



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ASTIMLI ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN BAZI
FAKTÖRLER**

EMEL DEMİRCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

SİVAS

2011



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ASTIMLI ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN BAZI
FAKTÖRLER**

EMEL DEMİRCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

YRD. DOÇ. DR. NURAN GÜLER

SİVAS

2011

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Fen/Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Yrd. Doç. Dr. Nuran GÜLER

Üye : Yrd. Doç. Dr. Emine ALTUN

Üye : Doç. Dr. Meral KELLEÇİ

Üye (Danışman): Yrd. Doç. Dr. Nuran GÜLER

ONAY

Bu tez çalışması, 15/09/2011 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Ali Altuğ BIÇAKÇI

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Fen/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
I. GİRİŞ	1
I.1. Araştırmanın Amacı	3
II. GENEL BİLGİLER	4
II. 1. Astımın Tarihçesi.....	4
II. 2.Tanımı	5
II. 3. Epidemiyoloji	5
II. 4. Astımda Risk Faktörleri	7
II. 5.Sınıflama	11
II. 6. Astımın Belirti ve Bulguları	12
II. 7. Tedavi.....	13
II. 7.1. Koruyucu Tedavi.....	14
II.7.2.İlaç Tedavisi.....	15
II. 8.Hemşirelik Yaklaşımı	16
II. 9.Çocukluk Çağı Astımı ve Yaşam Kalitesi.....	18
II. 9.1.Yaşam Kalitesinin Tanımı	18
II. 9.2.Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı.....	19
II. 9.3.Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar	21
II. 9.4. Sağlık Hizmetinde Yaşam Kalitesi Neden Ölçülmelidir ?	23
II. 9.5.Pediyatrik Astım Açısından “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi”	24
II. 10. Pediyatrik Astımda Kullanılan Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	25
II. 10.1. Pediyatrik Astımda Kullanılan Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Alt Birimleri (Domainleri).....	25

II. 11. Pediatrik Astımda Pratikte Kullanılan Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçekleri	26
II. 11.1. Pediatrik Astımda Kullanılan Generik SYK Ölçekleri.....	26
II.11.2. Pediatrik Astımda Kullanılan Spesifik SYK Ölçekleri	27
III. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
III.1. Araştırmanın Tipi	29
III.2. Araştırmanın Yeri	29
III.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
III.4. Veri Toplama Araçları.....	30
III.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	31
III.6. Verilerin Değerlendirilmesi	31
IV. BULGULAR	33
V. TARTIŞMA.....	70
VI. SONUÇLAR	77
VII. ÖNERİLER.....	82
VIII. KAYNAKLAR.....	83
IX. ÖZGEÇMİŞ.....	92
X. EKLER.....	93
EK 1-Kişisel Bilgi Formu.....	93
EK 2: Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	97

ÖZET**ASTIMLI ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN BAZI
FAKTÖRLER**

Emel Demirci

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nuran Güler

20011, 117 sayfa

Bu araştırma, astımlı çocukların yaşam kalitesi ve etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Allerji-İmmünoloji polikliniğine Eylül 2010 - Aralık 2010 tarihleri arasında başvuran 7-17 yaş grubundaki astım tanısı almış 100 hasta oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu ve Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Astımlı çocuk ve ebeveyni polikliniğe gelir gelmez ve doktoru ile görüşme yapmadan önce formlar uygulanmıştır. Astımlı çocuk ve ailesi araştırmanın amacı ve yararı konusunda bilgilendirilmiştir. Daha önceden belirlenen bir görüşme odasına anne ve çocuk alınmıştır. Kişisel bilgi formunda yer alan sorular araştırmacı tarafından tek tek sorularak alınan yanıtlar forma kaydedilmiştir. Ardından yaşam kalitesi ölçeği çocuğun doğru yanıt verebilmesi için ebeveyni olmadan çocukla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde, t testi, varyans analizi ve tukey testi kullanılmıştır.

Bulgular astımlı çocukların %53'ü kız, %87'si 7-14 yaş grubunda, %90'ı ilköğretimde okumakta, ailelerin %85'i çekirdek yapıda, %85'inin gelir düzeyi orta, %3'ünün sağlık güvencesi bulunmamakta, %76'sının ailesinde astım tanısı alan birey bulunmakta, astımlı çocukların yaşadığı evlerin %19'u sobalı,%13'ü

nemli, %6'sının yetersiz havalandırıldığı,%21'inin yeterli güneş ışığı almadığı, %18'inde evcil hayvan beslendiği belirlenmiştir.

Sonuç, yaşam kalitesinin artırılması kronik hastalıkların tedavisinin yanı sıra önemle üzerinde durulması gereken bir konudur. Tedavide başarı sadece astım ataklarının kontrolü ile değil, yaşam kalitesine etki eden faktörleri de değerlendirmek suretiyle sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Astım, çocuk, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT**QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH ASTHMA AND THE
AFFECTING FACTORS**

Emel Demirci

Master's Thesis, Department of Public Health Nursing

Supervisor: Asst. Assoc. Dr. Nuran Güler

2011, 117 pages

This investigation is performed cross-sectional in order to determine the quality of life of asthmatic children and its effective factors.

The sample of the investigation is 100 patients between age of 7-17 who are diagnosed with asthma and applied to Cumhuriyet University Training and Investigation Hospital Allergy and Immunology Policlinic in September 2010-December 2010. For the purpose of data collection, personal data form and the quality of life of Asthmatic Children measurement (PAQLQ) has been used. The forms are applied to the asthmatic children and their parents before they meet with the doctor. The asthmatic children and their parents are informed about the aim and benefits of the investigation. The child and his mother are taken to a room that has been determined before. The questions in the personal data form are asked one by one by the researcher and answers are saved to the form. Then the quality of life measurement are filled through face to face meeting by the child without his mother. In the evaluation of the data t test, variance analyses, and tukey test are used.

Findings show that in the asthmatic children, %53 girl, %87 between the age of 7-14, %90 in the primary school, %85 have small family, %85 have middle level income, %3 do not have health insurance, %76 have asthmatic person in her family, and their house are, %19 have stove for heating, %13 moisty, %6 have inadequate conditioning, %21 have inadequate sun, and %18 feed pet.

As a result, increase in the quality of life is an important subject in the treatment of chronic illness. The success in the treatment can be provided by both the control of the asthma attacks and evaluation of the factors that effect the quality of life.

Keywords: Asthama, child, quality of life, nurse

TEŐEKKÖR

Tez çalıőmamın planlanması, yönlendirilmesi ve hazırlanmasındaki katkılarından dolayı danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Nuran GÖLER'e en içten dileklerle teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitiminin her aşamasında ve hayatım boyunca her konuda desteklerini esirgemeyen canım aileme, tüm hemşire ve doktor arkadaşlarıma ilgi ve yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Astımlı Çocukların Tanıtıcı Özellikleri (n=100).....	33
Tablo 2: Astımlı Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri (n=100).....	34
Tablo 3: Astımlı Çocukların Ailelerinin Genel Özellikleri (n=100)	35
Tablo 4: Evin Genel Özellikleri (n=100)	36
Tablo 5: Astımlı Çocukların Hastalığına Yönelik Bilgilenme Durumu (n=100).....	37
Tablo 6: Astımlı Çocukların Hastalığına Bağlı Ortaya Çıkan Sorunların Dağılımı (n=100)	38
Tablo 7: Astımlı Çocukların AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 8: Astımlı Çocukların Yaş Gruplarına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	40
Tablo 9: Astımlı Çocukların Cinsiyetlerine Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	41
Tablo 10: Astımlı Çocukların Öğrenimine Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	42
Tablo 11: Annenin Yaşına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	43
Tablo 12: Babanın Yaşına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	44
Tablo 13: Annenin Öğrenimine Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	45
Tablo 14: Babanın Öğrenimine Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	46
Tablo 15: Annenin Çalışma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	47

Tablo 17: Ailede Yaşayan Birey Sayısına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	49
Tablo 18: Ailenin Gelir Düzeyine Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	50
Tablo 19: Evin Isınma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	51
Tablo 20: Evin Nem Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	52
Tablo 21: Evin Havalandırılma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	53
Tablo 22: Evin Güneş Alma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 23: Ailede Astım Öyküsüne Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 24: Astımlı Çocuğun Yanında Sigara İçilme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)	56
Tablo 25: Evde Evcil Hayvan Besleme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	57
Tablo 26: Astımlı Çocukların Okul Devamsızlığına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	58
Tablo 27: Astımlı Çocukların Okul Başarısına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	59
Tablo 28: Ailede Yaşayan Birey Sayısına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	60
Tablo 29: Astımlı Çocukların Hastaneye Yatırılma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)	61

Tablo 30:Hastalığa Yönelik Eğitim Alma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)	62
Tablo 31:Astım Hastalığını Bilme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	63
Tablo 32: Astım Hastalığının Oluşumunda Etkili Faktörleri Bilme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)	64
Tablo 33:Astım Hastalığının Belirtilerini Bilme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)	65
Tablo 34: Düzenli İlaç Kullanımına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	66
Tablo 35:Aktivite Sonrası Atak Geçirme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=100)	67
Tablo 36:Son Bir Yılda Astım Nöbeti Geçirme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)	68
Tablo 37:Astım Nöbetini Başlatan Uyarılara Karşı Evde Önlem Alma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100).....	69

KISALTMALAR DİZİNİ

yy.	: Yüz Yıl
M.Ö.	: Milattan önce
M.S.	: Milattan sonra
Ark.	: Arkadaşları
ISAAC	: International Study of Asthma and Allergies in Childhood
PAQLQ	: Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire
SYK	: Sağlıkta Yaşam Kalitesi
PEDQLQ	: Pediatrik Allergic Disease Quality of Life
PRQLQ	: Pediatrik Rhinit Disease Quality of Life
AÇYKÖ	: Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği
WHO	: World Health Organization

I. GİRİŞ

Astım; değişik uyaranlara karşı artmış havayolu duyarlılığı ve geri dönüşümlü havayolu obstrüksiyonu ile karakterize etyolojisinde genetik, çevresel faktörlerin rol oynadığı çocuğun yaşamını fiziksel, emosyonel, sosyal ve spiritual boyutlarda kısıtlayan kronik bir hastalıktır (Sole vd., 2006).

Bütün ülkelerde rastlanan bir hastalık iken, prevalansı toplumlar ve aynı toplumun farklı kesimleri arasında bile değişiklik göstermektedir. Son yirmi yıldır özellikle çocuklar arasında görülme sıklığının arttığını gösteren veriler mevcuttur. Görülme sıklığı ülkemizde yapılan bir çalışmada %13.7-15.3 arasında bulunmuştur (Bavbek, 2000). Bu sayı İngiltere'de %1,8-4,8; Amerika Birleşik Devletleri'nde % 4,9-12,1 Danimarka'da %10.5; İsrail'de ise %13.7'dir (Akçakaya vd., 2000; Öneş, 2002). Dünya üzerinde yaklaşık 100 milyonun üzerinde astımlı çocuk bulunduğu tahmin edilmektedir.

Kronik hastalık çocuğu fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal açıdan olumsuz yönde etkileyerek, kaliteli bir yaşam sürdürmesini engellemektedir. Hastalık durumunda, çocuğun yaşadığı nefes darlığı, wheezing, öksürük atakları nedeniyle günlük aktivitelerinde ve sosyal yaşantısında kısıtlanır, hayal kırıklığı yaşar ve kendini diğer çocuklardan farklı hisseder (Erkan, 1996). Bu sorunlar çocuğun yaşam kalitesini, okul devamını, fiziksel ve ruhsal gelişimini olumsuz yönde etkiler, çocuklarda okul devamsızlığına ve okul performansının azalmasına yol açar (Kalyoncu, 1996). Bunun yanında astım kronik bir hastalık olduğundan çocuklar sık sık hastaneye getirilmekte ve bazen de yatırılarak tedavi edilmeleri gerekmektedir. Bu durum çocukların oyun, eğlence ve spor aktivitelerini hatta; beslenme, uyku, hijyen gibi günlük gereksinimlerini etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Bozkurt, 2003).

