

756229

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PLANLI EĞİTİMİN ASTIMLI ÇOCUKLARIN HASTALIKLA
BAŞA ÇIKMALARINA VE AİLELERİNİN ÇOCUK YETİŞTİRME
TUTUMLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

Dilek ERGİN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Zeynep CONK

İZMİR

2004

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan : Prof. Dr. Zeynep Conk

(Danışman)

Üye : Doç. Dr. Zümrüt Başbakkal

Üye : Doç. Dr. Hasan Yüksel

Üye : Doç. Dr. Murat Demet

Üye : Yard. Doç. Dr. Bahire Bolşık

Doktora Tezinin Kabul Edildiği Tarih

30-11-2004

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında beni destekleyen değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Zeynep Conk' a,

Araştırmamın yürütülmesi sırasında önerilerini ve desteklerini gördüğüm Sayın Doç. Dr. Hasan Yüksel ve Doç. Dr. Murat Demet' e,

Tezimin istatistik aşamasında bana yardımcı olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Pınar Erbay Dünder' a ,

Araştırmamın her aşamasında desteğini gördüğüm Sayın Yrd. Doç. Dr. Dilek Özmen' e ,

Arş. Gör. Aynur Çakmakçı Çetinkaya, Arş. Gör. Nesrin Şen' e, Hemş. Zülfü Okkalı' ya,

Sevgili öğrencilerim Nilay Tok ve Melek Kayacı' ya ,

Her zaman yanımda olan aileme, özellikle babaanneme, sabırla boş zamanlarımı bekleyen oğlum Çağdaş' a teşekkür ediyorum.

DİLEK ERGİN

BÖLÜM – I

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Hipotezler	4
1.4. Sayıtlar	5
1.5. Araştırmanın Önemi	5
1.6. Sınırlamalar	6
1.7. Tanımlar	6
1.8. Genel Bilgiler	7
1.8.1. Astımda Epidemiyolojik Risk Faktörleri	9
1.8.2. Bronşiyal Astım Oluşmasında Rol Oynayan Etmenler	11
1.8.3. Astımı Alevlendiren Etmenler	12
1.8.4. Astım Sınıflandırması	12
1.8.5. Bronşiyal Astımda Belirti ve Bulgular	14
1.8.6. Çocukluk Çağı Astımında Koruyucu Tedavi Yaklaşımları	15
1.8.7. Astım Yönetimi	17
1.8.8. Astımlı Hastanın Sağlık Eğitimi	19
1.8.9. Kronik Hastalıklarla Başa Çıkma	22
1.8.10. Astımlı Çocuklarda Hemşirelik Yaklaşımı	24

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM	28
2.1. Araştırmanın Tipi.....	28
2.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Tarih.....	28
2.3. Araştırmanın Evreni	29
2.4. Araştırmanın Örneklemi	29
Tablo 1 : Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların, Belirgin Özelliklerine Göre Dağılımları	30
2.5. Veri Toplama Araçlarının Tanıtılması.....	33
Tablo 2. Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği, Ölçek Gruplarının Alfa Değerleri	34
Tablo 3. Araştırma Kapsamındaki Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeğindeki Maddelerin İlgili Ölçek Grup Toplam Puanı İle Korelasyonları (N : 60)	35
Tablo 4. Araştırma Kapsamındaki Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği, Ölçek Gruplarının Alfa Değerleri	37
Tablo 5. Araştırma Kapsamındaki Çocuklar İçin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğindeki Maddelerin İlgili Ölçek Grup Toplam Puanı İle Korelasyonları (N : 60)	39
2.6. Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri	41
2.7. Veri Toplama Yöntemi	42

2.8. Verilerin Analizi	43
2.9. Araştırma Etiği	44
2.10.Süre Ve Olanaklar	44

BÖLÜM III

BULGULAR

Tablo 3.1. Çocuklar ve Annelerinin Tanıtıcı Özellikleri	45
Tablo 3.2. Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği Puan Ortalamaları.....	54
Tablo 3.3. Çalışma Grubu Çocuklar İçin Hastalıkla Başa Çıkma Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Farkları İle Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	67

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1. Çocuklar ve Annelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	74
4.2. Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	81

4.3. Çalışma Grubu Çocuklar İçin Hastalıkla Başa Çıkma Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Farkları ile Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	88
---	----

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç.....	91
5.2. Öneriler	95

BÖLÜM VI

ÖZET	96
SUMMARY	99
KAYNAKÇA.....	101

EKLER

Ek I - Sosyo – Demografik Bilgi Formu

Ek II - Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği

Ek III - Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği

Ek IV - Eğitim Kitapçığı

Ek V – Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı

Ek VI - Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kararı

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	TABLO İSMİ	Sayfa No
Tablo 1 :	Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların, Belirgin Özelliklerine Göre Dağılımları	30
Tablo 2.	Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği, Ölçek Gruplarının Alfa Değerleri	34
Tablo 3.	Araştırma Kapsamındaki Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeğindeki Maddelerin İlgili Ölçek Grup Toplam Puanı ile Korelasyonları (N : 60)	35
Tablo 4.	Araştırma Kapsamındaki Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği, Ölçek Gruplarının Alfa Değerleri	37
Tablo 5.	Araştırma Kapsamındaki Çocuklar İçin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği, Ölçek Gruplarının Alfa Değerleri.....	39
Tablo6.	Astımlı Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	45
Tablo 7.	Annelerin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı	47
Tablo 8.	Astımı Tetikleyen Etmenler Göre Dağılımları	49
Tablo 9.	Çocukların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	51
Tablo 10.	Çalışma ve Kontrol Grubu Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları (Ön Uygulama	54
Tablo 11.	Çalışma ve Kontrol Grubu Ailelerde, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları (Ön Uygulama).....	56
Tablo 12.	Çalışma Grubu Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları	58

Tablo 13. Çalışma Gurubu Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları	60
Tablo 14. Kontrol Grubu Ön Uygulama ve Son Uygulama Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları	62
Tablo 15. Kontrol Grubu Ön Uygulama ve Son Uygulama Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları	64
Tablo 16. Çalışma Grubu Çocukların Eğitim Sonrası ve Kontrol Grubu (Son Uygulama) Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları	66
Tablo 17. Çalışma Grubu Çocukların Eğitim Sonrası ve Kontrol Grubu (Son Uygulama) Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları	68
Tablo 18. Çalışma Grubu Çocuklar İçin Hastalıkla Başa Çıkma Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Farkları ile Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılmasına Göre Dağılımları	69
Tablo 19. Çalışma Grubu Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinin Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Farkları ile Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılmasına Göre Dağılımları	71

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik No	GRAFİK İSMİ	SayfaNo
1	Çalışma ve Kontrol Grubu Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları (Ön Uygulama).....	53
2	Çalışma ve Kontrol Grubu Ailelerde, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları (Ön Uygulama).....	55
3	Çalışma Grubu Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları.....	57
4	Çalışma Gurubu Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları.....	59
5	Kontrol Grubu Ön Uygulama ve Son Uygulama Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları.....	61
6	Kontrol Grubu Ön Uygulama ve Son Uygulama Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları.....	63
7	Çalışma Grubu Çocukların Eğitim Sonrası ve Kontrol Grubu (Son Uygulama) Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları.....	65
8	Çalışma Grubu Çocukların Eğitim Sonrası ve Kontrol Grubu (Son Uygulama) Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları.....	67

BÖLÜM – I

GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Bronşiyal astım çeşitli uyaranların etkisi ile erken aşırı duyarlılık reaksiyonu sonucu bronşlarda meydana gelen ağır bronkospazm, mukoid sekresyon, dispne, öksürük, balgam çıkarma, hırıltılı solunum, solunum yollarının ödem ve enflamasyonu ile birlikte nöbetler halinde seyreden kronik bir hastalıktır.

Çocuklarda en sık görülen kronik akciğer hastalığı olan astım genel olarak % 1- 12 oranında görülmektedir ve yaklaşık olarak 2 milyon çocuğu etkilemektedir. Ülkemizde görülme sıklığının % 3.8 - 10 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Bu oran İngiltere’ de % 1.8 - 4.8, Amerika Birleşik Devletleri’nde % 4.9 - 12.1 arasındadır (6, 34,52,65).

Astımlı çocuğun günlük aktiviteleri ve sosyal yaşantısı nefes darlığı, wheezing, öksürük atakları nedeniyle kısıtlanır, hayal kırıklığı yaşar ve kendini diğer çocuklardan farklı hisseder. Yaşanan korku, stres, kızgınlık, endişe gibi duygular çocukların psikolojik uyumunu bozar.

Baysal’ın (1994) yaptığı çalışmada kronik hastalıklı çocuklarda depresyon (% 47), sağlıklı çocuklarda ise (% 4) bulunmuştur (9).

Ataklarla gelişen hastalıkta, psikososyal problemler, kortikosteroid dozunu azaltma, tedaviye uymama, sağlık bakımı ve ilaç yönetiminin yetersiz olması durumunda, morbidite ve hastaneye yatış sıklığı artar. Atakların zamanında fark edilmemesi ve uygun tedavi ve bakımın yapılmaması ölüme yol açabilir (61).

Akut hastalık çocuğun yaşamını belirli bir süre etkiler ve geçicidir. Kronik hastalıklar ise uzun süren bozukluklar olup çocuğun yaş ve bireysel özelliklerine göre değişik düzeylerde olumsuz etkiler oluşturur (21).

Çocuklar gelişimsel özellikleri gereği başa çıkmak zorunda kaldıkları pek çok fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle karşı karşıyadır. Bu duruma kronik hastalığın eklenmesi, durumu daha da karmaşık hale getirir. Kronik hastalığa psikososyal uyumda, problem çözmenin bir elemanı olan başa çıkma davranışlarının geliştirilmesi çok önemlidir (12, 63, 73).

Kronik hastalıklar, hastanın fonksiyonlarını yerine getirme kapasitesini tehdit eden, gözlenebilen değişikliklere neden olan, uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen ve genellikle tam tedavi edilemeyen hastalıklardır. Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü günümüzde sağlık sorunlarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Geçmişte kronik hastalıkların bireyler, aileler ve toplumlar üzerine olan etkileri göz ardı edilmiştir. Günümüzde, uzun süreli sağlık sorunlarının oluşturduğu masraflar ve onlar için ayrılması gereken bütçenin ne kadar büyük olduğunun farkına varılmıştır. Bu kişilerin çok fazla tıbbi ve tıbbi olmayan gereksinimleri bulunduğu anlaşılmıştır.

Kronik fiziksel hastalık tanısı konulan çocukta, hastalık yalnız vücut fonksiyonlarını bozmakla kalmaz, çocuğun duygusal ve zeka gelişimini olumsuz yönde etkiler. Aile içi ilişkilerdeki bozuklukların ve stresin artmasına ve ekonomik güçlüklerle neden olur (8, 54).

Ebeveynler çocuklarına kronik hastalık tanısı konulduğu zaman korku ve anksiyete yaşar.

Çocuğun kronik hastalığının evlilik ilişkileri üzerinde olumlu (çocuğun hastalığı bazı eşler arasında iletişimi ve duygusal yakınlığı artırması gibi) ve olumsuz (kronik hastalıklı çocuğun varlığı ebeveynin zaman, enerji ve mali kaynakları üzerine) etkileri vardır. Aynı zamanda ebeveynlerin, çocuğun hastalığından bir şekilde kendilerinin sorumlu olduğunu düşünerek suçluluk hissettikleri görülmektedir (61).

Astım tedavisinde amaç belirtilerin, kontrol altına alınması, atakların önlenmesi, normal akciğer fonksiyonlarının ve fiziksel aktivitelerin sürdürülmesi, astım tedavisine bağlı yan etkilerin azaltılmasıdır. Tedavide belirlenen amaçlara ulaşıldığında atakların şiddeti, sıklığı ve hastaneye yatış azalır. Kronik bir hastalık olması nedeniyle çocuk ve ailenin tedaviye katılımı önemlidir. Çocuğun ve ailenin hastalığa uyumu sağlanırsa, tedaviye daha iyi yanıt alınır, daha az ilaç kullanır ve hastane başvuruları azalır (12).

Astımlı çocukların hemşirelik yaklaşımının en önemli kısmı, kendi kendine bakım programları içerisinde, çocuk ve ailesine hastalık ve bakımı ile ilgili prensiplerin öğretilmesi oluşturmaktadır. Öncelikle astımın çok sık görülen bir hastalık olduğu, hastalığın rahatsız edici olmasına karşın utanç verici olmadığı, stresin astım nöbetini başlatan en önemli nedenler arasında olabileceği, görülen belirtilere bireyin kendisinin değil hastalığın neden olduğu anlatılmalıdır (41).

Astım yalnız hekim tarafından tedavi edilebilecek bir hastalık değildir. Hekim, aile, öğretmen ve hemşirelerin işbirliğini gerektiren bir hastalıktır. Astım kontrolünde ailelerin astımı tetikleyen faktörler ile erken atak belirti ve bulgularını tanımaları, uygun tedavi seçeneklerini öğrenmeleri için eğitilmesi zorunludur. Astım tedavisinde koruyucu tedavi gerektiği halde sağlık ekibi atak tedavisi ve ataklarda acil müdahalede daha çok rol almaktadır. Oysa astım ataklarında tedavi pahalı ve tehlikelidir. Hemşireler temel rollerinden biri olan eğitici rolleri ile bu hizmeti ailelere verebilirler (1,30).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Astım gibi kronik fiziksel hastalıklarda hastalığın akut alevlenmesi durumunda tüm yaşamın çocuğun hastalığı üzerinde odaklanması sonucu çocuk ve ailede endişe gelişir ve bu durum aile tutumunda belirgin değişimlere neden olur.

Çocukların astım belirtilerinin kontrol altına alınması, atakların önlenmesi, normal fiziksel aktivitelerin sürdürülmesi, astım tedavisine bağlı yan etkilerin azaltılması gerekmektedir. Kronik bir hastalık olması nedeniyle çocuk ve ailenin hastalığa uyumu sağlanırsa, tedaviye daha iyi yanıt alınır, daha az ilaç kullanır ve hastane başvuruları azalır.

Araştırmanın amacı; astımı olan çocukların ailelerinin kendi çocuklarının hastalıkları ile başa çıkma davranışları ve hastalıkla başa çıkmada aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu üzerinde ailelere verilen eğitim etkinliğinin incelenmesidir.

1.3. HİPOTEZLER

1 - Astımlı çocukların ailelerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası Hastalıkla Başa Çıkma Ölçeği alt grupları (yeterlik ve iyimserlik gelişimi, farklı olduğunu düşünme ve içe kapanma, huzursuzluk karamsarlık aktivitelere katılmama, tedaviye uyum, destek arama) puan ortalamaları arasında fark vardır.

2 - Astımlı çocukların ailelerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği alt grupları (Aşırı Annelik – Aşırı Koruyuculuk Tutumu, Demokrasi ve Eşitlik Tutumu) puan ortalamaları arasında fark vardır.

3 – Eğitim verilen çalışma grubu ile Eğitim verilmeyen kontrol grubu aileler arasında Çocuklar İçin Hastalıkla Başa Çıkma Ölçeği ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği puan ortalamaları arasında fark vardır.

4 - Ebeveynler ve çocuklarına ait bazı sosyo – demografik özelliklerin (yaş, eğitim durumu, meslek, astım şiddeti) çocuğun hastalığı ile başa çıkmasında etkisi vardır.

1.4. SAYILTILAR

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, analiz yöntemleri, kullanılan araç ve gereçler, araştırmanın amaçlarını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

1. 5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Astım tanısı konulan çocukta hastalık yalnız vücut fonksiyonlarını bozmakla kalmaz, çocuğun duygusal gelişimini de olumsuz yönde etkiler (53) .

Ebeveynler çocuklarına kronik hastalık tanısı konulduğu zaman korku ve anksiyete yaşar. Şok, inanmama, suçluluk, öfke, depresyon gibi tepkiler gösterirler. Ailenin bu durumlarla başarılı bir şekilde baş edebilmesi için uygun başa çıkma davranışlarını seçmesi gerekir (21,23).

Baysal' ın (1994) kronik hastalıklı çocuklar ve aileleri isimli çalışmasında ailelerin % 33' ünde depresyon bulunmuştur (9).

Astım gibi kronik fiziksel hastalıklarda tüm yaşamın çocuğun hastalığı üzerinde odaklanması sonucu çocuk ve ailede endişe gelişir ve bu durum aile tutumunda belirgin değişimlere neden olur (61).

Ebeveynler çocukların hastalığı ile ilgili olumlu bir başa çıkma davranışı sergileyebilmeleri için, çocuğun özellikleri (yaş, kronik durumun şiddeti ve yapısı), dış desteklerin varlığı (aile dışındaki yardımcıları, yeterli eğitim ve tedavi programlarının varlığı), çocuğun durumu hakkında yeterli bilgiye sahip olmak, bir bozukluğun varolduğu bilincinde olmalı, yaşantısını çocuğun bakım ve tedavisini en iyi düzeyde sağlayacak şekilde düzenlemeli, çocuğun hastalığından oluşan endişe, korku ve öfke gibi umutsuz duygularını izole etmeli, çocuğun, kendisinin ve diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını dengeleyebilmek için olumlu savunma mekanizmalarını etkin bir şekilde kullanmayı öğrenmelidirler (21, 44, 46) .

1.6. SINIRLAMALAR

Araştırma kapsamına, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Solunum ve Alerji Bilim Dalı polikliniğine başvuran 5-15 yaş grubu çocuklar ve onların ailelerinden astım eğitim toplantısına katılmayı kabul edenler alınmıştır. Ancak fiziksel ve mental engelli çocuğa sahip aileler araştırmaya alınmamıştır.

1.7. TANIMLAR

ASTİM : Bronşiyal astım çeşitli uyaranların etkisi ile erken aşırı duyarlılık reaksiyonu sonucu bronşlarda meydana gelen ağır bronkospazm, mukoid sekresyon, dispne, öksürük, balgam çıkarma, hırıltılı solunum, solunum yollarının ödem ve enflamasyonu ile birlikte nöbetler halinde seyreden kronik bir hastalıktır.

KRONİK HASTALIK : Hastanın fonksiyonlarını yerine getirme kapasitesini tehdit eden, gözlenebilen değişikliklere neden olan, uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen ve genellikle tam tedavi edilemeyen hastalıklardır.

SAĞLIK EĞİTİMİ : Dünya Sağlık Örgütü sağlık eğitimini, bireylere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, sağlık hizmetlerini doğru kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevresini iyileştirmek amacıyla bireylere ve topluma karar aldirmek ve eyleme koymak olarak tanımlanmıştır.

BAŞA ÇIKMA : Kişinin stres kaynağı olarak algıladığı şeyleri idare edebilmek için gösterdiği çabalardan ve uyguladığı davranışlardan oluşur.

1.8. GENEL BİLGİLER

Astım eski çağlardan beri bilinen, her yaşta başlayabilmekle birlikte, çocuklukta en sık görülen ve hava yollarında uzun süreli, aşırı duyarlılığa neden olan, kronik hastalıklardan birisidir.

Kronik bir hastalık olması ve zaman zaman solunum güçlüğü atakları olması nedeniyle çocuklar sık sık hastaneye getirilmekte ve bazen de yatırılarak tedavi edilmeleri gerekmektedir. Astımda nöbetler çoğu zaman gece ve ansızın başlar. Bu durumda çocukların okula devamları azalmakta, oyun, eğlence ve spor aktivitelerini hatta; beslenme, uyku, hijyen gibi günlük gereksinimlerini yapamamaktadırlar. Ayrıca kronik hastalığa sahip olmanın psikolojik etkileri nedeniyle endişe yaşayabilmektedirler (8, 18, 28).

Bozkurt' un (2003) belirttiği gibi çocukların % 36' sında anksiyete, % 28' inde panik bozukluğu, % 8' inde post travmatik stres bozukluğu ve % 4' ünde ise depresyon bulunmuştur (12).

Astım hastalarının özellikle yılın üç ayında (ocak, mayıs, eylül) solunum yolları hastalıkları (soğuk algınlığı ve grip), alerjiye yol açan maddeler (ev içi ve ev dışı) ve ozon, karbon monoksit gibi çevreyi kirleten maddeler nedeniyle yüksek risk altında oldukları belirtilmektedir (6).

Astım insanlığın uzun yıllardan bu yana tanıdığı bir hastalıktır. Diğer belirtiler değişken olsa bile hastalığın değişmez belirtisi nefes darlığıdır. Hastalık hakkındaki ilk bilimsel inceleme 1190 yılında Maimondes tarafından yazılmıştır. Duygusal etmenlerin hastalığın gidişini etkilediği öne sürülmüştür. 1930' larda Rogerson astımlı çocukların çoğunun psikiyatrik belirtileri olduğunu gözlemiştir. Ayrıca hastalığın başlangıcında ailenin kaygısının kriz sıklığını arttırdığı, çocuğun ruhsal yapısının hastalığa uyumunu etkilediği ileri sürülmektedir. Astımlı çocukların ailelerinde ise değişkenlik, cesaretsizlik ya da aşırı kaygı durumu olduğu belirtilmektedir (3,11).

Epidemiyoloji

Astım bütün dünyada çocuklar arasında en sık görülen kronik hastalık olup, son yıllarda hızla artmaktadır. ABD’de 5-14 yaşındaki çocukların %7’sinin astımdan etkilendiği belirlenmiştir. 1980’den sonra astım prevalansının Amerika %160 arttığı tahmin edilmektedir. Artış nedenleri olarak kapalı alanlarda yaşama, tozlar, annenin sigara içmesi, erken çocuklukta sık solunum yolu enfeksiyonu geçirme, hava kirliliği ve diyetdeki değişiklikler tahmin edilmektedir. Görülme sıklığı genel olarak %1-12 arasında değişmektedir. Hastalık Avustralya, Yeni Zelanda, İngiltere, A.B.D., Venezüella, Fransa ve Singapur’da diğer ülkelere göre daha sık görülmektedir. Ülkemizde görülme sıklığının %3.8-10 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (14, 16, 32).

Kalyoncu’ nun (1996) çalışmasında belirtildiği gibi, yerli literatürdeki ilk bildiri 1966 - 1967 yıllarında Hacettepe Üniversitesinde yapılmış bir araştırmadır. Bu araştırma mektupla hastaneye davet edilen 6-13 yaş arası 1163 çocuk muayene edilmiş ve sonuçta çocukların %18.1’ inde astım bulunmuştur.

Trabzon’ da 1988 yılında bir ilkokuldaki 7-13 yaş arası 431 çocukta yapılan bir diğer araştırmada çocukların ailelerine uygulanan anket formu ve fizik muayene sonuçlarına göre, çocuklarda % 8.1 oranında astım saptanmıştır.

Ankara Seyranbağlar ilkokulunda 1992’ de yapılan araştırmada 1226 öğrencinin hepsine ebeveynleri tarafından doldurulmak üzere anket form çalışması uygulanmış çocuklarda %11.9 oranında astım bulunmuştur (38).

Astım süt çocuklarında nadir görülür. Başlangıç genellikle 3-8 yaşlarında, %80-90’ı 4-5 yaşından önce olur. Erkek çocuklarda kızlardan 2 kat fazla görülürken, ergenlik döneminde her iki cinste eşit orandadır. Küçük çocuklarda daha şiddetli seyrederek, 15-20 yaşlarda giderek

hafifler. Kentlerde kırsal kesime oranla daha fazla rastlanır. Astımlı çocukların %75'inin ailelerinde alerji öyküsü görülür. Ilıman ve nemli iklimlerde sık, yüksek rakımlı ve kuru iklimlerde daha az görülür. Kışın hava kirliliğinin artması, solunum yolu enfeksiyonlarının daha fazla olması, ilkbaharda ise polenlerin artması nedeniyle astım belirtileri artar (56).

1.8.1. ASTIMDA EPİDEMİYOLOJİK RİSK FAKTÖRLERİ

Genetik : Atopi, IgE cevabı ve astımla birlikteliği olan bazı genler gösterilmiştir. Resesif, dominant veya poligenik bir genetik geçiş sisteminin astımda rol aldığı düşünülmektedir. Aile öyküsünde, anne ya da babada veya onların kan bağı olan diğer kişilerde astım, alerji, besin alerjileri varsa, çocukta da alerjik hastalığın görülme olasılığı artmaktadır .

