik allerjenler polenler, mantar sporları, ev tozu akarları, hamamböceği, kedi-köpek, besin allerjenleri, mesleki alerjenler olarak ele alınırken; nonspesifik allerjenler enfeksiyonlar, hormonal etkenler, emosyonel faktörler, parfümler, bazı ilaçlar (ağrı kesiciler ve beta blokerler), nemli ortam, kokular, egzersiz, hava kirliliği ve sigara maruziyeti olarak tanımlanmıştır(19,69).

Astımın en önemli etkenlerinden biri olan toz akarları; elyaf tozları, polen, mantar sporları, gıda artıkları, hayvan tüy ve deri döküntülerinin birlikte bulunması olarak tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalarda;ev tozu akar allerjenlerinin astım gelişimi için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (2). Hamam böceğinin feçesi, salyası, yumurtaları ya da deri döküntülerinin astım ataklarını tetiklediği bilinmektedir. Hamamböceğinin alerjik sensitizasyon için önemli bir neden olduğu gösterilmiştir(93).

Polenler dış ortamda astımdan sorumlu başlıca alerjenlerdir. Polen alerjisi kaynağına göre çim, ağaç ve yabani ot olarak ayrılmıştır. Polenlerin mevsimsel özellik göstermesi, bu duyarlılığı gösteren olgularda mevsimsel yakınmaların oluşmasına neden olur. Polen mevsiminin sona ermesi ile birlikte çoğu olgunun yakınmaları da ortadan kalkar (76).

Kedi, köpek, kuş gibi tüylü evcil hayvanların tüy ve deri döküntüleri de önemli allerjenlerdendir. Erken çocukluk dönemindeki kedi-köpek maruziyetinin ilerde alerjik sensitizasyon ve astım gelişimine karşı koruyucu olabileceği ile ilgili iki ana görüş bulunmaktadır. Bunlardan ilki; kedi-köpeğin tüyünde bulunan endotoksinin Th1 tipi immün yanıtı neden olarak koruyucu

etki oluşturduğu Őeklinededir. Diğer g6r6Őe g6re fazla miktarda kedi-k6peğin allerjeni maruziyeti IgE tipi değil, koruyucu IgE4 oluşturarak imm6n toleransa dolayısı ile yanıtıszlığa neden olmaktadır. Son yıllarda 6zellikle 7alıŐma pop6lasyonlarının 6zellikleri ve 7alıŐma tipleri ele alındığında yeni bir g6r6Ő g6ndeme gelmiŐtir. Bu g6r6Őe g6re; alerjik aileler, 7ocuklarını korumak adına yanlı olarak evde hayvan bulundurmamakta ve bu da araŐtırmaların sonu7larında yanlı pozitif olarak bu durumun koruyucu bir etki oluşturduğu Şeklinde ortaya 7ıkmaktadır (83).

b) Solunum Yolu İnfeksiyonları

Doğrudan astıma neden olmayan ancak genetik ve 7evresel risk fakt6rlerini taşıyan kiŐilerde astımın ortaya 7ıkmasını kolaylaŐtıran fakt6rlerden biri solunum yolu enfeksiyonlarıdır. 6zellikle ilkbahar, sonbahar ve kiŐ mevsimlerinde viral enfeksiyonlar astım atağını en sık tetikleyen fakt6rd6r. Roldan ve Mansural (2002) 9-15 yaŐlarındaki 32 atopik astımlı 7ocuğu 3-36 ay s6reyle izlemiŐler ve ortaya 7ıkan astım krizlerinin %54'6n6n viral enfeksiyonlara bağlı olduğunu g6stermiŐlerdir(82). 6te yandan; hayatın ilk yıllarında sık 6st solunum yolu enfeksiyonu ge7irilmesini ilerde astıma karşı koruyucu bir fakt6r olarak g6ren 7alıŐmalar da vardır (45, 86).

c) Sigara Maruziyeti

Sigara kullanımı ya da dumanına maruziyet astımlılarda akciğer fonksiyonlarındaki bozulmanın Őiddetlenmesi, astım bulguları ve ağırlığında artıŐa yol a7maktadır. Epidemiyolojik ve aile 7alıŐmalarında, astıma yatkınlık oluşturan genlerin, yaşamın erken d6nemlerindeki 7evresel sigara dumanı maruziyetinden etkilendiği g6sterilmiŐtir (36,62). Annesi sigara i7en bebeklerin kordon kanında IgE d6zeylerinin y6ksek olduğunu ve bu bebeklerde alerjik hastalık riskinin artmış olduğunu belirlemiştir.

d) Hava Kirliliği Maruziyeti

İç ortamdaki kirlilik etkenleri NO, Nitrojen oksid, CO, CO₂, SO₂, formaldehid olup; kaynakları, kömür, gazyağı, doğal gaz sobaları, fırınlar, ocaklar ve şöminelerdir. Dış ortamda SO₂ endüstriyel kirlenmeden sorumlu iken, ozon ve nitrojen oksid foto-kimyasal kirlenmeden sorumludur. Hava kirliliğini yaratan faktörlerin IgE yapımını arttırdığı, epitelde morfolojik veya fonksiyonel değişikliklere yol açtığı ve allerjenisiteyi arttırdığı gözlenmiştir. Astım alevlenmeleri ve astıma bağlı hastane başvuruları ile hava kirliliği düzeylerindeki artışlar arasında ilişki olduğu birçok çalışmada gözlenmiştir (6, 39, 87).

e) Diyet

Birçok yiyeceğin ve içeceğin astım krizine neden olması mümkündür; ama bu durumun gerçek prevalansı belli değildir. Besin alerjileri daha çok çocukluk ve bebeklik yaşlarında astım etkeni olabilmektedir. Alerji yaptığı belirlenen besin allerjenleri, yumurta, yer fıstığı, süt, balık, kabuklu deniz ürünleri ve buğdaydır. Bebeklik döneminde en az dört ay süre ile anne sütü içiminin ileri yaşlarda astım gelişimine karşı koruyucu olduğu düşünölmektedir (53).

f) Evle İlgili Özellikler

Ev içerisindeki başlıca allerjenler mantar küfleri, sigara dumanı, toz akarları, hayvan döküntüleri, bakteriyel endotoksinler ve böceklerdir(15). Evlerdeki nem düzeyinin allejen miktarları üzerinde büyük bir etkisi olduğu bilinmektedir. Bir evin nemli kabul edilebilmesi için mutlak nemin 7g/kg'dan, rölatif nemin ise %45'ten fazla olması gerekir. Akarlar bu değerlerin altında yaşamlarını sürdüremezler(61). Evin havalandırılma durumu nemliliği yakından etkileyen bir faktördür. Saatte 0.5 hava değişimi (ach) olan evlerde nem azalır. Odun ve kömür sobası kullanılan evlerdeki çocuklarda astım prevalansı artmaktadır.

2. 1.3. Astımda Tanı

Astım tanısı konulması ve duyarlılığın değerlendirilmesinde solunum fonksiyon testleri, deri testleri, immünglobülin E düzeyi, akciğer grafisi ve bronşiyal provakasyon testlerinden yararlanır. Astımda görülen tipik semptomlar öksürük, balgam, wheezing, nefes darlığı ve göğüste sıkışma hissidir. Tipik semptomların varlığında anamnez tanıda önemli standarttır. Ancak her hastada astım yakınmalarının tipik olmaması nedeniyle bazı yardımcı tanısal testler kullanılmaktadır. Solunum fonksiyon testi (SFT) 6 yaşın üzerindeki hastalarda astım tanısının konulması ve tedavinin izlenmesinde objektif sonuçlar verir. Solunum fonksiyonunun ölçümü sırasında 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm ile birlikte zorlu vital kapasitenin ölçümü ve zirve akım hızı değerlendirilmelidir. Zirve akım hızı (PEF) izlemi PEF metre ile yapılır ve 5 yaşın üzerindeki çocuklarda mutlaka izlenmelidir (64).

Akciğer grafisi hastaya ilk tanı konulduğunda çekilir ve kontrollerde tekrarlanmaz. Bronş provakasyon testleri astım için duyarlıdır fakat özgül değildir. Yani testin pozitif olması hastanın her zaman astım olduğu anlamına gelmez. Balgam ve periferik kan testlerinde eozinofillerin sayısında artış görülür. Deri testleri ve serum immünglobülin E düzeyleri atopi tanısında kullanılır(39, 64).

2.1.4. Astım Tedavisi

Astım tedavisinde kullanılan iki temel grup ilaç vardır. Bunlar; inflamasyonu kontrol eden ve düzenli kullanılması gereken kontrol ediciler (antiinflamatuvar ilaçlar) ile hastanın sadece yakınması olduğunda kullanması gereken ve semptom giderici ilaç olarak adlandırılan ilaç grubudur. Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar değişik yollarla (inhaler, oral, parenteral) verilebilir. Fakat çoğunlukla kullanılanı inhalasyon yöntemidir. Böylece ilaçlar doğrudan akciğerlere ulaşmakta ve ilaçların sistemik yan etkisi minimumda tutulmaktadır. İnhalasyon yoluyla verilen ilaçlar; ölçülü doz içeren sprey, diskus, turbohaler, inhalasyon kapsülü, diskhaler şeklindedir. Farklı cihazların

hasta için uygunluğuna karar vermede hastanın yaşı, eğitim durumu, hastalığın şiddeti, hastanın cihazı kullanabilme durumu gibi faktörler önemlidir (35,39).

2.1.5. Astımda Koruyucu Tedavi

Çocukluk döneminde astım tedavisinin en önde gelen ve en önemli amaçlarından biri astımın ortaya çıkmasını önlemek olmalıdır. Birincil korunma henüz astım gelişmemiş, ancak aile öyküsü nedeni ile risk taşıyan bir çocukta astım gelişmesini önlemek için yapılan uygulamalardır. Birincil koruma kapsamında astım gelişimini engelleme ile ilişkili bulunan faktörler; annenin gebelikte sigara içiminin ve erken çocukluk döneminde sigara içiminin önlenmesi ile annenin bebeğini en az altı ay anne sütü ile beslemesidir. İkincil korunma astımın klinik bulgularının yerleştii bir kişide bulguların ortaya çıkışını engellemek için yapılan uygulamalardır. Bu kapsamda; nonspesifik tetikleyicilerden (sigara dumanı, solunum yolu enfeksiyonu, hava kirliliği, keskin kokular, parfümler, bazı ilaçlar) kaçınma, allerjen (ev tozu akarı, hamamböceği, kedi/köpek, polen, küf mantarları, lateks) profilaksisi yer alır. Astımdan korunmaya yönelik öncelikli yapılması gereken; belirtilen birincil ve ikincil korunma yolları hakkında hasta ve yakınlarına eğitim verilmesidir (64).

Astımlı hastanın aktif ve pasif sigara içiciliğinden ve iç ortam ile dış ortam kirliliğinden kaçınması gerekir. Solunum yolu enfeksiyonlarının astımı tetiklemesini engellemek amaçlı hastalara her yıl Eylül ve Ekim ayında grip aşısı önerilmelidir. Hava kirliliği olan yerlerde mümkün olduğunca bulunmamaları, zorunlu iseler maske kullanmaları gerektiği belirtilmelidir.

Astımlı olgular için çok soğuk ve kirli havalarda olmamak kaydı ile yürüyüş, hafif koşu, bisiklet ve yüzme sporları ile polen miktarının atmosferde yoğun olduğu saatlerde (10:00-16:00) dışarıya çıkılmaması ve pencerelerin kapalı tutulması önerilir.

Kömür ve odun sobası ile ısınmak yerine merkezi sistem ısınma biçimini kullanmaları gerekir. Ev tozu akarları her türlü kumaş türünde yaşayabilirler. Yatak takımları haftada en az bir kez değiştirilmeli ve 55-60 °C'de yıkanmalıdır. Kullanılan yatak, yastık ve yorgan yün, kaz tüyü veya kuştüyü olmamalı, mümkünse akar geçirmeyen tıbbi özel kılıflarla kaplanmalıdır. Nemi azaltmak için oda sık sık havalandırılmalıdır. Halı mümkünse kaldırılmalı; kaldırılamıyorsa boydan boya yün halı yerine küçük ince bir kilim kullanılmalıdır. Kitap, biblo, oyuncak gibi eşyalar kapalı dolaplarda muhafaza edilmelidir. Akarların yoğun olarak yaşadığı peluş ve tüylü oyuncaklar uzaklaştırılmalıdır.

Evde ve özellikle yatak odasında evcil hayvan bulundurmamaya özen gösterilmelidir. Haftada en az bir kez yüksek vakumlu veya HEPA filtreli bir elektrik süpürgesi ile tüm oda temizlenmeli, temizlik sırasında allerjik birey odada bulunmamalı, temizlik sonrası hafif nemli bir bezle eşyaların tozu alınmalıdır (19,89,90,97).

2.2. Astımlı Çocuk ve Yaşam Kalitesi

2.2.1. Yaşam Kalitesi Tanımı

Yaşam kalitesi kavramının tarihi gerek sosyolojik, gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluğun doğasına ve "iyi bir yaşam" için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir. Aristo'dan bu yana yaşamın temel amacı; en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmak şeklinde görülmektedir. Bu hedefe ulaşan bireyin, en yüksek düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğu kabul edilir (11,65).

Yaşam kalitesi 1960'lı yıllarda, Amerika Birleşik Devletleri'nde politik tartışmalardan kaynağını alan, öncelikle ekonomi alanında kullanılan ve 1960'lı yıllarla birlikte de tıp alanında kullanımı yaygınlaşmaya başlayan bir kavramdır. Yaşam kalitesi ifadesi, tıp literatüründe ilk olarak Long'un 1960

yılında yayımladığı "On the Quantity and Quality of Life" isimli makalesinde geçmektedir (56). Yaşam kalitesi kavramı 1980'li yıllardan başlayarak da hemşirelik alanında kullanılmaya başlanmıştır.

Kaliteli bir yaşam için herhangi bir kriter yoktur, bu nedenle yaşam kalitesi kavramı soyuttur, çok yönlü özellikler taşımaktadır, görecelidir, ölçülmesi zordur. Bu nedenlerle yaşam kalitesinin birçok farklı tanımları vardır. Atik ve arkadaşlarının (2014) belirttiği gibi Shinand Johnson (1978)'a göre yaşam kalitesi; bireyin isteklerini gerçekleştirme, etkinliklere katılması, kişisel gelişim olanaklarından yararlanma, nitelikleri bakımından yeterli kaynaklara sahip olması ve bu kaynakların sosyal karşılaştırmalar yoluyla yeterli bulunmasıdır. Bu nedenle yaşam kalitesi değerlendirilirken bireye kendi yaşamı ile ilgili ne hissettiği sorulmakta ve bireyin tüm özellikleriyle bir bütün olarak ele alınması amaçlanmaktadır. DSÖ'nün Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu yaşam kalitesini; bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlamaktadır (31). Bekir ve arkadaşlarının (2013) belirttiğine göre Melson yaşam kalitesi kavramını; geleceğe ilişkin umut, yeterli gıda, giyecek, barınma koşulları, gelir düzeyi, işle ilgili beklentilerin karşılanması, anne ve çocuk sağlığı, aile refahı ve toplumsal refahı içermesi olarak görmektedir. Tanrıöver ve Akan (2014) ise yaşam kalitesini, kişinin duygusal, sosyal ve fiziksel iyilik halini ve günlük yaşamdaki işlevselliğini sürdürebilmesine dayanan bir kavram olarak tanımlamışlardır. Bireyin yaşam beklentilerinin karşılanma düzeyi bireyin yaşama uyumunu olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. Bu uyum sürecini başarabilen kişiler, zor yaşam koşullarında da geçerli bir yaşam kalitesi sürdürebilmektedir.

Yaşam kalitesi kavramı olarak, "sağlıklı olmak, bağımsız olmak, bedensel aktiflik, huzur ve mutluluk içinde olmak, ekonomik bağımsızlık ve özgürce dinlenebilmek" olarak algılanmaktadır (20). Genel olarak "bireysel iyi oluş" anlamına gelen yaşam kalitesinin farklı tanımları arasındaki ortak nokta bu kavramın bireyin mutluluğu ve doyumunu ile ilişkili olduğudur.

Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyoekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir. Yaşam kalitesi çok yönlüdür. Fiziksel ve sosyal iyilik, psikososyal uyum, inançlar ve değerler, yaşam kalitesinin boyutlarını oluşturmaktadır (8).

2.2.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

Yaşam kalitesi çok geniş bir kavram olup, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevresindeki önemli özelliklerden etkilenmektedir.

Psikolojik / Emosyonel Durum: Bireyin yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otonomi, dinlenme, bir iş tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi duygularından oluşmaktadır.

Fiziksel Durum: Bireyde fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, cinsellik, güçlülük, yorgunluk, sağlık - hastalık görüşü ile tanı ve tedavinin sonucundan oluşmaktadır.

Sosyal ve Bireysel Durum: Bireysel fonksiyon, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumları içermektedir.

Finansal ve Maddi Durum: Bireyin mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi gibi durumlarını içermektedir.

Sağlıkla Doğrudan İlgili Olmayan Yaşam Kalitesi: Kişinin, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi

amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısını kapsamaktadır. 4 alanda değerlendirilmektedir.

1- Kişisel içsel alan; bireyin değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma durumlarını içerir.

2- Kişisel sosyal alan; bireyin aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar gibi durumlarını içerir.

3- Dışsal doğal çevre alanı; bireyin yaşadığı çevredeki hava, su kalitesi gibi durumları içerir.

4- Dışsal toplumsal çevre alanı, bireyin yaşadığı toplumdaki kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanakları içerir (20).

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SİYK) bir bütün olarak yaşam kalitesinin ve onun belirleyicilerinin, gerek bedensel gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıkça gösterilmiş olan yönlerini içerir (29). SİYK bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu nedenle bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkilidir (65). Yaşam kalitesi gibi sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı da yıllardır farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. Bir tanımda SİYK bir bireyin ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısı olarak ele alınmaktadır (29). Bir diğer görüşe göre SİYK; sağlık girişimlerinin başarısı, hastalığın yol açtığı halsizlik, ağrı ve yeti yitiminin bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu göz önünde bulundurularak değerlendirilmesidir. Bunun yanı sıra sağlık profesyonellerinin başarısı ya da başarısızlığının hastaların kendileri tarafından değerlendirilmesi de bu tanım içerisinde yer alır (20). Tanımlar arasında farklılıklar olsa da farklı olmayan nokta sağlığın yaşam kalitesini etkilediğidir.

2.2.3. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Bireyin yaşam kalitesini ölçmek; hastaların tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini belirleyebilmek, tıbbi girişimlerin etkinliğini ve yan etkilerini

değerlendirebilmek, sağlık politikalarına yön verebilmek ve tıbbi araştırmaların yapılabilmesi için önemlidir (42). Yaşam kalitesi kavramı sayılarla gösterilebilen ifadeleri değil, kişinin tanımladığı sayısal olmayan öznel ifadeleri içermektedir. Sonuçlarının kullanılabilmesi açısından, yaşam kalitesinin de ölçülebilmesi gereklidir (20,40,42,94,99).

Yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilen ölçekler bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini derecelendirmektedir. Yaşam kalitesi ölçekleri ile yaşam kalitesi kavramı standardize edilmekte ve verilerin karşılaştırılabilir olması sağlanmaktadır (24). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçen bazı ölçekler belirtileri ya da klinik durumu sorgularken, bazıları kişinin işlevsel becerisini, psikososyal iyilik halini, sosyal destek durumunu ve yaşamdan memnuniyetini değerlendirmektedir. Bu değerlendirmeler bireye uygun girişimlerin seçilmesi, yatış süresi ve tedavi maliyetinin düşürülmesi, hasta ve hasta yakınlarının üretkenliğinin artırılıp iş gücüne kazandırılması, yeni sağlık politikalarının planlanması gibi farklı amaçlarla kullanılabilir (42).

Çocuklarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı ilk olarak Herndon ve arkadaşlarının 1986 yılında yanıklı çocuklarla yaptıkları fiziksel işlevsellik, psikososyal uyum, yanık izi derecesi değerlendirmeleriyle ortaya çıkmıştır. Çocuklarda yaşam kalitesi değerlendirirken fiziksel işlevselliği değerlendirebilmek için yemek yiyebilme, kendi başına tuvalete gidebilme, banyo yapabilme, ufak gündelik işleri yerine getirebilme ve oyun oynama gibi aktiviteleri değerlendirme; sosyal işlevsellik değerlendirilirken arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi önemli bir yer tutmaktadır (40,42,94,99).

Çocuk ve ergenlerde kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri genel olarak değerlendirildiğinde genel iyilik halini ölçenler ve belirli bir hastalık için geliştirilmiş olanlar olmak üzere iki farklı grupta toplandığı görülmektedir. Genel yaşam kalitesi ölçekleri hem hastalığı olan hem de sağlıklı çocuk ve ergenlerde kullanılabilir, bu nedenle hastalığı olan ve sağlıklı grup

karşılaştırmalarında geniş örneklemlere uygulanabilmektedir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri yalnızca geliştirilmiş olduğu hastalığın değerlendirilmesinde geçerlidir. Bu ölçekler farklı tedavi yöntemlerinin karşılaştırılmasında, tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesinde ve değişik tedavilerin etkinlik ve yan etkilerinin karşılaştırılmasında uygundur (60).

Çocukların gelişim düzeylerine bağlı olarak verecekleri yanıtlar farklı olacağı, verdikleri yanıtların güvenilir olamayacağı, kısa dönemli düşünebilmeleri, dil ve okuma ile ilgili sorunlar yaşanabileceği için farklı yaş gruplarına yönelik farklı yaşam kalitesi ölçeklerinin geliştirilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Yaşam kalitesi ölçeklerinin ergenlere ve çocuklara göre dil ve bilişsel yetiler açısından düzenlenip, madde ya da yanıt seçeneği sayısının azaltılması, sözcük seçiminde basit sözcüklerin seçilmesi, sorgulanan sürenin azaltılması, sorgulanan yaşam alanlarının değiştirilmesi gerekmektedir. Çocuklarda kullanılmak üzere geliştirilecek olan ölçeklerin görsel bileşenli ve likert tipi ölçekler olması, sekiz yaş ve altındaki çocukların soru formlarında görsel uyaran bulunması önerilmektedir. Kendi yaşam kalitesini değerlendiremeyen çocukların ebeveynlerinin yanıtları temel alınmaktadır ancak ebeveynler; çocuklarının olumlu yönlerine olan yatkınlıkları nedeni ile akran ilişkilerini değerlendirmede yetersiz oldukları, eski deneyimleri, beklentileri ve görüşleri nedeniyle çocuklarını değerlendirmede çoğu zaman objektif olamamaktadırlar(40,42,94,99).

2.2.4.Kronik Bir Hastalık Olan Astımın Çocuklarda Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Kronik hastalık "normalden sapma ya da bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, kendiliğinden gerilemesi ve tamamen iyileşmesi mümkün olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum" olarak tanımlanmaktadır (20,23,88).Bir diğer tanıma göre kronik hastalık biyolojik, psikolojik ya da

bilişsel nedenlerle ortaya çıkan; en az bir yılda sonlanması beklenen; fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal büyüme gelişmede sağlıklı akranlara göre fonksiyon, aktivite ya da sosyal rollerde sınırlılıklara neden olan; ilaçlara, özel bir diyetle, tıbbi teknoloji ya da yardımcı araçlara bağımlı kılan; sürekli tedavi ve izlem gerektiren hastalıklardır (23,68,88).

Kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerine etkisi çok belirgindir. Yaşam kalitesi kavramı olarak, "sağlıklı olmak, bağımsız olmak, bedensel aktiflik, huzur ve mutluluk içinde olmak, ekonomik bağımsızlık ve özgürce dinlenebilmek" olarak algılanmaktadır. Oysa kronik hastalıklar, kronik işlev yitimi ile birlikte (20). Kronik hastalıklarda bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapamaması, öz bakım güçlükleri, hastaneye tekrarlı yatışlar, ilaçların yan etkileri ya da tıbbi bir cihaza bağlı olma gibi faktörler hastaların fiziksel ve psikolojik iyilik halinde bozulmalara yol açabilmektedir. Duralp ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin, yürümeyi, koşmayı, spor ya da egzersiz yapmayı, kendi başına banyo yapmayı, günlük işleri yerine getirmeyi, acı ve ağrının varlığını içeren fiziksel sağlık alt boyutuna ait puan ortalamalarının sağlıklı çocuklardan anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (23).

Yaşam kalitesine ilginin son yıllarda artmasının bir nedeni; teknolojik gelişmelere paralel olarak sağlık alanında da önemli ilerlemelerin kaydedilmesidir. Buna bağlı olarak kronik hastalıklar ile birlikte yaşama süresi uzamış ve yaşam kalitesi ön plana çıkmıştır (14). Kronik hastalığın çocukta yarattığı psikolojik ve sosyal sorunlar çocuğa, aileye, hastalığın tipine, sosyal çevreye ve aldığı tıbbi bakıma göre değişmektedir. Astım çocuklar arasında en sık görülen kronik hastalıklar arasında yer almaktadır. Konu ile ilgili yapılmış olan çalışmaların sonuçları astımın çocukların günlük yaşamlarını etkilediğini, aktivitelerini kısıtladığını ve duyguları üzerine de olumsuz etkilerinin olduğunu göstermektedir. Özkaya ve arkadaşları da 150 çocuk ile yaptığı çalışmada astımlı çocukların yaşam kalitesi skorlarının düşük olduğunu belirtmiştir (72). Astımlı çocuklar zaman zaman suçluluk, yalnızlık,

korku, anksiyete ve hayal kırıklığı gibi duygular yaşayabilmektedirler. Hastalık nedeniyle okul yaşamları, günlük yaşamları ve özellikle spor aktiviteleri engellenebilmektedir (77). Astımın klinik olarak en önemli bulguları olan nefes darlığı, öksürük, hışıltılı solunum, sigara dumanı ya da benzeri çevresel irritanlardan etkilenme, hava durumu değişiklikleri, viral enfeksiyonlarda geçirilen ataklar, uyku bozukluğu ve tedavi uygulamalarının oluşturduğu yan etkiler astımlı çocuğun yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli nedenlerdir (21). Astım hastalarının özellikle yılın üç ayında (ocak, mayıs, eylül) solunum yolları hastalıkları, alerjiye yol açan maddeler (ev içi ve ev dışı) ve ozon, karbon monoksit gibi çevreyi kirleten maddeler nedeniyle yüksek risk altında oldukları belirtilmektedir. Kışın hava kirliliğinin artması, solunum yolu enfeksiyonlarının daha fazla olması, ilkbaharda ise polenlerin artması nedeniyle astım belirtileri artmaktadır. Astımlı çocukların günlük yaşamı, bu nedenlerle zaman zaman ortaya çıkan öksürük ve nefes darlığı gibi bulgulara bağlı olumsuz şekilde etkilenmektedir. Bunun yanı sıra astımlı çocukların sportif aktivitelere katılımları çoğu zaman aileleri tarafından engellenmekte ve koşup oynamalarına, okulda beden eğitimi derslerine katılmalarına izin verilmemektedir. Hastalığın bulgularının artması nedeniyle özellikle kış aylarında okul devamsızlığı ortaya çıkmaktadır. Gerek hastalık nedeniyle okul devamsızlığı, gerekse zaman zaman hastaneye yatma gereksinimi sonucunda astımlı çocuklarda okul başarısızlığının görülebildiği de bildirilmektedir. Bu etkenler göz önünde bulundurulduğunda astım tanısı almış çocuklara tedavi aşamasında bütüncül olarak yaklaşılması ve yaşam kalitesinin değerlendirilip göz önünde bulundurulması gerekliliği ortaya çıkmaktadır(48).

2.2.5. Astımlı Çocuğun Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Hemşirenin Rolü

Günümüzde sağlıklı yaşam isteğinin artması, sağlık başta olmak üzere her alandaki gelişmeler nedeniyle yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıklarda kaliteli bir yaşamın sürdürülmesi beklentisini doğurmuştur (40,

42). Düşük yaşam kalitesine sahip olan erişkin bireylerin çocukluk dönemlerinde daha fazla yaşam kalitesi sorunu yaşadıkları ve yaşam kalitesine erken yaşlarda odaklanmanın, erişkin yaşlardaki yaşam kalitesi sorunları üzerinde azaltıcı etkisinin olduğu bilinmektedir (25). Bu nedenle özellikle kronik hastalığı olan çocuklarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek sorunların erken dönemlerde belirlenerek çocuğun güçlendirilmesi önem kazanmaktadır.

Astım yönetimi; astımlı çocukların ve ailelerinin astım belirtilerinin gelişmesini önleyerek, günlük yaşam aktivitelerini kaliteli bir şekilde sürdürebilmelerini sağlamaktadır (28,42).

Kaliteli bir yaşam için astım hastalığı olan çocuğa ve ebeveynlere astım nedeni, hastalığı başlatan uyaranlar, akut atakların nasıl önlenebileceği, astım belirtileri ve tedavisi, bakım ilkeleri ve izlemlerin nasıl yapılacağı öğretilerek hastalık yönetimini kendilerinin yapması sağlanmaktadır.

Astımlı çocuğun yaşam kalitesinin yükseltilmesinde hemşirenin temel amacı; çocuğun ve ebeveynlerin kendine bakım yeteneklerini geliştirme, uzun süreli bakım uygulamalarında yeterli olana kadar onlara yardım etme, evdeki bakımlarını sürekli izleyerek onlara destek olma ve çocuk ile ilgili gereksiz kısıtlamaları önlemeyi içermektedir. Böylece çocuğun hastanede yatış sayısı ya da hastanede kalış süresinin azaltılması hedeflenmektedir (28).

Astımlı çocuğa yaklaşımda aile merkezli bakım esas alınmalıdır. Ebeveynlerin çocukların bakımına katılımının desteklenmesi ve çocuklarının bakımında bilirkişi durumuna getirilmeleri öncelikli yaklaşımdır (46).Çocuk sağlığı hemşiresi astım yönetimi becerilerini öğretirken gelecekte çocuğun karşılaşabileceği sorunlara ilişkin de ebeveynlere rehberlik yapmalıdır.

Hastaneye astım atağı ile gelen endişeli ve huzursuz çocuklar; sessiz, sakın ve alerjenlerden uzak bir odaya alınmalı, çocuğun solunum güçlüğünün derecesini belirlemek için gözlem yapılmalı ve değişiklikler kayıt edilmelidir.

Hastalığın durumu, çocuğun astımı başlatan alerjenlerden nasıl uzak kalacağı ve astım krizlerinin yönetimi hakkında açıklama yapılmalıdır. Astımı başlatan uyaranlar belirlendikten sonra ev ve okul çevresini nasıl düzenleyecekleri hakkında bilgi verilmelidir. Astım belirtileri nedeniyle okuldan ve arkadaşlarından geri kalan çocuklarda hastalığa bağlı oluşabilecek stres kontrol altına alınmalı ve aile bu konu hakkında bilgilendirilmelidir. Gerek hastalığa bağlı gerekse ailenin koruma içgüdüğü nedeniyle çocuklar faaliyet kısıtlamaları yaşayabilmektedir. Çocuğun astım derecesi ve astımı başlatan uyaranları göz önünde bulundurularak yapabileceği aktiviteler belirlenmeli, aile ve çocuk bu konuda teşvik edilmelidir (42).

Çocuklarda hastalığın getirdiği öfke, kaygı, depresyon gibi duygular tedavi sürecini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Diğer taraftan çocukların geliştirdiği sağlıklı başa çıkma stillerinin stresli yaşantılara karşı tampon etkisi gördüğü ve sonuç olarak psikolojik iyi oluşu desteklediği kabul edilmektedir. Özbay ve İlhan'ın (2013) belirttiğine göre Marsac, Funk ve Nelson'un astım hastalığı olan çocukları ve ebeveynlerini kapsayan çalışmalarında kaçınmacı başa çıkma stilinin her iki katılımcı grubunda da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Bu nedenle uzun süreli hastalığın oluşturduğu stres, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz duygularla başa çıkabilmek ve yaşam kalitesini artırmak için aktif baş etme stillerinin daha fazla kullanılması gereklidir (68). Kronik hastalığı olan çocukların buldukları durumu olumlu yönde algılamalarına yardımcı olabilecek ve onların yaşam kalitelerini destekleyecek/geliştirecek sanat terapisi, oyun terapisi ve filial terapinin (çocuk merkezli oyun terapi becerilerinin ebeveynlere öğretilmesi), çocuklarda kronik hastalıklar arasında önemli bir yer tutan astımda da yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunacağı söylenebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma astım tanısı ile izlenen çocuklarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları polikliniği ve Çocuk Allerji-İmmünoloji polikliniğinde 28 Mart-28 Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Her iki poliklinikte de astım tanısı almış çocuk hasta takibi yapılmaktadır. Çocuk Göğüs Hastalıkları polikliniği Çarşamba günü hariç hafta içi her gün ve Çocuk Allerji-İmmünoloji polikliniği hafta içi her gün saat 08:00-16:00 arası hasta kabulü yapmaktadır. Çocuk Göğüs Hastalıkları polikliniğinde üç ve Çocuk Allerji-İmmünoloji polikliniğinde ise toplam dört oda bulunmaktadır. Poliklinik odalarında hekimler görev yapmakta olup hemşire bulunmamaktadır. Poliklinikte hekim yanına girmeden hasta yakınına hasta dosyasını veren ve solunum fonksiyon testini yapan bir teknisyen bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 28 Mart – 28 Mayıs 2016 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları ve Çocuk Allerji-İmmünoloji polikliniğine başvuran ve astım tanısı ile izlenen çocuklar oluşturmuştur. Örneklem seçim kriterleri; çocuğun 7-17 yaş grubunda olması, astım tanısından itibaren en az 3 ay geçmiş olması (26), çocuk ve anne/babanın iletişim engelinin bulunmaması ve çocuğun başka bir kronik hastalığının olmaması olarak belirlenmiştir.

Belirlenmiş olan örneklem seçim kriterleri doğrultusunda her iki polikliniğe 28 Mart-28 Mayıs 2016 tarihleri arasında toplam 467 astımlı çocuk

hasta başvurmuştur. Amaçlı örneklemin ele alındığı bu çalışmada, haftanın farklı günlerinde veriler toplanmıştır. Örneklem seçim kriterlerine uygun olmayan hastalar çalışma dışı bırakılmış olup 467 astımlı çocuktan, ulaşılabilen 103 çocuk örnekleme dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni, astımlı çocuk yaşam kalitesi ölçek puanıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; ailenin sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, evde yaşayan birey sayısı, sigara kullanımı, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, ailedeki çocuk sayısı, astım hastalığı olan çocuk sayısı, anne ya da babanın astım hastalığının olma durumu), çocuğun sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, okula devam etme durumu), astım tanısından itibaren geçen süre, hastalığın şiddeti, son altı ay içinde astım atağı geçirme durumu, astımın günlük aktiviteleri etkileyip etkilememesi, astım hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sıklığı, çocuğun sürekli ilaç kullanıp kullanmadığı, ilaçların düzenli kullanılıp kullanılmaması, çocuğun kendisini yaşlılarından farklı hissetmemesidir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler sosyodemografik soru formu ve Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yüz yüze görüşme yönteminden yararlanılarak toplanmıştır.

Sosyodemografik soru formu (EK 1) araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatüre dayanarak hazırlanmış olan toplam 37 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik soru formunda çocuğun yaşı, cinsiyeti, anne ve babanın yaşları, eğitim durumları, gelir düzeyi gibi soruların yanı sıra astımın şiddeti, astım tanısı konulduğundan beri geçen süre, hastanede yatış sayısı gibi astımlı çocukta yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünülen sorular yer almaktadır.

Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire) (PAQLQ) 1996 yılında Juniper ve arkadaşları tarafından 7-17 yaş grubundaki astımlı çocukların yaşadıkları fiziksel, ruhsal ve sosyal bozuklukları ölçmek için geliştirilmiş, hastalığa ve yaşa özgü bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı 0.85 bulgulanırken; duygusal işlev skoru 0.80 ve faaliyet kısıtlaması skoru da 0.84 olarak ifade edilmiştir. Ölçek üç alan altında toplanan 23 sorudan oluşmaktadır:

1. Alan: Duygusal İşlev Puanı (5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 21. sorular)
2. Alan: Faaliyet Kısıtlaması Puanı (1, 2, 3, 19. ve 22. sorular)
3. Alan: Semptomlar Puanı (4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 23.sorular)

Ölçekte her soru eşit ağırlıktadır. Sonuçlar hem toplam yaşam kalitesi için hem de her bir alan için "soru başına ortalama puan" olarak açıklanır. Böylece üç alan puanı ve toplam ölçek puanı olmak üzere dört puan elde edilir (101).

Ölçeğin hem toplam yaşam kalitesi puanı, hem de alan puanları 1 ile 7 arasında değişmektedir. Böylece beş sorulu bir alanın ve on sorulu bir alanın her ikisinin de sonuçları 1'den 7'ye kadar olan aralıkta bir puan olarak açıklanmıştır. Duygusal işlev alanında minimum 8, maksimum 56 puan; faaliyet kısıtlaması alanında minimum 5, maksimum 35 puan; semptomlar alanında minimum 10, maksimum 70 puan alınırken toplam yaşam kalitesi puanı minimum 23 ve maksimum 161 puan arasında değişmektedir. Toplam yaşam kalitesi puanı bütün soruların ortalama puanından hesaplanmaktadır. Ortalama puanların yüksekliği, yaşam kalitesinin iyi olduğunu belirtmektedir.

Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (EK 2) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2009 yılında Yüksel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Astımlı 122 çocuk üzerinde çalışılan ölçeğin Cronbach Alpha değerleri; duygusal işlev için 0.86, faaliyet kısıtlaması için 0.80 ve semptomlar için de 0.90 olarak bulunmuştur (101). Bu çalışmada ise Cronbach Alpha değerleri; duygusal işlev için 0,82, faaliyet kısıtlaması için 0,60, semptomlar için 0,86 ve toplam puan için 0,90 olarak saptanmıştır.

PAQLQ Cronbach Alpha düzeyleri		
Alan	Soru numarası	Cronbach Alpha
Duygusal işlev (8)		0.86
	5	0.83
	7	0.83
	9	0.84
	11	0.83
	13	0.85
	15	0.84
	17	0.84
	21	0.84
Faaliyet kısıtlaması (5)		0.80
	1	0.73
	2	0.73
	3	0.72
	19	0.87
	22	0.74
Semptomlar (10)		0.90
	4	0.89
	6	0.89
	8	0.88
	10	0.88
	12	0.88
	14	0.88
	16	0.88
	18	0.89
	20	0.89
	23	0.89
Genel Ölçek		0.85

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler 28 Mart – 28 Mayıs 2016 tarihleri arasında çalışmada yer almayı kabul eden ebeveynler ve çocuklar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanarak toplanmıştır. Polikliniğe gelen astımlı çocuk ve ebeveynleri hekim yanına girmeden, araştırmacı tarafından poliklinikte bulunan danışman odasına alınarak; sosyodemografik soru formu ebeveynlere, astımlı çocuk yaşam kalitesi ölçeği ise çocuklara uygulanmıştır. Sosyodemografik soru formu ve ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı yardımı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, korelasyon, ikili gruplarda iki ortalama arası farkın önemlilik testi (Independent Samples t Test), Mann-Whitney U testi, üç ve üstü gruplarda Kruskal-Wallis analizi; çoklu grupların analizinde p değerinin 0.05'ten küçük çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti amacıyla Post-Hoc testlerden Bonferroni düzeltmeli iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde %95 güven aralığında $p < 0.05$ olması durumunda, veriler arasındaki farklılığın anlamlı olduğu kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca bir kurumda yapılmış olması nedeniyle elde edilen sonuçlar genellenemez. Çalışmadan elde edilen sonuçlar ebeveynlerin ve çocukların öz bildirimlerini yansıtmaktadır.

3.8. Etik Kurul Onayı

Araştırmaya başlamadan önce proje Koç Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'na sunulmuş, 2015.265.IRB3.140 karar numarası ile

02.12.2015 tarihinde onaylanarak kabul edilmiştir (EK 3). Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği tarafından 08.02.2016 tarihinde onaylanmıştır (EK 4). Araştırmaya katılan ebeveynlere ve çocuklara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verildikten sonra onamları alınmıştır (EK 5).



4. BULGULAR

Bu bölümde çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri, astımlı çocuklarda hastalığına bağlı ortaya çıkan sorunların dağılımı, astımlı çocukların yaşadığı evin özellikleri, Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları ve karşılaştırmalarına yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri

Özellik	Sayı	%
Yaş Grubu		
7-11 yaş	76	73.8
12-16 yaş	27	26.2
Cinsiyet		
Kız	53	51.5
Erkek	50	48.5
Okula Gitme Durumu		
Evet	102	99.0
Hayır	1	1
Genel Ders Başarısızlık Durumu		
Evet	38	36.9
Hayır	65	63.1
Genel Toplam	103	100.0

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan astımlı çocukların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Çocukların %73,8’i 7-11 yaş, %26,2’si 12-17 yaş grubunda olup yaş ortalaması 9.8 ± 2.6 ’dır ve çocukların %51,5’i kızdır.

Çocukların okula gitme durumları incelendiğinde %99’unun okula gittiği, bir çocuğun ise lisedeyken okulu bıraktığı saptanmıştır. Ebeveynlerin %36,9’u çocukların ders başarısızlığı yaşadıklarını ifade ederlerken %63,1’i derslerinde herhangi bir başarısızlık yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.2. Çocuğun Hastalık Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Astım Tanısından Sonra Geçen Süre		
3-11 ay	7	6.8
1-3 yıl	31	30.1
4-6 yıl	36	35.0
7-9 yıl	20	19.4
10 yıl ve üzeri	9	8.7
Astım Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu		
Evet	40	38.8
Hayır	63	61.2
Astım Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı		
1-5 defa	34	85.0
6-10 defa	2	5.0
11 ve üzeri	4	10.0
Astım Atağı Geçirme Durumu		
Evet	25	24.3
Hayır	78	75.7
Astım Atağı Geçirme Sayısı		
1-5 defa	23	92.0
6-10 defa	2	8.0
Astım Bulgularının Görülme Sıklığı		
Haftada birden az	77	74.8
Haftada birkaç kez	6	5.8
Her gün	16	15.5
Sürekli	4	3.9
Sürekli İlaç Kullanım Durumu		
Evet	93	90.3
Hayır	10	9.7
İlaçların Düzenli Kullanım Durumu		
Evet	81	78.6
Hayır	22	21.4
Kendini Yaşıtlarından Farklı Hissettiğini İfade Etme Durumu		
Evet	32	31.1
Hayır	71	68.9
Astım Belirtilerini Başlatan Uyarılar		
Sigara Dumanı	69	67.0
Ev Tozu Akarları	68	66.0
Polen	59	57.3
Hava Kirliliği	48	46.6
Hayvanlar	12	11.7
Psikolojik Etmenler	12	11.7
Nem	10	9.7
Küf	6	5.8
Hamamböceği	5	4.9
Diğer	42	40.8
Genel Toplam	103	100.0

Tablo 4.2' de araştırmaya katılan astımlı çocukların hastalık özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Çocukların % 6,8'inde astım tanısı konulduktan sonra geçen süre 3-11 ay iken bu süre %30,1'inde 1-3 yıl, %35'inde 4-6 yıl, %19,4'ünde 7-9 yıl ve %8,7'sinde 10 yıl ve üzeridir.

Çocukların %38,8'i astım nedeniyle hastaneye yatmış olup, %85'inin 1-5 kez hastanede yatışlarının gerçekleştiği belirlenmiştir. Astım atağı geçirme durumlarına bakıldığında %75,7'inin astım atağı geçirdikleri, %92.0'sinde de atak sayısının 1-5 kez olduğu saptanmıştır.

Çocuklarda astım bulgularının ne sıklıkta ortaya çıktığına bakıldığında; %74,8'inde haftada birden az, %5,8'inde haftada birkaç kez, %15,5'inde her gün ve %3,9'unda da sürekli olarak astım bulgularının görüldüğü saptanmıştır. Ebeveynlerin %90,3'ü çocuklarının astım tedavisi için sürekli ilaç kullandıklarını belirtirlerken, ilaçlarını düzenli kullananların oranı %78.6 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlere astımlı çocuklarının kendilerini yaşitlarından farklı hissedip hissetmedikleri sorulduğunda %68.9'u bir farklılık hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Tabloda yer almamakla birlikte çocuklarının kendilerini yaşitlarından farklı hissettiklerini belirten ebeveynlere (%31,1)hangi yönlerden farklılık yaşadıkları sorulduğunda ise;okula devam, oyun oynama, spor aktivitelerine katılma, evcil hayvanlarla birlikte olma, hastaneye gitme sıklığı ve ilaç kullanma konularında yaşitlarından farklı olduklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan çocuklarda astım belirtilerini başlatan uyaranlara bakıldığında çocukların %67'sinde sigara dumanı, %66'sında ev tozu akarları, %57,3'ünde polenler, %46,6'sında hava kirliliği, %11,7'sinde hayvanlar, yine aynı oranda (%11.7) psikolojik etmenler, %9,7'sinde nem, %5,8'inde küf ve %4,9'unda da hamamböceği astım belirtilerini başlatmaktadır. Ebeveynlerin %40.8'i bu etmenlerin yanı sıra parfüm kokusu, deterjan kokusu, solunum yolu enfeksiyonu, çim kokusu, çamaşır suyu

kokusu, yün, sıcak hava, asitli içecekler ve çileğin de çocuklarında astım belirtilerini tetikleyen uyarılar arasında olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Çocuğa Yakınlık		
Anne	89	86.4
Baba	14	13.6
Medeni Durum		
Evli	99	96.1
Boşanmış	4	3.9
Annenin Yaşı (n=89)		
25-29	10	11.2
30-34	24	27.0
35-39	30	33.7
40-44	19	21.3
45-49	3	3.4
50 ve üzeri	3	3.4
Annenin Eğitim Durumu (n=103)		
Okuma yazma bilmiyor	5	4.9
Okur yazar	1	1.0
İlköğretim	76	73.8
Lise	13	12.6
Üniversite	8	7.8
Annenin Çalışma Durumu (n=103)		
Çalışıyor	14	13.6
Çalışmıyor	89	86.4
Babanın Yaşı (n=14)		
25-29	1	7.1
30-34	1	7.1
35-39	1	7.1
40-44	4	28.6
45-49	3	21.4
50 ve üzeri	4	28.6
Babanın Eğitim Durumu (n=103)		
Okuma yazma bilmiyor	0	0.0
Okur yazar	1	1.0
İlköğretim	67	65.0
Lise	24	23.3
Üniversite	11	10.7
Babanın Çalışma Durumu (n=103)		
Çalışıyor	99	96.1
Çalışmıyor	4	3.9

Tablo 4.3. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (Devam)

Özellikler	Sayı	%
Yaşanılan Yer		
İl	6	5.8
İlçe	97	94.2
Gelir Durumu*		
Gelir giderin altında	15	14.6
Gelir gidere eşit	85	82.5
Gelir giderin üzerinde	3	2.9
Sosyal Güvence Durumu		
Var	98	95.1
Yok	5	4.9
Evde Yaşayan Kişi Sayısı		
4 kişi ve altı	59	57.3
5-7 kişi	42	40.8
8 kişi ve üstü	2	1.9
Başka Çocuk Varlığı		
Evet	92	89.3
Hayır	11	10.7
Diğer Çocuklarda Astım Varlığı		
Evet	26	25.2
Hayır	77	74.8
Ebeveynde Astım Varlığı		
Evet	24	23.3
Hayır	79	76.7
Annenin Sigara İçme Durumu		
Evet	11	10.7
Hayır	92	89.3
Babanın Sigara İçme Durumu		
Evet	47	45.6
Hayır	56	54.4
Ebeveynin Astıma Yönelik Eğitim Alma Durumu		
Evet	92	89.3
Hayır	11	10.7
Ebeveynin Astımı Başlatan Uyarılar ile İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	95	92.2
Hayır	8	7.8

*Görüşülen ebeveynin yorumudur.

Tablo 4.3' te ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Ebeveynlerin %86,4'ünü anneler oluştururken, %13,6'sı babadır. Ebeveynlerin %96.1'i evli olduklarını, %3.9'u ise boşanmış olduklarını belirtmişlerdir.

Annelerin yaşları incelendiğinde; %27.0'ının 30-34, %33.7'sinin 35-39 yaş grubunda yer aldıkları; %73.8'inin ilköğretim mezunu oldukları ve %86.4'ünün çalışmadığı görülmüştür.

Babaların yaşlarına bakıldığında; %28.6'sının 40-44 ve 50 ve üzeri yaş gruplarında oldukları, %96.1'i çalışmaktadır.

Ebeveynlerin %94.2'si ilçede yaşamaktadır. %82.5'i gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu, %14.6'sı da gelirlerinin giderlerinin altında olduğunu belirtmiş olup sosyal güvenceye sahip olanlar %95.1'dir. Ebeveynlerin %57.3'ü buldukları evde yaşayan kişi sayısının 4 ve daha az; %40.8'i de 5-7 kişi olduğunu belirtmişlerdir. Evde yaşayan kişi sayısı ortalaması 4.5 ± 1.19 olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin %89.3'ü polikliniğe getirilen çocukları dışında başka çocukları da olduğunu ifade ederken %74.8'i diğer çocuklarında, %76.7'si de kendilerinde astım hastalığı olmadığını belirtmişlerdir. Annelerin %10.7'si, babaların da %45.6'sı sigara içmektedirler. Ebeveynlerin % 89.3'ü astıma yönelik eğitim aldıklarını belirtirken; % 92.2'sinin astımı başlatan uyaranlar hakkında eğitim aldıkları saptanmıştır.

Tablo 4.4. Ebeveynlerin Çocuklarının Hastalık Nedeniyle Günlük Aktivitelerinin Etkilenme Durumu ve Etkilenen Alanlar İle İlgili Görüşleri

Görüşler	Sayı	%
Günlük Aktivitelerin Etkilenme Durumu		
Evet	81	78.6
Hayır	22	21.4
Etkilenen Alanlar*		
Oyun oynayamama	67	65.0
Derslere düzenli devam edememe	47	45.6
Kesintili uyku	45	43.7
İştahta azalma	26	25.2
Hızlı koşamama	13	12.6
Beden eğitimi derslerine girememe	9	8.7
İştahta artma	7	6.8

*Çocuklarının günlük aktivitelerinin hastalık nedeniyle etkilendiğini belirten ebeveynler, etkilenen alanlarla ilgili birden fazla yanıt vermişlerdir.

Tablo 4.4'te araştırmaya katılan ebeveynlerin, çocuklarının hastalık nedeniyle günlük aktivitelerinin etkilenme durumu ve etkilenen alanlar ile ilgili görüşleri verilmiştir. Çocukların %78,6'sının günlük aktivitelerinin etkilendiği saptanmıştır. Hastalığa bağlı çocuğun günlük aktivitelerinin etkilendiğini belirten ebeveynlerin %65'i çocuklarının oyun oynayamadığını, %45,6'sı okulda derslere düzenli devam edemediğini, %43,7'si kesintili uyku uyuduğunu, %25,2'si iştahının azaldığını, %12,6'sı hızlı koşamadığını, %8,7'si okulda beden eğitimi derslerine giremediğini ve %6,8'i de iştahının arttığını belirtmişlerdir.

Tablo 4.5. Ev Ortamının Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Çocuğun Bulunduğu Ortamda Sigara İçilme Durumu		
Evet	4	3.9
Hayır	99	96.1
Isınma Aracı		
Kombi	91	88.3
Kömür Sobası	12	11.7
Evcil Hayvan Bulundurma		
Evet	12	11.7
Hayır	91	88.3
Rutubet Durumu		
Var	31	30.1
Yok	72	69.9
Evin Güneş Alma Durumu		
Alıyor	96	93.2
Almıyor	7	6.8
Evin Havalanma Durumu		
Yeterli	101	98.1
Yetersiz	2	1.9
Uyaranlara Karşı Evde Önlem Alma Durumu		
Evet	102	99.0
Hayır	1	1.0
Genel Toplam	103	100.0

Astımlı çocuğun yaşadığı ev ortamının özelliklerine bakıldığında (Tablo 4.5); ebeveynlerin %96,1'inin çocuğun bulunduğu ortamda sigara içilmediğini

ifade ettikleri görülmüştür. Ebeveynlerin %88,3'ü evde ısınma aracı olarak kombi, %11,7'si de kömür sobası kullandıklarını; %88,3'ü evlerinde evcil hayvan bulunmadığını, %11,7'si evlerinde evcil hayvanlarının (kuş) olduğunu; %69,9'u evlerinde rutubet olmadığını belirtirlerken %30,1'i yaşadıkları evde rutubet olduğunu, %93,2'si evlerinin güneş aldığını, %98,1'i de evin havalanma durumunun yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin %99'u evde astım uyaranlarına karşı önlem aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.6.Çocukların Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanları

ALAN	Min-Max	X ± SS
Duygusal İşlev	8 - 56	42.94 ± 11.05
Faaliyet Kısıtlaması	5 - 35	25.90 ± 5.50
Semptomlar	10 - 70	52.68 ± 12.75
Toplam Puan	23 - 161	121.53 ± 25.29

Astımlı çocukların yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.6.); duygusal işlev puan ortalaması 42.94 ± 11.05, faaliyet kısıtlaması puan ortalaması 25.90 ± 5.50, semptomlar puan ortalaması 52.68 ± 12.75 ve ölçek toplam puan ortalaması 121.53 ± 25.29 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.7. Çocuğun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Duygusal İşlev		Faaliyet Kısıtlaması		Semptomlar		Toplam	
		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Yaş Grubu									
7-11 Yaş	76	42.82	10.36	25.68	5.16	52.84	12.52	121.35	23.59
12-16 Yaş	27	42.70	12.78	26.11	6.35	50.62	14.08	119.44	29.89
U		980.500		979.000		949.500		1014.000	
p		0.733		0.724		0.566		0.928	
Cinsiyeti									
Kız	53	43.00	11.81	26.16	5.21	53.28	13.26	122.45	26.90
Erkek	50	42.58	10.16	25.40	5.75	51.18	12.58	119.16	23.53
t		0.193		0.712		0.824		0.660	
p		0.847		0.478		0.412		0.511	
Genel Ders Başarısızlık Durumu									
Evet	38	42.68	10.70	25.00	5.74	50.65	14.04	118.34	26.44
Hayır	65	42.86	11.23	26.26	5.29	53.20	12.22	122.32	24.62
t		0.079		1.131		0.963		0.770	
p		0.937		0.261		0.338		0.443	

Tablo 4.7' de çocuğun sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının dağılımı verilmektedir. Çocukların yaş gruplarına göre ölçek toplam puanı ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında 7-11 yaş grubu çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar puan ortalamaları ile 12-16 yaş grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca 7-11 yaş grubu çocukların ölçek toplam puan ortalamaları ile 12-16 yaş grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Çocukların cinsiyetine göre ölçek toplam puanı ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kızların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar puan ortalamaları ile erkeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca kızların ölçek toplam puan ortalamaları ile erkeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Genel ders başarısızlık durumuna göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında etkilenen çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar puan ortalamaları ile etkilenmeyen çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca etkilenen çocukların ölçek toplam puan ortalamaları ile etkilenmeyen çocukların puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Çocuğun Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Hastalık Özellikleri	Sayı	Duygusal İşlev		Faaliyet Kısıtlaması		Semptomlar		Toplam	
		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Astım Tanısından Sonra Geçen Süre									
3-11 ay	7	47.57	7.09	27.42	5.59	55.42	12.05	130.42	22.23
1-3 yıl	31	46.93	8.33	27.29	5.18	54.90	11.70	129.12	22.69
4-6 yıl	36	40.91	11.47	25.77	5.54	53.05	11.53	119.75	21.88
7-9 yıl	20	41.35	10.98	24.05	6.53	47.15	16.31	112.55	29.36
10 yıl ve üstü	9	35.55	14.57	23.33	6.30	48.88	13.22	107.77	31.13
KW			9.321		5.887		4.521		8.206
p			0.054		0.208		0.340		0.084
Astım Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu									
Evet	40	42.17	12.01	25.20	5.59	52.07	13.41	119.45	27.53
Hayır	63	43.19	10.36	26.17	5.39	52.38	12.70	121.74	23.87
t			0.455		0.881		0.117		0.448
p			0.650		0.381		0.907		0.655
Astım Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı									
1-5 defa	34	42.50	12.30	25.73	5.21	52.97	12.21	121.20	25.64
6-10 defa	2	52.00	4.24	27.00	8.48	61.50	0.70	140.50	13.43
11 ve üzeri	4	34.50	10.78	19.75	6.18	39.75	20.62	94.00	36.99
KW			3.496		3.311		2.685		3.232
p			0.174		0.191		0.261		0.199
Astım Atağı Geçirme Durumu									
Evet	25	41.72	10.69	25.48	6.72	50.56	14.79	117.76	28.94
Hayır	78	43.14	11.12	25.89	5.04	52.80	12.31	121.84	24.07
U			865.000		972.500		911.000		927.500
p			0.397		0.985		0.622		0.715