Fiziksel aktivitelerde ve oyundaki kısıtlanma astımlı çocukta davranışsal ve emosyonel problemlere neden olmaktadır. Astımlı çocuk kendine olan güven duygusunu kaybetmekte ve akranlarıyla olan ilişkileri bozulmaktadır. Öte yandan hastalık hakkında bilgi eksikliği, ölüm korkusu ve hastalık anksiyetesi de çocukta

stres kaynağıdır (Aydın ve ark., 2002; Türkoğlu, 2008). Yaşadığı bu duygular çocuğun psikolojik adaptasyonunu bozarak ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda depresyonun astımlı çocuklarda diğer kronik hastalığa sahip çocuklardan daha fazla olduğu görülmüştür (Akçakaya ve ark., 2000; Aydın ve ark., 2002; Türkoğlu, 2008). Bozkurt (2003)'un yaptığı çalışmada, astımlı çocukların %36'sında anksiyete, % 28' inde panik bozukluğu, %8' inde posttravmatik stres bozukluğu ve %4'ünde ise depresyon bulunduğunu bildirmiştir (Bozkurt, 2003). Vila ve arkadaşları (1998) orta ve ciddi astım hastalığı olan çocuklarda anksiyete bozukluklarının (%36) ve ciddi affektif bozuklukların (%5) yüksek oranda görüldüğünü bildirmiştir (Vila ve ark., 1998). Merikallio ve arkadaşları (2005) ise astım tanısı alan ve astım semptomları olan çocukların yaşam kalitelerinde, sağlıklı çocuklara göre anlamlı bir düşüş olduğunu göstermiştir

Aile açısından bakıldığında kronik hastalığa sahip bir çocuğun ailede bulunması, tüm aileyi etkilemekte ve aile üyelerinin ciddi düzeyde stres yaşamasına neden olmaktadır (Bozkurt, 2006; Marison vd., 2003). Astımlı çocuğun durumu ile özellikle anne, daha yakından ilgilenmekte, daha fazla sorumluluk almaktadır. Bu da anneye, aile içinde üstlendiği görevlere ek başka görevler de yüklemektedir (Karakavak, 2006). Bu durum, annenin, diğer aile bireyelerine yeterince zaman ayıramamasına, astımlı çocuk ve kardeşleri arasında kıskançlık, rekabet, kızgınlık, düşmanlık ve sosyal içedönük duyguların yaşanmasına neden olmaktadır (Pejovic vd., 2003).

Astımlı çocuklarda yapılan çeşitli çalışmalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler araştırılmıştır (Aydoğan, 1997; Beyhun ve ark., 2004; Bozkurt, 2003; Durna ve ark., 1999; Kuğuoğlu, 2003). Sorunun temel nedenleri arasında yoksulluk, yetersiz eğitim, yetersiz alt yapı ve astımla ilgili yetersiz bilgi görülmüştür. Ayrıca düzenli kontroller yerine acil sağlık hizmeti kullanımı, ilaçların dünyada yeterince yaygınlaşmaması ve ilaç fiyatlarının yüksekliği, kültürel faktörler, kanıtlanmamış geleneksel yöntemlerin yaygınlığı ve sık kullanımı, astıma yönelik ulusal sağlık politikalarının çoğu ülkede henüz

belirlenip uygulamaya konmamış olması gibi birçok faktör de yer almaktadır (Beyhun ve ark., 2004).

Günümüzde diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi astımda da klinik bulguların düzeltilmesinin yanında, hasta ve ailelerinin kaliteli bir yaşam sürdürebilmelerini sağlamak yaygın olarak kabul gören bir uygulamadır. Bu amaçla çeşitli enstitü ve birimler astım yönetim programları uygulamakta ve hemşirelerde buralarda aktif rol almaktadırlar. Bu programlarda, semptomların en aza indirilmesi, atakların önlenmesi, solunum fonksiyonlarının normale veya olabilecek en iyi düzeye getirilmesi, rahat gece uykusunun sağlanması, okul ve sosyal aktivitelerinde aksama olmadan alışılmış yaşantının sürdürülmesi amaçlanmaktadır (Barış ve ark., 1996).

Astımlı çocuklarda hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile mümkün olabilir.

Yurt dışında astımlı çocukların yaşam kalitelerini inceleyen birçok çalışma olmasına karşın (Marison ve ark 2003; Merikallio ve ark. 2005; Milovancevic ve ark., 2003, Solé ve ark., 2006; Spahn ve ark., 2002; Stokes ve ark., 1997) ülkemizde bu konuda yapılan çalışma sayısı sınırlıdır (Bozkurt, 2003; Durna ve ark., 1999; Ekici, 2003). Ayrıca yaşam kalitesi değerlendirmeleri sunulan hizmetlerin geliştirilmesinde önemli ipuçları verebileceğinden, astımlı çocukların yaşam kalitelerini çok boyutlu olarak değerlendirmek son derece önemlidir (Bozkurt, 2003). Araştırma bu eksiklikten yola çıkılarak yapılmıştır.

I.1. Araştırmanın Amacı

Astımlı çocukların yaşam kalitesi ve etkileyen bazı faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

II. 1. Astımın Tarihçesi

Astımın ilk olarak ne zaman ortaya çıktığı bilinmemekle birlikte eski Mısır ve Yahudi yazıtlarında da geniş olarak yer alan dünyanın bilinen en eski hastalıklarından biridir. Eski Yunanca da sıkıntılı solunum veya açık ağızla nefes alıp verme anlamında bir kelimedir ve yüzyıllar boyunca her türlü nefes darlığı astım olarak isimlendirilmiştir.

Hipokrat, astımın insan mizacındaki bir dengesizlikten kaynaklandığını ve hipofizden salgılanan balgamin burun ve akciğerlere geçmesiyle ortaya çıktığını yazmıştır. M.S. 63 yılında Kapadokyalı Aretaios da, o zamana kadar sadece bir ‘semptom’ olarak tanınan astımın spesifik bir hastalık olduğunu iddia etmiş; kuru öksürük, hışıltılı solunum ve sırtüstü uyuyamama şeklinde bir tanımlama yapmıştır.

Tıbbi kaynaklar ilk kez M.Ö. 25. yüzyılda efsanevi Çin hükümdarı Huang-ti'nin gürültülü nefes alan hastalardan bahsettiğini yazmıştır. Hipokrat M.Ö. 5. yüzyılda ilk kez astım hastalığını tarif etmiş; vücut sıvılarının (kan, tükürük, safra) dengesizliğini sorumlu tutmuştur. M.S. 12. yüzyılda İspanyol hekim Moses Maimonides astım hastalarına kirli havalı yerlerden ve stresten uzak durmalarını, sağlıklı beslenmelerini ve spor yapmalarını öğütlemiştir.

Astım için etkili ilaçların bulunması ancak 19. yy. ikinci yarısından sonra gerçekleşmiştir. Aslında inhalasyon tedavisinin ilk kez milattan önce 3000 yıllarında Sümer, Mezopotamya, Babil Uygarlıklarında Şaman kabileleri tarafından yasemine benzer datura bitkisi dumanından (atropine benzer bir madde) yapıldığına dair belgeler bulunmaktadır. Ancak tedavide kullanılışı, 1849'da ilk sıvı püskürtücülerin, 1900'lerde el nebulizerlerinin bulunuşu ile gündeme gelmiştir. 1935'de ilk inhale sempatomimetik kullanımı, 1950'de de basınçlı ölçülü doz inhalerlerinin bulunuşu ile astım tedavisinde önemli gelişmeler sağlanmıştır. Anlaşıldığı üzere astım insanoğlunun tarihi boyunca sürekli yeni çareler aradığı bir hastalık olmuştur. (Barış vd., 1996)

Şimdiki yüzyıl boyunca bilimde genel olarak, tıpta kısmen en hızlı ve en önemli gelişmeler, astım tedavisindeki anlayış ve ilerlemeleri gözle görülür biçimde etkiledi. Astım hastalığının allerjik temelli olduğu anlaşılır anlaşılmaz araştırmalar yeni bir yön kazandı. (Asher vd., 1995).

II. 2.Tanımı

Astım; birçok hücre ve hücresel elemanların rol aldığı yineleyen öksürük, nefes darlığı, wheezing (hışıltılı solunum) atakları ve değişen derecelerde hava yolu obstrüksiyonu ile seyreden, kendiliğinden veya tedavi ile düzelebilen, bronşial aşırı duyarlılığın (hiperaktivite) eşlik ettiği kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Çeşitli uyaranlara karşı hava yollarında hiperaktivitenin görüldüğü yaygın obstrüktif hastalığı veya reaktif hava yolu hastalığı olarak bilinir.

Astım çocukluk çağında sık olarak görülmektedir. Hastaların %30'unda başlangıç 1 yaş civarında olup, %80-90'ında ilk belirtiler 4-5 yaşlarından önce ortaya çıkmaktadır (Yorgancıoğlu, 2001). Bu yaşlarda astım prevalansının erkek çocuklarda kızlardakinin 2 katı olduğu gözlenmektedir. Bu oran adölesana doğru giderek küçülmekte, erişkinde ise tersine dönmektedir. (Viegi vd., 2003).

Hastalığın dağılımı ülkeden ülkeye veya bazen bir ülkede bölgeden bölgeye değişim gösterebilir. Astım prevalansı ve mortalitesi son yıllarda giderek artmaktadır. Prevalanstaki bu artışın nedeni hasta çocuk sayısında gerçek bir artış olabileceği gibi, hastalığın giderek daha iyi tanınması ve hışıltılı bronşit gibi yanlış tanıların astım tanısıyla değiştirilmesi de olabilir. Tüm pediatrik popülasyonda prevalans %5-15 olarak tahmin edilmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda astımın çocuklarda %5-8, erişkinlerde ise %2-4 oranında görüldüğü saptanmıştır. Prevalans şehirlerde ve sahil kesimlerinde daha yüksektir (Sly, 2000; Çöplü, 2000; Lemanske vd., 1998).

II. 3. Epidemiyoloji

Astım, çocukluk çağının en sık rastlanan kronik hastalığı olup, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın tüm ülkelerde görülmektedir (Global Initiative for Asthma, 2002). Prevalansı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte son 20 yılda

özellikle çocuklarda dikkat çekici bir şekilde artmaktadır (Kaya vd., 2005; Kurt, 2005). Ülkemizde de tüm dünya ile paralel olarak astım prevalansı giderek artmaktadır.

Astım ve diğer allerjik hastalıklar için, ülkeler arası karşılaştırmalar yapmak, böylece bu hastalıkların dünyadaki epidemiyolojisini daha iyi anlamak, olası nedenler için ileri sürülen hipotezleri tekrar değerlendirmek ve yeni hipotezler üretmek için sistematik çalışmalar yapabilmek amacıyla, International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) gibi standardize yöntemler geliştirilmiştir.

ISAAC (faz 1) :

a) Çocukluk çağı astımı, allerjik rinit ve atopik egzamanın farklı ülkelerde prevalansını saptamak, ülkeler içinde ve arasında karşılaştırma yapmak,

b) Allerjik hastalıkların ciddiyeti ve prevalansının gelecekteki trendlerinin değerlendirilmesi için temel alınabilecek ölçütler geliştirmek,

c) Bu hastalıkları etkileyen yaşam tarzı, çevresel, genetik ve tıbbi bakım faktörlerini içeren etiyolojik araştırmaları yapmak için geliştirilmiştir (MI vd., 1995; Miralles-Lopez vd., 1999; Kurukulaaratchy vd., 2002).

56 ülke ve 155 merkezde gerçekleştirilen Uluslararası Çocukluk Çağı Astım ve Allerji Çalışmasında (ISAAC), çocuklarda astım prevelansı %1,6-36,8 arasında bulunmuştur (ISAAC., 1998). Ülkemizin de katıldığı ISAAC da ülkemizde 6-12 yas arası okul çocuklarında astım prevalansının 1995'de %9.8'iken 2004'de %17.8 düzeylerine kadar arttığı saptanmıştır.

Astım prevalansı, morbidite ve şiddeti yaş dönemleri ile değişen bir cinsiyet farklılığı göstermektedir. Astım ve wheezing bebeklik döneminde erkeklerde kızlara göre ikiye bir oranında daha siktir, pübertede bu oran eşitlenir, 20 yaşın üzerindeki kadınlarda astım prevalans ve morbiditesi erkeklere göre daha fazla olur (Yorgancıoğlu, 2001).