Alerji – Atopi : Alerjene duyarlanma, alerjik bir hastalık gelişimi için risk faktörüdür. Hayatın erken döneminde alerjene maruziyet, muhtemelen hayatın ilk yılındaki immunolojik duyarlılığa bağlı olarak, daha sonra spesifik hastalık gelişimi için kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Ev tozu akarları, hamam böceği, polen, hayvan epitel ve döküntüleri, hayatın erken döneminde duyarlanmaya yol açan önemli alerjen kaynaklardır (2, 17).

Prenatal - Perinatal Risk Faktörleri : Doğum ağırlığı ve anne yaşı gibi faktörler astım gelişimi ile ilgilidir. Genç annelerin bebeklerinde veya düşük doğum ağırlıklı çocuklarda astıma yakalanma şansının daha yüksek olduğuna dikkat çekilmektedir (2,17).

Anne Sütü ile Beslenme : Uzun süre anne sütü verme ve alerjiden uzaklaşma atopik hastalıkların ortaya çıkışını azaltabilir. Anne sütü verme ve annenin süt, yumurta, fıstık, balık gibi gıdalardan süt verme sırasında kaçınmasının atopik hastalıkların gelişmesini geciktirebileceği, atopik dermatit, ürtiker, gastrointestinal alerji gibi hastalıklarda azalma yapıp, astım ve alerjik rinit insidansını etkilemeyeceği gözlenmiştir. Anne sütü hayatın ilk birkaç ayında solunum yolu

enfeksiyonlarında azalma yapma yoluyla wheezing insidansını azaltmakta ancak daha sonra wheezing veya astım gelişimini etkilememektedir (2, 6,17)

Diyet : Yağ asitleri, antioksidanlar ve sodyum ile astım ve akciğer fonksiyonlarında azalma olduğu gösterilmekle birlikte tuz kısıtlamasının etkileri ispatlanamamıştır.

Viral Enfeksiyonlar : İnfantlarda wheezinge yol açan alt solunum yolu enfeksiyonlarının çoğu viral orijinlidir. Bu tür viral enfeksiyon gelişiminde sosyal ve egzojen risk faktörleri rol oynar. Bunlar arasında çocuğun kreşte bakılması, evde sigara içilmesi, toz, kalabalık, kardeş sayısı ve düşük sosyoekonomik durum sayılmaktadır (10, 56, 61).

İrk, Cins ve Sosyoekonomik Durum : 14 yaşından küçük çocuklarda astım insidansı erkek çocuklarda kız çocuklarının iki katıdır. Bu yüksek insidansın nedeni tam bilinmemekle birlikte erkeklerin düşük ekspiratuvar akım hızlarının olması, daha sık üst ve alt solunum yolu enfeksiyonu geçirmelerinin rolü üzerinde durulmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde, astım prevalansının siyah ırkta 2.5 kat fazla olduğu ortaya konulmuştur.

Sigara : Annenin sigara içiminin artmış wheezing veya diğer solunum sistemi yakınmaları ve hastaneye yatışla birlikte gittiği görülmüştür. Günde en az 1 paket sigara içen annelerin çocuklarında alt solunum sistemi semptomu gelişme riski 1.4 - 2.8 kat fazla bulunmuştur. Sigara dumanına pasif maruziyet ayrıca astım ciddiyetini artırıcı bir faktör olarak görünmektedir (22, 40, 49,71).

Hava Kirliliği : Dış ortam hava kirliliği, astım atakları ve hastaneye yatışlarla ilgili görünmektedir.

Yerleşim Yeri : Çocukluk astımının şehirlerde daha sık olduğu ancak yerleşim yerinin erişkin astım prevalansını etkilemediği gösterilmiştir (40, 48, 49).

1.8.2. BRONŞİYAL ASTIM OLUŞMASINDA ROL OYNAYAN ETMENLER

Astım olaylarının en sık nedeni, havada zerrecikler halinde bulunan bitki polenleri gibi maddelerin yaptığı aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Bunun dışında farklı bireylerde değişik derecelerde rol oynayan biyokimyasal, immunolojik, enfeksiyöz, endokrin ve psikolojik nedenler astım oluşumunda etkili olan diğer etmenlerdir.

Biyokimyasal etmenler : Duyarlı çocuklarda antijenik maddeler akciğer dokusundaki çeşitli hücreleri (mast hücreleri, bazofiller vb.) uyarırlar. Bu uyarı sonucu aşırı duyarlılık reaksiyonu başlar, hücrelerden histamin, SRS-A (anafilaksinin yavaş reaksiyon veren maddesi), ECF-A (anafilaksinin eozinofil kemotaktik faktörü) salgılanır. Histamin, kapiller damarlarda genişleme, mukozal glandlarda sekresyon artışı, düz kaslarda kasılma yapar (57 ,61).

İmmunolojik etmenler : Çocukluk çağı astımlarında alerjik oluşum oldukça büyük bir yer tutmaktadır. Dış çevredeki çok sayıda madde astım krizine neden olmaktadır. Bunlardan immun cevaba neden olan antijenik maddeler en önemlileridir. Astım gibi alerjik olaylarda yer alan antikorlar (immunglobulinler) özellikle deri ve mukoza membranlarında bulunan IgE ile mukozal sekresyonlarda bulunan IgA' dır.

Enfeksiyöz etmenler : Rinit, sinüzit ve solunum yollarının viral enfeksiyonları sıklıkla astım krizlerine neden olabilir. Bunlarla birlikte bazı mantar enfeksiyonları, bakteriyel enfeksiyonlar ve parazit enfeksiyonları da astım krizini başlatırlar.

Endokrin etmenler : Bazı çocuklarda premenstrüel dönemde astım şiddetlenirken, bazı çocuklarda puberte döneminde iyileşebilir. Astımda rol oynayan endokrin faktörlerle ilgili pek az şey bilinmektedir.

Psikolojik etmenler : Endişe , korku, stres, heyecan gibi duyguların da astımda görülen belirtilerin ortaya çıkmasında rolü olduğu kabul edilmektedir (41, 47, 53, 55).

1.8.3. ASTIMI ALEVLENDİREN ETMENLER

A - Alerjenler

- 1- Ev tozu akarları
- 2- Polenler
- 3- Küf mantarı sporları
- 4- Hayvansal alerjenler
- 5- Böcekler

B - Ev içi ve dışı hava kirliliği

C - Enfeksiyonlar

D - İlaçlar

F - Besinler

G - Gastroözofageal reflü

H - Duygusal etkenlerdir (35).

1.8.4. ASTIM SINIFLANDIRMASI

Astım etyolojiye veya klinik şiddetine ve havayolu obstrüksiyonunun düzeyine göre sınıflandırılır.

Etyolojiye dayalı sınıflandırmaya göre : Atopi, Ig E ve eozinofillerin çevresel alerjenlere karşı duyarlılığı ile oluşan ve genetik alt yapıyla ilişkili olan astım şekli eksrensek astımdır. Ev tozu, polenler, hayvan salgıları, duman, küf vb. faktörler etkilidir.

Bakteriyal ve viral enfeksiyonlar, soğuk hava ve emosyonel durumların etkili olduğu astım intrinsek astım olarak tanımlanır.

Eksrensek ve intrinsek etkenler birlikte etkili olduğunda mikst astımdan söz edilir (19, 34, 53).

Astım şiddetine göre sınıflandırma : Bu sınıflamada belirtiler, klinik durum, objektif ölçümler (Peak Ekspratuvar Flow = PEF) vb. bakılarak astımın şiddeti belirlenir. Bu sınıflandırma basamaksal tedavinin uygulanmasını da destekler. Buna göre astımın şiddeti arttıkça tedavi düzeyi de artar.

- 1- Hafif İntermittant Astım : Semptomlar haftada birden az, gece belirtileri ayda ikiden az, ataklar arası tamamen normal ve PEF % 80' küçüktür.
- 2- İntermittant Epizodik Astım : Atakların sıklığı 4-6 haftada birden azdır. Ağır egzersizden sonra hafif hışıltı olabilir. Ataklar arasında belirtiler görülmez ve akciğer fonksiyon testleri normaldir.
- 3- Orta Epizodik Astım : Ataklar daha sıktır. Orta derece egzersiz ile ortaya çıkan hışıltılar görülür. Egzersiz öncesi alınan β_2 - agonist ilaçlar ile hışıltılar önlenir. Ataklar arasındaki dönemde akciğer fonksiyon testleri normal veya normale yakındır. Profilaktik tedavi gerektirir.

- 4- Persistan Astım : Ataklar sıktır. Hafif egzersizle hışıltı gelişir. Gece semptomları vardır. Sabaha karşı göğüste sıkışma hissi nedeniyle haftada 3' den fazla β 2-agonist ilaçlara gereksinimi vardır. Profilaktik tedavi gerektirir (19, 53).

1.8.5. BRONŞİYAL ASTIMDA BELİRTİ VE BULGULAR

Bronşiyal astımın belirtileri çok değişiktir. Her astımlı çocuğun kendisine özgü olarak değişebilen belirti bulgu ve ağırlık derecesi olabilir (25).

Bronşiyal astımlı çocukta belirti ve bulgular başlangıçta hafif olup çocukta solunum süresinin kısılması, akut solunum zorluğu ile başlayarak wheezing ile birlikte gittikçe ağırlaşan kronik semptomlar görülebilir. Kriz başlangıcı yavaş yavaş olabileceği gibi ani de olabilir (24, 27).

Astımlı çocuklarda krizin ön belirtileri olabilir. Çene de, boyunun ön kısmı veya göğüste krizden önce bölgesel bir kaşıntı ile birlikte öksürük nöbeti görülebilir. Wheezing genellikle burun akıntısı ve hışırmadan bir gün sonra belirir, birkaç saat veya birkaç gün sürebilir. Astım krizi biriken sekresyon ve bronş ödeminin neden olduğu tahriş edici, kaba, geceleri artan öksürükle başlar. Sekresyonun bollaşması ile öksürük tizleşir, yapışkan, açık saydam, köpüklü, inatçı balgam halini alır. Bronşlarda spazm ve mukoza ödemi ile daralmış olan bronş lümeni kolayca tıkanabilir. Çocuğun solunumu sıklaşır, daha derin solumaya çalışır. Böylece ekspiratuar faz uzar ve buna duyulabilir wheezing eşlik eder (1, 2).

Genellikle çocuğun rengi soluktur. Fakat kulaklarında kırmızılık ve yanaklarında kızarıklık vardır. Zamanla siyanoz ilerlerse tırnak ve özellikle dudaklarda ağız etrafında ciltte siyanoz görülebilir. Çocuk yorgun huzursuz ve endişelidir. Kriz ilerledikçe terleme gözle görülebilir.

Kronik astımlı çocuklarda mukozada kalınlaşma, bronş kaslarında mukoza bezlerinde hipertrofi, kronik amfizem gelişebilir. Tekrarlayan hastalık sonucunda çocukta fiçi göğüs meydana gelir ve bu durum kalıcı olabilir. Çocuğun yüzü tipik bir görünüm alır. Çok şiddetli ve uzun süren astım eğer tedaviye cevap vermezse ölümle sonuçlanabilir (2, 6).

1.8.6. ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIMINDA KORUYUCU TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

a) Astımın Ortaya Çıkışının Önlenmesi

Birincil Önleme

Çocukluk çağında astım tedavisinin en önde gelen ve en önemli amaçlarından biri astımın ortaya çıkmasını önlemek olmalıdır. Astımın genetik eğilimlerinin ve çevresel faktörlerin birlikteliği sonucu ortaya çıkan bir hastalık olduğu bilinmektedir. Astım ile ilişkili olduğu düşünülen genetik bilgiler üzerinde yapılan çalışmaların kesin bir başarıya ulaşmamış olması, çocuklarda astım gelişmesinin önlenmesi ile ilgili çabaları, çevresel faktörler ve yaşam tarzının kontrolü üzerinde yoğunlaştırmıştır. Bu önlemlerin özellikle astım gelişmesi bakımından yüksek risk taşıyan anne ve babasının veya bunlardan birisinin atopik olduğu bebeklerde uygulanması önerilmektedir.

“Primer önleme stratejileri” olarak adlandırılan bu önlemler şunlardır :

Ev İçi Ortamı : Genetik bakımdan risk grubunu oluşturan bebeklerin ev içi alerjenlere erken dönemde ve yoğun olarak maruz kalmalarının astım prevalansında artma meydana getirdiği saptanmıştır. Bu alerjenler arasında en önemlileri ev tozu akarları, mantarlar ve kedi

köpek gibi hayvan kökenli olanlardır. Ev içi alerjenlerle karşılaşmanın azaltılması astımın önlenmesi için en yararlı ve gerekli önlem olarak görülmektedir (42, 55).

Çevik ve arkadaşlarının (2004) yaptığı araştırmada astımlı çocukların ailelerinin %53' ünün sigara içtiği, %55' inin evlerinde soba, %22' sinde duvardan duvara halı bulunduğu saptandı. Evlerin % 24' ünde hayvan, % 62' sinde çiçek beslediği saptanmıştır. Çocukların yataklarının % 41' inin yünlü olduğu ve %50' sinin bakkal gıdası kullandığı belirlenmiştir (22).

Sigara İçimi : Sigara içimi solunum yolu hastalıkları için bilinen en önemli önlenebilir risk faktörüdür. Anne babası veya bunlardan birisinin sigara kullanıyor olması çocuklarda astım riskini artırır. Çocukların soluduğu havadaki sigara dumanının ortadan kaldırılması astım gelişme riskini azaltacak önlemlerin başında gelir (17, 33).

Doğum Ağırlığı : Orantısız fetal büyüme (başın büyük, gövdenin küçük olması) ve sıklıkla beraber görülen düşük doğum ağırlığı (< 2500 g.) çocukluk çağı ve ergenlik döneminde astım gelişmesi için risk faktörü olabilir. Bunun mekanizması bilinmemekte ancak beslenme bozukluklarının veya viral etkenlerin immünolojik mekanizmalar üzerindeki olumsuz etkisi ile bağlantılı olabileceği ileri sürülmektedir.

Enfeksiyonlar : Çalışmalar tekrarlayan viral alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların ileriki yaşlarda astım gelişmesi için risk altında olduğunu göstermektedir.

Diyet : Yüksek riskli bebeklerde anne sütü ile uzun süreli besleme, katı gıdaların başlanmasının geciktirilmesi ve süt veren anne ve bebekte sık görülen besin alerjenlerinin (inek sütü, yumurta) eliminasyonu önerilmektedir. (17, 21, 36, 47).

Kalyoncu'nun (1996) belirttiği bir çalışmada Ankara Seyranbağlar ilkokulunda 1226 öğrencinin hepsine ebeveynleri tarafından doldurulmak üzere ayrıntılı bir anket formu dağıtılmış ve ailelerin 1036'sı (% 85'i) araştırmaya katılmayı kabul ederek formları doldurmuştur. Araştırmaya katılan çocukların %73.9'unun evinde en azından bir kişi sigara içmektedir. % 95.4'ünün bebeklerini değişen sürelerde emzirdiği; % 20.5'inin ailesinde atopik hastalık öyküsü, %7.9'unun evinde bir hayvanı olduğu ve ancak % 72.8'inin ailesinin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada çocuklarda astım oranının %11.9 olduğu bulunmuştur (38).

1.8.7. ASTIM YÖNETİMİ

Astım yönetimi, astımlı çocukların ve ailelerinin astım belirtilerinin gelişmesini önleyerek, günlük yaşam aktivitelerini kaliteli bir şekilde sürdürebilmelerini sağlamaktır. Bu amaçla, çocuk ve ebeveynine astım hakkında temel bilgiler verilir, hastalık belirtilerini ve astım atağını tanımaları sağlanır, hastalık belirtilerinin takibini ve ilaç tedavilerini, tedavi planları doğrultusunda kendi kendilerine yapmaları sağlanır. Astım yönetim programlarına aile ve okul hemşiresi dahil edilmelidir (43, 51, 62).

Astım yönetim programlarında ;

- Astım fizyolojisi yalın bir dille anlatılır.
- Astım ilaçlarının etki mekanizması, çocuğun tedavi dozu, zamanı ve kullanımını gösterilerek anlatılır ve uyumu sağlanır.
- Astımın belirli semptomları, semptomların başlangıçları, nasıl seyrettiği ve tetikleyiciler öğretilir.

- PEF metrenin doğru kullanımı, (nefes verme, okuma, kayıt etme gösterilir ve önemi anlatılır).
- Egzersiz ve egzersizin astımdaki rolü anlatılır.
- Astımın kötüleşmesine neden olan faktörler öğretilir.
- Evde, okulda astımı kötüleştiren faktörlerin kontrolü öğretilir.
- Astım günlüğü ve takip çizelgesinin nasıl tutulacağı ve önemi anlatılır (27, 28, 64).

Astım tedavi ilkeleri

- nöbet sıklığını ve şiddetini azaltmak,
- hastaneye başvuruyu azaltmak,
- normal yaşantıyı sürdürmek,
- solunum fonksiyonlarını korumak,
- büyüme gelişmenin etkilenmesini önlemek,
- ilaç yan etkilerinden korumak,
- aileyi eğitmektir.

Astım tedavisinde hastaların dikkat edeceği noktalar ise hastalığı başlatan etkenlerden kaçınmak, astım belirtilerini takip etmek, değişiklik olduğunda yapılması gerekenleri öğrenmek, ilaçları önerildiği şekilde doğru kullanmaktır (10, 27).

Astımın giderek artan mortalite ve morbidite oranı çocuk sağlığı çalışanları için en büyük endişe kaynağıdır. Astım, çocuğun fiziksel sağlık durumunu etkiler. Aynı zamanda okulla ilgili sorunlara ve kişiler arası ilişkiler, aile içi aktiviteler, başa çıkma ve özgüvende yetersizliğe neden olabilir. Günümüzde astımlı çocukların evde yönetimi ve ayaktan tedavi olanağı artmıştır.

Amerikan Alerji, Astım ve İmmünoloji Akademisi 1999' da yayınladığı raporda astımın yönetimini standardize eden ilkeleri belirlemiştir.

Bunlar :

1. Tanılama ve düzenli izlem
2. Çevresel kontrol
3. İlaç tedavisi
4. Çocuk aile ve diğer bakım vericilerin eğitimidir.

Bu plan hasta ile sağlık bakımını sağlayanlar arasında aktif birlikteliği sağlayarak astım öz - yönetiminde başarıyı yükselten bir yaklaşımdır. Bakımda aktif katılım anlama yeteneği olan hasta / ailenin eğitimini gerektirir (13,15, 26, 62).

Pediatric hemşireleri rutin sağlam çocuk bakımında veya astım alevlenmelerinde astımlı çocuklarla sıkı bir iletişim kurar. Astım eğitimi bu ziyaretlerde önemli bir aşamadır. Bilgilendirme, çocuklar ve ailelerine yetki vererek astım ile yaşamayı öğrenmelerine yardım eder. Astımlı çocukların aileleri (anneleri, babaları, kardeşleri vb.) astım yönetimine aktif katılır. Çünkü astım kronik bir hastalıktır ve çocuğun yaşamında erken dönemde meydana gelir. Hemşireler astım öz-yönetim becerilerini öğretirken, ilerde karşılaşılabilecek sorunları içine alan rehber ilkeleri kullanabilir (46, 68).

1.8.8. ASTIMLI HASTANIN SAĞLIK EĞİTİMİ

Günümüzde toplumun sağlıklı yaşam isteğinin artması, kronik hastalıklarda kaliteli bir yaşamın sürdürülmesi beklentisi gündeme gelmiştir. Bunun için sağlık eğitimi yoluyla bireyin, ailenin ve toplumun bilinçlendirilmesi ve daha fazla sorumluluk almaları önerilmektedir (4, 18).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık eğitimini, bireylere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, sağlık hizmetlerini doğru kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevresini iyileştirmek amacıyla bireylere ve topluma karar aldirmek ve eyleme koymak olarak tanımlanmıştır.

Sağlık eğitiminin amacı,

- sağlıklı / hasta bireyi, aile ve toplumu bilgilendirmek,
- bireyin sağlığına yönelik bilgi sağlamak,
- bireyin sağlıkla ilgili değerlerini ve duygularını ortaya çıkarmak,
- sağlıkla ilgili karar almak, sağlıklı kaliteli yaşam biçimi oluşturacak davranışları

desteklemek, mutlu ve üretken toplum oluşturmak,

- sağlığı, bireylerin potansiyelleri doğrultusunda geliştirmek,
- bireyin optimum sağlık ve bağımsızlık kazanmasına yardım etmek,
- bireyin evde sağlık bakımını sürdürmek,
- bireyin geleceğe yönelik kararlar almasını sağlamak,
- bakım kalitesini yükseltmek,
- sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmaktır.

Sağlık eğitimi, astımlı çocuk ve ailelerine hastalıklarını ve yaşantılarını yönetme sorumluluğu kazandırır. Çocuk ve ailenin tedavide aktif rol alması tedavinin başarısını artırır. Sağlık eğitimi yapılırken, eğitime katılanların hedefleri, beklentileri ve yaşanan güçlükler saptanmalıdır.

İlaçlarla ilgili endişeler, farklı tedavi şekilleri (aşı vb.), yanlış inançlar ve korkular tedavinin başarısını olumsuz etkileyen faktörlerdir. Eğitimde tıbbi tedavinin yönetimine geniş yer verilmelidir (4, 29, 33).

Hasta eğitiminin amacı çocuk ve ailenin astımla yaşamayı öğrenmesidir. Hasta hastalığını inkar eder ve tedaviye katılmaz ise prognoz kötüye gider. Ailenin tedaviye katılımında tedavi ekibi - aile işbirliği ilk koşuldur. Astımı kontrol altında tutmak için yapılması gerekenler aileye öğretilirse astım ataklarının sıklığı azalır ve normal yaşam sürdürülür. Eğitimde çocuk, aile ve tedavi ekibinin işbirliğinin önemi önceden vurgulanmalıdır. Eğitilmiş hastalar kendini koruyabilir ve tedavi programına daha iyi uyum sağlayabilir (7, 56).

Astım eğitim programında başarı için iki ön koşulun sağlanması gerekir:

A - Astım tedavisinde sağlık ekibi ve aile arasında işbirliği olması: Bu durum ailenin çocuğun şikayetleri üzerinde kontrolü olduğu duygusunu yaratarak, hastalıkla ilgili korkularını azaltır. Böylece astım atakları azalır.

B - Tedavi planının bireysel olması: Eğitim içeriğinin de bireysel olmasını gerektirir. Tedavi planı oluştururken çocuğun ve ailenin yaşam tarzının farklı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Astım eğitimi çocuk ve ailenin kendi-kendini yönetmesi esasına dayandırılır. Çocuğun astım belirtilerinin üstesinden gelebilmesi ve önerilen planı uygulayabilmesi için ailenin tümünün ortak çaba göstermesi gerekir. Astım yönetimi eğitimi düzenli ve sistematik bir yol izler. Hastalıkla ilgili yanlış inançları düzeltme ve kendini koruma algısını arttırmayı hedefler. Amaç bireyin sadece belirtilere tepki göstermesi yerine, astımdan korunmayı alışkanlık haline getirmesi, evdeki ortamını ve çevresiyle etkileşimini düzenleyecek değişimleri sağlamasıdır. Çocukların astımları ile başa çıkmalarında dört temel yaklaşım ön görülmektedir:

- 1 - Astım belirtilerinden kaçınma
- 2 - Astımı kabullenme
- 3 - Astıma uyum gösterme
- 4 - Astımı tedavi etmeyi öğrenmedir (7 , 12 , 29).

Uluslar arası uzlaşı raporuna göre, hastalara gruplar halinde sağlık eğitimi verilmesinin hastanın tedavi yeteneğini artırdığı, morbiditeyi ve acil birime başvuruyu azalttığı bildirilmiştir (64).

Amerika Astım Derneği astımlı hastaların sağlık bakım yaklaşımlarını değerlendiren, tedavilerini geliştiren, astım insidansını düşürmek için yapılması gerekenleri araştıran, sosyo - ekonomik düzeyi düşük gruplarda astım morbidite ve mortalitesini azaltmak için astım eğitimiyle ilgili araştırmalar yapmakta ve destek vermektedir. Amerika Astım Derneğinin 2010 yılına kadar astımlı çocuklar için ulaşmak istediği hedefler:

- Astımdan ölümleri azaltma
- Astımdan hastaneye başvuruları azaltma
- Astımdan acil servise başvuruları azaltma
- Astımlılarda aktivite kısıtlılığını azaltma
- Astımlılarda iş ve okul devamsızlıklarını azaltma
- Aileler ve astımlı bireyler için yaşam kalitesi ölçekleri geliştirme
- Ulusal astım eğitim ve koruma programına göre astımlı kişilere yapılan eğitimleri geliştirme
- Her okulda astımlı öğrenciler için en az bir okul hemşiresi bulundurmaktır (10, 38).

