

**TC. Sağlık Bakanlığı**  
**İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği**

**ASTIMI OLAN ÇOCUKLARIN VE ANNELERİNİN DEPRESYON GELİŞİMİ**  
**AÇISINDAN DEğERLENDİRİLMESİ**

**(Uzmanlık Tezi)**

**Dr. NİLÜFER ÇETİNER**

**İSTANBUL – 2010**



**TC. Sağlık Bakanlığı**  
**İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği**  
**Klinik Şefi: Dr. Müferet Ergüven**

**ASTIMI OLAN ÇOCUKLARIN VE ANNELERİNİN DEPRESYON GELİŞİMİ**  
**AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Uzmanlık Tezi)**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. MÜFERET ERGÜVEN**

**Dr. NİLÜFER ÇETİNER**

**İSTANBUL – 2010**

## ÖNSÖZ

Hastanemizde huzurlu ve verimli çalışma ortamı sağlayan Başhekim Sayın Prof. Dr. Hamit Okur'a;

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bana aktaran, davranış ve kişiliğiyle örnek olan, iyi ve kötü günlerimde beni yalnız bırakmayan Sayın Hocam Dr.Müferret Ergüven'e;

Disiplini ve titizliği örnek olan, kliniğimizin değerli başhekim yardımcısı Sn. Dr. Asım Yörük'e;

Tez çalışmamda, tezimin planlanmasında, sürdürülmesinde büyük katkısı olan tez danışmanım hocam Uzm.Dr.Müferret Ergüven'e

Eğitimime olan katkılarından dolayı, birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilgi ve tecrübelerini aktarıp, ilgi ve destek gösteren kliniğimizin şef yardımcılarını Uz.Dr. Asuman Kırıl ve Uz.Dr. Emine Olcay Yasa'ya

İyi ve kötü anları, geceli gündüzlü birlikte geçirdiğimiz tüm asistan arkadaşlarıma, uzman doktorlarımıza, klinik hemşirelerimize ve personelimize;

Hayatımın her anında yanımda olan, bana emek ve sevgi veren aileme;

TEŞEKKÜRLER...

## KISALTMALAR

<b>A.B.D</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AFT</b>	: Akciğer Fonksiyon Testi
<b>BDÖ</b>	: Beck Depresyon Ölçeği
<b>ÇDÖ</b>	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
<b>FEF</b>	: Zorlu ekspiratuar akım
<b>FEV</b>	: Zorlu ekspiratuar hacim
<b>FVC</b>	: Zorlu vital kapasite
<b>GINA</b>	: Global Initiative for Asthma
<b>GM-CSF</b>	: Granulosit – Makrofaj koloni stimule edici faktör
<b>ICAM</b>	: İnterselüler Adhezyon Molekülü
<b>İKS</b>	: İnhale kortikosteroid
<b>IL</b>	: Interlokin
<b>ISAAC</b>	: Uluslararası Çocukluk Çağı Astım ve Allerji Çalışması
<b>LABA</b>	: Uzun etkili $\beta_2$ agonist
<b>LTRA</b>	: Lökotrien Reseptör Antagonisti
<b>Na</b>	: Sodyum
<b>NKT</b>	: Doğal Katil Hücreler
<b>PEF</b>	: Tepe akım hızı (peak ekspiratuar flow)
<b>PEFR</b>	: Tepe akım hızı oranı (peak expiratory flow rate)
<b>RAST</b>	: Radioallergosorbent test
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>TH2</b>	: Tip 2 T Yardımcı Hücreler
<b>VCAM</b>	: Vasküler Hücre Adhezyon Molekülü

## TABLO DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Havayolu Obstrüksiyonunun Şiddetine Göre Global Initiative for Asthma (GINA) Sınıflaması .....	12
<b>Tablo 2:</b> Beş Yaş Üzeri Çocuk ve Erişkinlerde Astım Kontrolü İçin Tedavi Algoritmi .....	15
<b>Tablo 3:</b> Beş Yaşından Küçük Çocuklarda Astım Kontrolü İçin Tedavi Algoritmi .....	16
<b>Tablo 4:</b> Sağlık Durumu ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı .....	30
<b>Tablo 5:</b> Sağlık Durumu ve Ailedeki Çocuk Sayısı Durumuna Göre Çocukların Dağılımı .....	31
<b>Tablo 6:</b> Sağlık Durumu ve Ailedeki Çocuk Sırasına Göre Çocukların Dağılımı .....	32
<b>Tablo 7:</b> Sağlık Durumu ve Akraba Evliliği Değişkenine Göre Çocukların Dağılımı.....	33
<b>Tablo 8:</b> Sağlık Durumu ve Kendine Ait Odaya Sahip Olma Durumuna Göre Çocukların Dağılımı .....	34
<b>Tablo 9:</b> Sağlık Durumu ve Sosyoekonomik Düzey Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı .....	35
<b>Tablo 10:</b> Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzey Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı .....	36
<b>Tablo 11:</b> Sağlık Durumu ve Baba Eğitim Düzey Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı .....	37
<b>Tablo 12:</b> Sağlık Durumu ve Anne Yaşı Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı .....	38
<b>Tablo 13:</b> Sağlık Durumu ve Baba Yaşı Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı .....	39

<b>Tablo 14:</b> Sağlık Durumu ve Annenin Çalışma Durumu Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı .....	40
<b>Tablo 15:</b> Sağlık Durumu ve Babanın Meslek Durumu Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı .....	41
<b>Tablo 16:</b> Astımlı Çocuklarda Astım Şiddeti Değişkenine Göre Dağılım .....	42
<b>Tablo 17:</b> Astımlı Çocuklarda Astımlı Olma Süresine Göre Dağılım.....	43
<b>Tablo 18:</b> Astımlı Olup Olmamaya Göre Çocuk Depresyon Puanlarının İstatistikleri .....	45
<b>Tablo 19:</b> Astımlı Olup Olmamaya Göre Çocuk Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması .....	45
<b>Tablo 20:</b> Sağlık Durumu ve Cinsiyete Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	
<b>Tablo 21:</b> Sağlık Durumu ve Cinsiyete Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları.....	47
<b>Tablo 22:</b> Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	49
<b>Tablo 23:</b> Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları .....	50
<b>Tablo 24:</b> Sağlık Durumu ve Doğum Sırasına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	52
<b>Tablo 25:</b> Sağlık Durumu ve Doğum Sırasına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları	
<b>Tablo 26:</b> Sağlık Durumu ve Akraba Evliliğine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	55
<b>Tablo 27:</b> Sağlık Durumu ve Akraba Evliliğine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları .....	55
<b>Tablo 28:</b> Sağlık Durumu ve Oda Varlığına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	57
<b>Tablo 29:</b> Sağlık Durumu ve Oda Varlığına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları .....	58
<b>Tablo 30:</b> Sağlık Durumu ve Sosyo-Ekonomik Düzeye Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ...	60

<b>Tablo 31:</b> Sağlık Durumu ve Sosyo-Ekonomik Düzeye Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları.....	61
<b>Tablo 32:</b> Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzeyine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ...	63
<b>Tablo 33:</b> Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzeyine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları.....	64
<b>Tablo 34:</b> Sağlık Durumu ve Baba Eğitim Düzeyine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ...	66
<b>Tablo 35:</b> Sağlık Durumu ve Baba Eğitim Düzeyine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları .....	67
<b>Tablo 36:</b> Sağlık Durumu ve Anne Yaşına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	69
<b>Tablo 37:</b> Sağlık Durumu ve Anne Yaşına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları .....	69
<b>Tablo 38:</b> Sağlık Durumu ve Baba Yaşına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	71
<b>Tablo 39:</b> Sağlık Durumu ve Baba Yaşına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları .....	72
<b>Tablo 40:</b> Sağlık Durumu ve Annenin Çalışma Durumuna Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ...	74
<b>Tablo 41:</b> Sağlık Durumu ve Annenin Çalışma Durumuna Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları.....	74
<b>Tablo 42:</b> Sağlık Durumu ve Babanın Mesleğine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ...	76
<b>Tablo 43:</b> Sağlık Durumu ve Babanın Mesleğine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları.....	77
<b>Tablo 44:</b> Babanın Mesleğine Göre Gözenek Ortalama Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları .....	77
<b>Tablo 45:</b> Astım Şiddeti Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	79
<b>Tablo 46:</b> Astım Şiddeti Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları .....	80

<b>Tablo 47:</b> Astım Şiddetine Göre Gözenek Ortalama Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları .....	80
<b>Tablo 48:</b> Çocuğun Astımlı Olma Süresi Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ...	82
<b>Tablo 49:</b> Çocuğun Astımlı Olma Süresi Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları.....	82
<b>Tablo 50:</b> Astımlı Olma Süresine Göre Gözenek Ortalama Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları .....	83
<b>Tablo 51:</b> Astımlı Olup Olmamaya Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının İstatistikleri .....	85
<b>Tablo 52:</b> Astımlı Olup Olmamaya Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	85
<b>Tablo 53:</b> Sağlık Durumu ve Anne Yaşına Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ...	86
<b>Tablo 54:</b> Sağlık Durumu ve Anne Yaşına Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları.....	87
<b>Tablo 55:</b> Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzeyine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	89
<b>Tablo 56:</b> Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzeyine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları .....	90
<b>Tablo 57:</b> Sağlık Durumu ve Sosyo-Ekonomik Düzeye Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	92
<b>Tablo 58:</b> Sağlık Durumu ve Sosyo-Ekonomik Düzeye Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları .....	93
<b>Tablo 59:</b> Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısına Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ...	95
<b>Tablo 60:</b> Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısına Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları.....	96
<b>Tablo 61:</b> Astım Şiddeti Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	98



<b>Tablo 62:</b> Astım Şiddeti Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları .....	98
---	----

## ŞEKİL DİZİNİ

<b>Şekil 1:</b> Cinsiyet Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı .....	31
<b>Şekil 2:</b> Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Çocukların Dağılımı .....	32
<b>Şekil 3:</b> Ailedeki Çocuk Sırasına Göre Çocukların Dağılımı.....	33
<b>Şekil 4:</b> Akraba Evliliği Değişkenine Göre Çocukların Dağılımı .....	34
<b>Şekil 5:</b> Kendine Ait Odaya Sahip Olma Durumuna Göre Çocukların Dağılımı.....	35
<b>Şekil 6:</b> Sosyoekonomik Düzey Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı .....	36
<b>Şekil 7:</b> Anne Eğitim Düzeyine Göre Çocukların Dağılımı .....	37
<b>Şekil 8:</b> Baba Eğitim Düzeyine Göre Çocukların Dağılımı .....	38
<b>Şekil 9:</b> Anne Yaşı Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı.....	39
<b>Şekil 10:</b> Baba Yaşı Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı .....	40
<b>Şekil 11:</b> Annenin Çalışma Durumu Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı.....	41
<b>Şekil 12:</b> Babanın Meslek Durumu Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı.....	42
<b>Şekil 13:</b> Astımlı Çocuklarda Astım Şiddetine Göre Dağılım .....	43
<b>Şekil 14:</b> Astımlı Çocuklarda Astımlı Olma Süresine Göre Dağılım.....	44
<b>Şekil 15:</b> Sağlık Durumuna Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırılması .....	46
<b>Şekil 16:</b> Sağlık Durumu ve Cinsiyet Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırılması .....	48

<b>Şekil 17:</b>	Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması .....	51
<b>Şekil 18:</b>	Sağlık Durumu ve Doğum Sırası Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırılması.....	54
<b>Şekil 19:</b>	Sağlık Durumu ve Akraba Evliliği Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
<b>Şekil 20:</b>	Sağlık Durumu ve Kendine Ait Oda Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
<b>Şekil 21:</b>	Sağlık Durumu ve Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ortalamaları Karşılaştırması.....	62
<b>Şekil 22:</b>	Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzey Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması.....	65
<b>Şekil 23:</b>	Sağlık Durumu ve Baba Eğitim Düzey Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması.....	68
<b>Şekil 24:</b>	Sağlık Durumu ve Anne Yaşı Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması.....	70
<b>Şekil 25:</b>	Sağlık Durumu ve Baba Yaşı Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması.....	73
<b>Şekil 26:</b>	Sağlık Durumu ve Anne Çalışma Durumu Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ortalamaları Karşılaştırması.....	75
<b>Şekil 27:</b>	Sağlık Durumu ve Baba Meslek Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması .....	78
<b>Şekil 28:</b>	Astım Şiddeti Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması .....	81
<b>Şekil 29:</b>	Astımlı Olma Süresine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırılması .....	84
<b>Şekil 30:</b>	Astımlı Çocuğa Sahip Olup Olmamaya Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	86
<b>Şekil 31:</b>	Anne Yaşı Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	88
<b>Şekil 32:</b>	Anne Eğitim Düzey Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	91

<b>Şekil 33:</b> Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	94
<b>Şekil 34:</b> Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	97
<b>Şekil 35:</b> Astım Şiddeti Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	99



## ÖZET

Astım; çocukluk çağında sık rastlanan, tedavideki büyük ilerlemelere rağmen kalıtsal faktörlerin yanı sıra özellikle son yıllarda gerek şehirleşmenin artması, gerekse ilerleyen teknolojinin günlük hayatta kullanılmasıyla birlikte hava kirliliğinin artmasından dolayı prevalansı, mortalite ve morbiditesi giderek artan kronik bir hastalıktır. Günümüzde çocukluk çağı astımın başlangıç ve seyrinde psişik ve sosyal faktörlerin önemi giderek daha çok kabul edilmektedir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanındaki yapılan çalışmalar; tüm çocukların %18'inde duygu ve davranış problemleri olduğu, kronik hastalığı olan çocuklarda ise bu tip duygusal ve davranışa ait sorunların %20 oranının üstüne çıktığını göstermektedir.

**AMAÇ:** Son yıllarda giderek artan bir şekilde çocuklarda gözlenen astım hastalığı çocukların çeşitli yönlerde gelişiminin kısıtlanmasına sebep olmaktadır. Kronik bir hastalık olan astım hastalığının çocuk ve annelerinde depresyona sebep olup olmadığını araştırmak ve gerekli olduğunda psikolojik destek sağlanması amacıyla çalışma planlandı.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Çalışmaya; S.B Göztepe Eğt. ve Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji Polikliniğinde en az 6 aydır izlenen Astım Bronşiale tanısı konmuş 6 ile 14 yaş arası çocuklar arasından randomize olarak seçilen, gönüllü olup sözlü ve yazılı onam alınan 250 çocuk ve anneleri dahil edilmiştir. Yine aynı yaş grubunda ve bilinen kronik bir hastalığı olmayan normal büyüme ve gelişmesi olan Genel Pediatri Polikliniği'ne başvuran gönüllü olup sözlü ve yazılı onam alınan 125 çocuk ve anneleri kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Ekim 2008-Şubat 2010 tarihleri arasında uzman psikolog eşliğinde çocuklara Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği Testi (ÇDÖ), annelerine ise Demografik Bilgi Formu ile Beck Depresyon Ölçeği Testi (BDÖ) uygulanarak veriler toplanmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (statistical package for social sciences) programı kullanıldı. Çalışma verileri

değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Anova testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi. Ayrıca sağlık durumu (astımlı olma ve olmama) değişkeniyle birlikte; cinsiyet, çocuk sayısı, doğum sırası, akraba evliliği, sosyo-ekonomik düzey, anne-baba eğitim düzeyi, anne-babanın yaşı, annenin çalışma durumu, babanın mesleği değişkenlerinin depresyon puanlarını nasıl etkilediği karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Ayrıca astımlı çocuklar kendi aralarında, astım türü, astım şiddeti ve astımlı olma süresi değişkenlerine göre karşılaştırılarak depresyon puanları açısından farklılaşma olup olmadığına bakılmıştır.

**BULGULAR:** Bu çalışmada, astımlı çocuklarda ÇDÖ ortalaması ile astımlı olmayan çocukların ÇDÖ ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [  $t = 9,047$  ,  $p < 0,05$  ]. Astımlı çocuklar kendi aralarında değerlendirildiğinde, astım şiddeti ile depresyon sıklığı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Astımlılarda hastalık süresi ile depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [ $F(3,246) = 3,844$  ,  $p < 0,05$  ]. Buna göre, 4 yıl ve üzeri astım tanısıyla takipli hastalarda depresyon puanları diğer gruptakilere göre yüksek bulunmuştur.

Astım hastalarının annelerinin depresyon sıklığının kontrol grubu annelerinden daha fazla olduğu tespit edilmiştir [  $t = 7,158$  ,  $p < 0,05$  ], ancak değişik ağırlık derecelerindeki astımlı hastaların annelerindeki depresyon sıklığı kendi içinde farklı bulunmamıştır [  $F(2,247) = 2,590$  ,  $p > 0,05$  ].

Sağlık durumuna göre cinsiyet, doğum sırası, akraba evliliği, çocuk sayısı, sosyo-ekonomik düzey, anne eğitim düzeyi, anne baba yaşı, annenin çalışma durumu, babanın mesleği değişkenlerinin istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yaratmadıkları saptanmıştır.

**SONUÇ:** Astım kronik bir hastalıktır, çocuk ve annelerinde depresyon gelişebilmektedir. Astım tedavisiyle uğraşan her klinisyen, çocuk ve annelerinde psikolojik ve sosyal faktörlerin ne kadar önemli bir rol oynayabileceğinin farkında olmalıdır. Hastalığın tedavisi sırasında çocuk ve annelerine psikolojik destek verilmesi gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Anne, astım, BDÖ, ÇDÖ, çocuk, depresyon.

## ABSTRACT

Asthma ,common in childhood, is a chronic illness whose prevalence, mortality and morbidity gradually increase ,even though great advances in the treatment, especially in recent years rising in urbanization together with hereditary factors, increased air pollution with advancing technology being used in daily life.Today, the initial and progress of childhood asthma, the significance of psychic and social factors are gradually accepted. Studies done in pediatriy showed that there are emotional and behavioral problems in %18 of all children , however children whose have chronic illness these type of emotional and behavior problems are over 20% .

**AIM :** Asthma disease ,which gradually increases in children in recent years, induce limitation of development of children in various aspects. Study is planned in an effort to asthma,a chronic illness, whether cause of depression in children and their mothers and, if necessary ,provide a psychological support.

**METHOD:** The study ,in allergy policlinic in ministry of health Göztepe education and Research Hospital, at least 6 months followed voluntary 250 children,between 6-14 age, which have bronchial asthma diagnosis and their mothers randomly selected and their verbal and written consent is received, was included.The same age group and 125 voluntary , verbal and written consent is received children, admitted to general pediatrics clinic, who have normal growth and development and mothers are included in control group.Between October 2008-February 2010 accompanied by a expert psychologist , Depression Scale test for Children (CDS) to children ,the Beck Depression scale Test(BDS) and Demographic Information Form to the mothers is applied then the data was collected.

The evaluating findings of the study, SPSS (statistical package for social sciences) program for statistical analysis was used.The evaluating data of study, the chi-square test and ANOVA test was used for the comparison of qualitative data together with descriptive statistical methods (average, standard deviation, frequency). Results are assessed in 95% confidence interval,and significance level  $p < 0.05$  .

In addition, how the variables which are sex, number of children, birth order, marriage of relationship, socio-economic status, parent education level, parent's age, mother's employment status, father's occupation with health status (asthma or not) affect depression scores comparatively were examined.

furthermore, asthmatic children among themselves are collated according to variable which are the type of asthma, severity and asthma duration and looked at to the differentiation in depression scores.

**RESULTS:** In this study, significant differences statistically were found between asthmatic children with CDS average and non-asthmatic children with CDS [ $t = 9.047, p < 0.05$ ]. Asthmatic children among themselves were evaluated, a significant difference was not found between the severity of asthma and frequency of depression ( $p > 0.05$ ). In asthmatic patients, significant difference statistically was found between length of disease and frequency of depression [ $F(3.246) = 3.844, p < 0.05$ ].

Accordingly, depression scores were higher in patients who is 4 years and over follow-up with a diagnosis of asthma than other groups. Depression of mothers of patients with asthma frequency is upwards of in the control group have been found [ $t = 7.158, p < 0.05$ ], but depression frequency in mothers of patients with various in severity asthma was not found differently [ $F(2.247) = 2.590, p > 0, 05$ ].

According to health status ; variables like gender, birth order, marriage of relationship, number of children, socio-economic status, maternal education level, parents' age, mother's work status, father's occupation statistically not generated a significant difference, is determined.

**CONCLUSION:** Asthma is a chronic disease, may develop depression in children with asthma and mothers. Every clinician who deals with asthma treatment must be aware of how much child and maternal psychological and social factors play an important role. During treatment of disease should be given psychological support to children and their mothers.

**Keywords:** Mother, asthma, BDS, CDS, child, depression.

# İÇİNDEKİLER

1. TEŞEKKÜR.....	i
2. KISALTMALAR.....	ii
3. TABLO LİSTESİ.....	iii
4. ŞEKİL LİSTESİ .....	vii
5. ÖZET .....	ix
6. ABSTRACT .....	xi
7. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
8. GENEL BİLGİLER .....	3
ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIMI .....	3
DEPRESYON.....	20
ASTIM VE DEPRESYON İLİŞKİSİ.....	22
9. HASTALAR VE YÖNTEM .....	26
10. BULGULAR .....	30
11. TARTIŞMA.....	100
12. SONUÇLAR.....	112
13. KAYNAKLAR.....	119
14. EKLER	
EK-1: Astımlı Çocuk İçin Demografik Bilgi Formu .....	128
EK-2: Astım Tanısı Olmayan Çocuk İçin Demografik Bilgi Formu..	131
EK-3: Beck Depresyon Ölçeği (B D Ö) .....	133
EK-4: Çocuk Depresyon Ölçeği .....	137
EK-5: Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu .....	141



## GİRİŞ VE AMAÇ

Astım; çocukluk çağında sık rastlanan, tedavideki büyük ilerlemelere rağmen kalıtsal faktörlerin yanı sıra özellikle son yıllarda gerek şehirleşmenin artması, gerekse ilerleyen teknolojinin günlük hayatta kullanılmasıyla birlikte hava kirliliğinin artmasından dolayı prevalansı, mortalite ve morbiditesi giderek artan kronik bir hastalıktır.

Çocuklarda en sık rastlanan kronik bir hastalık olan astımın prevalansı; ülkelere, kullanılan yöntemlere, ırka, coğrafi bölgelere ve çevresel etkenlere göre değişmektedir(1).

Gelişmiş toplumlarda Uluslararası Çocukluk Çağı Astım ve Alerji Çalışması ISAAC (International study of asthma and allergien in childhood) yöntemi ile astım prevalansı %1,6-36,8 arasında bulunmuştur. Ülkemizde ISAAC yöntemiyle yapılan çocukluk çağı prevalans çalışmalarında ise, kümülatif astım prevalansının 6-12 yaş arası okul çocuklarında 1995’de %9.8’iken 2004’de %17.8 düzeylerine kadar arttığı saptanmıştır (2).

Çocukluk çağı astımın başlangıç ve seyrinde psişik ve sosyal faktörlerin önemi giderek daha çok kabul edilmektedir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanındaki yapılan çalışmalar; tüm çocukların %18’inde duygu ve davranış problemleri olduğu, kronik hastalığı olan çocuklarda ise bu tip duygusal ve davranışa ait sorunların %20 oranının üstüne çıktığını göstermektedir(3).

Ebeveyn raporlarına dayanan çalışmalarda yüksek oranda astımlı çocukların kronik bir hastalığı olmayan çocuklara nazaran bilimsel olarak 3 kat daha çok

davranış problemlerinin olduğu ispatlanmıştır. Ayrıca herhangi bir şiddette astımı olan çocukların kronik hastalığı olmayan çocuklara göre endişelerinin daha yüksek seviyelerde olduğu belirtilmiştir(4).

Astım sadece çocuk için değil aynı zamanda aile için de değişik psikososyal olumsuzluklar yaratmaktadır. Astmatik çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik bozukluklar sıklıkla gösterilmesine rağmen, bunun genel genetik bir eğilim veya hasta çocukla birlikte yaşamının stresine yanıt olup olmadığı net değildir(5).

Kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalmak, umutsuzluk duygusuna ve depresyona yol açar. Bu duygular, farklı olmaktan kaynaklanan izolasyon duygusuyla körüklenir. Astımın emosyonel, sosyal, ekonomik sıkıntıları ile zorlanan aile bireyleri aile disfonksiyonunu artırabilir. Ailenin disfonksiyonu, artan anksiyete ve depresyon ile astımlı çocukta davranış problemleri beklenir. Bu psikososyal problemlerin hepsi astım tedavisini zorlaştırır. Sonuçta hastalık kısır döngü şeklinde giderek kötüleşebilir.

Astım tedavisindeki amaç; belirtilerin kontrol altına alınması, atakların önlenmesi, normal akciğer fonksiyonlarının ve fiziksel aktivitelerinin sürdürülmesi, astım tedavisine bağlı yan etkilerin azaltılması ile hastanın yaşam kalitesini artırmaktır. Kronik bir hastalık olması nedeniyle çocuk ve ailenin tedaviye katılımı önemlidir. Çocuğun hastalığa uyumu sağlanırsa tedaviye daha iyi yanıt alınır, daha az ilaç kullanılır ve hastaneye başvuruları azalır(6,7,8,9).

Bu bilgiler ışığında, son yıllarda giderek artan bir şekilde çocuklarda gözlenen astım hastalığı çocukların çeşitli yönlerde gelişiminin kısıtlanmasına sebep olmaktadır. Kronik bir hastalık olan astım hastalığının çocuk ve annelerinde depresyona sebep olup olmadığını araştırmak ve psikolojik destek tedavi gerekliliğini vurgulamak amacıyla çalışma planlandı.

## GENEL BİLGİLER

### ÇOCUKLUK ÇAĞINDA BRONŞİYAL ASTIM

#### Tanım

Astım solunum yollarının kronik inflamatuvar hastalığıdır(10). Bu inflamasyonda mast hücreleri, eozinofiller ve T-lenfositler başta olmak üzere değişik hücreler rol oynamaktadır.

Duyarlı kişilerde nöbetler halinde gelen hışıltı (ıslık sesi), nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve öksürük yakınmaları ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak bronşiyal astım 3 özelliğiyle tanımlanır. Bunlar:

1. Kronik hava yolu inflamasyonu
2. Bronş aşırı duyarlılığı
3. Yaygın, geri dönebilen hava yolu obstrüksiyonudur.

Akut Astım Atağı: Çocuğun proflaktik antiinflamatuvar tedavisinin yetersiz yapılması veya astım atağını tetikleyen faktörlerle karşılaşması sonucu ortaya çıkan ve acil servis veya yoğun bakım koşullarında tedavi ve bakımını gerektirecek kadar ağır seyreden bir tablodur(7,11,12).

#### Epidemiyoloji

Astım çocukluk çağı kronik hastalıklarının en sık görülenidir. Astım genellikle çocukluk çağında başlar ve tedavi edilmediği durumlarda ölümcül olabilir(13). Astım ,yıllar geçtikçe prevalansı, morbiditesi, mortalitesi artan bir hastalık haline

gelmiştir. Astım, çocukluk çağının en sık rastlanan kronik hastalığı olup, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın tüm ülkelerde görülmektedir(10). Prevalansı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte son 20 yılda özellikle çocuklarda dikkat çekici bir şekilde artmaktadır (14,15). Astım prevalansındaki artışın kesin sebebi bilinmemektedir. Prematüre bebeklerin yaşam şansının artması, annelerde sigara içiciliğinin artması, kapalı alanlarda yaşama, çevre kirliliği, erken çocuklukta sık solunum yolu enfeksiyonu geçirme, diyetteki değişikliklerin yanı sıra, hekimlerin artan dikkati, tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemelerle astım tanısının daha erken yaşlarda konulabilmesi, çocuklarda astım sıklığının artışını açıklayan nedenler arasındadır(16,17).

Ülkemizde de tüm dünya ile paralel olarak astım prevalansı giderek artmaktadır. Elli altı ülke ve 155 merkezde gerçekleştirilen Uluslararası Çocukluk Çağı Astım ve Allerji Çalışmasında (ISAAC), çocuklarda astım prevalansı %1,6-36,8 arasında bulunmuştur (18). Ülkemizin de katıldığı ISAAC'da ülkemizde 6-12 yaş arası okul çocuklarında astım prevalansının 1995'de %9.8'iken 2004'de %17.8 düzeylerine kadar arttığı saptanmıştır (2).

Astım süt çocuklarında nadir görülür. Başlangıç genellikle 3-8 yaşlarında,%80-90'ı 4-5 yaşından önce olur. Erkek çocuklarda kız çocuklardan 2 kat fazla görülürken, ergenlik döneminde her iki cinste eşit orandadır. Küçük çocuklarda daha şiddetli seyreder, 15-20 yaşlarda giderek hafifler(6,19,20,21,22).

Astım çocukluk çağı morbiditesinin önde gelen nedenlerinden biridir(23). Egzersiz yeteneğini ve fizik gelişimini, okul performansını, uyku düzenini, çocuğun psikolojik gelişimini kötü yönde etkileyebilir. Çocukta oluşan bu istenmeyen durumlar ailenin diğer bireylerine de yansıyor onları olumsuz yönde etkileyebilir.

Astım hastalığı çocukluk çağının en önemli mortalite nedenlerinden birisidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (A.B.D) 14 yaşın altında astımdan ölüm oranı 0,1-0,5/100.000 arasındadır. Astıma bağlı ölümlerin bir çoğu hastane dışında gerçekleşmektedir. Ani ve sık olarak ciddi astım atağı geçirme, tedavide uyum problemi, verilen steroidlerin yetersiz kullanılması ve psikososyal faktörler astım mortalitesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir(8,24,25).

## **Patogenez**

Astımın patogenezinde üç mekanizma sorumlu tutulmaktadır. Bunlar, geri dönüşümlü havayolu obstrüksiyonu, havayolu inflamasyonu ve artmış havayolu duyarlılığıdır.

Astımda oluşan patofizyolojik değişiklikler ve oluşan klinik semptomlar havayolu obstrüksiyonun bir sonucudur. Obstrüksiyona katkıda bulunan birçok faktör söz konusudur; havayolu düz kas kontraksiyonu, havayolu mukozal ödemi ve mukus hipersekresyonu bunların başlıcalarıdır. Astımda, aşırı duyarlılık tip 1 reaksiyonu ile oluşan bir inflamasyon mevcuttur. Tip 1 reaksiyonda antijen allerjendir. Antikor Ig E ve hedef hücre ise doku mast hücrelidir. Allerjenler; ev tozu akarları, polenler, kedi ve köpek salgı allerjenleri, küf mantarları gibi inhalan allerjenler yanında gıdalar ve latekstir (26,27). Allerjen önce antijen sunan hücreye sunulur. Antijen sunan hücre ve T Yardımcı hücre(Th) CD4 hücrelerinin karşılıklı etkileşimleri sonucu Th0 hücreleri İnterlökin-2(IL-2) sentezler ve TH2'ye dönüşür. Bu hücreden salınan IL-4 ve IL-13 ile plazma hücreleri B lenfositine dönüşür ve antijene spesifik Ig E yapımı başlar. Kanda dolaşan Ig E yüksek affiniteli Ig E reseptörü taşıyan doku mast hücresi bazofile ve düşük affiniteli Ig E reseptörü taşıyan lenfosit, eozinofil ve makrofaja bağlanır. Organizma aynı antijen ile tekrar karşılaştığında antijen kendine spesifik antikora bağlanır. Bu bağlanma ile mast hücresinde önceden mevcut (histamin, serotonin gibi) mediatörler ve antijen bağlanmasından sonra yapılan mediatörler (Lökotrienler, prostoglandinler) degranüle olarak perifere salınırlar ve birkaç dakikada gelişen erken faz reaksiyonuna yol açarlar. Bu mediatörlerin ortak etkileri düz kas kasılmasını, damar geçirgenliğini ve mukus sekresyonunu artırmalarıdır. Geç faz reaksiyonu ise, 6-8 saat sonra gelişir. T hücresi, mast hücresi ve aktive olmuş epitel hücresinden salınan IL-3, IL-5 ve Granulosit – Makrofaj koloni stimule edici faktör(GM-CSF), kemik iliğinde eozinofil farklılaşmasına ve çoğalarak dolaşıma geçmesine yol açarlar. Dolaşıma geçen eozinofil ve lökositlerin reaksiyon bölgesinde damarda kalabilmeleri E-P selektin, İnterselüler Adhezyon Molekülü-1 (ICAM-1) ve Vasküler Hücre Adhezyon Molekülü-1(VCAM-1) ile olur. Bu bölgede eozinofillerin damardan dokuya geçişi de eotaksin 1, eotaksin 2, eotaksin 3, RANTES, MCP-3, MCP-4 gibi kemokinler ile sağlanır. Eozinofil içeriğinde bulunan toksik ürünler olayın geçtiği bölgede doku hasarına yol açar. Remodelling (yeniden yapılanma) diye adlandırılan bu olaylar havayolunun geri dönüşümsüz değişimine neden olur.

Astımda Th2 düzeyi artmıştır. Th2; IgE ve IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-13 sentezinde rol oynar. Astım tedavisinde amaç Th2'yi azaltıp, Th1'i arttırmaktır. Çünkü Th2'den salınan IL-4 ve IL-13 IgE sentezinin artmasında, IL-3, IL-5 ve GM-CSF ise eozinofilik inflamasyon oluşumunda rol oynar. Bronşiyal astım patogeneğinde rol oynayan en önemli mediyatörlerden biri de sisteinil lökotrienlerdir. Sisteinil lökotrienleri salgılayan hücreler arasında makrofajlar, bazofiller, eozinofiller, monositler ve mast hücreleri vardır. Lökotrienler, membran fosfolipidlerindeki araşidonik asidin yıkım ürünleridir. Normalde araşidonik asit, siklooksijenaz enzimi aracılığıyla yıkılır ve prostoglandinler, tromboksan gibi maddeler oluşurken, siklooksijenaz enziminin inhibe olması ile (aspirin, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar etkisiyle olur) araşidonik asit lipooksijenaz enzimiyle yıkılır ve açığa lökotrienler çıkar. Lökotrienlerin etkileri:

a) Astımda bronş hiperreaktivitesini artırır b) Bronkospazm yapar c) Vasküler permeabiliteyi artırır d) Mukus sekresyonunu uyarır e) Eozinofillerin toplanmasını artırır (28,29).

Astımın oluşumunda alerjik reaksiyon dışında solunum yoluna etkili nöral mekanizmalar da rol oynar.

### **Astıma Yol Açan Risk Faktörleri**

Astımda risk faktörleri bireye ait olanlar ve çevreye ait olanlar olarak gruplandırılabilir.

#### **1. Bireye Ait Risk Faktörleri**

Bireye ait en önemli risk faktörü genetik yatkınlıktır (30). Çocuklar için risk anne babadan biri astımlıysa %25; her ikisi de astımlıysa %50 civarındadır. Hastalığın monozigot ikizlerde dizigotlara göre daha fazla görülmesi genetik rolü belirtmektedir. Astımın başlangıç yaşı vakaların %30'unda ilk yaşta, %80-90'ında ise 5 yaş içinde ortaya çıkar (31).

İkinci risk faktörü atopidir. Atopi; klasik alerjik hastalıklar geliştirmeye genetik yatkınlık demektir (32). Astım yaşa bağımlı bir risk faktörüdür Özellikle 3 yaşın altındaki çocuklarda atopi, ileri yaşta astım için en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir (33).

Bir diğerk bireye ait risk faktörü de bronşiyal hiperaktivite yani bronşların hızlı ve fazla daralmasıdır (34). Astım, atopi ve bronşiyal hiperaktivitenin ortak kalıtsal bileşenleri olduğu bilinmektedir (35).

## 2.Çevresel Risk Faktörleri

Ev içinde ve dış ortamda atmosfer kirliliği ve allerjen yoğunluğunun artması astım sıklığının artışında önemli birer faktördürler. Genetik faktörlerden bağımsız olarak, yaşamın ilk bir yılında çevresel kaynaklı allerjenler ile yoğun temas astım gelişiminde ciddi ve önemli bir faktördür (36).

Çocuklarda rastlanan astımın nedeni %80 oranında allerjik olaylara bağlıdır (13). Dış allerjenler vücuda genellikle solunum yoluyla, nadiren sindirim yoluyla girerler. Solunum yolu ile vücuda alınan allerjenlerin başında ev tozu akarları gelir. Dermatophagoides farinae ve Dermatophagoides pteronyssinus isimli bu ev akarları ev tozları içinde yaşayan, gözle görülemeyecek kadar küçük canlılardır.