Astımda mortalite seyrek olarak görülür. Ancak mortalite son birkaç yılda artmıştır. WHO verilerine göre (World Health Organization) 1990 yılının sonunda dünya çapında 180.000 den fazla astımdan ölüm rapor edilmiştir. Astım morbiditesi yaşam kalitesi, sağlık hizmeti, astımın ciddiyeti, ilaç kullanımı, tedavi maliyeti, prevalans ve insidans gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir(Viegi vd., 2003)

II. 4. Astımda Risk Faktörleri

Astım gelişmesinde rol oynayan risk faktörleri;

1. Hazırlayıcı faktörler,
2. Nedensel faktörler,
3. Yardımcı faktörler,
4. Tetikleyici faktörler başlıkları altında incelenecektir.

Hazırlayıcı faktörler hastalığa yatkınlığı artıran genetik faktörlerdir. Hava yolu inflamasyonunun oluşmasında genetik ve çevresel faktörler rol oynarlar.

Astım ve atopinin ailesel geçiş gösterdiği bilinmekte, kalıtımın büyük oranda rol oynadığı tahmin edilmektedir (Türktaş, 1998). Genetik özellikler tek basına ele alındığında genel olarak astım % 5-10 oranında görülürken, anne veya babanın birinin astımlı olması bu oranı %20-30'lara yükseltmekte, anne ve babanın her ikisinin de astımlı olması durumunda ise %60-70 gibi oldukça yüksek rakamlara ulaşmaktadır (Çelik vd., 2004; Sibbald vd., 1980).

Atopi, astım için bilinen en önemli genetik risk faktörüdür.(Türktaş, 1998). Çevresel alerjenlere karşı (ev tozu akarları, polen, küf mantarları gibi) aşırı miktarda IgE üretilmesine kalıtsal yatkınlık olarak tanımlanır. Atopik kişilerde astım, atopik olmayanlara göre daha sık görülür (Ecrhs, 1996). Çocukluk çağı astımında atopi oranı %80-90'dır. Atopi yasa bağımlı bir risk faktörüdür. Özellikle 3 yaşın altındaki çocuklarda atopi, ileri yasta astım için en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Martinez , 2000).

Nedensel faktörler hastalığın ortaya çıkmasında primer olarak rol oynayan faktörlerdir. Bunlar astımı tetikleyen etkenlerdir ve hava yollarını uyararak akut atakları başlatırlar.(Kalyoncu vd., 1996) Çocuklarda rastlanan astımın nedeni %80 oranında allerjik olaylara bağlıdır (Anlar, 2002). Ev içinde ve dış ortamda atmosfer kirliliği ve allerjen yoğunluğunun artması astım sıklığının artışında önemli birer faktördürler. Genetik faktörlerden bağımsız olarak, yaşamın ilk bir yılında çevresel kaynaklı allerjenler ile yoğun temas astım gelişiminde ciddi ve önemli bir faktördür (Allen vd., 1995).

Dış allerjenler vücuda genellikle solunum yoluyla nadiren sindirim yoluyla girerler. Solunum yolu ile vücuda alınan allerjenlerin başında ev tozu akarları gelir. *Dermatophagoides farinae* ve *Dermatophagoides pteronyssinus* isimli bu ev akarları ev tozları içinde yaşayan, gözle görülemeyecek kadar küçük canlılardır.

Akarlar besinlerini insan deri döküntülerinden, sularını da insanların nefeslerindeki nemden sağlarlar. Nemli ortamda çok daha kolay ürerler. Bu canlılar halılar, yatak, yorgan, battaniye ve kumaşla kaplı mobilyalarda kendilerini tekstil lifleri arasında derinlere gömerek yaşarlar (Kalyoncu vd., 1996). Akarların gelişebilmesi için en uygun ortam %70-80 nispi nem ile 25-27°C sıcaklıktır. Nemin %50 ve daha az olması durumunda aktif evredeki ev tozu akarlarının 6-11 günden fazla yaşayamadıkları ancak protonimf evresindeki akarların aylarca canlı kalabildikleri gözlenmiştir (Sly, 2000). Soğuk ve kuru iklimlerde yaşayamadıkları, yükseklik arttıkça da azaldıkları ve gelişme gösteremedikleri bildirilmiştir (Viegi vd., 2003).

Polenler dış ortamdan vücuda alınan diğer önemli allerjenlerdir. Yabani ot, çimen, ağaçlar gibi tüm bitkilerden kaynaklanan polenler vücuda solunum yolu ile alınarak astım atağına neden olabilirler.

Polenlere bağlı astım mevsimlerle ilişkili olarak kendini gösterir ve çiçek açma dönemlerinde daha sıkça karşımıza çıkmaktadırlar. Ülkemizde ağaç polenleri 1-1.5 ay, çimen polenleri ise ortalama 3 ay süreyle duyarlı kişileri etkiler (Kalyoncu vd., 1996).

Küf mantarları gözle görülmeyen allerjik etkisi olan sporlar üretirler. Renkleri türden türe değişir.Ev dışında (çürüyen bitkiler üzerinde veya havada) bulunabilecekleri gibi ev içinde (evin güneş görmeyen nemli yerlerinde) de bulunabilirler.Polenler gibi atmosferdeki spor sayısı hava koşullarına bağlıdır.Havanın sıcak ve nemli olduğu zamanlarda, örneğin yazın sonlarına doğru ve erken sonbaharda en fazladır (Türktaş vd., 1998).

Kedi ve köpek başta olmak üzere bazı hayvan tüyleri, bazen hamam böcekleri, çayır ve ağaç polenleri, mantarlar ve nadiren bazı besinler astıma yol açabilir (.Akçakaya, 1996).

Sindirim yolu ile vücuda alınan allejenlerin başında yumurta, süt, balık, kabuklu deniz hayvanları, çikolata gibi besin maddeleri ile her türlü tatlandırıcı, renklendirici ve koruyucu katkı maddeleri bulunan gıda maddeleri gelir. Besinlerle oluşan allerjik tablolar daha ziyade çocuklarda kendini göstermektedir Besinsel allerjenlere bağlı astım çok nadir görülür.(Türktaş, 1998).

Yardımcı faktörler nedensel etkenlerle karşılaşan kişilerde sensitizasyonu kolaylaştıran ve astımın ortaya çıkmasında yardımcı rol oynayan faktörlerdir. Çocukluk çağında sigara dumanı ile temas allerjik duyarlanma riskini artırabilir.

Pasif içicilik astım nöbetlerine yol açar. Astımlı hastanın aktif ve pasif sigara içiciliğinden kesinlikle kaçınması gerekir. Kontrol altına alınmış astımlı bir hastada üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları,özellikle viral solunum yolu enfeksiyonları semptomları alevlendirebilir. Ayrıca allerjik rinit astımla sonuçlanabileceği gibi, birçok hastada rinit ve sinüzit bulguları, astıma eşlik edebilir. (G.İ.N.A., 1998).

Tetikleyici faktörler hava yolu inflamasyonu yerleşmiş astımlı hastalarda akut ataklara neden olan faktörlerdir. Soba ve fırın yakıtları, kızarmış yağlar, oda spreyleri, boya ve ciladan kaynaklanan azot oksit, karbon monoksit, karbon dioksit, sülfür dioksit ve formaldehit gibi gazlar ev içi hava kirliliği nedenleridir. Bu durum sıklıkla astımlı kişilerde hırıltılı nefes almaya yol açar ve yaşlılarda,

küçük çocuklarda ve kronik kardiyopulmoner hastalığı olanlarda nefes darlığına yol açabilir (G.İ.N.A., 1998).

Astımlıların evlerinde bacalı soba kullanılması, bacanın sık sık temizlenmesi, mutfaktaki ocağın, fırının dumanının aspiratörlerle uzaklaştırılması, mutfağın iyi havalandırılması ve kapısının kapalı tutulması gereklidir. Ayrıca ev temizliğinde kezzap, tuzruhu ve çamaşır suyu gibi maddelerden kaçınılmalıdır. Isınma ve sanayide kullanılan yakıtlardan ve egzozlardan açığa çıkan sülfürdioksit, ozon, azot oksitler, asit aerosoller ve partiküller dış ortam hava kirliliğine neden olurlar (G.İ.N.A., 1998).

Astım gelişmesinde rol oynayan risk faktörlerinin en aza indirilmesi veya ortadan kaldırılması için alınacak önlemleri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz (Türktaş vd., 1998; Birol vd., 1997; Toraks derneği bronş astımı grubu, 1996).

-Özellikle hastanın yatak odasında bulunan halı, kilim, battaniye ve kumaşla kaplı mobilyalar kaldırılmalıdır.

-Evde ahşap, deri, plastik kaplı eşyalar ve mobilyalar kullanılmalıdır.

-Nevresim, çarşaf ve yatak kılıfları düzenli olarak haftada bir kez sıcak su ile (55°C üzeri) yıkanmalıdır. Battaniye ve perdeler 3 ayda bir yıkanmalı veya temizlemeye verilmelidir. Özel yatak kılıfları kullanılabilir.

-Önemli bir akar kaynağı olan tüylü yumuşak oyuncaklar evden uzaklaştırılmalıdır.

-Evde hayvan bulundurulmamalıdır. Evde beslenen hayvanların idrar, tüy ve salyası alerjik reaksiyonlara yol açabilir.

-Eviçi nem oranını düşük tutmak amacıyla ev içerisinde çamaşır kurutulmaması, mutfak ve banyo kapısının kapalı tutulması uygundur. Eviçi temizlik toz kaldırmadan yapılmalıdır. Hamam böceklerine karşı evin sürekli temizlenmesi ve ilaçlanması gerekir. Ortamda yemek artıkları ve çöp bulunmamalıdır. İlaçlamanın düzenli aralıklarla ve mutlaka hastanın evde olmadığı sırada yapılması gereklidir. Küf mantarlarına karşı evde rutubetin önlenmesi önemlidir.

-Sigara dumanı, saç spreyi, boya, cila ve egzoz dumanı gibi irritan uyarılardan uzak durulmalıdır. İşyerlerinde sigara içilmesi önlenmeli ve astımlılara sigarasız ortamda çalışmaları yönünde rapor verilmelidir.

-Hava kirliliğinin olduğu dönemlerde gereksiz fiziksel aktiviteden kaçınılmalıdır. Açık havada ve özellikle soğukta egzersiz yapılmamalıdır.

-Enfeksiyonlar korunmak için solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerle temastan kaçınılmalı, her yıl eylül veya ekim aylarında grip aşısı olmalı, enfeksiyonlar sırasında inhale steroid dozunu artırması veya gerekirse oral steroidlerin tedaviye eklenmesi, viral enfeksiyonlarda gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınılması önerilir.

-Eğer besinlere bağlı reaksiyonlar söz konusu olursa bu gıdalardan kaçınmak gerekir. Sıklıkla bazı besinlere eklenen sülfite, tartrazin, benzoat ve monosodyum glutamata bağlı ortaya çıkabilir. Sülfidler patates cipsleri, konserve karidesler, kuru yemişler, bira ve şaraplarda; monosodyum glutamat ise hazır çorbalarda ve çin yemeklerinde katkı maddesi olarak bulunabilir

II. 5.Sınıflama

Hastalığın heterojen yapısı nedeniyle astımla ilgili değişik sınıflamalar vardır (Atopik ve nonatopik veya ekstrinsik ve intrinsik gibi)(Çöplü ., 2000).

1. Allerjik (ekstrinsik) astım: Atopik kişilerin astımıdır. Erken yaşta başlar ve aile öyküsü vardır. Seyri değişken olmakla birlikte genellikle adölesan çağda remisyon görülür. Allerjik rinit, atopik dermatit gibi diğer allerjik hastalıkların eşlik ettiği bu grupta serum IgE düzeyleri yüksektir.

2. Nonallerjik (intrinsik) astım: Atopi veya aile öyküsü yoktur. Genelde daha ileri yaşlarda başlar. IgE düzeyi normal sınırlardadır ve antijen spesifik IgE bulunmaz.

Hava yolu inflamasyonuna neden olan faktörler bilinmemekle birlikte genellikle bir respiratuar virus enfeksiyonu öncülük eder. Astımın enfeksiyonla tetiklenen otoimmün veya otoallerjen formunu temsil eder (NTH., 2002).