1.8.9. KRONİK HASTALIKLARLA BAŞA ÇIKMA

Kişinin kaynaklarını aşan, iyilik halini tehlikeye sokan veya sokacağı tahmin edilen kişi - çevre ilişkisinin bir sonucu olarak stres ortaya çıkar. Başa çıkma; kişinin stres kaynağı olarak algıladığı şeyleri idare edebilmek için gösterdiği çabalardan ve uyguladığı davranışlardan oluşur.

Savaşer ' in (1995) de belirttiği gibi başa çıkma ile ilgili birçok tanımlama yapılmıştır .

Bunlar:

- Kişinin kaynaklarını aşan istekleri kontrol edebilmek için sürekli değişen kavramsal ve davranışsal çabalar olup sorunla karşı karşıya gelme ve reaksiyon gösterme arasında ortaya çıkan durumdur.
- Stres yaratan ve yaratabilecek sorunların, isteklerin azaltılması veya düzenlenmesidir.
- Bireylerin tehlikeli bir durumla karşılaştıkları zaman gösterdikleri problem çözme çabalarıdır (61).

Çocuklar yeni bir durumla karşılaştığı zaman, öğrenme ve deneme yolu ile başa çıkma süreci de başlamaktadır. Ancak çocuklar tarafından kullanılan başa çıkma davranışları çocuğun yaşına ve kavramsal gelişim düzeyine göre değişir. Örneğin, küçük çocuklar parmak emme, ağlama, tanıdık kişi ve nesnelere sarılma gibi başa çıkma davranışlarını sergileyebilirler (5, 20, 37, 42, 72).

Problem çözmenin bir elemanı olan başa çıkma çabaları, bazen olumlu bazen de olumsuz olabilir.

Kronik hastalığı olan her çocuk hastalığını düzene sokabilmek için başa çıkma çabaları geliştirir. Çalışmalar çocukların hastalıkları ile başa çıkmalarında:

- Çocuğun gelişim düzeyinin,
- Uygun başa çıkma tekniklerinin kullanılmasının,
- Geçmişteki başa çıkma deneyimlerinin,
- Anne - baba - çocuk - kardeş ilişkisinin niteliğinin,
- Ailenin çocuğun durumunu kabullenmesinin etken olduğunu göstermektedir (50, 54, 61).

Çocuktaki kronik hastalık ailenin tutumunu da etkileyebilir. Her ne kadar aile tutumları kişilik özellikleri ve yaşam deneyimlerine bağlıysa da aileler normal olmayan bir durumla karşılaştıkları zaman duygularında ani ve kuvvetli değişiklik ortaya çıkabilir. Bu durum onları aşırı koruyucu ve kollayıcı bir tutuma itebilir.

Aşırı koruyucu ve kollayıcı tutumla yetiştirilen çocukların psiko-sosyal uyumları zorlaşmakta ve bu durum çocukların akran ilişkilerini olumsuz etkilemektedir (38).

Okul çağı çocukları artık hastalığın nedenini dışsal kabul etmekte, tedavinin amacının kendilerini iyileştirmek olduğunu anlamaktadır. Ancak kronik hastalığı olan çocuk bu dönemde de hastalıktan ikincil kazançlar elde edebilir. Bunun sonucu olarak çocukta her istediğini yaptırma, saldırganlık, tedaviyi reddetme eğilimi ve durumdan devamlı yakınma gibi davranışlar gösterebilir (36, 42).

Kronik hastalığı olan çocuk için okul çelişkiler yaratır. Tedaviler, hastaneye yatırımlar nedeniyle belirli aralarla okuldan uzaklaşan çocuğu arkadaşları farklı algılamaya başlar. Okul devamsızlığı söz konusudur. Tedavi için hastaneye yatmaları veya kontrole gitmeleri, hastalığın getirdiği fiziksel kısıtlamalar devamsızlık nedenleri arasındadır. Bozkurt (2003) de yaptıkları 106 astımlı çocuğu kapsayan araştırmasında okul devamsızlığını bir dönem içinde ortalama 4 ± 6.03 gün olarak belirlemişlerdir (12, 37).

1.8.10. ASTIMLI ÇOCUKLARDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Astımlı çocuklarda hemşirelik yaklaşımında amaç, semptomları düzeltmeye, tanı ve tedaviye yardımcı olmaya, çocuğun günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik olup hem acil hem de uzun süreli bakımı gerektirir (14, 16, 28).

Hastaneye akut astım atağı ile gelen çocuklar endişeli ve huzursuzdurlar. Çoğu zaman çocuklar Status Astmatikus'lu olarak hastaneye acil olarak gelirler. Çocuk sessiz, sakin, alerjenlerden ve enfekte kişilerden uzak temiz bir odaya yerleştirilmeli ve anne babası ile kalması sağlanarak yakından izlenmelidir. Yatakta yarı dik veya dik pozisyonda oturtulur.

Çocuğun solunum güçlüğüünün derecesini ve nöbet şiddetini belirlemek için gözlem yapılmalı ve değişiklikler rapor edilmelidir (34, 38).

Astımlı çocukların uzun süreli bakımında çocukla ilgilenen hemşireler çocuklara ve ailelerinin bu hastalıkla beraber yaşamayı öğrenmelerinde önemli rol oynarlar. Hastalık aile yaşamını, fiziksel aktiviteyi ve okula devamı etkilemezse ya da hastaneye yatmayı gerektirmezse hastalıkla daha kolay başa çıkılabilir.

Hemşireler astımın nedeninin ve derecesinin belirlenmesiyle de ilgilenmelidirler. Ailelere hastalığın durumu ve alerjenlerin varlığında bunlardan nasıl uzak kalınacağı ve astım krizlerini nasıl rahatlatacakları hakkında açıklamalar yapılmalıdır. Hemşire çocukta krize neden olabilecek yiyecekleri belirledikten sonra aileye çocuğun diyetinin planlanmasında yardımcı olmalıdır. Ayrıca hemşireler alerjenler tespit edilince nöbet yaratabilecek alerjenlerle çocuğun ilişkisini azaltacak biçimde çevreyi düzenlemeleri konusunda aileye yardımcı olmalıdırlar (15, 21).

Astımlı çocukların yaklaşık % 2-6' sında aspirine duyarlılık görüldüğü için hemşireler aileleri hastalık ve ateş durumlarında uygun analjezik, antipiretik ilaçlar kullanmaları konusunda uyarmalıdırlar.

Astımlı çocukların hemşirelik yaklaşımının en önemli kısmını kendi kendine bakım programlarında, çocuk ve ailesine hastalık ve bakımı ile ilgili prensipler öğretilir. Öncelikle astımın çok sık görülen bir hastalık olduğu, hastalığın rahatsız edici olmasına karşın utanç verici olmadığı, stresin astım nöbetini başlatan en önemli nedenler arasında olabileceği, görülen belirtilere bireyin kendisinin değil hastalığın neden olduğu anlatılmalıdır (31, 41, 57, 63).

Çocuğun çevresindeki kişiler gereksiz yere çocuğun fonksiyonları ve düşüncelerinde bağımsızlığına izin vermeyebilirler. Hemşire çocuğun sosyal çevresini düzenli denetleyerek bu konuda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır.

Çocukta kronik hastalıklara yönelik temel hemşirelik yaklaşımları

- Çocuğun ve tüm ailenin aile üyelerinin hastalığa uyumuna yardım etmeyi
- Çocuk ve aileye kendine bakımı öğretmeyi
- Çocuğun evde bakımını sürdürmeyi amaçlar (69, 70).

Bu amaçlara ulaşabilmek için hemşire, hemşirelik sürecini kullanarak hastalık süresince ailenin güçlü ve zayıf yönleri, baş etme davranışları, iletişim şekilleri, ebeveyn çocuk ilişkisinin niteliği, çocuğun gelişimsel düzeyi, aile içindeki yeri ve ulaşabilecek kaynakları değerlendirerek uzun süreli, kapsamlı ve aile merkezli bakım verilmesini sağlar. Şavaşer (1995) de belirttiği gibi, Lewis ebeveynlere, çocukların hastalığı, tanısı, prognozu ve tedavisi hakkında bilgi verilir ise ; ebeveynler çocuklarını aşırı koruma yerine onların ihtiyaçlarını daha sağlıklı bir şekilde karşılayacaklarını vurgulamaktadır (12, 61).

Günümüzde “ Aile Tedavisi ” hastayı tam olarak iyileştirebilmek ve iyilik halinin sürekliliğini sağlamak olduğu kadar, hastalık doğurucu etkenin ortadan kaldırılması ve sağlık personeline gelen hasta dolayısıyla tanınmış olan diğer hasta aile üyelerine de yardımcı olmak amacına yöneliktir. Bu giderek, daha geniş kapsamlı bir “ sosyal tedavi ” (sosyoterapi) anlamını da taşımaktadır.

Sağlık personeli ve hasta ailesi ilişkilerinde her zaman belirli sarsıcı olay ya da hastalık sırasında aileyi ele almak gerekir. Örneğin , aile üyelerinden birinin ağır, ölümcül, ya da uzun süreli veyahut sakat bırakıcı hastalığı sırasında , o zamana kadar normal ve dengeli giden aile - içi ilişkilerde bozulma tehlikesi baş gösterebilir.

21.yüzyılda Pediatri Hemşireliğinin temel felsefesi olan, çocukların ve ailelerin sağlığını koruma ve geliştirme potansiyeline, dinamik bir kavram kazandırılarak hastanede ve evde sağlık bakım etkileşimleri değişmiş ve “Aile Merkezli Bakım Modeli” pediatri hemşireliğinde temel bir öge haline gelmiştir.

Hemşirelik modellerinin birçoğu hastanın kendisine odaklanmıştır. Bu modellere holistik görüş, aile ile birlikte partner olarak çalışma felsefesi ve iletişim stratejilerinin eklenmesi ile çocuğun bakımında, çocuğa en uygun hemşirelik uygulamalarının sunumu giderek yaygınlaşmaktadır. Bu gelişim, Aile Merkezli Bakım kavramının oluşmasına ve ailelerin çocuklarının bakımında birikişi durumuna getirilmesinin önemine dikkat çekmektedir.



BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, astım hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin, çocuklarının hastalıkları ile başa çıkma davranışlarını nasıl yorumladıklarını ve hastalıkla başa çıkmada aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumunun etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, analitik ve yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Çalışmanın amacına ulaşabilmek için, astımı olan çocukların hastalığı ile nasıl başa çıktıklarını belirleyen ölçek olan “Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği (Coping Health Inventory for Children - CHIC)” kullanılmıştır.

Araştırmada tanımlayıcı olarak, astımlı çocukların ve ailelerinin sosyo-demografik özellikleri belirlenmiştir.

Analitik olarak, demografik özelliklerin çocukların hastalıkla başa çıkmasına etkisi belirlenecektir.

Yarı deneysel olarak ise, çocuklara ve ailelere astımla baş etmelerini sağlamayı amaçlayan astım yönetimi eğitimi verilerek, aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumunu destekleyerek , çocukların hastalıkla baş etmelerine etkisi değerlendirilmiştir.

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI YER VE TARİH

Araştırma Celal Bayar Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Solunum - Alerji Polikliniği'nde astım nedeniyle tedavi gören çocukların aileleri ile yapılmıştır. Ailelere 15 gün önceden eğitimin yapılacağı yer ve tarihin yazıldığı duyuru dağıtılmış ve belirlenen

tarihte eğitime katılmaları istenmiştir. Pediatrik Solunum-Alerji polikliniğine eğitim duyuruları 15 gün öncesinden asılmıştır.

Eğitim hastane içersinde konferans salonunda Haziran-Eylül 2004 tarihleri arasında yapılmıştır.

Pediatrik Solunum-Alerji polikliniğinde kayıtlı 503 astımlı çocuk bulunmaktadır.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Celal Bayar Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Solunum ve Alerji Polikliniğinde kayıtlı, astım hastalığı nedeniyle takip edilen 503 astımlı çocuğun aileleri oluşturmuştur.

2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, 22 Haziran 2004 - 14 Eylül 2004 tarihleri arasında Pediatrik Solunum ve Alerji Polikliniği'ne izlem için gelen ve Manisa' da oturan (Manisa merkezde oturan 156 astımlı çocuk ailesi bulunmaktadır) eğitim toplantısına davetli olup araştırmaya katılmayı kabul eden 5 - 15 yaş arasındaki astımlı çocukların ailelerinden 30 astımlı çocuk annesi çalışma grubunu ve 30 astımlı çocuk annesi kontrol grubunu olmak üzere 60 astımlı çocuk annesi oluşturmuştur.

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmanın örnekleminin seçiminde "Olasılıksız Örnekleme Yöntemi" kullanılmıştır (39, 45, 66).

Çalışma grubunu oluşturan çocukların ve ailelerinin özelliklerine (çocuğun yaşı, cinsiyeti, astım şiddeti gibi özellikleri) benzer olan çocukların aileleri, kontrol grubunu oluşturmuştur.

Tablo 1 : Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların, Belirgin Özelliklerine Göre Dağılımları

Yaş Grubu	5-8 yaş		9 yaş ve üstü		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Grubu	13	43.3	17	56.7	30	100.0
Kontrol Grubu	17	56.7	13	43.3	30	100.0
Toplam	30	50.0	30	50.0	60	100.0
X ² = 0.302 SD = 1 P > 0.05						
Kardeş Sayısı	0-1 kardeş		2 kardeş ve üstü		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Grubu	14	46.7	16	53.3	30	100.0
Kontrol Grubu	18	60.0	12	40.0	30	100.0
Toplam	32	53.3	28	46.70	60	100.0
X ² = 0.301 SD = 1 P > 0.05						
Aile Tipi	Çekirdek		Diğer		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Grubu	26	86.7	4	13.3	30	100.0
Kontrol Grubu	27	90.0	3	10.0	30	100.0
Toplam	53	88.3	7	11.7	60	100.0
Fisher Testi = 1.000 SD = 1 P > 0.05						
Anne Eğitimi	İlkokul- ortaokul		Lise ve üzeri		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Grubu	18	60.0	12	40.0	30	100.0
Kontrol Grubu	13	43.3	17	56.7	30	100.0
Toplam	31	51.7	29	48.3	60	100.0
X ² = 0.413 SD = 1 P > 0.05						
Anne Çalışma Durumu	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Grubu	23	76.7	7	23.3	30	100.0
Kontrol Grubu	18	60.0	12	40	30	100.0
Toplam	41	68.3	19	31.7	60	100.0
X ² = 0.163 SD = 1 P > 0.05						
Sosyal Güvence	Yok		Var		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Grubu	1	3.3	29	96.7	30	100.0
Kontrol Grubu	1	3.3	29	96.7	30	100.0
Toplam	2	3.3	58	96.7	60	100.0
Fisher Testi = 1.00 SD = 1 P > 0.05						
Isınma Şekli	Kalorifer		Soba		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Grubu	11	36.7	19	63.3	30	100.0
Kontrol Grubu	8	26.7	22	73.3	30	100.0
Toplam	19	31.7	41	68.3	60	100.0
X ² = 0.405 SD = 1 P > 0.05						

Çocuklarının Yanında Sigara İÇme Durumları	Yanında Sigara İÇiliyor		Yanında Sigara İÇilmiyor		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Grubu	0	00.0	30	100.0	30	100.0
Kontrol Grubu	4	13.3	26	86.7	30	100.0
Toplam	4	6.7	56	93.3	60	100.0
Fisher Testi = 0.112 SD = 1 P > 0.05						
Ailede Kronik Hastalık Durumu	Ailede Kronik Hastalık Var		Ailede Kronik Hastalık Yok		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Grubu	12	40.0	18	60.0	30	100.0
Kontrol Grubu	19	63.3	11	36.7	30	100.0
Toplam	31	51.7	29	48.3	60	100.0
X ² = 0.425 SD = 1 P > 0.05						
Astım Şiddeti	Hafif		Orta		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Grubu	11	36.7	19	63.3	30	100.0
Kontrol Grubu	13	43.3	17	56.7	30	100.0
Toplam	24	40	36	60	60	100.0
X ² = 0.278 SD = 1 P > 0.05						

* 5 ' in altında beklenen değerler olduğundan Fisher testi yapılmıştır.

Tablo 1' de çalışma ve kontrol grubundaki çocukların yaşlarının dağılımları incelendiğinde, çalışma grubundaki çocukların % 56.7' sinin 9 yaş ve üstünde, kontrol grubu çocukların % 56.7' sinin 5 - 8 yaş arasında yer aldığı görülmektedir.

Çalışma ve kontrol grubu çocukların kardeş sayılarına göre dağılımları incelendiğinde, çalışma grubu çocukların %53.3' ünün iki kardeş ve üstünde, kontrol grubu çocukların %60.0' inin 0 - 1 kardeşi bulunduğu görülmektedir.

Çalışma ve kontrol grubu çocukların aile tiplerine göre dağılımları incelendiğinde, çalışma grubu çocukların %86.7' sinin çekirdek, kontrol grubu çocukların %90.0' inin çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır.

Çalışma grubu astımlı çocukların annelerinin eğitim düzeylerinin %53.3' ünün ilkökul - ortaokul mezunu, kontrol grubu astımlı çocukların annelerinin eğitim düzeylerinin %56.7'sinin üniversite mezunu yapısında olduğu saptanmıştır.

Çalışma grubu astımlı çocukların annelerinin %76.7' si, kontrol grubu astımlı çocukların annelerinin %56.7'sinin çalışmadığı saptanmıştır.

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin sosyal güvence durumlarına göre dağılımları incelendiğinde ; çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin %96.7' si, kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin %96.7'sinin sosyal güvencesi bulunduğu saptanmıştır.

Çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin %63.3'ü, kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin % 73.3'ünün ısınma şekli olarak soba kullandığı saptanmıştır.

Çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin %100.0' ü, kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin % 86.7'sinin çocuklarının yanında sigara içmediği bulunmuştur.

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinde, kronik hastalık bulunma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin %60.0' ında kronik hastalık bulunmamasına rağmen, kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin % 63.3'ünde tanımlanan bir kronik hastalık saptanmıştır.

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların astım şiddetlerine göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubu astımlı çocukların %63.3' ü, kontrol grubu çocukların %56.7' sinde orta şiddette astım bulunduğu saptanmıştır.

Yapılan analizler sonucunda çalışma ve kontrol grubunun belirgin özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

2.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ TANITILMASI

Araştırmada veri toplama amacıyla ;

Çocuk ve ebeveyne ait bilgileri içeren Sosyo-Demografik Özellikler Anket Formu (Ek 1)

Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği (Ek 2)

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Ek 3)

Eğitim Kitapçığı (Ek 4) kullanılmıştır.

Sosyo - demografik Özellikler Anket Formu :

Araştırma örneğine alınan çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, annenin yaşı vb. sosyo - demografik özellikleri ile astım tetikleyici faktörleri, astımın hastalık özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış 26 maddelik bir formdur.

Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği :

(Coping Health Inventory for Children - CHIC)

Ölçek ; Austin ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir.

Orijinal form “ Coping Health Inventory for Children - CHIC ” kavramsal olarak birbirinden farklı 5 alt ölçekten oluşmaktadır.

Bunlar ;

Yeterlik ve iyimserlik gelişimi,

Farklı olduğunu düşünme ve içe kapanma,

Huzursuzluk, karamsarlık ve aktivitelere katılmama

Tedaviye uyum

Destek aramadır.

Bu bölümlerden yeterlik ve iyimserlik gelişimi, tedaviye uyum ve destek arama adaptif (olumlu) başa çıkma davranışı, farklı olduğunu düşünme ve içe kapanma ile huzursuzluk , karamsarlık ve aktivitelere katılmama bölümleri ise maladaptif (olumsuz) başa çıkma davranışı olarak kabul edilmektedir.

Her bir bölümde ifade sayısı 4 ile 13 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam ifade sayısı 45 ' dir. Her bir ifade 1' den 5 ' e kadar puanlanmıştır. Başa çıkma davranışları 5 Likert tipli ölçek üzerine deneklerin yanıtlamasına göre puanlanır. Hiçbir zaman yanıtına 1 puan, hemen hemen hiç, ara sıra, sık sık, hemen hemen her zaman yanıtlarına sırasıyla 2, 3, 4, 5 puan verilir. 6 ifade (Madde 8, 25, 27, 28, 29 ve 31) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama tersine döndürülür. Austin ve arkadaşları testi geliştirme çalışmasında test - tekrar test korelasyonları 0,58 - 0,91 arasında, Kuder - Richardson 20 güvenirliği ise 0.77 ile 0.85 arasında bulunmuştur.

Ölçeğin Türkiye 'deki geçerlilik ve güvenilirliğini ise 1995 'te Sevim Savaşer yapmıştır. Savaşer'in "Çocuklarda Kronik Hastalıklarla Başa Çıkma Davranışının Değerlendirilmesine İlişkin Bir Çalışma" adlı çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığını belirleyen Cronbach Alfa katsayıları 0,70 - 0,92 arasında dağılım gösterdiği bildirilmiştir (61).