Tablo 4.8. Çocuğun Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları (Devamı)

Hastalık Özellikleri	Sayı	Duygusal İşlev		Faaliyet Kısıtlaması		Semptomlar		Toplam	
		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Astım Atağı Geçirme Sayısı									
1-5 defa	23	42.08	10.96	25.73	6.87	50.56	14.62	118.39	29.14
6-10 defa	2	37.50	7.77	22.50	4.94	50.50	23.33	110.50	36.06
U		13.000		15.000		22.000		20.000	
p		0.373		0.480		0.960		0.807	
Astım Bulgularının Görülme Sıklığı									
Haftada birden az	77	42.14	11.43	26.06	5.14	52.20	11.89	120.41	24.32
Haftada birkaç kez	6	43.16	7.90	24.00	7.74	50.83	19.21	118.00	34.02
Her gün	16	45.87	9.56	25.68	5.65	53.75	13.29	125.31	23.04
Düzenli	4	42.50	10.98	23.75	8.53	49.50	23.75	115.75	44.11
KW		1.669		0.504		0.643		0.886	
p		0.644		0.918		0.887		0.834	
Sürekli İlaç Kullanma Durumu									
Evet	93	42.91	11.01	25.90	5.55	52.34	13.17	121.16	25.96
Hayır	10	41.70	11.22	24.80	4.68	51.50	10.81	118.00	18.07
U		422.500		386.000		421.000		395.500	
p		0.636		0.378		0.624		0.439	
Düzenli İlaç Kullanma Durumu									
Evet	81	43.12	10.91	25.81	5.63	51.97	13.26	120.91	25.95
Hayır	22	41.59	11.41	25.72	4.94	53.31	11.76	120.63	23.03
U		801.000		852.500		864.500		846.500	
p		0.468		0.378		0.831		0.720	
Kendini Yaşlılarından Farklı Hissettiğini İfade Etme Durumu									
Evet	32	42.15	12.33	25.25	6.03	50.56	14.33	117.96	28.92
Hayır	71	43.08	10.40	26.04	5.21	53.02	12.25	122.15	23.52
t		0.395		0.679		0.896		0.777	
p		0.694		0.499		0.373		0.439	

Çocuğun hastalık özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.8' de karşılaştırılmıştır. Astım tanısından sonra geçen süreye göre çocukların ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; tanıdan sonra 3-11 ay geçen çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çocukların tanı sonrası geçen süreye göre duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çocukların astım nedeniyle hastanede yatma durumlarına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; hastaneye yatmayan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hastaneye yatan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile yatmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastanede yatma sayısına göre çocukların ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; hastaneye yatma sayısı 6-10 arasında olan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hastaneye yatma sayısına göre çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Astım atağı geçirme durumlarına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında atak geçirmeyen çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları az bir farkla daha yüksek bulunmuştur. Atak geçiren çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile geçirmeyen çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Astım atağı geçirme sayısına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; 1-5 defa atak geçiren çocukların duygusal işlev,

faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. 1-5 defa atak geçiren çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile 6-9 defa atak geçiren çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Astım bulgularının görülme sıklığına göre çocukların ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; her gün astım bulgusu görülen çocukların duygusal işlev, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Haftada birden az astım bulgusu görüldüğünü ifade eden gruptaki çocukların ise faaliyet kısıtlaması alt grubu puan ortalamaları daha yüksektir. Astım bulgularının görülme sıklığına göre çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sürekli ilaç kullanma durumuna göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; sürekli ilaç kullanan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Sürekli ilaç kullanan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile kullanmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Düzenli ilaç kullanma durumuna göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; düzenli ilaç kullanan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Düzenli ilaç kullanan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile kullanmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kendini yaşitlarından farklı hissetme durumuna göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; kendini yaşitlarından farklı hissetmeyen çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Kendini yaşitlarından

farklı hisseden çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile hissetmeyen çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$).



Tablo 4.9. Çocukta Astım Belirtilerini Başlatan Uyaran Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Özellikler	Sayı	Duygusal İşlev		Faaliyet Kısıtlaması		Semptomlar		Toplam	
		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Sigara Dumanı									
Evet	69	41.95	10.94	25.40	5.78	50.46	13.80	117.82	26.68
Hayır	34	44.50	11.04	26.58	4.74	55.91	10.13	127.00	21.11
t			1.106		1.032		2.265		1.895
p			0.271		0.304		0.026		0.062
Ev Tozu Akarları									
Evet	68	42.83	11.38	25.41	5.97	50.95	13.41	119.20	27.36
Hayır	35	42.71	10.32	26.54	4.31	54.80	11.65	124.05	20.54
t			0.054		1.101		1.438		0.923
p			0.957		0.274		0.154		0.358
Polen									
Evet	59	42.50	10.62	25.57	5.71	50.81	13.81	118.89	26.70
Hayır	44	43.18	11.57	26.09	5.17	54.20	11.47	123.47	23.20
t			0.306		0.471		1.323		0.909
p			0.760		0.639		0.189		0.365
Hava Kirliliği									
Evet	48	44.89	9.74	26.31	5.89	52.68	13.97	123.89	26.68
Hayır	55	40.96	11.75	25.34	5.07	51.89	12.03	118.20	24.48
t			1.832		0.894		0.311		1.144
p			0.070		0.373		0.757		0.256
Hayvan									
Evet	12	41.00	13.86	25.50	6.41	49.00	16.29	115.50	32.97
Hayır	91	43.03	10.62	25.83	5.37	52.69	12.45	121.56	24.19
U			529.000		537.000		491.500		502.500
p			0.861		0.926		0.575		0.655

Tablo 4.9. Çocukta Astım Belirtilerini Başlatan Uyarıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları (Devamı)

Çocukta Astımı Başlatan Uyarıcı Özellikleri	Sayı	Duygusal İşlev		Faaliyet Kısıtlaması		Semptomlar		Toplam	
		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Psikolojik Etmenler									
Evet	12	36.33	12.36	22.91	6.31	40.41	15.63	99.66	31.67
Hayır	91	43.64	10.57	26.17	5.26	53.82	11.75	123.64	23.07
U		346.000		384.500		276.500		299.000	
p		0.040		0.096		0.006		0.011	
Nem									
Evet	10	40.60	9.99	24.70	8.15	46.40	18.14	111.70	34.96
Hayır	93	43.03	11.11	25.91	5.14	52.89	12.19	121.83	24.03
U		376.500		454.000		372.500		382.000	
p		0.324		0.902		0.302		0.355	
Küf									
Evet	6	35.33	10.13	21.83	6.40	45.66	18.75	102.83	30.70
Hayır	97	43.25	10.92	26.04	5.34	52.67	12.49	121.96	24.63
U		159.000		188.500		228.000		169.500	
p		0.063		0.148		0.375		0.087	
Hamamböceği									
Evet	5	46.20	8.13	29.04	3.04	65.40	4.15	141.00	7.74
Hayır	98	42.62	11.12	25.61	5.51	51.59	12.86	119.82	12.86
U		205.000		139.500		72.500		109.500	
p		0.539		0.105		0.008		0.038	

Çocukta astım belirtilerini başlatan uyaran özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.9' da verilmiştir. Astım belirtilerini başlatan sigara dumanı uyaran varlığına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; sigaradan etkilenen çocukların toplam puan ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Sigara dumanı uyaranı olan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve toplam puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Sigara dumanı uyaranı olan çocukların semptomlar puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Astım belirtilerini başlatan ev tozu akarı uyaran varlığına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; ev tozu akarından etkilenmeyen çocukların faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ev tozu akar uyaranı olan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Polenler ile astım belirtilerinin başlama varlığına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; polenden etkilenmeyen çocukların toplam puan ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Polen uyaranı olan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Astım belirtilerini başlatan hava kirliliği uyaran varlığına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; hava kirliliğinden etkilenen çocukların toplam puan ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Astım belirtilerini başlatan uyaranı varlığına durumuna göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında hava kirliliği uyaranı olan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar

ve toplam puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Astım belirtilerini başlatan hayvan uyararı varlığına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; hayvandan etkilenmeyen çocukların toplam puan ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hayvan uyararı olan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Astım belirtilerini başlatan psikolojik etmen uyararı varlığına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; psikolojik etmenlerden etkilenmeyen çocukların toplam puan ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Psikolojik etmen uyararı olan çocukların duygusal işlev puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Psikolojik etmen uyararı olan çocukların faaliyet kısıtlaması puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Psikolojik etmen uyararı olan çocukların semptomlar puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Psikolojik uyararı olan çocukların ölçek toplam puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Astım belirtilerini başlatan nem uyararı varlığına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; nemden etkilenmeyen çocukların toplam puan ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Nem uyararı olan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Astım belirtilerini başlatan küf uyaran varlığına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; küften etkilenmeyen çocukların toplam puan ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Küf uyarani olan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Astım belirtilerini başlatan hamam böceği uyaran varlığına göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; hamam böceğinden etkilenen çocukların toplam puan ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hamam böceği uyarani olan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hamam böceği uyarani olan çocukların semptomlar puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Hamam böceği uyarani olan çocukların ölçek toplam puan ortalamaları ile olmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Duygusal İşlev		Faaliyet Kısıtlaması		Semptomlar		Toplam	
		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Annenin yaşı									
	89	42.79	10.98	25.79	5.46	52.26	12.91	120.85	25.25
r			0.019		0.036		0.131		0.077
p			0.85		0.74		0.22		0.47
Annenin Eğitim Durumu									
Okuma yazma bilmiyor	6	34.42	16.50	23.28	6.99	42.14	17.48	99.85	37.50
İlköğretim	76	42.86	10.71	25.69	5.38	53.02	12.23	121.59	24.10
Lise ve üzeri	21	45.45	8.72	27.05	5.15	52.90	12.95	125.40	22.36
KW			2.67		2.47		3.08		2.85
p			0.26		0.29		0.21		0.24
Annenin Çalışma Durumu									
Çalışıyor	14	44.35	11.42	24.14	5.44	50.78	14.29	119.28	27.84
Çalışmıyor	89	42.40	10.94	25.97	5.43	52.31	12,72	120.70	24.84
U			547.500		498.500		580.000		621.000
p			0.46		0.23		0.67		0.98
Babanın Yaşı									
	14	42.79	10.98	25.79	5.46	52.26	12.91	120.85	25.25
r			0.031		0.009		0.012		0.015
p			0.91		0.97		0.96		0.95
Babanın Eğitim Durumu									
İlköğretim	68	41.62	11.67	25.17	5.81	51.38	13.16	118.19	26.47
Lise	24	46.00	9.13	27.40	4.33	54.24	12.09	127.64	20.40
Yüksekokul	11	42.63	9.81	25.90	5.26	53.09	13.86	121.63	26.73
KW			2.31		2.54		1.07		2.41
p			0.31		0.28		0.58		0.29
Babanın Çalışma Durumu									
Çalışıyor	99	43.04	10.79	25.83	5.49	52.25	12.88	121.13	25.11
Çalışmıyor	4	33.75	13.27	23.00	3.46	48.50	14.15	105.25	23.52
U			116.000		132.000		155.500		120.500
p			0.161		0.259		0.468		0.186

Tablo 4.10. Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Duygusal İşlev		Faaliyet Kısıtlaması		Semptomlar		Toplam	
		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Gelir Durumu									
Gelir giderin altında	15	41.00	13.27	25.73	5.41	53.66	14.03	120.40	30.01
Gelir gidere eşit	85	43.56	10.20	25.96	5.48	52.42	12.69	121.95	23.91
Gelir giderin üzerinde	3	30.00	16.09	21.33	4.93	40.66	12.22	92.00	29.86
KW			3.215		1.994		2.952		3.368
p			0.200		0.369		0.229		0.186
Evde Yaşayan Kişi Sayısı									
4 kişi ve altı	59	43.18	10.31	26.71	5.07	53.67	11.45	123.57	23.19
5-7 kişi	42	43.21	11.17	24.85	5.76	51.14	14.42	119.21	26.61
8 kişi ve üstü	2	22.50	13.43	18.50	0.707	34.00	5.65	75.00	7.07
KW			4.053		6.311		3.895		4.993
p			0.132		0.043		0.143		0.082
Diğer Çocuklarda Astım									
Var	26	42.38	13.13	23.50	5.69	49.73	14.19	115.61	29.09
Yok	77	42.93	10.25	26.57	5.20	53.11	12.44	122.62	23.76
U			959.000		680.000		878.500		882.500
p			0.752		0.015		0.352		0.368
Anne ya da Babada Astım									
Var	24	43.87	11.97	26.79	7.06	51.45	17.01	122.12	33.87
Yok	79	42.46	10.72	25.49	4.89	52.50	11.51	120.46	22.24
U			842.000		780.000		891.000		826.000
p			0.408		0.189		0.656		0.341
Annenin Sigara İçme Durumu									
İçiyor	11	43.63	11.39	29.54	3.85	55.00	11.13	128.18	23.82
İçmiyor	92	42.56	10.98	25.26	5.44	51.75	13.09	119.58	25.25
U			485.000		279.000		449.500		400.500
p			0.822		0.015		0.546		0.260

Tablo 4.10. Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Duygusal İşlev		Faaliyet Kısıtlaması		Semptomlar		Toplam	
		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Babanın Sigara İçme Durumu									
İçiyor	47	41.36	11.20	24.80	5.52	50.82	14.15	117.00	27.40
İçmiyor	56	43.80	10.75	26.50	5.30	53.20	11.71	123.50	22.84
t			1.120		1.583		0.925		1.308
p			0.265		0.117		0.357		0.194
Ebeveynin Astıma Yönelik Eğitim Alma Durumu									
Evet	92	42.92	10.74	25.82	5.40	52.30	13.07	121.05	25.06
Hayır	11	41.72	13.40	25.54	6.25	51.90	12.08	119.18	28.01
U			504.000		492.000		480.500		505.500
p			0.983		0.881		0.785		0.996
Ebeveynin Astımı Başlatan Uyarılar İle İlgili Eğitim Alma Durumu									
Evet	95	42.81	10.97	25.73	5.52	52.21	13.18	120.75	25.70
Hayır	8	42.62	11.86	26.50	5.09	52.87	9.77	120.00	20.45
U			374.500		358.000		367.000		365.500
p			0.946		0.786		0.873		0.858

Çocukların ebeveynlerinin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.10' da verilmiştir. Annenin ve babanın yaşına göre çocukların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ve istatistiksel olarak ta anlamlı olmayan bir ilişki vardır ($p>0.05$).

Annenin eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamaları değerlendirildiğinde; annenin eğitim durumuna göre çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca annenin eğitim durumu ile ölçek toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Annenin çalışma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; annesi çalışanların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup puan ortalamaları ile çalışmayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Her iki grubun yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Babanın eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; babanın eğitim durumuna göre çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p>0.05$). Babanın eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Babanın çalışma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Babanın çalışma durumuna göre

duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grupları puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Ebeveynlerin gelir durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; gelirin giderine eşit olduğunu ifade eden gruptaki çocuklarda yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ile duygusal işlev ve faaliyet kısıtlaması alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Gelirinin giderinin altında olduğunu ifade eden gruptaki çocukların ise semptomlar alt grubu puan ortalamaları daha yüksektir. Ebeveynlerin gelir durumu ile ölçek toplam puan ortalaması ve duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Evde yaşayan kişi sayısına göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evde yaşayan kişi sayısı 4 ve altında olan çocuklarda ölçek puan ortalaması ile faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Evde yaşayan kişi sayısına göre çocukların ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte evde yaşayan kişi sayısına göre faaliyet kısıtlaması alt grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde farkın evde yaşayan kişi sayısı 5-7 olan grup ile 8 ve üstünde olan gruptan ($p=0.0027$) kaynaklandığı belirlenmiştir. Diğer gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.0167$).