Akarlar besinlerini insan deri döküntülerinden, sularını da insanların nefeslerindeki nemden sağlarlar. Nemli ortamda çok daha kolay ürerler. Akarların dışkıları, salgıları ve ölü dokuları allerjen özelliklere sahiptirler. Bu canlılar halı, kilim, yatak, yorgan, yastık kılıfı gibi ortamlarda çok daha kolay barınır ve ürerler.

Polenler dış ortamdan vücuda alınan diğerk önemli allerjenlerdir. Yabani ot, çimen, ağaçlar gibi tüm bitkilerden kaynaklanan polenler vücuda solunum yolu ile alınarak astım atağına neden olabilirler. Polenlere bağlı astım mevsimlerle ilişkili olarak kendini gösterir ve çiçek açma dönemlerinde daha sıkça karşımıza çıkmaktadırlar (37).

Küf mantarları gözle görülmeyen allerjik etkisi olan sporlar üretirler. Renkleri türden türe değışir. Ev dışında (çürüyen bitkiler üzerinde veya havada) bulunabilecekleri gibi ev içinde (evin güneş görmeyen nemli yerlerinde) de bulunabilirler. Polenler gibi atmosferdeki spor sayısı hava koşullarına bağlıdır. Havanın sıcak ve nemli olduğu zamanlarda, örneğin yazın sonlarına doğru ve erken sonbaharda en fazladır (38).

Kedi ve köpek başta olmak üzere bazı hayvan tüyleri, bazen hamam böcekleri, çayır ve ağaç polenleri, mantarlar ve nadiren bazı besinler astıma yol açabilir (39). Sindirim yolu ile vücuda alınan allejenlerin başında yumurta, süt, balık, kabuklu deniz hayvanları, çikolata gibi besin maddeleri ile her türlü tatlandırıcı, renklendirici

ve koruyucu katkı maddeleri bulunan gıda maddeleri gelir. Besinlerle oluşan allerjik tablolar daha ziyade çocuklarda kendini göstermektedir (36).

Çok önemli bir risk faktörü de sigaradır. Sigara dumanında bulunan 4000'e yakın gaz, duman ve partikül yapısındaki kimyasal maddeler astımın oluşumunda önemli rol oynarlar. Yapılan çalışmalarda gebeliği sırasında sigara içen annelerin bebeklerinin kanında allerjiye bağlı bebeklerde allerjik hastalık riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca annesi sigara içen bebeklerde solunum yolu hastalıklarının ve astımın daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Sigara içen ya da sigara içilen ortamda bulunan astımlı hastaların tedavisi de çok zor olmaktadır (37).

Hava kirliliği, uygun atmosfer şartları altında otomobillerin, enerji tesislerinin, santraller ve fabrikaların yol açtıkları hava kirlenmesi, havada ozon ve kükürtdioksit seviyelerinin yükselmesi sonucunu doğurabilir. Bu durum sıklıkla astımlı kişilerde hırıltılı nefes almaya yol açar ve yaşlılarda, küçük çocuklarda ve kronik kardiyopulmoner hastalığı olanlarda nefes darlığına yol açabilir (40). Ani ısı değişiklikleri, soğuk hava gibi meteorolojik faktörler de astım gelişiminde rol oynamaktadır (37).

Solunum yolu enfeksiyonları: Çevresel faktörler arasında da sayabileceğimiz solunum yolu enfeksiyonları astım atağını tetiklemektedir. Bu enfeksiyonlar vakaların yaklaşık % 40'ında etken olarak izlenmektedir. Bebeklik çağında geçirilmiş olan virus enfeksiyonlarının allerjik tablolar ve astımın ortaya çıkmasında rol oynayabileceğini gösteren bulgular olmasına karşın, viral solunum yolu enfeksiyonlarının astıma neden olduğu görüşü ispatlanmamıştır. Ancak bilinen bir gerçek, viral enfeksiyonlar solunum yolu iç duvarında harabiyete neden olmakta ve solunumla alınan allerjenler ya da diğer etkenlerin kolayca solunum yollarına ulaşmasına neden olmaktadır.

Böylece allerjene karşı duyarlılık kolaylaşmaktadır. Sigara içimi ve hava kirliliği enfeksiyonlara karşı direnci azaltarak viral solunum yolu enfeksiyonlarının oluşmasında ve astım ataklarında rol oynamaktadır (36).

3. Psikolojik faktörler: Vakalarının yaklaşık 1/3'ünde sıkıntı, stres, korku, heyecan gibi psikolojik faktörler astım ataklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (36). Kimileri astımın yalnız psikolojik sorunları olan kişilerde görüldüğünü düşünür. Duygusal stres ve kaygı, atakları tetiklese ya da ağırlaştırabilse de astım fiziksel bir hastalıktır. Zihinsel ya da psikolojik bir durum değildir (13).



4. Hormonal faktörler: Vakaların az bir kısmında hormonal sistemin rolü düşünülmektedir. Çocukluk çağında başlamış olan astım olguları ergenlik dönemi ile geçebilmektedir. Bunun aksine ergenlik dönemi ile başlayan astım olguları da vardır.

Gebelik iki yönlü etki yapabilir, gebelikte bazen astım atakları daha ağır bir hal alabilir, ancak ikinci aydan itibaren ataklar hafifler ve seyrekleşir (37).

5. Diğer Risk Faktörleri: Hamile kadınların beslenme bozuklukları anne karnındaki bebeklerin beslenmesinde bozulmaya neden olmaktadır. Bu tür anne rahminde beslenme bozukluğu olan bebeklerde doğum sonrasında gelişme gerilikleri gözlenebilmekte ve kanda allerji ile ilgili olan eozinofil protein X degerleri yüksek bulunabilmektedir. Bu bebeklerde doğum sonrası da olsa astım ve diğer allerjik hastalıkların daha sık görüldüğü varsayılmaktadır (36).

Fareler üzerinde çalışılarak yapılan yeni bir araştırmada, astımın nedeninin bir-iki yıl öncesine kadar bağışıklık sisteminin “tip 2 yardımcı hücreleri” (Th2 hücreleri) olarak bilinen hücreleri olmadığı aslında farelerde astımın ortaya çıkması için, bağışıklık sistemine ait doğal katil hücrelerin (NKT) varlığına gerek olduğunu bulunmuştur (41).

Yine yapılan son çalışmalardan birinde yeni bir astım sorumlusunu gün yüzüne çıkardı. Eozinofil adı verilen beyaz kan hücresi grubunun astım belirtilerinin ortaya çıkması ve hastalarda gelişen solunum güçlüğünde oynadığı rolle ilgili olarak önemli verilere ulaşıldı. Buna göre; bağışıklık sistemi hücreleri arasında yer alan eozinofillerin, yokluğunda allerji kökenli mukus miktarı da ciddi biçimde düştüğü gibi, eozinofil varlığında da “sitokin” adı verilen bağışıklık sistemi tetikleyicileri artmaktadır. Sitokinler, astımın neredeyse bütün belirleyici özelliklerinden sorumludur (42).

## **TANI**

### **Astımda Belirti ve Bulgular**

Astım tekrarlayan hışıltı atakları, öksürük ve nefes almakta zorlukla karakterize ataklarla seyreden, havayollarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Bu yakınmalar tedavi ile veya kendiliğinden düzelir. Bununla birlikte ağır astım grubuna giren hastalarda atak dışında da yakınmalar sürebilir. Bunlarda sürekli bir solunum güçlüğü, öksürük ve balgam, solunum fonksiyonlarında atak dışında da bozukluk

görülebilmektedir. Bir kısım hafif astımlı çocukta ise hiç solunum sıkıntısı olmasızın sadece öksürük şeklinde ataklar olabilir(43).

Kronik inflamasyona yol açan pek çok akciğer hastalığında benzer semptomlar olabileceği için, her öksürük ve hışıltının astım olmadığı unutulmamalıdır (44,45). 3 yaşın altındaki çocuklarda tekrarlayan akciğer semptomlarının ayırıcı tanısını yapmak oldukça zordur. Öncelikle çocuklarda reaktif hava yolu hastalığı tanımlanmalıdır. Reaktif hava yolu hastalığı, ilaç tedavisine (bronkodilatör veya steroidlere) yanıt veren respiratuar semptomları kapsamakta ve geniş bir hastalık grubunu içermektedir. Reaktif hava yolu hastalığını astım ile aynı anlamda kullanmak diğer önemli hastalıkların atlanmasına neden olabilmektedir.

Reaktif Hava Yolu Hastalıkları ;Astım, kistik fibroz, tüberküloz, yabancı cisim aspirasyonu, bronşiolit, boğmaca, sinüzit, aspirasyon, gastroözofageal reflü, bronkopulmoner displazi,vasküler ring, mediastinal kitleler, konjestif kalp yetmezliği yapan kardiyak anomalileri içermektedir (44,45).

Sonuç olarak astım tanısının klinik bir tanı olduğu unutulmamalıdır. Bu tanı özgeçmiş ve soygeçmiş öyküleriyle desteklenmeli, yardımcı laboratuvar yöntemleriyle pekiştirilmeli ve olası bazı benzer hastalıklar ekarte edilmelidir (43,44,45).

### **Fizik Muayene Bulguları**

Astımlı hastanın karakteristik fizik muayene bulgusu hışıltıdır. Genellikle sadece ekspiryumda duyulan hışıltı, ağır ataklarda hem inspiryum ve hem de ekspiryumda işitilebilir. Astımın geniş bir klinik spektrumu vardır. Başlangıç akut veya sinsi olabilir.

Atak sırasında çocukta hışıltı, takipne, dispne, ekspiryumda uzama, yardımcı solunum kaslarını kullanma, siyanoz, göğüste hiperinflasyon, taşikardi ve pulsus paradoksus saptanabilir. Hasta ciddi ataklarda hava açlığı ve soluksuz kalma endişesi içerisinde olabilir.

Muayenede üst solunum yolu ve göğüs üzerine yoğunlaşmalıdır. Kronik rinit ve sinüzitin varlığı özellikle araştırılmalıdır. Allerjenler, soğuk hava, iritanlar ve kimyasal maddeler atağı başlatabilir ve hızla solunum yolu obstruksiyonu gelişebilir. Viral ajanlarla başlayan ataklarda ise başlangıç yavaştır. Birkaç gün içinde öksürük, hışıltı olmaksızın veya hışıltı, öksürük olmaksızın olabilir. Akut alevlenme sırasında çocuk konuşurken cümlesini tamamlayamaz, siyanoz vardır, yardımcı solunum kaslarını kullanır, pulsus paradoksus olur. Göğüs oskültasyonunda büyük ve küçük

hava yollarının daralmasına ait bulgular alınır. Akciğer alanlarının hipersonör, dinlemekle ekspiryumun uzun olduğu, sibilan raller duyulduğu fark edilir. Bununla birlikte ağır ataklarda sessiz akciğer denen ve akciğerlere giren çıkan havanın çok az olduğu durumlar da olabilir. Ataklar arasında çocuk semptomsuzdur. Fıçı göğüs deformitesi ve çomak parmak kronik, uzun süre yeterli tedavi görmemiş ya da komplikasyonlar gelişmiş çocuklarda görülebilen bir özelliktir.

### **Özgeçmiş**

Astım, genelde atopi ve allerjenlere artmış IgE yanıtının genetik yatkınlığının olduğu bir durumdur. Bu nedenle öyküde dermatit, egzema, besin allerjisinin olup olmadığı mutlaka sorulmalıdır. Bebeklikte geçirilmiş rekürren bronşiolit atakları, belli uyaranlarla inatçı öksürük ataklarının olması mutlaka sorulmalıdır. Pasif sigara içimi, evde hayvan besleme öyküsü, ilaçlarla ya da besinlerle ortaya çıkan allerjik reaksiyonlar, sık infeksiyon geçirme öyküsü daha önce kullanılan ilaçlar ve bunlara alınan yanıtlar, yaşanan ev ortamının ve çevrenin özellikleri tanıda yardımcı olabilir (43-45).

### **Soygeçmiş**

Astımlı çocukların ailelerinde astım ya da başka bir atopik hastalıklı bireyler sıklıkla vardır. Bu nedenle öyküde soygeçmiş mutlaka sorulmalıdır.

## **ASTIMIN SINIFLANDIRILMASI**

### **A.Etyolojik sınıflama:**

1. İlaçlara bağlı astım
- 2.Egzersiz ile oluşan astım
- 3.Mesleksel etkenlerle oluşan astım
- 4.Emosyonel nedenlerle oluşan astım
- 5.Latent astım
- 6.Solunumsal etkenlerle oluşan astım

### **B.Patogeneze göre sınıflama:**

1.IgE'ye bağlı yol(allerjik astım): Ekstresek astım da denir.Solunum yoluyla organizmaya giren allerjenlerin yaptığı astımdır.

2.IgE'ye bağı olmayan yol(allerjik olmayan yol): İntrensek astım da denir.

3.Mikst.

**Tablo 1:** Havayolu Obstrüksiyonunun Şiddetine Göre Global Initiative for Asthma (GINA) Sınıflaması

	<b>Semptom</b>	<b>Gece Semptomu</b>	<b>Akciğer Fonksiyon Testi (AFT)</b>
1. Basamak Hafif İntermitant	Haftada $\leq 2$ semptom Atak aralarında normal Zorlu Ekspiratuar Akım (PEF) ve asemptomatik Ataklar kısa birkaç saat-gün	Ayda $\leq 2$	Zorlu Ekspiratuar hacim (FEV 1) veya PEF öngörülenin $\geq \%80$ PEF değışkenliğı $<\%20$
2. Basamak Hafif persistan	Semptomlar günde $<1$ , haftada $>1$ Ataklar aktiviteyi etkileyebilmekte	Ayda $<4$	FEV1 veya PEF $\geq\%80$ PEF değışkenliğı $\%20-30$
3. Basamak Orta persistan	Günlük semptomlar Günlük kısa etkili $\beta 2$ agonist kullanımı Atak aktiviteyi etkileyebilmekte Atak $\geq 2$ Atak günlerce sürebilmekte	Haftada $>1$	FEV1 veya PEF $\leq\% 60-80$ PEF değışkenliğı $> \%30$
4. Basamak Ağır persistan	Sürekli semptomlar Kısıtlı fizik aktivite Sık atak	Sık	FEV1 veya PEF öngörülenin $\leq\%60$ PEF değışkenliğı $>\%30$

## LABORATUAR TESTLERİ

• **Solunum Fonksiyon Testleri:** Objektif, non-invazif astım tanısını ve ağırlık derecesini belirlemede, klinik gidişi ve tedaviye alınan yanıtı değılendirmede en yararlı testtir. Bunun için mekanik bir spirometre ile FEV1, zorlu vital kapasite(FVC) ve zorlu ekspiratuar akım 25-75(FEF25-75) değılerini ya da bir zirve akım ölçer ile (PEF-metre : peak flow meter) zirve akım hızını (PEFR : peak expiratory flow rate) ölçmek yeterlidir. Solunum fonksiyon testleri ile saptanan FEV1 veya PEFR

düşüklüğü, obstrüktif bir hastalığı düşündürür. Eğer bu bozukluk bir Beta 2 agonist preparatınınhalasyonu ile FEV1'de %15'den fazla, PEFr'de %12'den fazla düzeltilebiliyorsa bu astım tanısı için güvenilir labaratuvar yöntemidir.

. **Egzersiz Tolerans Testi:** Havayolu duyarlılığını ölçmede kullanılan bir başka testtir. Treadmill egzersiz testinden ya da 6-8 dk'lık bir koşudan sonra, göğüste tıkanıklık hissedilen, öksürük refleksi başlayan büyük çocuklarda FEV1 ya da zirve akım hızında %15'lik bir düşüş, ya da FEF 25-75 değerinde %30'luk bir azalma egzersize bağlı astımı düşündürür.

. **Bronşiyal Provokasyon Testleri:** Tanı konulamayan vakalarda bronşiyal aşırı duyarlılığı ortaya çıkarmak için yapılır. Çocukluk çağında riskleri nedeniyle pek kullanılmayan bu yöntemde, solunum fonksiyon testine uyum sağlayabilecek çocuklara histamin veyametakolin verilerek bronşiyal provokasyon testleri yapılabilir.

. **Kan Tablosu:** Tam kan sayımı, eozinofili ve olayda infeksiyon olup olmadığının belirlenmesi amacıyla istenir. Bir çocukta eozinofili varlığı atopi varlığını destekler.

. **Nazal Sekresyon ve Balgam İncelenmesi:** Özellikle büyük çocuk ve erişkinlerde faydalıdır. Küçük çocuklar yeteri kadar balgam çıkaramazlar. Balgamda Charcot-Leyden kristalleri, Creola cisimcikleri ve Curshmann spiralleri tespit edilebilir. Nazal sekresyonda %6'nın üzerinde eozinofili saptanması allerjik rinit tanısını destekler. Bol nötrofil ve bakteri görülmesi bakteriyel rinit ve sinüziti düşündürür.

. **Ter Testi:** Kronik Akciğer semptomları olan her çocukta Kistik Fibrosis'i ekarte edebilmek için ter testi yapmak gerekir.

. **İmmunglobülinler:** Tekrarlayan ve kronik infeksiyonu olan çocuklarda immun yetersizlik sendromlarını ekarte edebilmek için serum IgG, IgM ve IgA düzeyleri ölçülmelidir. IgE düzeyi % 75 vakada yüksektir. Normal veya düşük olması astım tanısını ekarte ettirmez. IgE allerjik olayların dışında özellikle paraziter hastalıklarda, hiper IgE sendromunda, bronkopulmoner aspergillozda, bazı mantar ve viral infeksiyonlarda, neoplazilerde yüksek bulunabilir.

. **Göğüs Filmi:** Astım tanısı için diagnostik değildir. Özellikle astım dışında (yabancı cisim, pnömoni, kalp yetersizliği, pulmoner ve vasküler anomaliler, tüberküloz) saptanmasında önemlidir. Akut atak sırasında aşırı havalanma

görülebilmektedir. Bazen atelektaziler, infiltrasyonlar veya hava kaçağı sendromu gibi komplikasyonlar saptanabilir.

**Üst Gastrointestinal Sistemin Baryum ile Görüntülenmesi:** Reflü veya aspirasyona neden olabilen özofagus mide anomalilerinin gösterilmesinde ve mediastinal yapıların havayollarına basısının gösterilmesinde önemlidir (43,44).

. **Deri Testleri:** Allerjik cilt testleri özellikle okul öncesi çocuklarda yararlı bilgiler sağlar. Çabuk, güvenilir ve ucuz bir yöntemdir. Astıma neden olan allerjeni belirlemeye yarar. Antiallerjik ilaçlar test sonuçlarını baskılayabilir.

. **Spesifik IgE (RAST= Radioallergosorbent test):** Deri testleri ile aynı amaca yöneliktir. İlaçlardan etkilenmemesi, küçük çocuklarda da uygulanması ve güvenilir olması deri testine göre üstünlükleri, pahalı ve daha geç sonuç vermesi dezavantajlarıdır (43)

## **ASTIM TEDAVİSİ**

Astım tanısı alan çocuklarda tedavi, çocuğun yaşı, astım derecesi ve tedaviye verdiği cevaba göre belirlenmektedir. Astım tedavisi üç ana bölümden oluşmaktadır; hasta eğitimi, etkenlerden kaçınma ve ilaç tedavisidir. İlaç tedavisinde, bronş astımının ağırlığına göre en az ilaç kullanarak etkin tedaviyi sağlamak gerekir. Kullanılan ilaçlar, dozları ve tedavi algoritmi Tablo 2 ve 3' de özetlenmiştir(46-53).Bu tabloda bronş astımının basamak tedavisi gösterilmektedir.

**Tablo 2:** Beş Yaş Üzeri Çocuk ve Erişkinlerde Astım Kontrolü İçin Tedavi Algoritmi

1. Basamak	2. Basamak	3. Basamak	4. Basamak	5. Basamak
Hasta eğitimi Çevresel kontrol Gerektiğinde hızlı etkili $\beta 2$ agonist Kontrol edici tedaviye gerek yok	<b>İlk seçenek kontrol edici tedavi</b> Düşük doz inhale Kortikosteroid (İKS) Alternatif tedavi LTRA	<b>İlk seçenek kontrol edici tedavi</b> Düşük doz İKS + LABA(uzun etkili $\beta 2$ agonist) Alternatif tedavi Düşük doz İKS + LTRA veya Orta doz İKS veya Düşük doz İKS + teofilin	Orta-yüksek doz İKS + LABA Alternatif tedavi Orta-yüksek doz İKS+LTRA veya Orta-yüksek doz İKS+teofilin	Yüksek doz İKS+LABA+ LTRA 4.basamak tedavisine eklenebilecek İlaçlar Teofilin Ve/veya Oral steroid (en düşük doz) Ve/veya Anti-IgE

**Tablo 3:** Beş Yaşından Küçük Çocuklarda Astım Kontrolü İçin Tedavi Algoritmi

Kontrol düzeyi	Tedavi
Kontrol altında	Kontrolü sağlayan en düşük basamağa* ulaşarak kontrolü sürdür
Kısmen kontrol altında	Kontrolü sağlamak için basamak* arttırmayı düşün
Kontrol altında değil	Kontrol sağlanıncaya kadar basamak* arttır
Atak	Atak tedavisi uygula

\*Astım tedavisinin basamakları



1. Basamak	2. Basamak	3. Basamak	4. Basamak**	5. Basamak
Hasta eğitimi Çevresel Kontrol				
Gerektiğinde hızlı etkili $\beta_2$ -agonist				
Kontrol edici tedaviye gerek yok	<b>İlk seçenek kontrol edici tedavi</b>			
	Düşük doz İKS*	Düşük doz İKS + LTRA	Orta/yüksek doz İKS + LTRA	Yüksek doz İKS + LTRA ve/veya LABA
	<b>Alternatif tedavi</b>	<b>veya</b>	<b>Alternatif tedavi</b>	<b>Veya</b>
Lökotrien reseptör antagonisti (LTRA)	Orta doz İKS**	Orta - yüksek doz İKS + uzun etkili $\beta_2$ -agonist (LABA)	+ Oral steroid (en düşük doz)	

\*\*Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna gönderilmesi önerilir.

Not: 4-6 hafta içinde klinik düzelme görülmediyse hasta uyumunu ve çevre koşullarını gözden geçirin.



### Basamak tedavisinde:

1. Basamak inmek için her 1-6 ay (en azından 3 ayda bir) arasında tedaviyi gözden geçirip cevap iyi ise basamak indirilmelidir.
2. Eğer tedaviye cevap iyi değilse önce ilacın iyi alınıp alınmadığı, uyumu ve çevre kontrolünün iyi yapılıp yapılmadığı kontrol edilerek basamak arttırılmalıdır.

### Uzun süreli Astım tedavisinin hedefleri:

- 1-Çevresel faktörlerden korunmak(allerjen, hayvan türleri, ev tozları, polenler, irritanlar)
- 2-Normal akciğer fonksiyonları ve normal aktiviteyi sağlamak
- 3-Atakları azaltmak
- 4-Uygun ilaçları minimal dozda yan etkileri oluşmadan kullanmak
- 5-Psikolojik (aile ve çocuğa) destek sağlamak

### Uzun süreli (kronik) astım tedavisinde kullanılan ilaçlar:

- 1-Kortikosteroidler (Sistemik, inhale kortikosteroidler)
- 2-Kromonlar (Cromalyn sodium ve nedocramil)
- 3-Lökotrien antagonistleri
- 4-Uzun etkili  $\beta_2$  agonistler.
- 5-Metil ksantinler (Yavaş salınan teofilinler)
- 6-Diğer ilaçlar Ketotifen, Kısa etkili  $\beta_2$  agonistler

### **Etki mekanizmalarına göre astım ilaçlarının sınıflandırılması**

1-Bronkodilatatörler: Hafif olgularda gereğinde, orta-ağır astımda düzenli olarak ve akut astım ataklarında yoğun olarak kullanılmaktadır. Astımda kullanılan bronkodilatatör ilaçlar üç grupta incelenebilir(49,55,56,57).

- 1.Beta-2 agonistler
- 2.Antikolinerjik ilaçlar
- 3.Teofilin grubu ilaçlar

1.1.Beta-2 Agonistler: Hava yolu düz kasında gevşeme, mukosilyer klirenste artma gibi bronkodilatatör etkileri yanında, vasküler permeabilitede azalma, mast hücreleri ve bazofillerden mediatör salınımında sınırlanma şeklinde antiinflamatuvar etkilerden de söz edilmektedir. Klasik beta-2 agonistlerin (salbutamol, terbutaline) etki süresi 4-6 saat olup, yeni çıkan formeterol ve salmeterol'ün etkileri 12 saat kadar

devam etmektedir. Taşikardi, tremor, kramplar ve hipokalemi gibi yan etkileri bulunmaktadır.

### 1.2 Antikolinergikler (İpratropium bromide ve Oxitropium bromide):

Postganglionik efferent vagal yolu bloke ederek etkisini göstermektedir. Astımda beta-2 agonistlerden sonra kullanılacak ikinci basamak, biraz daha yavaş etkili ajanlardır.

1.3 Teofilin: Etki mekanizması fosfodiesteraz enzimi inhibisyonu ile intrasellüler cAMP düzeyinin yükselmesi ve bronkodilatasyon oluşması, adenosin reseptör antagonizması, katekolamin salınımının artırılması, kalsiyum geçişini inhibe etmesi ve mediatör inhibisyonu sayılabilir.

2-Antiinflamatuar İlaçlar: İnflamasyonun bronş astımın patogenezdaki yerinin belirlenmesinden sonra kortikosteroid tedavi hem atakların giderilmesinde hem de koruyucu amaçla sık olarak kullanılmaktadır. Koruyucu astımda antiinflamatuar ilaçlar hastalığın kontrolünü sağlayan ve sürdüren ilaçlardır. Kortikosteroidler, sodyum kromoglikat ve nedokromil sodyum bu grubun içerisinde en sıklıkla kullanılanlardır.

2.1. Kortikosteroidler: Steroidler sistemik veya inhalasyon yoluyla uygulanabilir.

Kortikosteroidler etki mekanizması araziidonik asit metabolizmasını dolayısıyla lökotrienlerin ve prostoglandinlerin sentezini engeller, inflamatuvar hücrelerin migrasyonu ve aktivasyonunu önler, bronş düz kasındaki beta reseptör cevabını artırır.

Kortikosteroidlerle uzun süreli tedavi bir çok yan etkilere sebep olabilir. Bunların arasında hipofiz-adrenal fonksiyonun baskılanması, enfeksiyona karşı duyarlılığın artması, om kol ve bacakta güçsüzlük ile karakterize olan miyopati, hiperglisemi, steroid psikozu, peptik ülser sayılabilir.

İnhalasyon yoluyla steroid kullanılması ile sistemik yan etkileri düşürülmüş, lokal aktiviteleri ise çok az dozda yeterli olmaktadır. İnhaler kortikosteroidler bronşial aşırı duyarlılığı azaltmakta ve akciğer fonksiyonlarında görülen diurnal varyasyonu düzeltmektedir (50-53,56).

2.2. Kromolin Sodyum ve Nedokromil Sodyum: Özellikle hafif atopik astımda ve profilaktik olarak kullanılmaları önerilmektedir. Sodyum kromoglikat mast hücre stabilizasyonu ile mediatör salınmasını engellemekte ve lokal akson refleksini

kontrol etmektedir. Böylece erken ve geç astım cevabını önleyebilmektedir. Nedokromil sodyum ise etkisi Na kromoglikata benzer ancak ondan 4-10 kez daha etkilidir. Özellikle mukozal tipteki mast hücrelerinin stabilizatörüdür.

3-Lökotrien Düzenleyicileri: LTC<sub>4</sub>, LTD<sub>4</sub>, LTE<sub>4</sub> ve LTB<sub>4</sub> bronkokonstriksiyon, bronş aşırı duyarlılığı, mikrovasküler permeabilitede artış ve mukus oluşumunda katkıları nedeniyle astımın patofizyolojisinde önemli rol oynarlar. Lökotrien düzenleyicileri lökotrien reseptörlerini antagonize ederek antiinflamatuvar etki gösterir böylelikle erken ve geç bronş yanıtını azaltır. Bilinen en güçlü lökotrien antagonistleri zafirlukast ve montelukasttır.

4-İmmunoterapi: Hafif astımlı, çocuk veya genç sistemik hastalığı olmayan tercihen tek allerjene duyarlı hastalara bu tedavi yöntemi uygulanabilir.

Astım tamamen ortadan kaldırılabilir bir hastalık olmadığından ana amaç hastalığın etkili ve sürdürülebilir şekilde kontrol altına alınmasıdır. Bu amaçla Uluslararası Astım Uzlaşma Raporlarında başarılı bir astım tedavisinin ana hedefleri ortaya konmuştur (10). Bu hedefler:

1. Semptomların kontrol altına alınması ve bu kontrolün sürdürülmesi
2. Pulmoner fonksiyonların mümkün olduğunca normale yakın tutulması
3. Normal fiziksel aktivite seviyesinin sağlanması
4. Astım ilaçlarının olumsuz etkilerinin önlenmesi
5. Geri dönüşümsüz havayolu obstrüksiyonunun gelişiminin önlenmesi
6. Astım morbiditesinin azaltılması (ataklar, acil servis başvuruları ve hastaneye yatışlar)
7. Astım mortalitesinin önlenmesi

Ancak ülkemizde ve dünyada yapılmış çalışmalarda bu hedeflere tam olarak ulaşılamadığı saptanmıştır (57,58). Yirmi dokuz ülke ve 11.339 hasta ile yapılan bir çalışmada Avrupa'da bu hedeflere ulaşılabilen hasta oranı %5.3'iken bu oran ülkemizde %1.25'dir. Yine bu çalışmada hastaların %91'inde son 4 haftada semptom mevcut olup, %60'ından fazlasında uyku bölünmesi ve >%80'inde günlük aktivitelerde kısıtlılık olduğu saptanmıştır(57). Yapılan geniş çaplı bir araştırmada ise astımlı hastaların büyük çoğunluğunun düzenli uyku problemleri ve günlük aktivite kısıtlanması yaşadığı saptanmıştır (58).

## DEPRESYON

### DEPRESYON KAVRAMINA KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Depresyon bir duygudurum bozukluğudur. Başlı başına bir hastalık olarak görülebildiği gibi alkol, uyuşturucu, uyarıcı madde kullanımı, tedavi amaçlı ilaçların kullanımı, metabolik hastalıklar, kanser gibi sorunlara ikincil olarak da gelişebilir. Depresyon toplumda çok sık görülmekle beraber, ilk kez depresyonun tanımlanması Hipokrat dönemine kadar uzanır. Depresyon tablosunda daha önceden isteyerek ve severek yapılan günlük aktivitelere karşı isteksizlik ve hayattan zevk alamama durumu vardır. Ek olarak kişide kederli ve üzgün bir duygudurum ile birlikte görülen bazı değişiklikler zamanla oluşur. Bu durumda kişi her şeyi olumsuz olarak değerlendirerek karamsarlık düşünceleri ile geçmişi ve geleceği düşünmeye başlar. Bu düşünceler istemese de kişinin aklına gelir. Günlük yaşantıda her şeyin olumsuz taraflarını görür. Geçmişte yaşanmış olayların olumsuz ve kötü taraflarını görerek kendisini suçlu ve cezalandırılmış hisseder. Aynı şekilde geleceği de umutsuz ve karamsar görerek gelecek adına çaresizlik düşünceleri iyice pekişir. Kişi hayatından zevk alamaz hale gelir, hatta yaşamının anlamsız olduğunu düşünecek kadar kendini çökkün hissedebilir. Bu olumsuz bakış açısı günlük hayatına, kişiler arası ilişkilerine yansyarak onun okul ve/veya iş hayatındaki performansının düşmesine neden olabilir. Yalnız normal sınırlarda kabul edilecek gün içerisindeki duygulanımdaki çökkünlükler depresyon sayılmaz (59,60). Bir duygudurum bozukluğu olan depresyonu Öztürk (1997) şöyle tarif etmiştir: derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile birlikte fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (61). Depresyonun en önemli belirtilerinden biri de hiçbir şeyden zevk alamama (anhedonia) durumudur (60). Freud (1917), Yas ve Melankoli adlı yazısında depresyondaki belirtilerin, yas tutma sürecindeki belirtilere benzerliğine dikkati çekmiştir. Yas tutan kişi bir sevgi nesnesini yitirmiştir. Buna bağlı olarak kişiden kişiye değişen şiddette bir yas tutma süreci gözlenir. Yas tutan kişinin göstermiş olduğu davranışların depresyona benzerliğini inceleyen Freud, aradaki farkı şöyle açıklar: Yas tutmada somut bir kayıp söz konusudur. Depresyonda ise gerçek sevgi nesnesi kaybı olabilir de olmayabilir de. Freud, depresyonda eğer gerçek bir sevgi nesnesi kaybı yok ise, “imgesel” bir sevgi nesnesinin yitiminin olması gerektiğini vurgular (61). Winnicott

(1969), depresyonu şu şekilde ayırmıştır: 1) Ağır depresyon, 2) Hipomani, 3) Mani, 4) Paranoid Anksiyeteye eşlik eden kronik depresyon , 5) Normal insanlarda seyreden depresyon fazları, 6) Reaktif depresyon. Depresif kişinin suçluluk duyduğunu belirten Winnicott, bu suçluluk duygusunun çoğunlukla bilinçdışı yaşandığını belirtir. Çünkü imajinatif sevgi nesnesi kaybedilmiştir. Winnicott, depresyonu, kişinin emosyonel gelişiminde, sağlığın ve büyümenin kanıtı olarak görür . Çünkü nesnenin kaybedilmesi durumunda gösterilen depresif durum, olumsuz durumlara karşı toleransın gelişmesinde ve kendi başına kalma kapasitesinde önemli rol oynar. Fakat bilinçdışı yaşanan ambivalent çatışmanın sürekliliği egoyu ve dolayısıyla ego fonksiyonlarını olumsuz etkiler. Winnicott'a göre, yıkıcı düşüncelerden bağımsız olarak tam ve özgür bir şekilde sevmenin imkanı yoktur. Bu yıkıcı duygularla ilgili suçluluk duygusu hissedilir; sevgiyle birlikte suçluluk duygusu da gelişir. Bu durumu verme ve telafi etme dürtüsü takip eder. Sevmek sevilmeyle paralel gider (62).

Mood (duygudurumu), depresyonun bilinçli kısmını yansıtır. İnsan doğasının bir parçası olan agresyon ve yıkıcılık bastırıldığında ve onlara ulaşılamadığında, (melankoli) depresyon, bir hastalığa dönüşmüş olur. Sevgi dürtüsünün içinde yıkıcılığı da barındırması suçluluk duygularına neden olur ve bu nedenle bastırılır. Eğer bastırma mekanizması (katı süperego gelişimine paralel bir şekilde) uyum işlevini yitirmişse, suçluluk duygusuyla ilişkili dürtülere ulaşılamaz; ta ki psikanalitik tedaviye kadar (62). Depresyon olgusu tıbbi literatür olarak çok gerilere, Hipokrat'a kadar dayanmakla birlikte, çocuk ve ergenlerde depresyon tanımlamalarının geçmişi o kadar gerilere uzanmamaktadır. Yakın zamanlara kadar çocuklukta depresyon olmayacağı düşüncesi hakim iken, 1970'de Stockholm'de yapılan "Avrupa Çocuk Psikiyatristleri" toplantısında depresyonun çocukluk ve ergenlik döneminde karşılaşılan ruhsal bozuklukların önemli bir bölümünü oluşturduğu bildirilmiştir(63).

Göktürk (2000), depresif çocukları şöyle tarif etmektedir. "üzgün görümlü, ağlamaklı, yavaş hareket eden, monoton bir sesle konuşan, kendilerini olumsuz olarak değerlendiren çocuklardır. Ayrıca okul başarılarında düşme, konsantrasyon güçlüğü, baş ağrısı, karın ağrısı gibi somatik şikayetler ile irritabilite ve anksiyete semptomları gözlenebilir."