Tablo 2. Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği, Ölçek Gruplarının Alfa Değerleri

Ölçek Grupları	Madde Sayısı	Alfa
I. Yeterlik ve İyimserlik Gelişimi	4	0.70
II. Farklı Olduğunu Düşünme ve İçe Kapanma	10	0.80
III. Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama	11	0.75
IV. Tedaviye Uyum	7	0.85
V. Destek Arama	13	0.92

Tablo 3. Araştırma Kapsamındaki Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeğindeki**Maddelerin İlgili Ölçek Grup Toplam Puanı İle Korelasyonları (n : 60)**

MADDELER	ÖLÇEK GRUPLARI				
	Huzursuzluk, Karamsarlık, Aktivitelere Katılmama	Farklı olduğunu düşünme ve İçe kapanma	Yeterlik ve iyimserlik gelişimi	Tedaviye uyum	Destek arama
-Yaşamı hakkında iyi şeyler düşünür örneğin olumlu hükümlere varır).	0.681				
- Yeterli olmaya çalışır(örneğin yeni eyler yapmaya başlar)	0.708				
- Yaşama neşeli bakar (örneğin ülümser, mutlu olur).	0.753				
- Bağımsız olmaya çalışır, sağlık orunlarının aktivitelerini etkilememesi çin uğraşır.	0.704				
- Sağlık sorunu yüzünden kendini aşkalarından farklı görür (örneğin arklı hissetme konusunda hükümlere arır).		0.667			
- Sağlık sorunları yüzünden istediği eyleri yapamamaktan şikayet eder.		0.617			
- Sağlık sorunlarına karşı “teslim olma- es etme” eğilimindedir (örneğin sürekli asta olacağını söyler).		0.606			
- Sağlık sorunu olsa bile, genel olarak endini diğer insanlar gibi görür.		0.151			
- Sosyal aktivitelerden kaçmak için astalığını kullanır (örneğin gerçekte apabileceği bir işi yapamayacağını öyler).		0.607			
0- Akut alevlen. dönemlerinden sonra rkadaşları ile birlikte olmaktan açınmaya çalışır.		0.423			
1-Sağlık sorununun kendi hatasından aynaklandığını söyler.		0.488			
2- Sağlık sorunlarından dolayı üzgün ldüğünü söyler.		0.532			
3- Akut alevlen. Dönemlerinden sonra üleden ayrı olmayı,daha çok yalnız almayı ister.		0.370			
4- Sağlık sorunlarına başkalarının neden eya hatası olduğunu söyler.		0.475			
5- Akut alevlen. döneminden sonra ilenin dikkatini çekmek için lumsuz şeyler yapar.			0.756		
6- Akut alevlen. döneminden sonra aşından küçükler gibi davranır.			0.554		
7- Akut alevlen. döneminden sonra ağlar, zgün ve sıkıntılı görünür.			0.652		

MADELER	ÖLÇEK GRUPLARI				
	Huzursuzluk, Karamsarlık, Aktivitelere Katılmama	Farklı olduğunu düşünme ve İçe kapanma	Yeterlik ve iyimserlik gelişimi	Tedaviye uyum	Destek arama
8- Akut alev.döneminden sonra huzursuzdur.			0.749		
9- Akut alev.döneminden sonra arkadaşları arasında seçim yapar.			0.630		
10- Akut alevlen. döneminden sonra ilenin ilgisinden yararlanmaya çalışır.			0.666		
11- Akut alevlen. döneminden sonra anne abaya daha bağımlı hale gelir (örneğin nlarla daha çok beraber olur).			0.541		
12- Akut alevlen. döneminden sonra ardeşleriyle çok tartışır ve kavga eder.			0.610		
13- Gidebilecek durumda olsa bile; sağlık roblemını bahane ederek okula gitmek stemez.			0.267		
14- Oyun aktiviteleri sırasında kendini ötü hisseder ve problem çıkarır.			0.634		
15- Sağlık problemi olsa bile esas olarak endini diğer insanlar gibi görür.			0.153		
16- Doktor ve hemşireler tarafından apılan tavsiyelere uyar.				0.286	
17- Sağlık problemini reddeder veya nemsemez.				0.677	
18- Akut alevlen. döneminden sonra yması gereken kurallara ve kısıtlamalara ymaz, önem vermez.				0.637	
19- Tıbbi tedaviye karşı direnir (örneğin oktora gitmek istemez).				0.684	
20- Tıbbi bakımında alabildiğince orumluluk yüklenmeye çalışır (örneğin endi ilacını alma gibi).				0.310	
21- Kendine zarar verecek veya hasta decek davranışlarda bulunur (örneğin şhlikeli yerlerde oyun oynar).				0.788	
22- Sağlık sorunu nedeniyle aktivitelerini ısıtlamayı kabul eder.				0.267	
23- Sağlık sorunuyla nasıl başa ıkabileceği konusunda anne babasıyla onuşur.					0.598
24- Sağlık sorunu hakkında kardeşleri ile onuşur.					0.568
25- Sağlık sorunu hakkında arkadaşları ile onuşur.					0.660
26- Anne babası ile duyguları hakkında onuşur.					0.628
27- Oluşabilecek sağlık sorunlarını ele lmak için plan geliştirir.					0.700

MADDELER	ÖLÇEK GRUPLARI				
	Huzursuzluk, Karamsarlık, Aktivitelere Katılmama	Farklı olduğunu düşünme ve İçe kapanma	Yeterlik ve iyimserlik gelişimi	Tedaviye uyum	Destek arama
8- Kardeşleri ile duyguları hakkında konuşur.					0.599
9- Arkadaşları ile duyguları hakkında konuşur.					0.689
10- Doktor veya hemşireler ile sağlık sorunu hakkında konuşur.					0.399
11- Sağlık sorununun çözülmesi için arkadaşlarından yardım ister.					0.463
12- Sağlık sorunu olduğu için üzgün olduğunu söyler.					0.326
13- Başkalarının daha kötü sağlık sorunları olduğunu düşünür. (örneğin arkadaşlarının daha hasta olduğu konusunda ümitsizliğe varır).					0.380
14- Sağlık sorununa yardım edilmesi için yardım ister.					0.470
15- Benzer sağlık sorunu olan diğer çocuklarla birlikte olur.					0.663

Tablo 4. Araştırma Kapsamındaki Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği, Ölçek Gruplarının Alfa Değerleri

Ölçek Grupları	Madde Sayısı	Alfa
Yeterlik ve İyimserlik Gelişimi	4	0.601
I. Farklı Olduğunu Düşünme ve İçe Kapanma	10	0.670
II. Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama	11	0.831
V. Tedaviye Uyum	7	0.656
VII. Destek Arama	13	0.797

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği :

Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumunu belirleyen ölçek Schaefer ve Bell tarafından oluşturulmuş, Le Compte, Le Compte ve Özer tarafından Türkçeye çevrilmiş ve uyarlanmıştır. Ebeveynlere, çocuk ve gençlere uygulanan ve bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği bir ölçektir (61).

Ölçeğin 60 maddesi ve 5 boyutu vardır. Bu çalışmada sadece ilk iki boyut kullanılmıştır. Bu iki boyutun kullanılması ölçeğin yapısında her hangi bir olumsuzluk yaratmayıp, her boyutun ölçtüğü özellik ayrıdır. Her boyutun toplam puanlarının yüksekliği, o boyutun içerdiği özelliklerinde yüksek olduğunu gösterir. Maddelere verilen “ Hiç uygun bulmuyorum ” yanıtına “1” puan , diğerlerine sırasıyla “ 2 ” , “ 3 ” ve “ 4 ” puan verilir. Ancak 2, 15 ve 20. maddelere verilen puanlar tersine puanlanır.

I. Boyut - Aşırı Annelik, Aşırı Koruyuculuk Tutumu : Bu boyut aşırı kontrol, kısıtlama, çocuktan bağımlı , etkin ve çalışkan olmasını isteme, annenin son derece verici olması ve çocuğun da bunu anlaması gereğine inanma gibi konuları kapsar. 16 maddeden oluşmuştur.

II. Boyut - Demokrasi ve Eşitlik Tutumu : Çocuğa eşit haklar tanımak, fikirlerini açıkça belirtmesini desteklemek, onunla arkadaşlık etmek ve birçok şeyi paylaşma gibi konuları kapsar. 9 maddeden oluşmuştur.

Tablo 5. Araştırma Kapsamındaki Çocuklar İçin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğindeki Maddelerin İlgili Ölçek Grup Toplam Puanı İle Korelasyonları (n : 60)

MADDELER	ÖLÇEK GRUPLARI	
	Aşırı koruyucu	Demokratik
- Çocuk yorucu ve zor işlerden korunmalıdır.	0.379	
- Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.	0.082	
- Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri elmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.	0.642	
- Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için linden geleni yapmalıdır.	0.259	
- Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey var ki, amanını boşa geçirmesi affedilemez.	0.648	
- Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.	0.688	
- Daima koşutran, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla rutlu bir kişi olacaktır.	0.417	
- Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici yküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün ve akıcı olur.	0.522	
- Çocuğun en gizli düşüncelerini bilmek, bir annenin örevidir.	0.726	
0- Anne babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını eklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.	0.238	
1- Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, unu anne ve babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.	0.126	
2- Bir annenin çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi akkıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır.	0.519	
3- Uyanık bir anne-baba çocuğunun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.	0.621	
4- Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.	0.649	
5- Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse üsbütün şikayetçi olurlar.	0.028	
6- Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini eda ederler.	0.150	

MADELER	ÖLÇEK GRUPLARI	
	Aşırı koruyucu	Demokratik
7- İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.		0.534
8- Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.		0.498
9- Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya yardımalarını istemek doğru değildir.		0.386
10- Çocukların sorunlarına eğilirseniz sizi oyalamak için birçok masal uydururlar.		0.106
11- Eğer anne babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok önelirler.		0.495
12- Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.		0.568
13- Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.		0.555
14- Anne-babalar çocuklarını, kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün güç işlerden sakınmalıdır.		0.622
15- Çocuklarının toplantılarıyla, kız-erkek arkadaşlıklarıyla ve gençleriyle ilgilenen anne babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.		0.498

Araştırma Kapsamındaki Çocuklar İçin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği, Ölçek Gruplarının Alfa Değerleri;

Aşırı Koruyucu Aile Tutumu : 0.74

Demokratik Aile Tutumu : 0.45 bulunmuştur.

Eğitim Kitapçığı :

Eğitim kitapçığı astımlı çocuğa astım yönetimi ve astımla yaşamayı öğretecek bilgileri içermektedir. Kitapçık araştırmacı tarafından literatür incelenerek ve uzman görüşleri alınarak hazırlanmıştır. Kitapçık, anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla çalışma grubu dışındaki beş astımlı ocuk ve annesine verilerek okumaları istenmiş, alınan geri bildirim doğrultusunda son şekli verilmiştir.

Eğitim kitapçığının içeriği ;

- Astımın tanımı ve oluşumu
- Astım atağını tetikleyen etkenler ve korunma
- Tedavinin doğru uygulanması
- İlaçların doğru kullanımı vb. konulardan oluşturulmuştur.

2.6.ARAşTIRMANIN BAğIMLI ve BAğIMSIZ DEğişKENLERİ

Araştırmada bağımlı değişken olarak Astımlı ocuklar İçin Hastalıklarla Başa ıkma leği, Aile Hayatı ve ocuk Yetiştirme Tutumu leği puanları alınmıştır.

Bağımsız değişkenler olarak ise, çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, annenin eğitimi, annenin mesleği, ailede kronik hastalık bulunma durumu, astımı tetikleyen etkenler (evde hayvan besleme, evde sigara içme durumu, çocuğun yanında sigara içme durumu, evde kullanılan ısınma şekli) astım tanısı alma süresi, ilaç tedavisine uyum durumu, ilaç kullanma süresi, doktora gitme sıklığı ve atak geçirme sıklığı ve astım şiddeti alınmıştır.

2.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Celal Bayar Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Solunum-Alerji polikliniğine başvuran astımlı çocuklar ve ailelerine verilmek üzere hastanenin konferans salonunda sunulan üç eğitim programı gerçekleştirilmiştir.

Bu eğitim programları 22-6-2004, 2-8-2004, 14-9-2004 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. İlk düzenlenen eğitim programı başlamadan önce aileler konferans salonuna alınmış anket formları tanıtılmış ve araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ailelere ön test olarak hazırlanan Sosyo-Demografik Özellikler Anket Formu, Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği, Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği ailelere dağıtılmış ve doldurmaları sağlanmıştır. Annelerin anket formlarını doldurmaları yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Eğitim programında, astım hastalığının tanımı, hastalığın oluş mekanizması, astım atağı sırasında ailenin yapması gerekenler, astım tetikleyici faktörleri ve bunlardan korunma yöntemleri, astım ilaçlarının doğru şekilde kullanma yöntemleri ve ailelerin astımla baş etmelerini ve hastalığı kabul etmelerini sağlamayı amaçlayan bilgiler ailelere verilmiştir.

Ailelere verilen her bir eğitim toplantısı yaklaşık 2 saat sürmüştür.

Üçüncü eğitim toplantısına gelirken soruları varsa not almaları istenmiştir. Bu sorular program sonunda yanıtlanmıştır. Eğitim Kitapçığı üçüncü eğitim toplantısından sonra verilmiş ve incelemeleri istenmiştir. Soruları yanıtlanmıştır.

Üçüncü eğitim toplantısından 15 gün sonra araştırma kapsamına giren eğitim toplantısına katılmış çalışma grubu aileler evlerinde ziyaret edilmiş ve Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği tekrar uygulanarak veriler toplanmıştır.

1 – 6 - 2004 tarihinden itibaren çalışma grubunu oluşturan çocukların ve ailelerinin özelliklerine (çocuğun yaşı, cinsiyeti, astım şiddeti gibi özellikleri) benzer özellikleri olan,

Pediyatrik Solunum ve Alerji polikliniğine başvuran ancak eğitim programına katılmayı kabul etmeyen ailelerden, kontrol grubunu oluşturulmuş ve bu ailelere Sosyo – Demografik Anket Formu, Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa ıkma Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği uygulanmıştır. 3 ay sonunda aileler evlerinde ziyaret edilerek Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa ıkma Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği tekrar uygulanmış ve veriler toplanmıştır.

2.8. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizleri SPSS (The Package for Social Sciences) for Windows 10.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Astımlı çocukların ve annelerinin tanıtıcı özellikleri, astımı tetikleyen etmenler, astımlı çocukların hastalıkları ile ilgili özellikleri sayı yüzde dağılımlar olarak gösterilmiştir.

Çalışma ve kontrol grubu çocukların yaş gruplarına, kardeş sayılarına, aile tiplerine, anne eğitimlerine, çalışma durumlarına, ailelerin sosyal güvence durumları, astımlı çocukların evlerinde kullanılan ısınma şekilleri, ailelerin çocuklarının yanında sigara içme durumları, astım şiddetine, doktora gitme sıklığına göre dağılımları arasındaki fark, Ki – kare önemlilik testi ve Fisher kesin testi ile incelenmiştir.

Çalışma grubunda Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa ıkma Ölçeği ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği' nin eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenlerin karşılaştırılması Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir.

Çalışma grubu astımlı çocukların ailelerine eğitim öncesi ve eğitim sonrası, Kontrol grubu çocukların ailelerine ön uygulama ve son uygulama olarak uygulanan çocukların hastalıkla baş etmeleri toplam puan ortalamaları arasındaki fark ile aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu puan

ortalamları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile incelenmiştir. Çocuklar İçin Hastalıkla Başa Çıkma Ölçeğindeki Maddelerin iç tutarlılığını saptamak için, pearson korelasyon testleri kullanılmıştır.

2.9. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ailelere, araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerden Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği için Sevim Savaşer ' den (Ek V), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği için Serap Özer ' den (Ek VI) yazılı izin alınmıştır.

2.10. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma 2003 yılı içinde planlanmıştır. Haziran 2004 tarihinde tez önerisi olarak kabul edilmiş ve araştırma uygulanmaya başlanmıştır. Araştırma verilerinin toplanması Haziran – Eylül 2004 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Verilerin analizi Ekim 2004 tarihlerinde yapılarak rapor yazımı ve teslimi Ekim – Kasım 2004 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

TABLO 3.1. ÇOCUKLAR VE ANNELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde; Araştırma kapsamına alınan astımlı çocuklarla annelerin tanıtıcı özellikleri ve astımı tetikleyen faktörleri ile hastalıkları ile ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo 6 : Astımlı Çocukların Tanıtıcı Özellikleri

TANITICI ÖZELLİKLER		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	%	Sayı	%
Yaş	5-7 yaş	15	50	10	23.4
	8-11 yaş	7	23.3	11	36.3
	12-15 yaş	8	26.7	9	30.0
Cinsiyet	Erkek	14	46.7	14	46.7
	Kız	16	53.3	16	53.3
Kardeş sayısı	Yok	7	23.3	6	20.0
	1 kardeş	7	23.3	12	40.0
	2 kardeş	12	40.0	8	26.7
	3 kardeş ve üzeri	4	13,4	4	13.3
Aile bireyleri sayısı	3 kişi	7	23.3	5	16.7
	4 kişi	15	50.0	16	53.3
	5 kişi	6	20.0	7	23.3
	6 kişi ve üzeri	2	6.7	2	6.7
Aile tipi	Çekirdek	26	86.7	27	90.0
	Diğer	4	13.3	2	6.7
Toplam		30	100.0	30	100.0

Tablo 6' da görüldüğü gibi çalışma grubundaki çocukların % 50' si 5-7 yaş grubunda, % 23.3' ü 8-11 yaş grubunda, % 26.7' si 12-15 yaş grubunda yer almaktadır. Kontrol grubu çocukların %23.4' ü 5-7 yaş grubunda, %36.3' ü 8-11 yaş grubunda, % 30.0' u 12-15 yaş grubunda yer almaktadır.

Çalışma grubu çocukların yaş ortalaması 8.83, kontrol grubu çocukların yaş ortalaması 9.06 olarak saptanmıştır.

Cinsiyetlerin dağılımlarına bakıldığında; çalışma ve kontrol gurubunun %53.3' ü kız % 46.7' si erkek olarak eşit şekilde dağıldıkları bulunmuştur.

Çalışma gurubunun % 40' ı 2 kardeşi, kontrol grubunun % 40' ının 1 kardeşi bulunduğu saptanmıştır.

Aile tipi incelendiğinde; çalışma grubunun %50' si 4 kişi, kontrol grubunun %53.3' ü 4 kişiden meydana gelmiştir.

Çalışma grubunun %86.7' sinin, kontrol gurubunun ise %90.0' mın aile tipi ise çekirdek ailedir.

Tablo 7 : Annelerin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	%	Sayı	%
Anne eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	2	6,7	1	3.3
	İlkokul-ortaokul	16	53,4	12	40.0
	Lise	4	13,3	8	26.7
	Yüksekokul	8	2	9	30.0
Anne mesleği	Ev Hanımı	23	76,7	18	60.0
	Memur	6	20,0	9	30.0
	Serbest	1	3,3	3	10.0
Sosyal güvence durumu	Yok	1	3.3	1	3.3
	Emekli sandığı	21	70.0	19	63.3
	SSK - Bağkur	8	26.7	10	33.4
Tanımlanan sosyo-ekonomik düzey	Üst sosyo-ekonomik düzey	1	3.3	0	00.0
	Orta sosyo-ekonomik düzey	28	93.3	26	86.7
	Alt sosyo-ekonomik düzey	1	3.3	4	13.3
Ailede tanımlanan kronik hastalık durumu	Var	12	40.0	19	63.3
	Yok	18	60.0	11	36.7
Toplam		30	100.0	30	100.0

Tablo 7’de çalışma grubundaki astımlı çocukların annelerinin %53.4’ ü ilkokul-ortaokul mezunu, kontrol grubundaki astımlı çocukların annelerinin %40.0’ ı ilkokul-ortaokul mezunudur.

Çalışma grubundaki astımlı çocukların annelerinin % 76.7 ’ si, kontrol grubundaki astımlı çocukların annelerinin % 63.3 ’ ü ev hanımıdır.

Sosyal güvence durumu incelendiğinde, çalışma grubundaki astımlı çocukların %70.0’ i, kontrol grubundaki astımlı çocukların ise % 63.3’ ü Emekli Sandığı’ na bağlıdır.

Tanımlanan sosyo-ekonomik düzey incelendiğinde, çalışma grubundaki astımlı çocukların ailelerinin % 93.3’ ü, kontrol grubundaki astımlı çocukların ailelerinin ise %86.7’ si kendilerini orta sosyo-ekonomik düzey olarak belirtmişlerdir.

Tablo 8 :Astımı Tetikleyen Etmenler

Astımı Tetikleyici Etmenler		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	%	Sayı	%
Yatmak için kullanılan oda sayısı	1 oda	1	3.3	1	3.3
	2 oda	22	73.3	24	80.0
	3 oda ve üzeri	7	23.4	5	16.7
Evde akma- nemlenme- küflenme durumu	Evet	8	26.7	1	3.3
	Hayır	22	73.3	29	96.7
Evde hayvan besleme durumu	Evet	8	26.7	3	10.0
	Hayır	22	73.3	27	90.0
Isınma şekli	Kalorifer	11	36.4	7	23.4
	Soba	18	40.0	22	73.3
	Klima	1	3.3	1	3.3
Sigara içme durumu	Evet	17	56.7	21	70.0
	Hayır	13	43.3	9	30.0
Çocuğun yanında sigara içme durumu	Evet	8	26.7	19	63.3
	Hayır	22	73.3	11	36.7
Toplam		30	100.0	30	100.0

Tablo 8' de çalışma grubundaki çocuklarda astımı tetikleyen etkenlerin sıklığı değerlendirildiğinde, %73.3' ünün evinde uyumak için kullanılan oda sayısı iki, kontrol gurubunun % 80.0' ninde ise uyumak için kullanılan oda sayısı iki olarak saptanmıştır.

Çalışma gurubunun, %73.3' ünde, kontrol gurubunun %96.7' sinde evde nemlenme - küflenme durumu bulunmadığı belirlenmiştir.

Çalışma gurubunun ; %73.3' ünün, kontrol gurubunun %90.0' ının evinde hayvan beslenmediği saptanmıştır.

Evde ısınma şekli incelendiğinde, çalışma gurubunun %40' ı kontrol gurubunun %73.3' ü soba kullanmaktadırlar.

Çalışma gurubu ailelerinin % 56.7' si kontrol gurubu ailelerinin %70' inin ailesi sigara içmektedir.

Çocuğunun yanında sigara içme durumu incelendiğinde ise, çalışma gurubunun % 73.3' ü çocuğunun yanında içmemektedir. Kontrol gurubunun ise % 63.3' ü çocuğunun yanında sigara içmektedirler.

Tablo 9 : Çocukların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerin Dağılımı

Hastalığa Ait Özellikler		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	%	Sayı	%
Astım tanısı alma süresi	1-2 yıl	12	40.0	9	30.0
	3-4 yıl	11	36.7	15	50.0
	5 ve üzeri yıl	7	23.3	6	20.0
Astım şiddeti	Hafif	11	36.7	13	43.3
	Orta	19	63.3	17	56.7
İlaç tedavisi görme durumu	Evet	28	93.3	28	93.3
	Hayır	2	6.7	2	6.7
İlaçlarını düzenli kullanma durumu	Evet	28	93.3	27	90.0
	Hayır	2	6.7	3	10.0
Atak geçirme sıklığı	1 - 6 ay	8	26.6	12.0	40.0
	6 ay - 1 yıl	18	60.0	14.0	46.7
	1 yıl - 2 yıl	4	13.4	4.0	13.3
Doktora gitme sıklığı	Ayda	10.0	33.3	10	33.3
	3 ayda	12	40.0	16	53.4
	6 ayda	2	6.7	4	13.3
	6 aydan fazla	6	20.0	0	00.0
Toplam		30	100.0	30	100.0

Tablo 9' da çalışma grubundaki astımlı çocuklarda hastalığa ait özellikler incelendiğinde, astım tanısı alma süresi %40.0' ın da 1-2 yıl, kontrol grubunun %50.0' sinde 3-4 yıl olarak saptanmıştır.

Astım şiddeti çalışma grubunda %63.3, kontrol grubunda %56.7 olarak bulunmuştur.

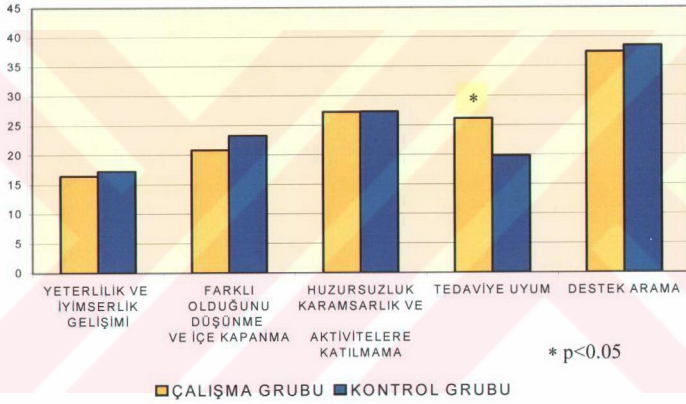
İlaç tedavisi görme durumu çalışma ve kontrol grubunda %93.3 olarak iki grupta eşit olarak saptanmıştır.

Astımlı çocukların ilaçlarını düzenli kullanma durumları incelendiğinde, çalışma grubunun %93.3' ü kontrol grubunun % 90.0' ı ilaçlarını düzenli kullanıyor olarak bulunmuştur.

Atak geçirme sıklığı incelendiğinde ise çalışma grubunun %60.0' ı kontrol grubunun % 46.7' si 6 ay-1 yıl arasında atak geçirmektedir.

Çalışma grubunun %40'ı kontrol grubunun %53.4' ü 3 ayda bir kez doktora gitmektedir.

GRAFİK 1. ÇOCUKLAR İÇİN HASTALIKLARLA BAŞA ÇIKMA
ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI
(Ön Uygulama)



**Tablo 3.2. ÇOCUKLAR İÇİN HASTALIKLARLA BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ,
AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI**

**Tablo 10 : Çalışma ve Kontrol Grubu Ailelerde Çocuklar İçin Hastalıklarla
Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları (Ön Uygulama)**

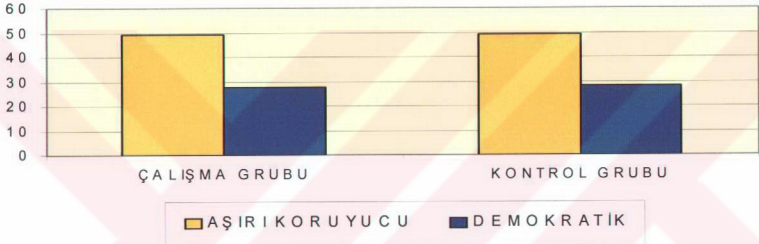
ÖLÇEK GRUPLARI	Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları				t	P
	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu			
	X	SS	X	SS		
I. Yeterlilik ve İyimsenlik Gelişimi	16.46 ± 2.70		17.26 ± 2.43		- 1.204	0.233
II. Farklı Olduğunu Düşünme ve İçer Kapanma	20.83 ± 5.58		23.30 ± 5.56		- 1.735	0.092
III. Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama	27.30 ± 8.47		27.36 ± 7.51		- 0.032	0.974
VI.Tedaviye Uyum	26.16 ± 4.92		19.80 ± 3.17		5.943	0.000
V. Destek Arama	37.43 ± 10.11		38.53 ± 9.63		- 0.431	0.668

Tablo 10' da çalışma grubu ve kontrol grubu ailelerde Çocuklar için Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamaları görülmektedir.