Bunlardan başka mesleki nedenlerle tetiklenen, egzersize bağı olarak ortaya çıkan, aspirin ve diğeri Steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçların kullanımıyla oluşan astım da görülmektedir (Çöplü, 2000; Lemanske vd., 1998).

Astım, etyolojisinde otonomik, immünolojik, enfeksiyöz, endokrin ve psikolojik faktörleri farklı bireylerde değişik derecelerde içeren kompleks bir hastalıktır (Sly., 2000).

II. 6. Astımın Belirti ve Bulguları

Astımda saptanan klinik bulgular, tetik çeken etkenler, eşlik eden hastalıklar, tedaviye alınan yanıt gibi bir dizi önemli özellik kişiden kişiye değişkenlik gösterebilir.

Bundan ötürü, astım bir hastalık olmaktan ziyade bir "sendrom" olarak karşımıza çıkar (Yorgancıoğlu, 2001). Ağırılık derecesi; alerjenler, diğeri faktörlerin farklılığı ve çocukların bireysel tepkilerinin farklı olmasıyla ilişkilidir. Ataklarla seyreden hastalıkta, ataklar sırasında öksürük, balgam çıkarma, ekspiratuvar solunum sıkıntısı, wheezing ve göğüste sıkışma görülür. Ataklar; kaba, tahriş edici ve geceleri artan öksürük ile yavaş başlayabileceği gibi anidende başlayabilir. (Warner vd., 1994)

Kuru öksürük ve/veya hışıltı astımda en yaygın semptomdur. Respiratuvar semptomların geceleri kötüleşmesi karakteristiktir, özellikle uzamış bir solunum yolu enfeksiyonu veya inhalan alerjenlerin tetikleme ile olur. Kronik öksürük bazen astımlı olgularda tek başına görülebilmektedir. Bronş provokasyon testi uygulananların yaklaşık üçte birinde tek semptomun kronik öksürük olduğu bildirilmiştir (Yıldırım vd., 2001). Kronik öksürük nedenlerini araştıran prospektif çalışmalarda vakaların % 6,5-57'sinde astımın sadece öksürükle ortaya çıktığı saptanmıştır. Bu astım tipine öksürük variant astımı denilmektedir (Aydoğan, 1997). Üç haftadan uzun süren öksürüklerde ayırıcı tanıda astım akla gelmelidir. Öksürük genelde non-produktiftir. Hasta koyu kıvamlı, yapışkan, az miktarda balgam çıkarınca rahatlar. (Yıldırım vd., 2001)

Sekresyon arttığında öksürük tizleşir, balgam yapışkan, köpüklü bir hal alır. Bronş lümeni mukus tıkaçları ile tıkanınca solunum sıklığı ve derinliği artar. Buna bağlı olarak ekspiryum uzar ve astımlı çocuklarda sık görülen karakteristik bir fizik muayene bulgusu olan wheezing duyulur. Dudaklarda ve tırnaklarda siyanoz görülebilir. Çocuk yorgun, huzursuz ve endişeli olur. Ataklar ilerledikçe terleme artar. Çocuk kısa ve kesik cümlelerle konuşur. Solunum seslerinin hızlı, kaba, yüzeysel, düzensiz olması ve solunum sayısının artması çocuğun durumunun ağırlaştığını gösterir. Tekrarlayan ataklara bağlı çocuklarda fiçi göğüs deformitesi görülebilir (Aydoğan, 1997; Thompson, 1994.).

II. 7. Tedavi

Astım tedavisi uzun hatta yaşam boyu sürebilmektedir. Bu süreçte hasta ve ailesinin işbirliği, hastalığa uyumları ve eğitimleri tedavinin başarıya ulaşmasında büyük öneme sahiptir. Kronik bir hastalık olan astımında tedavi sürecinde sağlık personeli, hasta ve ailesine sorumluluklar düşmektedir. Astım tedavisinin amaçları şunlardır; (Toraks, 1996).

-Hastanın yakınmalarını düzelterip normal veya normale yakın solunum fonksiyonlarını sağlamak,

- Hastanın günlük aktivitelerini rahat yapabilmesini sağlamak,

-Tekrar eden astım ataklarını önlemek ve hastaneye yatırılma yada acil servise başvurma sıklığını en aza indirmek,

-Tedavide yan etkisi en az, yada hiç olmayan ilaçları seçmek,

-Astım tedavisi ile hastaların ve ailelerinin beklentilerini karşılamak

Günümüzde astım semptomları uygun tedavi ile kaybolmakta ve hastalık kontrol altına alınabilmektedir. Astımlı hastaya tetik çeken faktörlerden korunma ile birlikte ilaç tedavisi önerilmektedir (Moody vd., 1990).

II. 7.1. Koruyucu Tedavi

Astımlı bir hastanın tedavisinin başında hasta eğitimi gelmektedir. Öncelikle hastalara astımın nasıl bir hastalık olduğu, ne gibi durumların astım kontrolünü bozduğu, ne gibi belirtilerin astımın kontrolünün bozulduğunu gösteren ön belirtiler olduğu, ne gibi faktörlere dikkat etmeleri gerektiği ve tedaviyi kapsayan bilgiler verilerek hastanın, hastalığına ve tedaviye uyumunun artırılması gerekmektedir.

Tedavinin başarısında hasta hemşire işbirliği büyük önem taşır. Hastanın özellikle astımı tetikleyen faktörlerden uzak durması ve korunması sağlanmalıdır. Viral enfeksiyonlar, astımı tetiklediğinden her yıl eylül veya ekim ayında hastalara grip aşısı yapılması önerilir. Astımlı hastanın aktif ve pasif sigara içiciliğinden ve iç ortam ile dış ortam kirliliğinden kesinlikle kaçınması gerekir. Eğer allerjik astım söz konusu ise duyarlı olunan allerjene karşı koruyucu tedbirlerin alınması gereklidir. Allerjik astımda özellikle iç ortam allerjenlere olan maruziyetin azaltılması önem taşımaktadır. İç ortam allerjenlerinden ev tozu akarından korunmak için aşağıdaki tedbirlere dikkat edilmesi gerekmektedir. Ev tozu akarı insan deri döküntüsü ile beslendiğinden, özellikle en uzun süre geçirilen yer olan yatak odasında alınacak tedbirler önemlidir.

- Nemden arındırılmış, güneş gören, havalandırması iyi yapılmış bir ortam yaratılmalıdır.
- Akar allerjenini geçirmeyecek sıklıkta dokunmuş olan nevresim, çarşaf ve yastık kılıfı kullanılmalıdır. Günümüzde akar maruziyetini azaltan en önemli koruyucu yöntem budur. .Yatak takımları haftada bir 55 °C'nin üzerinde yıkanmalıdır.
- Başta yatak odası olmak üzere mümkün olduğunca halı ve kumaş kaplı mobilyalar kaldırılmalıdır. Eğer kaldırılamıyorsa; etkin filtreli ve çift katlı torbalı elektrik süpürgesi ile haftada bir defa süpürülmelidir.
- Diğer bir iç ortam allerjeni olan hamamböceğine karşı korunmak için eve giriş noktalarının kapatılması, özellikle mutfakta veya depo türü yerlerde

yemek kırıntılarının bulunmaması ve hamamböceğini öldürücü kimyasal maddelerin kullanılması gereklidir.

- İç ortam allerjenlerinden kedi, köpeğe karşı korunmak için başlıca önerilen yöntem hayvanın evden uzaklaştırılmasıdır. Bunun dışında hava filtrelerinin kullanılması, yerlerin silinmesi, hayvanı haftada bir yıkamak, halıları azaltmak, zeminleri cilalamak ve duvarların silinmesi diğer daha az etkili yöntemlerdir.

Dış ortam allerjenlerinden korunmak iç ortam allerjenlerinden korunmak kadar kolay değildir. Ancak bunun için önerilen dışarıdan eve gelindiğinde kişinin üzerindeki kıyafeti değiştirmesi, mümkünse saçını yıkaması, camları kapaması ve polen miktarının atmosferde yoğun bulunduğu saatler olan saat 10 ile 16 arasında dışarıya çıkmaması gibi uyarılardır. Dış allerjen tedbirlerinin pratik geçerliliği uygulama zorluğu nedeniyle tartışmalıdır (Türktaş vd., 1998; Toraks, 1996).

II.7.2.İlaç Tedavisi

Astımda kullanılan ilaçların çoğu inhalasyon yolu ile uygulanan ilaçlardır. Bunun amacı kullanılan ilaçların doğrudan akciğerlere ulaşması ve ilaç yan etkisinden korunmaktır. İnhalasyon yolu ile verilen ilaçlar nebulizatörler, ölçülü doz içeren sprey, kuru toz inhaler, turbohaler, diskhaler, diskus, inhalasyon kapsülü şeklinde olmak üzere çeşitli şekildedirler ve hastanın uyumu ve yaşına göre seçilmesi oldukça önemlidir.

Astımda ilaç tedavisi, tedavinin çok önemli bir noktasını oluşturmaktadır. Hastalığın ilaç tedavisi iki ana esas üzerine kurulmuştur.

Astımda kullanılan ilaçlar kontrol edici ve semptom giderici ilaçlar olmak üzere iki grupta ele alınır (Toraks, 1996). Bunlar; Kontrol Edici İlaçlar, uzun süreli kontrol sağlarlar. Bunlar:

- İnhal ve sistemik steroidler
- Kromolin sodyum (sodyum kromoglikat)
- Nedokromil sodyum

- Lökotrien antagonistleri
- Uzun etkili beta-2 agonistler
- Uzun etkili teofilin

Semptom Giderici İlaçlar, bronkospazmı çözmeye, bronş obstrüksiyonunu ortadan kaldırmaya yöneliktir. Bunlar:

- Kısa etkili beta-2 agonistler
- Teofilinler (i.v. formları)
- Antikolinerjikler

Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar değişik yollarla (inhaler, oral, parenteral) verilebilir. Doğrudan hasta olan bölgeye (hava yolları) ilacın verilebilmesi, ilaç etkisinin kısa sürede başlaması ve sistemik yan etkilerinin en az olması nedeniyle astım tedavisinde ilaçların “inhalasyon” yolu ile verilmesi tercih edilir. Bu amaçla kullanılmak üzere spreyle başka bir deyimle ölçülü doz inhalerler (ÖDİ), toz inhalerler ve nebulizasyon ile verilen solüsyonlar vardır. İnhalasyon ile verilen ilaçların doğru kullanılması ve sonuç olarak astımın iyi tedavi edilmesi hastanın uyumuna bağlıdır.

Bu nedenle inhaler ilaç verilen astımlı hastalara inhalasyon tekniklerinin mutlaka öğretilmesi ve her kontrolde doğru kullanıp kullanmadığının denetlenmesi gerekir (Toraks, 1996)

Astım ilaçları iki yaşından küçük çocuklarda nebulizatör veya yüz maskesi olan haznelere verilmelidir. Çocuklar üç yaşından itibaren spreyle hazneyle kullanmayı öğrenebilirler. Kuru toz inhalerler yedi yaşından büyük çocuklarda kullanılabilir (Toraks, 1996).

II. 8. Hemşirelik Yaklaşımı

Akut astım ataklarının önlenmesinde veya ortaya çıkmasında çocuğun davranışı önemli bir rol oynar, dolayısıyla tıbbi tedavinin yanı sıra eğitime dayalı programlar yapılmaktadır (Öneş, 1999). Eğitim programı ile; yaşam stili

değişikliği, kendini izleme ve çevrenin kontrolüne ilişkin bilgi ve becerileri çocuğun alması sağlanabilmektedir. Hastaların hastalıkları ile ilgili olarak eğitilmeleri, hastalığa uyum sağlamada ve tedavinin başarıya ulaşmasında büyük önem taşımaktadır (N.H.L.B.I. and W.H.O., 1995; Allen vd., 1995; Kolbe vd., 1996).