Epidemiyoloji : Depresyonun çocuklarda %0,4 – 2,5; ergenlerde %0,4 – 8,3 oranları arasında prevalans gösterdiği belirtilmiştir (63). Yine depresyon oranlarının

çocukluk yaşlarında cinsiyete göre farklılık göstermediği, fakat ergenlik döneminin başlangıcı ile birlikte kızlarda erkeklere oranla 2 kat fazla görüldüğü belirtilmektedir. Depresyonun, Amerika’da okul öncesi çocuklarda %0,9, okul çocuklarında % 1,9 ergenlerde % 4,7 oranında görüldüğü ve depresif ebeveynlerin çocuklarında %50 oranında psikiyatrik bozukluk görüldüğü bilgisi aktarılmıştır(63).

Çocukluk çağı depresyonuna sosyal neden, düşük kalitede ebeveyn-çocuk ilişkisi gösterilebilir. Erken çocuklukta babanın ilgisizliği, annenin aşırı koruyucu tavırları, ergenlikte depresifliğe yatkınlık oluşturabilir. Psikanalitik teori, kısaca; sevilen objenin reel ya da imajinal kaybının, ya da ego idealine ulaşamama durumunun depresyona neden olduğunu vurgularken; bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, hayat stresörleri, eksik pekiştireçler, yetersiz pozitif pekiştireçler ve öğrenilmiş çaresizlik faktörlerinin üzerine odaklı bir depresyon etiolojisi sunmaktadır. Bilişsel-davranışçılara göre depresif çocuk sürekli çaresiz olmayı ve çaresiz algılanmayı, kendine ve dünyaya negatif bir gözle bakmayı öğrenmiştir (63).

## **ASTIM VE DEPRESYON**

### **ÇOCUKLARDA SON YILLARDA GÖRÜLEN ASTIM VB. HASTALIKLARIN PSİKOLOJİYLE İLİŞKİSİ**

Pek çok çocuk hastalığının ardındaki psikolojik etkenler ve hastalıkların ruhsal yönü; ayrıca çocukların hastaneye yatırımları, ameliyat edilmeleri, malformasyonlar, ölümcül hastalıklar vs çocuk psikiyatrisinin kapsamındadır. Psikososyal terimi iki kavramdan oluşur; “psikolojik” yönü çocuğun duygu, düşünce, tutum, hayal, hafıza, değer yargıları kendini ve gerçekleri değerlendirme yeteneği gibi özelliklerini belirtir, yani çocuğun bilişsel ve duygusal niteliklerini içerir. “Sosyal” yönü ise içinde yaşadığı çevre ve koşullarla ve diğer insanlarla ilişkisini belirtir (64).

Hemen tüm çocuk ve adolesanlar önemli ya da önemsiz, bir ya da birden çok hastalıkla karşılaşır. Bu hastalık onların kişiliği, yaşı, içinde bulunduğu koşullar, hastalığın tipi, süresi, ailenin ve doktorların tutumu gibi çok çeşitli etkene bağlı kalarak çocuk ve aile için çok önemli hale gelmez ya da aksine önemli bir olay haline dönüşür. Bu durumda da etkiler geçicidir ya da kalıcı izler bırakabilir(65).

Tam tedavi sağlanamayan hastalıklar sonucunda yeni çocukluk çağı kronik hastalıkları ortaya çıkmaktadır. Birçok çocuk, aldıkları ilaçların neticesinde sıklıkla

tedaviyi yarım bırakmak durumunda kalarak hastalıklarının zorlukları ve komplike tedavilerin yan etkileri ile yaşamaya mecbur kalmaktadır (66).

Ne var ki, ruhsal gelişimi normal seyir izleyen çocuğu, devinim özgürlüğündeki bir engellenmenin her zaman enikonu etkileyeceğini biliyoruz. Böyle bir çocuk kendi durumuna mutsuz bir gözle bakar ve buradan yola koyularak birtakım kötümser sonuçlara varır; başlangıçtaki bedensel ve işlevsel yetersizlik zamanla ortadan kalksa bile, ilgili sonuçlar çocuğu gelecekte davranışını kısıtlamaya zorlar. Hastalık sırasında edinilmiş yenilgi duygusu ve bunun yol açtığı kötümserlik, ruhsal açıdan böylesi çocuklarda ileride de varlığını sürdürür(67).

Vücut durumunda zamanında giderilemeyen bozukluk ağır ve tehlikeli bir hastalığa yol açabilir, bu hastalık da bazen ilgili kişinin ruhunda kalıcı izler bırakır. Psikolojik açıdan bütün hastalıklar hasta için tehlikeli bir kısaç rolünü oynar (67).

Fiziksel kısıtlamalar, genellikle çocuğun motor ve sosyal beceriler kazanma yeteneğini kısıtlar, güçsüzlük, tekrarlayıcı acı veren yaşantılar, onların amaca yönelik oyun hevesini kırabilir, böylece çocuklar genellikle edilgen, korkulu, düşük benlik imajlıdır ve kendilerini yetersiz hissetme eğilimindedir (68).

Klinik araştırmalar depresyonla ilgili rahatsızlıklarla kalp krizi, felç, karın hastalığı,epilepsi gibi birçok farklı tıbbi durumun ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Amerika'dayapılan iki adet halk çalışmasında depresyon ve uzun süreli tıbbi rahatsızlıklarla ilgili bir veya daha fazla tıbbi durumun gözleendiği rapor edilmiştir. Kanada Ulusal Halk Sağlığı araştırmasının veri analizlerinde benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Gagnon ve Pattern'de (2002) araştırmalarında bir veya daha fazla uzun süreli tıbbi durumların yaşandığı konularda majör depresyonun geniş yaygınlığı olduğu rapor etmişlerdir(69).

%10 ile 15 arasında 16 yaşından küçük olan çocuklar kronik uzun süreli fiziksel problemler tarafından etkilenirler (70).

Alaka uyandıracak suretle psikiyatrik düzensizliklerin oranları, özellikle depresyonla ilgili düzensizliklerin ve endişesel olan düzensizliklerin genel nüfus içerisinde dikkat edilen oranlarla karşılaştırıldığında astımlı hastaların içerisinde 6 kat daha fazla açıkça görülmüş olduğudur (71).

## **ASTIM HASTALIĞININ PSİKOSOSYAL YÖNÜ**

Akut kriz dönemleri veya hastalığın kronikleşmesi gerek hasta çocuğun, gerek ailesinin ruhsal ve sosyal uyumunu önemli ölçüde etkileyebilir; hatta bu etki tüm

yaşam boyu sürebilir. Astım hastalığının çocuğun ruh sağlığı üzerine etkisi ile ilgili araştırmalar yer yer birbiri ile çelişirken, hastalığın sadece çocuk için değil aile için de yoğun bir stres yaratma olasılığı ilgi çeken alanlardan biri haline gelmiştir. Aile açısından çocuğun astım hastalığı, devamlı ve ciddi biçimde onun çevresini denetleme, fiziksel egzersiz ya da ruhsal etkenlerle nöbetlerin ortaya çıkmasını engelleme çabalarından, nöbet sırasındaki korku, çaresizlik duyguları ve tepkilere kadar çok çeşitli nedenlerle hiç de kolay değildir. Astımlı çocukların öğrenme problemleri, psikomotor işlev güçlükleri, fiziksel koşullanmanın bozulması gibi alanlarda giderek artan bir risk içinde bulduklarını ele alan çeşitli çalışmalar yayınlanmıştır. Astımın gerek çocuk, gerek ailede yarattığı olası uyum güçlükleri, ciddi astım olaylarında (% 1 ile % 2 oranında) ölüm tehlikesinin varlığından da kaynaklanabilir. Astıma bağlı ölüm olaylarıyla ilgili makalelerin 1944 yılından beri yayınlandığı bilinmektedir(65).

Bir çok klinik çalışmada panik atak başta olmak üzere anksiyete bozukluklarının astım gibi kronik solunum sistemi hastalıklarında beklenenden daha sık görüldüğü gösterilmiştir (72). Yine psikiyatrik problemi olan hastalarda, genel popülasyonla karşılaştırıldığında solunum sistemi problemleri daha fazladır (73,74).

### **ASTIMLI ÇOCUĞUN AİLESİNDEKİ PSİKOPATOLOJİ**

Astımlı çocukların ebeveynlerinde çoğunlukla psikiyatrik bozukluk gözlenmektedir. Ancak bunun bir genetik yatkınlık mı yoksa hasta bir çocukla yaşamanın stresine cevap mı olduğu net değildir. Yapılan bir çalışmada 18 ayı sağlıklı olarak geçiren çocukların aileleri %12 oranında bozuk aile ilişkileri gösterirken, tekrarlayan enfeksiyonu olan ailelerde %46, obstrüktif semptomları olanlarda ise %52 oranında bozuk aile ilişkileri olduğunu göstermişlerdir(75).

Astım semptomlarının ani ve beklenmedik başlangıcı, kompleks tedavi rejimleri aileleri değişik oranlarda zorlamaktadır. Astımlı çocukların kendi başlarına yeterli bakımı yapamamaları, mevcut tedavilerle astımı kontrol altına alınsa bile, normal sosyalizasyon ve atletik deneyimlerden uzak dururlar. Kullandığı ilaçların yan etkilerinden (steroidle bağlı cushingoid görünüm nedeniyle vs) dolayı, şiddetli astımı olan çocuklar kendine olan güvenini kaybedebilir. Anne-babalar ekonomik endişelerden, çocuğun sağlık problemleri hakkındaki kaygılardan, tedavi için artan zaman ihtiyaçlarından dolayı yoğun bir stres altındadırlar. Bu stresler astımlı çocukla olan ilişkilerini bozarak psikiyatrik problemlerini artırabilir. Ailelerin aşırı koruyucu



davranışları, çocuklarla aralarında sürtüşmelere neden olarak astımlı çocukta emosyonel bozukluklar için riski artırmaktadırlar(76).

## ASTIM TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLARIN NÖROPSİKİYATRİK YAN ETKİLERİ

Astım tedavisinde kullanılan ilaçların bir kısmının nöropsikiyatrik yan etkileri mevcuttur. Oral ya da inhalasyon yoluyla kullanılan astım ilaçlarının önemli bir kısmı ajitasyon, titreme uyku bölünmesi ve yerinde duramama gibi yan etkilere yol açarlar. Çoğunlukla doz ve alım zamanının yeniden düzenlenmesi ile yakınmalar düzelir (77). Ayrıca son dönemde astım ilaçlarının çoğunun inhalasyon yoluyla kullanılması bu yan etkilerin daha az görülmesine yol açmıştır.

**Teofilin:** Uzun yıllar astım tedavisinde kullanılan en önemli ilaçlardan biri olan teofilin, son yıllarda astımda daha az sıklıkla kullanılmaktadır. Başlagıçta sinirlilik, dikkat toplamada zorluk ve uykuya dalma güçlük gibi yakınmalar görülebilir. Toksik düzeye ulaşıncaya ise; bulantı, kusma, baş ağrısı ishal, sinirlilik, tedirginlik, deliryum epileptik nöbet, aritmi ve ölüm

görülebilir. Teofilin epileptik nöbet eşiğini düşürdüğünden dolayı elektrokonvülf tedavi sırasında nöbet geçirmeyen hastalarda nöbet eşiğini düşürmek için kısa süreli kullanılmaktadır(77).

**Beta-2 agonistler:** Astım tedavisinde en sık kullanılan ilaç grubudur. Aslında inhalasyon

yoluyla kullanılan beta-2 agonistlere bağlı yan etki sıklığı çok fazla değildir. Oral ve intravenöz kullanımda sıklıkla görülür. İskelet kaslarında tremor, taşikardi ve palpasyon inhalasyon yoluyla kullanımda en sık görülürken (78). Anksiyeteye sıklıkla oral kullanımda rastlanmaktadır (10).

**Kortikosteroidler:** Astımda kullanılan en önemli antiinflamatuvar ilaç grubu kortikosteroidlerdir. Geçmiş yıllarda sistemik steroidler astımda çok yaygın bir şekilde kullanılmış olmasına karşın, inhaler steroidlerin kullanıma girmesi ile birlikte kullanımı son derece azalmıştır. Günümüz astım tedavisinde akut ataklar dışında ksistemik steroid kullanımı son derece sınırlıdır. Sistemik steroidlerin kullanımı sırasında hastalarda depresyon, psikoz, mood değişiklikleri efori ve vejetatif bozukluklar görülebilmektedir. Ancak inhaler steroidler ile bu komplikasyonların görülme olasılığı son derece nadirdir.

## HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışmaya; S.B Göztepe Eğt. ve Arşt. Hastanesi Çocuk Alerji Polikliniğinde en az 6 aydır izlenen Astım Bronşiale tanısı konmuş 6 ile 14 yaş arası çocuklar arasından randomize olarak seçilen 250 çocuk ve anneleri dahil edilmiştir.Yine aynı yaş grubunda ve bilinen kronik bir hastalığı olmayan normal büyüme ve gelişmesi olan Genel Pediatri Polikliniği'ne başvuran 125 çocuk ve anneleri kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Ekim 2008-şubat 2010 tarihleri arasında çocuklara uzman psikolog eşliğinde Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği Testi ,annelerine ise Demografik Bilgi Formu ile Beck Depresyon Ölçeği Testi uygulanarak veriler toplanmıştır. Hastanemiz Etik Kurulundan 52/F nolu onay alındı. Anketler poliklinik şartlarında yapıldı. Kriterlere uyan her hastadan ve velisinden bire bir görüşülerek sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra bilgiler kaydedildi.

### VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

#### 1. Bilgi Toplama Formu

Bilgi toplama formunda, çocuk ve annelerin sosyodemografik özellikleri belirlenmek istenmiştir(Ek 1, 2)

## 2. Çocuk Depresyon Ölçeği

Özğün adı Children's Depression Inventory (CDI) olan Çocuklar İçin Depresyon

Ölçeği M. Kovacs (1981) tarafından geliştirilmiştir. Çocuklardaki depresyon düzeyini ölçer. 6-17 yaş çocuk ve ergenlere uygulanır. Zaman sınırlaması yoktur. Ölçek yaklaşık 30 dakikada doldurulabilir. Ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Her maddede çocuğun son iki haftasını değerlendirerek aralarından seçim yapacağı üç cümle bulunmaktadır. Her cümle seti çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin ifadeler içermektedir (Uyku ve iştah problemleri, disteri vs.). Yanıtlar Soru formuna işaretlenir. Ölçek çocuğa okunarak doldurulur. Çocuğun son iki hafta içindeki durumunu değerlendirip üç seçenek arasında kendine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'dür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Kesim noktası 19'dur. Ölçek, Beck Depresyonu Envanteri esas alınmakla birlikte çocukluk depresyonuna özgü okul durumu, arkadaş ilişkisi gibi alanlarla ilgili sorular da eklenerek, 1980 yılında Kovacs tarafından geliştirilmiştir. Dili 6-17 yaş çocukların anlayacağı şekilde sadeleştirilmiştir. Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öy(Öy B (1991) Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türk Psikiyatri Dergisi,2:132-136) tarafından yapılmıştır.

## 3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen ve depresyon belirti düzeyini ölçmede yaygın olarak kullanılan bu ölçeğin geçerlilik-güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik kat sayısı .74 olarak tespit edilmiş, geçerliliği de, 'Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği' kriter olarak kullanıldığında korelasyon katsayısı .75 olarak bulunmuştur. Ölçeğin amacı depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak ölçmektir. Beck Depresyon Ölçeği (1978) toplam 21 depresif belirti kategorisini içermektedir. İlk madde duygu durumunu, ikinci madde kötümserliği, üçüncü madde başarısızlık duygusunu, dördüncü madde doyumсуuzluğu, beşinci madde suçluluk duygusunu, altıncı madde cezalandırma durumunu, yedinci madde kendinden nefret etme durumunu, sekizinci madde kendini suçlama durumunu, dokuzuncu madde kendini

cezalandırma arzusunu, onuncu madde ağlama nöbetlerini, onbirinci madde sinirlilik durumunu, onikinci madde sosyal içedönüklüğü, onüçüncü madde karasızlığı, ondördüncü madde bedensel imgeyi, onbesinci madde çalışabirliliğin ketlenmesini, onaltıncı madde uyku bozukluklarını, onyedinci madde yorgunluk ve bitkinlik halini, onsekizinci madde iştahın azalmasını, ondokuzuncu madde kilo kaybını, yirminci madde somatik yakınmaları ve yirmibirinci madde de cinsel dürtü kaybını sorgulamaktadır. Her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'nin Sınır Puanı (Cutoff Point): 15 olarak belirlenmiştir.

### **Verilerin Toplanması**

Öncelikle katılımcıların izni alınarak gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı belirtilmiştir. Bilgi Toplama Formu (Ek 1, 2) ve ölçekler (Ek 3 ve 4) uygulanmadan önce, gerek Katılımcı Bilgilendirme Formu (Ek 5) ile gerekse sözel olarak katılımcılara uygulama hakkında bilgi verilmiştir.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışma dört aşamada yapılmıştır.

1. Çalışmaya katılan çocukların ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri ve diğer özellikleri bilgi toplama formu ile belirlendi(Ek 1,2).

2. Çalışmaya katılan çocukların depresyon varlığı uzman psikolog eşliğinde Çocuk Depresyon Ölçeği ile araştırıldı(Ek 4).

3. Çalışmaya katılan çocukların annelerinde depresyon varlığı uzman psikolog eşliğinde Beck Depresyon Ölçeği ile araştırıldı(Ek 3).

4. Elde edilen depresyon puanları; çocuklarda cinsiyet, yaş,anne-baba akrabalığı, kardeş sayısı, doğum sırası, kendine ait oda varlığı, aile gelir düzeyi, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba yaşı,annenin çalışma durumu, babanın mesleği, hastalık şiddeti ile hasta olma süresi gibi etkenlerle istatistiksel analizlerin yapılması amacıyla SPSS programı kullanılarak ilişkilendirildi. Annelerde ise depresyon puanları; astımlı çocuğa sahip olma, hastalık şiddeti, yaş, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve gelir düzeyi gibi etkenlerle istatistiksel analizlerin yapılması amacıyla SPSS programı kullanılarak ilişkilendirildi.

## **İstatistiksel İncelemeler**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (statistical package for social sciences) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Anova testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.



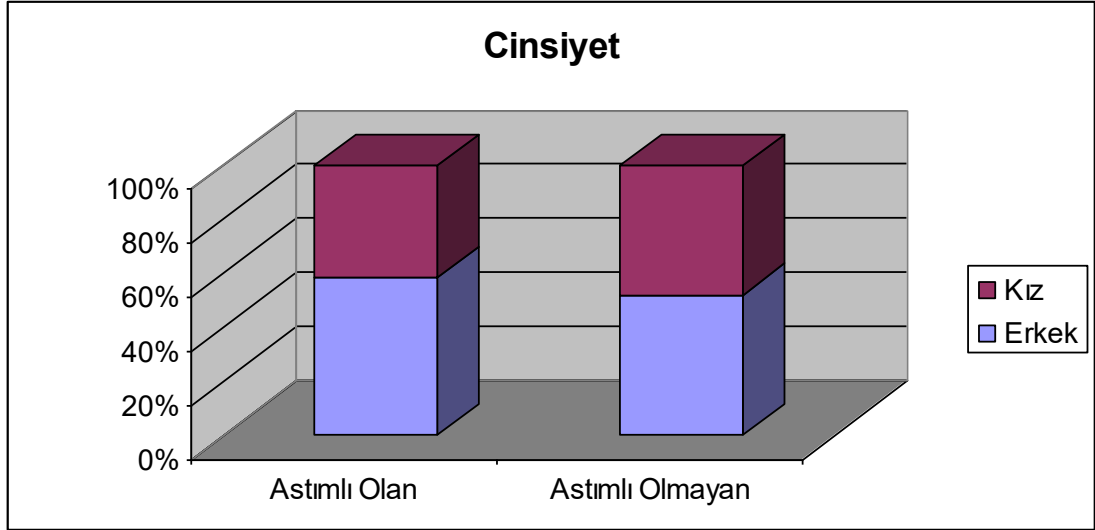
## BULGULAR

### A. Astımı Olan Çocukların Ve Ailelerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Çalışma; 164'ü (%43.7) kız ve 211'i (%56.3) erkek olmak üzere toplam 375 çocuk üzerinde yapılmıştır. Çocuklar “Astım hastası olan ” (n=250) ve “Astım hastası olmayan” (n=125) olmak üzere iki grup altında incelenmiştir. İlgili bulgular frekans ve yüzde cinsinden belirtilmiş ve tablolar halinde sunularak yorumlanmıştır

**Tablo 4:** Sağlık Durumu ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Cinsiyet	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
Erkek	146 (%58)	65 (%52)
Kız	104 (%42)	60 (%48)

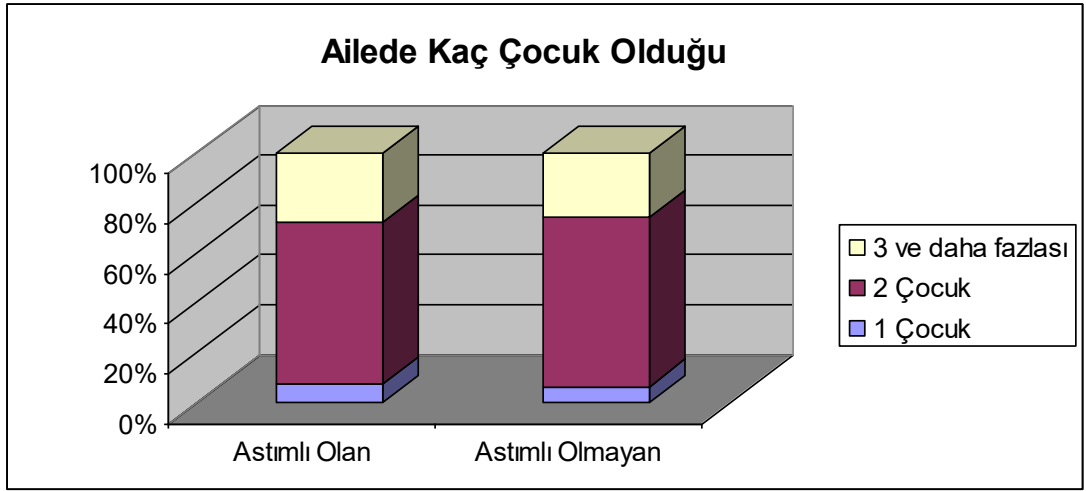


**Şekil 1:** Cinsiyet Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 1 ' de sağlık durumu ve cinsiyet değişkenlerine göre çocuklar incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı olan çocukların %58'ini(n=146) erkekler ,%42'sini kızlar oluşturmaktadır. Astımlı olmayan çocukların ise %52'sini (n=65) erkekler, %48'ini (n=60) kızlar oluşturmaktadır.

**Tablo 5:** Sağlık Durumu ve Ailedeki Çocuk Sayısı Durumuna Göre Çocukların Dağılımı

Ailedeki Çocuk Sayısı	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
1 çocuk	19 (%8)	8 (%6)
2 çocuk	162 (%64)	85 (%68)
3 çocuk ve üzeri	69 (%28)	32 (%26)



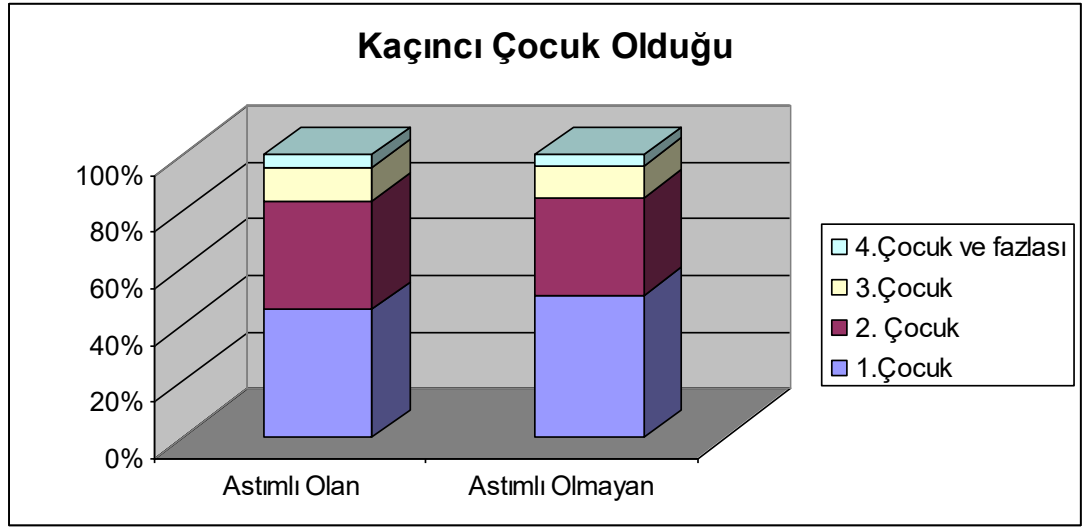
**Şekil 2:** Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 2' de sağlık durumu ve ailedeki çocuk sayısı değişkenlerine göre çocuklar incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı olan çocukların % 8 (n=19) 1 çocuklu aile, %64 (n=162) 2 çocuklu aile, %28 (n=69) 3 çocuk ve üzeri aileye mensuptur. Astımlı olmayan çocukların ise %6 (n=8) 1 çocuklu aileye, %68 (n=85) 2 çocuklu aileye, %26 (n=32) 3 çocuk ve üzeri aileye mensuptur.

**Tablo 6:** Sağlık Durumu ve Ailedeki Çocuk Sırasına Göre Çocukların Dağılımı

Ailedeki Çocuk Sırası	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
1.Çocuk	113 (%46)	63 (%51)
2.Çocuk	96 (%38)	43 (%34)
3.Çocuk	30 (%12)	14 (%11)
4.Çocuk ve üzeri	11 (%4)	5 (%4)



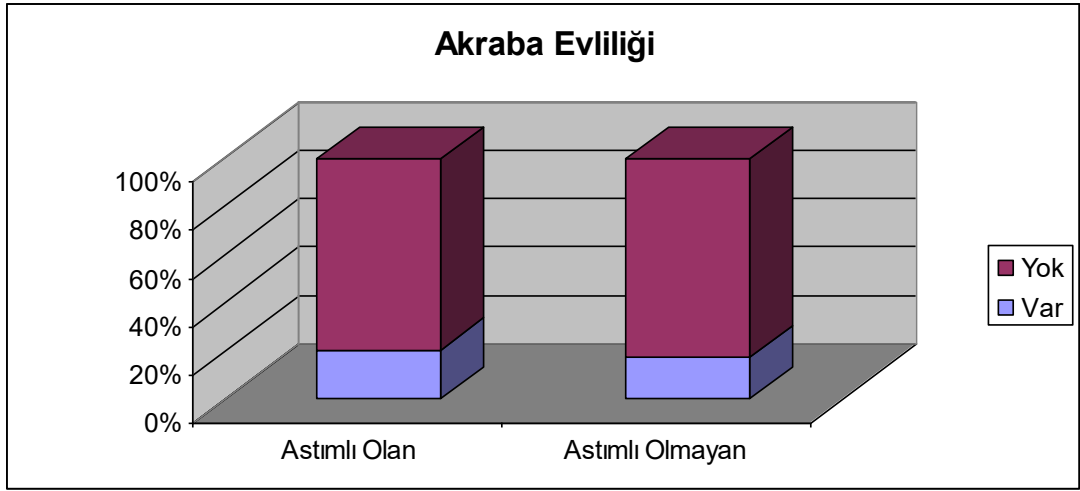


**Şekil 3:** Ailedeki Çocuk Sırasına Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 3' de sağlık durumu ve ailedeki çocuk sırası değişkenlerine göre çocuklar incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı olan çocukların % 46'sı (n=113) ailelerde 1. çocuk, % 38'i (n=96) ailelerde 2. çocuk, % 12' si (n=30) ailelerde 3. çocuk, % 4'ü (n=11) ailelerde 4. çocuk ve üzeridir. Astımlı olmayan çocukların ise % 51' i (n=63) ailelerde 1. çocuk, % 34' ü (n=43) ailelerde 2. çocuk, %11'i (n=14) ailelerde 3. çocuk, %4' ü (n=5) ailelerde 4. çocuk ve üzeridir.

**Tablo 7:** Sağlık Durumu ve Akraba Evliliği Değişkenine Göre Çocukların Dağılımı

Akraba Evliliği	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
Var	51 (%20)	22 (%18)
Yok	199 (%80)	103 (%82)

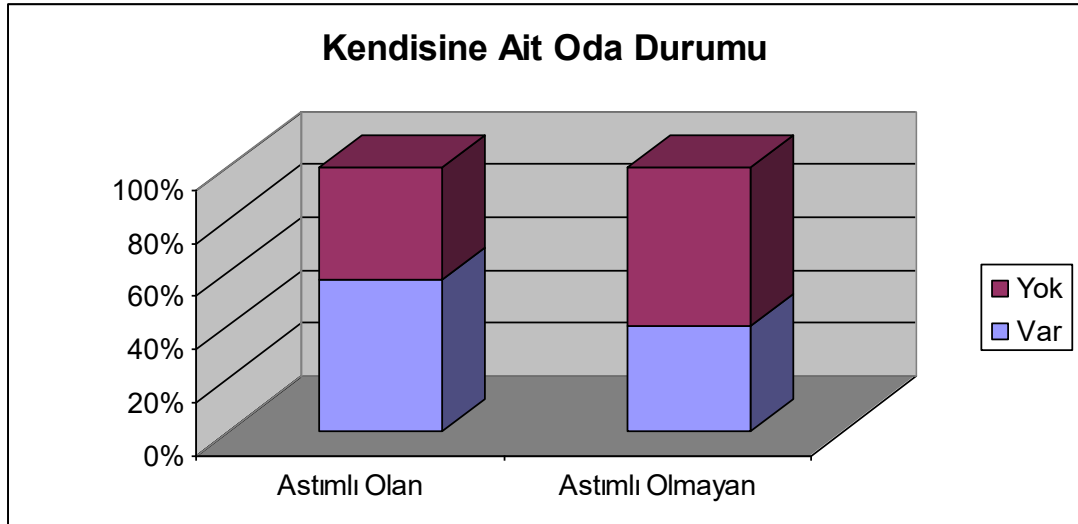


**Şekil 4:** Akraba Evliliği Değişkenine Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 4' de sağlık durumu ve akraba evliliği değişkenlerine göre çocuklar incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı olan çocukların ailelerinin % 20 'sinde (n=51) akraba evliliği görülürken, % 80'nin de (n=199) akraba evliliği görülmemektedir. Astımlı olmayan çocukların ailelerinin % 18' in de (n=22) akraba evliliği görülürken, % 82'sin de (n=103) akraba evliliği görülmemektedir.

**Tablo 8:** Sağlık Durumu ve Kendine Ait Odaya Sahip Olma Durumuna Göre Çocukların Dağılımı

Kendine Ait Odaya Sahip Olma Durumu	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
Var	143 (%57)	50 (%40)
Yok	107 (%43)	75 (%60)

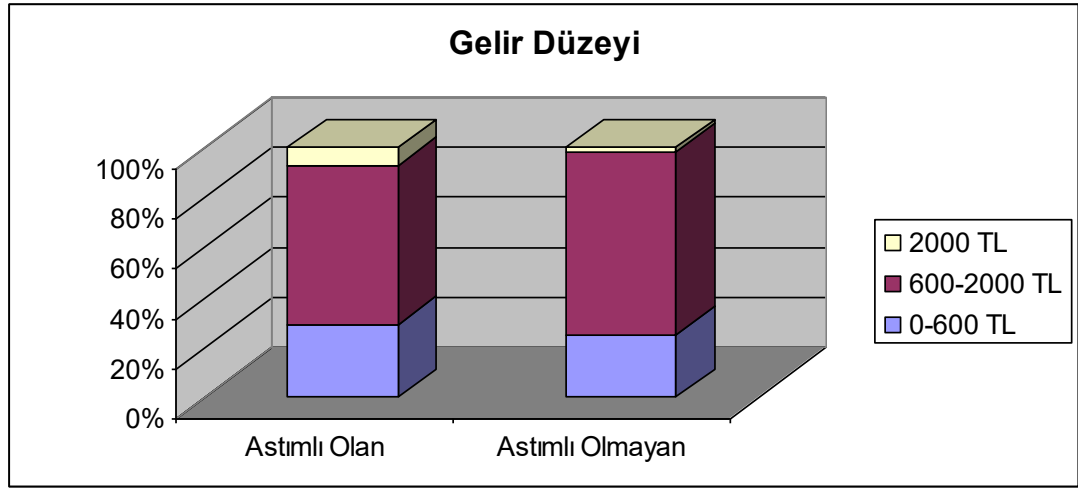


**Şekil 5:** Kendine Ait Odaya Sahip Olma Durumuna Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 5’ de sağlık durumu ve kendine ait oda Olma değişkenine göre çocuklar incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı olan çocukların, % 57’ sinin (n=143) kendine ait odası var iken, % 43’ünün (n=107) kendine ait odası yoktur. Astımlı olmayan çocukların ise, % 40’ ının (n=50) kendine ait odası var iken, % 60 ‘ının (n=75) kendine ait odası yoktur.

**Tablo 9:** Sağlık Durumu ve Sosyoekonomik Düzey Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Sosyoekonomik Düzey Değişkenleri	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
0-600 TL	73 (%29)	31 (%25)
600-2000 TL	159 (%64)	92 (%73)
2000 TL ve Üzeri	18 (%7)	2 (%2)

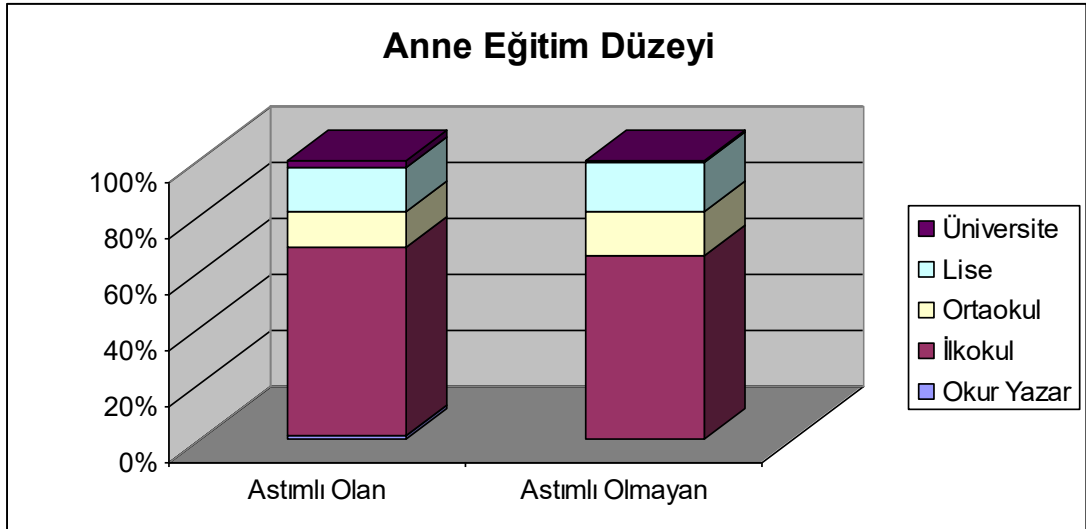


**Şekil 6:** Sosyoekonomik Düzey Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 6' da sağlık durumu ve sosyoekonomik düzey değişkenlerine göre çocuklar incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı olan çocukların ailelerinin % 29' unun (n=73) 0-600 TL, % 64' ünün (n=159) 600-2000 TL, %7' sinin (n=18) 2000 TL ve üzeri aylık gelire sahip olduğu gözlemlenmiştir. Astımlı olmayan çocukların ailelerinin ise % 25' inin (n=31) 0-600 TL , % 73' ünün (n=92) 600-2000 TL, % 2' sinin (n=2) 2000 TL ve üzeri aylık gelire sahip olduğu gözlemlenmiştir.