Diğer çocuklarda astım varlığına göre çocukların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; diğer kardeşi/kardeşleri de astım hastası olan çocuklarda yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ile duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Kardeşinde de astım olan çocukların duygusal işlev ve semptomlar puan ortalamaları ile olmayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte ($p>0.05$), astımlı kardeşi olanların faaliyet kısıtlaması alt boyutu puan ortalamaları ile

olmayanların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Her iki grupta ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Anne ya da babada astım varlığına göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; anne ya da babasında astım hastalığı olan çocukların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; anne ya da babası da astım hastası olan çocukların semptomlar alt grubu puan ortalamaları, anne ya da babasında astım olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Anne ya da babada astım olması ile alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Annenin sigara içme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; annesi sigara içen çocuklar ile annesi sigara kullanmayan çocukların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$). Aynı şekilde annenin sigara içme durumuna göre duygusal işlev ve semptomlar alt grup puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$). Ancak annesi sigara kullanan çocukların faaliyet kısıtlaması alt boyutu puan ortalamaları ile annesi sigara içmeyen çocukların aynı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Babanın sigara içme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamaları değerlendirildiğinde; babası sigara içen grubun hem yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması, hem de duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup ortalamaları babası sigara içmeyenlere göre daha düşüktür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede babanın sigara içme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Astıma yönelik eğitim alma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ebeveynleri astıma yönelik olarak eğitim aldığını ifade eden grubun yaşam kalitesi

ölçeği toplam puan ortalamaları yanı sıra duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt gruplarında da puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin astıma yönelik eğitim alma durumlarına göre çocukların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Ebeveynlerin astımı başlatan uyaranlar ile ilgili eğitim alma durumuna göre çocukların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında da; ebeveynleri astımı başlatan uyaranlar ile ilgili eğitim aldığı belirten çocukların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt grup puan ortalamaları ile bu eğitimi almadığını belirtenlerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Çocuğun Hastalık Nedeniyle Günlük Aktivitelerinin Etkilenme Durumuna ve Etkilenen Alanlara Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Günlük Aktivite Özellikleri	Etkilenme Sayı	Duyusal İşlev		Faaliyet Kısıtlaması		Semptomlar		Toplam		
		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	
Günlük Aktivite Etkilenme Durumu										
Evet	81	42.40	10.67	25.43	5.77	50.81	13.50	118.65	25.98	
Hayır	22	44.22	12.22	27.13	3.95	57.59	8.82	128.95	20.95	
U		727.000		752.500		643.000		687.000		
p		0.186		0.264		0.046		0.101		
Oyun Oynayamama										
Evet	67	42.62	10.89	25.31	5.63	51.20	13.18	119.14	26.12	
Hayır	36	43.11	11.30	26.69	5.09	54.22	12.34	124.02	23.57	
t		0.212		1.225		1.130		0.934		
p		0.832		0.223		0.261		0.352		
Derse Düzenli Devam Edememe										
Evet	47	42.55	10.93	25.23	5.71	51.44	14.07	119.23	26.65	
Hayır	56	43.00	11.13	26.27	5.26	52.94	11.95	122.21	24.17	
t		0.205		0.955		0.577		0.595		
p		0.838		0.342		0.566		0.553		
Kesintili Uyku										
Evet	45	43.66	9.14	26.20	5.83	51.46	13.55	121.33	25.13	
Hayır	58	42.12	12.26	25.48	5.19	52.87	12.48	120.48	25.55	
t		0.706		0.658		0.549		0.169		
p		0.482		0.512		0.585		0.866		

Tablo 4.11. Çocuğun Hastalık Nedeniyle Günlük Aktivitelerinin Etkilenme Durumuna ve Etkilenen Alanlara Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları (Devamı)

Günlük Aktivite Durum Özellikleri	Etkilenme Sayı	Duygusal İşlev		Faaliyet Kısıtlaması		Semptomlar		Toplam		
		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	
İştahta Azalma										
Evet	26	42.61	8.57	25.69	5.82	49.88	13.02	118.19	24.15	
Hayır	77	42.85	11.74	25.83	5.38	53.06	12.86	121.75	25.70	
U		897.000		972.500		841.000		896.500		
p		0.429		0.828		0.224		0.427		
Hızlı Koşamama										
Evet	13	40.38	9.31	24.84	6.91	45.07	16.45	110.30	29.38	
Hayır	90	43.14	11.21	25.93	5.26	53.30	12.08	122.37	24.41	
U		447.500		554.500		410.000		454.500		
p		0.172		0.761		0.082		0.195		
Beden Eğitimi Derslerine Girememe										
Evet	9	41.11	9.66	26.55	2.87	53.22	11.05	120.88	18.31	
Hayır	94	42.95	11.214	25.72	5.65	52.17	13.13	120.85	25.89	
U		348.500		383.500		422.000		411.000		
p		0.384		0.644		0.991		0.889		

Günlük aktivitelerin etkilenme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 4.11); günlük aktivitesi etkilenmeyen çocukların toplam puan ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Etkilenen çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve toplam puan ortalamaları ile etkilenmeyen çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Günlük aktivitesi etkilenen çocukların semptomlar puan ortalamaları ile etkilenmeyen çocukların puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Oyun oynamaktan geri kalma durumuna göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; oyun oynamaktan geri kalmayan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Oyun oynamaktan geri kalan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile oyun oynamaktan geri kalmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Derse düzenli devam edememe durumuna göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; derse düzenli devam eden çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Derse devamsız olan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile devamlı olan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Uyku kesinti durumuna göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; uykusu kesintiye uğrayan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Uykusu kesintiye uğrayan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile uğramayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

İştah azalma durumuna göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında iştahta azalma olmayan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. İştahı azalan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile azalmayan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hızlı koşamama durumuna göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; hızlı koşabilen çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hızlı koşamayan çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile koşan çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Beden eğitimi derslerine girememe durumuna göre ölçek toplam puan ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; beden eğitimi derslerine giremeyen çocukların faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Beden eğitimi derslerine girebilen çocukların duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması, semptomlar ve toplam puan ortalamaları ile giremeyen çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12.Ev Ortamının Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Ev Ortamı Özellikleri	Sayı	Duygusal İşlev		Faaliyet Kısıtlaması		Semptomlar		Toplam	
		\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Çocuğun Bulunduğu Ortamda Sigara İçilme Durumu									
İçiliyor	4	40.50	4.65	25.50	5.80	48.75	12.76	114.75	19.46
İçilmiyor	99	42.88	11.17	25.80	5.48	52.40	12.96	121.10	25.50
U		145.500		194.000		160.500		146.000	
p		0.385		0.954		0.536		0.394	
Isınma aracı									
Kombi	91	43.26	10.93	26.00	5.49	52.30	12.70	121.57	24.91
Soba	12	39.25	11.22	24.25	5.24	51.91	15.07	115.41	28.25
U		407.500		447.000		541.000		487.000	
p		0.154		0.308		0.959		0.544	
Evcil Hayvan									
Bulunduran	12	48.41	10.53	26.58	7.07	55.00	12.88	130.00	26.99
Bulundurmayan	91	42.05	10.88	25.69	5.26	51.90	12.95	119.64	24.92
U		329.000		492.500		456.000		386.500	
p		0.026		0.581		0.354		0.101	
Rutubet Durumu									
Var	31	42.03	10.20	24.41	5.45	49.61	15.01	116.06	27.12
Yok	72	43.12	11.36	26.38	5.40	53.40	11.84	122.91	24.31
t		0.461		1.692		1.372		1.267	
p		0.646		0.094		0.173		0.208	
Evin Güneş Alma Durumu									
Alan	96	43.25	10.64	25.87	5.31	52.29	12.78	121.41	24.67
Almayan	7	36.57	14.45	24.71	7.71	51.85	15.77	113.14	33.56
U		239.000		301.500		335.500		296.500	
p		0.203		0.650		0.995		0.605	
Evin Havalanma Durumu									
Yeterli	101	42.92	10.84	25.88	5.48	52.03	12.94	120.84	25.41
Yetersiz	2	36.50	21.92	21.50	2.12	63.50	2.12	121.50	21.92
U		80.500		44.000		45.000		100.000	
p		0.640		0.201		0.210		0.990	

Ev ortamının özelliklerine göre çocukların yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.12' de karşılaştırılmıştır. Tablodan da görüldüğü gibi bulunduğu ortamda sigara içilen çocukların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ve duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup puan ortalamaları, bulunduğu ortamda sigara içilmeyen çocuklara göre daha düşüktür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, bulunduğu ortamda sigara içilen ve içilmeyen çocukların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ve alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Evde kullanılan ısınma aracına göre çocukların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ısınma aracı olarak soba kullanılan ev ortamında yaşayan çocukların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ve duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup puan ortalamalarının, kombi kullanılan evlerdeki çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Evde kullanılan ısınma aracı ile yaşam kalitesi toplam puan ve duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Astımlı çocuğun yaşadığı evde evcil hayvan bulundurma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Evcil hayvan beslenen ve beslenmeyen evlerde yaşayan çocukların ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında evcil hayvan bulunduranların duygusal işlev alt grubu puan ortalamaları ile bulundurmayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Evde rutubet olması durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; rutubetli ev ortamında yaşayan çocukların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ve duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup puan

ortalamlarının, rutubetli ev ortamında bulunmayan çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Evin rutubetli olup olmaması durumu ile yaşam kalitesi toplam puan ve duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Evin güneş alma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yeterli güneş almayan ev ortamında bulunan çocukların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ve duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup puan ortalamalarının, güneş alan ev ortamında bulunan çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Evin güneş alıp almaması ile yaşam kalitesi toplam puan ve duygusal işlev, faaliyet kısıtlaması ve semptomlar alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Evin havalanma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında da; evin havalandırma durumu yeterli olan gurupla yetersiz olan grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Kronik hastalığı olan çocuklar bilişsel, fiziksel ve psiko-sosyal gelişim alanlarında belli görevleri başarmadaki zorlukların yanı sıra, bu hastalıkların bir sonucu olarak diyet yapma, sık sık hastaneye gitme, tedavi hizmeti verenlerle ilişki kurma/kuramama, acı verici tedavi süreçleri, ölüm korkusu, aileden ve arkadaşlardan uzun süreli ayrılık ve sosyal dışlanma gibi yaşam kalitesini etkileyen durumlarla da yüzleşmek zorundadırlar (20,68). Kronik hastalık tanısı almış bireylerin hastalıklarına uyumlarını artırmak, hastalık ve tedavinin olumsuz etkileri ile baş etmelerini kolaylaştırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık profesyonellerinin; araştırmacı, vaka yöneticisi, eğitimci, danışman, bakım verici rollerini etkin kullanmaları gerekmektedir.

Çocukluk döneminde sık görülen kronik hastalıklar arasında yer alan astım; özellikle kontrol edilemediği durumlarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Astım bulguları olan çocuğun yaşam kalitesinin yükseltilmesinde öncelikli amaç; yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen tıbbi ve bireysel risk faktörlerinin belirlenmesidir (23,40,42,52,94, 99). Bu amaçla yola çıkılan bu çalışmanın örneklemini, astım tanısı ile izlenen 7-16 yaş grubundaki 103 çocuk oluşturmuştur. Çocukların %73.8'i 7-11 yaş aralığında olup hemen hemen tamamının (%99) okula devam ettikleri, %63.1'inin derslerinde başarılı oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Çalışma kapsamında astımlı çocukların yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması değerlendirildiğinde toplam puan ortalaması 121.53 ± 25.29 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6). Yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarına bakıldığında ise en düşük puan ortalamasının 25.90 ± 5.50 ile faaliyet kısıtlaması alt grubunda olduğu, bu alt grubu duygusal işlev ve semptomlar alt gruplarının izlediği görülmüştür (Tablo 4.6). Gümüş'ün (2012) çalışmasında yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 4.08 ± 0.95 olarak saptanırken alt boyutlar arasında en yüksek puan ortalamasının duygusal işlev, en düşük puan ortalamasının da faaliyet kısıtlaması grubunda olduğu gözlenmiştir. Demirci'nin (2011) çalışmasında astımlı çocuklarda yaşam kalitesi ölçeği

toplam puan ortalaması 105.76 ± 22.69 olarak bulunurken alt grup puan ortalamalarının sıralanışı çalışma bulgularımıza benzerlik göstermektedir. Aynı şekilde Bozkurt'un (2004) çalışmasında da toplam puan ortalaması 100.85 ± 23.20 olarak saptanırken alt grup puan ortalamaları sıralanışı çalışmamızla benzer sonuçlanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda astımlı çocuklarda hastalığa bağlı faaliyetlerin kısıtlanmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir. Boran'ın (2008) çalışmasında ise en yüksek yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalaması semptomlar grubu olarak belirlenirken; bu grubu faaliyet kısıtlaması ve duygusal işlev grupları izlemiştir. Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamasının diğer çalışmalardan yüksek bulunması çalışma kapsamındaki çocukların ebeveynlerinin büyük bir kısmının (%89.3) astıma yönelik eğitim almış olmalarıyla ve bu doğrultuda da çocuklarının günlük yaşam aktivitelerini şekillendirebilmeleri ile açıklanabilir.

Çocukların yaş gruplarına bakıldığında; %73,8'i 7-11 yaş, %26,2'sinin 12-17 yaş aralığında yer aldıkları saptanmış olup yaş ortalaması 9.8 ± 2.6 'dır (Tablo 4.1). Juniper ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında yaş ortalaması 12.0 olarak bulunurken, Yüksel ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise astımlı çocukların yaş ortalaması 9.9 ± 2.2 olarak belirtilmiştir. Araştırmamızda 7-11 yaş grubundaki çocukların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları 12-16 yaş grubundakilerden daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu küçük yaş grubundaki çocukların daha çok ebeveyn denetimi ve gözetiminde olmaları ile açıklanabilse de, çocuğun içinde bulunduğu yaş grubunun yaşam kalitesi toplam puan ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilemediği saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.7). Ayrıca ergenlik döneminin beraberinde getirdiği fiziksel ve duygusal değişimlerin de çocuğun hastalıkla baş etmesini etkilediği düşünülebilir. Yaş ile çocuğun yaşam kalitesi ölçek puanları arasında fark olmadığı belirlenmiştir ve bu bulgu literatür ile de benzerlik göstermektedir (42,101).

Çalışmada örnekleme oluşturan astımlı çocukların % 51.5'i kız olup, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kız çocuklarında her üç alt grup

puan ortalamasının erkek çocuklarından biraz daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde hormonal faktörler nedeniyle kız çocuklarında astım bulgularının erkek çocuklarından daha fazla görüldüğü belirten çalışmalar vardır (30,58,66). Erkek çocukların hava yollarının daha dar olması nedeniyle astımın erkek çocukların yaşam kalitesini kızlara göre daha çok etkilediğini savunan çalışmalar da mevcuttur (102). Çalışmamızda kız ve erkek sayılarının birbirine yakın olması sebebiyle bu ayrım kesin olarak yapılamamaktadır. Cinsiyet ile çocuğun yaşam kalitesi ölçek puanları arasında fark yoktur.

Kronik hastalığı olan çocuklar sık sık hastaneye gitme, zaman zaman hastanede yatma ve hastalığın neden olduğu diğer güçlükler nedeniyle sağlıklı çocuklara göre daha fazla okul devamsızlığı yapabilmektedirler. Çalışma grubumuzdaki çocukların okula gitme durumları incelendiğinde; %99'unun okula gittiği, ancak %45.6'sının derslere düzenli devam edemediği, %36,9'unda ders başarısızlığı olduğu gözlenmiştir. Ders başarısızlığı yaşamayan çocukların gerek yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları, gerekse alt grup puan ortalamalarının daha yüksek bulunması, ders başarısızlığı yaşamayan çocukların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Genel ders başarısızlık durumu ile astımlı çocuklarda yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Araştırma sonuçları, kronik hastalığı olan çocukların akademik başarısızlık ve devamsızlık sorunu yaşadıklarını, bu sorunların hastalığın türüne, hastanede kalma süresine ve sıklığına, doktorların koydukları sınırlara ve cinsiyete göre değiştiğini göstermiştir (33,68). Literatürdeki bu bulgular çalışmamızla paralellik göstermektedir (21,42).

Araştırmada istatistiksel yönden anlamlı olmamakla birlikte, astımlı çocuklarda tanı konulduktan sonra geçen süre arttıkça yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının azaldığı, bir diğer deyişle yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Literatür ile de (42,66,72) benzerlik gösteren

bu bulgu, uzun süre kronik bir hastalıkla yaşamlarını sürdüren çocukların daha fazla desteklenmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmada, astım nedeniyle hastaneye yatma durumları incelendiğinde çocukların %38.8'inin astım nedeniyle hastaneye yatmaları gerektiği (Tablo 4.2), istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmamakla birlikte hastanede yatan çocukların yaşam kalitesi toplam puan ve alt grup puan ortalamalarının, hastanede yatmayan çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Astım nedeniyle hastaneye yatış sayısı ile astımlı çocuklarda yaşam kaliteleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Demirci'nin (2011) çalışmasında da astım atağı nedeniyle hastaneye yatırılan çocukların duygusal işlev ve faaliyet kısıtlaması alt grup puan ortalamalarının hastaneye yatırılmayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu bulgu, hastanede yatmayı gerektirecek kadar yoğun olan astım bulgularının çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Çalışmada astımlı çocukların % 24.3'ünün atak geçirdiği, atak geçirenlerin %92'sinde atak sayısının 1-5 arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Astım atağı geçirmiş olan çocukların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 4.8) hiç atak geçirmemiş çocuklara göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Demirci'nin (2011) çalışmasında aktivite sonrası atak geçiren astımlı çocukların semptomlar alt grubu ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması atak geçirmeyen çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olarak bulunmuştur. Literatür ile benzer olan çalışma sonucumuza göre astım atağı geçiren çocukların astım düzeylerinin daha ilerde olduğu ve bu nedenle yaşam kalitelerinin daha çok etkilendiği düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan çocuklarda astım bulgularının görülme sıklığı değerlendirildiğinde (Tablo 4.2); çocukların %74,8'inde astım bulgularının haftada bir kezden daha az sıklıkta görüldüğü belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda çalışma kapsamındaki çocukların çoğunda astımın iyi kontrol edilebildiği söylenebilir. Astım bulgularının görülüş sıklığının yaşam kalitesine etkisine bakıldığında ise; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte astım bulgularını her gün yaşayan çocuklarda yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bozkurt'un (2004) çalışmasında da astım bulgularının görülüş sıklığı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmaması, bu bulguyu destekler niteliktedir. Noguera (2009) ise astımlı çocukları kapsayan çalışmasında astım bulguları ve yaşam kalitesi arasında yakın bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Noguera'dan farklı olarak çalışma grubumuzdaki çocuklarda astım bulguları sık görülse de, bu bulguların ilerlemesini önleyebildiklerinden yaşam kalitesini anlamlı şekilde etkilemediği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında yer alan çocukların %78.6'sı astım hastalığı ile ilgili olarak düzenli ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2). Düzenli ilaç kullanma durumunun yaşam kalitesine etkisi değerlendirildiğinde ise (Tablo 4.8) düzenli ilaç kullananların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve tüm alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Gümüş'ün (2012) çalışmasında da sürekli ve düzenli ilaç kullanan çocukların yaşam kalitelerinin kullanmayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak literatürde düzenli astım ilacı kullanan çocukların yaşam kalitesi puan ortalamalarının ilaç kullanmayanlara göre daha düşük olduğunu destekleyen çalışmalar da yer almakta olup bu çalışmalardaki sonuçlar çocuğun astımının şiddeti ile ilişkilendirilmiştir (10,42,66,72). Bu çalışmada ilaç kullanan astımlı çocukların yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek bulunması, çocukların astım bulgularının ilaç tedavisi ile kontrol altına alınmış olması ve düzenli olarak kontrollere gelmeleri ile açıklanabilir.

Astımlı çocuklarda, astım atağını başlatan birçok etmen bulunmaktadır. Bu etmenler arasında da ilk sıralarda sigara dumanına maruziyet gelmektedir. Bu çalışmada sigara dumanına maruz kalan çocukların semptomlar alt grubu puan ortalamaları ile sigara dumanına maruz kalmayan çocukların aynı alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Sigara dumanının astımlı çocukların yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir (21,62,66,72,84). Yapılan çalışmalarda astımlı çocukların 1/3'ünün evde içilen sigaradan etkilendiği, sigaranın total ve spesifik allerjen düzeyi ve allerjenler için deri testlerini etkilediği, alerjik bulgular ile ebeveynlerin sigara içimi arasında ilişki olduğu, maternal sigara kullanımının astım için önemli bir risk faktörü olduğu, anneleri sigara içen çocuklarda anneleri sigara içmeyen çocuklara göre astım şiddetinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (32,36,51,54,63). Çalışmamızdaki bu bulgu, sigara dumanının çocuklarda astım atağını başlatan önemli bir uyarıcı olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bir kez daha desteklemektedir.