Dünyada astım konusunda temel alınan kaynak olan Global Initiative for Asthma'nın (GINA) altı maddeden oluşan Astım Yönetim Planının ilk maddesinde “ Astım yönetiminde işbirliği yapabilmek için hastaları eğitin ” denmektedir. Bu madde sadece hekim eğitiminin yeterli olmadığını, profesyonel bir ekip çalışması içinde hastaların da sağlık çalışanları ile işbirliği içinde ve onun rehberliğinde astımın tanı, tedavi ve izleminde bizzat sorumluluk almaları gerektiğini ifade etmektedir (G.İ.N.A., 2002).

Hastaya astımını tetikleyen risk faktörlerinin tespitinde hemşire hastayı bilgilendirmeli ve bunlardan kendisini nasıl koruması gerektiğini hastaya öğretmelidir. Koruyucu ve belirti giderici ilaç ayrımını, hangileri olduğunu, neden koruyucu ilaçları sürekli kullanması gerektiğini, ne zaman belirti giderici ilaca başvuracağı hastaya öğretilmelidir. Ayrıca ilaçların şekillerine göre nasıl doğru uygulayacağı...vb gibi konuların hastaya öğretilmesinde hemşirelere çok önemli sorumluluklar düşmektedir (Biol vd., 1997). Hastaya adım adım inhalasyon tekniği beceri eğitimi verilmeli, unutup unutmadığı her görüşmede yeniden kontrol edilmelidir (Toraks, 1996).

Kronik hastalığın bireyin ailesine getirdiği tedavi ve bakım maliyetlerinin, hastanede kalış sürelerinin azaltılabilmesi ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmeleri için; hemşireler kronik hastalığı olan bireylere ve ailelerine psikososyal yönden uyum sağlamalarına yardım etmek, kendi bakımları öğretmek ve evde bakımını sağlamak, riskli davranışları değiştirmelerine yönelik girişimlerde bulunarak hastalık yönetimini kendilerinin yapabilmeleri sağlanmalı ve ayrıca sağlık sistemi içinde yer alan kaynakları tanıtmak, kullanmaları için yönlendirmek/desteklemek gerekmektedir (Çavuşoğlu, 1996).

II. 9.Çocukluk Çağı Astımı ve Yaşam Kalitesi

II. 9.1.Yaşam Kalitesinin Tanımı

Uzun yıllar sağlıklılığın değerlendirilmesinde ya da sağlığın ölçümünde morbidite, mortalite ve beklenen yaşam süresi gibi niceliksel kavramlar temel alınmıştır. Bu terimler organ düzeyinde nesnel olarak fizyolojik veya ruhsal bir hasarın saptandığı ve bireyin kendisinde sınırlı olan bir durumu tanımlamaktadır. Son yıllarda bu yaklaşımın sağlığın değerlendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış, kişinin fizyolojik yada ruhsal patolojisinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirilmesi ve farkındalığı daha çok önem kazanmıştır. Bu bağlamda hastayı daha bütüncül olarak ele alma fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır (Lehman vd., 1983).

Son 20 yıldır Dünya Sağlık Örgütü merkezi çalışmalarının da katkısı ile sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar fiziksel ve ruhsal hastalıkların yaşam kalitesi üstündeki etkilerini tanımlama konusunda daha çok çaba göstermektedirler. Bunun sonucu olarak iyilik durumunu ve yaşam kalitesini öznel olarak ölçülebilir kılma girişimleri sonuç vermekte ve sağlığın ekonomik, sosyal ve benzeri farklı boyutları da değerlendirme kapsamına almaktadır. Yaşam kalitesini henüz etraflıca kabul edilen bir tanımı olmamakla birlikte, 'kişinin kendi durumunu, kendi kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi' olarak tanımlamıştır (Saxena, 1993).

Tüm insanlık için evrensel bir kavram olan yaşam kalitesi, bireylerin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemlerinin bütünü içinde amaçları, beklentileri, ilgileri ve düşünceleri ile ilişkili olarak yaşam içindeki durumlarını algılamalarıdır. Bu anlamda YK değerlendirilirken bireye kendi yaşamı ile ilgili ne hissettiği sorulmakta ve bireyi tüm özellikleriyle bir bütün olarak ele almak amaçlanmaktadır (Benedictis vd., 2004)

Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Kendinden memnun olmanın en temel

düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir.(Öneş, 1999)

Yaşam kalitesi kavramının tanımlanması, geçmişe dönük yaşam birikimlerini yansıtmaktadır. Yaşam kalitesine ilişkin tüm bu yaklaşımlar yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğunu fakat hastalık semptomlar veya tedavi ile ilişkili toplam kişisel duruma odaklandığını göstermektedir.(Şahin, 1997)

Yaşam kalitesi birçok disiplini ilgilendiren bir kavramdır. Farklı bilimler, yaşam kalitesinin kendi disiplinlerini vurgulayan yönlerine odaklanmıştır. Sosyoloji yaşam kalitesinin refahla ilişkisine odaklanırken, fizyoloji temel olarak kişilerin büyüme ve gelişmelerine odaklanmıştır. Tıp ve hemşirelik ise sağlık çalışmalarının ilgilendikleri alanlar olan sağlığın, semptomların, hastaların ve tedavilerin yaşam kalitesi ile olan ilişkilerine odaklanmıştır.

II. 9.2.Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 DSÖ Anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. DSÖ; sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Daha sonraki yıllarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hepsinde bu bileşenler yer almaktadır.

DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (Testa vd., 1996). Öte yandan: ‘Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması gereği DSÖ’nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (Şahin, 1997).

Klinik tıpta yaşam kalitesi, hastalık ve onun tedavisinin hastanın algıladığı şekilde kendi üzerindeki etkisidir. Yaşam kalitesi ölçümü ise hastanın yararlı ve tatmin edici bir yaşam sürme yeteneğini algılaması üzerine hastalık ve tedavinin

net sonuçlarını bilimsel olarak analiz edilebilir koşullarda kantifiye etme çabasıdır. Yaşam kalitesi değişkenlerinin dört önemli özelliği multifaktöriyel, hasta tarafından uygulanır, zaman içinde değeri değişken ve öznel olmasıdır.

Yaşam kalitesi kavramı bu verileri elde etmek için genellikle beş temel alanı kapsar. Bunlar, fizik durum ve fonksiyonel yetenekler, psikolojik durum ve iyilik hali, sosyal ilişkiler, ekonomik faktörler ve dini durumdur. Böylece hastanın hastalık açısından değerlendirilen organik boyutuna psikososyal boyutu da katarak sağlığın değerlendirilmesi kavramını tamamlar.

Terminolojide farklılıklar olsa da yaşam kalitesi yapısının dört geniş parçası vardır. Bunlar, fiziksel ve mesleki fonksiyon, psikolojik durum, sosyal ilişkiler ve somatik duyuları kapsar. Fiziksel ve mesleki fonksiyon, sonuçları değerlendirmede doktorların geleneksel olarak en sık kullandıkları yöntemdir. Güç, enerji ve beklenen normal aktiviteleri yapma yetisi sorulur. Yaşam kalitesi çalışmalarında, psikolojik durum duygudurum, anksiyete ve depresyonu doğrudan soran sorular ya da sofistike psikometrik ölçüm kullanılabilir. Sosyal ilişki ise hastanın toplum yaşamı içinde kişisel ilişkilerini yürütebilme yetisidir.

Bu aile, arkadaşlar, ilişkileri ve genel toplum ile ilişkileri kapsar. Somatik duyular ya da semptomlar kişinin yaşam kalitesini azaltabilecek tatsız fiziksel duyuları çevreler. Bunlar arasında ağrı, bulantı ve nefes darlığı sayılabilir (T.W.G., 1998).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi genel yaşam kalitesi kavramının bir alt grubudur (Phipps vd., 2006). Bu terim yaşam kalitesinin doğrudan kişinin sağlığı ile ilişkili kısımlarını anlatır (Testa vd.,1996). Bu gözle bakılınca sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi hastalıkla ilgili biyomedikal etmenleri tamamlayıcı bir bakış açısı sağlar. Bu açıdan SYK ölçekleri, kişiyi global olarak değerlendiren “genel (generic) yaşam kalitesi ölçekleri” ve hastalığın kişi üzerine etkisini ölçen “hastalık spesifik SYK ölçekleri (disease specific)” olarak sınıflandırılabilir (Helseth, 2005).

II. 9.3.Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

a. Sağlık durumu, sağlık algılaması: Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir (Energy, 1994; Gümüş, 2010). Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar.

Yüksek yaşam kalitesi bireylerin iyi olma düşüncelerini, çalışma performanslarını, seksüel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini olumlu yönde etkiler.Ayrıca yüksek yaşam kalitesine sahip bireyler hastalıklarına daha kolay uyum sağlamak ve yaşamdan doyum almaları artmaktadır.Bu nedenle yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, öncelikle bireyin kendisi, ailesi, yaşamındaki diğer önemli kişiler ve hemşireler önemli roller üstlenir.hemşire, birey ve ailenin gereksinim duyduğu sağlık danışmanlığını yaparak, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneğini artırarak, bireylerin yaşam biçimi değişikliklerinde ve hastalığa uyumlarında uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarına, hastaların kendilerine güven duymalarına, kendi kararlarını verebilmelerine yardım ederek yaşam kalitesinin yükselmesini sağlayabilir.

b. İşlevsel durum (Functional status): Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir (Energy, 1994; Bozkurt, 2003).

İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akısı içindeki işlevleri içermektedir (Serhat, 2010). Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişinin kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabileceği üzerinde durulmaktadır (Levy vd., 2004).

c. Ruhsal durum (Mood): Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (Levy vd, 2004).

d. Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi: SYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılmaktadır (Levy vd., 2004).

Genel olarak SYK değerlendirilmesi sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (Alberto vd., 2007; Szabo vd., 2007).

Fitzpatric ve arkadaşları birçok yaşam kalitesi ölçeğini inceleyerek bunların içerik ve yapılarını karşılaştırarak, bu ölçeklerin çoğunda ortak olarak bulunan yaşam kalitesi boyutlarını şöyle sıralamışlardır :

- a) Fiziksel fonksiyon; örneğin hareket kabiliyeti, özbakım
- b) Emosyonel fonksiyon; örneğin depresyon, anksiyete
- c) Sosyal fonksiyon; örneğin cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki
- d) Rol performans; örneğin iş hayatında ve günlük ev işlerinde
- e) Ağrı
- f) Diğer semptomlar; örneğin yorgunluk, bulantı, hastalığa özgün farklı semptomlar

Yaşam kalitesinin ölçümlerinin tıpta kullanım alanları Fitzpatric ve arkadaşları tarafından şöyle sıralanmıştır;

- a. Bireysel hasta takibinde psiko-sosyal problemlerin kişisel düzeyde araştırılması ve takibi amacı ile,

b. Sağlık hizmetlerinin veya tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi çalışmalarında,

c. Klinik çalışmalarda,

d. Sağlık planlayıcılarının ve sağlık ekonomistlerinin fiyat-fayda analizlerinde (Ramírez vd., 2006).

Her bir yaşam kalitesi alanındaki doyum, kişiden kişiye değişir, her bir alanın önemi de kişiden kişiye değişir ve yaşam kalitesini eşit olarak etkilemez. Bireyin yaşamını etkileyen boyutlardan her biri değerlendirmede yer almalıdır. Bugün dünyada kullanılan genel amaçlı ya da hastalığa öznel olarak geliştirilmiş çok sayıda anket bulunmaktadır. Bunlar işlevsel beceriyi, psikososyal iyilik halini, sosyal desteği, yaşamdan memnuniyeti ve moral durumunu ölçen ve daha geniş anlamda sağlıklılık durumunu belirleyen anketler olarak sınıflandırılabilir (Tabak vd., 2004).