**Tablo 10:** Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzey Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Anne Eğitim Düzey Değişkenleri	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
Okur-Yazar	3 (%1)	0 (%0)
İlkokul	168 (%68)	82 (%65)
Ortaokul	32 (%13)	20 (%16)
Lise	40 (%16)	22 (%18)
Üniversite	6 (%2)	1 (%1)

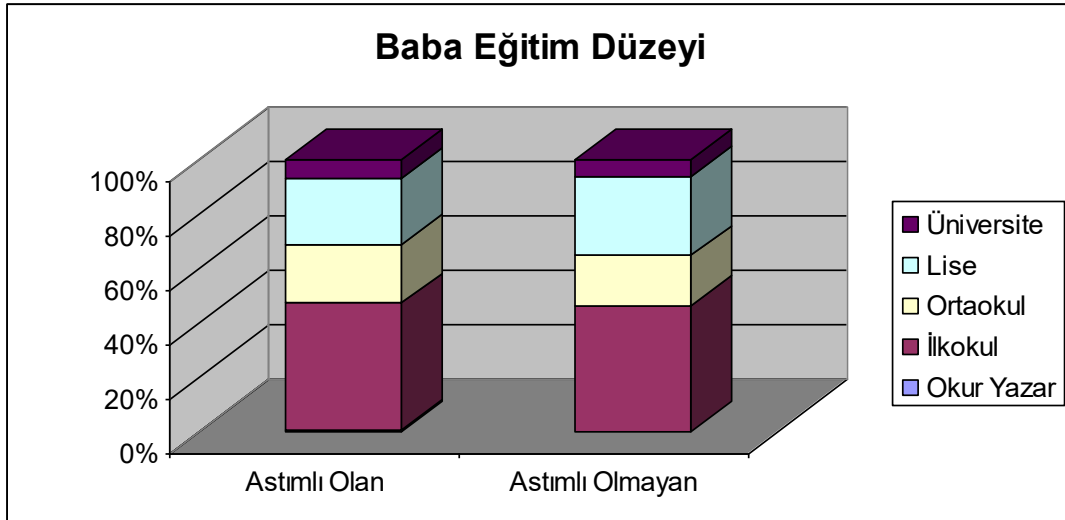


**Şekil 7:** Anne Eğitim Düzeyine Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 7' de sağlık durumu ve anne eğitim durumuna göre çocukların dağılımı incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı çocukların annelerinin, % 1'i (n=3) okur-yazar, % 68' i (n=168) ilkokul mezunu, % 13' ü (n=32) ortaokul mezunu, %16' sı (n=40) lise mezunu, % 2' si (n=6) üniversite mezunudur. Astımlı olmayan çocukların annelerinin, % 65' i (n=82) ilkokul mezunu, % 16' sı (n=20) ortaokul mezunu, % 18'i (n=22) lise mezunu, % 1' i (n=1) üniversite mezunudur.

**Tablo 11:** Sağlık Durumu ve Baba Eğitim Düzey Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Baba Eğitim Düzey Değişkenleri	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
Okur-Yazar	2 (%1)	0 (%0)
İlkokul	116 (%46)	58 (%47)
Ortaokul	54 (%22)	23 (%18)
Lise	61 (%24)	36 (%29)
Üniversite	17 (%7)	8 (%6)

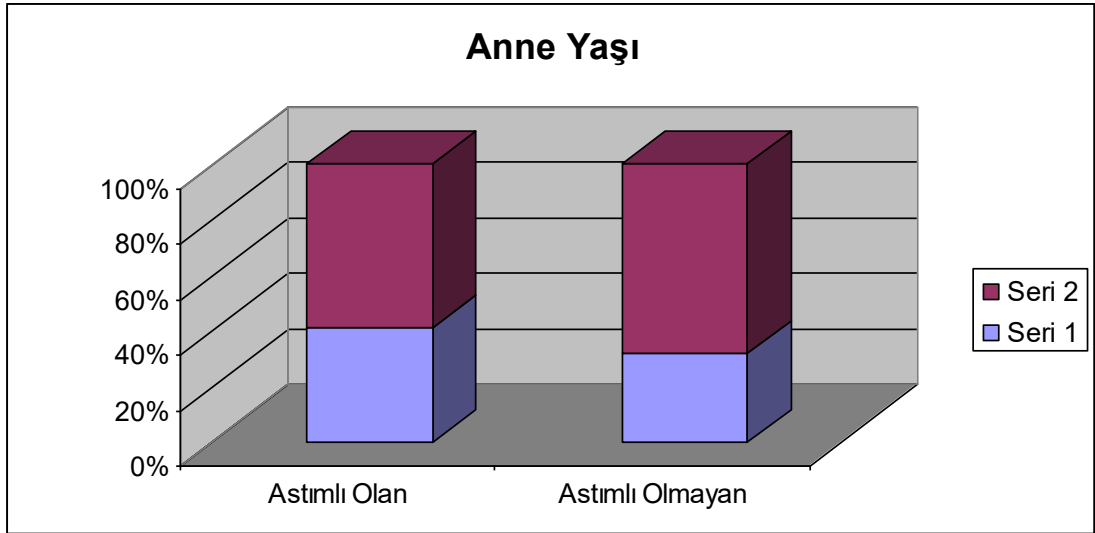


**Şekil 8:** Baba Eğitim Düzeyine Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 8' de sağlık durumu ve baba eğitim durumuna göre çocukların dağılımı incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı çocukların babalarının, % 1'i (n=2) okur-yazar, % 46' sı (n=116) ilkokul mezunu, % 22' si (n=54) ortaokul mezunu, %24' ü (n=61) lise mezunu, % 7' si (n=17) üniversite mezunudur. Astımlı olmayan çocukların annelerinin, % 47' si (n=58) ilkokul mezunu, % 18' i (n=23) ortaokul mezunu, % 29'u (n=36) lise mezunu, % 6' sı (n=8) üniversite mezunudur.

**Tablo 12:** Sağlık Durumu ve Anne Yaşı Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Anne Yaşı	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
20-34 Yaş	102 (%41)	40 (%32)
35-49 Yaş	148 (%59)	85 (%68)

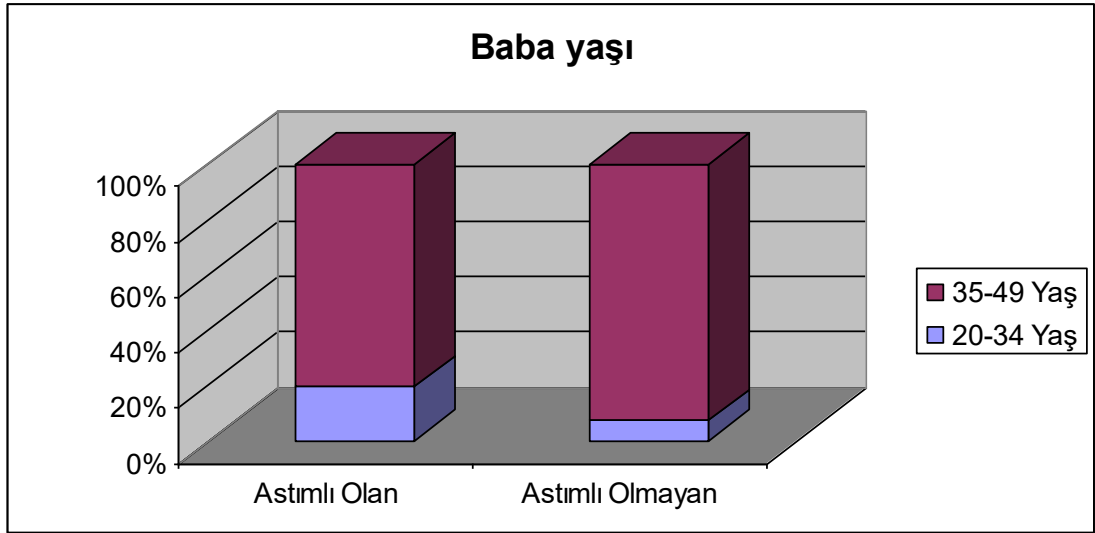


**Şekil 9:** Anne Yaşı Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 9' da sağlık durumu ve anne yaşı değişkenlerine göre çocukların dağılımı incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı çocukların anne yaşı dağılımı, % 41'i (n=102) 20-34 yaş arası, % 59'u (n=148) 35-49 yaş arasındadır. Astımlı olmayan çocukların anne yaşı dağılımı ise, % 32' si (n=40) 20-34 yaş arası, % 68' i (n=85) 35-49 yaş arasındadır.

**Tablo 13:** Sağlık Durumu ve Baba Yaşı Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
Baba Yaşı Değişkenleri		
20-34 Yaş	49 (%20)	9 (%7)
35 Yaş ve Üzeri	201 (%80)	116 (%93)



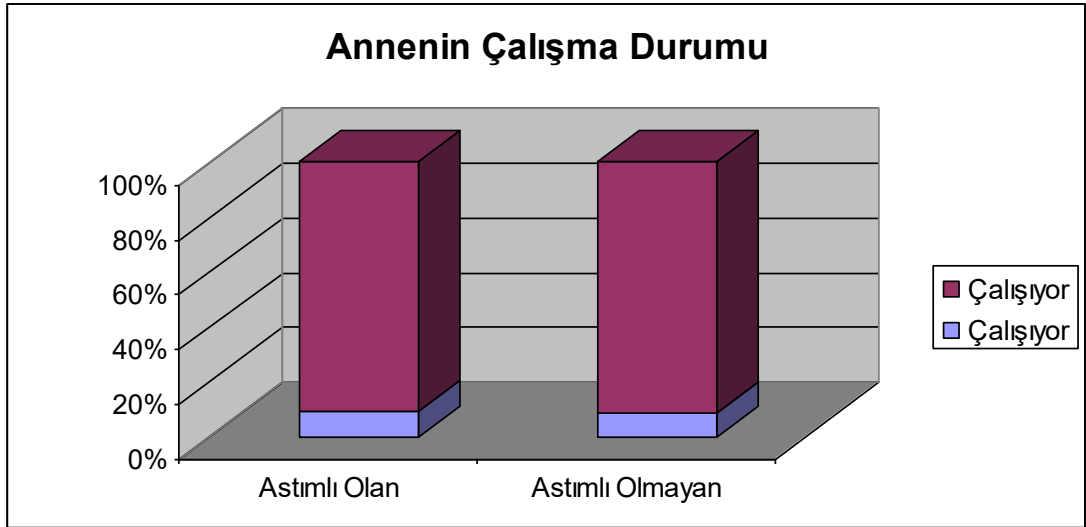
**Şekil 10:** Baba Yaşı Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 10' da sağlık durumu ve baba yaşı değişkenlerine göre çocukların dağılımı incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı çocukların baba yaşı dağılımı, % 20'si (n=49) 20-34 yaş arası, % 80'i (n=201) 35 yaş ve üzerindedir. Astımlı olmayan çocukların baba yaşı dağılımı ise, % 7' si (n=9) 20-34 yaş arası, % 93' ü (n=116) 35-49 yaş arasındadır.

**Tablo 14:** Sağlık Durumu ve Annenin Çalışma Durumu Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
Anninin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	23 (%9)	11 (%9)
Çalışmıyor	227 (%91)	114 (%91)



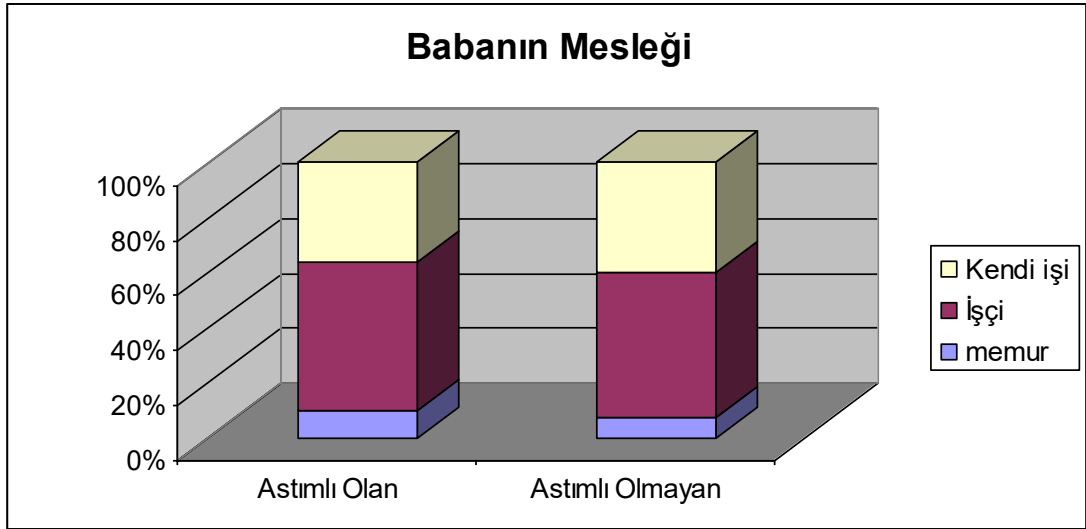


**Şekil 11:** Annenin Çalışma Durumu Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 11’ de sağlık durumu ve annenin çalışma durumu değişkenlerine göre çocukların dağılımı incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı çocukların annelerinin, %9’ u (n=23) çalışmakta, %91’i (n=227) çalışmamaktadır. Astımlı olmayan çocukların annelerinin ise, %9’ u (n=11) çalışmakta, %91’ i (n=114) çalışmamaktadır.

**Tablo 15:** Sağlık Durumu ve Babanın Meslek Durumu Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Babanın Meslek Durumu	Sağlık Durumu	
	Astımlı Olan n(%)	Astımlı Olmayan n(%)
Memur	24 (%10)	9 (%7)
İşçi	136 (%54)	66 (%53)
Kendi İşi	90 (%36)	50 (%40)

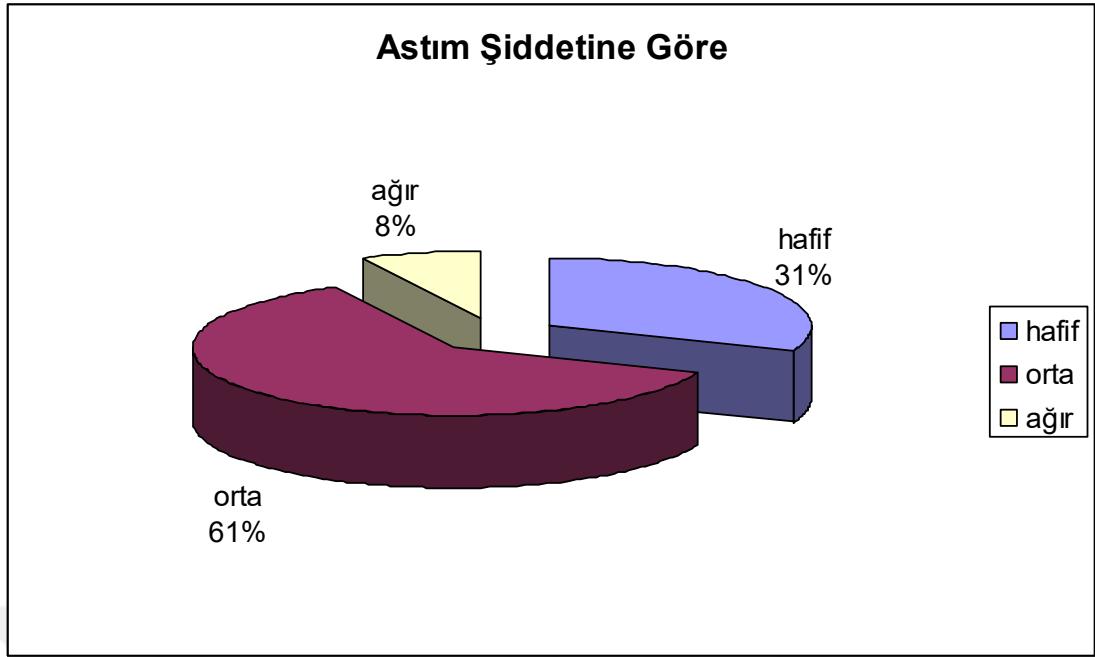


**Şekil 12:** Babanın Meslek Durumu Değişkenlerine Göre Çocukların Dağılımı

Şekil 12' de sağlık durumu ve babanın meslek durumu değişkenlerine göre çocukların dağılımı incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı çocukların babalarının, %10' u (n=24) memur olarak çalışmakta, % 54' ü (n=136) işçi olarak çalışmakta, % 36' sı (n=90) kendi işinde çalışmaktadır. Astımlı olmayan çocukların babalarının ise, %7' si (n=9) memur olarak çalışmakta, % 53' ü (n=66) işçi olarak çalışmakta, % 40' ı (n=50) kendi işinde çalışmaktadır.

**Tablo 16:** Astımlı Çocuklarda Astım Şiddeti Değişkenine Göre Dağılım

	Sağlık Durumu
Astım Şiddeti	Astımlı Olan n(%)
Hafif	77 (%31)
Orta	154 (%61)
Ağır	19 (%8)

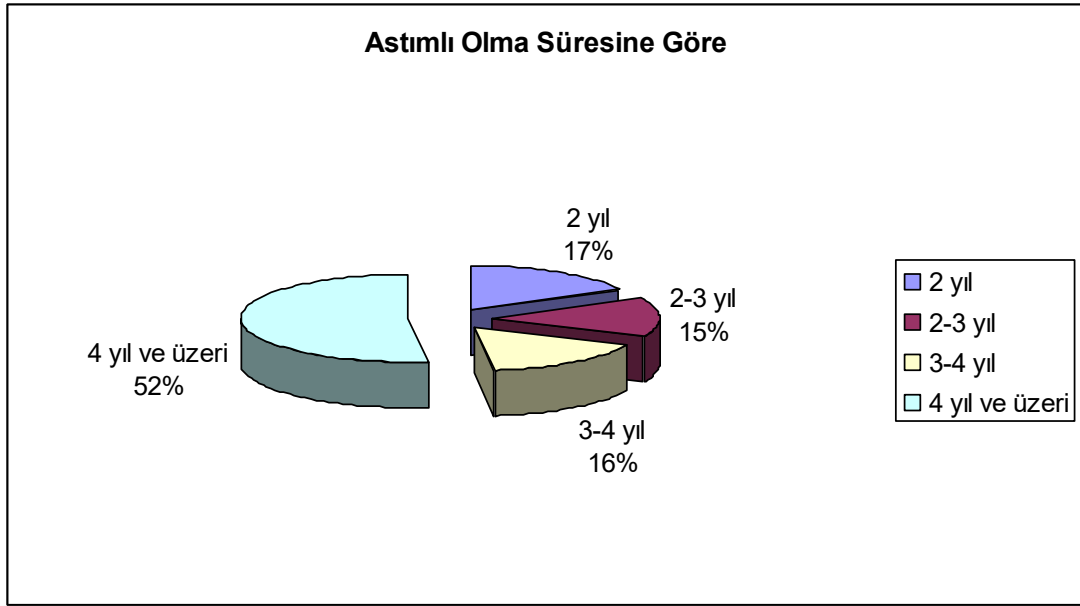


**Şekil 13:** Astımlı Çocuklarda Astım Şiddetine Göre Dağılım

Şekil 13' de astımlı çocuklarda astım şiddetine göre çocukların dağılımı incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı çocukların astım şiddetine göre, % 31'i (n=77) hafif şiddette, % 61'i (n=154) orta şiddette ve % 8'i (n=19) ağır şiddette astımlı olduğu saptanmıştır.

**Tablo 17:** Astımlı Çocuklarda Astımlı Olma Süresine Göre Dağılım

	Sağlık Durumu
Astımlı Olma Süresi	Astımlı Olan n(%)
2 yıl	43 (%17)
2-3 yıl	37 (%15)
3-4 yıl	40 (%16)
4 yıl ve üzeri	130 (%52)



**Şekil 14:** Astımlı Çocuklarda Astımlı Olma Süresine Göre Dağılım

Şekil 14' te astımlı çocuklarda astımlı olma süresine göre çocukların dağılımı incelenmiştir. Grafiğe göre araştırma grubundaki astımlı çocukların astımlı olma süresi değişkenine göre, % 17 (n=43) 2 yıl, % 15 (n=37) 2-3 yıl , % 16 (n=40) 3-4 yıl ve %52 (n=130) 4 yıl ve üzeri olarak gruplanmıştır.

#### **B. Sağlık Durumuna Göre Çocukların Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkilendirilmesi**

Bu bölümde çocukların çocuk depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar temelinde depresyon puanlarında sağlık durumuyla birlikte; cinsiyet, çocuk sayısı, doğum sırası, akraba evliliği, oda varlığı, aile gelir düzeyi, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, anne yaşı, baba yaşı, annenin çalışma durumu ve babanın işi değişkenlerinin etkilerinin belirlenmesi için araştırma desenine uygun iki faktörlü ANOVA uygulanmıştır. İlgili bulguların aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri ve ANOVA sonuçları tablolar halinde sunulmaktadır.

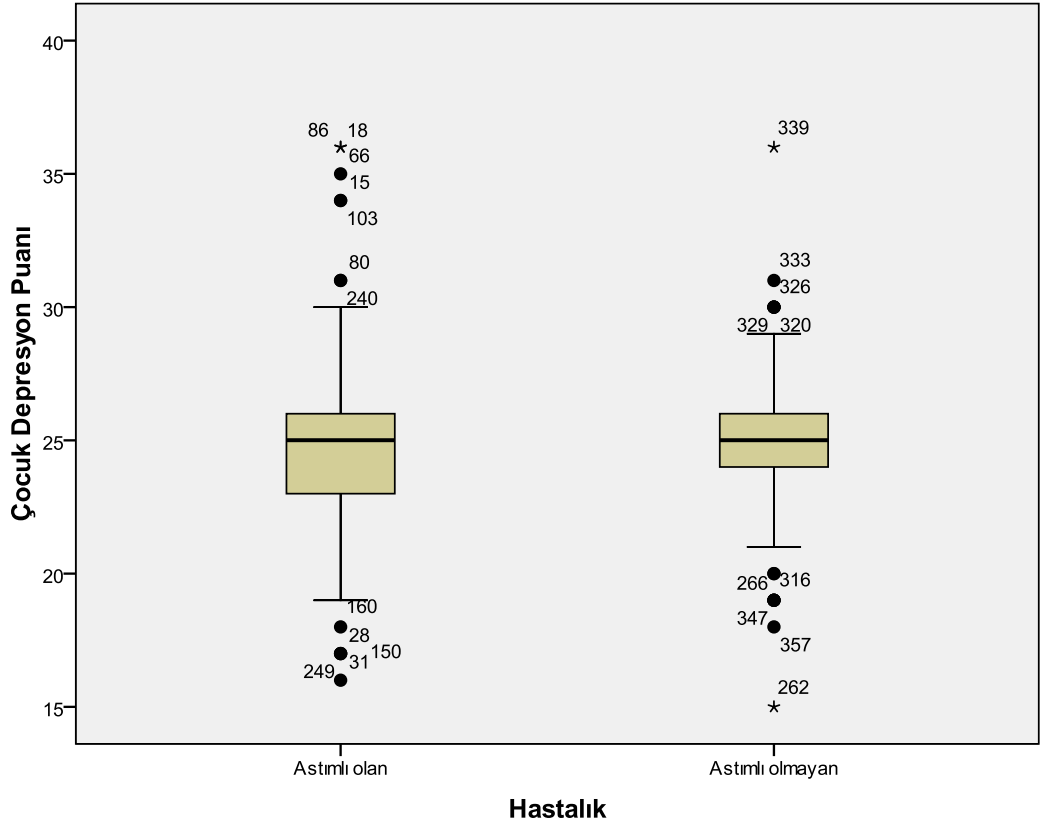
**Tablo 18:** Astımlı Olup Olmamaya Göre Çocuk Depresyon Puanlarının İstatistikleri

	N	Ortalama	Standart Sapma	p	
Çocuk Depresyon Puan Ortalaması	Astımlı	250	27,8160	3,01505	0,001
	Astımlı olmayan	125	24,8720	2,87922	

**Tablo 19:** Astımlı Olup Olmamaya Göre Çocuk Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk Depresyon Puanı	t	Sd	p	Ortalamalar Arası Fark
	9,047	373	0,001	2,94400

• İki grubun çocuk depresyon puanlarının karşılaştırılması için kullanılan *Independent Samples T test* sonuçları yukarıdaki tabloda verilmiştir. Bu sonuçlara göre astımlı olan ve olmayan çocukların çocuk depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. [  $t= 9,047$  ,  $p<0,05$  ] Aynı zamanda astımlı olanların çocuk depresyon puanlarının astımlı olmayanların çocuk depresyon puanlarından daha büyük olduğu sonucuna varılmıştır.



**Şekil 15:** Sağlık Durumuna Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırılması

### B1. Sağlık Durumu ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 20:** Sağlık Durumu ve Cinsiyete Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı	Erkek	27,9241	2,76406	145	0,601
	Kız	27,6667	3,33878	105	
	Toplam	27,8160	3,01505	250	

Astımlı Olmayan	Erkek	24,8308	2,75323	65	
	Kız	24,9167	3,03254	60	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	Erkek	26,9667	3,10484	210	0,705
	Kız	26,6667	3,48399	165	
	Toplam	26,8347	3,27597	375	

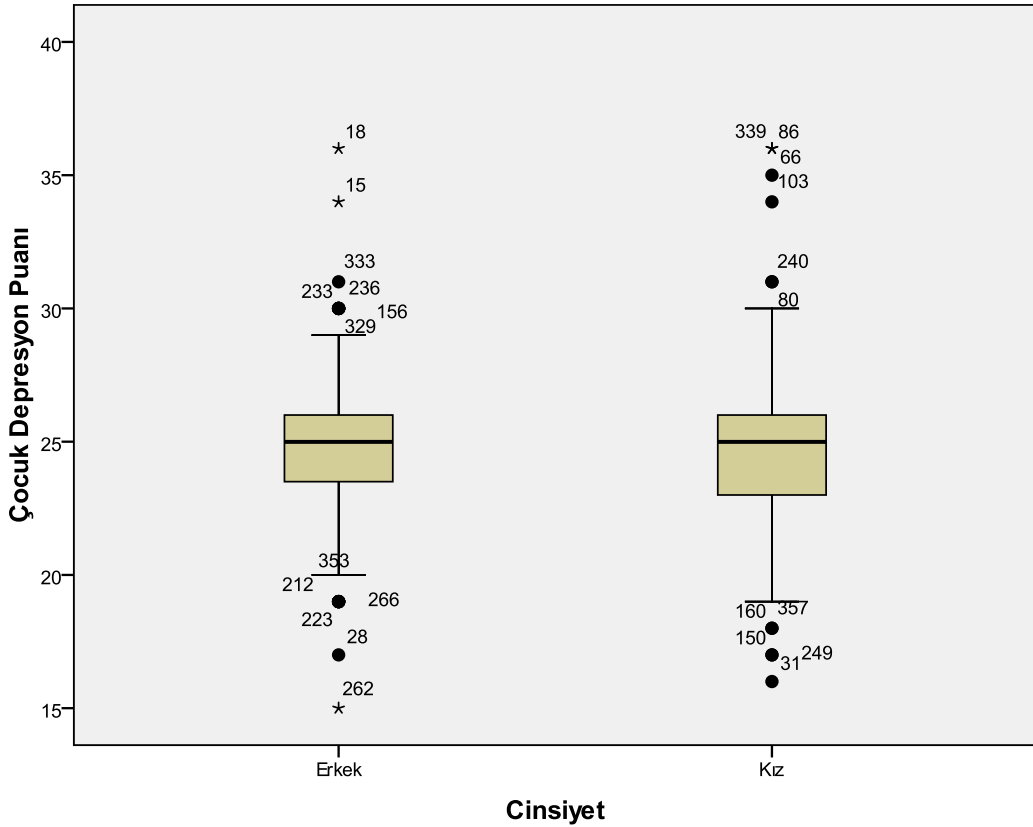
**Tablo 21:** Sağlık Durumu ve Cinsiyete Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	F	p
Hastalık	81,91	0,001
Cinsiyet	0,0685	0,705
Hastalık * Cinsiyet	0,275	0,601

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. [  $F(1,367)=49,368$  ,  $p<0,05$ ] Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Erkeklerin ÇDÖ ortalama puanı 27,92 ve kızların ÇDÖ ortalama puanı 27,66'dır. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(1,371)=0,0685$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların kız yada erkek olmaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, cinsiyetin çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve cinsiyetin, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, cinsiyete; kızların ve erkeklerin aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.



**Şekil 16:** Sağlık Durumu ve Cinsiyet Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırılması



## B2. Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısı Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 22:** Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

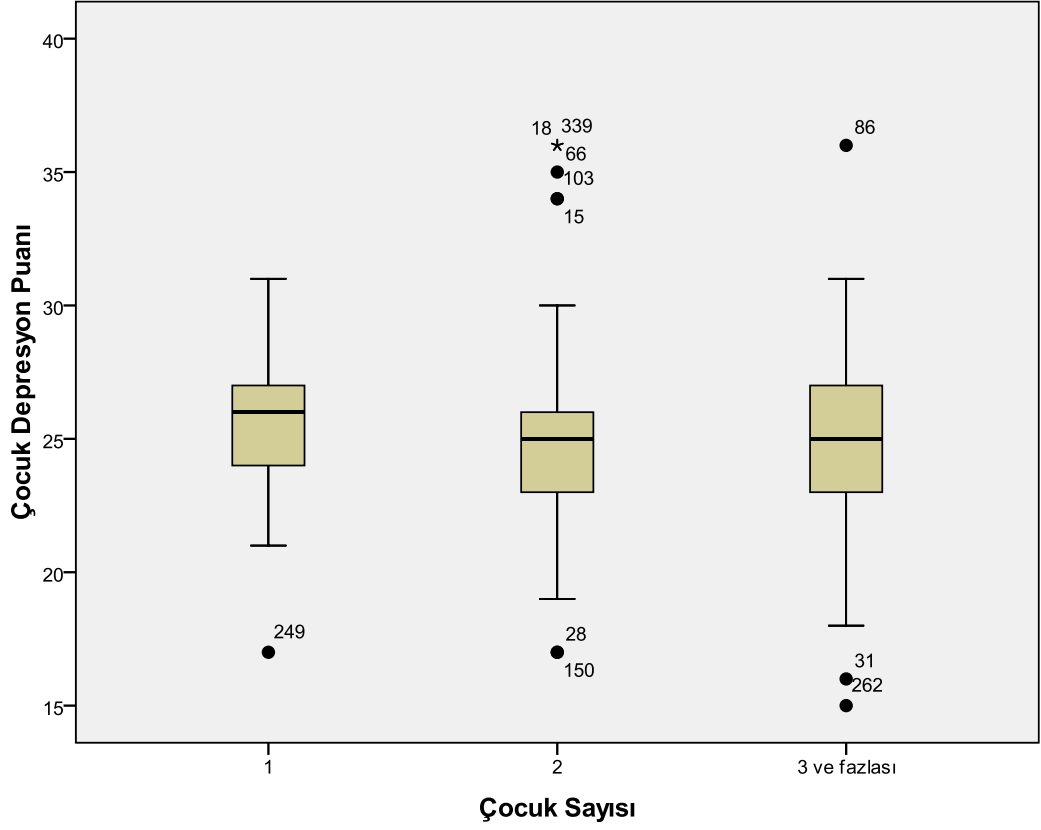
Hastalık	Çocuk sayısı	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı	1	27,8421	2,67214	19	0,343
	2	27,7407	2,89045	162	
	3 ve fazlası	27,9855	3,40196	69	
	Toplam	27,8160	3,01505	250	
Astımlı Olmayan	1	26,3750	3,50255	8	
	2	24,8706	2,56714	85	
	3 ve fazlası	24,5000	3,43605	32	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	1	27,4074	2,95165	27	0,569
	2	26,7530	3,09598	247	
	3 ve fazlası	26,8812	3,76640	101	
	Toplam	26,8347	3,27597	375	

**Tablo 23:** Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	F	p
Hastalık	28,6552	0,001
Çocuk sayısı	0,812	0,569
Hastalık * Çocuk sayısı	1,073	0,343

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun Çocuk Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,367)=49,368$ ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Ailesinde tek çocuk olanların ÇDÖ ortalama puanı 27,84, ailesinde çocuk sayısı iki olanların ÇDÖ ortalama puanı 27,74 ve ailesinde üç yada daha fazla olanların ÇDÖ ortalama puanı 27,98'dir. Bu üç grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(2,369)=0,812$ ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, ailede çocuk sayısının bir, iki yada üç veya daha çok olması, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, çocuk sayısının çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 17:** Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve çocuk sayısının, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, çocuk sayısının; bir, iki yada üç veya daha çok olmasının aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

### B3. Sağlık Durumu ve Doğum Sırası Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 24:** Sağlık Durumu ve Doğum Sırasına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

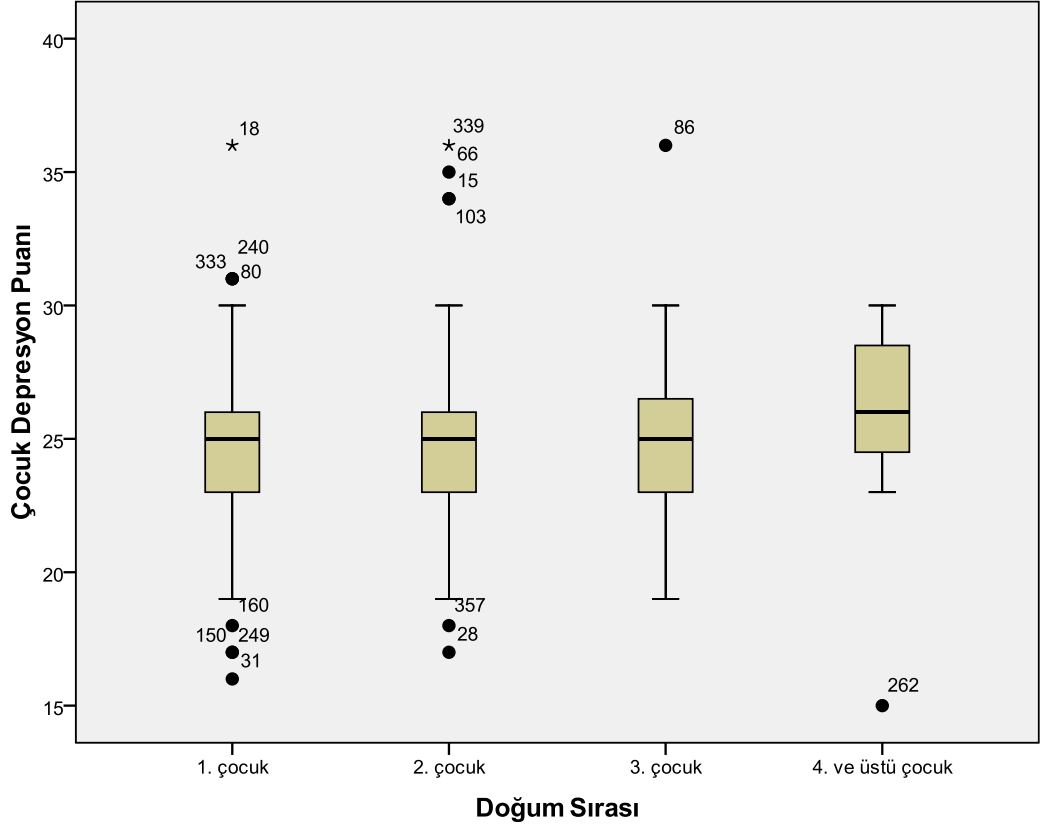
Hastalık	Doğum sırası	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı	1.çocuk	27,5133	2,91889	113	0,426
	2.çocuk	27,9375	3,12482	96	
	3.çocuk	27,8667	3,08202	30	
	4. ve üstü çocuk	27,7273	2,32770	11	
	Toplam	27,8160	3,01505	250	
Astımlı Olmayan	1.çocuk	24,7460	2,53344	63	
	2.çocuk	25,1163	2,88848	43	
	3.çocuk	24,9286	3,31580	14	
	4. ve üstü çocuk	24,2000	5,71839	5	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	1.çocuk	26,5227	3,08166	176	0,620
	2.çocuk	27,0647	3,31271	139	
	3.çocuk	26,9318	3,41268	44	
	4. ve üstü çocuk	28,0000	4,39697	16	
	Toplam	26,8347	3,27597	375	

**Tablo 25:Sağlık Durumu ve Doğum Sırasına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları**

	F	p
Hastalık	49,368	0,001
Doğum sırası	0,630	0,620
Hastalık * Doğum sırası	0,931	0,426

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,367)=49,368$ ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Birinci çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,51, ikinci çocukların sayısı ÇDÖ ortalama puanı 27,93, üçüncü çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,86 ve dördüncü veya daha sonra doğan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,72 'dir. Bu dört grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(3,367)=0,630$ ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların ilk, ikinci, üçüncü yada dördüncü veya daha sonra doğan olmaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, doğum sırasının çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 18:** Sağlık Durumu ve Doğum Sırası Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırılması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve doğum sırasının, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, doğum sırasının; ilk, ikinci, üçüncü ve dördüncü veya daha sonra doğanların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