Çalışma grubumuzdaki çocukların %66'sında ev tozu akarlarının astım atağını başlattığı belirlenmiştir. Ev tozu akarından etkilenen çocukların yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarına bakıldığında; ev tozundan etkilenmeyen çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Kurt ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada zemine yakın olan ev ya da gecekonduların neden olduğu ev tozu akarlarının solunum sistemi ile ilgili bulguları artırdığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda, evdeki akarların azaltılması ile astım bulgularının iyileşmesi arasında yakın bir ilişki bulunmuştur (15,32). Çalışmamızda da ev tozu akarından etkilenen çocukların semptomlarının daha fazla olduğu ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Astımlı çocuklarda astım atağını başlatan bir diğer uyarıcı polenlerdir. Polenlere bağlı bulgular polenlerin yoğun olduğu dönemlerde daha fazla olmakta ve mevsimsel alevlenmeler göstermektedir (76). Araştırma

kapsamındaki çocukların %57.3'ünde polenlere maruz kalma sonucunda astım atağının başladığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Polen uyarandan etkilenen astımlı çocukların yaşam kalitesi puan ortalamalarının da istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da daha düşük olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Hava kirliliği ile astım ve allerjik hastalıkların prevalansı arasında doğrudan bir ilişki kurmak zor olsa da, çalışmalar hava kirliliğinin bu hastalıkların artışında rol oynayabileceğini düşündürmektedir (6,83). Çalışma grubumuzdaki çocukların %46.6'sında hava kirliliğinin astım atağını başlattığı ifade edilmekle birlikte, hava kirliliği uyararı ile yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Çalışma grubumuzdaki çocukların %11.7'sinde ev hayvanları astım atağını başlatmaktadır (Tablo 4.2). İstatistiksel açıdan anlamlı olmasa da hayvan uyarandan etkilenmeyen astımlı çocukların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Yapılan çalışmalarda kedi ve köpeklerin astımlı çocuklar için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (83,84). Noguera ise (2009) yaptığı çalışmada ev hayvanları ve astım gelişmesi arasında sınırlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada hayvan beslenmeyen evlerdeki çocukların yaşam kalitelerinin daha yüksek olması, çocukların aileleri tarafından hayvanlardan uzak tutulması ile açıklanabilir.

Çalışma grubumuzdaki çocukların %11.7'sinde psikolojik etmenlerin astım atağını başlattığı görülmüştür (Tablo 4.2). Psikolojik etmenlere maruz kalan çocukların duygusal işlev ve semptomlar alt grupları ile yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları, psikolojik etmenlerin astım atağını başlatmadığını ifade eden çocuklara göre daha düşük olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Yapılan çalışmalarda düzenli ilaç tedavisi, sık hastane yatışları, astım atakları, faaliyetlerinin kısıtlanması, okul ve derslerinden geri kalma gibi durumların astımlı çocuk

üzerinde stres yaratan faktörler olduğu belirtilmiştir (44,78). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular, psikolojik etmenlerle başa çıkabilen çocukların astım ataklarını kontrol altına alabildiklerini ve yaşam kalitelerinin de olumlu etkilendiğini desteklemektedir.

Çalışma grubumuzdaki çocukların %9.7'si astım atağını başlatan nem uyarandan etkilenmektedir (Tablo 4.2). İstatistiksel açıdan anlamlı olmasa da nem uyarandan etkilenmeyen astımlı çocukların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Nem uyarınının astım bulgularını tetikleyen önemli bir etmen olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (15,83,84,54). Bu çalışmada ailelerin çocuğa tanı konulması sonrası aldıkları astım eğitimi ile buldukları rutubetli evi terk ettikleri ve çocuğun bulunduğu ev özelliklerini hastalığını etkilemeyecek şekilde düzenledikleri gözlenmiştir.

Astımlı çocukların %5.8'inde küfler astım atağını başlatmaktadır (Tablo 4.2). Küf uyarandan etkilenmeyen astımlı çocukların yaşam kalitelerinin istatistiksel yönden anlamlı olmasa da daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Kurt ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışmada da alerjik hastalıklar ile evde küf varlığı arasında olumlu bir ilişkinin bulunması, bu bulguyu destekler niteliktedir.

Çalışma grubumuzdaki çocukların %4.9'u astım atağını başlatan hamamböceği uyarandan etkilenmektedir (Tablo 4.2). Hamam böceğinin astım bulgularını tetiklediği çocukların semptomlar alt grubu ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ile hamam böceğinden etkilenmeyen çocukların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Hamam böceği alerjisi ile astım bulguları arasında pozitif yönde ilişki kuran çalışmalar mevcuttur (32,93). Çalışmamızda hamamböceği uyarandan etkilenen çocuklar nadir olmakla birlikte yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve semptomlar alt grup puan ortalamasının yüksek çıkması, konu ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir.

Araştırmada astımlı çocukların annelerin %73.8'inin, babaların ise %65'inin ilköğretim mezunu olup ebeveynlerin eğitim düzeylerinin astımlı çocuğun yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür (Tablo 4.10). Demirci'nin (2011) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızda ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile astımlı çocukların yaşam kalitesi ölçeği alt grup ortalamaları karşılaştırıldığında ise; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte ebeveynleri lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan çocukların alt grup puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Gümüş'ün (2012) çalışmasında da ebeveynleri lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan çocukların gerek yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları, gerekse alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda ebeveynlerin eğitim düzeyi yükseldikçe çocukların yaşam kalitelerinin de olumlu yönde etkilendiği düşünülebilir.

Çalışmamızda anne ve/veya babası çalışan astımlı çocukların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ve alt grup puan ortalamaları ebeveynleri çalışmayan gruba oranla yüksek bulunsa da, aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Bu doğrultuda anne ve babaların çalışma durumlarının astımlı çocuğun yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Araştırmada ebeveynlerin ekonomik durumlarının astımlı çocukların yaşam kalitesine etkisi değerlendirildiğinde; istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki saptanmamakla birlikte, gelirin giderine eşit olduğunu ifade eden ebeveynlerin çocuklarında yaşam kalitesi toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Gümüş'ün (2012) çalışmasında astımlı çocuklarda ailenin ekonomik geliri azaldıkça yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının ve semptomlar alt grubu ile duygusal işlev alt grup puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir. Nogueria'nın (2009) çalışmasında ise ekonomik durum ve yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

Ev ortamında, astımlı çocuk ile birlikte yaşayan kişi sayısının yaşam kalitesine etkisine bakıldığında; evde yaşayan kişi sayısı arttıkça yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır. Evde yaşayan kişi sayısı ile faaliyet kısıtlaması alt grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ta anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Faaliyet kısıtlaması alt grup puan ortalamasındaki bu anlamlılık; evde yaşayan kişi sayısının artması sonucu astım semptomları görülmemesi için çocuğa getirilen kısıtlamaların birçok kişi tarafından uygulanması ile ilişkilendirilebilir. Literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında ise; evde yaşayan kişi sayısının astımlı çocuğun yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna ulaşıldığı görülmüştür (21,42).

Araştırmada ebeveynlerde astım varlığının, çocuğun yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.10). Bu bulgu, literatür ile de benzerlik göstermektedir (21,42). Kardeşlerde astım varlığının astımlı çocuğun yaşam kalitesine etkisine bakıldığında ise; astımlı kardeşi olanların faaliyet kısıtlaması alt grup puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Bu farkın, ebeveynlerin astımlı diğer çocukları ile ilgili geçmiş deneyimlerinin bir sonucu olarak, astımlı çocuğun faaliyetlerine koydukları kısıtlamalardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Sigara dumanına maruz kalma, astımlı çocuklarda astım atağını başlatan faktörlerden biri olarak bilinmektedir (36). Bu araştırmada annelerin %10.7'sinin, babaların ise %45.6'sının sigara kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3). Babası sigara içen astımlı çocukların yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte babası sigara içmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Gümüş'ün (2012) çalışmasında ailede sigara içimi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Murray ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise, annesi sigara içen astımlı çocuklarda astım bulgularının, annesi sigara içmeyenlere göre çok daha yoğun olduğu bulunmuştur (63).

Literatürde annenin sigara kullanmasının çocuktaki astım semptomlarıyla ilişkilendirildiği bir çok çalışma bulunmaktadır (21,32,36,51,62,63,66,72). Bu çalışmada annesi sigara kullanan çocukların faaliyet kısıtlaması alt grup puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş olup aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 4.10). Bu bulgu, astımlı çocukların anneleri sigara içseler bile çocuklarının bulunduğu ortamda içmedikleri ve dolayısıyla çocuğun yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmediğini düşündürmektedir.

Çalışmada ebeveynlerin %89.3'ü astım hastalığına yönelik eğitim aldıklarını belirtmişlerdir ve istatistiksel yönden anlamlı olmamakla birlikte ebeveynleri astıma ve astımı başlatan uyaranlara yönelik eğitim aldığını belirten çocukların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.10). Hastalık hakkında bilgi eksikliği, ölüm korkusu ve hastalık anksiyetesi, astımlı çocuğu olan ailelerde önemli bir stres kaynağıdır. Ebeveynlere astım hastalığı, ilaçların kullanımı ve tedavi gereksinimleri hakkında verilecek her türlü eğitim ve destek anksiyete düzeyini azaltır, tedaviye uyumu artırır ve ebeveynlerin stresini en aza indirir (5). Bu çalışmada da ebeveyni eğitim alan çocukların yaşam kalitesinin daha yüksek bulunması, ebeveynlerin çocuklarının hastalığına yönelik eğitim yolu ile bilinçlendirilmelerinin önemini bir kez daha göstermektedir.

Astım, çocukların günlük yaşamlarını ve aktivitelerini çeşitli yönlerden etkileyen bir hastalıktır. Çalışmamızda çocukların %78.6'sının hastalık nedeniyle günlük aktivitelerinin etkilendiği saptanmıştır (Tablo 4.4). Astım nedeniyle en fazla etkilenen aktivite ise %65 ile oyun aktivitesi olmuştur. Oyun, çocuğun yaşamının önemli bir parçasıdır ve çocuğun gerek fiziksel, gerekse bilişsel ve psikososyal gelişimine çok değerli katkıları olduğu bilinmektedir. Çalışma kapsamındaki çocukların astım hastalığı nedeniyle etkilenen diğer aktivitelerine bakıldığında; %45.6'sının derslere düzenli devam edemediği, %43.7'sinin kesintili uyku uyuduğu, %25.2'sinin iştahında azalma olduğu, %12.6'sının hızlı koşmadığı ve %8.7'sinin beden eğitimi

derslerine giremedikleri görülmüştür. Özkaya'nın (2014) çalışmasında çocuğun astım nedeniyle etkilenen üç aktivitesi koşma (%66), futbol oynama (%36) ve merdiven çıkma (%27) olarak belirtilirken; Reichenberg'in (2000) İsveç'te yaşayan astımlı çocukları kapsayan çalışmasında ise koşma (%74), jimnastik (%30) ve yükseğe tırmanma (%26) olarak belirlenmiştir. Literatürde çocukların hastalık nedeniyle etkilenen aktivitelerinden koşma aktivitesi ön planda iken, bu çalışmada en çok oyun oynama aktivitesinin görülmesi ailelerin astımlı çocuklarına karşı sergiledikleri koruyucu, kollayıcı ve sınır koyucu tutum ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada günlük aktiviteleri astım nedeniyle etkilenen çocukların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ve alt grup puan ortalamaları günlük aktivitelerinin etkilenmediğini belirten çocuklara göre daha düşük olarak bulunmuştur (Tablo 4.11). Günlük aktiviteleri astım nedeniyle etkilenmiş olan çocukların semptomlar alt grubu puan ortalamaları ile etkilenmeyen çocukların aynı alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Çalışmada oyun oynayabilen, derslerine düzenli devam edebilen, iştahta azalma yaşamayan ve hızlı koşabilen çocukların yaşam kalitelerinin istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlar hastalık nedeniyle günlük aktivitelerdeki farklılaşmaların çocuğun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini desteklemektedir.

Araştırmada ebeveynlerin %96.1'i çocuğun bulunduğu ortamda sigara içilmediğini belirtmişlerdir (Tablo 4.5). Bulduğu ortamda sigara içilen çocukların yaşam kalitesi puan ortalamaları, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha düşük bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.12). Bu sonuç, çocuğun bulunduğu ortamda sigara içilmesinin semptomları arttırdığını ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Literatürde de sigara içilen ortamda bulunan astımlı çocukların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmış olan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (21,32,62,66).

Araştırmada örnekleme oluşturan grubun %88,3'ünün evde ısınma aracı olarak kombi; %11,7'sinin de kömür sobası kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.5). Soba ve biyoyakıt kullanımının gaz kullanımına kıyasla alerjik temelli solunum hastalıkları üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (54). Demirci (2011) çalışmasında sobalı evde oturan astımlı çocukların semptomlar alt grup puan ortalamasını daha düşük bulurken; Gümüş'ün (2012) çalışmasında da ısınma aracı olarak soba kullanan hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada astımlı çocukların büyük bir kısmının evlerinde soba kullanılmaması ve ısınma aracı olarak kombi kullanılan ev ortamında yaşayan çocukların yaşam kalitesi puan ortalamalarının da daha yüksek bulunması, olumlu bir bulgu olarak düşünülebilir.

Evcil hayvan beslemenin, astım hastalarında semptomları arttırdığı bilinmektedir. Bu çalışmada evde hayvan bulundurma durumu sorgulandığında astımlı çocukların %11,7'sinin evlerinde evcil hayvan (kuş) bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Evlerinde evcil hayvan beslenen çocukların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; puan ortalamalarının evcil hayvan bulunmayan evlerde yaşayan çocuklara göre daha yüksek olduğu ve duygusal işlev alt grubu puan ortalamalarında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. ($p < 0.05$) (Tablo 4.12). Kurt ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada hayvan ahırına yakın yaşayan bireylerde solunum hastalıkları semptomlarının daha fazla görüldüğünü belirlemişlerdir. Tamay'ın (2007) yaptığı çalışmada da evde hayvan varlığının astım bulgularını arttırdığı gösterilmiştir. Demirci'nin (2011) çalışmasında ise evde hayvan besleme ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Literatürde evcil hayvan beslemenin, özellikle kronik hastalığı olanlar üzerindeki olumlu etkilerinden söz edilmektedir (16). Araştırmamızda evlerinde evcil hayvan bulunan çocukların yaşam kalitesi puan ortalamalarının, özellikle de duygusal işlev puan ortalamalarının daha yüksek bulunması; çocuklarda astım bulgularının

çok yoğun olmaması ve hayvan beslemenin çocuklarda duygusal yönden olumlu etkilerinin olması ile açıklanabilir.

Astım bulgularını tetikleyen etmenler arasında yer alan ev ortamında rutubet bulunması durumu değerlendirildiğinde; çalışma grubuna dahil edilen çocukların ebeveynlerinin %30,1'i yaşadıkları evin rutubetli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.5). Bu araştırmada da konu ile ilgili literatüre benzer şekilde; istatistiksel olarak anlamlı olmasa da rutubetli ev ortamında yaşayan çocukların yaşam kalitesi puan ortalamalarının, rutubetli ev ortamında bulunmayan çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Yapılan çeşitli çalışmalarda (15,21,42,54,83,84) rutubetli ev ortamında yaşamının, astımlı hastalarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

Astımlı çocukların yaşadıkları ev ortamının güneş alma durumuna bakıldığında; %93,2'sinin evlerinin güneş aldığı belirtilmiş ve güneş alan evlerde oturanların yaşam kalitesi puan ortalamaları, yeterli güneş ışığı almadığı belirtilen evlerde oturanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Demirci'nin (2011) ve Gümüş'ün (2012) çalışmasında elde edilen bulgular da, bu çalışmayı destekler niteliktedir. Güneş alan evlerde görülen nemin daha az olması sonucunda çocukta görülen astım bulgularının azalmasına bağlı yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiği düşünülebilir.

Araştırmada ebeveynlerin %98,1'i evlerini her gün havalandırdıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.5). Evin havalanma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evin havalandırma durumu yeterli olan grupla yetersiz olan grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Demirci'nin (2011) çalışmasında da benzer sonuç gözlenmektedir.

6. SONUÇLAR

Astım tanısı ile izlenen çocuklarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. Çocukların %73.8'i 7-11 yaş grubunda olup %51,5'i kızdır. Ebeveynlerin %36,9'u çocukların ders başarısızlığı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.1).
2. Çocukların %35'inde astım tanısı konulduktan sonra geçen sürenin 4-6 yıl olduğu; %38,8'inin astım nedeniyle hastaneye yattığı; %75,7'sinin astım atağı geçirdiği; %74,8'inde haftada birden az astım bulgularının ortaya çıktığı; %90.3'ünün sürekli ilaç kullandıkları; %78.6'sının da ilaçlarını düzenli kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2).
3. Astımlı çocukların %31.1'i hastalığa bağlı olarak kendilerini yaşlılarından farklı hissettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2).
4. Çocukların %67'sinde sigara dumanı, %66'sında ev tozu akarları, %57,3'ünde polenler, %46,6'sında hava kirliliği, %11,7'sinde hayvanlar, yine aynı oranda (%11.7) psikolojik etmenler, %9,7'sinde nem, %5,8'inde küf ve %4,9'unda da hamamböceğinin astım belirtilerini başlattığı saptanmıştır (Tablo 4.2).
5. Ebeveynlerin %82.5'i gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu; tamamına yakını da (%95.1) sosyal güvencelerinin bulunduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.3).
6. Çocukların %57.3'ünün evinde 4 ve daha az sayıda kişi yaşamaktadır. Kardeşi olduğunu belirten çocukların (%89.3) %25.2'sinin kardeşlerinde de astım hastalığı olduğu ifade edilmiştir (Tablo 4.3).
7. Ebeveynlerin %89.3'ünün astıma yönelik, %92.2'sinin de astımı başlatan uyaranlara yönelik eğitim aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3).

8. Çocukların %78,6'sının günlük aktiviteleri astım nedeniyle etkilenmektedir. Hastalığa bağlı çocuğun günlük aktivitelerinin etkilendiğini belirten ebeveynlerin %65'i çocuklarının oyun oynayamadığını, %45,6'sı okulda derslere düzenli devam edemediğini, %43,7'si kesintili uyku uyduğunu, %25,2'si iştahının azaldığını, %12,6'sı hızlı koşamadığını, %8,7'si okulda beden eğitimi derslerine giremediğini ve %6,8'i de iştahının arttığını belirtmişlerdir (Tablo 4.4).
9. Astımlı çocuğun yaşadığı ev ortamının özelliklerine göre; ebeveynlerin %96,1'inin çocuğun bulunduğu ortamda sigara içilmediğini ifade ettikleri , %88,3'ünün evde ısınma aracı olarak kombi kullandıkları, %88,3'ünün evlerinde evcil hayvan bulunmadığı, %30,1'inin evlerinde rutubet olduğu, %93,2'sinin evlerinin güneş aldığı, %98,1'inde evin havalanma durumunun yeterli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).
10. Çocukların Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları 121.53 ± 25.29 olarak bulunmuştur. Alt grup puan ortalamaları değerlendirildiğinde; en düşük puan ortalaması faaliyet kısıtlaması boyutunda bulunmuş, bunu duygusal işlev ve semptomlar alt grupları izlemiştir (Tablo 4.6).
11. Kalabalık ev ortamında yaşayan ve kardeşlerinden birinde de astım hastalığı olan çocukların faaliyet kısıtlaması alt grup puan ortalaması düşük bulunmuştur ($p < 0.05$).
12. Hastalık nedeniyle günlük aktiviteleri etkilenen, sigara dumanına maruz kalan, psikolojik etmenlerle karşılaşan çocuklarda semptomlar alt grup puan ortalamasının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).
13. Psikolojik etmenlerle karşı karşıya olan çocuklarda duygusal işlev alt grup puan ortalamasının da düşük olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

14. Evde evcil hayvan beslenen astımlı çocukların duygusal işlev alt grup puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
15. Hamamböceği uyarını ve psikolojik etmenlerle karşı karşıya olan çocuklarda yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).