II. 9.4. Sağlık Hizmetinde Yaşam Kalitesi Neden Ölçülmelidir ?

Sağlık araştırmaları alanında “Yaşam Kalitesi”nin değerlendirmesine son yıllarda yoğun bir ilgi duyulmaktadır

Bunun en önemli nedeni, teknolojik gelişmelere paralel olarak sağlık alanında da önemli ilerlemeler kaydedilmesidir. Günümüzde artık çoğu hastalık tedavi edilebilmektedir. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur (Annet, 2001). Bu yansıma değişik uygulamaları gündeme getirmiştir. Kronik hastalıkların daha iyi tedavi edilmesi ve hastaların yaşatılabilmesi sonucunda, sadece fonksiyonel ölçümlerin (semptom skoru, tedavi skoru, hastane hizmeti alma sıklığı, nazal akım hızı, SFT, radyolojik incelemeler...), hastaların kendilerini nasıl hissettiğini yansıtmadığını göstermiştir. Bu ölçütler, hastalığı iyileşen ya da tam olarak iyileşmeden hayata devam eden bireyin psikososyal dünyasında kendini iyi hissedip hissetmediğini belirleyememektedir. Halbuki organik beden yanında, onu varlık olarak bütünleyen psikososyal beden de vardır ve bu nedenle “biyo-pisiko-sosyal bir yapı olarak insanın” hissettikleri asıl önemli

olandır. Organik bedene ait parametreler yanında, psikososyal bedene ait fonksiyonlar olan psişik, sosyal ve emosyonel parametrelerin de ölçülmesi gerekir. Sonuçta artık günümüzde tıbbi tedavinin değerlendirilmesinde fiziksel ve fizyolojik parametrelerin ölçümü ile saptanabilen; yakınmaların azaltılması veya yaşam süresinin uzatılması gibi göstergeler yetersiz kalmaktadır. Hastanın bakış açısını da içeren yeni kriterlerin bu değerlendirmeye dahil edilmesi gerekmektedir. Günümüzde artık tıbbi bakım ve tedavinin birincil amacı belki de sadece yaşam süresini uzatmak ve kür sağlamak değil, “Yaşam Kalitesi”nin de birlikte sağlanması olmalıdır (Annet, 2001; Bowling, 1997)

II. 9.5. Pediatrik Astım Açısından “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi”

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi “Hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi” olarak tanımlayabiliriz (Sly, 2000). Burada vurgulanması gereken en önemli nokta; bu verileri elde ederken başvuru kaynağımız mutlaka hasta olmalıdır. Buda kavramın tanımını ve ölçülebilirliğini zorlaştırabilir.

Bir çocuk açısından yaşam kalitesi tanımlanması gerekirse şöyle tanımlanabilir: “Çocuğun ve ailesinin çevresi, hastalığı ve hastalığı ile ilgili çeşitli klinik uygulamaların üstünde, hastanın kendisi tarafından algılanan fiziksel, emosyonel ve sosyal yaşam açısından uygun miktarda muktedir olma ve tam bir iyilik hissetme halidir” (Bowling, 1997; Hunt, 1986)).

Pediatrik astım açısından ele alındığında ise, klinik semptomların ve tedavi uygulamalarının, çocuğun ve bunun yanında önemli miktarda da anne-babasının biyopsikososyal yapısına olan etkilerini değerlendirmek gerekir. Örneğin, astımın klinik olarak en önemli semptomları olan nefes darlığı, öksürük, hışıltılı solunum (wheezing), sigara dumanı yada benzeri çevresel irritanlardan etkilenme, hava durumu değişikliklerinin kötü etkileri, viral enfeksiyonlarda geçirilen ataklar, uyku bozukluğu ve tedavi uygulamalarının oluşturduğu yan etkiler, zaman kısıtlanması vs astımlı çocuğun yaşam kalitesini etkileyen en önemli nedenlerdir (Annet, 2001).

II. 10. Pediatrik Astımda Kullanılan Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Tüm SYK ölçeklerinin sağlık uygulamasında kullanımındaki genel yaklaşım, astım içinde geçerlidir. Bu nedenle, yukarıda belirtildiği gibi, astımda çocuk ve erişkinde genel ve özel SYK ölçekleri birlikte kullanılmalıdır.

1- Genel SYK ölçekler: Çocuklarda genellikle kullanılan genel SYK ölçekleri, KINDL,

Ped-QOL, CHQ, KidCOPE vb dir. Standardizasyon ve ergonomileri, erişkin ölçeklerine göre daha gelişmemiş haldedir. KINDL ölçekleri Yüksel ve ark tarafından Türkçe' ye valide edilmiştir. Güvenirlilik ve geçerlilik çalışmaları da bitirilmiştir (Eser, 2005)

2. Hastalık spesifik ölçekler: Çocuklarda en sık kullanılan ölçek pediatrik astım için

PAQLQ'dur. Ancak CAQ'da kullanılabilir. Alerjik rinit için ise, en çok kullanılan PRQLQ'dur. Adölesanlar için AdolRQLQ kullanılabilir. Hem PAQLQ hem de PRQLQ Yüksel ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bitirilmiştir (Yüksel, 2009).

II. 10.1. Pediatrik Astımda Kullanılan Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Alt Birimleri (Domainleri)

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri yukarıda da belirtildiği gibi generik ve hastalık spesifik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Her bir geliştirilen ölçekte benzer ve ayrı domainler (alt alan başlıkları) vardır (Yılmaz, 2008; Juniper, 1999). Bu ölçekte bu domainleri belli soru grupları temsil eder. Bu sorular, ölçekte sıralı ya da karışık olarak yerleştirilebilir. Bu soru grupları, ölçekte bildirilen değerlendirme yöntemi ile ayrı ayrı değerlendirilerek domain skorları ve toplam skor elde edilir. Her bir soru ve domain için temel amaç o alanı özel olarak belirlemektir. Bu ölçeklerde yanıt tipi önemlidir. Yanıtlar;

- i. Var / yok
- ii. Sıralı yanıt (Likert tipi)
- iii. VAS (Görsel Esdeğerlik Skalası, visual analog scale) olabilir.

Her bir ölçeğin genellikle negatif ve pozitif cevap değerlerini içeren ve değerlendirmeyi standart hale getiren olasılıkla otomatize formatı vardır. Alerjik Hastalıklar ve Astımda kullanılan generik ve hastalık spesifik ölçeklerin domainleri genellikle;

- a. Semptoma yönelik
- b. Günlük aktiviteye yönelik
- c. Emosyonel duruma yönelik
- d. Psisik duruma yönelik
- e. Kronisiteye yönelik
- f. Fiziksel duruma yönelik
- g. Toplam skor seklindedir.

II. 11. Pediatrik Astımda Pratikte Kullanılan Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçekleri

II. 11.1. Pediatrik Astımda Kullanılan Generik SYK Ölçekleri

1. KINDL: Çocuklar için Türkçe çevirisi yapıp, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bitirilmiş bir ölçektir (Eser, 2005). Bu ölçeğin çocuklar için üç, aileler için ise 2 ayrı formu vardır. Yas grubuna göre Kıddo- KINDL 0–4 yas grubu için, Kid- KINDL 8–12 yas grubu için görüşmeci tarafından (interviewadministrative) uygulanır. Kiddy-KINDL ise 12–16 yas grubu içindir ve çocuk tarafından doldurulur (self-administrative). Aile anketi olarak da 4–8 yas ve 8–16 yas için iki ayrı formu vardır. Hastaların semptom skoru, solunum fonksiyon testi ve diğer fiziksel ölçütleri ile karşılaştırılabilir.

2. Diğer Ölçekler: Türkçe'ye valide edilen ancak geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmamış birkaç ölçek daha mevcuttur. Bunlardan ilk validasyonu yapılan "PedsQoL" dur. Ayrıca, "Child Health Questionnaire" (CHQ) de Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yayınlanmış bir ankettir.

II.11.2. Pediatrik Astımda Kullanılan Spesifik SYK Ölçekleri

i. PAQLQ (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire): 7-17 yaş çocuklar için Juniper ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe'ye Yüksel ve ark. tarafından çevirmiştir. Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları bitirilmiş ve yayın haline getirilmiştir (Yüksel, 2009). Ölçek 23 soru ve 3 domainden oluşur: Semptom, aktivite kısıtlaması ve emosyonel fonksiyon.

Bu ölçekte 3 domain ve 1 toplam olmak üzere, 4 skor elde edilir. Her bir soru 7 puandır. PAQLQ' nun semptomatik ve asemptomatik astımlı çocuklarda yaşam kalitesi farkını ayırt edebildiği gösterilmiştir. Hastalardan elde edilen sonuçlar, hastaların generik SYK ölçekleri ve hastalığın klinik ağırlığının göstergeleri olan PEF değişkenliği, beta-agonist gereksinimleri ile korele bulunmuştur. Bunlar arasında en zayıf korelasyon FeV1 iledir. Hatta bazı serilerde, FeV1 ile skorlar arasında ilişki saptanmamıştır. Bu da göstermektedir ki, fonksiyonel parametreler her zaman yaşam kalitesi ile paralel değildir.

ii. CAQ: Bu ölçek (Childhood Asthma Questionnaire), ayrı yaş grupları için 3 form halinde geliştirilmiştir. Form A: 4-7 yaş, Form B: 8-11 yaş, Form-C: 12-16 yaş. Hastaların yanıtı "evet hayır" olarak alınır. Fonksiyonel yeti "gülen yüz" şekli ile tanımlanır. Hastalık spesifik ölçek olmasına rağmen genel aktivite soruları da vardır. Astım ağırlığı ile zayıf korelasyon saptanmıştır. Ölçeğin çocuklarda, gece semptomları ile anlamlı korelasyonu vardır ancak Türkçe'ye çevirisi yapılmamıştır. Bu nedenle kullanımı mümkün değildir.

iii. PEDQLQ: Bu ölçek (PADQLQ, Pediatric Allergic Disease Quality of Life Questionnaire) birden çok alerjik hastalığa sahip olan çocukların yaşam kalitelerini tek bir form ile değerlendirebilmek için geliştirilmiştir. Amaç, aslında alerjik hastalığın fizyopatolojisi ile uyumludur. Çünkü alerjik hastalık sistemik bir

hastalıktır. Bu nedenle, bir hastada birden çok mukoza tutulumu olabilir. Bu en sık alerjik rinit ve astım birlikteliğinde görülür. Genel popülasyonda %5-10 olan astım sıklığı, alerjik rinitli popülasyonda %20-70'e çıkmaktadır. Bu nedenle, astımlı çocuğun yaşam kalitesini assosiye diğer alerjik hastalık etkileyebilir. Bu ölçekte hem astım, hem rinit hem de diğer deri, gastrointestinal vs sisteme ait sorular vardır. Sonuçlar astımlı ve rinitli hastada hastalık spesifik skorlarla (PAQLQ, PRQLQ vs) ve semptomlarla korele bulunmuştur. Bu ölçeğin diğer dillere çevrimi ve yaygın kullanımı kabul görmemiştir. Türkçe'ye de çevirisi yapılmamıştır (Yüksel, 2009)

III. GEREÇ VE YÖNTEM

III.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma astımlı çocukların yaşam kalitesi ve etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

III.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Allerji-İmmünoloji polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Poliklinikte haftada 5 gün 09.00-17.00 saatleri arasında hizmet verilmektedir. Astım tanısı konulan hastalara polikliniğe ait dosya çıkartılır. Hasta ve hastalığına ait tüm veriler kaydedilir. Sonra hastaların klinik tablolarına göre kontrol randevuları verilerek her kontrolü için ayrı kontrol formu doldurulur. Hastalara hekim tarafından spontan eğitimler verilmektedir. Bu eğitimler astım nedir, astım hastalığının belirtileri nelerdir, inhalasyon ilaçların kullanımı, astımda gelişebilecek komplikasyonlar gibi konularını içermektedir. Poliklinikteki işler solunum fonksiyon testini yapan bir teknisyen ve poliklinikte hasta takip ve kontrollerini yürüten bir hekim tarafından yürütülmektedir. Poliklinikte hemşire bulunmamaktadır. Araştırma 1 Eylül-30 Aralık tarihleri arasında yapılmıştır.

III.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Allerji-İmmünoloji polikliniğine Eylül 2009-Aralık 2009 tarihleri arasında 960 astım hastası başvurmuştur. Bu sayı aylara göre; Eylül ayında 120, Ekim ayında 120, Kasım ayında 162, Aralık ayında 133' dür. Bu nedenle örnekleme 1 Eylül-30 Aralık tarihleri arasında başvuran 7-17 yaş grubundaki astım tanısı almış 100 hasta oluşturmaktadır.

Örneklem seçim kriterleri;

Çocuk ve ailenin araştırmaya katılmayı kabul etmesi,

Çocuğun okuma yazmasının olması,

Çocuğun daha önceden bilinen psikotik hastalığının bulunmaması.