#### B4. Sağlık Durumu ve Akraba Evliliği Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 26:** Sağlık Durumu ve Akraba Evliliğine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Akraba evliliği	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı	Var	28,8824	3,87116	51	0,060
	Yok	27,5427	2,69810	199	
	Toplam	24,8160	3,01505	250	
Astımlı Olmayan	Var	24,6818	2,99820	22	
	Yok	24,9126	2,86667	103	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	Var	27,6164	4,09820	73	0,609
	Yok	26,6457	3,02212	302	
	Toplam	26,8347	3,27597	375	

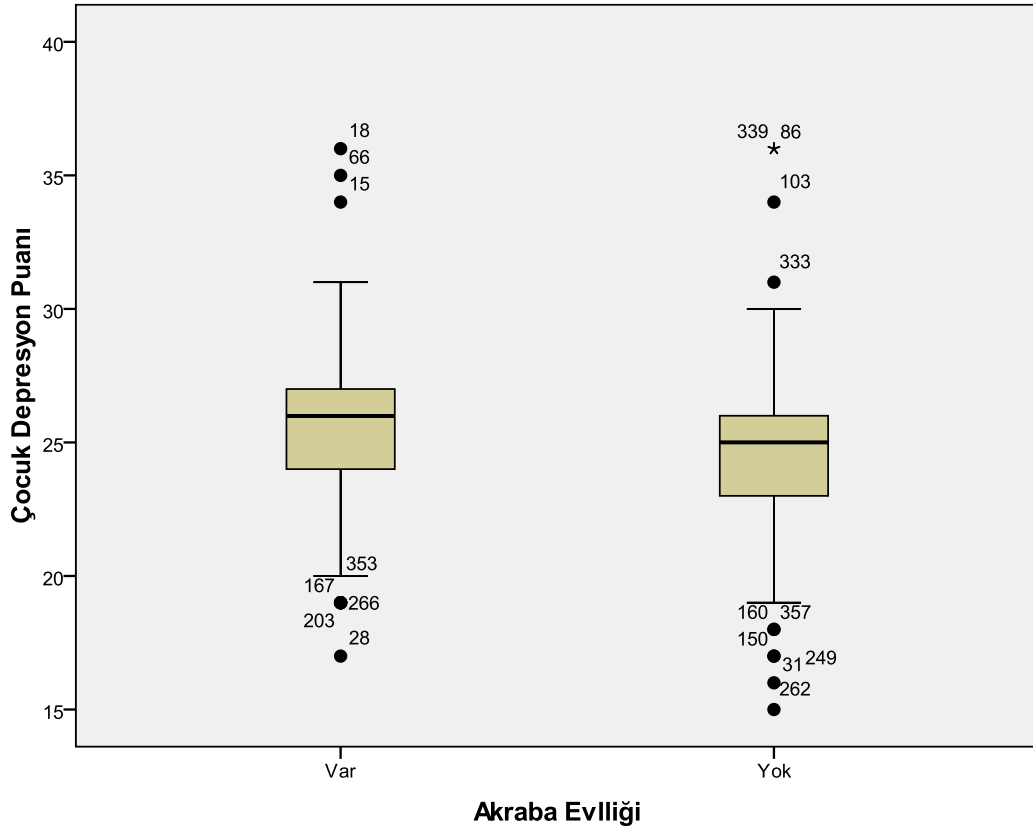
**Tablo 27:** Sağlık Durumu ve Akraba Evliliğine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	F	p
Hastalık	67,42	0,001
Akraba evliliği	1,776	0,609
Hastalık * Akraba evliliği	3,564	0,060

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,371)=67,42$ ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Akraba evliliği sonucu doğan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 28,88 ve doğmayan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,54'dür. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(1,371)=1,766$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların akraba evliliği sonucu doğup doğmadıkları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, akraba evliliğinin çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 19:** Sağlık Durumu ve Akraba Evliliği Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması



Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve akraba evliliğinin, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, akraba evliliğine; varlığı veya yokluğunun aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

### B5. Sağlık Durumu ve Oda Varlığı Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 28:** Sağlık Durumu ve Oda Varlığına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

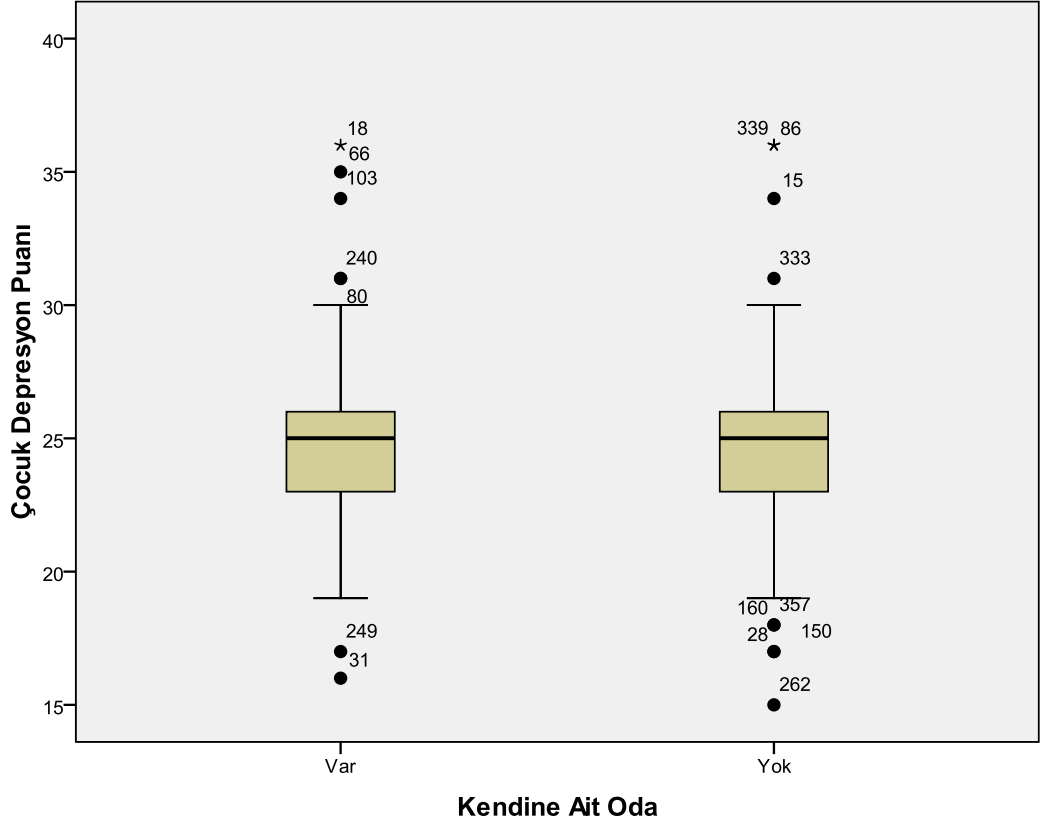
Hastalık	Kendi odası	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı	Var	27,8671	3,09301	143	0,770
	Yok	27,7477	2,92063	107	
	Toplam	27,8160	3,01505	250	
Astımlı Olmayan	Var	25,0600	2,31596	50	
	Yok	24,7467	3,20933	75	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	Var	27,1399	3,15669	193	0,268
	Yok	26,5110	3,37645	182	
	Toplam	26,8347	3,27597	375	

**Tablo 29:** Sağlık Durumu ve Oda Varlığına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	F	p
Hastalık	76,64	0,001
Kendi odası	0,425	0,268
Hastalık * Kendi odası	0,085	0,770

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,371)=76,64$ ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Odası olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,86 ve olmayan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,74'dür. Bu iki grubun Çocuk Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(1,371)=0,425$ ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların kendi odalarının olup olmaması, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, oda varlığının çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 20:** Sağlık Durumu ve Kendine Ait Oda Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve oda varlığının, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, oda varlığının; varlığı veya yokluğunun aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

**B6. Sağlık Durumu ve Sosyo-Ekonomik Düzey Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 30:** Sağlık Durumu ve Sosyo-Ekonomik Düzeye Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Sosyo-ekonomik Düzey	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı	0-600 TL	27,9589	2,84038	73	0,353
	600-2000 TL	27,7799	3,14552	159	
	2000 TL ve üzeri	27,5556	2,61719	18	
	Toplam	27,8160	3,01505	250	
Astımlı Olmayan	0-600 TL	25,6452	3,49808	31	
	600-2000 TL	24,6630	2,57322	92	
	2000 TL ve üzeri	22,5000	4,94975	2	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	0-600 TL	27,2692	3,21472	104	0,350
	600-2000 TL	26,6375	3,30576	251	
	2000 TL ve üzeri	27,0500	3,13679	20	
	Toplam	26,8347	3,27597	375	

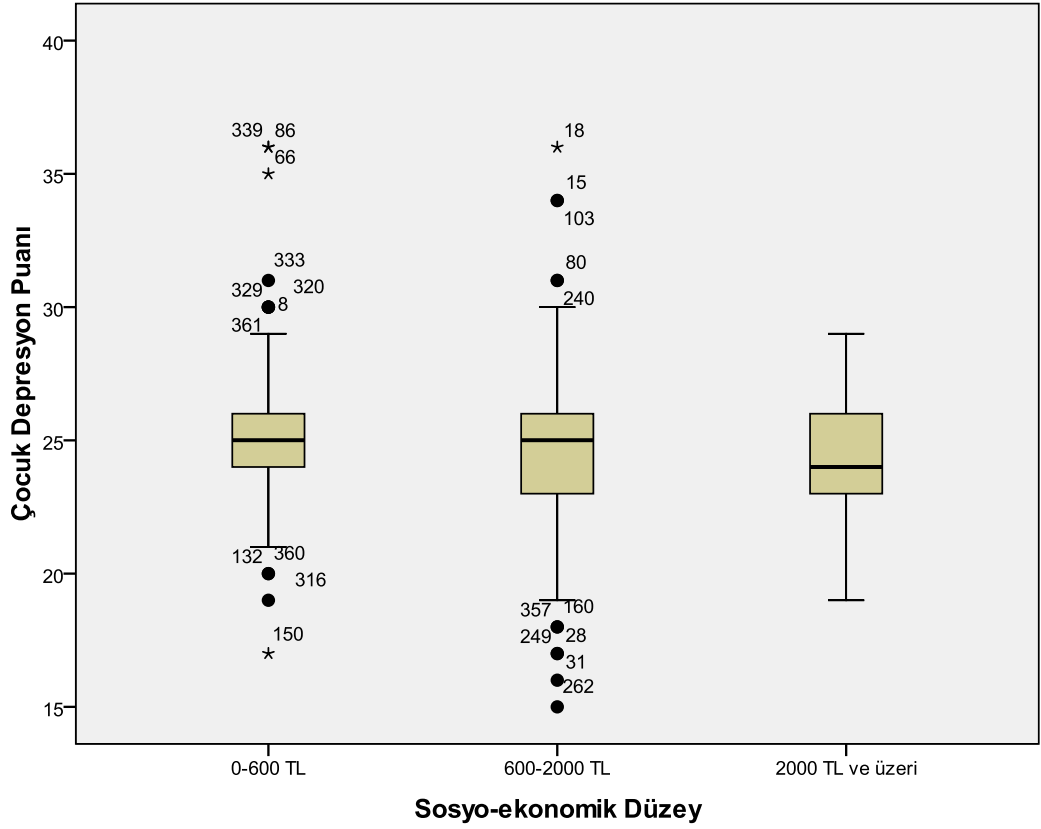
**Tablo 31:** Sağlık Durumu ve Sosyo-Ekonomik Düzeye Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	F	p
Hastalık	20,15	0,001
Sosyo-ekonomik düzey	1,939	0,350
Hastalık * Sosyo-ekonomik düzey	1,044	0,353

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,369)=20,15$  ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sosyo-ekonomik düzeyi 0-600 TL olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,95, sosyo-ekonomik düzeyi 600-2000 TL olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,77 ve sosyo-ekonomik düzeyi 2000 TL ve üzeri olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,55'dir. Bu üç grubun Çocuk Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(2,369)=1,939$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların 0-600 TL, 600-2000 TL yada 2000 TL ve üzeri sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerden gelmeleri, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, sosyo-ekonomik düzeyin çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 21:** Sağlık Durumu ve Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ortalamaları Karşılaştırması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve sosyo-ekonomik düzeyin, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, sosyo-ekonomik düzeye; 0-600 TL, 600-2000 TL yada 2000 TL ve üzeri sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelere sahip çocukların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

**B7. Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzeyi Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 32:** Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzeyine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Anne Eğitim Düzeyi	Ortalama	Standart Sapma	N	
Astımlı	Okur yazar	27,6667	,57735	3	0,178
	İlköğretim	28,2321	2,96279	168	
	Ortaokul	27,6667	3,11916	33	
	Lise	27,9000	3,09507	40	
	Üniversite	28,6667	,51640	6	
	Toplam	27,8160	3,01505	250	
Astımlı Olmayan	İlköğretim	25,0366	2,77753	82	
	Ortaokul	24,9000	3,83749	20	
	Lise	24,4091	2,19651	22	
	Üniversite	21,0000	.	1	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	Okur yazar	27,6667	0,57735	3	0,394
	İlköğretim	27,1840	3,26447	250	
	Ortaokul	26,0000	3,48072	53	
	Lise	27,5714	3,03797	62	
	Üniversite	27,5714	2,93582	7	
	Toplam	26,8347	3,27597	375	

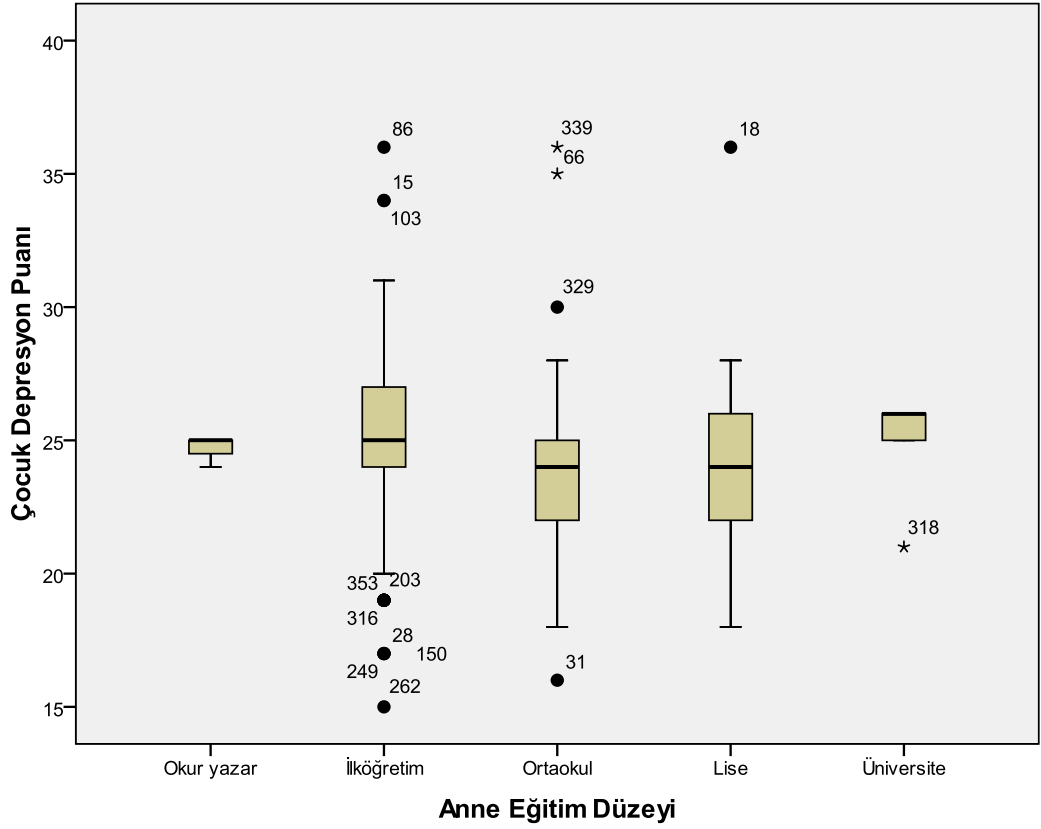
**Tablo 33:** Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzeyine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	F	p
Hastalık	19,83	0,001
Anne eğitim	1,998	0,394
Hastalık * Anne eğitim	1,647	0,178

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun Çocuk Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,366)=19,83$  ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Anne eğitim düzeyi okur yazar olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,66, anne eğitim düzeyi ilkokul olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 28,23, anne eğitim düzeyi ortaokul olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,66, anne eğitim düzeyi lise olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,90 ve anne eğitim düzeyi üniversite olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 28,66'dır. Bu beş grubun Çocuk Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(4,366)=1,998$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeylerine sahip annelere sahip olmaları onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, anne eğitim düzeyinin çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.





**Şekil 22:** Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzey Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve anne eğitim düzeyinin, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, anne eğitim düzeyine; okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite üzeri eğitim düzeyine sahip annelere sahip çocukların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

**B8. Sağlık Durumu ve Baba Eğitim Düzeyi Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 34:** Sağlık Durumu ve Baba Eğitim Düzeyine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

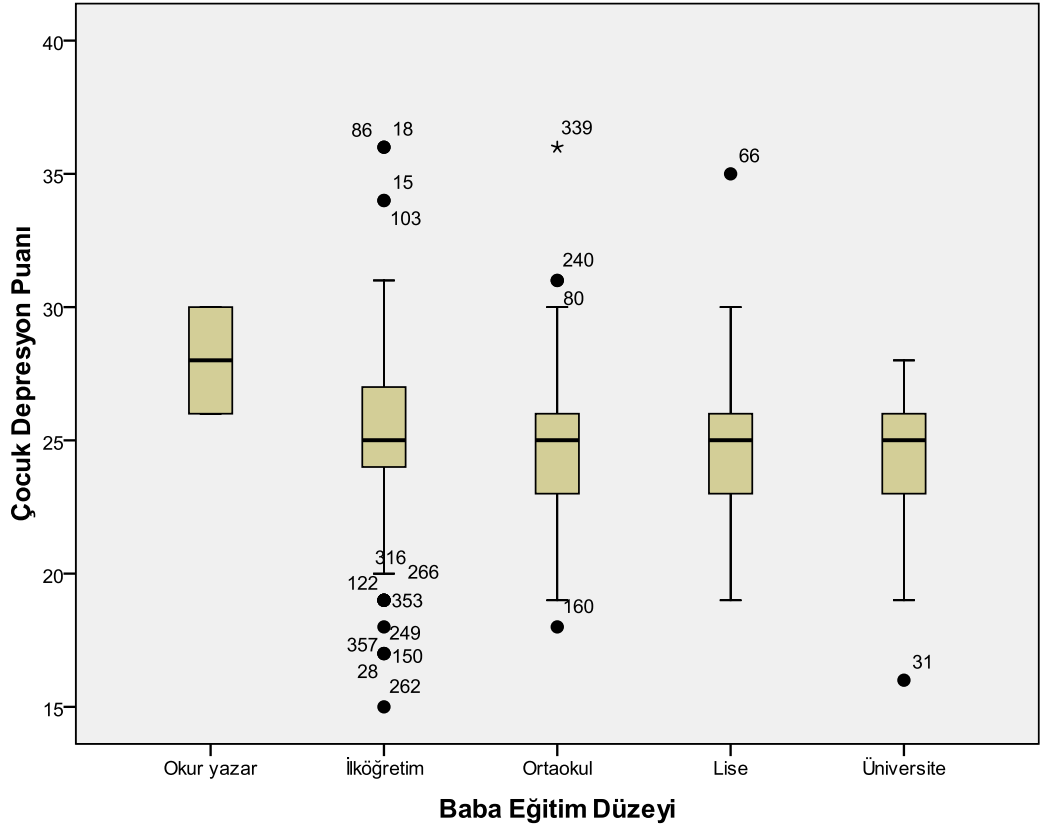
Hastalık	Baba Eğitim Düzeyi	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı	Okur Yazar	31,0000	2,82843	2	0,228
	İlköğretim	28,2241	3,25199	116	
	Ortaokul	27,4259	2,93066	54	
	Lise	27,5410	2,54672	61	
	Üniversite	26,8824	2,82583	17	
	Toplam	27,8160	3,01505	250	
Astımlı Olmayan	İlköğretim	24,6724	3,19203	58	
	Ortaokul	25,6522	2,82213	23	
	Lise	24,8611	2,29475	36	
	Üniversite	24,1250	3,09089	8	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	Okur Yazar	31,0000	2,82843	2	0,521
	İlköğretim	27,0402	3,63407	174	
	Ortaokul	26,8961	2,99378	77	
	Lise	26,5464	2,76895	97	
	Üniversite	26,0000	3,13581	25	
	Toplam	26,8347	3,27597	375	

**Tablo 35:** Sağlık Durumu ve Baba Eğitim Düzeyine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	F	p
Hastalık	41,899	0,001
Baba eğitim	1,252	0,521
Hastalık * Baba eğitim	1,450	0,228

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,366)=41,899$  ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Baba eğitim düzeyi okur yazar olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 31 , baba eğitim düzeyi ilkokul olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 28,22, baba eğitim düzeyi ortaokul olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,42, baba eğitim düzeyi lise olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,54 ve baba eğitim düzeyi üniversite olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 26,88'dir. Bu beş grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(4,366)=1,252$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeylerine sahip babalara sahip olmaları onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, baba eğitim düzeyinin çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 23:** Sağlık Durumu ve Baba Eğitim Düzey Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve baba eğitim düzeyinin, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, baba eğitim düzeyine; okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite üzeri eğitim düzeyine sahip babalara sahip çocukların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır

## B9. Sağlık Durumu ve Anne Yaşı Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 36:** Sağlık Durumu ve Anne Yaşına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Anne Yaş	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı	20-34 Yaş Arası	27,8235	3,27127	102	0,739
	35-49 Yaş Arası	27,8108	2,83648	148	
	Toplam	27,8160	3,01505	250	
Astımlı Olmayan	20-34 Yaş Arası	24,7250	2,75483	40	
	35-49 Yaş Arası	24,9412	2,94939	85	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	20-34 Yaş Arası	26,9507	3,42359	142	0,537
	35-49 Yaş Arası	26,7639	3,18808	233	
	Toplam	26,8347	3,27597	375	

**Tablo 37:** Sağlık Durumu ve Anne Yaşına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

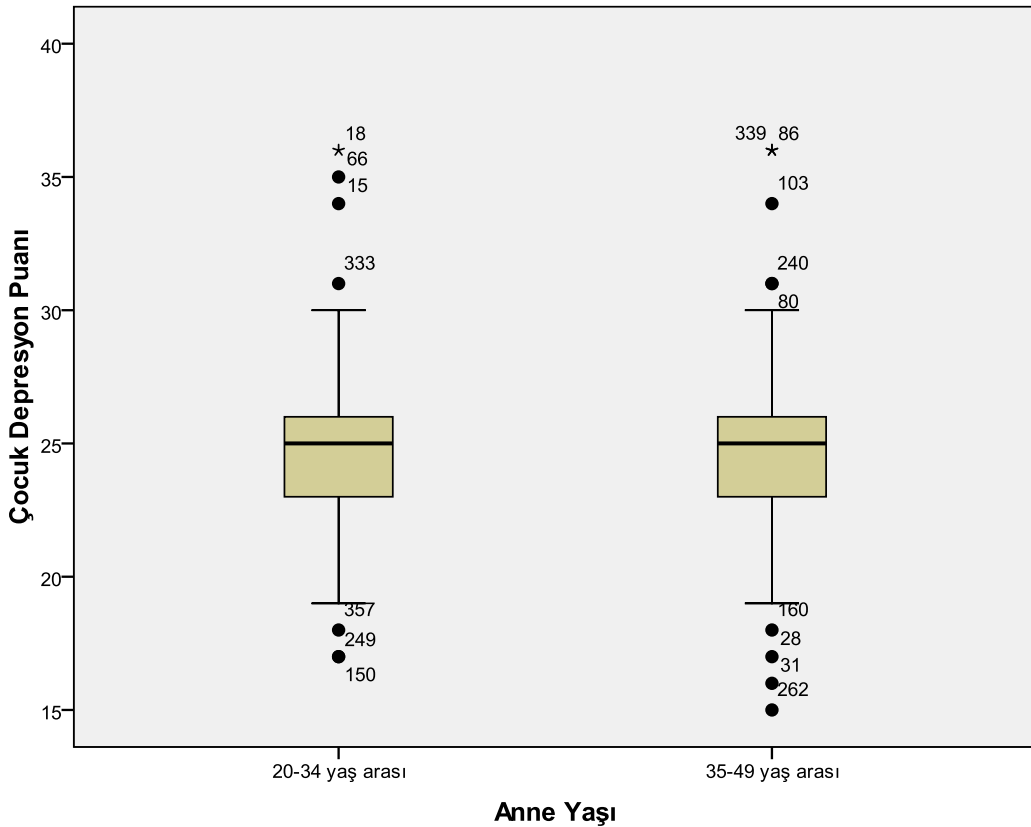
	F	p
Hastalık	75,32	0,001
Anne yaş	0,088	0,537
Hastalık * Anne yaş	0,111	0,739

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur[  $F(1,371)=75,32$  ,  $p<0,05$ ].

Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Annesi 20-34 yaş arası olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,82 ve annesi 35-49 yaş arası olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,81'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır[  $F(1,371)=0,088$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların annelerinin 20-34 yaş arası yada 35-49 yaş arası olmalarının çocukların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, anne yaşının çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 24:** Sağlık Durumu ve Anne Yaşı Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve anne yaşının, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, anne yaşına; annesi 20-34 yaş arası yada 35-49 yaş arası olanların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

### B10. Sağlık Durumu ve Baba Yaşı Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 38:** Sağlık Durumu ve Baba Yaşına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Baba yaş	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı	20-34 Yaş Arası	27,5510	3,20846	49	0,347
	35 Yaş ve üstü	27,8806	2,97080	201	
	Toplam	27,8160	3,01505	250	
Astımlı Olmayan	20-34 Yaş Arası	25,5556	2,18581	9	
	35 Yaş ve üstü	24,8190	2,92693	116	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	20-34 Yaş Arası	27,2414	3,14174	58	0,768
	35 Yaş ve üstü	26,7603	3,29930	317	
	Toplam	26,8347	3,27597	375	

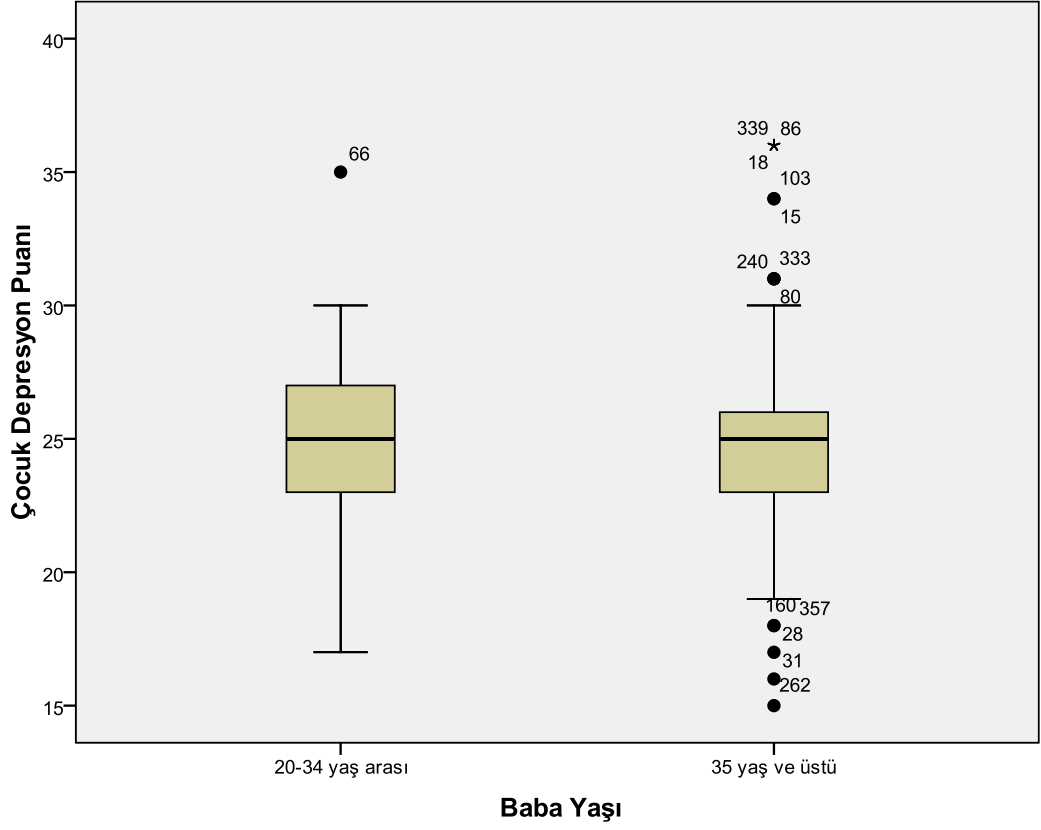
**Tablo 39:** Sağlık Durumu ve Baba Yaşına Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	F	p
Hastalık	19,92	0,001
Baba yaş	,129	0,768
Hastalık * Baba yaş	,885	0,347

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,371)=19,92$  ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Babası 20-34 yaş arası olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,55 ve babası 35 yaş ve üstü olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,88'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(1,371)=0,885$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların babalarının 20-34 yaş arası yada 35 yaş üstü olmalarının çocukların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, baba yaşının çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.





**Şekil 25:** Sağlık Durumu ve Baba Yaşı Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve baba yaşının, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, baba yaşına; babası 20-34 yaş arası yada 35 yaş ve üstü olanların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

**B11. Sağlık Durumu ve Annenin Çalışma Durumu Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 40:** Sağlık Durumu ve Annenin Çalışma Durumuna Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Anne çalışma	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı	Çalışıyor	27,7826	2,89131	23	0,615
	Çalışmıyor	27,8194	3,03344	227	
	Toplam	27,8160	3,01505	250	
Astımlı Olmayan	Çalışıyor	25,3636	2,54058	11	
	Çalışmıyor	24,8246	2,91546	114	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	Çalışıyor	27,0000	2,97464	34	0,543
	Çalışmıyor	26,8182	3,30807	341	
	Toplam	26,8347	3,27597	375	

**Tablo 41:** Sağlık Durumu ve Annenin Çalışma Durumuna Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

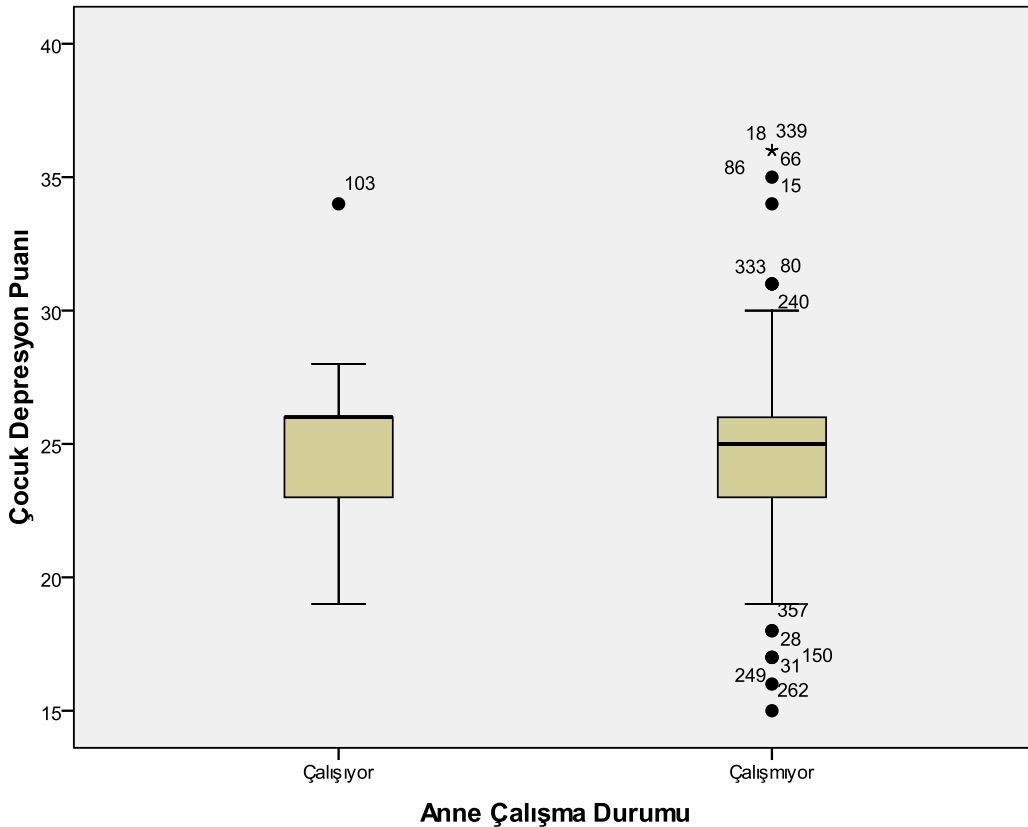
	F	p
Hastalık	22,41	0,001
Anne çalışma	0,193	0,543
Hastalık * Anne çalışma	0,254	0,615

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur[  $F(1,371)=22,41$  ,  $p<0,05$  ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa,astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Annesi çalışan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,78 ve annesi çalışmayan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,81'dir. Bu iki grubun Çocuk Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır[  $F(1,371)=0,193$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların annelerinin çalışması yada çalışmaması çocukların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, anne çalışma durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 26:** Sağlık Durumu ve Anne Çalışma Durumu Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ortalamaları Karşılaştırması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve anne çalışma durumunun, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, annenin çalışma durumuna; annesi çalışan yada çalışmayanların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

### B12. Sağlık Durumu ve Babanın Mesleği Değişkenlerine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 42:** Sağlık Durumu ve Babanın Mesleğine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Baba meslek	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı	Memur	27,2500	2,78583	24	0,183
	İşçi	28,6029	3,21174	136	
	Kendi işi	26,7778	2,37864	90	
	Toplam	27,8160	3,01505	250	
Astımlı Olmayan	Memur	24,3333	1,93649	9	
	İşçi	25,1667	3,27500	66	
	Kendi işi	24,5800	2,42512	50	
	Toplam	24,8720	2,87922	125	
Toplam	Memur	26,4545	2,87327	33	0,032
	İşçi	28,6029	3,60053	202	
	Kendi işi	26,7778	2,61015	140	
	Toplam	27,8160	3,27597	375	

**Tablo 43:** Sağlık Durumu ve Babanın Mesleğine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	F	p
Hastalık	42,303	0,001
Baba meslek	6,97	0,032
Hastalık * Baba meslek	1,708	0,183

Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,396)=42,303$  ,  $p<0,05$  ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

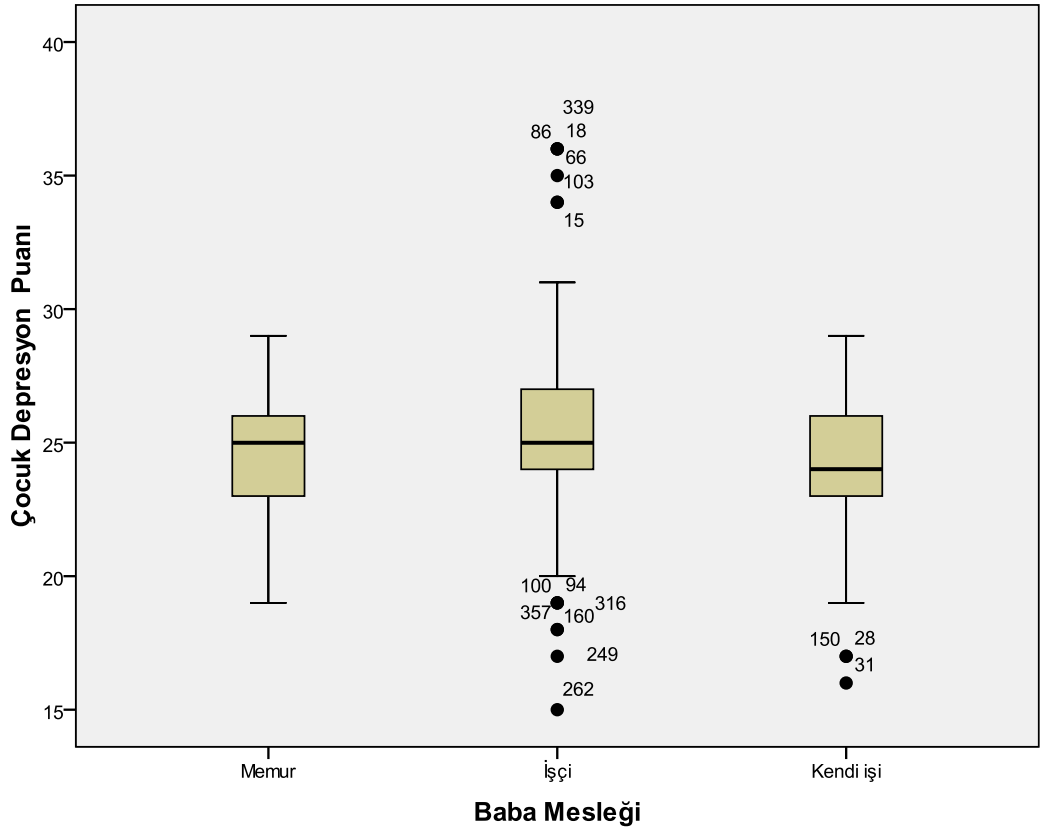
ÇDÖ puanlarının sağlık durumu x baba mesleği iki faktörlü analizinde baba mesleğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüştür [  $F(2,396)=6,97$  ,  $p<0,05$  ]. Hangi mesleğin anlamlı bir farklılık yarattığını bulabilmek için post hoc analizi yapılmıştır. Post hoc analiz sonuçları aşağıdaki gibi verilmiştir.