Ölçeğin Yeterlilik ve İyimsenlik Gelişimi, Farklı Olduğunu Düşünme ve İçer Kapanma, Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama ve Destek Arama ile ilgili boyutunda, çalışma grubu ve kontrol grubu ön uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Ölçeğin Tedaviye Uyum ile ilgili boyutunda çalışma grubu ve kontrol grubu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t = 5.943$, $p < 0.05$).

**GRAFİK2. AİLE HAYATİVE ÇOCUK YETİŞTİRME ÖLÇEĞİ
PUAN ORTALAMALARI
(Ön Uygulama)**



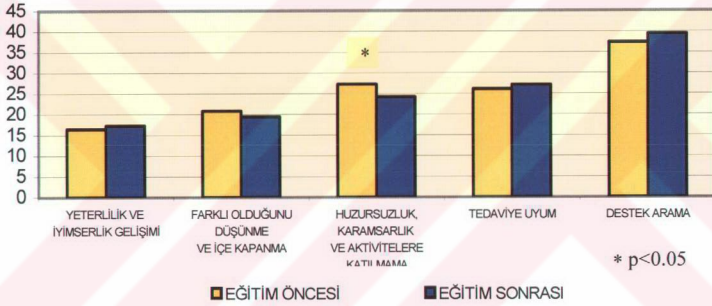
Tablo 11 : : Çalışma ve Kontrol Grubu Ailelerde, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları (Ön Uygulama)

ÖLÇEK GRUPLARI	Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği				t	P
	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu			
	X	SS	X	SS		
Aşırı Koruyuculuk	49.33 ± 6.42		49.46 ± 6.80		- 0.078	0.938
Demokratik	27.70 ± 4.06		28.16 ± 3.37		- 0.484	0.631

Tablo 11’ de çalışma grubu ve kontrol grubu için Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği puan ortalamaları görülmektedir.

Ölçeğin Aşırı Koruyuculuk ve Demokratik Tutum ile ilgili boyutunda çalışma grubu ve kontrol grubu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

GRAFİK 3. ÇALIŞMA GRUBU ÇOCUKLAR İÇİN HASTALIKLARLA BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI



Tablo 12 : Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Çalışma Grubu Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları

ÖLÇEK GRUPLARI	Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları				t	P
	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası			
	X	SS	X	SS		
I. Yeterlilik ve İyimserlik Gelişimi	16.46 ± 2.70		17.30 ± 2.68		- 1.536	0.135
II. Farklı Olduğunu Düşünme ve İççe Kapanma	20.83 ± 5.58		19.43 ± 6.89		1.270	0.214
III. Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama	27.30 ± 8.47		24.23 ± 8.36		2.256	0.032
VI.Tedaviye Uyum	26.16 ± 4.92		27.16 ± 4.62		- 0.961	0.344
V. Destek Arama	37.43 ± 10.11		39.46 ± 10.18		- 0.838	0.409

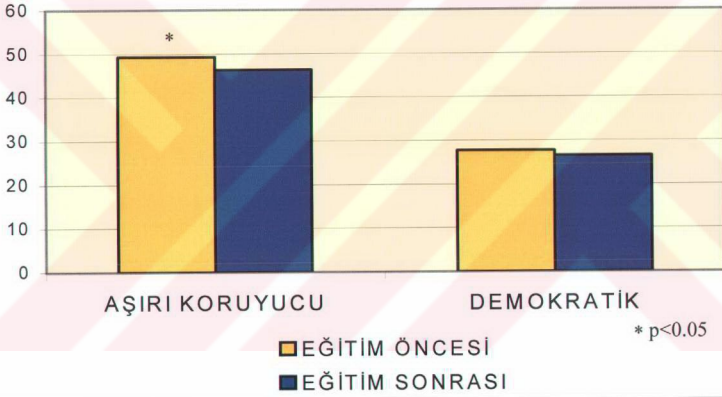
Tablo 12' de eğitim öncesi ve eğitim sonrası çalışma grubu Çocuklar için Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamaları görülmektedir.

Ölçeğin Yeterlilik ve İyimserlik Gelişimi, Farklı Olduğunu Düşünme ve İççe Kapanma, Tedaviye Uyum, Destek Arama ile ilgili boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama ile ilgili boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur

($t = 2.256, p < 0.05$).

GRAFİK 4. ÇALIŞMA GRUBU AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI



Tablo 13 : Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Çalışma Grubu Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları

ÖLÇEK GRUPLARI	Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği		t	P
	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası		
	X SS	X SS		
Aşırı Koruyuculuk	49.33 ± 6.42	46.33 ± 6.21	2.763	0.010
Demokratik	27.70 ± 4.06	26.53 ± 4.87	1.289	0.207

Tablo 13' de eğitim öncesi ve eğitim sonrası çalışma grubu için Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği puan ortalamaları görülmektedir.

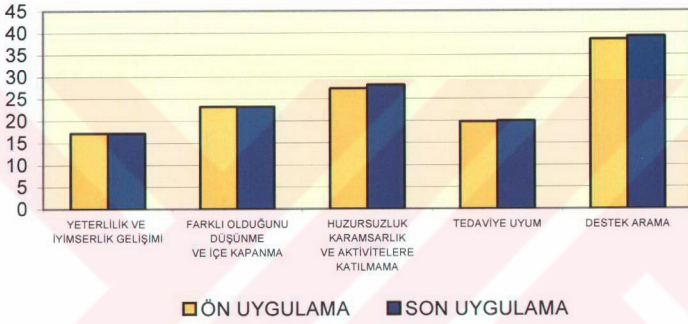
Ölçeğin Aşırı Koruyuculuk ile ilgili boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

($t = 2.763$, $p < 0.05$).

Ölçeğin Demokratik Tutum ile ilgili boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır

($t = 1.289$, $p > 0.05$).

GRAFİK 5. KONTROL GRUBU ÇOCUKLAR İÇİN
HASTALIKLARLA BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ PUAN
ORTALAMALARI



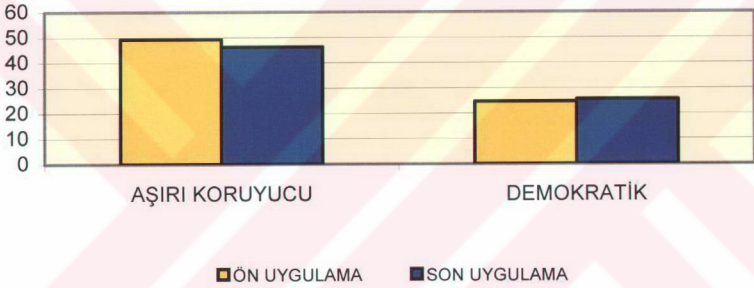
Tablo 14 : Kontrol Grubu Ön Uygulama ve Son Uygulama Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları

ÖLÇEK GRUPLARI	Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları				t	P
	Ön Uygulama		Son Uygulama			
	X	SS	X	SS		
I. Yeterlilik ve İyimserlik Gelişimi	17.26 ± 2.43		17.23 ± 2.24		0.117	0.908
II. Farklı Olduğunu Düşünme ve İçe Kapanma	23.30 ± 5.56		23.23 ± 5.78		0.162	0.873
III. Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama	27.36 ± 7.51		28.20 ± 7.83		-1.193	0.242
VI. Tedaviye Uyum	19.80 ± 3.18		20.00 ± 3.92		-0.537	0.596
V. Destek Arama	38.53 ± 9.63		39.23 ± 10.15		-0.507	0.616

Tablo 14’ de kontrol grubu ön uygulama ve son uygulama Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamaları görülmektedir.

Kontrol Grubu ön ve son uygulama Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği alt grupları, Yeterlilik ve İyimserlik Gelişimi, Farklı Olduğunu Düşünme ve İçe Kapanma, Huzursuzluk - Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama, Tedaviye Uyum ve Destek Arama ile ilgili boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

GRAFİK 6. KONTROL GRUBU AİLE HAYATI VE ÇOCUK
YETİŞTİRME TUTUM ÖLÇEĞİ
PUAN ORTALAMALARI



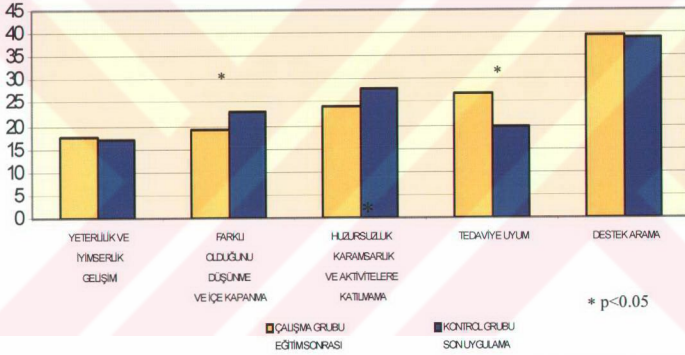
Tablo 15 : Kontrol Grubu Ön Uygulama ve Son Uygulama Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları

ÖLÇEK GRUPLARI	Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği				t	p
	Ön Uygulama		Son Uygulama			
	X	SS	X	SS		
Aşırı Koruyuculuk	49.33 ± 4.58		46.33 ± 6.21		1.846	0.192
Demokratik	24.70 ± 2.06		25.63 ± 3.57		1.278	0.235

Tablo 15' de kontrol grubu ön uygulama ve son uygulama Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları görülmektedir.

Ölçeğin Aşırı Koruyuculuk ve Demokratik aile tutumu ile ilgili boyutunda ön uygulama ve son uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

GRAFİK 7. ÇALIŞMA GRUBU VE KONTROL GRUBU
HASTALIKLARLA BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI



Tablo 16 : Çalışma Grubu (Eğitim Sonrası) ve Kontrol Grubu (Son Uygulama) Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları

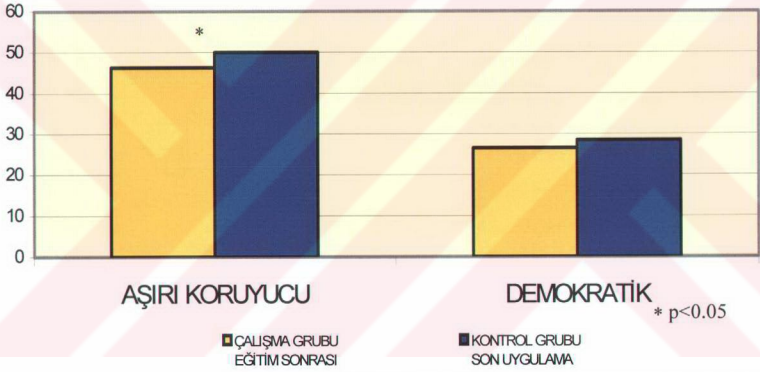
ÖLÇEK GRUPLARI	Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları				t	P
	Eğitim Sonrası		Son Uygulama			
	X	SS	X	SS		
I. Yeterlilik ve İyimserlik Gelişimi	17.30 ± 2.68		17.23 ± 2.23		0.105	0.917
II. Farklı Olduğunu Düşünme ve İçe Kapanma	19.43 ± 6.89		23.23 ± 5.78		-2.313	0.024
III. Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama	24.23 ± 8.47		28.20 ± 7.83		-1.895	0.063
VI. Tedaviye Uyum	27.16 ± 4.62		20.00 ± 3.92		6.474	0.000
V. Destek Arama	39.46 ± 10.18		39.23 ± 10.15		0.089	0.929

Tablo 16’ da çalışma grubu (eğitim sonrası) ve kontrol grubu (son uygulama) Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamaları görülmektedir.

Ölçeğin Yeterlilik ve İyimserlik Gelişimi, Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama, Destek Arama ile ilgili boyutunda, çalışma ve kontrol grubu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Ölçeğin Farklı Olduğunu Düşünme ve İçe Kapanma ve Tedaviye Uyum ile ilgili boyutunda, çalışma ve kontrol grubu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$)

GRAFİK 8. ÇALIŞMA GRUBU VE KONTROL GRUBU
AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUM ÖLÇEĞİ
PUAN ORTALAMALARI



Tablo 17 : Çalışma Grubu (Eğitim Sonrası) ve Kontrol Grubu (Son Uygulama) Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları

ÖLÇEK GRUPLARI	Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği		t	p
	Eğitim Sonrası X SS	Son Uygulama X SS		
Aşırı Koruyuculuk	46.33 ± 6.21	50.00 ± 5.68	-2.406	0.019
Demokratik	26.53 ± 4.87	28.50 ± 3.63	-1.773	0.820

Tablo 17' de çalışma grubu (eğitim sonrası) ve kontrol grubu (son uygulama) Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları görülmektedir.

Ölçeğin Aşırı Koruyuculuk ile ilgili boyutunda çalışma ve kontrol grubu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = - 2.406, p < 0.05$).

Ölçeğin Demokratik Tutum ile ilgili boyutunda çalışma ve kontrol grubu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = 1.258, p > 0.05$).

TABLO 3.3. ÇALIŞMA GRUBU ÇOCUKLAR İÇİN HASTALIKLA BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ, AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUM ÖLÇEĞİ ALT ÖLÇEK PUANLARININ EĞİTİM ÖNCESİ VE EĞİTİM SONRASI FARKLARI İLE SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 18 : Çalışma Grubu Çocuklar İçin Hastalıkla Başa Çıkma Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Farkları İle Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

	Yeter. İyimser. Gel.		Fark.Old.Düşün.		Huzur. Karamsar		Tedaviye Uyum		Destek Arama	
	Sıra Değeri	M-W U p	Sıra Değeri	M-W U p	Sıra Değeri	M-W U p	Sıra Değeri	M-W U P	Sıra Değeri	M-W U p
Yaş										
5-8	16,31	100,000	14,62	99,000	17,27	87,500	15,12	05,000	14,73	100,500
9-üzeri	14,88	p=0.655	16,18	p=0.629	14,15	p=0.335	15,79	p=0.833	16,09	p=0.675
Kardeş Sayısı										
0-1	16,57	97,000	16,11	103,500	17,00	91,000	15,36	110,000	14,36	96,000
2-üzeri	14,56	p=0.526	14,97	p=0.723	14,19	p=0.382	15,63	p=0.933	16,50	p=0.506
Aile Tipi										
Çekirdek	15,77	45,000	16,79	18,500	15,35	48,000	16,23	33,000	16,54	25,000
Diğer	13,75	p=0.664	7,13	p=0.040	16,50	p=0.807	10,75	p=0.244	8,75	p=0.099
Anne Eğitimi										
Eğitimsiz+ilkokul	15,25	103,500	13,58	73,500	12,56	55,000	16,00	69,000	14,33	87,000
Lise+üniver.	15,88	p=0.846	18,38	p=0.143	19,92	p=0.025	15,38	0.876	17,25	0.374
Anne İşi										
Çalışmıyor	15,61	78,000	13,96	45,000	4,22	51,000	15,65	77,000	14,72	62,500
Çalışıyor	15,14	p=0.901	20,57	p=0.081	19,71	p=0.147	15,00	p=0.863	18,07	p=0.377
Baba Eğitimi										
Eğitimsiz+ilkul	10,08	39,500	18,25	55,500	10,17	40,000	15,56	107,000 p	17,00	63,000
Lise+ünivere	16,85	p=0.086	14,81	p=0.391	16,83	p=0.097	15,42	=0.966	15,13	0.641
Baba İşi										
Memur+İşçi	15,90	62,500	16,23	54,500	16,00	60,000	15,29	67,000	16,33	52,000
Serbest+Diğ	13,90	p=0.616	12,58	p=0.363	13,50	p=0.533	16,33	p=0.794	12,17	p=0.299
Sosyal Güvence										
Yok	1,00	0,000	29,50	0,500	3,00	2,000	4,50	3,500	11,50	10,500
Var	16,00	p=0.088	15,02	p=0.105	15,93	p=0.148	15,88	p=0.201	15,64	p=0.644
Astım Şiddet										
Hafif	14,68	95,50	19,32	62,50	20,14	53,50	12,77	74,50	16,82	90,00
Orta	15,97	p=0.359	13,29	p=0.070	12,82	p=0.026	17,08	p=0.200	14,74	p=0.553
Astım Tanısı										
Alma Süresi										
1 – 3 Yıl	15,08	100,50	15,92	98,60	14,44	89,00	14,25	85,50	15,84	18,50
4 Yıl ↑	16,03	p=0.755	14,88	p=0.630	17,08	p=0.439	17,38	p=0.460	10,75	p=0.325
İlaç Kullanma Durumu										
Evet	15,89	17,00	14,61	3,00	14,82	9,00	16,21	8,00	14,39	88,00
Hayır	10,00	p=0.414	28,00	p=0.028	25,00	p=0.138	5,50	p=0.115	17,17	p=0.415
Atak Geçirme Sıklığı										
0 – 12 ay	16,12	36,00	14,50	22,00	13,96	12,00	15,58	50,00	14,56	27,50
13 ay ↑	11,50	p=0.359	22,00	p=0.123	25,50	p=0.11	15,00	p=0.930	21,33	p=0.139
Doktora Gıtme Sıklığı										
1 – 3 ay	14,82	73,00	15,66	84,50	15,98	77,50	14,55	67,00	14,84	73,50
4 ay ↑	17,38	p=0.504	15,06	p=0.872	14,19	p=0.629	18,13	p=0.344	17,31	p=0.504
Ailede Kronik Hastalık Bulunma Durumu										
Var	15,92	103,00	14,50	96,00	13,46	83,50	14,63	97,50	14,17	92,00
Yok	15,22	p=0.551	16,17	p=0.652	13,86	p=0.305	16,08	p=0.672	16,39	p=0.518

Tablo 18’de görüldüğü gibi Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeğinin alt ölçek 1 (Yeterlik ve İyimserlik Gelişimi), alt ölçek 2 (Farklı Olduğunu Düşünme ve İçe Kapanma), alt ölçek 3 (Huzursuzluk-Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama), alt ölçek 4 (Tedaviye Uyum) ve alt ölçek 5 (Destek Arama) gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenlerin karşılaştırılması için yapılan Mann-Whitney U Testi sonucunda alt ölçek 2 (Farklı Olduğunu Düşünme ve İçe Kapanma) grubu ile aile tipi ve ilaç kullanma durumu, alt ölçek 3 (Huzursuzluk-Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama) grubu ile anne eğitimi, astım şiddeti ve atak geçirme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer alt grupların eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19 :Çalışma Grubu Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinin Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Farkları ile Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

	Aile		Aşırı Koruyucu		Aile Demokratik	
	Sıra Değeri	M-W U P	Sıra Değeri	M-W U P	Sıra Değeri	M-W U P
Yaş						
5 - 8	16.77		94.000	17.23	88.000	
9-üzeri	14.53		p=0.488	14.18	p=0.344	
Kardeş Sayısı						
0-1	16.96		91.500	15.57	111.000	
2-üzeri	14.22		p=0.393	15.44	p=0.967	
Aile Tipi						
Çekirdek	14.96		38.000	14.73	32.000	
Diğer	19.00		p=0.391	20.50	p=0.220	
Anne Eğitimi						
Eğitimsiz+ilkok	16.78		85.000	17.67	69.000	
Lise+üniversite	13.58		p=0.329	12.25	p=0.097	
Anne İşi	16.39 12.57		60,000	15.98 13.93	69.500	
Çalışmıyor			p=0.313		p=0.588	
Çalışıyor						
Baba Eğitimi	20.75 14.19		40,500	21.08 14.10	38.500	
Eğitimsiz+ilkok			p=0.101		p=0.081	
Lise+üniversite						
Baba İşi			59.500		38.500	
Memur+İşçi	14.98		p=0.516	14.10	p=0.081	
Serbest+Diğer	17.58			21.08		
Sosyal Güvence						
Yok	1.00		0,000	2,00	1,000	
Var	16.00		p=0.093	15,97	p=0.117	

	Aile		Aşırı Koruyucu		Aile		Demokratik	
	Sıra Değeri		M-W	U P	Sıra Değeri		M-W	U P
Astım Şiddet								
Hafif	17.18		86.00		18.73		69.00	
Orta	14.53		p=0.441		16.63		p=0.134	
Astım Tanısı								
Alma Süresi								
1 – 3 Yıl	16.83		84.00		15.17		102.00	
4 Yıl ↑	13.50		p=0.325		16.00		p=0.819	
İlaç Kullanma Durumu								
Evet	15.59		25.50		15.04		15.00	
Hayır	14.25		p=0.837		22.00		p=0.331	
Atak Geçirme Sıklığı								
0 – 12 ay	14.56		27.50		16.64		63.00	
13 ay ↑	21.63		p=0.139		12.38		p=0.256	
Doktora Gitme Sıklığı								
1 – 3 ay	17.14		52.00		14.90		36.50	
4 ay ↑	11.00		p=0.092		19.38		p=0.359	
Ailede Kronik Hastalık Bulunma Durumu								
Var	14.71		98.50		13.29		81.50	
Yok	16.03		p=0.692		16.97		p=0.267	

Tablo19’da görüldüğü gibi Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinin I.Boyut (Aşırı Annelik, Aşırı Koruyuculuk Tutumu) ve II. Boyut (Demokrasi ve Eşitlik Tutumu) alt ölçeklerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenlerin karşılaştırılması için yapılan Mann-Whitney Testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).



TARTIŞMA

4.1.ÇOCUKLARIN VE ANNELERİNİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışma ve kontrol grubu çocukların yaşlarının dağılımları incelendiğinde; çalışma grubundaki çocukların %50' sinin 5-7 yaş arasında, kontrol grubu çocukların %36.3' ünün 8-11 yaş arasında yer aldığı görülmektedir. (Tablo 6).

Çevik' in (2004) yaptığı çalışmada çocukların % 50' si 6–10 yaş grubunda, Lieu ve ark. (2004) çalışmasında yaş ortalaması 8.3 olarak saptanmıştır (22, 50)

Savaşer ' in (1995) yaptığı çalışmada kronik hastalığa sahip çocukların oranı % 27.8 7–8 yaş grubunda toplandığı bulunmuştur (61).

Bozkurt ' un (2003) çalışmasında çocukların %65.2' si 7–10 yaş grubunda yer almıştır (12).

Literatür bilgileri doğrultusunda, astım ataklarının küçük çocuklarda sık görülmesi ve şiddetli seyretmesi 15–20 yaşlar arasında ise atak sıklığının azalması şeklinde açıklanabilir (41).

Çalışma ve kontrol grubu çocukların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubundaki çocukların % 53.3' ünün kız, %46.7' si erkek olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Çevik' in (2004) yaptığı çalışmada, çocukların %65' i, Lieu ve ark. (2004) çalışmasında çocukların % 58' i, Bozkurt' un (2003) çalışmasında çocukların %65.2' si erkek olarak bulunmuştur (22, 12).

Literatür bilgileri 14 yaş altındaki astımlı çocuklarda erkeklerde kızlara oranla 2 kat fazla olduğu doğrultusundadır (2,12, 41).

Astım erkek çocuklarda daha sık görülen bir hastalık olmasına rağmen, çalışmamızda yapılan eğitim toplantılarına kız çocuğa sahip ailelerin katılımı daha fazla olmuştur.

Çalışma ve kontrol grubu çocukların kardeş sayılarına göre dağılımları incelendiğinde ; çalışma grubu çocukların %40.0' ının 2 kardeşi, kontrol grubu çocukların % 40.0' ının 1 kardeşi bulunduğu görülmüştür (Tablo 6).

Dufy (1987) çalışmasında tek çocuğu olan aileler % 83 olarak saptanmıştır (26).

Bu durumda gelişmişlik ve eğitim düzeyi arttıkça, ailelerin çocuk sayısının düşmesine bağlıdır. Araştırma sonuçları toplumumuzdaki ailelerde çocuk sayısının giderek azaldığını göstermesi açısından önemlidir.

Çalışma ve kontrol grubu çocukların aile bireyleri sayısına ve aile tiplerine göre dağılımları incelendiğinde ; çalışma ve kontrol grubu çocukların aile genişliği birbirine benzer bulunmuştur. Çalışma grubunun %50' si, kontrol grubunun % 53.3' ü 4 kişilik aile yapısında olduğu ve çalışma grubu çocukların %86.7' sinin çekirdek, kontrol grubu çocukların % 90.0' ının çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Bu durum ülkemizde geleneksel aile yapısının kentlerde azaldığını göstermektedir.