III.4. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen Kişisel Bilgi Formu (2,3,5,6,7,9,12,17,19,30) ve Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (9) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek 1) :

Bu form, demografik özellikler (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, ailede yaşayan birey sayısı) astım hastalığının klinik özellikleri, ailedeki hastalık öyküsü, tedavi düzeni, okula devamsızlık, okul başarısı, astımı tetikleyen etkenler, astım hastalığının çocuk üzerindeki etkisi ve astımın tedavisine yönelik 39 sorudan oluşmaktadır.

Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire –PAQLQ) (Ek 2):

Juniper ve arkadaşları tarafından 1996 yılında 7-17 yaş grubu astımlı çocukların hastalığa özgü fiziksel, ruhsal ve sosyal bozukluklarını ölçmek amacıyla geliştirilen, 23 maddeden oluşan yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçek, Fidaner ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiş, Gülçin Bozkurt tarafından 2003 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Cronbach alfası yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfası 0.83 olarak belirlenmiştir. Son bir hafta boyunca çocukların astım hastalığı sonucu yaşadığı deneyimleri sorgulamakta ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki her ifadenin atlanmadan ve değiştirilmeden okunması gerekmektedir. Aksi takdirde yanıtlar değişebilir ve sonuçların geçerliliği etkilenir.

Ölçeğin alt boyutları;

- Belirtiler (4,6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 23. maddeler)
- Faaliyet Kısıtlaması (1, 2, 3, 19, 22. maddeler)
- Duygusal İşlev (5, 7,9,11,13, 15,17, 21. maddeler)

Ölçek ; astımlı çocuk doktoru ile görüşmeden ve yanında ebeveyni olmaksızın uygulanır. Ölçekteki her bir soru 1-7 puanlık likert skalası kullanılarak değerlendirilecektir. 1 en düşük 7 ise en büyük dereceyi ifade etmektedir. Soruların puan ağırlıkları eşittir. Bütün maddelerden alınacak toplam puan 23-161 arasındadır. Genel yaşam kalitesi tüm soruların, alt kategorileri ile ilgili alan puanı

toplanıp ortalamaları alınarak hesaplanır. Puan yükseldikçe yaşam kalitesinde iyileşmenin olduğunu ifade etmektedir.

III.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünden yazılı izin, astımlı çocuk ve ebeveyninden sözel izin alınmıştır. Astımlı çocuk ve ebeveyni polikliniğe gelir gelmez ve doktoru ile görüşme yapmadan önce formlar uygulandı. Astımlı çocuk ve ailesi araştırmanın amacı ve yararı konusunda bilgilendirildi. Daha önceden belirlenen bir görüşme odasına anne ve çocuk alındı. Kişisel bilgi formunda yer alan sorular araştırmacı tarafından anneye tek tek sorularak alınan yanıtlar forma kaydedildi. Ardından yaşam kalitesi ölçeği çocuğun doğru yanıt verebilmesi için ebeveyni olmadan çocukla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Ölçeğin doldurulması 10-15 dakika sürmüştür.

Ölçeğin Uygulanması; Ölçekteki faaliyet listesi çocuğa gösterilerek geçen hafta boyunca hastalığı nedeniyle kendisini sıkıntıya sokan faaliyetleri işaretlemesi istendi. Aklına gelen başka faaliyet olup olmadığı çocuğa sorularak en çok rahatsız eden üç faaliyeti belirlemesi istendi. Ardından çocuğa mavi ve yeşil kartlar gösterilerek yanıt seçenekleri açıklandı. Hangi kartı kullanacağını söylendi. Çocuktan geçen hafta boyunca her bir faaliyetin astımın nedeniyle seni ne kadar rahatsız ettiğini gösteren numarayı kartlardan seçmesi istenerek yanıt çizelgesine kaydı yapıldı.

III.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Kişisel Bilgi Formu ve Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Değerlendirme amacı ile iki Ortalama Arası Farkın Önemlilik Testi (Independent Samples t Test) ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testleri kullanılmıştır. ANOVA testinde anlamlı olan verilere, bu anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Post-Hoc testi

uygulanmıştır. Post-Hoc test olarak Tukey Testi kullanılmıştır. İstatistiklerin anlamlılığı için yanılma dűzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

IV. BULGULAR

ASTIMLI ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLER

TABLolar

Tablo 1: Astımlı Çocukların Tanıtıcı Özellikleri (n=100)

Cinsiyet	Sayı	%
Kız	53	53.0
Erkek	47	47.0
Yaş		
7-11 yaş	68	68.0
12-17 yaş	32	32.0
Öğrenim durumu		
İlköğretim	90	90.0
Lise	10	10.0
Okul başarısı		
Başarılı	96	96.0
Başarısız	4	4.0

Tablo 1’de Astımlı çocukların tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde astımlı çocukların %53’ü kız, %87’si 7-14 yaş grubunda, %90’unun ilköğretimde okuduğu ve %96’sının okulda başarılı olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Astımlı Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri (n=100)

Annenin yaşı	Sayı	%
29 yaş ve altı	20	20.0
30-34 yaş	47	47.0
35-39 yaş	27	27.0
40 yaş ve üstü	6	6.0
Öğrenim durumu		
Okur yazar değil	21	21.0
İlköğretim	55	55.0
Lise-üniversite	24	24.0
Çalışma durumu		
Hayır	82	82.0
Evet	18	18.0
Babanın yaşı		
29 yaş ve altı	2	2.0
30-34 yaş	34	34.0
35-39 yaş	42	42.0
40 yaş ve üstü	22	22.0
Öğrenim durumu		
Okur yazar değil	7	7.0
İlkokul-ortaokul	42	42.0
Lise-üniversite	51	51.0
Çalışma durumu		
Hayır	2	2.0
Evet	98	98.0

Tablo 2’de Astımlı çocukların ailelerinin tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde astımlı çocukların annelerinin %47’si 30-34 yaş grubunda, %55’i ilköğretim mezunu ve %82’sinin çalışmadığı, babalarının ise %42’si 35-39 yaş grubunda, %51’i lise-üniversite mezunu ve %98’inin çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 3:Astımlı Çocukların Ailelerinin Genel Özellikleri (n=100)

Aile tipi	Sayı	%
Geniş aile	15	15.0
Çekirdek aile	85	85.0
Ailede yaşayan birey sayısı		
4 kişi ve altı	33	33.0
5-7 kişi	59	59.0
8 kişi ve üstü	8	8.0
Ailenin gelir düzeyi*		
Düşük	13	13.0
Orta	85	85.0
Yüksek	2	2.0
Sağlık güvencesi		
Var	97	97.0
Yok	3	3.0
Ailede astım		
Var	76	76.0
Yok	24	24.0
Çocuğun yanında sigara içilme durumu		
Hayır	69	69.0
Evet	31	31.0

*Ailenin gelir düzeyi ailelerin ifadelerine göre belirlenmiştir

Tablo 3'te Astımlı çocukların ailelerinin genel özellikleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde ailelerin %85'i çekirdek yapıda, %59'unda 5-7 arasında birey yaşamakta, %85'inin gelir düzeyi orta, %3'ünün sağlık güvencesi bulunmamakta, %76'sında astım tanısı alan bireyin var olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4:Evin Genel Özellikleri (n=100)

Evin özellikleri		
Evin ısınma durumu	Sayı	%
Sobalı	19	19.0
Kaloriferli	81	81.0
Nem durumu*		
Nemli	13	13.0
Nemsiz	87	87.0
Havalandırma durumu**		
Yeterli	94	94.0
Yetersiz	6	6.0
Güneş alma durumu		
Alıyor	79	79.0
Almıyor	21	21.0
Evde evcil hayvan beslenme durumu		
Hayır	82	82.0
Evet	18	18.0

*Evin duvar ya da tavan gibi bazı bölümlerinde küflerin oluşması.

**Evin camlarının her gün en az bir defa açılıp evin havalandırılması.

Tablo 4'te Evin genel özellikleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde evlerin %19'u sobalı,%13'ü nemli, %6'sının yetersiz havalandırıldığı,%21'inin yeterli güneş ışığı almadığı, %18'inde evcil hayvan beslendiği belirlenmiştir.

Tablo 5: Astımlı Çocukların Hastalığına Yönelik Bilgilenme Durumu (n=100)

Hastalığa yönelik eğitim alma durumu	Sayı	%
Hayır	27	27.0
Evet	73	73.0
Astım hastalığını bilme durumu*		
Bilmiyor	44	44.0
Biliyor	56	56.0
Etkili olan faktörleri bilme durumu**		
Bilmiyor	30	30.0
Biliyor	70	70.0
Hastalığının belirtilerini bilme durumu***		
Bilmiyor	18	18.0
Biliyor	82	82.0

*Astımlı çocukların hastalığı biliyor kabul edilmesi için astım hastalığının tanımını yapması

**Çocuğun hastalıkta etkili faktörleri biliyor kabul edilmesi için ev tozu, polen, küf, sigara dumanı, hava kirliliği ve nem gibi faktörlerden 3'ünü bilmesi

***Çocuğun hastalığının belirtilerini biliyor kabul edilmesi için öksürük, nefes darlığı, hırıltı ve balgam gibi belirtilerden 2 tanesini bilmesi

Tablo 5'te Astımlı çocukların hastalığına yönelik bilgilenme durumu görülmektedir. Tablo incelendiğinde astımlı çocukların % 27'sinin hastalığına yönelik eğitim almadığı, %44'ünün astım hastalığını bilmediği, %30'unun hastalıkta etkili faktörleri bilmediği, %18'inin hastalığın belirtilerini bilmediği belirlenmiştir.

Tablo 6: Astımlı Çocukların Hastalığına Bağlı Ortaya Çıkan Sorunların Dağılımı (n=100)

Günlük aktivitede azalma	Sayı	%
Hayır	8	8.0
Evet	92	92.0
Egzersizle atak olma		
Hayır	30	30.0
Evet	70	70.0
Son bir yılda nöbet geçirme		
Hayır	30	30.0
Evet	70	70.0

Tablo 6’da Astımlı çocukların klinik özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde astımlı çocukların %8’inin günlük hareketlerinde azalma görüldüğü, %70’inin egzersizle astım atağı geçirdiği,%70’inin son bir yılda astım nöbeti geçirdiği belirlenmiştir.

Tablo 7: Astımlı Çocukların AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

AÇYKÖ ve Alt Boyutları	Alt ve Üst Puanlar	X ± SD
Belirtiler (10 Madde)	12-70	45.19 ± 13.49
Faaliyet Kısıtlaması (5 Madde)	5-31	19.54 ± 4.88
Duygusal İşlev (8 Madde)	21-56	41.03 ± 7.31
TOPLAM PUAN (23 Madde)	42-147	105.76 ± 22.69

Tablo 7’de Astımlı çocukların AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde belirtiler puan ortalaması 45.19 ± 13.49 , faaliyet kısıtlaması puan ortalaması 19.54 ± 4.88 , duygusal işlev puan ortalaması 41.03 ± 7.31 ve toplam puan ortalaması 105.76 ± 22.69 olarak bulunmuştur.