**Tablo 44:** Babanın Mesleğine Göre Gözenek Ortalama Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Gözenek(i)	Gözenek(j)	Ortalamalar Arası Fark	Standart Sapma
Memur	İşçi	-1,1877	,54333
	Kendi işi	,2084	,55997

İşçi	Memur	1,1877	,54333
	Kendi işi	1,3961*	,31823
Kendi işi	Memur	-,2084	,55997
	İşçi	-1,3961*	,31823

Sheffe testine göre işçi ve kendi işine sahip babaların ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. İşçi babalara sahip çocukların ÇDÖ puanı kendi işinde çalışan babalara sahip çocukların ÇDÖ puanından daha fazladır.



**Şekil 27:** Sağlık Durumu ve Baba Meslek Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve babanın mesleğinin, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur[  $F(2,369)=1,708$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, babanın mesleğine; babası

memur, işçi ve kendi işini yapan çocukların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

### **C. Astımlı Çocukların Kendi Aralarında Çocuk Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular**

Bu bölümde astımlı çocukların çocuk depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar temelinde depresyon puanlarında astım türü etkisinin belirlenmesi için araştırma desenine uygun tek faktörlü ANOVA uygulanmıştır. Tek faktörlü ANOVA'ya temel teşkil eden Çocuk Depresyon Ölçeği puanlarına ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri ve ANOVA sonuçları tablolar halinde sunularak yorumlanmıştır.

#### **C1. Astım Şiddeti Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 45:** Astım Şiddeti Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Hafif	77	28,5714	3,27843	
Orta	154	27,4805	2,87477	
Ağır	19	27,4737	2,56836	0,030
Toplam	250	27,8160	3,01505	

**Tablo 46:** Astım Şiddeti Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar Arasında	63,500	2	31,750	3,565	0,030
Gruplar İçinde	2200,036	247	8,907		
Toplam	2263,536	249			

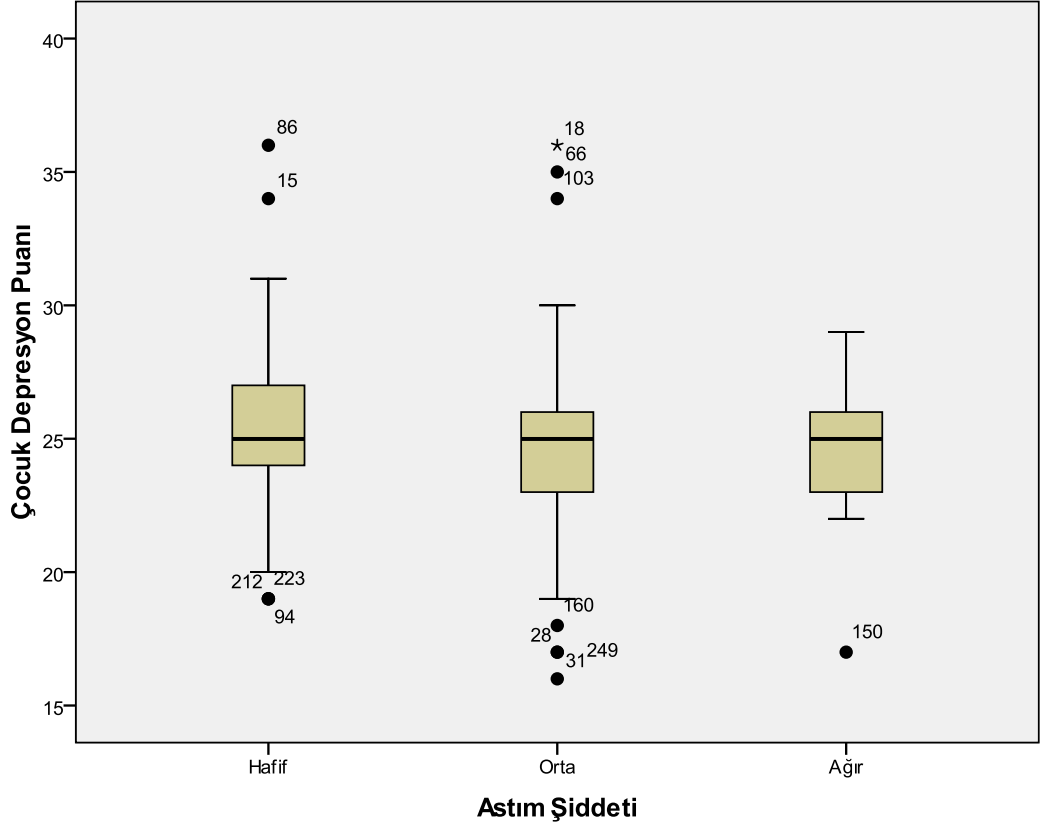
Hafif şiddette astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 28,57, orta şiddette astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,48 ve ağır şiddette astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,47'dir. Bu üç grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ $F(2,247)=3,565$ ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların hafif şiddette astımlı, orta şiddette astımlı yada ağır şiddette olmaları, çocukların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Hangi astım şiddetinin anlamlı bir farklılık yarattığını bulabilmek için post hoc analizi yapılmıştır. Post hoc analiz sonuçları aşağıdaki gibi verilmiştir.

**Tablo 47:** Astım Şiddetine Göre Gözenek Ortalama Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Gözenek(i)	Gözenek(j)	Ortalamalar Arası Fark	Standart Sapma	p
Hafif	Orta	1,09091*	,41655	0,034
	Ağır	1,09774	,76450	0,358
Orta	Hafif	-1,09091*	,41655	0,034
	Ağır	,00684	,72569	1,000
Ağır	Hafif	-1,09774	,76450	0,358
	Orta	-,00684	,72569	1,000



Sheffe testine göre hafif ve orta şiddetli astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hafif şiddetli astımlı çocukların ÇDÖ puanı orta şiddetli astımlı çocukların ÇDÖ puanından daha yüksektir.(  $p=0,034$ ,  $p<0,05$ )



**Şekil 28:** Astım Şiddeti Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırması

## C2. Astımlı Olma Süresine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 48:** Çocuğun Astımlı Olma Süresi Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	N	Ortalama	Standart Sapma	p
2 yıldır yada daha az	43	28,1860	2,89709	0,010
İki Üç Yıl Arası	37	28,2703	2,93114	
Üç Dört Yıl Arası	40	26,3750	2,24964	
Dört Yıl veya Üstü	130	28,0077	3,17816	
Toplam	250	27,8160	3,01505	

**Tablo 49:** Çocuğun Astımlı Olma Süresi Değişkenine Göre Çocuk Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar Arasında	101,360	3	33,787	3,844	0,010
Gruplar İçinde	2162,176	246	8,789		
Total	2263,536	249			

İki yıldır yada daha az zamandır astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 28,18, iki üç yıl arası süredir astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 28,27, üç dört yıl arası süredir astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 26,37 ve dört yıl veya daha uzun süredir astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 28'dir. Bu dört grubun Çocuk Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur[F(3,246)=3,844 , p<0,05 ]. Başka bir anlatımla çocukların iki yıldır

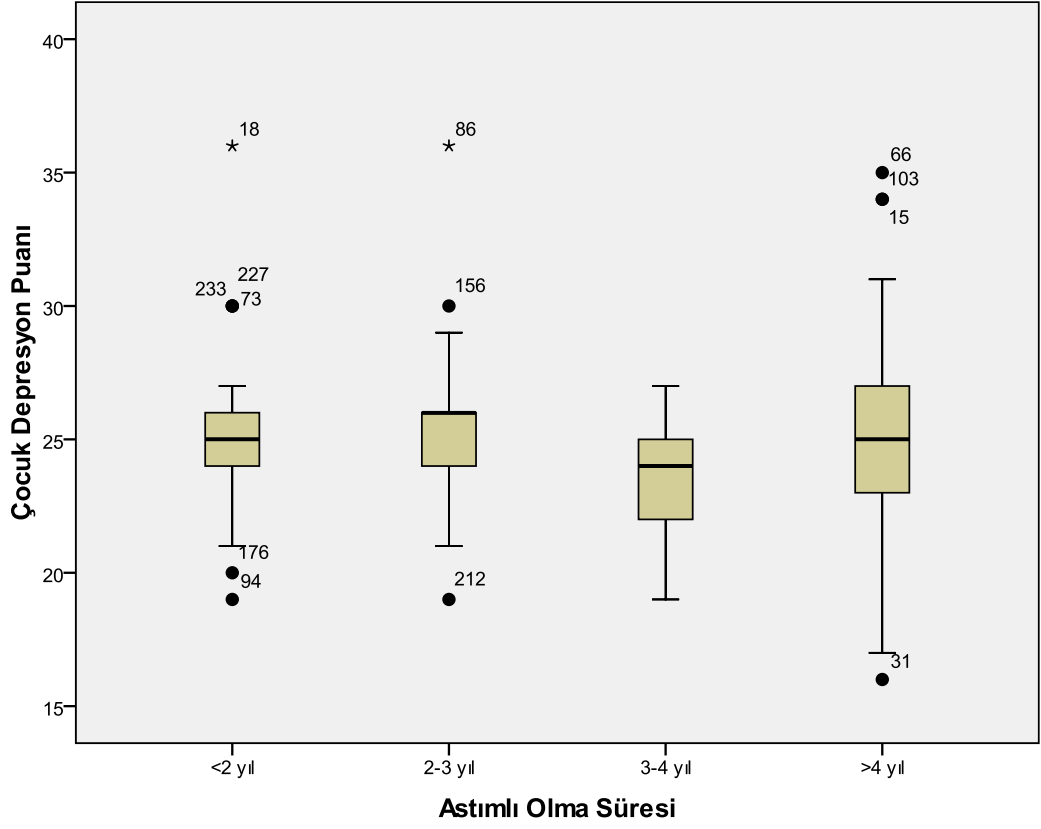
yada daha az süredir yada iki üç yıl arası süredir yada üç dört yıl arası süredir veya dört yıl veya daha uzun süredir astımlı olmaları, çocukların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Hangi astımlı olma süresinin anlamlı bir farklılık yarattığını bulabilmek için post hoc analizi yapılmıştır. Post hoc analiz sonuçları aşağıdaki gibi verilmiştir.

**Tablo 50:** Astımlı Olma Süresine Göre Gözenek Ortalama Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Gözenek(i)	Gözenek(j)	Ortalamalar Arası Fark	Standart Sapma	p
2 yıldır yada daha az	İki Üç Yıl Arası	-,08422	,66480	,999
	Üç Dört Yıl Arası	1,81105	,65126	,054
	Dört Yıl veya Üstü	,17835	,52155	,990
İki Üç Yıl Arası	2 yıldır yada daha az	,08422	,66480	,999
	Üç Dört Yıl Arası	1,89527	,67623	,052
	Dört Yıl veya Üstü	,26258	,55241	,973
Üç Dört Yıl Arası	İki Üç Yıl Arası	-1,81105	,65126	,054
	İki Üç Yıl Arası	-1,89527	,67623	,052
	Dört Yıl veya Üstü	-1,63269*	,53604	,028
Dört Yıl veya Üstü	2 yıldır yada daha az	-,17835	,52155	,990
	İki Üç Yıl Arası	-,26258	,55241	,973
	Üç Dört Yıl Arası	1,63269*	,53604	,028

Sheffe testine göre üç dört yıl arası ve dört yıl veya üstü sürelerinin ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Astımlı olma

süresi dört yıl ve üzeri olan çocukların ÇDÖ puanı, astımlı olma süresi üç dört yıl arası olan çocukların ÇDÖ puanından daha yüksektir.



**Şekil 29:** Astımlı Olma Süresine Göre Çocuk Depresyon Ölçek Ortalamaları Karşılaştırılması

#### D. Sağlık Durumuna Göre Çocukların Annelerinin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çocukların annelerinin anne depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar temelinde depresyon puanlarında sağlık durumuyla birlikte; anne yaşı, anne eğitim düzeyi, doğum sırası, aile gelir düzeyi ve çocuk sayısı değişkenlerinin etkilerinin belirlenmesi için araştırma desenine uygun iki faktörlü ANOVA uygulanmıştır. İlgili bulguların aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri ve ANOVA sonuçları tablolar halinde sunularak yorumlanmıştır.

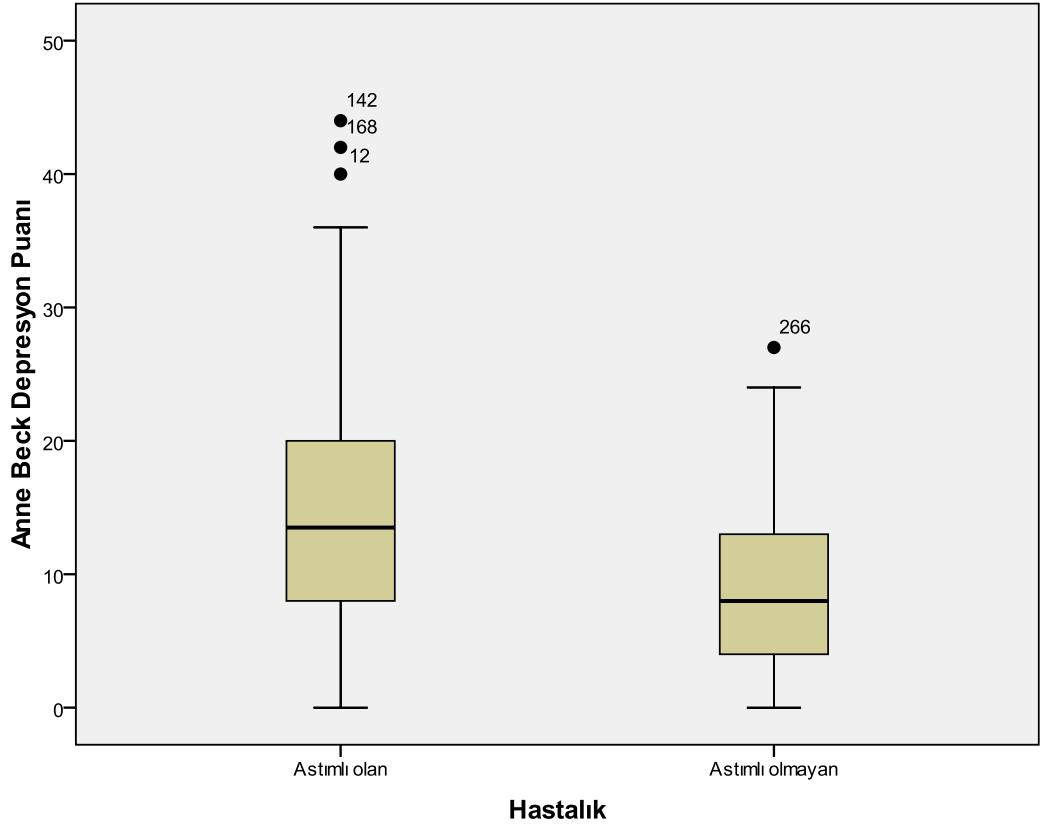
**Tablo 51:** Astımlı Olup Olmamaya Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının İstatistikleri

	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Anne Depresyon Puanı	250	14,2640	8,10983	0,001
Astımlı Astımlı olmayan	125	8,9200	6,06497	

**Tablo 52:** Astımlı Olup Olmamaya Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Anne Depresyon Puanı	t	Sd	p	Ortalamalar Arası Fark
	7,158	318,178	0,001	5,34400

• İki grubun anne depresyon puanlarının karşılaştırılması için kullanılan *Independent Samples T test* sonuçları yukarıdaki tabloda verilmiştir. Bu sonuçlara göre astımlı olan ve olmayan çocukların annelerinin anne depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ t= 7,158 , p<0,05 ]. Aynı zamanda astımlı olanların anne depresyon puanlarının astımlı olmayanların anne depresyon puanlarından daha büyük olduğu sonucuna varılmıştır.



**Şekil 30:** Astımlı Çocuğa Sahip Olup Olmamaya Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

#### D1. Sağlık Durumu ve Anne Yaşı Değişkenlerine Göre Anne Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 53:** Sağlık Durumu ve Anne Yaşına Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Anne yaş	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı olan	20-34 yaş	13,8137	7,99595	102	0,418
	35-49 yaş	14,5743	8,19996	148	
	Toplam	14,2640	8,10983	250	

Astımlı Olmayan	20-34 yaş	7,4500	5,81312	40	
	35-49 yaş	9,6118	6,09077	85	
	Toplam	8,9200	6,06497	125	
Toplam	20-34 yaş	12,0211	7,96221	142	0,092
	35-49 yaş	12,7639	7,85922	233	
	Toplam	12,4827	7,89599	375	

**Tablo 54:** Sağlık Durumu ve Anne Yaşına Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

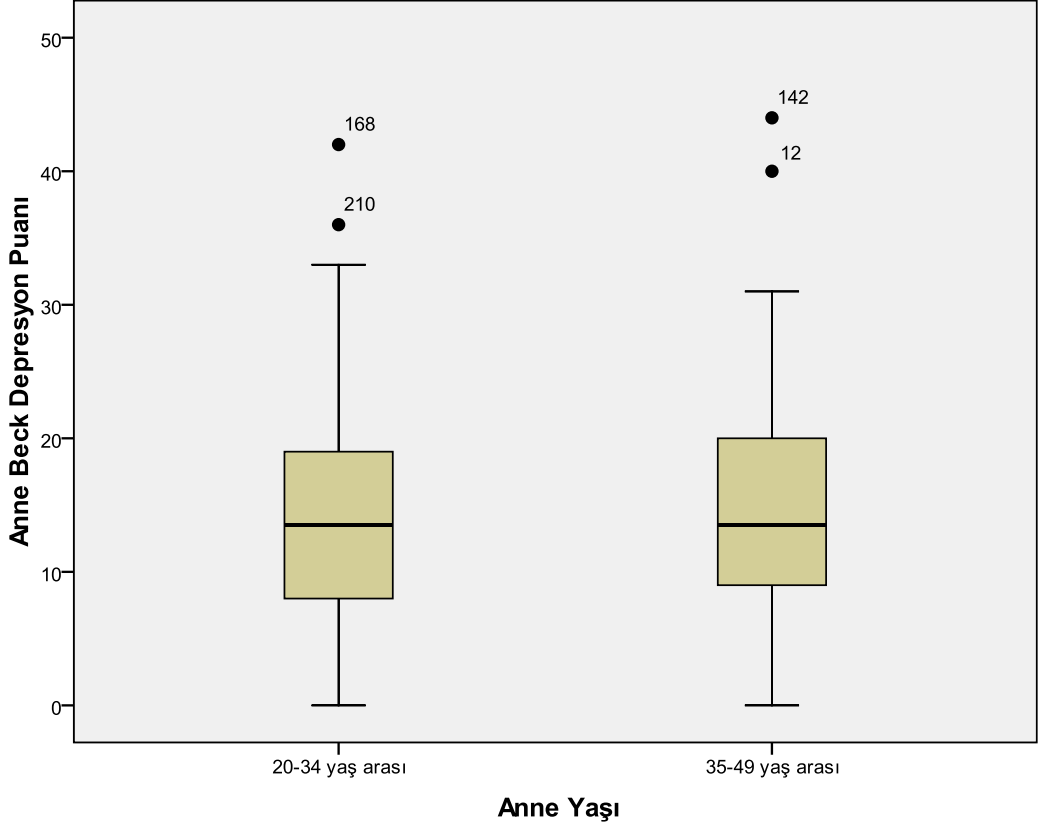
	F	p
Hastalık	42,959	0,001
Anne yaş	2,860	0,092
Hastalık * Anne yaş	0,657	0,418

Astımlı olan çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 14,26 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 8,92'dir. Bu iki grubun BDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,371)=42,959$  ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların annelerinin depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların annelerinin depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Annesi 20-34 yaş arası olan çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 12,02 ve annesi 35-49 yaş arası olan çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 12,76'dır.

Bu iki grubun BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır[  $F(1,371)=2,860$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların annelerinin 20-34 yaş arası yada 35-49 yaş arası olmalarının annelerinin depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, anne yaşının anne depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 31:** Anne Yaşı Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve anne yaşının, çocukların annelerinin depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanlarının, anne yaşına; annesi 20-34 yaş arası yada 35-49 yaş arası olanların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.



**D2. Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzeyi Değişkenlerine Göre Anne Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 55:** Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzeyine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Anne eğitim	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı olan	Okur yazar	19,0000	9,53939	3	0,948
	İlköğretim	14,7976	8,48991	168	
	Ortaokul	11,9091	7,53062	33	
	Lise	13,9250	6,73067	40	
	Üniversite	12,1667	7,02614	6	
	Toplam	14,2640	8,10983	250	
Astımlı olmayan	İlköğretim	9,4512	6,41979	82	
	Ortaokul	7,6000	4,80570	20	
	Lise	8,3636	5,75322	22	
	Üniversite	4,0000	.	1	
	Toplam	8,9200	6,06497	125	
Toplam	Okur yazar	19,0000	9,53939	3	0,169
	İlköğretim	13,0440	8,25072	250	
	Ortaokul	10,2830	6,91258	53	
	Lise	11,9516	6,89601	62	
	Üniversite	11,0000	7,11805	7	
	Toplam	12,4827	7,89599	375	

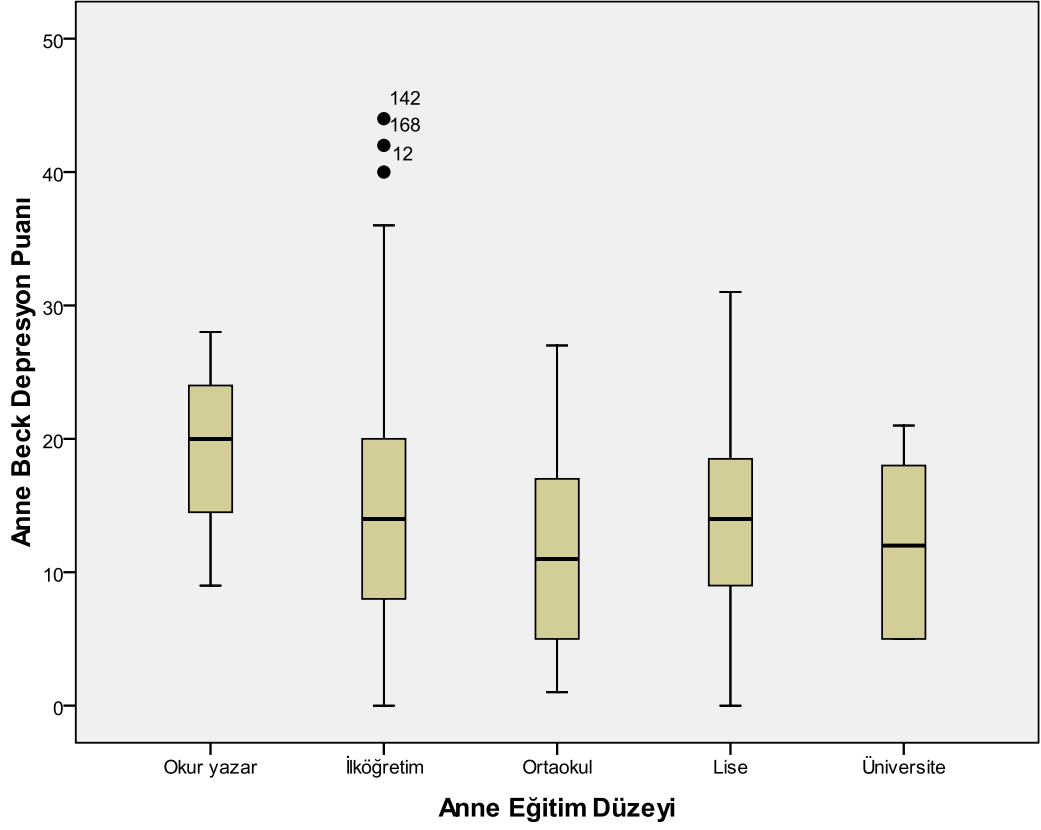
**Tablo 56:** Sağlık Durumu ve Anne Eğitim Düzeyine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	F	p
Hastalık	7,302	0,007
Anne eğitim	1,619	0,169
Hastalık * Anne eğitim	0,120	0,948

Astımlı olan çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 14,26 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 8,92'dir. Bu iki grubun BDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,366)=7,302$  ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların annelerinin depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların annelerinin depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Anne eğitim düzeyi okur yazar olanların BDÖ ortalama puanı 19, anne eğitim düzeyi ilkokul olanların BDÖ ortalama puanı 13,04, anne eğitim düzeyi ortaokul olanların BDÖ ortalama puanı 10,28, anne eğitim düzeyi lise olanların BDÖ ortalama puanı 11,95 ve anne eğitim düzeyi üniversite olanların BDÖ ortalama puanı 11'dir. Bu beş grubun BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(4,366)=1,619$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, annelerin okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeylerine sahip olmaları anne depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, anne eğitim düzeyinin anne depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 32:** Anne Eğitim Düzey Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve anne eğitim düzeyinin, anne depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre BDÖ ortalama puanlarının, anne eğitim düzeyine; okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite üzeri eğitim düzeyine sahip annelerin aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

**D3. Sağlık Durumu ve Sosyo-Ekonomik Düzey Değişkenlerine Göre Anne Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 57:** Sağlık Durumu ve Sosyo-Ekonomik Düzeye Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Sosyo-ekonomik Düzey	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı olan	0-600 TL	16,6164	9,57809	73	0,134
	600-2000 TL	13,3962	7,16975	159	
	2000 TL ve üzeri	12,3889	7,90487	18	
	Toplam	14,2640	8,10983	250	
Astımlı olmayan	0-600 TL	8,5484	6,05992	31	
	600-2000 TL	9,0761	6,15591	92	
	2000 TL ve üzeri	7,5000	,70711	2	
	Toplam	8,9200	6,06497	125	
Toplam	0-600 TL	14,2115	9,41149	104	0,297
	600-2000 TL	11,8127	7,11567	251	
	2000 TL ve üzeri	11,9000	7,62889	20	
	Toplam	12,4827	7,89599	375	

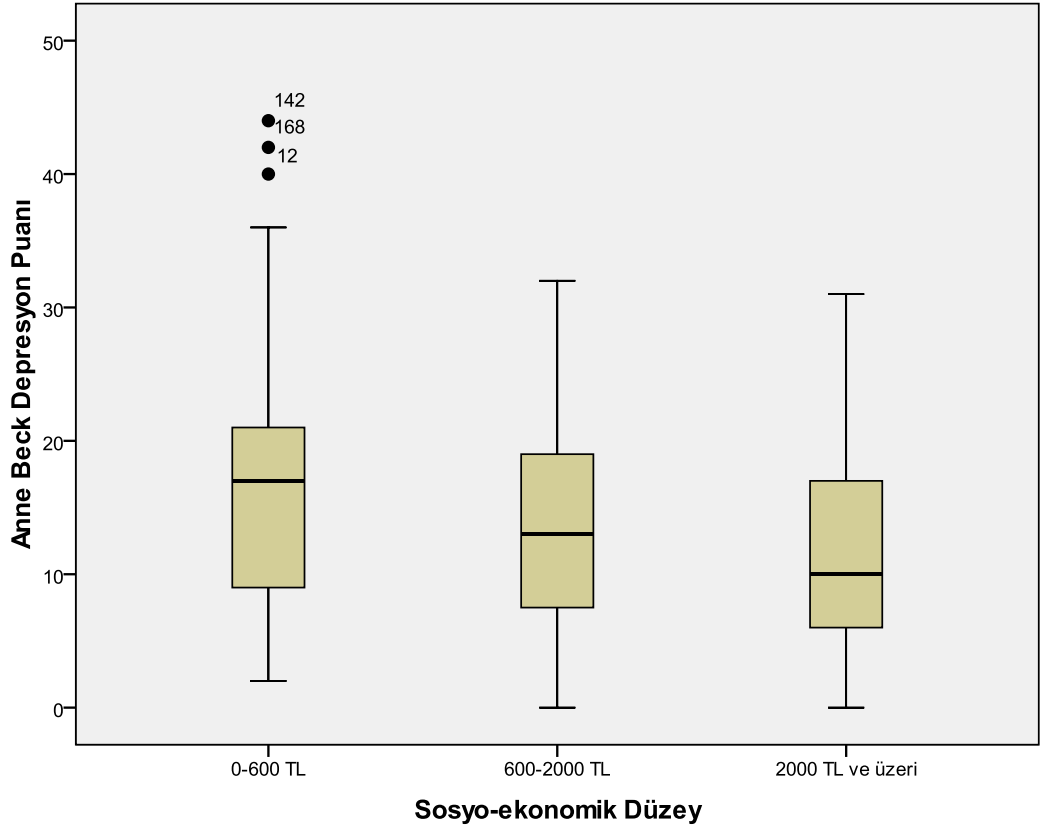
**Tablo 58:** Sağlık Durumu ve Sosyo-Ekonomik Düzeye Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	F	p
Hastalık	8,753	0,003
Sosyo-ekonomik düzey	1,217	0,297
Hastalık * Sosyo-ekonomik düzey	2,022	0,134

Astımlı olan çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 14,26 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 8,92'dir. Bu iki grubun BDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,369)=8,753$  ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların annelerinin depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların annelerinin depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sosyo-ekonomik düzeyi 0-600 TL olan ailelerin annelerinin BDÖ ortalama puanı 14,21, sosyo-ekonomik düzeyi 600-2000 TL olan ailelerin annelerinin BDÖ ortalama puanı 11,81 ve sosyo-ekonomik düzeyi 2000 TL ve üzeri olan ailelerin annelerinin BDÖ ortalama puanı 11,9'dur. Bu üç grubun BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(2,369)=1,217$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, annelerin 0-600 TL, 600-2000 TL yada 2000 TL ve üzeri sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerden gelmeleri, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, sosyo-ekonomik düzeyin anne depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 33:** Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve sosyo-ekonomik düzeyin, annelerin depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre annelerin BDÖ ortalama puanlarının, sosyo-ekonomik düzeye; 0-600 TL, 600-2000 TL yada 2000 TL ve üzeri sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelere sahip annelerin aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

**D4. Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısı Değişkenlerine Göre Anne Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 59:** Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısına Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Hastalık	Çocuk sayısı	Ortalama	Standart Sapma	N	p
Astımlı olan	1,00	14,4211	6,73561	19	0,630
	2,00	14,0988	8,67080	162	
	3 ve fazlası	14,6087	7,11506	69	
	Toplam	14,2640	8,10983	250	
Astımlı olmayan	1,00	9,5000	5,95219	8	
	2,00	8,2471	5,70068	85	
	3 ve fazlası	10,5625	6,85301	32	
	Toplam	8,9200	6,06497	125	
Toplam	1,00	12,9630	6,79639	27	0,321
	2,00	12,0850	8,24996	247	
	3 ve fazlası	13,3267	7,24998	101	
	Toplam	12,4827	7,89599	375	

**Tablo 60:** Sağlık Durumu ve Çocuk Sayısına Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

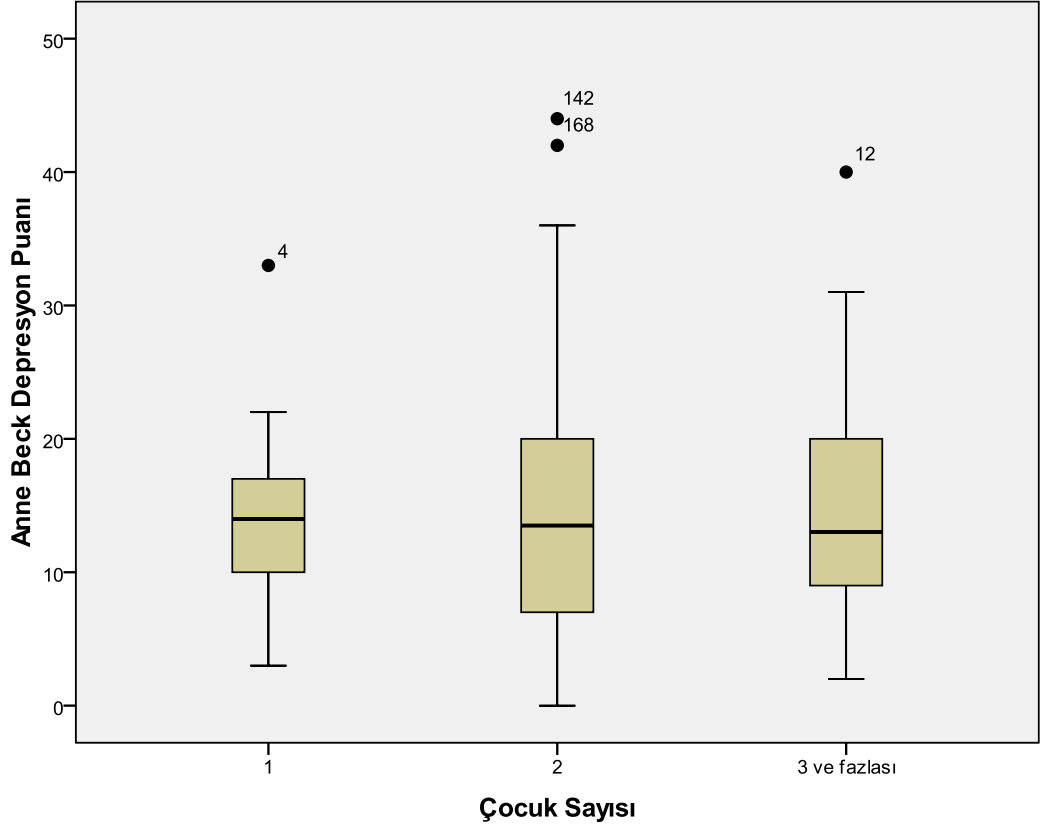
	F	p
Hastalık	16,147	0,001
Çocuk sayısı	1,140	0,321
Hastalık * Çocuk sayısı	0,462	0,630

Astımlı olan çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 14,26 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 8,92'dir. Bu iki grubun BDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [  $F(1,369)=16,147$  ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların annelerinin depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların annelerinin depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Bu etkinin hangi gruptan kaynaklandığına bakılırsa, astımlı çocukların ortalamasının astımlı olmayan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tek çocuğa sahip olan annelerin BDÖ ortalama puanı 12,96, iki çocuğa sahip olan annelerin BDÖ ortalama puanı 12,09 ve üç yada daha fazla çocuğa sahip olan annelerin BDÖ ortalama puanı 13,33'dür. Bu üç grubun BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(2,369)=1,140$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, ailede çocuk sayısının bir, iki yada üç veya daha çok olması, annelerin depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, çocuk sayısının annelerin depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.