Orbay (1996) da belirttiğine göre, eğitim ve gelir düzeyinin artması ve kentleşmenin hızlanması geniş aile değerlerine verilen önemin azalmasına neden olmuştur (52).

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların annelerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde ; çalışma grubu çocukların annelerinin % 53.3' ünün ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu, kontrol grubunda astımlı çocukların annelerinin %56.7'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Savaşer' in (1995) yaptığı çalışmada annelerin eğitim düzeyi % 67.8 ilkokul ve ortaokul düzeyinde olarak saptanmıştır (61).

Bu sonuç çalışma grubu annelerinin eğitim düzeyleri ile benzerlik göstermektedir.

Lieu ve ark. (2004) yaptığı çalışmada üniversite mezunu annelerin oranı %45.4 olarak saptanmıştır (50). Bu değer kontrol grubu verileriyle benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubu ve kontrol grubu astımlı çocukların annelerinin çalışma durumları incelendiğinde ; çalışma grubu çocukların annelerinin %76.7' si, kontrol grubu astımlı çocukların annelerinin %60'ının ev hanımı olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Toplumda kadınların çalışma oranının arttığına dikkat çekilmektedir. Ancak kronik hastalığa sahip olan ailelerde çocuğun bakım yüküne bağlı olarak çalışmayan annelerin çoğunlukta olduğu görülmüştür.

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin sosyal güvence durumlarına göre dağılımları incelendiğinde ; çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin % 70.0' i , kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin % 63' ünün Emekli Sandığına bağlı bulunduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Çevik ve ark. (2004) yaptığı çalışmada, ailelerin %45' inin Emekli Sandığına bağlı sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır (22).

Bu durum, araştırmaların Üniversite hastanelerinde yapılmış olmasının bir sonucudur. Ülkemizde Üniversite hastanelerine sadece Emekli Sandığı mensuplarının direkt kabul edilmesi ve astım tedavisinin pahalı ve uzun süren bir tedavi olması nedeniyle ailelerin sosyal güvencelerine uygun hastaneleri seçtiklerini göstermektedir.

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin tanımlanan sosyo - ekonomik durumlarına göre dağılımları incelendiğinde ; çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin % 93.3' ü, kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin % 86.7'sinin tanımlanan sosyo- ekonomik durumu orta sosyo-ekonomik düzey olarak saptanmıştır (Tablo 7).

Çevik ve ark. Selçuk Üniversitesinde (2004) yaptığı çalışmada, ailelerin ekonomik durumunu %79 orta sosyo-ekonomik düzeyde bulmuştur (22).

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin, kronik hastalık bulunma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin %60.0' ında kronik hastalık bulunmamasına rağmen, kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin %63.3' ünde tanımlanmış bir kronik hastalık bulunmuştur (Tablo 7).

Savaşer' in (1995) çalışmasında çocuğun ailesinde kronik hastalık bulunma durumu % 28.9 olarak saptanmıştır (61).

Bozkut (2003) çalışmasında çocuğun ailelerinde astım görülme durumu %52.2 olarak saptanmıştır (22).

Anne veya babanın biri astımlı olduğunda çocuğun astım olma olasılığının %30' a, her ikisinin astımlı olması durumunda bu oranın %50' ye çıktığı genetik geçişin sık olduğu bilinmektedir (22).

Anlar' ın (2000) de belirttiği gibi, tek veya çift yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde astım gelişme riskinin daha fazla olduğunu ve monozigot ikizlerde astım olma olasılığının %19 , çift yumurta ikizlerinde ise % 4.8 olduğunu saptamıştır.

Astımın atopik ailelerde sık görülmesi ve annesinde astım öyküsü olan çocuklarda astım daha fazla olması genetik faktörlerin hastalığın gelişiminde rolü olduğunu göstermiştir (2).

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların evlerinde yatmak için kullanılan oda sayısı incelendiğinde ; çalışma gurubu astımlı çocukların evlerinin % 73.3 'ünde, kontrol grubu astımlı çocukların evlerinin % 80.0'inde yatmak için kullanılan oda sayısı 2 olarak saptanmıştır (Tablo 8).

Literatür bilgileri, oturma odalarının yatak odası olarak kullanılmasının astımı tetikleyen faktörlerden biri olduğu doğrultusundadır (6, 35).

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların evlerinde akma – küflenme durumu incelendiğinde ; çalışma gurubu astımlı çocukların evlerinin % 73.3'ünde, kontrol grubu astımlı çocukların evlerinin % 96.7' sinde akma ve nemlenme olmadığı saptanmıştır (Tablo 8).

Literatür bilgileri yaşanan yerde nem ve küflenmenin, astımı tetikleyen faktörler arasında saymaktadır (2, 35, 52) .

Araştırma sonuçları, ailelerin büyük çoğunluğunun astımlı çocuklarını hastalığı tetikleyecek kötü ev koşullarında yaşatmadığını göstermiştir.

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin evde hayvan besleme durumları incelendiğinde; çalışma grubu astımlı çocukların evlerinin %73.3'ünün, kontrol grubu astımlı çocukların evlerinin % 90' ının evinde hayvan beslemediği bulunmuştur (Tablo 8) .

Çevik ve ark. (2004) yaptığı çalışmada, ailelerin % 76' sının evlerinde hayvan beslemediği saptanmıştır (22).

Bu sonuç araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Astım eğitim toplantılarında ailelere sık görülen tetikleyicilerden uzak durma, bazı basit önlemlerle ev içi alerjenlerden korunma yöntemleri öğretilerek çevresel etkenlerden uzak durma ve böylece çocuğun ve ailenin hastalıkla baş etme becerileri kazanmalarına destek olunmuştur.

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin ısınma şekli incelendiğinde ; çalışma gurubu astımlı çocukların evlerinin % 63.3 'ünde, kontrol grubu astımlı çocukların evlerinin % 73.3'ünde ısınma şekli olarak soba kullandığı saptanmıştır (Tablo 8).

Çevik ve ark. (2004) yaptığı çalışmada, çocukların % 55' inin evlerinde soba kullanıldığı tespit edilmiştir (22).

Her iki çalışma grubuna giren ailelerin orta sosyo ekonomik düzeyde olması nedeniyle benzerlik olduğu görülmüştür.

Çalışma ve kontrol gurubu astımlı çocukların ailelerinin sigara içme durumları incelendiğinde ; çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin % 56.7 'si, kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin % 70.0 'inin sigara içtiği saptanmıştır (Tablo 8).

Çevik ve ark. (2004) yaptığı çalışmada, çocukların ailelerinin %53' ünün sigara içtiği tespit edilmiştir (22).

Sigara içimi solunum yolu hastalıkları için bilinen en önemli önlenebilir risk faktörüdür. Anne babası veya bunlardan birisinin sigara kullanıyor olması çocuklarda astım riskini artırır.

Sigara içen annelerin çocuklarında, wheezing veya diğer solunum sistemi yakınmaları ve hastaneye başvurularının arttığı görülmüştür. Günde en az 1 paket sigara içen annelerin çocuklarında alt solunum sistemi semptomu gelişme riski 1.4 - 2.8 kat fazla olduğu, sigara dumanına pasif maruziyetin ise astım ciddiyetini artırıcı bir faktör olduğunu belirten literatür bilgileri mevcuttur (17, 22, 33, 40, 49 ,71).

Çalışma ve kontrol gurubu astımlı çocukların ailelerinin çocuklarının yanında sigara içme durumları incelendiğinde ; çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin % 73.3' ü, kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin % 63.3' ünün çocuklarının yanında sigara içmediği bulunmuştur. (Tablo 8).

Literatürde astımı tetikleyen faktörlerin sıklıkla çevresel faktörler olduğu, bunlardan özellikle alerjenlerin %80 oranında astımı tetiklediği, bu alerjenlerden ev tozu ve sigaranın ilk sırada yer aldığı belirtilmektedir (24, 67) . Bozkut (2003) çalışmasında belirttiği gibi çocukların astımını en sık tetikleyen etkenler , %71.7 oranında ev tozu, %23.9 oranında polenler ve % 21.7 oranında sigara olarak saptanmıştır. Çocuklarda astım atağı nedeninin çoğunlukla çevresel irritanlar olduğu belirtilmiştir (12).

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların astım tanısı alma süresine göre dağılımları incelendiğinde ; çalışma grubu astımlı çocukların % 40.0 ' ına 1–2 yıl önce tanı konulduğu, kontrol grubu çocukların % 50.0 ' sine 3–4 yıl önce tanı konulduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Savaşer (1995) araştırmasında, hasta çocukların %34.4' ünün 1–2 yıl önce, % 41.1' inin 2–4 yıl önce hastalık tanısı aldığını saptamıştır (61).

Bu bulgular, çocuğun erken tanı almış olduğunu ve hastalık bulgularının yeni olduğunu göstermektedir. Erken dönemde hastalıkla baş etme ve aile tutum değişiklikleri açısından erken dönemde yapılan girişimlerin daha yararlı olabileceği düşünülür.

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların astım şiddetlerine, ilaç tedavisi görme ve ilaçlarını düzenli kullanma durumlarına, atak geçirme ve doktora gitme sıklığına göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubu astımlı çocukların %63.3' ü, kontrol grubu çocukların % 56.7' sinde orta şiddette astım bulunduğu, çalışma grubu ve kontrol grubu astımlı çocukların % 93.3' ünün ilaç tedavisi gördüğü, çalışma grubu astımlı çocukların %93.3' ü, kontrol grubu çocukların % 90.0' ninin ilaçlarını düzenli kullandığı, çalışma grubu çocukların % 60.0' inin, kontrol grubu çocukların % 46.7' sinin 6–1 yıl içersinde atak geçirdiği, çalışma grubu çocukların % 40.0' inin, kontrol grubu çocukların %53.4' ünün 3 ayda bir doktora gittiği saptanmıştır (Tablo 9).

Astım tedavisinde amaç ; belirtilerin kontrol altına alınması, ilaçların düzenli kullanılması, atakların önlenmesi, normal akciğer fonksiyonlarının ve fiziksel aktivitelerin sürdürülmesi, astım tedavisine bağlı yan etkilerin azaltılmasıdır. Akut hastalık çocuğun yaşamını belli bir süre etkiler ve geçicidir. Kronik hastalıklar ise uzun süren bozukluklar olup çocuğun yaş ve bireysel özelliklerine göre değişik düzeylerde olumsuz etkiler oluşturur. Tedavide belirlenen amaçlara ulaşıldığında atakların şiddeti, sıklığı ve hastaneye yatış azalır. Kronik bir hastalık olması

nedeniyle çocuk ve ailenin tedaviye katılımı önemlidir. Çocuğun ve ailenin hastalığa uyumu sağlanırsa, tedaviye daha iyi yanıt alınır, daha az ilaç kullanır ve hastane başvuruları azalır (12 ,21).

Çevik ve ark. (2004) yaptığı çalışmada, çocukların % 45' inin ayda bir doktora gittiği tespit edilmiştir (22).

Astımlı çocukların hemşirelik yaklaşımının en önemli kısmı, kendi kendine bakım programları içersinde, çocuk ve ailesine hastalık ve bakımı ile ilgili prensiplerin öğretilmesidir (41).

4.2. ÇOCUKLAR İÇİN HASTALIKLARLA BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ, AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Eğitim Öncesi Çalışma Grubu ve Kontrol Grubu Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları İncelendiğinde ; Ölçeğin Yeterlilik ve İyimsizlik Gelişimi ile ilgili boyutunda (çalışma grubu $X = 16.46 \pm 2.70$, kontrol grubu $X = 17.26 \pm 2.43$) , Farklı Olduğunu Düşünme ve İç Kapanma boyutunda (çalışma grubu $X = 20.83 \pm 5.58$, kontrol grubu $X = 23.30 \pm 5.56$), Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama ile ilgili boyutunda (çalışma grubu $X = 27.30 \pm 8.47$, kontrol grubu $X = 27.36 \pm 7.51$), Destek Arama ile ilgili boyutunda (çalışma grubu $X = 34.43 \pm 10.11$, kontrol grubu $X = 38.53 \pm 9.63$) elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 10).

Ölçeğin Tedaviye Uyum ile ilgili boyutunda (çalışma grubu $X = 26.16 \pm 4.92$, kontrol grubu $X = 19.30 \pm 3.17$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t = 5.943$, $p < 0.05$) (Tablo 10).

Çocuk ve ailenin hastalık hakkında bilgilenme ve tedavide aktif rol alması tedavinin başarısını artırır.

Araştırma sonucundaki bulgular dikkate alındığında ölçeğin alt boyutlarından sadece tedaviye uyum boyutunda çalışma grubu ve kontrol grubunun toplam puan ortalamaları arasında fark saptanmıştır. Kontrol grubu çocukların aileleri kendi istekleri ile eğitim toplantılarına katılmamışlardır. Bu durum verilmek istenen tıbbi tedaviye karşı kontrol grubunun isteksiz olduğunu göstermektedir.

Eğitim Öncesi Çalışma Grubu ve Kontrol Grubu Çocuklar İçin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları incelendiğinde ; Ölçeğin Aşırı

Koruyuculuk ile ilgili boyutunda (çalışma grubu $X = 49.33 \pm 6.42$, kontrol grubu $X = 49.46 \pm 6.80$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır($t = - 0.078, p > 0.05$) (Tablo 11).

Ölçeğin Demokratik Tutum ile ilgili boyutunda (çalışma grubu $X = 27.70 \pm 4.06$, kontrol grubu $X = 28.16 \pm 3.87$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = - 0.484, p > 0.05$) (Tablo 11).

Türkiye’ de ataerkil aile yapısı yaygındır. Baba , diğer aile üyelerini idaresi altına alan ailenin başıdır ve anne gereğinden fazla koruyucu ve geri plandadır. Güç, babanın elindedir ve ilişkiler eşitlik prensibi üzerinde temellenmemiştir.

Cumhuriyetle birlikte hızlı sosyal değişme ve modernleşme , teknolojik gelişme süreci sırasında , batı değerleri ve tutumları ile ilişki içine girilmesi kültürümüzü ve özellikle eğitimi etkilemiştir.İdeal insan etkileşimi demokratik, eşitlikçi olmaya başlamıştır. Düşünce ve duygularını açıklama, ifade etme hakkı, eğitimli orta sınıf ebeveynleri tarafından yüksek oranda

kabul edilmeye başlamıştır. Ancak bu değişiklikler kadının rollerinde henüz yeterli derecede değildir (34).

Araştırma sonucunda koruyucu aile tutum puan ortalamalarının yüksek , demokratik aile toplam puan ortalamalarının düşük saptanması Türkiye’ de ataerkil aile yapısının daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Çalışma Grubu Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları incelendiğinde; Ölçeğin Yeterlilik ve İyimserlik Gelişimi ile ilgili boyutunda (çalışma grubu $X = 16.46 \pm 2.70$, kontrol grubu $X = 17.30 \pm 2.68$), Farklı Olduğunu Düşünme ve İç Kapanma boyutunda (çalışma grubu $X = 20.83 \pm 5.58$, kontrol grubu $X = 19.43 \pm 6.89$), Ölçeğin Tedaviye Uyum ile ilgili boyutunda (çalışma grubu $X = 26.16 \pm 4.92$, kontrol grubu $X = 27.16 \pm 4.62$), Destek Arama ile ilgili boyutunda (çalışma grubu $X = 37.43 \pm 10.11$, kontrol grubu $X = 39.46 \pm 10.18$) eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 12).

Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama ile ilgili boyutunda (çalışma grubu $X = 27.30 \pm 8.47$, kontrol grubu $X = 24.23 \pm 8.36$) eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = 2.256$, $p < 0.05$) (Tablo 12).

Hasta eğitiminin amacı çocuk ve ailenin astımla yaşamayı öğrenmesidir. Hasta hastalığını inkar eder ve tedaviye katılmaz ise prognoz kötüye gider. Ailenin tedaviye katılımında tedavi ekibi - aile işbirliği ilk koşuldur. Astımı kontrol altında tutmak için yapılması gerekenler, aileye öğretilirse astım ataklarının sıklığı azalır ve normal yaşam sürdürülür. Eğitimde çocuk, aile ve tedavi ekibinin işbirliğinin önemi önceden vurgulanmalıdır. Eğitilmiş hastalar kendini koruyabilir ve tedavi programına daha iyi uyum sağlayabilir (7, 56).

Araştırma sonuçları verilen eğitim programları sonucunda ailelerde hastalığın yarattığı kaygı ve huzursuzluğun eğitimle azaldığını desteklemektedir.

Çalışma Grubu Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları incelendiğinde ; Ölçeğin Aşırı Koruyuculuk ile ilgili boyutunda (eğitim öncesi $X = 49.33 \pm 6.42$, eğitim sonrası $X = 46.33 \pm 6.21$), toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = 2.763, p < 0.05$)(Tablo 13).

Ölçeğin Demokratik Tutum ile ilgili boyutunda (eğitim öncesi $X = 27.70 \pm 4.06$, eğitim sonrası $X = 26.53 \pm 4.87$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = 1.289, p > 0.05$) (Tablo 13).

Literatür bilgileri, kronik ve ölümcül hastalıklar karşısında ailelerin büyük suçluluk duyguları hissettiğini ve kendilerine en uygun bilinçdışı savunma mekanizmaları ile bu duygudan kurtulmaya çalıştıklarını gösterir (21, 61).

Savaşer' in (1995) deki çalışmasında belirttiği, Ekşi ve arkadaşlarının kronik fiziksel hastalığı olan çocuk ve ailelerle yaptıkları çalışmalarında, çocukların büyük çoğunluğunun ailelerine karşı aşırı düşkün ve bağımlı olduğunu, engellere dayanma gücünün yeterli geliştirilmediğini, güçlükler karşısında hastalıkları kullanma eğilimi gösterdiğini saptamışlardır. Aile aşırı koruyucu davranıştan sakınmalıdır. Aşırı korunma söz konusu ise çocuğun hastalığa başarılı uyum için gerekli olan problem çözme yeteneği gelişemez. Ayrıca ailenin gösterdiği aşırı ilgiyi çocuğun arkadaşları, öğretmeni ve diğer aile üyeleri göstermeyeceği için çocukta izolasyon duygusu gelişir.

Araştırma sonuçları , ailelerin hastalık hakkında bilgilenmeleri astım sebepleri, korunma yöntemleri , tetikleyici faktörler , hastalıkla baş etme konusunda bilgi sahibi olduklarında çocuklarına karşı aşırı koruyucu tutum sergilemediklerini göstermektedir.

Kontrol Grubu Ön Uygulama ve Son Uygulama Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları incelendiğinde ; Ölçeğin Yeterlilik ve İyimserlik Gelişimi ile ilgili boyutunda ön uygulama ve son uygulama toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = 0.117, p > 0.05$).

Ölçeğin Farklı Olduğunu Düşünme ve İç Kapanma ile ilgili boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = 0.162, p > 0.05$) (Tablo 14).

Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama ile ilgili boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($t = - 1.193, p > 0.05$).

Ölçeğin Tedaviye Uyum ile ilgili boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = - 0.537, p > 0.05$).

Destek Arama ile ilgili boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = -0.507, p > 0.05$)) (Tablo 14).

Kronik hastalığı olan çocuklar sıklıkla çeşitli tedavi ve işlemler, yaşam tarzındaki kısıtlılıklar gibi sorunlarla karşılaşır. Bunlara ek olarak, maddi sıkıntılar, sosyal yaşamın kısıtlanması, rutinlerdeki değişiklikler ve geleceğin belirsiz oluşu, kronik hastalığı olan çocuklarda görülen diğer ortak endişelerdir. Yaşanan tüm endişeler, kişisel ve sosyal amaçları başarmak ve kronik hastalıkla yaşamının günlük gerginliği ile mücadele etmek için bazı yöntemler geliştirilmesini gerektirir. Bu uyum süreci, çeşitli teorisyenler (örn: Murphy 1974, Kaplan 1973, Lazarus ve Folkman 1984) tarafından başatma olarak nitelendirilmiştir. Başatma, geniş şekilde stresi ele alma yöntemi olarak tanımlanabilir. Murphy, başatma sürecini, hem aktif çabaların hem de savunma mekanizmalarının birleştirilmesi olarak görmektedir. Lazarus ve

arkadaşları ise başetmeyi; bireylerin önemli ölçüde tehlikeli bir durumla karşılaştıkları zaman gösterdikleri problem çözme çabaları olarak tanımlamışlardır (20,21, 61).

Sağlık eğitimi, astımlı çocuk ve ailelerine hastalıklarını ve yaşantılarını yönetme sorumluluğu kazandırır.

Kontrol Grubu Ön Uygulama ve Son Uygulama Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları incelendiğinde ; Ölçeğin Aşırı Koruyuculuk ile ilgili boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (t = 1.846 , p > 0.05).

Ölçeğin Demokratik Tutum ile ilgili boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (t = 1.278 , p > 0.05) (Tablo 15).

Araştırma sonuçları kontrol grubunun hastalıkla başa çıkma davranışında eğitim programlarına katılmadıkları için herhangi bir değişiklik olmadığını göstermektedir.

Çalışma Grubu Eğitim Sonrası ve Kontrol Grubu (Son Uygulama) Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırıldığında; Ölçeğin Yeterlilik ve İyimserlik Gelişimi ile ilgili boyutunda (çalışma grubu X = 17.30 ± 2.68, kontrol grubu X = 17.23 ± 2.23), Huzursuzluk, Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama ile ilgili boyutunda (çalışma grubu X = 24.23 ± 8.47, kontrol grubu X = 28.20 ± 7.83) Destek Arama ile ilgili boyutunda (çalışma grubu X = 39.46 ± 10.18, kontrol grubu X = 39.23 ± 10.15) eğitim öncesi ve son uygulama puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p > 0.05) (Tablo 16).

Farklı Olduğunu Düşünme ve İç Kapanma boyutunda (çalışma grubu X = 19.43 ± 6.89, kontrol grubu X = 23.23 ± 5.78) , ölçeğin Tedaviye Uyum ile ilgili boyutunda (çalışma grubu X = 27.16 ± 4.62, kontrol grubu X = 20.00 ± 3.92) eğitim sonrası ve son uygulama puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p < 0.05) (Tablo 16).

Kronik hastalığı ile iyi şekilde başeden çocuklar, evde, okulda ve akranlarıyla etkili şekilde fonksiyon görebilir ve bu başarılarından kişisel doyum sağlayabilirler. Aynı zamanda hastalıklarına iyi uyum yapmış olan çocuklar, ebeveynlerine yaşlarına uygun düzeyde bağımlılık gösterirler ve hastalığı, diğer kişilerin ilgi ve sempatisini kazanmak için kullanma eğilimi göstermezler.

İlaçlarla ilgili endişeler, farklı tedavi şekilleri, yanlış inançlar ve korkular tedavinin başarısını olumsuz etkileyen faktörlerdir. Eğitimde tıbbi tedavinin yönetimi önemlidir. Çocuk, aile ve tedavi ekibinin işbirliği, eğitilmiş hastalarda daha yüksektir (7, 21, 34, 56).

Araştırma sonuçları yapılmış olan eğitimin ölçeğin Farklı Olduğunu Düşünme ve İçe Kapanma boyutu ile Tedaviye Uyum ile ilgili boyutunda etkinliğini göstermektedir.

Çalışma Grubu Çocukların Eğitim Sonrası ve Kontrol Grubu (Son Uygulama) Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları incelendiğinde ; Ölçeğin Aşırı Koruyuculuk ile ilgili boyutunda (eğitim Sonrası $X = 46.33 \pm 6.21$, son uygulama $X = 50.00 \pm 5.681$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = 2.763$, $p < 0.05$)
(Tablo 17)

Ölçeğin Demokratik Tutum ile ilgili boyutunda (eğitim Sonrası $X = 26.53 \pm 4.87$, son uygulama $X = 28.50 \pm 3.63$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = 1.258$, $p > 0.05$) (Tablo 17).

Ebeveynler, çocuğun kronik hastalığını dengelemek için ona aşırı ilgi gösterebilir. Aşırı koruyucu ebeveynler, çocuğun hastalığının sorumluluğunu kabul ederek, kendilerini tümüyle çocuğun bakımı için feda ederler. Bu ebeveynler genellikle çocuğun gerçek yeteneklerinin farkında değildirler. Çocuğa aşırı düşkünlük ve aşırı koruma davranışları, çocuğun kendini kontrol etme ve kendine saygısının gelişmesini önler. Aşırı koruyucu tutumda çocuk ebeveynlerinden bağımsızlaşamaz ve onların uzantısı olarak kalır (4,21).