7. ÖNERİLER

Astım tanısı ile izlenen çocuklarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Astımlı çocukların deneyimlediği hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve öksürük atakları gibi semptomlar nedeniyle yaşam kalitelerinin etkilendiği görülmektedir. Bu doğrultuda hemşirenin; semptomları başlatan uyaranları, astım hastalığını, doğru ve etkin ilaç tedavisini, öz bakımı çocuk ve aileye öğretmek; evde bakımın sürekliliğini sağlaması gereklidir.
2. Ebeveynlere verilecek olan eğitim ile çocuğa karşı oluşturulan koruyucu tutum engellenmeli ve çocuğun oyun, okul, spor gibi faaliyetlerini sağlık profesyonelinin belirlediği program doğrultusunda sürdürmesi sağlanmalıdır.
3. Psikolojik etkenlerin astım semptomlarını arttırmasını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesini engellemek için; çocuğun kendi hastalığı ile baş etme konusunda otonomisinin sürdürülmesi sağlanmalı ve her yaş dönemine özgü ayrı yaklaşım sergilenmelidir.
4. Pediatri hemşireleri alerjenler tespit edilince, nöbeti başlatabilecek alerjenlerle çocuğun ilişkisini azaltacak biçimde çevreyi düzenlemeleri konusunda aileye yardımcı olmalıdırlar.

8. KAYNAKLAR

1. Arseven, O. ve ark. (2002). Hava yolu hastalıkları bronşiyal astım. Akciğer Hastalıkları. Nobel tıp kitabevi. İstanbul. 133-144.
2. Atambay, M. ve ark. (2006). Alerjik Deri Testi İle Ev Tozu Akarı Arasındaki İlişki. Türkiye Parazitoloji Dergisi. 30 (4): 327-329.
3. Atik, A., Taçoral, E., Altunkasa, M.F. (2014). Kent Halkının Kentsel Yaşam Memnuniyeti Üzerinde Etkili Sosyo-Demografik Özelliklerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma: Kemaliye Örneği. İnönü Üniversitesi Sanat ve Tasarım Dergisi. 4(9): 21-33.
4. Barners, P.J. (2010). Asthma. Harrison's Pulmonary and Critical Care Medicine. Edit: Loscalzo, J. The Mc Graw-Hill. 60-78
5. Baykara, A., Güvenir, T., Miral, S. (2011). Hastalık ve hastaneye yatışın çocuk üzerinde etkisi. Ben Hasta Değilim. Nobel tıp kitabevi. İstanbul. 398-402.
6. Bayram, H., Dikensoy, Ö. (2006) Hava kirliliği ve solunum sağlığına etkileri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 54(1): 80-89
7. Bekir, H., Şahin, H., Aydın, R. (2013). 4-7 Yaş Arası Sağlıklı Çocukların Ebeveyn Görüşlerine Göre Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi, Journal of World of Turks. 5(3).
8. Beşer, N., Öz, F. (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 7 (1).
9. Beuther, D.A., Sutherland, E.R. (2007). Overweight, Obesity, and Incident Asthma: a meta-analysis of prospective epidemiologic studies. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 175:661-666.
10. Boran, P., Tokuç, G., Pişgin, B., Oktem, S. (2008). Assessment of quality of life in asthmatic Turkish children. Turk J Pediatr. 50(1): 18-22.

11. Bowling, A. (2001). Measuring Disease: A Review Of Disease-Specific Quality Of Life Measurement Scales. British Library. 1-10.
12. Bozkurt, N., Bozkurt, A.İ. (2015). Astımda semptom kontrolü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Dicle Medical Journal. 42(2):208-213.
13. Bozkurt, G., Yıldız, S. (2004). Astımlı okul çocuklarına hastalığın yönetimi konusunda verilen eğitimin yaşam kalitelerine etkisi. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi. 13(53):101-113.
14. Browne, J.P. (1999). Health-related quality-of life studies inurology: conceptual and methodological considerations. World J Urol. 17(4):193-8.
15. Casas, L., Tischer, C., Taubel, M. (2016). Pediatric asthma and the indoor microbial environment. Curr Envir Health Rpt. Doi: 10.1007/s40572-016-0095-y
16. Cevizci, S., Erginöz, E., Baltaş, Z. (2009). Ruh sağlığının iyileştirilmesinde destek bir tedavi yaklaşımı: Hayvan destekli tedavi. Nobel Medicus. 5(1): 4-9.
17. Currie, G.P. (2008). Asthma. Oxford respiratory medicine library. New York.
18. Çelik, G.E. (2012). Epidemiyoloji ve risk faktörleri. Astım. Ankara: Salmat Matbaacılık. s:7.
19. Çelik, G.E. (2012). Tetikleyiciler ve allerjenler. Astım. Ankara: Salmat Matbaacılık. s:32.
20. Demirağ, S.A. (2009). Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi. 2:58-63
21. Demirci, E., Güler, N. (2011). Astımlı çocuklarda yaşam kalitesi ve etkileyen bazı faktörler. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi.
22. Dursun, B. ve ark. (2011). Astımla Yaşam. Türk Toraks Derneği eğitim kitapları serisi.
23. Durualp, E., Kara, F.N., Yılmaz, V., Alaybeyoğlu, K. (2010). Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre

- yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 63(2): 55-63.
24. Eiser, C., Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assessment*. 5:1-156.
 25. Eiser, C., Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technology Assessment*. 5(4): 148.
 26. Ekici, B., Cimete, G. (2015). Effects of an asthma training and monitoring program on children's disease management and quality of life. *Turk Thorac J*. 16: 158-65.
 27. Ekşi, A. (2011). Astım hastalığının psikososyal yönü: Araştırma bulguları. *Ben hasta değilim*. Nobel tıp kitabevi. İstanbul, s. 480-484.
 28. Ergin, D., Yüksel, H., Şen, N., Eser, Ö., Özmen, D. (2007). Astımlı çocuklar ile sağlıklı çocukların ve ailelerinin yaşam kalitesinin karşılaştırılması ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Manisa. s. 75.
 29. Eser, E. (2004). Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. 4-6.
 30. Fagan, J.K., Scheff, P.A., Hryhorczuk, D., Ramakrishnan, V., Ross, M., Persky, V. (2001). Prevalence of asthma and other allergic diseases in an adolescent population: association with gender and race. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 86:177-84.
 31. Felce, D., Perry, J. (1995). Quality of Life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 16(1):51-74.
 32. Finkelstein, J.A., Fuhlbrigge, A. et al. (2002). Parent-reported environmental exposures and environmental control measures for children with asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 156(3): 258-264.
 33. Fowler, M.G., Johnson, M. P., Atkinson, S.S. (1985). School achievement and absence in children with chronic health conditions. *The Journal of pediatrics*. 106(4), 683-687.
 34. Gemicioğlu, B. (2004). Bronş Hiperaktivitesi. *Astım ve Eşlik Eden Durumlar*, Edt: Karakaya, G., Kalyoncu A.F. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi

35. Gillette, C., et al. (2016). Inhaler Technique in Children With Asthma: A Systematic Review. *Academic Pediatrics*.
36. Gilliland, F.D., Berhane, K. ve ark (2000). Maternal smoking during pregnancy, environmental tobacco smoke exposure and childhood lung function. *Thorax*. 55:271–276
37. Global Asthma Report. (2014). s:11. (5 Kasım 2015) <http://isaac.auckland.ac.nz/resources/resources.php?menu=res>
38. Global initiative for asthma (GINA update) (2015). Pocket guide for asthma management and prevention for adults and children older than 5 years. www.ginasthma.org (22 Aralık 2015)
39. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2016). Global Initiative for Asthma (GINA).
40. Göker, Z., Aktepe, E., Kandil, S. (2011). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerin benlik saygıları ve yaşam kaliteleri. *Yeni Symposium*. 49, 209-216.
41. Gunnbjörnsdottir, M.I., Franklin, K.A., Norback, D., et al. (2006). Prevalence and incidence of respiratory symptoms in relation to indoor dampness: the RHINE study. *Thorax*. 61: 221-225.
42. Gümüş, S., Kelekçi, S., Yolbaşı, İ., Gürkan F. (2012). Astımlı Çocukların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 3(2):178-81.
43. Hockenberry, MJ., Wilson, D. (2009). Long-Term Respiratory Dysfunction, Asthma. *Wong's Essential Pediatric Nursing*. Canada, s. 783-803.
44. Horner, C.C., Dula, C. et al. (2016). Letter to the Editor: Daily global stress is associated with nocturnal asthma awakenings in school-age children. *J Allergy Clin Immunol*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2016.01.054>
45. Illi, S., et al. (2001). Early childhood infectious diseases and the development of asthma up to schoolage: a birth cohort study. *BMJ*. 322:390-395.

46. Iley, K. (2007). The impact of asthma on children's lives: a social perspective. *Primary Health Care.* (17)8: 25-29. <http://dx.doi.org/10.7748/phc2007.10.17.8.25.c4436>
47. Juniper, E.F. (1998). Effect of asthma on quality of life. *Can Respir J.* 5 Suppl A: 77A-84A.
48. Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Ferrie, P.J., Griffith, L.E., Townsend, M. (1996). Measuring quality of life in the parents of children with asthma. *Qual Life Res.* 5: 27-34.
49. Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Ferrie, P.J., Griffith, L.E., Townsend, M. (1996). Measuring quality of life in children with asthma. *Qual Life Res.* 5: 35-46.
50. Kajbaf, T.Z., Asar, S., Alipoor, M.R. (2011). Relationship between obesity and asthma symptoms among children in Ahvaz, Iran: a cross sectional study. *Italian Journal Of Pediatrics.* 37:1.
51. Karadağ, B., Karakoç, F., Kut, A., Bakaç, S., Dağlı, E. (2001). Astımlı çocukların ebeveynlerinin sigara içme davranışları üzerine eğitimin etkisi. *Bağımlılık Dergisi.* 2(2):64-67.
52. Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2(2):
53. Kneepkens, C.M., Brand, P.L. (2010). Clinical practice: Breast feeding and the prevention of allergy. *Eur J Pediatr.* 169:911-7.
54. Kurt, E., Metintaş, S. ve ark. (2009). Türkiye'de alerjilerin prevalansı ve risk faktörleri (PARFAIT): Yetişkinlerde yapılan çok merkezli kesitsel bir çalışmanın sonuçları. *European Respiratory Journal.* 33: 724-733
55. Küçükusta, A.R. (2004). Tanımdan Tedaviye Astım. Edt: Gemicioğlu, B. İstanbul: Turgut Yayıncılık. s:12.
56. Long, P.H. (1960). On the quantity and quality of life. *Med Times.* 88:613-9.
57. Masoli, M., Fabian, D., Holt, S., Beasley, R. (2004). Global Burden of asthma. *GINA Burden Report.* Newyork.

58. Mehravar, F., Rafiee, S., Bazrafshan, B., Khodadost, M. (2016). Prevalence of asthma symptoms in Golestan school children aged 6-7 and 13-14 years in Northeast Iran. *Frontiers of Medicine*. 1-6.
59. Melson, G. F. (1980). *Family And Environment: An Ecosystem Perspective*. Burgess, Minneapolis
60. Memik, N., Ağaoğlu, B. ve ark (2007) Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 18(4):353-363.
61. Mendell, M.J., et al (2011). Respiratory and Allergic Health Effects of Dampness, Mold, and Dampness Related Agents: A Review of the Epidemiologic Evidence. *Environ Health Perspect*. 119:748–756.
62. Morkjaroenpong, V., Rand, C.S., Butz, A.M., Huss, K., Eggleston, P., Malveaux, F.J., Bartlett, S.J. (2002). Environmental tobacco smoke exposure and nocturnal symptoms among inner-city children with asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 110(1): 147-153.
63. Murray, A.B., Morrison, B.J. (1986). The effect of cigarette smoke from the mother on bronchial responsiveness and severity of symptoms in children with asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 77:575-81.
64. Mutlu, B., Balcı, S. (2010). Çocuklarda astım: Risk faktörleri, klinik özellikler ve korunma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 9(1):79-86.
65. Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*. 1: 25-29
66. Nogueira, K.T., Silva, J.R., Lopes, C.S. (2009). Quality of life of asthmatic adolescents: assessment of asthma severity, comorbidity, and life style. *J Pediatr*. 85(6):523-30.
67. *Nursing Care of the Child With a Respiratory Disorder*. 39-49. http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample-content/9780781751155_Kyle/samples/Kyle-3735_19_CH19redo.pdf (5 Aralık 2016)
68. Özbay, Y., İlhan, T. (2013). Kronik hastalığı olan çocuklarda yaşam kalitesi ve başa çıkma: Yarı deneysel bir çalışma. *International Journal of Social Science*. 6(8): 945-962.

69. Özkaragöz, K., Özkaragöz, F. (2005). Astım tedavisi çevresel önlemler. Bronşiyal astım. İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası, s. 136-139.
70. Özkaragöz, K., Özkaragöz, F. (2005). Bronşial Astım. İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası, s:14-17.
71. Özkaragöz, K.,Özkaragöz, F. (2005). Bronşial Astım. İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası, s:47.
72. Özkaya, E., Sancar, Ö., Dünderöz, M.R. (2014). The Effect of Risk Factors on Quality of Life in Childhood Asthma. *Bezmialem Science*. 1: 52-7
73. Öztürk, C., Çalışkaner, Z. (2009). Astım ve Koah'da İnhalasyon Tedavisi. Türkiye solunum araştırmaları derneği inhalasyon tedavileri çalışma grubu. Birinci baskı. İstanbul. s. 1-13.
74. Panitch, H.B., Veler, H., Clayton, R.G., Çeviri: Güler, N. (2007). Astım. Çocuk göğüs hastalıkları. İstanbul tıp kitabevi. 95-115.
75. Reichenberg, K., Broberg, A.G. (2000). Quality of life in childhood asthma: use of the Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire in a Swedish sample of children 7 to 9 years old. *Acta Paediatr*. 89:989-995.
76. Ruokolainen, L., von Hertzen, L., et al. (2015). Green areas around homes reduce atopic sensitization in children. *Allergy*. 70: 195–202.
77. Rydström, I. et al. (2005). Asthma – quality of life for Swedish children. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 739–749.
78. Sandberg, S., Paton, J.Y. et al. (2000). The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *The Lancet*. 356: 982-987.
79. Shah, S., Peat, J.K., Mazurski, E.J., Wang, H. et al. (2001). Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 322:1-5.
80. Shin, D.C. and Johnson, D.M. (1978). Avowed flappiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*. 5:475-492.
81. Söğür, A., Öger, N., Yılmaz, Ö., Ergin, D., Yüksel, H. (2007). Farklı alerjen duyarlılığı olan çocuklarda yaşam kalitesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Manisa. s. 74.

82. Sutherland, E.R., Martin, R.J. (2002). Is infection important in the pathogenesis and clinical expression of asthma? In: Johnston, S.L., Holgate, S.T. (eds): Asthma. Critical Debates. Blackwell Science. 69-84.
83. Tamay, Z., Akçay, A., Ones, U., Guler, N., Kılıç, G., Zencir, M. (2007). Prevalence and risk factors for allergic rhinitis in primary school children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 71: 463—471
84. Taminskiene, V., Mukhopadhyay, S. et al (2016). Factors associated with quality of life in children with asthma living in scotland. Pediatric Pulmonology. 51:484—490.
85. Tanrıöver, Ö., Akan, H. (2014). Yaşam Kalitesi'nin Ölçülmesinin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J FamMed-Special Topics. 5(3):6-8.
86. Thomas, A.O., Lemanske, R.F., Jackson, D.J. (2014). Infections and their role in childhood asthma inception. Pediatr Allergy Immunol. 25(2): 122–128.
87. Tomac, N., Demirel, F., Acun, C., Ayoglu, F. (2005). Prevalence and risk factors for childhood asthma in Zonguldak, Turkey. Allergy Asthma Proc. 26:397-402.
88. Törüner, E., Büyükgönenc, L. (2012). Bronşiyal Astım. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları.Göktuğ Yayıncılık. 614-627.
89. Türk Toraks Derneği. (2014). Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. Bölüm 1.1: Astım Tanım ve Epidemiyolojisi.
90. Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği. Ev Tozu Akarından Korunma. <http://www.aid.org.tr/tr/korunma/ev-tozu-akarlarindan-mite-korunma.html> (10.01.2016)
91. Türkteş, İ., Selçuk, Z.T., Kalyoncu, A.F. (2001). Prevalence of asthma associated symptoms in Turkish children. Turk J Pediatr. 43: 1-11.
92. Türkteş, H. (2011). Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı. Edt: Bilgiç, H., Karadağ, M., Arseven, O. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s: 127.
93. Uzel, A., Çapan, N., Canbakan, S., ve ark. (2005). Evaluation of the relationship between cockroach sensitivity and house-dust-mite sensitivity in Turkish asthmatic patients. Respir Med. 99:1032-7.

94. Üneri, Ö. Ş., Karadavut, K. İ. (2010) Ebeveyn değerlendirmesine dayalı, serebral palsili çocuklarda yaşam kalitesi: Bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 47, 127-132.
95. Üneri, Ö., Çakın Memik, N. (2007). Çocuklarda Yaşam Kalitesi Kavramı ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Gözden Geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 14(1).
96. Üzel, A., Çapan, N., Canbakan, S., Yurdakul, A.S., Dursun, B. (2005) Evaluation of the relationship between cockroach sensitivity and house-dust-mite sensitivity in Turkish asthmatic patients. *Respiratory Medicine*. 99: 1032–1037.
97. WHO/WAO (2002) Meeting prevention of allergy and allergic asthma, Geneva World health organization.
98. Yıldız, F., Oğuzülgen, I.K., Dursun, B., Mungan, D., Gemicioğlu, B., Yorgancıoğlu, A. (2011). Turkish Thoracic Society asthma management and prevention guideline: keypoints. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 59(3): 291-311.
99. Yıldız, Ö., Çakın-Memik, N., & Ağaoğlu, B. (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 47(4), 314-318.
100. Yong, B.H., Chen, Y.C., Chiang, B.L., Chag, Y.C. (2005). Effects of nursing instruction on asthma knowledge and quality of life in school children with asthma. *Journal of Nursing Research*. 13 (3): 174-182.
101. Yüksel, H., Yılmaz, O., Kırmaz, C., Eser, E. (2009). Validity and reliability of the Turkish translation of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire. *Turk J Pediatr*, 51(2): 154-60.
102. Zandieh, F., Moin, M., Movahedi, M. (2006). Assessment of Quality of Life in Iranian Asthmatic Children, Young Adults and Their Caregivers. *Iran J Allergy Asthma Immunol*. 5(2): 79-83.
103. Zheng, T., Yu J., Oh, M.H., Zhu, Z. (2011). The Atopic March: Progression from Atopic Dermatitis to Allergic Rhinitis and Asthma. *Allergy Asthma Immunol Respiratory*. 3(2): 67-73.