**Şekil 34:** Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve çocuk sayısının, annelerin depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre annelerin BDÖ ortalama puanlarının, çocuk sayısının; bir, iki yada üç veya daha çok olmasının aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

## D5. Astımlı Çocuğa Sahip Annelerde Hastalık Şiddetine Göre Depresyon Durumu

**Tablo 61:** Astım Şiddeti Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

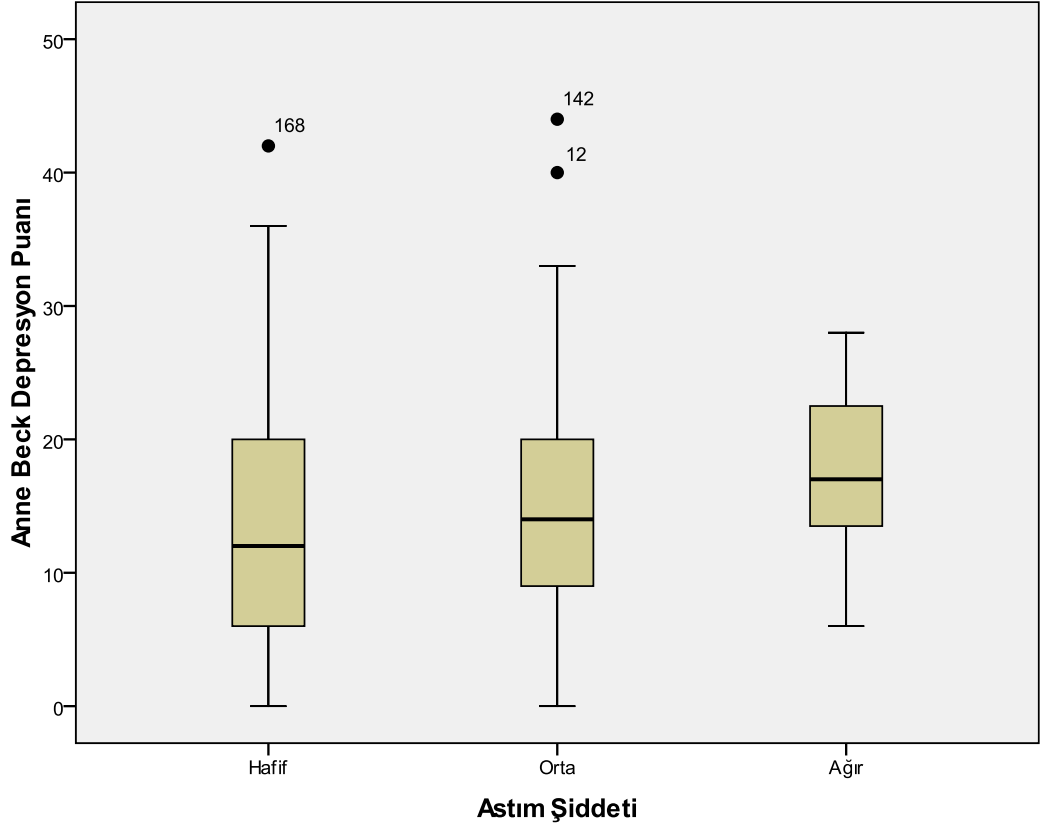
	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Hafif	77	12,9870	8,87114	0,077
Orta	154	14,5000	7,80167	
Ağır	19	17,5263	6,44091	
Toplam	250	14,2640	8,10983	

**Tablo 62:** Astım Şiddeti Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Anova Sonuçları

	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar Arasında	336,352	2	168,176	2,590	0,077
Gruplar İçinde	16040,224	247	64,940		
Toplam	16376,576	249			

Hafif şiddette astımlı çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 12,99, orta şiddette astımlı çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 14,5 ve ağır şiddette astımlı çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 17,52'dir. Bu üç grubun BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır[  $F(2,247)=2,590$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların hafif şiddette astımlı, orta şiddette astımlı yada ağır şiddette olmaları, annelerinin anne depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, astım şiddetinin çocukların

annelerinin anne depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.



**Şekil 35:** Astım Şiddeti Değişkenine Göre Annelerin Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

## TARTIŞMA

Çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalık olan astım; yaşam kalitesini sınırlayan sebeplerin başında gelmektedir. Astımın prevalans ve morbiditesi kentsel toplumları etkilemesi açısından gittikçe büyüyen bir problemdir. Epidemiyolojik çalışmalar, tüm bilgi birikimi ve ilerlemiş tedavi olanaklarına rağmen son 30 yılda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, astımın prevalansında hızlı bir artış olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda ABD’ de 1980 yılından itibaren günümüze kadar astım prevalansında %60 gibi bir artış olduğu bildirilmektedir (79). Bu artışla ilişkili olarak coğrafi, ırksal, genetik ve çevresel faktörler sorumlu tutulmaktadır. Cinsiyet, yaş, siyah ırk, düşük doğum ağırlığı, kırsal bölge ya da şehirde yaşamak, ailede astım veya atopi öyküsü, erken yaşta alerjen maruziyeti, erken dönemde hışıltılı hastalık olması, batı tarzı yaşam ve sigara dumanı maruziyeti, psikososyal faktörler astımın gelişimini etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır (2,80-84).

Çocukluk çağı astımın başlangıç ve seyrinde psişik ve sosyal faktörlerin önemi giderek daha çok kabul edilmektedir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanındaki yapılan çalışmalar; tüm çocukların %18’inde duygu ve davranış problemleri olduğu, kronik hastalığı olan çocuklarda ise bu tip duygusal ve davranışa ait sorunların %20 oranının üstüne çıktığını göstermektedir(3).

Bir çalışmada, orta derecede ve şiddetli astımı olan adolesanlar, normal kontrol bireylerinden ve hafif astımı olan adolesanlardan daha çok düşmanlık duygusu taşıdıkları, anksiyete, depresyon ve duygularının kontrolünde zorlandıklarını göstermişlerdir(86). Astımlı çocuk ve adolesanlarda depresyon ve anksiyetenin

nedeni olarak, gelecekte ümitsizlik, ölüm korkusu, farklı olma duygusu, yetersizlik, anormal olduğunu hissetme, hayat kalitesinin azalması gibi nedenler ileri sürülmektedir.

Tousand (2003) çocuklarla yaptığı çalışmasında astım hastası bireylerin %20 ile %50'si arasında depresyon hastalığının da eşlik ettiğini ve bu bireylerde öğrenilmiş çaresizlik görüldüğünü ispatlamış, bunun nedenini de bireylerin astım nedeniyle okula gidemedikleri günlük aktivitelerini sağlıklı yerine getiremediklerini, özellikle de uzun dönem ilaç tedavisi almanın bireyde depresyona yol açtığını, geceleri astım atağıyla uyandıkları ve hastalıklarını iyi yönetemediklerini dolayısıyla da öğrenilmiş çaresizlik yaşadıklarını ve bu durumun da onlarda düşük kendilik algısı oluşturduğunu ve düşük kendine odaklanmaya neden olduğunu belirtmiştir(87).

Yellowless ve Shavitt'in çalışmalarında astmatiklerde genel popülasyondan belirgin olarak daha fazla anksiyete hastalığı prevalansı olduğunu belirtmişlerdir(88). Astımlı hastalarda anksiyete hastalıkları hakkında yapılan araştırmalar geniş bir spektrumdaki değişik kronik hastalıklarda (diyabet, kronik akciğer hastalığı, artritler, kalp hastalıkları ve hipertansiyon) görülen anksiyete hastalıklarının artmış insidansı ile uyumlu bulunmuştur. Bu kronik hastalıklarda yakın geçmişe ait ve hayat boyunca görülen anksiyete hastalıklarının prevalansı sağlıklı kişilerden iki-üç kat daha fazladır(89).

Bu çalışmada ise, astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları ya da astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Bu bulgu, sağlık durumunun çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Depresyona yol açan nedenler arasında, astım hastalığı nedeniyle çocuğun okul devamsızlıklarının artması, anne baba tarafından aşırı kollayıcı bir tutum ile yetiştirilmesi ve dolayısıyla çocuğun bağımsızlığının kısıtlanması, hastalığı nedeniyle bedensel gelişiminde zayıflıklar ve sürekli her an bir atak yaşayabileceğini düşünmesi, hastanede yatmak ya da çok sık gitmek zorunda olmak, sürekli ilaç kullanmak ve kullanılan ilaçların yan etkileri sayılabilir.

Hiç şüphesiz hastalıktan etkilenip etkilenmeme ve bunun derecesi çok sayıda etkene bağlıdır. Bu çalışmada sağlık durumuyla birlikte bu etkenlerden; cinsiyet,

çocuk sayısı, doğum sırası, akraba evliliği, oda sayısı, aile gelir düzeyi, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba yaşı, annenin çalışma durumu ve babanın işi değişkenlerinin depresyon puanları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla Ki-Kare testi ve Anova testi kullanılarak sonuçlar elde edildi.

Çalışmada araştırma grubundaki astımlı olan çocukların %58'ini erkekler, %42'sini kızlar oluşturmaktadır. Astımlı olmayan çocukların ise %52'sini erkekler, %48'ini kızlar oluşturmaktadır. Çocukların depresyon düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, erkeklerin depresyon düzeyleri kızlardan biraz daha yüksektir, ancak depresyon düzeyleri sağlık durumu ve cinsiyet değişkenlerine göre istatistiksel açıdan farklılık göstermemiştir [  $F(1,371)=0,275$  ,  $p>0,05$ ].

Goodyer (1986), 157 çocukla yaptığı bir araştırmada ciddi duygusal bozukluklar dışında erkek ve kız çocuklarının hastalıktan bağımsız olarak yakın yaşam olayını benzer oranda yaşadıklarını saptamıştır. Goodyer (1990), daha sonra yaptığı araştırmalarda da cinsiyet farklılıklarının bir değeri olduğunu ancak, olayların oluşması için gereklilik arz etmediğini vurgulamaktadır (90).

Nelson Politano, Finch, Wendel, & Mayhall'ın (1987), Çocuk Depresyon Ölçeği kullanarak yaptığı araştırmalarda 6-13 yaş arasında 535 kız ve erkek çocuklar arasında depresyon seviyesinde bir fark bulunmamıştır. (91).

Buna karşılık Velez ve diğerleri (1989), depresyon sıklığını kızlarda daha fazla olarak bulmuş araştırmacılarıdır (92).

Goldney, Ruffin, Fisher & Wilson, (2003) 15 yaş ve üzeri astım hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında, astım hastalarının depresyon puanlarının cinsiyete göre farklılaştığını erkek hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır(92).

Hem çocuklarla hem de yetişkinlerle yapılan araştırmaların bazıları cinsiyete göre depresyon düzeylerinde fark olduğu bazıları da fark olmadığını saptamıştır. Bu durumda cinsiyetin depresyon düzeyi üzerine çok kuvvetli bir etkisi olmadığı yorumu yapılabilir.

Çocukların depresyon düzeyleri sağlık durumu ve çocuk sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, ailede çocuk sayısının bir, iki yada üç veya daha çok olması, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır[  $F(2,369)=0,812$  ,  $p>0,05$ ]. Bu bulgu, çocuk sayısının çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Literatürde bu konuyla ilgili yapılan araştırmalarda depresyon düzeyinin çocuk sayısıyla olan ilişkisine bakılmamıştır.

Çocukların depresyon düzeyleri sağlık durumu ve doğum sırasına göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, bu dört grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır[  $F(3,367)=0,63$  ,  $p>0,05$ ] Başka bir anlatımla, çocukların ilk, ikinci, üçüncü yada dördüncü veya daha sonra doğan olmaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır.Bu konuda yapılan araştırmalarda doğum sırasıyla depresyon düzeyi ilişkisine bakılmamıştır.

Çocukların depresyon düzeyleri sağlık durumu ve akraba evliliği ilişkisine bakıldığında, akraba evliliği sonucu doğan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 28,88 ve doğmayan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,54'dür. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır[  $F(1,371)=1,766$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların akraba evliliği sonucu doğup doğmadıkları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, akraba evliliğinin çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Literatürde bu konuyla ilgili yapılan araştırmalarda depresyon düzeyinin akraba evliliği ile olan ilişkisine bakılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çocukların depresyon düzeyleri sağlık durumu ve çocukların kendine ait oda varlığına göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, odası olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,86 ve olmayan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,74'dür. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır[  $F(1,371)=0,425$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların kendi odalarının olup olmaması, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, oda varlığının çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

1990'da Weitzman ve arkadaşlarının 15416 çocuk üzerinde yaptığı bir çalışmada geniş aile, küçük ev gibi faktörlerin çocukluk çağı astımını artırdığı ileri sürülmüştür(93). Ancak literatürde kendine ait oda durumu ve depresyon düzeyi ilişkisi ile ilgili ek bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çocukların depresyon düzeyleri sağlık durumu ve sosyoekonomik düzeye göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, sosyo-ekonomik düzeyi 0-600 TL olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı, sosyo-ekonomik düzeyi 600-2000 TL

olan ailelerin çocuklarındaki ve sosyo-ekonomik düzeyi 600-2000 TL olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı sosyo-ekonomik düzeyi 2000 TL ve üzeri olan ailelerin çocuklarındaki biraz yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(2,369)=1,939$  ,  $p>0,05$ ] ve bu bulgu da sosyo-ekonomik düzeyin çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Kashani ve diğerleri (1989) çocuklarla yaptıkları çalışmalarında depresyon düzeyiyle sosyoekonomik durum arasında bir bağlantı olmadığını bildirmiştir (94).

Fleming (1990) toplumda 9 yaş çocuğunda depresyon prevalansının araştırıldığı bir çalışmada depresif ve depresif olmayan çocuklar arasında, sosyoekonomik durum farklılıkları bulunmamıştır (90).

Literatürde ise yoksul hastalarda depresyon atağı geçirme olasılığı artmaktadır. Bu bireylerin tedaviye yanıt olasılıkları da daha düşüktür (95).

Bird ve diğerlerinin (1988) hem çocuklar hem de ergenlerle beraber yaptıkları çalışmalar orta ve yüksek sosyoekonomik duruma göre düşük sosyoekonomik durumun depresyonla daha fazla bağlantılı olduğunu göstermiştir (90).

Çocukların depresyon düzeyleri sağlık durumu ve anne eğitim düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, anne eğitim düzeyi okur yazar olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,66, anne eğitim düzeyi ilköğretim olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 28,23, anne eğitim düzeyi ortaokul olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,66, anne eğitim düzeyi lise olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,90 ve anne eğitim düzeyi üniversite olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 28,66'dır. Bu beş grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [ $F(4,366)=1,998$ ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların okur-yazar, ilköğretim, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeylerine sahip annelere sahip olmaları onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, anne eğitim düzeyinin çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Çocukların depresyon düzeyleri sağlık durumu ve baba eğitim düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, baba eğitim düzeyi okur yazar olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 31 , baba eğitim düzeyi ilköğretim olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 28,22, baba eğitim düzeyi ortaokul olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,42, baba eğitim düzeyi lise olan



ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 27,54 ve baba eğitim düzeyi üniversite olan ailelerin çocuklarının ÇDÖ ortalama puanı 26,88'dir. Bu sonuçlara göre, babası üniversite veya lise mezunu olanların depresyon düzeyi ortalamaları diğer gruplardan daha düşüktür. Ancak çocukların okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeylerine sahip babalara sahip olmaları onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, baba eğitim düzeyinin çocukların depresyon düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir[  $F(4,366)=1,252$  ,  $p>0,05$ ].

Çocukların depresyon düzeyleri sağlık durumu ve anne yaşına göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, annesi 20-34 yaş arası olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,82 ve annesi 35-49 yaş arası olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,81'dir. Bu sonuca göre, annesi 35-49 yaş arası olan çocukların depresyon düzeyleri, diğer gruptaki çocuklardan biraz yüksektir, ancak bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Başka bir anlatımla, çocukların annelerinin 20-34 yaş arası yada 35-49 yaş arası olmalarının çocukların depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır[  $F(1,371)=0,088$  ,  $p>0,05$ ]. Bu bulgu, anne yaşının çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Çocukların depresyon düzeyleri sağlık durumu ve baba yaşına göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, babası 20-34 yaş arası olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,55 ve babası 35 yaş ve üstü olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,88'dir. Bu sonuca göre babası 35 yaş üstü olan çocukların depresyon düzeyleri, diğer gruptaki çocuklardan biraz yüksektir, ancak bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır[  $F(1,371)=0,129$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların babalarının 20-34 yaş arası yada 35 yaş üstü olmalarının çocukların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır. Bu bulgu, baba yaşının çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Çocukların depresyon düzeyleri sağlık durumu ve annenin çalışma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, annesi çalışan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,78 ve annesi çalışmayan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,81'dir. Annesi çalışan çocukların depresyon düzeyi, annesi çalışmayan çocuklardan daha yüksektir, ancak depresyon düzeyleri sağlık durumu ve annenin çalışma durumu

değişkenlerine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir. [  $F(1,371)=0,193$  ,  $p>0,05$ ].

Çocukların depresyon düzeyleri sağlık durumu ve babanın mesleğine göre farklılaşıp farklılaşmadığına göre bakıldığında, ÇDÖ puanlarının sağlık durumu x baba mesleği iki faktörlü analizinde baba mesleğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüştür[ $F(2,396)=6,97$ ,  $p<0,05$ ]. Hangi mesleğin anlamlı bir farklılık yarattığını bulabilmek için post hoc analizi yapılmıştır. Bu sonuca göre, babası işçi olan çocukların depresyon düzeyleri diğer meslek gruplarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur, ancak depresyon düzeyleri sağlık durumu ve baba işi değişkenlerine göre farklılık göstermemiştir. Bu çalışmada astımlı ve astımlı olmayan çocukların babaları genelde işçidir, bizim bulgularımız astımın çocuklarda depresyona neden olduğunu göstermektedir, buradaki babası işçi olan çocukların depresyon puanlarının yüksek çıkmasının nedeni günümüzde işçilerin zor hayat şartları içerisinde olmaları ve iş yaşamlarındaki sıkıntılarını ev ortamına taşıyarak çocuklarıyla verimli etkileşim kuramamaları ya da kendilerinin de belki de depresyon yaşadıkları nedeniyle olabilir. Bilinmektedir ki ebeveyninde depresyon olan çocukların depresyon geçirme olasılıkları ebeveyninde depresyon olmayanlara göre daha yüksektir (95).

Astımlı çocukların depresyon düzeylerinin kendi aralarında astım şiddetine göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, hafif şiddette astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 28,57, orta şiddette astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,48 ve ağır şiddette astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,47'dir. Bu üç grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur[ $F(2,247)=3,565$  ,  $p<0,05$  ]. Başka bir anlatımla, çocukların hafif şiddette astımlı, orta şiddette astımlı yada ağır şiddette olmaları, çocukların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Hangi astım şiddetinin anlamlı bir farklılık yarattığını bulabilmek için post hoc analizi yapılmıştır. Sheffe testine göre hafif ve orta şiddetli astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuş olup hafif şiddetli astımı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu astım şiddetinin depresyon düzeyini etkilemediğini gösterir niteliktedir.

Mrazek'in (1992) bulguları bizim bulgularımızla çelişmektedir, onun çalışması astım şiddeti yükseldikçe çocukların depresif belirtileri daha çok gösterdiğini saptamıştır(85).

Janson, Björnsson, Hetta & Boman (1994) astım şiddetinin çocuktaki depresyon düzeyine etki etmediğini belirtirler(96).

Oğuztürk, Ekici, Güliter, Erdemoğlu ve Ekici (2000) yetişkinlerle yaptıkları çalışmada hastane tedavisi gören ciddi astımlıların depresyon skorlarının daha hafif astımlılardan farklı olmadığı bulunmuştur(97).

Yapılan araştırmaların bazıları astım şiddetine göre depresyon puanların farklılaştığını bazıları da farklılaşmadığını göstermektedir. Bu duruma göre, astım şiddeti ve depresyon düzeyi arasında çok kuvvetli bir bağlılığın olmadığını söyleyebiliriz.

Astımlı çocukların depresyon düzeylerinin kendi aralarında astımlı olma süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, iki yıldır yada daha az zamandır astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 28,18, iki üç yıl arası süredir astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 28,27, üç dört yıl arası süredir astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 26,37 ve dört yıl veya daha uzun süredir astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanı 28'dir. Bu dört grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur[F(3,246)=3,844 , p<0,05 ]. Başka bir anlatımla çocukların iki yıldır yada daha az süredir yada iki üç yıl arası süredir yada üç dört yıl arası süredir veya dört yıl veya daha uzun süredir astımlı olmaları, çocukların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Astımlı olma süresi dört yıl ve üzeri olan çocukların ÇDÖ puanı, astımlı olma süresi üç dört yıl arası olan çocukların ÇDÖ puanından daha yüksektir.

Ekşi'nin (1996) 4-16 yaş arası 60 astım hastasının bulunduğu grupta astım hastalığının psikososyal yönünü araştırmak amacıyla yaptığı çalışmasında hastalığın süresi ve hastalığın ciddilik derecesi ile uygulanan Achenbach çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeği toplam problem skorları arasında istatistiksel olarak hiçbir anlamlı ilişki bulunmamakla beraber, testin sosyal yeterlik skorları ile hastalığın ciddilik derecesinde negatif korelasyonlar bulmuştur. Yani çocuğun hastalığı ne kadar ciddi ise sosyal yeterlik skorları o derece düşüktür. Ekşi çalışmasında çocuktaki problemlerin hastalığın süresi ya da ciddilik derecesinden kaynaklanmadığını ancak annelerle yapılan görüşmeler sonucu da çocuğun ev ortamında yaşadığı atmosfer ve özellikle anne tutumuyla çocukların problem skorlarının çok anlamlı bir biçimde ilişkili olduğu sonucuna varmıştır(64).

Astım hastalığı ve tedavisi astımlı çocuk ve ailelerini sekonder psikiyatrik problemler açısından risk altına sokar. Astım semptomlarının ani ve beklenmedik

başlangıcı, kompleks tedavi rejimleri aileleri değişik oranlarda zorlamaktadır. Aile sorunları bu stres altında alevlenir ve çocukta artan zorluğa yol açar. Astımlı çocukların kendi başlarına yeterli bakımı yapamamaları, modern tedavilerle astımı kontrol altına alınsa dahi ,normal sosyalizasyon ve atletik deneyimlerden uzak durmalarına neden olur. Kullandığı ilaçların yan etkilerinden dolayı, şiddetli astımı olan çocuklar kendine olan güvenini kaybedebilir. Annebabalar finansiyal endişelerden, çocuğun sağlık problemleri hakkındaki kaygılardan, tedavi için artan zaman ihtiyaçlarından dolayı yoğun bir stres altındadırlar. Bu stresler astımlı çocukla olan ilişkilerini bozarak psikiyatrik problemlerini artırabilir. Aileler aşırı koruyucu olurlar. Çocukla aralarındaki sürtüşmelerin artması, astımlı çocukta emosyonel bozukluklar için riski artırmaktadırlar(76).

Bu çalışmada, astımlı çocuğa sahip anneler ile astımlı çocuğu olmayan annelerin depresyon puanları karşılaştırılmıştır. Sonuca göre, astımlı olan ve olmayan çocukların annelerinin anne depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [  $t= 7,158$  ,  $p<0,05$  ]. Başka bir deyişle, astımlı olanların anne depresyon puanlarının astımlı olmayanların anne depresyon puanlarından daha büyük olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun nedeni, nöbet sırasında korku ve çaresizlik, fiziksel egzersiz ya da ruhsal etkenlerle nöbetlerin ortaya çıkmasını engelleme çabaları, medikal bakım masraflarının stresi, uyku kaybı ve devamlı biçimde çocuğun çevresini denetleme, endişe ve suçluluk duygusu gibi çeşitli nedenlerle anneyi depresyon riski altına sokmaktadır(76,98).

Williams ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada annedeki aşırı koruyucu tutumlar nedeniyle astım şiddeti arttıkça anneye bağımlılığın belirgin biçimde arttığını saptamışlardır(76).

Sonuç olarak, kronik hastalığın çocuk ve aile için ruhsal açıdan bir risk faktörü olduğunu çalışmalar göstermektedir (99-101).

Bu çalışmada, farklı astım şiddetindeki astım hastaların annelerindeki depresyon düzeyleri arasındaki farka bakılmıştır. Hafif şiddette astımlı çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 12,99, orta şiddette astımlı çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 14,5 ve ağır şiddette astımlı çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 17,52'dir. Astım şiddeti arttıkça annelerdeki depresyon düzeyi yüksek bulunmasına rağmen, bu bulgu astım şiddetinin çocukların annelerinin depresyon düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir [  $F(2,247)=2,590$  ,  $p>0,05$  ].

Bu çalışmada, çocukların annelerinin BDÖ'nden aldıkları puanlar temelinde depresyon puanlarında sağlık durumuyla birlikte; anne yaşı, anne eğitim düzeyi, aile gelir düzeyi, çocuk sayısı değişkenlerinin etkilerine de bakılmak istenmiştir.

Çalışmada, 35-49 yaş grubunda olan ebeveynlerin diğer yaş gruplarına göre depresyon puan ortalamaları yüksek bulunmuş, ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır.[  $F(1,371)=2,860$  ,  $p>0,05$ ].

Yaş arttıkça, kazanılan yaşam deneyimleri ebeveynlerin olumlu baş etme yöntemlerini kullanmalarını ve uyum sağlamalarını kolaylaştırmasına rağmen, uzun yıllar kronik bir hastalıkla mücadele etmenin getirdiği maddi ve manevi sıkıntılar psikolojik olarak olumsuz etkilere neden olabilir.

Bu konu ile ilgili araştırmalara bakıldığında, anne yaşının stres üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmaların yanı sıra, genç annelerin yaşlı annelere oranla daha kaygılı olduklarını gösteren çalışmalara da rastlanmaktadır.

Beckman (1983), Rimmerman ve Dyudevany (1995); Flynt ve Wood (1989)'un yaptıkları araştırmada genç annelerin uyum sürecindeki kaynakları yeterince kullanamamaları ve daha yaşlı annelerde olgunluk ve deneyim gibi özelliklerin kaygı düzeyleri arasında farklılıklara neden olabileceği belirtilmektedir(102-104).

Astımlı çocuğa sahip olan annelerin ve olmayan annelerin eğitim düzeylerinin depresyon puanlarına etkilerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak anne eğitim düzeyi okur yazar olanların BDÖ ortalama puanı 19 olup diğer eğitim düzeyine sahip annelerden yüksek bulunmuştur, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(4,366)=1,619$  ,  $p>0,05$ ].

Eğitim düzeyinin depresyon düzeyi ile ilişkisi bulunamamıştır. Quine ve Pahl (1991); Akkök vd., (1992); Rimmermen ve Duvdevany (1995) eğitim düzeyinin anne- babalardaki depresyon düzeyine etkisinin olmadığını ifade etmişlerdir(105,103).

Haveman vd.,(1997) yaptıkları araştırmada eğitim düzeyi düşük annelerin kendilerine daha az zaman ayırabildiklerini ve çocukların bakım sorumluluğunu daha yoğun yaşadıklarını belirtmişlerdir(106).

Bu çalışmalara karşın Akkök vd.,(1992), Rimmermen ve Duvdevany (1995) 'nin yaptıkları araştırmalarda ailelerin eğitim düzeylerinin stres ve kötümserlik duyguları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır(107,103).

Eğitim ailelerin içinde buldukları duruma uyum sağlamaları, kendilerine ve çocuklarına

ilişkin duygu ve dūřuncelerini anlamaları ve çocuklarını yetersiz yōnleriyle kabul etmelerine yardımcı olabilir, anne-babaların çocuklarının gereksinimlerine yanıt verebilme yeteneğini arttırarak, endişelerinin ve suçluluk duygularının azalmasını sağlayabilirler (108).

Astımlı çocuğu olan annelerin BDÖ'ne gōre çok dūřuk gelirli olan annelerin en yōksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları gōr÷lmektedir. Ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. [  $F(2,369)=1,217$  ,  $p>0,05$ ].

Bu sonucu destekleyen bir araştırmada Flynt ve Wood (1989); Rimmerman ve Duvdevary (1995) tarafından yaptıkları araştırmada ekonomik dūzeyin anne-babaların kaygı ve streslerini etkilemediği yōnünde bulgular elde etmişlerdir(104,103).

Bu çalışmanın aksine, Dereli ve Okur'un yapmış oldukları çalışmada da; gelir durumu az olan ebeveynlerin ciddi depresyonda oldukları ve gelir durumu ile depresyon puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (109).

ocuk sayısı ile anne depresyon dūzeyi ilişkisine bakıldığında; 3 ve daha fazla çocuğu sahip annelerin BDÖ puan ortalaması diğer gruplara gōre yōksek bulunmasına rağmen, bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır[  $F(2,369)=1,140$  ,  $p>0,05$ ].

ocuk sayısının fazla olması, ۆzellikle çocukların bakımı ile yakından ilgilenen annenin gōrev ve sorumluluklarını daha fazla arttıracak ve bazen diğer çocukların ihmal edilmesi gibi olumsuzluklara neden olacaktır

Engelli çocuğu sahip olan ailelerin depresyon durumunun belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, 3 ve ۆzeri çocuğu sahip ailelerin depresyon puanının diğerlerine gōre yōksek olduğu; ocuk sayısı ile ebeveynlerin depresyon dūzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (109). Ancak bu sonuç çalışmamızla paralellik gōstermemektedir.

Bu çalışmanın sonucunda , 6-14 yaş arası dōnemde en sık rastlanan kronik hastalık olan astım ve bu hastalığın beraberinde getirebileceği psikolojik durumlar ۆzellikle depresyon rahatsızlığı ile ilgili ebeveyn ve eğitimcileri ilgilendiren sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışmada sonuç olarak; astım hemen hemen b÷t÷n hastaların hayatını psikolojik ve sosyal yōnden etkileyen kronik bir hastalıktır. Bu nedenle bu hastalığın

ciddiyetinin göz ardı edilmemesi gerektiği, bu hastalığın insan yaşamına etkisinin en aza indirgenmesi ve astımlı çocukların yaşamsal faaliyetlerinde kısıtlanmamaları için hastalık hakkında insanların bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Cinsiyet, doğum sırası, akraba evliliği, çocuk sayısı, sosyo-ekonomik düzey, anne eğitim düzeyi, anne baba yaşı, annenin çalışma durumu, babanın mesleği gibi sosyodemografik etkenlerin çocuklar ve annelerinde depresyon düzeyinde anlamlı bir farklılığa yol açmadıkları saptanmıştır. Depresyon düzeyine etki eden faktörler; hastalık varlığı, hasta olma süresi ve hasta bir çocuğa sahip olma olarak belirlenmiştir.

Astım hastalığı, hastaların yanı sıra onların annelerinde de psikiyatrik problemlere yol açmaktadır. Astımın kronik bir hastalık olması sebebiyle annelerde yarattığı bu stres astımlı olan çocukla ilişkilerini bozarak çocukların psikiyatrik problemlerini daha da artırabilmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda ki öneriler şunlardır;

- Astım tedavisiyle uğraşan her klinisyen, hastaların birçoğunda psikolojik ve sosyal faktörlerin ne kadar önemli bir rol oynayabileceğinin farkında olmalıdır.

- Astımı olan hasta annelerinin de hastalığın tedavisi sırasında psikolojik desteğe ve hastalık hakkında bilgilendirilmeye ihtiyacı olacağı klinisyenler tarafından bilinmelidir.

- Astımlı çocukların depresyon düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ile ilgili geniş çaplı çalışmalara daha fazla ağırlık verilmelidir.

## SONUÇLAR

Çalışma; Ekim 2008-Şubat 2010 tarihleri arasında 164'ü (%43.7) kız ve 211'i (%56.3) erkek olmak üzere toplam 375 çocuk üzerinde yapılmıştır. Çocuklar “Astım hastası olan ” (n=250) ve “Astım hastası olmayan” (n=125) olmak üzere iki grup altında incelenmiştir.

• Astımlı olan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,816 ve astımlı olmayan çocukların aynı test puanı 24,872'dir. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur[  $F(1,369)=28,65$  ,  $p<0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların astımlı olmaları yada astımlı olmamaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmıştır.

• Araştırma grubundaki astımlı olan çocukların %58'ini(n=146) erkekler, %42'sini kızlar oluşturmaktadır. Astımlı olmayan çocukların ise %52'sini (n=65) erkekler, %48'ini (n=60) kızlar oluşturmaktadır.

• Erkeklerin ÇDÖ ortalama puanı 27,92 ve kızların ÇDÖ ortalama puanı 27,66'dır. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır[  $F(1,371)=0,275$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların kız yada erkek olmaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır.

• Astımlı olan çocukların % 8 (n=19) 1 çocuklu aile, %64 (n=162) 2 çocuklu aile, %28 (n=69) 3 çocuk ve üzeri aileye mensuptur. Astımlı olmayan çocukların ise %6 (n=8) 1 çocuklu aileye, %68 (n=85) 2 çocuklu aileye, %26 (n=32) 3 çocuk ve



üzeri aileye mensuptur. Ailesinde tek çocuk olanların ÇDÖ ortalama puanı 27,84, ailesinde çocuk sayısı iki olanların ÇDÖ ortalama puanı 27,74 ve ailesinde üç yada daha fazla olanların ÇDÖ ortalama puanı 27,98'dir. Bu üç grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(2,369)=0,812$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, ailede çocuk sayısının bir, iki yada üç veya daha çok olması, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır.

- Astımlı olan çocukların % 46'sı (n=113) ailelerde 1. çocuk, % 38'i (n=96) ailelerde 2. çocuk, % 12'si (n=30) ailelerde 3. çocuk, % 4'ü (n=11) ailelerde 4. çocuk ve üzeridir. Astımlı olmayan çocukların ise % 51'i (n=63) ailelerde 1. çocuk, % 34'ü (n=43) ailelerde 2. çocuk, % 11'i (n=14) ailelerde 3. çocuk, % 4'ü (n=5) ailelerde 4. çocuk ve üzeridir. Birinci çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,51, ikinci çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,93, üçüncü çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,86 ve dördüncü veya daha sonra doğan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,72'dir. Bu dört grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(3,367)=0,63$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların ilk, ikinci, üçüncü yada dördüncü veya daha sonra doğan olmaları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır.

- Astımlı olan çocukların ailelerinin % 20'sinde (n=51) akraba evliliği görülürken, % 80'nin de (n=199) akraba evliliği görülmemektedir. Astımlı olmayan çocukların ailelerinin % 18'in de (n=22) akraba evliliği görülürken, % 82'sin de (n=103) akraba evliliği görülmemektedir. Akraba evliliği sonucu doğan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 28,88 ve doğmayan çocukların ÇDÖ ortalama puanı 27,54'dür. Bu iki grubun ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [  $F(1,371)=1,766$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, çocukların akraba evliliği sonucu doğup doğmadıkları, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır.

- Astımlı olan çocukların ailelerinin % 29'unun (n=73) 0-600 TL, % 64'ünün (n=159) 600-2000 TL, % 7'sinin (n=18) 2000 TL ve üzeri aylık gelire sahip olduğu gözlemlenmiştir. Astımlı olmayan çocukların ailelerinin ise % 25'inin (n=31) 0-600 TL, % 73'ünün (n=92) 600-2000 TL, % 2'sinin (n=2) 2000 TL ve üzeri aylık gelire sahip olduğu gözlemlenmiştir.

- Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve sosyo-ekonomik düzeyin, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı

olmadığı bulunmuştur[  $F(2,369)=1,939$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, sosyo-ekonomik düzeye; 0-600 TL, 600-2000 TL yada 2000 TL ve üzeri sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelere sahip çocukların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

- Astımlı olan çocukların, % 57' sinin (n=143) kendine ait odası var iken, % 43'ünün (n=107) kendine ait odası yoktur. Astımlı olmayan çocukların ise, % 40' ının (n=50) kendine ait odası var iken, % 60 'ının (n=75) kendine ait odası yoktur.

- Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve oda varlığının, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur[  $F(1,371)=0,425$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, oda varlığının; varlığı veya yokluğunun aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

- Astımlı çocukların annelerinin, % 1'i (n=3) okur-yazar,% 68' i (n=168) ilkokul mezunu, % 13' ü (n=32) ortaokul mezunu, %16' sı (n=40) lise mezunu, % 2' si (n=6) üniversite mezunudur. Astımlı olmayan çocukların annelerinin, % 65' i (n=82) ilkokul mezunu, % 16' sı (n=20) ortaokul mezunu, % 18'i (n=22) lise mezunu, % 1' i (n=1) üniversite mezunudur.

- Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve anne eğitim düzeyinin, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur[  $F(4,366)=1,998$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, anne eğitim düzeyine; okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite üzeri eğitim düzeyine sahip annelere sahip çocukların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

- Astımlı çocukların babalarının, % 1'i (n=2) okur-yazar, % 46' sı (n=116) ilkokul mezunu, % 22' si (n=54) ortaokul mezunu, %24' ü (n=61) lise mezunu, % 7' si (n=17) üniversite mezunudur. Astımlı olmayan çocukların annelerinin, % 47' si (n=58) ilkokul mezunu, % 18' i (n=23) ortaokul mezunu, % 29'u (n=36) lise mezunu, % 6' sı (n=8) üniversite mezunudur.

- Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve baba eğitim düzeyinin, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı

olmadığı bulunmuştur[  $F(4,366)=1,252$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, baba eğitim düzeyine; okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite üzeri eğitim düzeyine sahip babalara sahip çocukların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

- Astımlı çocukların anne yaşı dağılımı, % 41'i (n=102) 20-34 yaş arası, % 59'u (n=148) 35-49 yaş arasındadır. Astımlı olmayan çocukların anne yaşı dağılımı ise, % 32' si (n=40) 20-34 yaş arası, % 68' i (n=85) 35-49 yaş arasındadır.

- Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve anne yaşının, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur[  $F(1,371)=0,088$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, anne yaşına; annesi 20-34 yaş arası yada 35-49 yaş arası olanların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

- Astımlı çocukların baba yaşı dağılımı, % 20'si (n=49) 20-34 yaş arası, % 80'i (n=201) 35 yaş ve üzerindedir. Astımlı olmayan çocukların baba yaşı dağılımı ise, % 7' si (n=9) 20-34 yaş arası, % 93' ü (n=116) 35-49 yaş arasındadır.

- Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve baba yaşının, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur[  $F(1,371)=0,129$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, baba yaşına; babası 20-34 yaş arası yada 35 yaş ve üstü olanların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

- Astımlı çocukların annelerinin, %9' u (n=23) çalışmakta, %91'i (n=227) çalışmamaktadır. Astımlı olmayan çocukların annelerinin ise, %9' u (n=11) çalışmakta, %91' i (n=114) çalışmamaktadır.

- Hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve anne çalışma durumunun, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur[  $F(1,371)=0,193$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, annenin çalışma durumuna; annesi çalışan yada çalışmayanların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

• Astımlı çocukların babalarının, %10' u (n=24) memur olarak çalışmakta,% 54' ü (n=136) işçi olarak çalışmakta, % 36' sı (n=90) kendi işinde çalışmaktadır. Astımlı olmayan çocukların babalarının ise, %7' si (n=9) memur olarak çalışmakta,% 53' ü (n=66) işçi olarak çalışmakta, % 40' ı (n=50) kendi işinde çalışmaktadır.

• Sheffe testine göre işçi ve kendi işine sahip babaların ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İşçi babalara sahip çocukların ÇDÖ puanı kendi işinde çalışan babalara sahip çocukların ÇDÖ puanından daha fazladır.

• Ancak hastalık durumu (astımlı olma yada olmama) ve babanın mesleğinin, çocukların depresyon düzeyleri üzerindeki ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. [  $F(2,369)=1,708$  ,  $p>0,05$ ]. Başka bir anlatımla, astımlı olma ve olmamaya göre çocukların ÇDÖ ortalama puanlarının, babanın mesleğine; babası memur, işçi ve kendi işini yapan çocukların aynı test puanlarının ise hastalık durumuna göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır.

• Astımlı çocukların astım şiddetine göre, % 31'i (n=77) hafif şiddette, % 61'i (n=154) orta şiddette ve % 8'i (n=19) ağır şiddette astımlı olduğu saptanmıştır.

• Çocukların hafif şiddette astımlı, orta şiddette astımlı yada ağır şiddette olmaları, çocukların depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Hangi astım şiddetinin anlamlı bir farklılık yarattığını bulabilmek için post hoc analizi yapılmıştır. Sheffe testine göre hafif ve orta şiddetli astımlı çocukların ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hafif şiddetli astımlı çocukların ÇDÖ puanı orta şiddetli astımlı çocukların ÇDÖ puanından daha yüksektir. Ancak bu sonuç, hastalık şiddetinin çocukların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı etkisinin olmadığını göstermektedir.

• Astımlı çocukların astımlı olma süresi değişkenine göre, % 17 (n=43) 2 yıl, % 15 (n=37) 2-3 yıl , % 16 (n=40) 3-4 yıl ve %52 (n=130) 4 yıl ve üzeri olarak gruplanmıştır.

• Çocukların iki yıldır yada daha az süredir yada iki üç yıl arası süredir yada üç dört yıl arası süredir veya dört yıl veya daha uzun süredir astımlı olmaları, çocukların depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa yol açmıştır. Hangi astımlı olma süresinin anlamlı bir farklılık yarattığını bulabilmek için post hoc analizi yapılmıştır. Sheffe testine göre üç dört yıl arası ve dört yıl veya üstü

sürelerinin ÇDÖ ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. [F(3,246)=3,844 , p<0,05 ].

• Astımlı olan ve olmayan çocukların annelerinin anne depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. [ t= 7,158 , p<0,05 ]. Başka bir deyişle, astımlı olanların anne depresyon puanlarının astımlı olmayanların anne depresyon puanlarından daha büyük olduğu sonucuna varılmıştır.

• Annesi 20-34 yaş arası olan çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 12,02 ve annesi 35-49 yaş arası olan çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 12,76'dır. Bu iki grubun BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [ F(1,371)=2,860 , p>0,05]. Başka bir anlatımla, çocukların annelerinin 20-34 yaş arası yada 35-49 yaş arası olmalarının annelerinin depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır.

• Anne eğitim düzeyi okur yazar olanların BDÖ ortalama puanı 19, anne eğitim düzeyi ilkokul olanların BDÖ ortalama puanı 13,04, anne eğitim düzeyi ortaokul olanların BDÖ ortalama puanı 10,28, anne eğitim düzeyi lise olanların BDÖ ortalama puanı 11,95 ve anne eğitim düzeyi üniversite olanların BDÖ ortalama puanı 11'dir. Bu beş grubun BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [ F(4,366)=1,619 , p>0,05]. Başka bir anlatımla, annelerin okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeylerine sahip olmaları anne depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır.

• Sosyo-ekonomik düzeyi 0-600 TL olan ailelerin annelerinin BDÖ ortalama puanı 14,21, sosyo-ekonomik düzeyi 600-2000 TL olan ailelerin annelerinin BDÖ ortalama puanı 11,81 ve sosyo-ekonomik düzeyi 2000 TL ve üzeri olan ailelerin annelerinin BDÖ ortalama puanı 11,9'dur. Bu üç grubun BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [ F(2,369)=1,217 , p>0,05]. Başka bir anlatımla, annelerin 0-600 TL, 600-2000 TL yada 2000 TL ve üzeri sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerden gelmeleri, onların depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır.

• Tek çocuğa sahip olan annelerin BDÖ ortalama puanı 12,96, iki çocuğa sahip olan annelerin BDÖ ortalama puanı 12,09 ve üç yada daha fazla çocuğa sahip olan annelerin BDÖ ortalama puanı 13,33'dür. Bu üç grubun BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [ F(2,369)=1,140 , p>0,05].

Başka bir anlatımla, ailede çocuk sayısının bir, iki yada üç veya daha çok olması, annelerin depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır.

• Hafif şiddette astımlı çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 12,99, orta şiddette astımlı çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 14,5 ve ağır şiddette astımlı çocukların annelerinin BDÖ ortalama puanı 17,52'dir. Bu üç grubun BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Başka bir anlatımla, çocukların hafif şiddette astımlı, orta şiddette astımlı yada ağır şiddette olmaları, annelerinin anne depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır.



## KAYNAKLAR

1. Karaman, Ö.,. Pediatrik Astımda Tanı. [www.guncelpediatri.com/yazilar.asp](http://www.guncelpediatri.com/yazilar.asp) 2007.
2. Ones U, Akcay A, Tamay Z, et al. Rising trend of asthma prevalence among Turkish schoolchildren (ISAAC phases I and III). *Allergy* 2006; (Published article online: 17-Aug-2006 doi: 10.1111/j.1398-9995.2006.01145.x)
3. Ekşi, A. Giriş. A. Ekşi (Der.), Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü 1999: s. 1-2. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
4. Demore, M., Adams, C., Wilson, N., et al. 2005. Parenting Stress, Difficult Child Behavior, and Use Of Routines in Relation to Adherence in Pediatric Asthma. *Children's Health Care* 2005; 34 (4): 245-246.
5. Andreason NC, Endicott J, Spitzer RL: The family history method using diagnostic criteria. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 1229-1235.
6. Apter AJ, VanHoof TJ, Shernwing TE, et al. Assessing the quality of asthma care provided to medicaid patients entrolled in managed care organizations in Connecticut. *Annals Of Allergy, Asthma and Immunology* , 2001; 86(2): 211-218
7. Bar-Din M. Communication during pediatric emergency department visits for asthma the effect of patient education on outcomes, 2001.
8. Brown HM. All About Asthma and Allergy. The crowood press, Witshire, 1990.
9. Santee S, Read L, Little D, Lamfers P: Pediatric asthma case manegment program. [\\_www.proquest](http://www.proquest).

10. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute Revised 2002 NIH Publications No: 02-3659 .
11. Kıyan E, Erkan F. Akut Atak Tedavisi. *Galanos* 1998; 33-37.
12. Young NL, Foster AM, Parkin PC, et al. Assessing the efficacy of a school-based asthma education program for children: A pilot study. *Canadian a Journal of Public Health* 2001; 92 (1)\_<http://proquest.pqdweb>.
13. Anlar, Y. Çağdaş Toplumlarda Daha Sık Görülen Bir Hastalık Astım. *Çocuk Çocuk Aylık Anne Baba Eğitimci Dergisi* 2002; 1(13): 8.
14. Kaya Z, Erkan F. To Follow Up Asthma amd The Process of The Disease. *J Int Med Sci* 2005; 1 (41): 42-45.
15. Kurt E. Epidemiology of Asthma. *J Int Med Sci* 2005; 1 (41): 1-6.
16. Weiss ST: Asthma Epidemiology risk factors and natural history in: Bierman CW. Peartman DS(eds). *Allergy, asthma, and immunology from infancy adulthood*. W.B.Saunders. Company, Philadelphia 1995; 6th ed.p.472-484.
17. Joseph CLM, Foxman B, Leiky FE, et al: Prevalans of possible and associated morbidity among urban schoolchildren. *J Pediatr* 1996; 129: 735-742.
18. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjuntivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998; 351:1232-1255.
19. Foucard T. Is prevention of allergy and asthma possible.*Acta Paediatr* 2000; 89 (supply 434): 71-75.
20. Peat JK, Toelle BG, Melis CM. Problems and possibilities in understanding the natural history of asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 106: 144-152.
21. Thompson V S. Diagnosis and managment of asthma in pediatric patients. *Home Care Provider* 1999:4.
22. Warner JO, Jackson WF. *Paediatric Allergy , Asthma and Other Allergic Disorder of the Lung*. Schering-Plough International, England, 1994.
23. Anderson HR, Bailey PA, Cooper JS, et al: Morbidity and school absence caused by asthma and wheezing illness.*Archives of Disease in Childhood* 1983; 58: 777-784.
24. Flegal C (Project Director). *Confronting asthma in California's Latino communities, Latino Issues Forum*.W.B. Saunders Company \_ [http/ Ebsco](http://Ebsco).



25. Demirsoy S(ed). Çocuk Hastalıklarında Pratik Uygulamalar, Nobel Kitabevi, Ankara, 2000.
26. Liu AH, Spahn JD, Leung DYM. Childhood Asthma. In Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics, 17th edition. Unites States of America: WB Saunders Company 2004: p 760-774.
27. Akcakaya N, Kulak K, Hassanzade A, et al. Latex allergy the incidence among Turkish children with atopic disease and with neural tube defects. Allergol Immunopathol 1999; 27: 141-144.
28. Guidelines for the diagnosis and management of asthma: update on selected topics, 2002: National Asthma Education and Prevention Program , National Instutues of Health, J Allergy Clin Immunol 2002;141.
29. Global strategy for asthma management and prevention. National Instutues of Health. NIH publication no: 02-3659, 2005.
30. Çelik, G.E., Mısırlıgil, Z. Astım. Z. Mısırlıgil (Der.). Alerjik Hastalıklar 2004; (1.Baskı): s. 170. Ankara: Antıp A.S. Yayınları.
31. Akçakaya, N. Alerjik Hastalıklar. T. Onat (Der.), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 1996; 1: s.411. İstanbul : Eksen Yayınları.
32. Definition of Atopy 2007. [www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey](http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey).
33. Martinez, F. D. Viruses and Atopic Sensitization in the First Years Of Life. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2000;162 (3): s.95.
34. Laprice, C., Boulet, L. P. Asymtomatic Airway Hyperresponsiveness: a three year follow up. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 1997;156 (2): 403-409.
35. Postma, D.S., Bleecker, E.R., Amelung P.J.,et al. Genetic Susceptibility to Asthma-Bronchial Hyperresponsiveness Coinherited with a Major Gene for Atopy. North England Journal of Medicine 1995; 333 (14): 894-900.
36. AstımBronşiale. 2006. <http://www.kadikoysifa.com/sifalibilgi.asp?id=%7B0A915DF0E5%7D%7CBE4A878DDB19F4B5B4C03E%7D> adresinden elde edilmiştir.
37. Astım (t.y.).<http://www.hemsirelersitesi.com/astimm.htm>. adresinden elde edilmiştir.
38. Fişenk, F. (t.y.) Allerji. <http://larahospital.com/allerji.htm>. Web adresinden elde edilmiştir.

39. Akçay, A. (t.y.) Astım. <http://www.cocukallerji.com/icerik/Ast%C4%B1m.doc>. Web adresinden edinilmiştir.
40. Gaz Zehirlenmesi Hava Kirliliği (t.y.). [www.draligus.com/3366-gaz-zehirlenmesi-hava](http://www.draligus.com/3366-gaz-zehirlenmesi-hava-kirliligi.html) kirliligi. html. Web adresinden edinilmiştir.
41. Yeni Astım İlacına Doğru. Bilim Ve Teknik Dergisi 2006; 461: 14.
42. Astımda Yeni Bir Sorumlu. Bilim Ve Teknik Dergisi 2007; 470: 9.
43. Cokugras H, Akcakaya N, Seckin A , et al. Ultrastructural examination of bronchial biopsy specimens from children with moderate asthma. Thorax. 2001 Jan; 56 (1): 25-29.
44. Martinez FD. Development of wheezing disorders and asthma in preschool children Pediatrics. 2002 Feb; 109 (2 Suppl):362-367.
45. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates. N. Engl. J. Med. 1995 Jan 19; 332 (3):133-138.
46. Higlits of the Expert Panel Report 2. Gudelines for the Diagnosis and Management of Asthma National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute Publication. February 1997.
47. Warner JO. The role of leukotriene receptor antogonist in the treatment of choronic asthma in childhood. Allergy 2001; 56 (suppl 66): 22-29.
48. Global Initiative for asthma Pocket guide for asthma management and preventaion NIH publication NO: 96. Bethesda MD: National Institutes of Health, 1998.
49. Bisgaard H. Effect of long-acting beta2 agonists on exacerbation rates of asthma in children. Pediatr Pulmonol 2003;36:391-398.
50. Pauwels RA, Pedersen, Busse WW, et al. Early intervention with budesonide in mild persistent asthma: a randomised, double-blind trial. Lancet 2003;361:1071-1076.
51. Adams NP, Bestall JB, Malouf R, et al. Inhaled beclomethasone versus placebo for chronic asthma. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD002738.
52. Lemanske RF, Jr., Sorkness CA, Mauer EA, et al. Inhaled corticosteroid reduction and elimination in patients with persistent asthma receiving salmeterol: a randomized controlled trial. JAMA 2001;285:2594-2603.

53. Stoloff SW, Stempel DA, Meyer J, et al. Improved refill persistence with fluticasone propionate and salmeterol in a single inhaler compared with other controller therapies. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:245-251.
54. Kalyoncu F. Bronş Astması. *Solunum Hastalıkları, Temel Yaklaşım*, Ed. Barış İ. Y. Ankara, 1995;126-145.
55. Yılmaz G. Astımda bronkodilatator tedavi. *Klinik Gelişim* 1996.
56. Latinen LA, Latinen A. Inhaled Corticosteroid treatment for asthma. *Allergy Proc* 1995;(2):63-6.
57. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, et al. Clinical management of asthma in 1999: The Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) Study. *Eur Respir J* 2000; 16:802-807.
58. Strachan DP. Defining unmet need: relationship between asthma symptoms, asthma related disability, and level of treatment in a nationwide interview survey. *Asthma* 2000; 5:137-140.
59. Köroğlu, Ertuğrul. *Psikonozoloji: Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri* 2004: s. 253-283. Hekimler Yayın Birliği. Ankara.
60. Duran, Alaattin. *Psikiyatrik Belirtiler: Cerrahpaşa Psikiyatri (İlkay, Ertaç; Editör) İ.Ü. Yayın no: 4326, 2002: s. 100. İstanbul.*
61. Öztürk, M. Orhan. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 1997: s. 226, 232, 263. Hekimler Yayın Birliği, 7. Basım. Ankara.
62. Winnicott, D. W. *The Family and Individual Development*. Reprinted 1969, pp. 59-60. Tavistock Publications. London. England.
63. Göktürk, Ülkü. *Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluklar: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi (Polvan, Özgür; Editör) 2000: s. 102-104.*
64. Ekşi, A. *Pediatrinin Psikososyal Yönü*. T. Onat (Der.), *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları* 2 1996: s. 1075-1077.
65. Ekşi, A. *Fiziksel Hastalığı Olan Çocuk Ve Adolesanlara ve Hastanede Refakat Kalan Annelere Psikolojik Yaklaşım*. A. Ekşi (Der.), *Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü* 1999: s. 620-621.
66. Meadow, R., Newell, S. *Pediatric (E. Adal, T. Akçay, A. Akçay, E. S. Keleş, H. Kılıç, Çev.)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.
67. Adler, A. *Çocuk Eğitimi (K. Sıpal, Çev.) (3. Baskı)*. İstanbul: Cem Yayınevi, 2005.

68. Yazgan İnanç, B., Fiziksel Sakatlığı ve Kronik Hastalığı Olan Çocuklara ve Ailelerine Psikolojik Yaklaşım. A. Ekşi (Der.), Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü 1999: s. 641-642.
69. Gagnon, L.M., Pattern, S.B. Major Depression And Its Association With Long-Term Medical Conditions. The Canadian Journal of Psychiatry 2002; 47(2): pp.149-151.
70. Edwards, M., Davis, H. Counselling Childern with Cronic Medical Conditions. London: Brithish Pschological İety 1997.
71. Lavoie, K. L., Bacon, S. L., Barone, S., et al. What Is Worse for Asthma Control and Quality of Life. Depressive Disorders, Anxiety Disorders or Both?. Chest 130 (October) 2006: 1040-1045.
72. Goodwin RD, Pine DS. Respiratory disease and panic attacks among adults in the United States. Chest 2002; 122: 645-650.
73. Vila G, Nollet-Clemencon C, de Blic J et al. Prevelance of DSM IV anxiety and effective disorders in a pediatric population of asthmatic children and adolescents. J Affect Disord 2000; 58: 223-233.
74. Koltek M, Wilkes TC, AtkinsonM. The prevelance of posttraumatic stress disorder in an adolescent inpatient unit. Can J Psychiatry 1998;43:64-68.
75. Gustafsson Pa,Björkstein B,Kjellman M:Family dysfunction in asthma: a prospective study of illness development.The Journal of Pediatrics 1994; 125:493-498.
76. Mc Nichols KN,Williams HE,Alian J:Spectrum of asthma in children-III, Psychological and Social Components. Br Med J 1973; 4: 16-20.
77. Turgut Tİ, Yazıcı K. Astım ve Psikiyatri. In: Astım ve Eşlik Eden Durumlar. Karakaya G, Kalyoncu AF (Ed)Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara 2004:169-198.
78. Chung KF, O'Byrne PM. Pharmacological agents used to treat asthma. Eur Respir Mon 2003; 23: 339-375.
79. Jacobson JS, Mellins RB, Garfinkel R, et al. Asthma, body mass, gender, and Hispanic national origin among 517 preschool children in New York City. Allergy 2008 Jan; 63(1): 87-94.
80. Uyan AP, Gözükar A, Yesildal N. Prevalence of asthma and allergic disorders among children in Duzce, Turkey : ISAAC Phase One. The Int J Epidemiol 2003; 1(1).

81. Cunha SS, Pujades-Rodriguez M, Barreto ML, et al. Ecological study of socioeconomic indicators and prevalence of asthma in schoolchildren in urban Brazil. *BMC Public Health* 2007; 13(7) : 205.
82. Almqvist C, Worm M, Leynaert B. Impact of gender on asthma in childhood and adolescence: a GALEN review. *Allergy* 2008; 63(1) : 47–57.
83. Gözükara A. Düzce ili ve çevresinde çocukluk çağında astım prevalansı ve atopik hastalıkların taraması. Uzmanlık Tezi, Düzce: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2002.
84. Wong GW, Leung TF, Fok TF. ISAAC and risk factors for asthma in the Asia-Pacific. *Paediatr Respir Rev* 2004;5 Suppl A:163-169.
85. Mrazek DA, Klinnert MD, Mrazek P, et al: Early asthma onset:consideration of parenting issues. *J Am. Acad. Child Adole Psychiatry* 1991;30: 277-283.
86. Weintraub P,Wamboldt M.Z: Pediatric asthma and comorbid psychopathology: Is it due to nature? *Current Opinion in Psychiatry* 1995; 8:222-226.
87. Tousman.S. Asthma and depression. *American Academy of Allergy and Asthma Immunology. Allergy & Asthma Advocate: Winter* 2003.
88. Gaioni SJ, Fisher EB, Stunk RC: Identification and management of psychosocial factors in: Bierman CW. Peartman DS (eds). *Allergy, asthma, and immunology from infancy adulthood.W.B.Saunders.Company, Philadelphia* 1995; 256-267.
89. Kellerman J, Zeitzer L, Ellenberg H,et al:Psychological effects of illness in adolescence I.Anxiety, self-esteem, and perception of control. *The Journal of Pediatrics* 1980; 97: 126-131.
90. Güvercin, A. Depremzede Anneler ve Çocuklarının Depresyon Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü 2006.
91. Nelson, W. M., Politano, P. M., Finch, A. J., Wendel, N., y Mayhall, C. Children’s Depression Inventory: Normative data and utility with emotionall disturbed children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1987; 26 (1): 43-48.
92. Goldney, R. D., Ruffin, R., Fisher, L.J., et al. Asthma Symptoms Associated with Depression and Lower Quality of Life: A Population Survey. *Medical Journal of America* 2003; 178 (9): 437-441.

93. Weitzman M, Gortmaker S, Sobol A: Racial, social, and environmental risks for childhood asthma. *AJDC* 1990; 144: 1189-1194.
94. Kashani, J.H. R. O. McGee, S. E. Clarkson, J. C., et al. Depression in a sample of 9-year-old children, Prevalence and associated characteristics. *General Psychiatri* 1989; 40 (11):1217-1223.
95. Weissman, M.M., Wickramaratne, P.J., Nomura, Y., et al. Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163 (6): 1001-1008.
96. Janson, C., Björnsson, E., Hetta, J., et al. Anxiety and Depression in Relation to Respiratory Symptoms and Asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1994; 149(4): 930-934.
97. Oğuztürk, Ö., Ekici, A., Güliter, S., ve ark. Bronşial Astımlı Hastalarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3: 99-101.
98. Strunk RRC, Mrazek DA, Wolson Fuhrmann GS, et al: Physiologic and Psychological Characteristics Associated with deaths due to Asthma in Childhood. *JAMA* 1985; 254: 1193 -1198.
99. Shimoyama S., Hirakawa O., Yahiro K., et al. Health-Related Quality of Life and Caregiver Burden among Peritoneal Dialysis Patients and Their Family Caregivers in Japan, *Japan Perit Dial Int* 2003; 23(Supplement 2):200-205.
100. Baysal Z.B., Kronik Hastalıkların Çocuk ve Aile Üzerindeki Psikososyal Etkileri, *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993; 4:273-280.
101. Toros F., Tot S., Düzovalı Ö., Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, *Klinik Psikiyatri* 2002; 5:240-247.
102. Beckman, P. "Influence of selected child characteristics on stress in families of handicapped infants" *American Journal of Mental Deficiency* 1983; 2: 150-156.
103. Rimmerman, A., Duvdevany, I. "Coping resources of mothers of integrated preschoolers with developmental disabilities" *The British Journal of Developmental Disabilities* 1995; 1: 90-115.
104. Flynt, S., Wood, T. "Stress and coping of mothers of children with moderate mental retardation" *American Journal of Mental Retardation* 1989; 3: 278-283.
105. Quine, L., Pahl, J. "Stress and coping in mothers caring for a child with severe learning difficulties: A test of Lazarus's Transaction Model Of Coping" *Journal of Community and Applied Social Psychology* 1991; 1: 57-70.

106. Haveman, M., Berkum. G., Rene, R., et al. “Differences in service needs, time demand and caregiving burden among parents of persons with mental retardation across the life cycle” *Family Relations* 1997;16: 417-425.
107. Akkök, F., Askar, P., Karancı, A. “Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne Baba’lardaki Stresin Yordanması” *Özel Eğitim Dergisi* 1992; 2: 8-12.
108. Kirkham, M.A. “Two year follow-up of mothers of children with disabilities ” *Journal of Abnormal Psychology* 1993; 5: 50.
109. Dereli F., Okur S., Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi, *Yeni Tıp Dergisi* 2008; 25:164-168.



**EK-1: Astımlı Çocuk İçin Demografik Bilgi Formu**

1. Çocuğunuzun doğum tarihi?(gün/ay/yıl olarak yazınız)
2. Araştırmaya katılan çocuğunuzun cinsiyeti;  
 Kız  Erkek
3. Kaç çocuğunuz var?
4. Çocuğunuz ailede kaçınıcı çocuk?
5. Akraba evliliği var mı?
6. Oturduğunuz semt?
7. Eviniz kaç odalı?
8. Evdeki ısıtma sistemi?
9. Çocuğunuzun kendine ait odası var mı?
10. Araştırmaya katılan çocuğunuz ailede kaçınıcı çocuk?
11. Sosyal güvenceniz var mı? Varsa aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.  
a.SSK. b.Bağ-kur. c.Yeşil kart. d.Diğer.
12. Aile gelir düzeyiniz;  
 0-600 YTL  600-2000YTL  2000 YTL ve üstü
13. Annenin eğitim düzeyi;  
 Okur-yazar  
 İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu  
 Lise mezunu  
 Üniversite mezunu  
 Diğer...



14. Babanın eğitim düzeyi;
- Okur-yazar
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu
- Diğer...
15. Anne yaşı(yazınız)
16. Baba yaşı(yazınız)
17. Annenin varsa /mesleği;
18. Babanın varsa mesleği;
19. Anne-baba sigara içiyor mu?
20. Çocuğunuza konulan astım teşhisinin türü aşağıdakilerden hangisidir?
- Bronşial Astım
- Alerjik Astım
- Mevsimsel Astım
- Alerjik Olmayan Astım
- Spor/Egzersiz Kökenli Astım
- Gece Astımı
21. Çocuğunuza konulan astım teşhisinin şiddeti aşağıdakilerden hangisidir?
- Ağır
- Orta
- Hafif
22. Çocuğunuz ne zamandan beri astım problemi yaşıyor?
- 1 yıldan az  1-2 yıl arası  2-3 yıl arası  3-4 yıl arası  4 yıl ve üstü

23. Çocuğunuzun korku,endişe,heyecan,üzüntü,kızgınlık,panik gibi tepkiler astım atağının başlamasını kolaylaştırıyor mu?
24. Atak sırasında çocuğunuzda aşırı korku,heyecan,endişe gibi tepkiler oluyor mu?
25. Çocuğunuz hastalıktan öleceğini düşünüyor mu?
26. Çocuğunuz hastalığını aşırı abartıyor mu?
27. Çocuğunuz isteklerini yaptırmak için hastalığını kullanıyor mu?
28. Çocuğunuz ile aranızda bir problem var mı?
29. Çocuğunuzun size kızgın olduğunu hissettiğiniz oluyor mu?
30. Eşinizle aranızda bir problem var mı?
31. Anne-baba ayrı mı?
32. Çocuğunuzun hastalığının sebebini kendi yetersizliğiniz olarak mı görüyorsunuz?
33. Çocuğunuzun hastalığına aile büyüklerinden destek olan var mı?
34. Çocuğunuzun hastalığı sizde endişeye yol açıyor mu?

**EK-2: Astım Tanısı Olmayan Çocuk İçin Demografik Bilgi Formu**

1. Çocuğunuzun doğum tarihi?(gün/ay/yıl olarak yazınız)
2. Araştırmaya katılan çocuğunuzun cinsiyeti;  
 Kız  Erkek
3. Kaç çocuğunuz var?
4. Çocuğunuz ailede kaçınıcı çocuk?
5. Akraba evliliği var mı?
6. Oturduğunuz semt?
7. Eviniz kaç odalı?
8. Evdeki ısıtma sistemi?
9. Çocuğunuzun kendine ait odası var mı?
10. Araştırmaya katılan çocuğunuz ailede kaçınıcı çocuk?
11. Sosyal güvenceniz var mı?Varsa aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.  
a.SSK. b.Bağ-kur. c.Yeşil kart. d.Diğer.
12. Aile gelir düzeyiniz;  
 0-600 YTL  600-2000YTL  2000 YTL ve üstü
13. Annenin eğitim düzeyi;  
 Okur-yazar  
 İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu  
 Lise mezunu  
 Üniversite mezunu  
 Diğer...

14. Babanın eğitim düzeyi;

Okur-yazar

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Üniversite mezunu

Diğer...

15. Anne yaşı(yazınız)

16. Baba yaşı(yazınız)

17. Annenin varsa /mesleği;

18. Babanın varsa mesleği;

### **EK-3: Beck Depresyon Ölçeği (B D Ö)**

#### **AÇIKLAMA:**

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

**Adı Soyadı** : .....

**Cinsiyeti** : .....

**Yaşı** : .....

**A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

**B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

**C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

**D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

**E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

**G- 0. Kendimden memnunum.**

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

**H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

**I- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

**J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- K. 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sınırlı değilim.**
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
  2. Şimdi hep sinirliyim.
  3. Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.
- L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
  2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
  3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
  2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
  3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
  2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
  3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
  2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
  3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
  2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
  3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
  2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
  3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**S- 0. İştahım her zamanki gibi.**

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

**T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
  2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
  3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- Evet ..... Hayır .....

**U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.



#### **EK-4: Çocuk Depresyon Ölçeği**

**Ad-Soyad:**

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup içinden, bu gün de dahil olmak üzere, son iki haftadır yaşadıklarınızı en iyi şekilde tanımlayan cümleyi seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A** 0.Kendimi arada sırada üzgün hissederim  
1. Kendimi sık sık üzgün hissederim.  
2.Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B** 0.İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.  
1.İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.  
2.İşlerim yolunda gidecek.
- C** 0.İşlerimin çoğunu doğru yaparım.  
1.İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.  
2.Herşeyi yanlış yaparım.
- D** 0.Bir çok şeyden hoşlanırım.  
1.Bazı şeylerden hoşlanırım.  
2.Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E** 0.Her zaman kötü bir çocuğum.  
1.Çoğu zaman kötü bir çocuğum.  
2.Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F** 0.Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.  
1.Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.  
2.Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

- G** 0.Kendimden nefret ederim.  
1.Kendimi beğenmem.  
2.Kendimi beğenirim.
- H** 0.Bütün kötü şeyler benim hatam  
1.Kötü şeylerin bazıları benim hatam.  
2.Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I** 0.Kendimi öldürmeyi düşünmem.  
1.Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.  
2.Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ** 0.Her gün içimden ağlamak gelir.  
1.Bir çok günler içimden ağlamak gelir.  
2.Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J** 0.Her şey her zaman beni sıkır.  
1.Her şey sık sık beni sıkır.  
2.Her şey arada sırada beni sıkır.
- K** 0.İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.  
1.Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.  
2.Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L** 0.Her hangi bir şey hakkında karar veremem.  
1.Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.  
2.Her hangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M** 0.Güzel / yakışıklı sayılırım.  
1.Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.  
2.Çirkinim.

- N** 0.Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.  
1.Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.  
2.Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O** 0.Her gece uyumakta zorluk çekerim.  
1.Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim.  
2.Oldukça iyi uyurum.
- Ö** 0.Arada sırada kendimi yorgun hissederim.  
1.Bir çok gün kendimi yorgun hissederim.  
2.Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P** 0.Hemen her gün canım yemek yemek istemez.  
1.Çoğu gün canım yemek yemek istemez.  
2.Oldukça iyi yemek yerim.
- R** 0.Ağrı ve sızılardan endişe etmem.  
1.Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.  
2.Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S** 0.Kendimi yalnız hissetmem.  
1.Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.  
2.Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş** 0.Okuldan hiç hoşlanmam.  
1.Arada sırada okuldan hoşlanırım.  
2.Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T** 0.Birçok arkadaşım var.  
1.Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.  
2.Hiç arkadaşım yok.

- U** 0.Okul başarıım iyi.  
1.Okul başarıım eskisi kadar iyi değil.  
2.Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
- Ü** 0.Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.  
1.Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.  
2.Diğer çocuklar gibi iyiyim.
- V** 0.Kimse beni sevmez.  
1.Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.  
2.Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y** 0.Bana söyleneni genellikle yaparım.  
1.Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.  
2.Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z** 0.İnsanlarla iyi geçinirim.  
1.İnsanlarla sık sık kavga ederim.  
2.İnsanlarla her zaman kavga ederim.

## **EK-5: Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu**

### ***Sayın katılımcımız;***

Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğince yürütülmesi planlanan bu çalışmada yer almanız isteğinize bağlıdır. Çalışmayı reddetme çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu durum herhangi bir cezai durumuna veya tedaviniz için herhangi bir olumsuzluğa yol açmayacaktır.

Size yöneltilen sorular “**Astımlı Çocuk ve Anneleri İle Sağlıklı Çocuk ve Annelerinin Depresyon Seviyelerinin Karşılaştırılması**” adlı araştırmada bilgi almak amacıyla sorulmuştur. Bu bilgiler kesinlikle araştırmacıda kalacak, gizli tutulacak ve amacı dışında kullanılmayacaktır. Elde edilen sonuçlar hakkında bilgilendirileceksiniz. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayınlanacaktır. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır.

Çalışmamız hastane etik kurulundan izin alarak gerçekleştirilmektedir. Çalışma Dr. Müferet Ergüven gözetiminde Dr. Nilüfer Çetiner tarafından yürütülecektir.

Araştırmanın sağlıklı sonuçlanabilmesi için formda bulunan soruların size en uygun gelen seçeneğinin işaretlenmesi, seçeneği bulunmayan sorularda ise uygun bilgilerin boşluklara yazılması önem taşımaktadır. Araştırmaya sağlayacağınız katkıdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

### **(Katılımcının Hastanın Beyanı)**

Sayın Dr. Müferet Ergüven ve Dr Nilüfer Çetiner tarafından SB.Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde tıbbi bir araştırmanın yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Araştırma sonuçlarına eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerinin itinayla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “ katılımcı”(denek)olarak yer alma kararını aldım.Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Ebeveyn (Anne/Baba)

Adı,soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Görüşme tanığı

Adı soyadı, ünvanı:

İmza :

Velisi ile görüşen hekim

Adı soyadı, ünvanı:

İmza :