Sağlık eğitimi, astımlı çocuk ve ailesine hastalıklarını ve yaşantılarını yönetme sorumluluğu kazandırır. Sağlık eğitimi yapılırken, eğitime katılanların hedefleri, beklentileri ve yaşanan güçlükler saptanmalıdır. İlaçlarla ilgili endişeler, farklı tedavi şekilleri (aşı vb.), yanlış inançlar ve korkular tedavinin başarısını olumsuz etkileyen faktörlerdir. Eğitimde tıbbi tedavinin yönetimine geniş yer verilmelidir (4,29,33).

Araştırmamız sonuçları, eğitim sonunda çalışma grubu aşırı koruyucu aile tutumu toplam puanının düştüğü doğrultusundadır. Bu durum yapılan eğitimin etkinliğini göstermektedir.

4.3. Çocuklar İçin Hastalıkla Başa Çıkma Ölçeği, Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Farkları İle Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Çocuklar İçin Hastalıkla Başa Çıkma Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Farkları İle Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması incelendiğinde ; Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeğinin alt ölçek 1 (Yeterlik ve İyimserlik Gelişimi), alt ölçek 2 (Farklı Olduğunu Düşünme ve İç Kapanma), alt ölçek 3 (Huzursuzluk - Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama), alt ölçek 4 (Tedaviye Uyum) ve alt ölçek 5 (Destek Arama) gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenler karşılaştırıldığında alt ölçek 2 (Farklı Olduğunu Düşünme ve İç Kapanma) grubu ile aile tipi ve ilaç kullanma durumu, alt ölçek 3 (Huzursuzluk-Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama) grubu ile anne eğitimi, astım şiddeti ve atak geçirme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer alt grupların eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenler arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 18).

Savaşer' in (1995) de çalışmasında belirttiği gibi Ekşi ve arkadaşlarının çalışmalarında, çocukta oluşan davranış bozukluklarının hastalığın süresi ile ilişkili olmadığı belirtilmektedir (61).

Araştırmamızda çekirdek aile tipinde farklı olduğunu düşünme ve içe kapanma alt ölçek puanları yüksek olarak saptanmıştır. Bu durum ebeveynlerin çocuğun her gereksinimini önceden tahmin ederek onu tüm başarısızlıklardan korumaya çalışmalarından kaynaklanır. Böylece çocuk , başarılı uyumun gerçekleşmesi için gerekli olan problem çözme becerilerinin gelişmesini sağlayan tüm stres ve başarısızlıklardan korunur. Ebeveynlerin iyi niyetlerine rağmen, aşırı koruyuculuk sadece aile sistemi içinde fonksiyoneldir. Akranlar, öğretmenler ve geniş aile üyeleri, bu çocuğun aşırı gereksinimlerini tolere edemezler. Bu durum, çocuğun ilerde reddedilmesine ve izole olmasına neden olabilir(21).

Araştırmamızda,anne eğitimi, astım şiddeti ve atak geçirme sıklığı ile huzursuzluk karamsarlık ve içe kapanma alt ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne eğitimi yükseldikçe olumsuz başa çıkma davranışı olan huzursuzluk karamsarlık ve içe kapanma puanlarını yükselmektedir. Ebeveynler için hastalığın anlamı onların eğitimi, dini inançları ve kültürel geçmişlerine bağlı olarak farklılıklar gösterebilir. Güçlü dini inançları olan ebeveynler, çocuğun hastalığını dini felsefe içinde tanımlayabilirler. Aynı zamanda ebeveynler, çocuğun hastalığının etyolojisini ve günümüzdeki tedavi yöntemlerini inceleyerek, tıbbi ve bilimsel yaklaşımla da olaya anlam vermeye çalışabilirler. Kronik hastalıklı çocuğu olan ebeveynlerin etkili olmayan başetme yöntemini kullanmaları, çocuğun hastalığa uyumunu engeller (21, 61).

Savaşer' in(1995) de çalışmasında kronik hastalıkta akut alevlenme sıklığı arttıkça olumsuz başa çıkma davranışı olan huzursuzluk karamsarlık ve içe kapanma puanları yükselmektedir(61).

Bu durum araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinin Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Farkları ile Sosyo-Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması incelendiğinde ; Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinin I.Boyut (Aşırı Annelik, Aşırı Koruyuculuk Tutumu) ve II. Boyut (Demokrasi ve Eşitlik Tutumu) alt ölçeklerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenlerin karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Savaşer' in (1995) belirttiği gibi anneler aşırı koruyucu davranıştan sakınmalıdır. Aşırı korunma söz konusu ise çocuğun hastalığa başarılı uyum için gerekli olan problem çözme yeteneği gelişemez. Ayrıca ailenin gösterdiği aşırı ilgiyi çocuğun arkadaşları, öğretmeni ve diğer aile üyeleri göstermeyeceği için çocukta izolasyon duygusu gelişir (61).

Annelerin aşırı koruyucu davranışları onların suçluluk duygusunun bir işareti olarak yorumlanabilir. Ancak diğer yandan çocuklarımıza tutarsız sevgi göstermenin ulusal çocuk yetiştirme biçimimizle ilgili kültürel bir yanının olduğu gerçeği yadsınamaz.

Kronik hastalıklar uzun süreli tedavi gerektirdiği için, çocuğun ve ailesinin tedavi süresince desteklenmeleri gereklidir. Hemşire, aileyi dinleyerek, sorunlarını gerçekçi açıdan görmelerini sağlayarak ve gerektiğinde onları yardım alabilecekleri diğer kaynaklara göndererek aileye destek olabilir.

BÖLÜM – V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Planlı eğitimin astımlı çocukların ailelerinin hastalıkla başa çıkma davranışı aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan araştırma bulgularına göre ;

Çalışma ve kontrol gruplarının; yaş, kardeş sayısı, aile tipleri, anne eğitimleri, annenin çalışma durumları, ailelerin sosyal güvenlik durumları, evde ısınma şekilleri, çocuklarının yanında sigara içme durumları ve ailede geçirilmiş kronik hastalık bulunma durumları ile ilgili değişkenlerin dağılımları açısından çalışma ve kontrol grubu arasında benzerlik olup iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Çalışma ve kontrol grubu çocuklar yaş dağılımlarına göre, çalışma grubundaki çocukların % 50' si 5 - 7 yaş arasında kontrol grubu çocukların %36.3' ü 8–11 yaş arasında, cinsiyetlerine göre çalışma ve kontrol grubundaki çocukların % 53.3 ' ü kız, kardeş sayılarına göre çalışma grubu çocukların %40.0' ının 2 kardeşi kontrol grubu çocukların % 40.0' ının 1 kardeşi bulunduğu, aile bireyleri sayısına göre dağılımları çalışma grubu çocukların %50' sinin 4 kişi kontrol grubu çocukların % 53.3' ünün 4 kişiden oluştuğu, aile tiplerine göre dağılımları çalışma grubu çocukların %86.7' sinin çekirdek kontrol grubu çocukların % 90.0' ının çekirdek aile yapısında olduğu, astımlı çocukların annelerinin eğitim düzeylerinin çalışma grubu % 53.3' sinin ilkokul - ortaokul mezunu, kontrol grubu %56.7'sinin üniversite mezunu yapısında olduğu, annelerinin çalışma durumları çalışma grubu çocukların %76.7' si kontrol grubu astımlı çocukların annelerinin %60'ının ev hanımı olduğu, astımlı çocukların ailelerinin sosyal güvence durumlarına göre çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin %70.0' inin kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin %63' ünün Emekli Sandığına bağlı bulunduğu, çocukların ailelerinin

tanımlanan sosyo - ekonomik durumlarına göre dağılımları çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin %93.3' ü, kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin % 86.7'sinin tanımlanan sosyo-ekonomik durumu orta sosyo-ekonomik düzey olarak saptanmıştır.

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin kronik hastalık bulunma durumlarına göre dağılımları, çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin % 60.0' ında kronik hastalık bulunmamasına rağmen kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin % 63.3'ünde tanımlanan bir kronik hastalık bulunmaktadır.

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların evlerinde yatmak için kullanılan oda sayısı, çalışma grubu astımlı çocukların evlerinin %73.3'ünde kontrol grubu astımlı çocukların evlerinin %80.0'inde yatmak için kullanılan oda sayısı 2 olarak, çocukların evlerinde akma-küflenme durumu çalışma grubu astımlı çocukların evlerinin %73.3'ünde, kontrol grubu astımlı çocukların evlerinin %96.7' sinde akma ve nemlenme olmadığı, astımlı çocukların ailelerinin evde hayvan besleme durumları çalışma grubu astımlı çocukların %73.3'ünün, kontrol grubu astımlı çocukların % 90' ının evinde hayvan beslemediği, çalışma grubu astımlı çocukların %63.3 'ünde, kontrol grubu astımlı çocukların %73.3'ünde evde ısınma şekli olarak soba kullandığı, çocukların ailelerinin sigara içme durumlarına göre dağılımları, çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin %56.7 'si, kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin %70.0'inin sigara içtiği, çocuklarının yanında sigara içme durumları çalışma grubu astımlı çocukların ailelerinin %73.3' ü, kontrol grubu astımlı çocukların ailelerinin % 63.3'ünün çocuklarının yanında sigara içmediği bulunmuştur.

Çalışma ve kontrol grubu astımlı çocukların astım tanısı alma süresine göre dağılımları; çalışma grubu astımlı çocukların %40.0' ına 1-2 yıl önce tanı konulduğu kontrol grubu çocukların %50.0' sine 3-4 yıl önce tanı konulduğu, astım şiddetlerine göre dağılımları çalışma grubu astımlı çocukların %63.3' ünde kontrol grubu çocukların %56.7' sinde orta şiddette astım

bulunduğu, ilaç tedavisi görme durumlarına göre dağılımları çalışma grubu ve kontrol grubu astımlı çocukların % 93' ünün ilaç tedavisi gördüğü, astımlı çocukların ilaç düzenli kullanma durumlarına göre dağılımları çalışma grubu astımlı çocukların %93.3' ü, kontrol grubu çocukların % 90.0' ninin ilaçlarını düzenli kullandığı, çocukların atak geçirme sıklığına göre dağılımları çalışma grubu çocukların % 60.0' nin kontrol grubu çocukların % 46.7' sinin 6-1 yıl içerisinde atak geçirdiği, doktora gitme sıklığına göre dağılımları çalışma grubu çocukların % 40.0' nin kontrol grubu çocukların % 53.4' ünün 3 ayda bir doktora gittiği saptanmıştır

Araştırma kapsamına giren çalışma ve kontrol grubu çocukların hastalıkla başa çıkma ölçeği ile aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeği alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$)

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası çalışma grubu ailelerin Çocuklar İçin Hastalıkla Başa Çıkma Ölçeği “huzursuzluk karamsarlık ve aktivitelere katılmama” alt grubu puan ortalamaları arasında anlamlı bir etkisi olduğu ($t = 2.256$, $p < 0.05$), diğer alt gruplar “yeterlik ve iyimserlik gelişimi, farklı olduğunu düşünme ve içe kapanma, tedaviye uyum, destek arama” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum ölçeği alt grubu “aşırı koruyuculuk” boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = 2.763$, $p < 0.05$).

Çalışma grubu çocukların eğitim sonrası ve kontrol grubu çocuklara (son uygulama) Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeği “farklı olduğunu düşünme ve içe kapanma ” ve “ tedaviye uyum ” ile ilgili boyutunda toplam puan ortalamaları arasında, çalışma ve kontrol gurubu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$)

Çalışma grubu çocukların eğitim sonrası ve kontrol grubu çocuklara (son uygulama) Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinin “ aşırı koruyuculuk ”ile ilgili boyutunda çalışma ve kontrol grubu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = - 2.406$, $p < 0.05$).

Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeğinin alt ölçek 1 (Yeterlik ve İyimserlik Gelişimi), alt ölçek 2 (Farklı Olduğunu Düşünme ve İçer Kapanma), alt ölçek 3 (Huzursuzluk - Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama), alt ölçek 4 (Tedaviye Uyum) ve alt ölçek 5 (Destek Arama) gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenlerin karşılaştırılması sonucunda alt ölçek 2 (Farklı Olduğunu Düşünme ve İçer Kapanma) grubu ile aile tipi ve ilaç kullanma durumu, alt ölçek 3 (Huzursuzluk - Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama) grubu ile anne eğitimi, astım şiddeti ve atak geçirme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer alt grupların eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinin I.Boyut (Aşırı Annelik, Aşırı Koruyuculuk Tutumu) ve II. Boyut (Demokrasi ve Eşitlik Tutumu) alt ölçeklerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenlerin karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç olarak; yapılan planlı eğitim toplantıları çalışma grubu çocukların hastalıkla başa çıkma davranışlarında olumlu değişiklik yapmıştır.

5.2. ÖNERİLER

Çocuklar gelişimsel özellikleri gereği başa çıkmak zorunda kaldıkları pek çok fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle karşı karşıyadır. Bu duruma kronik hastalığın eklenmesi, durumu daha da karmaşık hale getirir. Kronik hastalığa psikososyal uyumda, problem çözmenin bir elemanı olan başa çıkma davranışlarının geliştirilmesi çok önemlidir.

Planlı eğitimin astımlı çocukların ailelerinin hastalıkla başa çıkma davranışı aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu üzerine olumlu etkisi olduğu saptanan araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki girişimler önerilebilir.

1 . Yaşam boyu devam eden bir hastalık olan astımlı çocuk ve ailelerine eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, eğitimlerin planlanması ve aileler çocuklarının bakımına katılmaya teşvik edilmelidirler.

2. Çocuklarda hastalıkla başa çıkmayı etkileyen faktörler açısından tartışılan aile tutumu yanında, çocuklarda hastalık deneyimleri , gelişimsel evreler , hastalık süresi , düzenli eğitim programları düzenlenmesi önemlidir.

3. Çeşitli özelliklere sahip ailelerle ilişki halinde olan hemşirelerin ; ailelerin kişiler arası ilişkilerinin, çocuklarına karşı davranış biçimlerinin çocukların hastalıkları ile başa çıkma davranışlarının incelenmesi ve yetersizlikler doğrultusunda ailelere ve çocuklara gerekli olan danışmanlık , rehberlik ve eğitim hizmetleri gerçekleştirilmeli ve araştırmalar yapılmalıdır.

ÖZET

PLANLI EĞİTİMİN ASTIMLI ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN HASTALIKLA BAŞA ÇIKMA DAVRANIŞI AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırma, planlı eğitimin astımlı çocukların ailelerinin hastalıkla başa çıkma davranışı, aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu üzerine etkisinin incelenmesi amacı ile yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırma, 22 Haziran 2004–14 Eylül 2004 tarihleri arasında Pediatrik Solunum ve Alerji Polikliniği' ne izlem için gelen ve Manisa'da oturan eğitim toplantısına davetli olup araştırmaya katılmayı kabul eden 5–15 yaş arasındaki astımlı çocukların ailelerinden 30 astımlı çocuk annesi çalışma grubu ve 30 astımlı çocuk annesi kontrol grubu olmak üzere alınan toplam 60 astımlı çocuk annesinin oluşturduğu bir örneklem üzerinde yapılmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın verileri ilk eğitim toplantısı başlamadan önce, ailelere anket formları tanıtıldıktan sonra ön test olarak hazırlanan sosyo–demografik özellikler anket formu, çocuklar için hastalıklarla başa çıkma ölçeği, aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeği annelere dağıtılmış ve doldurmaları sağlanarak toplanmıştır. Eğitim programları 22–6-2004, 2–8-2004, 14–9-2004 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Son eğitim toplantısından 15 gün sonra ailelerin evlerine gidilerek son test uygulanmış ve veriler toplanmıştır. Kontrol grubu aileler aynı tarihler arasında ön ve son testler uygulanarak araştırma verileri toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdellik, Ki - kare , Fisher testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t - testi), Mann - Whitney U testi ve pearson korelasyon testleri uygulanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, çalışma ve kontrol gruplarının, yaş, kardeş sayısı, aile tipleri, anne eğitimleri, annenin çalışma durumları, ailelerin sosyal güvenlik durumları, evde ısınma şekilleri, çocuklarının yanında sigara içme durumları ve ailede geçirilmiş kronik hastalık bulunma durumları ile ilgili değişkenlerin dağılımları açısından çalışma ve kontrol grubu arasında benzerlik olup iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Grupların homojenliği sağlanmıştır.

Araştırma kapsamına giren çalışma ve kontrol grubu çocukların hastalıkla başa çıkma ölçeği ile aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeği alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.005$)

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası çalışma grubu ailelerin Çocuklar İçin Hastalıkla Başa Çıkma Ölçeği “huzursuzluk karamsarlık ve aktivitelere katılmama” alt grubu puan ortalamaları arasında anlamlı bir etkisi olduğu ($t = 2.256$, $p < 0.005$), diğer alt gruplar “yeterlik ve iyimserlik gelişimi, farklı olduğunu düşünme ve içe kapanma, tedaviye uyum, destek arama” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.005$).

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum ölçeği alt grubu “aşırı koruyuculuk” boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = 2.763$, $p < 0.005$).

Çocuklar İçin Hastalıklarla Başa Çıkma Ölçeğinin alt ölçek 1 (Yeterlik ve İyimserlik Gelişimi), alt ölçek 2 (Farklı Olduğunu Düşünme ve İçe Kapanma), alt ölçek 3 (Huzursuzluk - Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama), alt ölçek 4 (Tedaviye Uyum)

ve alt ölçek 5 (Destek Arama) gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenlerin karşılaştırılması için yapılan Mann-Whitney U Testi sonucunda alt ölçek 2 (Farklı Olduğunu Düşünme ve İçer Kapanma) grubu ile aile tipi ve ilaç kullanma durumu, alt ölçek 3 (Huzursuzluk - Karamsarlık ve Aktivitelere Katılmama) grubu ile anne eğitimi, astım şiddeti ve atak geçirme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer alt grupların eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinin I.Boyut (Aşırı Annelik, Aşırı Koruyuculuk Tutumu) ve II. Boyut (Demokrasi ve Eşitlik Tutumu) alt ölçeklerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki fark ile sosyo-demografik değişkenlerin karşılaştırılması için yapılan Mann-Whitney U Testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Astımlı çocuklar ve ailelerinin hastalık hakkında bilgilenmeleri ve hastalıkla başa çıkma larında eğitimin önemi, bu alana yönelik araştırmaların yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler : Çocuk , Aile , Eğitim, Astım, Ebeveyn

THE EVALUATION OF THE EFFECT OF THE PLANNED EDUCATION ON THE ATTITUDE OF CHILD REARING AND THE BEHAVIOUR OF COPING WITH THE DISEASE OF ASTHMATIC CHILDREN'S FAMILIES

The aim of this study was to investigate the effect of planned education on the attitude of child rearing and coping with the disease of asthmatic children's families semi-experimentally.

The study group was consisted of sixty 5-15 year old asthmatic children's mother who were invited to the education seminar and who were living in Manisa and followed by Celal Bayar University Hospital Peadiatric Respiration and Allergy Clinic in 22.06.2004-14.09.2004. The study group was divided to case and control subgroups . The questionnaire consisted sociodemographic variables, the scale for children of coping with diseases, the scale of attitude of child rearing and family life. Education seminars arranged on 22.06.2004,2.08.2004,14.09.2004. Post test was performed fifteen days after the last education seminar, by visiting houses of the member of study groups. Control group whose not participate any education seminar was applied pre and post test in the same time with case group.

The data was evaluated Chi square test, Fisher exact test, Student's t test, Mann-Whitney U test and pearson correlation analysis in SPSS 10.0 statistics program.

There were no statistically significant difference between case and control groups in terms of age,number of siblings,family type,mother education levels, status of health security,chronic disease of family,status of smoking by their children and mean point of two scales and their domains ($p > 0.05$).

Before and after the education seminars there was a statistically significant difference the domain of 'pessimism-restlessness-unability to join activities'mean point in the scale for

children of coping with diseases ($t= 2.256, p < 0.05$). The mean points of other domains of this scale there were no statistical significance ($p > 0.05$).

Mean point of extreme protective subscale of the scale of attitude of child rearing and family life, there was a statistically significance before and after education ($t=2.763, p < 0.05$). When the relationships were investigated in sociodemographic variables and subscales of scale for children of coping with diseases; in subscale 2; family type and using drugs, in subscale 3; mother education, severity of asthma, frequency of attacks were statistically significant ($p < 0.05$). Asthmatic children and their families must be informed about the disease in order to render them able to cope with the disease.

Key Words : Child , Family , Education, Asthma, Parents

KAYNAKLAR

- 1- Akers S. P., Kuhn R. J. (1997) Pediatric Astım Update: Current Therapy and New Agent , Pediatric Nursing, Vol.23, No.3 , Syf : 310 – 311.
- 2- Anlar F. Y. (2000) Astımın Doğal Seyri , T Klin J Allergy – Asthma , Sayı: 2 , Syf : 73 – 75.
- 3- Avcı A , Altıntaş D , Ünal M , Güneşer S (1994) Çocukluk Astımında Görülen Ruhsal Belirtiler ve Aile Özellikleri , Çocuk Psikiyatrisinde Konsültasyon Liyezon , Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı , Ankara , Syf : 143 – 144.
- 4- Bahar Z, Bayık A (1997) Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Eğitimi, Lemon, Hemşirelikte Eğitim Projesi, Bölüm 5 , Syf : 25 – 28.
- 5- Barlett S. J., Krishnan J. A. , Riekert A. K. , Butz A. M. (2004) Maternal Depressive Symptoms and Adherence to Therapy in Inner – City Children With Asthma , Pediatrics , Vol. 113 No. 2 , Syf : 232 – 233.
- 6- Bavbek S (2000) Astım Epidemiyolojisi Ve Risk Faktörleri , T Klin J Allergy – Asthma , Sayı: 2 , Syf : 57 – 59.
- 7- Bayındır Ü , Erdinç M (1996); Astım Eğitim ve Uygulamadaki Aksaklıklar , Alerjik Hastalıklar ve Bronşial Astım , Cilt 2 , Syf : 317 – 328.
- 8- Bayramova N, Karadakovan A (2003) Psoriasis’li Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği , Cilt 5, Sayı 1, Syf : 45 – 51.
- 9- Baysal B (1994) Kronik Hastalığı Olan Çocuklar ve Aileleri , Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı , Ankara , Syf : 137 – 138.

- 10- Betz B. , Hunsberger M. , Wright S. (1994) , Nursing Care of Children Family – Centered , Second Edition , WB. Saunders Company , Syf : 1245.
- 11- Bloch R. J. (2001) Camp Nursing : Can Children with Astım Safely Attend a Regular Outdoor Day Camp? , Pediatric Nursing, Vol.27, No.5 , Syf : 463 - 464.
- 12- Bozkurt G (2003) Astımlı Çocuklara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi , Yayınlanmamış Doktora Tezi , İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu , İstanbul.
- 13- Brown R, Bratton S. L. (2004) Physician Asthma Education Program Improves Outcomes for Children of Low – Income Families , Chest 126 , 2 , Syf : 371.
- 14- Burkhart P. V., Jacob D., Fireman P., Rohay J. (2002) Children’s Adherence to Recommended Asthma Self – Management , Pediatric Nursing, Vol.28, No.4, Syf : 409 - 410.
- 15- Calabrese B.J., Joy P. N., Huss K , Winkelstein M. ,Quartey R. I. , Rand C. S. (1999) Asthma Knowledge , Roles , Functions , and Educational Needs of School Nurses , Journal of School Health , Vol. 69 , No. 6 , Syf : 235 - 236.
- 16- Capen C. L., Dedlow E. R. , Robillard R. H., Fuller B. M., Fuller C. P. (1994) The Team Approach to Pediatric Asthma Education , Pediatric Nursing, Vol.20, No.3 , Syf : 231 - 234.
- 17- Cengizlier M.R (2000) Çocukluk Astımda Tanı Sorunları T Klin J Allergy – Asthma , Sayı : 2 Syf : 77 – 80.
- 18- Conk Z (Editör) , Savaşer S (1997) , Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı , Vehbi Koç Vakfı Yayınları No : 12 , Syf : 53 –55.
- 19- Cura A (1999) (Ed). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları E.Ç.V. Yayınları , No: 6 , İzmir , Syf : 108 –110.
- 20- Cüceloğlu D (1993) İnsan ve Davranışı , 4. Basım , Remzi Kitabevi , İstanbul.
- 21- Çavuşoğlu H (1996) Çocuk Sağlığı Hemşireliği , Cilt I , 2.Baskı , Bizim Büro Basımevi , Ankara , Syf : 35 – 40.