9. EKLER

EK 1 Sosyodemografik Soru Formu

EK 2 Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK 3 Koç Üniversitesi Etik Kurul Kararı

EK 4 Kamu Hastaneler Birliği İzin Yazısı

EK 5 Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 6 Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kullanım İzni

Ek 7 Özgeçmiş

EK.1 SOSYODEMOGRAFİK SORU FORMU

Sayın katılımcı;

Çalışma astım tanısı ile izlenen çocuğunuzun yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Çalışmadan elde edeceğimiz sonuçlar, sizlere daha iyi bir hizmet vermemize katkıda bulunacaktır. Toplanan veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Tüm sorulara cevap vermeniz sonuçlar için oldukça önemlidir.

Çalışmamıza katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Görüşme Tarihi:

1. Çocuğa yakınlık dereceniz

- a) Anne
- b) Baba

2. Yaşınız

3. Medeni Durumunuz

4. Eğitim durumunuz

- a) Okuma-yazma bilmiyorum
- b) Okur yazarım, ancak bir okul bitirmedim
- c) İlköğretim mezunuyum
- d) Lise mezunuyum
- e) Yüksekokul mezunuyum

5. Eşinizin eğitim durumu

- a) Okuma-yazma bilmiyor
- b) Okur yazar, ancak bir okul bitirmedi
- c) İlköğretim mezunu
- d) Lise mezunu
- e) Yüksekokul mezunu

6. Çalışıyor musunuz?

- a)Evet
- b)Hayır

7.Eşiniz çalışıyor mu?

- a)Evet
- b)Hayır

8. Yaşadığınız yer

- a) İl merkezi b) İlçe c) Köy d) Belde

9. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz

- a) Düşük b) Orta c) Yüksek

10. Sosyal güvenceniz var mı?

- a)Evet b)Hayır

11.Evinizde yaşayan birey sayısı:.....

12. Bu çocuğunuzdan başka çocuğunuz var mı?

- a)Evet b)Hayır

Evet ise;Kaç çocuğunuz var ?.....

13. Astım hastalığı olan başka çocuğunuz var mı?

- a)Evet b)Hayır

14. Sizde ya da eşinizde astım hastalığı var mı?

- a)Evet b)Hayır

15. Sigara içiyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

16. Eşiniz sigara içiyor mu?

- a) Evet b) Hayır

17.Çocuğunuzun bulunduğu ortamda sigara içiliyor mu?

- a) Evet b) Hayır

18. Evinizde ısınma aracı olarak ne kullanıyorsunuz?

19.Evde evcil hayvan besleniyor mu?

- a)Evet b)Hayır

20.Evinizin nem (rutubet) durumu nasıldır?

- a) Rutubetli b)Rutubet yok

21.Eviniz güneş alıyor mu?

- a)Evet b)Hayır

22. Evinizin havalanma durumu nasıldır?

a)Yeterli b)Yetersiz

23. Çocuğunuz kaç yaşında?.....

24. Cinsiyeti:

a) Kız b)Erkek

25.Çocuğunuz okula gidiyor mu?

a)Evet b)Hayır

Evet ise kaçınıcı sınıfta?.....

26. Çocuğunuz ne zamandır (Kaç yıl? Kaç ay?) astım tanısı ile izleniyor?

.....

27. Çocuğunuz astım hastalığı nedeniyle hastaneye yattı mı?

a) Evet b) Hayır

Evet ise kaç kez yattı?

28. Çocuğunuz son 6 ay içinde astım atağı geçirdi mi?

a) Evet b) Hayır

Evet ise kaç kez geçirdi?

29. Astım hastalığı çocuğunuzun günlük aktivitelerini (okul, oyun, beslenme, uyku, arkadaşlarıyla birlikte olma vb) etkiliyor mu?

a) Evet b) Hayır

Evet ise nasıl etkiliyor?

30.Astım hastalığına yönelik eğitim aldınız mı?

a)Evet b)Hayır

31.Astım atağını başlatan uyaranlar hakkında eğitiminiz var mı?

a)Evet b)Hayır

32.Çocukta astım atağını başlatan uyaranlar nelerdir?

- Polenler
- Ev tozu akarı
- Hamamböceği
- Hayvanlar

- Kf
- Sigara dumanı
- Hava Kirliliği
- Nem
- Psikolojik etkenler
- Bazı besinler (süt, yumurta, fıstık, balık, buğday, soya, kabuklu deniz ürünleri, kuruyemiş, muz vb.)
- Diğer.....

33.Bu uyarılar için evde önlem alıyor musunuz?

- a)Evet b)Hayır

34.ocukta astım belirtileri sıklığı nedir?

- 1.**Haftada 1'den az **2.** Haftada birkaç kez **3.**Her gün **4.** Sürekli

35.Astım nedeniyle sürekli kullanılan ilaçlar var mıdır?

- a)Evet b)Hayır

36.Çocuğunuz ilaçlarını düzenli kullanıyor mu?

- a)Evet b)Hayır

37.Çocuğunuz kendisini yaşlıtlarından farklı hissettiğini ifade ediyor mu?

- a)Evet b)Hayır

Evet ise örnek verebilir misiniz?.....

EK.2 ASTIMLI ÇOCUK YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

ÇOCUKLAR İÇİN ASTIM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (S)

HASTA NO.....

(TUKKISH VERSION)

TARİH.....

KENDİ KENDİNE UYGULANACAK

Lütfen **geçtiğimiz hafta boyunca astıma bağlı olarak** neler yaşadığını en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alarak **bütün** soruları yanıtla.

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUMLAR NEDENİYLE NE KADAR **RAHATSIZLIK DUYDUN?**

	Aşırı derecede rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Oldukça fazla rahatsız oldum	Biraz rahatsız oldum	Çok az rahatsız oldum	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım	Hiç rahatsız olmadım
1. BEDENSEL FAALİYETLER (koşma, yüzme, spor yapma, merdiven çıkma/tepelere tırmanma, bisiklete binme gibi)?	1	2	3	4	5	6	7
2. HAYVANLARLA BİRLİKTE OLMA (ev hayvanlarıyla oynama, hayvanlara bakma gibi)?	1	2	3	4	5	6	7
3. ARKADAŞLAR VE AİLEYLE OLAN FAALİYETLER (tenefüste oynama, arkadaş/aillenle beraber bir şeyler yapma gibi)?	1	2	3	4	5	6	7
4. ÖKSÜRÜK?	1	2	3	4	5	6	7

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK AŞAĞIDAKİ SORUNLARI **HANGİ SIKLIKLA** YAŞADIN?

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça sık	Bazen	Arada bir	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
5. Astımın nedeniyle kendini ne sıklıkta ÜZGÜN VE KIRGIN hissettin?	1	2	3	4	5	6	7
6. Astımın nedeniyle kendini ne sıklıkta YORGUN hissettin?	1	2	3	4	5	6	7
7. Astımın nedeniyle kendini ne sıklıkta ENDİŞELİ YA DA KAYGILI hissettin?	1	2	3	4	5	6	7

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR **RAHATSIZLIK** DUYDUN?

	Aşırı derecede rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Oldukça fazla rahatsız oldum	Biraz rahatsız oldum	Çok az rahatsız oldum	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım	Hiç rahatsız olmadım
8. ASTIM KRİZLERİ	1	2	3	4	5	6	7

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU **HANGİ SIKLIKLA** YAŞADIN?

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça sık	Bazen	Arada bir	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
9. Astımın nedeniyle kendini KIZGIN hissetme?	1	2	3	4	5	6	7

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR **RAHATSIZLIK DUYDUN?**

	Aşırı derecede rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Oldukça fazla rahatsız oldum	Biraz rahatsız oldum	Çok az rahatsız oldum	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım	Hiç rahatsız olmadım
10. GÖĞÜSTE HIRILTI	1	2	3	4	5	6	7

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU **HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?**

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça sık	Bazen	Arada bir	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
11. Astımın yüzünden kendini TEDİRĞİN hissetme	1	2	3	4	5	6	7

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR **RAHATSIZLIK DUYDUN?**

	Aşırı derecede rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Oldukça fazla rahatsız oldum	Biraz rahatsız oldum	Çok az rahatsız oldum	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım	Hiç rahatsız olmadım
12. GÖĞÜSÜNDE SIKIŞMA	1	2	3	4	5	6	7

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU **HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?**

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça sık	Bazen	Arada bir	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
13. Astımın yüzünden kendini	1	2	3	4	5	6	7

FARKLI YA DA DIŞLANMIŞ hissetme							
---	--	--	--	--	--	--	--

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR **RAHATSIZLIK DUYDUN?**

	Aşırı derecede rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Oldukça fazla rahatsız oldum	Biraz rahatsız oldum	Çok az rahatsız oldum	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım	Hiç rahatsız olmadım
14. NEFES DARLIĞI	1	2	3	4	5	6	7

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMLARI **HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?**

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça sık	Bazen	Arada bir	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
15. BAŞKALARINDAN GERİ KALMA NEDENİYLE ÜZÜLME VE KIRGINLIK duyma?	1	2	3	4	5	6	7
16. Astımın nedeniyle GECE UYKUDAN UYANMA?	1	2	3	4	5	6	7
17. Astımın nedeniyle kendini RAHATSIZ hissetme?	1	2	3	4	5	6	7
18. Astımın nedeniyle NEFES ALAMADIĞINI hissetme?	1	2	3	4	5	6	7

19. Astımın nedeniyle BAŞKALARINDAN GERİ KALMA?	1	2	3	4	5	6	7
20. Astımın nedeniyle GECE HUZURSUZ UYUMA?	1	2	3	4	5	6	7
21. ASTİM KRİZİ GELECEK DİYE KORKMA duygusu?	1	2	3	4	5	6	7

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA YAPTIĞIN BÜTÜN FAALİYETLERİ DÜŞÜN:

	Aşırı derecede rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Oldukça fazla rahatsız oldum	Biraz rahatsız oldum	Çok az rahatsız oldum	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım	Hiç rahatsız olmadım
22. Bu faaliyetleri yürüttüğün sırada astımın seni ne kadar rahatsız etti?	1	2	3	4	5	6	7

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU **HANGİ SIKLIKLA** YAŞADIN?

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça sık	Bazen	Arada bir	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
23. DERİN NEFES ALMADA güçlük çekme?	1	2	3	4	5	6	7

EK.3 ETİK KURUL KARARI

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOC
ÜNİVERSİTESİ**

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	02.12.2015
Karar No:	2015.265.IRB3.140
Sorumlu Araştırmacı:	Yağmur Şancı
Araştırma Başlığı:	Astım Tanısı İle İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
Başlangıç tarihi:	09.12.2015
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer
Başkan

EK.4 KAMU HASTANELER BİRLİĞİNİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/02/2016-1609



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 35778018-770
Konu : Araştırma İzinleri Hk.
(Yağmur ŞANCI)

SAĞLIK BAKANLIĞI MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yağmur ŞANCI'nın "Astım Tanısı ile İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu araştırmasını Kurumunuzda uygulama talebi, Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuzca incelenmiş olup, 24/12/2015 tarihli komisyon toplantısında alınan kararla yapılacak olan çalışmanın ilgili Anabilim Dalının uygunluk vermesi koşulu ile yapılması uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın 28 Mart - 28 Mayıs 2016 tarihleri arasında tamamlanması ve ilgili birimlere gerekli bilgilendirmenin yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Kadir İŞİK
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı V.

EK :
Çalışma Örneği (26 Sayfa)

İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
Ebru ORAK NIKSARLI
Uzman
Güvenli Elektronik İmza ile Aymdır
08 Şubat 2016

04.02.2016 Hemşire: Emine DENİZ EĞİLLİ
05.02.2016 Uzman: Gülşen ÜZEL
05.02.2016 Koordinatör Uzman: Mustafa Çoşkun AYAN

Evrakın Doğrulama İçin : http://ebys.iagb.gov.tr:8028/enVision/Validate_doc.aspx?V=BE844C4R6

Telefon:0216 421 26 26 Faks:0216 421 00 05
e-Posta:emineegilli@gmail.com Elektronik Ağ:www.iagb.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi için İrtibat: Emine DENİZ
EĞİLLİ
Unvanı: Hemşire

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK.5 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

GÖNÜLLÜ DENEK BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Araştırmanın konusu	:	Astım Tanısı İle İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
Araştırmanın amacı	:	Astım tanısı ile izlenen çocuklarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek
Araştırmaya katılma süresi	:	20 dakika

Sayın katılımcı;

Çalışma astım tanısı ile izlenen çocuğunuzun yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen etmenleri belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Çalışmadan elde edeceğimiz sonuçlar, sizlere daha iyi bir hizmet vermemize katkıda bulunacaktır. Toplanan veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Tüm sorulara cevap vermeniz sonuçlar için oldukça önemlidir.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, yukarıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

<i>GÖNÜLLÜ</i>	
Adı Soyadı:	Telefon:
Adresi:	
Bilgi verebilecek kişi:	<i>İmza:</i>
<i>VELİ ,VASİ VEYA VEKİL</i>	
Adı Soyadı:	Telefon:
Adresi:	
Yakınlığı:	<i>İmza:</i>
<i>ARAŞTIRMACI</i>	
Adı Soyadı: Yağmur Şancı	Telefon : 0505 977 12 98
Adresi: Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Rumelifeneri Kampüsü- İstanbul	

EK.6 Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kullanım İzni

20.11.2015

Fwd: Ölçek izni hak. - yagmursanc@gmail.com - Gmail

Gmail

Diğer

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (2.722)

Yıldız

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar

Çevreler

Junk



yağmur

Hasan Yüksel

Alıcı: bana

15:38 (5 saat önce)



Yağmur merhaba,
nezaketin ve etik davranışın için çok teşekkür ederim. Ölçeğin kullanımı konusunda hiçbir sorun yok.

Lale hanımı selamlarımı iletirsen sevinirim.

Başarılar ve selamlar

Prof. Dr. Hasan YÜKSEL

Çocuk Allerji ve Astım Uzmanı

Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Çocuk Allerji ve Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalları

EK.7 ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı:** Yağmur ŞANCI
2. **Doğum Tarihi:** 24.04.1990
3. **Unvanı:** Klinik Eğitmen/Uzman Hemşire
4. **Öğrenim Durumu:** Yüksek Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik (ÖSYM Tam Burslu)	Acıbadem Üniversitesi	2009-2013
Y. Lisans	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Koç Üniversitesi	2014-2016
Doktora			

Yüksek Lisans Tezi

Astım Tanısı İle İzlenen Çocuklarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Lale Büyükgönenç

5. Görevler

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Klinik Eğitmen	Acıbadem Üniversitesi	Ocak - 2014

6. Yayınlar

6.1. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler

- Kan Öntürk, Z., **Şancı, Y.** (2014).The Evaluation of Child Health: A Sample of Simulation Education Plan. HPSN Europe, Istanbul. (Poster Presentation - 09)
- Karabacak, Ü., Yalın, H., Yılmaz, E., **Şancı, Y.** (2014). Simulation Application in Fundamentals of Nursing Course: One-Year Experience. HPSN Europe, Istanbul. (Poster Presentation - 07)

6.2. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

6.3. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

- Gülsuyu ve Esenken'te Findisc Skorlarına Göre Diyabet Riski Ve Beslenme Alışkanlıkları İlişkisi: Kesitsel Tarama Çalışması, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci Araştırma Kongresi, İstanbul, 2011

6.4. Diğer yayınlar

- **Şancı, Y.,**Coşkun, M.,Ersoy, F., Albayrak, Eda. (2016). Simülasyon Eğitimi Alan Hemşirelik Öğrencilerinin Stres Kaynaklarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir. (Poster Bildiri-PS-200).
- Coşkun, M., **Şancı, Y.,** Arabacı, N., Çan, G.S., Uğur, Z. (2016). Bir Vakıf Üniversitesinde Hemşirelik Eğitimi Alan Öğrencilerin Simülasyon Uygulamaları Hakkındaki Görüşleri. 15.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir. (Poster Bildiri-PS-199).

7. Aldığı Eğitimler

- Acıbadem Üniversitesi CASE Medikal Simülasyon Merkezi "Medikal Simülasyon Eğitici Eğitimi", İstanbul, 2014

8. Görev aldığı Bilimsel Etkinlikler:

- Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü "Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Uygulamaları: Workshop I", Workshop Eğitici Teşekkür Belgesi, İstanbul,2016
- Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü "Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Uygulamaları: Workshop II", Workshop Eğitici Teşekkür Belgesi, İstanbul,2016
- Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü "I. Hemşirelik Haftası Etkinliği" Teşekkür Belgesi, İstanbul,2016

9. Katıldığı Bilimsel Etkinlikler:

- Acıbadem Üniversitesi Sürekli Eğitim ve Gelişim Merkezi "Onkoloji Hastalarında Kanıt Temelli Gastrointestinal Sistem Semptom Kontrolü Konulu 8. Onkoloji Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu", İstanbul, 2010
- Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü "Kronik Hasta Yönetimi", İstanbul, 2010

- Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu "2. Koç Üniversitesi Hemşirelik Öğrencileri Etkinliği", İstanbul, 2011
- Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü "Eşit Sağlık Bakımı Sunumunda Hemşireler", İstanbul, 2011
- Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü "Neden Ekosağlık? paneli", İstanbul, 2011
- T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi "Yenidoğanda Yoğun Bakım Hemşireliği ve Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu", İstanbul, 2012
- Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu "11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi", Bursa, 2012
- Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü "Obezite Konulu Bilgi Güncelleme Sempozyumu", Bursa, 2012
- Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü "Küresel Bakım Konulu Bilgi Güncelleme Sempozyumu", İstanbul, 2013
- Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü "Mezuniyet Sonrası Araştırmanın Kolaylaştırılması: Lisansüstü Eğitimde Avrupa Araştırma Direktiflerinin Paylaşımı", İstanbul, 2014
- Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü "Hemşireler: Değişim İçin Bir Güç- Sağlık Hizmetlerinde Esnekliğin Geliştirilmesi" programı, İstanbul, 2016
- Eskişehir Osmangazi Üniversitesi "15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi", Eskişehir, 2016

10. Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

- Çocuk Hemşireliği Derneği, 2013-