- 22- Çevik Ü. , Taş F. (2004) Astımlı Çocukların Sosyo – Demografik Özellikleri Ve Astımı Uyaran Etkenlerin İncelenmesi , 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, Samsun , Syf : 472.
- 23- Çevik Ü. , Reisli İ. (2004) Astımlı Çocuğu Olan Ebeveynlere Verilen Hemşirelik Eğitiminin Kaygı Düzeylerine Etkisi , 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, Samsun Syf : 470.
- 24- Deaves M. D. (1993) An Assessment of The Value of Health Education İn The Prevention of Chidhood Asthma , Jouanal of Advenced Nursing , 18 , Syf : 356 - 357.
- 25- Devecioğlu Ö , Cantez T (Editör)(2000) Peditride Rutinler , Nobel Tıp Kitabevleri , Syf. 224-225.
- 26- Duffy D , Halloran C (1987) Effect of an Educational Program on Parents of Children With Asthma , CHC , Vol. 16 ,No.2 , Syf : 78.
- 27- Ebbinghaus S, Bahrainwala A. H. (2003) Asthma Management by an Inpatient Asthma Care Team , Pediatric Nursing, Vol.22, No.3 , Syf : 177 – 178.
- 28- Ekici B (2003) Çocuklarda Astım Yönetimi, Çocuk Forumu, Cilt 6, Sayı 2, Syf. 25 – 28.
- 29- Ekiz K , Balkan A (1996) Astımda Eğitim , Aktüel Tıp Dergisi , Cilt 1 , Sayı 3, Syf : 183 – 186.
- 30- Englund D. A., Rydsröm I., Norberg A. (2001) Being the Parent of a Child with Astım , Pediatric Nursing, Vol.27., No.6 , Syf : 371 – 372.
- 31- Esen A , Ergün Ş. F. , Akyol D. A. (1998) 2002 Yılına Yaklaşırken Hemşirelerin Yaşam Kalitesine Bir Bakış , VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi , Ankara , Syf : 75 - 83.
- 32- Ferrante S, Painter E (1995) Continuous Nebulization : A Treatment Modality For Pediatric Astım Patients , Pediatric Nursing, Vol.21., No.4 , Syf : 327 - 328.
- 33- Frost L, Kieckhefer G. M., Rubino C. (1988) Incorporating Research into a Community Asthma Program , Pediatric Nursing, Vol.14., No.3 , Syf : 197 - 198.

- 34- Güler N (1996) Çocukluk Astımında Tanı , Aktüel Tıp Dergisi , Cilt 1 , Sayı 3 , Syf : 207 – 210.
- 35- Gemicioğlu B (2002) Kim Korkar Astımdan , El kitabı , Turgut Yayıncılık.
- 36- Göçmen İ , Akpınar İ , Karademir F (1996) Çocukluk Çağı Astımında Tedavi , Aktüel Tıp Dergisi , Cilt 1 , Sayı 3 , Syf : 211– 216.
- 37- Guyatt G. , Juniper E. (1997) Children And Adult Of Childhood Asthma , Pediatrics , Vol. 98 No.2 , Syf : 34.
- 38- Kalyoncu F (1996) Bronş Astımsının Türk Toplumundaki Epidemiyolojisi, Aktüel Tıp Dergisi , Cilt 1 , Sayı 3 , Syf : 159 – 160.
- 39- Karasar N. (1995) Bilimsel Araştırma Yöntemi , 7. Baskı , Ankara , 116 – 129.
- 40- Karsch A.B. (1994) Assessment and Management of Status Asthmaticus, Pediatric Nursing, Vol.20, No.3 , Syf : 225.
- 41- Kavaklı A, Pek H, Bahçeçik N (1998) ; Çocuk Hastalıkları Hemşireliği, Yüce Yayın, 2.Baskı, İstanbul , Syf : 58 – 60 .
- 42- Kavaklı A. (1992) Çocukluk Yaşlarında Büyüme Ve Gelişme , İstanbul Hilal Matbaacılık, 193 – 196.
- 43- Kırcan N. , Feyza D. , Karakurt T. (2004) Astım Nöbetini Ortayaçıkaran Çevre Faktörleri Hakkında Annelerin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi , 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, Samsun, Syf : 270.
- 44- Koptagel G (1991) , Tıpsal Psikoloji , 3. Basım , Güneş Kitabevi , Ankara , Syf : 90 – 92 .
- 45- Kubilay G. Editör ; (Erefe İ) (2002) Veri Toplama Yöntem Teknik Ve Araçları , Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç Ve Yöntemleri , Hemar G , Yayın No : 1, Odak Ofset , İstanbul , 139 – 166

- 46- Kuğuoğlu S (2003) ocuklarda Astım Yönetimi : Gelişimsel Bir Yaklaşım, ocuk Forumu ,
Cilt : 6 , Sayı : 1
- 47- Kuyucu S., Saraçlar Y (1999) ocukluk ağı Kronik Astmasında Korunma Önlemleri Ve
Tedavi , Katkı Pediatri Dergisi , Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı ve ocuk Sağlığı Enstitüsü Yayını , C : 20 , S : 5 , Syf : 561 – 563.
- 48- Ladebauche P (1997) Managing Asthma : A Growth and Development Approach, , Pediatric
Nursing, Vol.23, No.1 , Syf : 37 – 38.
- 49- Ladebauche P, Nicolosi R, Reece S, Saucedo K, Volicer B, Richards T (2001) Asthma in
Head Start Children : Prevalence, Risk Faktors, and Health Care Utilization , Pediatric Nursing,
Vol. 27, No.4.
- 50- Lieu T. , Finkekstein J. A. , Lozano P. , Capra A. M. (2004) Cultural Competence Policies
And Other Predictors Of Asthma Care Quality For Medicaid – İnsured Children , Pediatrics , Vol
. 114 , No. 1 , Syf : 106 – 107.
- 51- Mott S. R. , Rowen S. , Sperhac A. (1990) , Nursing Care of Children and Families, Second
Edition , Addison Wesley Nursing , Syf : 1027 – 1028 .
- 52- Mungan D (2000) Astımda Korunma Yöntemleri , T Klin J Allergy – Asthma ,
Syf : 107 – 109.
- 53- Neyzi O , Ertuğrul T , (1993) , Pediatri , Nobel Tıp Katabevi , 2. Baskı , Ankara.
- 54- Orbay S (1996) Psikiyatri Kliniğine Başvuran ocuk Ve Ergenlerde , Ana – Baba Tutumu ,
Benlik Kavramı Ve Semptomlar Arasındaki İlişkinin Araştırılması , Yüksek Lisans Tezi , E. Ü.
Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- 55- Öneş Ü ; Astım Epidemiolojisi , Alerjik Hastalıklar ve Bronşial Astım , Cilt 2,
Syf : 311 – 316.

- 56- Öneş Ü ; Astımlı Çocuklarda Eğitimin Rolü , Astım Kampları ve Astım Spor İlişkisi , Alerjik Hastalıklar ve Bronşial Astım , Cilt 2, Syf : 341 – 345.
- 57- Özcan Ş , Durna Z (1998); Astımda Bireysel Yönetim Eğitimine İlişkin Gereksinimlerin Değerlendirilmesi , VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi , Ankara , Syf : 227.
- 58- Öztürk O (1997) Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları 7. Basım, Ankara , Hekimler Yayın Birliği , Syf : 367.
- 59- Ramsey A. M. Siroky A. S. (1988) The Use of Puppets to Teach School – Age Children With Astım , Pediatric Nursing, Vol.14, No.3 , Syf : 187 – 189.
- 60- Sarı S. , Arslan Z. , Özmen S. E. , Özdemir O. , Selek E. N. (2004) Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ' de Astım Atak Yatışlarında Yıllara Göre Farklılıklar , Astım Allerji İmmünoloji , Bilimsel Tıp Yayınevi , Cilt : 2 , Sayı : 2.
- 61- Savaşer S (1995) Çocuklarda Kronik Hastalıklarla Başa Çıkma Davranışının Değerlendirilmesine İlişkin Bir Çalışma , İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Y.O. , İstanbul.
- 62- Sharon D. Fouladi H, R (2003) Home Asthma Management for Rural Families, JSPN , Vol.8 , No. 2
- 63- Stadtler C. A., Tronick Z. E., Brezelton T. B. (2001) The Touchpoints Pediatric Asthma Program, Pediatric Nursing, Vol.27, No.5 , Syf : 187 - 189
- 64- Stephens T. B. , Li Y (2004) Community Asthma Education Program For Parents Of Urban Asthmatic Children , Journal Of The National Medical Association.
- 65- Şekerel B. E. , Saraçlar Y , Akçakaya N , Öneş Ü , Güneşer S , Akçakaya N, Tanaç R , Anlar Y (2000) Astıma Bakış : Çocuk Hastalar ve Çocuk Hastaların Yakınları , T Klin. Alerji – Astım, Sayı : 2 , Syf : 49 – 56.

- 66- Sümbüloğlu V. Sümbüloğlu K (1994) Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri Hatipoğlu Yayınevi , Ankara.
- 67- Swanson M. N., Thompson P. E. (1994) Managing Astım Triggers in School , Pediatric Nursing, Vol.20, No.2 Syf : 181 – 183.
- 68- Vinson A. J. (2002) Children with Asthma : İntial Development of the Child Resilience Model , Pediatric Nursing, Vol.28, No.2 , Syf : 149 – 151.
- 69- Warschburger P. , Schwerin A. , Buchholz T. (2003) An Educational Program For Parents of Asthmatic Preschool Children : Short – And Medium – Term Effect , Patient Education and Counseling , Vol. 51 , No. 1.
- 70- Wenger R. M. N., Walsh M. (1994) Children’s Perspectives on Coping with Asthma , Pediatric Nursing, Vol.20, No.3.
- 71- Winkelstein L. M., Tarzaian A., Wood A. R. (1997) Motivation, Social Support, and Knowledge of Parents Who Smoke and Who Have Children with Asthma, Pediatric Nursing, Vol.23, No.6 , Sayı : 576 – 580.
- 72-Yavuzer H (1998) , ocuk Psikolojisi , 13. Basım , Remzi Kitabevleri , İstanbul.
- 73- Zahr K. L., Connolly M., Page D.R. (1989) Assessment and Management of the Child with Asthma , Pediatric Nursing, Vol. 15, No.2 , Sayı : 109 – 112.

EK I

ASTIMLI ÇOCUK VE AİLESİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1- Adı, Soyadı:

2- Adres:

Telefon No:

3- Yaşı:

4- Cinsiyeti:

5- Kardeş Sayısı:

6- Ailede Yaşayan Kişi Sayısı:.....

7- Aile Tipi

- 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile 3) Parçalanmış Aile 4) Diğer

8- Annenin Eğitim Durumu

- 1) Okur Yazar Değil 4) Ortaokul
2) Okur Yazar 5) Lise
3) İlkokul 6) Yüksekokul

9- Annenin Mesleği

- 1) Ev Hanımı 3) İşçi 5) Diğer
2) Memur 4) Serbest Meslek

10- Babanın Eğitim Durumu

- 1) Okur Yazar Değil 4) Ortaokul
2) Okur Yazar 5) Lise
3) İlkokul 6) Yüksekokul

11- Babanın Mesleği

- 1) Memur 2) İşçi 3) Serbest Meslek 4) Diğer

12- Sosyal Güvenceniz

- 1) Yok 4) Bağkur
2) Emekli Sandığı 5) Yeşilkart
3) SSK 6) Özel Sigorta

13- Ailenin Sosyo-Ekonomik Düzeyi

- 1) Üst sosyo-ekonomik düzey 3) Alt sosyo-ekonomik düzey
2) Orta sosyo-ekonomik düzey

14- Eviniz Kaç Oda?.....

15- Yatmak için kullanılan oda sayısı kaç?.....

16- Evinizin duvarında ya da tavanında akma, nemlenme, küflenme olur mu?

- 1) Evet 2) Hayır

17- Eviniz kışın nasıl ısıtılıyor? (Birden fazla ısınma kaynağı kullanılıyorsa hepsini belirtiniz)

- 1) Kalorifer (Merkezi) 4) Soba (Kömür) 7) Elektrikli Soba
2) Kat kaloriferi 5) Soba (Gaz yağı) 8) Diğer(Belirtin).....
3) Soba (Odun) 6) Klima (Elektrik)

18- Evde beslediğiniz bir hayvan var mı?

- 1) Evet (Belirtiniz)..... 2) Hayır

19- Evinizde yaşayan kişilerden sigara içenler var mı?

- 1) Evet (Cevabınız evet ise 20. soruya geçin.) 2) Hayır

20- Sigara içenlerin içmeyenlerin yanında sigara içtiği olur mu?

- 1) Her zaman 2) Bazen 3) Hiç

21- Astım tanısını kaç yıl önce aldınız?.....

22- İlaç tedavisi görüyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

23- İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

24- Ailenizde kronik hastalık var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

25- Doktora gitme sıklığınız nedir?(Belirtiniz).....

26- Çocuğun atak geçirme sıklığı nedir? (Belirtiniz).....

EK II

ÇOCUKLAR İÇİN HASTALIKLARLA BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA

Sevgili anne, aşağıda çocuğunuzun hastalığı ile nasıl başa çıktığını belirleyen çeşitli ifadeler yer almaktadır. Sizden istediğimiz bunların herbirini okuyarak , görüşünüzü en doğru tanımlayan sayılardan birini işaretlemenizdir.

Aşağıda verilen ifadeleri şu şekilde değerlendiriniz

(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Hemen hemen her zaman	Sık sık	Ara sıra	Hemen hemen hiç	Hiçbir zaman
1 - Yaşamı hakkında iyi şeyler düşünür (örneğin olumlu hükümlere varır).				5 4 3 2 1
2- Yeterli olmaya çalışır(örneğin yeni şeyler yapmaya başlar)				5 4 3 2 1
3 – Yaşama neşeli bakar (örneğin gülümser, mutlu olur).				5 4 3 2 1
4- Bağımsız olmaya çalışır, sağlık sorunlarının aktivitelerini etkilememesi için uğraşır.				5 4 3 2 1
5- Sağlık sorunu yüzünden kendini başkalarından farklı görür (örneğin farklı hissetme konusunda hükümlere varır).				5 4 3 2 1
6- Sağlık sorunları yüzünden istediği şeyleri yapamamaktan şikayet eder.				5 4 3 2 1
7- Sağlık sorunlarına karşı “teslim olma-pes etme“ eğilimindedir (örneğin sürekli hasta olacağını söyler).				5 4 3 2 1
8- Sağlık sorunu olsa bile, genel olarak kendini diğer insanlar gibi görür.				5 4 3 2 1
9- Sosyal aktivitelerden kaçmak için hastalığını kullanır (örneğin gerçekte yapabileceği bir işi yapamayacağını söyler).				5 4 3 2 1
10- Akut alevlen. dönemlerinden sonra arkadaşları ile birlikte olmaktan kaçınmaya çalışır.				5 4 3 2 1
11-Sağlık sorununun kendi hatasından kaynaklandığını söyler.				5 4 3 2 1
12- Sağlık sorunlarından dolayı üzgün olduğunu söyler.				5 4 3 2 1

13- Akut alevlen. dönemlerinden sonra aileden ayrı olmayı, daha çok yalnız kalmayı ister.	5 4 3 2 1
14- Sağlık sorunlarına başkalarının neden veya hatası olduğunu söyler.	5 4 3 2 1
15- Akut alevlen. döneminden sonra ailenin dikkatini çekmek için olumsuz şeyler yapar.	5 4 3 2 1
16- Akut alevlen. döneminden sonra yaşından küçükler gibi davranır.	5 4 3 2 1
17- Akut alevlen. döneminden sonra ağlar, üzgün ve sıkıntılı görünür.	5 4 3 2 1
18- Akut alevlen. döneminden sonra huzursuz olur.	5 4 3 2 1
19- Akut alevlen. döneminden sonra arkadaşları arasında seçim yapar.	5 4 3 2 1
20- Akut alevlen. döneminden sonra ailenin ilgisinden yararlanmaya çalışır.	5 4 3 2 1
21- Akut alevlen. döneminden sonra anne babaya daha bağımlı hale gelir (örneğin onlarla daha çok beraber olur).	5 4 3 2 1
22- Akut alevlen. döneminden sonra kardeşleriyle çok tartışır ve kavga eder.	5 4 3 2 1
23- Gidebilecek durumda olsa bile; sağlık problemini bahane ederek okula gitmek istemez.	5 4 3 2 1
24- Oyun aktiviteleri sırasında kendini kötü hisseder ve problem çıkarır.	5 4 3 2 1
25- Sağlık problemi olsa bile esas olarak kendini diğer insanlar gibi görür.	5 4 3 2 1
26- Doktor ve hemşireler tarafından yapılan tavsiyelere uyar.	5 4 3 2 1
27- Sağlık problemini reddeder veya önemsemez.	5 4 3 2 1

28- Akut alevlen. döneminden sonra uyması gereken kurallara ve kısıtlamalara uymaz, önem vermez.	5 4 3 2 1
29- Tıbbi tedaviye karşı direnir (örneğin doktora gitmek istemez).	5 4 3 2 1
30- Tıbbi bakımında alabildiğince sorumluluk yüklenmeye çalışır (örneğin kendi ilacını alma gibi).	5 4 3 2 1
31- Kendine zarar verecek veya hasta edecek davranışlarda bulunur (örneğin tehlikeli yerlerde oyun oynar).	5 4 3 2 1
32- Sağlık sorunu nedeniyle aktivitelerini kısıtlamayı kabul eder.	5 4 3 2 1
33- Sağlık sorunuyla nasıl başa çıkabileceği konusunda anne babasıyla konuşur.	5 4 3 2 1
34- Sağlık sorunu hakkında kardeşleri ile konuşur.	5 4 3 2 1
35- Sağlık sorunu hakkında arkadaşları ile konuşur.	5 4 3 2 1
36- Anne babası ile duyguları hakkında konuşur.	5 4 3 2 1
37- Oluşabilecek sağlık sorunlarını ele almak için plan geliştirir.	5 4 3 2 1
38- Kardeşleri ile duyguları hakkında konuşur.	5 4 3 2 1
39- Arkadaşları ile duyguları hakkında konuşur.	5 4 3 2 1
40- Doktor veya hemşireler ile sağlık sorunu hakkında konuşur.	5 4 3 2 1
41- Sağlık sorununun çözümlenmesi için başkalarından yardım ister.	5 4 3 2 1
42- Sağlık sorunu olduğu için üzgün olduğunu söyler.	5 4 3 2 1
43- Başkalarının daha kötü sağlık sorunları olduğunu düşünür. (örneğin başkalarının daha hasta olduğu konusunda hükümlere varır).	5 4 3 2 1
44- Sağlık sorununa yardım edilmesi için dua eder.	5 4 3 2 1
45- Benzer sağlık sorunu olan diğer çocuklarla birlikte olur.	5 4 3 2 1

EK III

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen ifadeleri koyup, şu şekilde değerlendiriniz.

(4)	(3)	(2)	(1)
Çok uygun buluyorum	Oldukça uygun buluyorum	Biraz uygun buluyorum	Hiç uygun bulmuyorum

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

- 1- Çocuk yorucu ve zor işlerden korunmalıdır. 4 3 2 1
- 2- Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar 4 3 2 1
- 3- Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur. 4 3 2 1
- 4- Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır. 4 3 2 1
- 5- Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey var ki, zamanını boşa geçirmesi affedilemez. 4 3 2 1
- 6- Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir. 4 3 2 1
- 7- Daima koşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır. 4 3 2 1
- 8- Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün ve akıcı olur. 4 3 2 1
- 9- Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir. 4 3 2 1
- 10- Anne babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır. 4 3 2 1

- 11- Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa, bunu anne ve babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır. 4 3 2 1
- 12- Bir annenin çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır. 4 3 2 1
- 13- Uyanık bir anne-baba çocuğunun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır. 4 3 2 1
- 14- Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler. 4 3 2 1
- 15- Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar. 4 3 2 1
- 16- Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler. 4 3 2 1
- 17- İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır. 4 3 2 1
- 18- Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır. 4 3 2 1
- 19- Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya uymalarını istemek doğru değildir. 4 3 2 1
- 20- Çocukların sorunlarına eğilerseniz sizi oyalamak için bir çok masal uydururlar. 4 3 2 1
- 21- Eğer anne babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler. 4 3 2 1
- 22- Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar. 4 3 2 1
- 23- Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler. 4 3 2 1
- 24- Anne babalar çocuklarını, kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün güç işlerden sakınmalıdır. 4 3 2 1
- 25- Çocuklarının toplantılarıyla, kız-erkek arkadaşlıklarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar. 4 3 2 1



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: B.32.2.EGE.0.82.00.05.05-95
Konu: Dilek ERGİN Hk.

Bornova/İZMİR
01.06.2004

E.Ü. HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Koordinatörlüğüne)

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora öğrencisi Dilek ERGİN'in "Planlı Eğitimin Astımlı Çocukların Hastalıkla Başa Çıkmalarına ve Ailelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi" konulu doktora tez öneri sınavı 28.05.2004 tarihinde yapılmış olup; Jüri tarafından oy birliği ile başarılı bulunmuştur.

Tutanak ekte sunulmuştur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Zeynep CONK
Çocuk Sağ.ve Hast.Hemş.
Anabilim Dalı Başkanı

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

DAYI :2004 -45
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
18.06.2004

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Prof.Dr.Zeynep CONK'un danışmanı olduğu Doktora Öğrencisi Dilek ERGİN'in Haziran – Aralık 2004 tarihleri arasında yapmayı planladığı “Planlı Eğitimin Astımlı Çocukların Hastalıkla Başa Çıkmalarına ve Ailelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi” konulu araştırma 18.06.2004 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “Araştırmanın Yürütülmesi Uygun” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr. İsmet EŞER
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



E.Ü.HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU Yazı İşleri	
Kayıt Tarihi	18.06.04
Kayıt No	172
İlgili Büro	

eleni
ed



fiiau - lek

Kimden: Anlam

Kime: dilek.ergin@bayar.edu.tr


Konu: Ölçek

Tarih: 04-06-04 17:55

ın Ergin,
eği tabii ki kullanabilirsiniz. Diğer arkadaşlardan izne gerek yok. İyi alışma
Serap zer



Kimden: Sevim Savaşer
Kime: dilek.ergin@bayar.edu.tr
Konu: RE: Ölçek için İZİN
Tarih: 10-06-04 12:35

Ekler: _l_ek_i_in_Z_N_.eml  Ad (İndir)

Boyut
2Kb message/

yın Dilek Ergin,
çerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafımdan yapılan "Ç
in
stalıklarla başa çıkma ölçeği"ni tez çalışmanızda kulla
r
kinca yoktur.

şarılar dilerim.

of.Dr.Sevim Savaşer

--Original Message Follows----

om: "Dilek Ergin" <dilek.ergin@bayar.edu.tr>
ply-To: "Dilek Ergin" <dilek.ergin@bayar.edu.tr>
: sevimsavaser@hotmail.com
bjeet: Ölçek için İZİN!!!
te: Mon, 7 Jun 2004 12:05:06 +0300

d photos to your messages with MSN 8. Get 2 months FREE
[p://join.msn.com/?page=features/featuredemail](http://join.msn.com/?page=features/featuredemail)

ÖZGEÇMİŞ

1967 yılında İzmir' de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir' de tamamladı. 1988 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu' nu bitirdi. 1993 yılında Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programına girdi ve 1998' de Çocuk Hastaların Hastaneye İlişkin Korkuları ve Korkuyu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi isimli tezini vererek mezun oldu. 2000 yılında başladığı doktora eğitimini sürdürmektedir.

1992 yılında Afyon Dinar Sağlık Meslek Lisesi'nde meslek dersleri öğretmeni, 1992- 2001 İzmir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi'nde meslek dersleri öğretmeni olarak çalışmıştır. 2001 yılından beri Celal Bayar Üniversitesi' de görev yapmaktadır.