Tablo 8: Astımlı Çocukların Yaş Gruplarına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Yaş Gruplarına Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	7-11 Yaş	12-17 Yaş		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	43.54 ± 10.81	48.68 ± 17.61	1.522	0.135
Faaliyet Kısıtlaması	18.92 ± 4.45	20.84 ± 5.55	1.852	0.067
Duygusal İşlev	41.42 ± 6.86	40.18 ± 8.24	0.788	0.432
Toplam AÇYKÖ	103.89 ± 18.79	109.71 ± 29.29	1.029	0.309

Tablo 8’de Astımlı çocukların yaş gruplarına göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde astımlı çocukların yaşı ile AÇYKÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 9: Astımlı Çocukların Cinsiyetlerine Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Cinsiyete Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Kız X ± SD	Erkek X ± SD		
Belirtiler	45.64 ± 13.54	44.68 ± 13.56	0.354	0.724
Faaliyet Kısıtlaması	19.75 ± 4.87	19.29 ± 4.93	0.465	0.643
Duygusal İşlev	41.09 ± 6.95	40.95 ± 7.77	0.093	0.926
Toplam AÇYKÖ	106.49 ± 22.52	104.90 ± 23.10	0.340	0.734

Tablo 9’da Astımlı çocukların cinsiyetine göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde her iki cinste de faaliyet kısıtlaması ile ilgili puanlar diğer puanlara göre daha düşük saptandı. Cinsiyet ile AÇYKÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 10: Astımlı Çocukların Öğrenimine Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Öğrenimine Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	İlköğretim	Lise		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	45.13 ± 12.40	44.68 ± 13.56	0.080	0.938
Faaliyet Kısıtlaması	19.51 ± 4.54	19.29 ± 4.93	0.117	0.908
Duygusal İşlev	41.11 ± 7.18	40.95 ± 7.77	0.331	0.741
Toplam AÇYKÖ	105.75 ± 20.80	104.9 ± 23.10	0.003	0.997

Tablo 10'da Astımlı çocukların öğrenimine göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde öğrenim ile AÇYKÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 11: Annenin Yaşına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Annenin yaşı	Sayı (n)	Belirtiler	Faaliyet	Duygusal	Toplam
		X ± SD	Kısıtlaması X ± SD	İşlev X ± SD	AÇYKÖ X ± SD
29 yaş ve altı	20	41.45 ± 11.70	17.10 ± 4.99	38.70 ± 7.51	97.25 ± 21.08
30-34 yaş	47	46.57 ± 11.56	20.14 ± 4.36	42.78 ± 6.27	109.51 ± 19.23
35-39 yaş	27	47.96 ± 15.74	20.59 ± 5.41	41.81 ± 6.72	110.37 ± 25.19
40 yaş ve üzeri	6	34.33 ± 13.49	18.16 ± 3.86	31.50 ± 7.31	84.00 ± 26.49
		F=2.455 p=0.068	F=2.600 p=0.057	F=5.819 p=0.001	F=3.887 p=0.011

Tablo 11’de Annenin yaşına göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde annenin yaşının büyük olması ile duygusal işlev ve toplam AÇYKÖ puan ortalamalarının azalması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p < 0.05$). Annenin yaşı ile faaliyet ve belirtiler puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. ($p > 0.05$).

Tablo 12: Babanın Yaşına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Annenin yaşı	Sayı (n)	Belirtiler	Faaliyet	Duygusal	Toplam
		X ± SD	Kısıtlaması X ± SD	İşlev X ± SD	AÇYKÖ X ± SD
29 yaş ve altı	2	31.50 ± 13.43	13.50 ± 2.12	32.50 ± 7.77	77.50 ± 23.33
30-34 yaş	34	44.47 ± 11.61	18.23 ± 4.64	40.29 ± 6.64	103.00 ± 18.85
35-39 yaş	42	46.30 ± 12.23	20.80 ± 5.97	43.54 ± 6.22	110.66 ± 20.11
40 yaş ve üzeri	22	45.40 ± 18.01	19.54 ± 5.97	38.13 ± 8.66	103.22 ± 30.19
		F=0.812 p=0.490	F=2.940 p=0.037	F=4.197 p=0.008	F=2.006 p=0.118

Tablo 12’de Babanın yaşına göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde babanın yaşının küçük olması ile duygusal işlev puan ortalamasının azalması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p < 0.05$). Babanın yaşı ile faaliyet, belirtiler ve toplam AÇYKÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. ($p > 0.05$).

Tablo 13: Annenin Öğrenimine Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Annenin Öğrenimi	Sayı (n)	Belirtiler	Faaliyet	Duygusal	Toplam
		$X \pm SD$	Kısıtlaması $X \pm SD$	İşlev $X \pm SD$	AÇYKÖ $X \pm SD$
Okur-yazar değil	21	43.23 ± 11.45	18.19 ± 4.65	41.23 ± 7.60	102.66 ± 20.57
Okur-yazar	55	45.25 ± 13.27	19.83 ± 4.50	41.81 ± 6.84	106.80 ± 21.71
İlköğretim					
Lise-Üniversite	24	46.75 ± 15.80	20.04 ± 5.84	39.04 ± 8.02	105.80 ± 27.02
		F=0.376 p=0.688	F=1.029 p=0.361	F=1.219 p=0.300	F=0.262 p=0.770

Tablo 13'te Annenin öğrenimine göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde annenin öğrenimi ile AÇYKÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 14: Babanın Öğrenimine Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Babanın Öğrenimi	Sayı	Belirtiler	Faaliyet	Duygusal	Toplam
	(n)	X ± SD	Kısıtlaması X ± SD	İşlev X ± SD	AÇYKÖ X ± SD
Okur-yazar değil	7	39.57 ± 7.67	15.28 ± 3.72	40.14 ± 6.33	95.00 ± 15.16
Okur-yazar					
İlköğretim	42	43.71 ± 12.78	19.88 ± 4.74	42.04 ± 7.26	105.64 ± 21.98
Lise-Üniversite	51	47.17 ± 14.45	19.84 ± 4.94	40.31 ± 7.50	107.33 ± 24.02
		F=1.423 p=0.246	F=2.965 p=0.056	F=0.698 p=0.500	F=0.908 p=0.407

Tablo 13'te Babanın öğrenimine göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde babanın öğrenimi ile AÇYKÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 15: Annenin Çalışma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Annenin Çalışma Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Hayır	Evet		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	43.78 ± 13.02	51.61 ± 14.10	-2.276	0.025
Faaliyet Kısıtlaması	19.09 ± 4.79	21.55 ± 4.94	1.960	0.053
Duygusal İşlev	40.52 ± 7.58	43.33 ± 5.57	-1.484	0.141
Toplam AÇYKÖ	103.40 ± 22.06	116.50 ± 23.07	-2.262	0.026

Tablo 15'te Annenin çalışma durumu ile AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde annesi çalışmayan astımlı çocukların belirti ve toplam AÇYKÖ puan ortalamaları annesi çalışan astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Annenin çalışma durumu ile faaliyet ve duygusal işlev puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 16: Ailenin Tipine Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Ailenin Tipine Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Geniş	Çekirdek		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	43.20 ± 10.26	45.54 ± 14.00	0.618	0.538
Faaliyet Kısıtlaması	18.20 ± 3.96	19.77 ± 5.01	-1.154	0.251
Duygusal İşlev	40.93 ± 6.89	41.04 ± 7.42	-0.055	0.956
Toplam AÇYKÖ	102.33 ± 16.39	106.36 ± 23.66	-0.632	0.529

Tablo 16’da Ailenin tipine göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde aile tipi ile AÇYKÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 17: Ailede Yaşayan Birey Sayısına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Ailede Yaşayan Birey Sayısı	Sayı (n)	Belirtiler	Faaliyet	Duygusal	Toplam
		X ± SD	Kısıtlaması X ± SD	İşlev X ± SD	AÇYKÖ X ± SD
4 kişi ve altı	33	41.66 ± 15.05	18.48 ± 5.49	39.03 ± 8.54	99.18 ± 26.54
5-7 kişi	59	47.81 ± 12.74	20.33 ± 4.48	41.93 ± 6.24	110.08 ± 20.37
8 kişi ve üstü	8	40.37 ± 7.14	18.00 ± 4.40	42.62 ± 8.43	105.76 ± 15.38
		F=2.852 p=0.063	F=1.994 p=0.142	F=1.906 p=0.154	F=2.724 p=0.071

Tablo 17’de Ailede yaşayan birey sayısına göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde ailede yaşayan birey sayısı ile AÇYKÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 18: Ailenin Gelir Düzeyine Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Ailenin Gelir Düzeyi	Sayı (n)	Belirtiler	Faaliyet	Duygusal	Toplam
		X ± SD	Kısıtlaması X ± SD	İşlev X ± SD	AÇYKÖ X ± SD
Düşük	13	44.00 ± 11.52	18.53 ± 3.71	40.46 ± 7.03	103.00 ± 17.38
Orta	85	45.27 ± 13.69	19.79 ± 5.02	41.05 ± 7.43	106.08 ± 23.34
Yüksek	2	49.50 ± 24.74	17.00 ± 7.07	43.50 ± 6.36	110.00 ± 23.34
		F=0.151 p=0.860	F=0.619 p=0.541	F=0.151 p=0.860	F=0.133 p=0.872

Tablo 18’de Ailenin gelir düzeyine göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde ailenin gelir düzeyi ile AÇYKÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 19: Evin Isınma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Evin Isınma Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Sobalı	Kaloriferli		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	42.52 ± 10.79	45.81 ± 14.03	-0.956	0.042
Faaliyet Kısıtlaması	18.84 ± 4.62	19.70 ± 4.96	-0.690	0.492
Duygusal İşlev	41.57 ± 7.31	40.90 ± 7.35	0.362	0.718
Toplam AÇYKÖ	102.94 ± 19.32	106.41 ± 23.47	-0.598	0.551

Tablo 19’da Evin ısınma durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde sobalı evde oturan astımlı çocukların belirti puan ortalamalarının kaloriferli evde oturan astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Faaliyet kısıtlaması, duygusal işlev ve toplam AÇYKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 20: Evin Nem Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Evin Nem Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Nemli	Nemsiz		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	41.69 ± 8.14	45.71 ± 14.07	-1.002	0.021
Faaliyet Kısıtlaması	18.61 ± 3.70	19.67 ± 5.04	-0.730	0.467
Duygusal İşlev	41.23 ± 6.69	41.00 ± 7.43	0.106	0.916
Toplam AÇYKÖ	101.53 ± 15.50	106,39 ± 23.59	-0.717	0.475

Tablo 20’de Evin nem durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde nemli evde oturan astımlı çocukların belirti puan ortalamalarının nemsiz evde oturan astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Faaliyet kısıtlaması, duygusal işlev ve toplam AÇYKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 21: Evin Havalandırılma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Evin Havalandırılma Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Yeterli	Yetersiz		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	45.40 ± 13.60	41.83 ± 12.17	0.627	0.532
Faaliyet Kısıtlaması	19.71 ± 4.87	16.83 ± 4.57	1.406	0.163
Duygusal İşlev	41.24 ± 7.44	37.66 ± 3.61	1.164	0.247
Toplam AÇYKÖ	106.36 ± 22.91	96.33 ± 17.96	1.050	0.296

Tablo 21’de Evin havalandırılma durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde evin havalandırılma durumu ile AÇYKÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 22: Evin Güneş Alma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Evin Güneş Alma Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Alıyor	Almıyor		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	45.40 ± 13.60	41.83 ± 12.17	0.580	0.563
Faaliyet Kısıtlaması	19.71 ± 4.87	16.83 ± 4.57	1.953	0.054
Duygusal İşlev	41.24 ± 7.44	37.66 ± 3.61	0.221	0.825
Toplam AÇYKÖ	106.36 ± 22.91	96.33 ± 17.96	0.221	0.825

Tablo 22’de Evin güneş alma durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde evin güneş alma durumu ile AÇYKÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 23: Ailede Astım Öyküsüne Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ailede Astım Öyküsüne Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Yok	Var		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	48.20 ± 10.62	44.23 ± 14.20	1.464	0.149
Faaliyet Kısıtlaması	20.50 ± 5.24	19.23 ± 4.76	1.105	0.272
Duygusal İşlev	42.12 ± 8.23	40.68 ± 7.02	0.840	0.403
Toplam AÇYKÖ	110.83 ± 20.62	104.15 ± 23.21	1.260	0.211

Tablo 23’de Ailede astım öyküsüne göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde ailede astım tanısı alan bireyin varlığı ile AÇYKÖ’den alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 24: Astımlı Çocuğun Yanında Sigara İçilme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Astımlı Çocuğun Yanında Sigara İçilme Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Hayır	Evet		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	45.00 ± 14.35	45.61 ± 11.55	-0.209	0.835
Faaliyet Kısıtlaması	19.39 ± 5.03	19.87 ± 4.60	-0.452	0.652
Duygusal İşlev	40.76 ± 7.98	41.61 ± 5.62	-0.606	0.032
Toplam AÇYKÖ	105.15 ± 24.71	107.05 ± 17.68	-0.445	0.049

Tablo 24'te Astımlı çocuğun yanında sigara içilme durumu ile AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde yanında sigara içilen astımlı çocukların duygusal işlev ve toplam AÇYKÖ puan ortalamalarının yanında sigara içilmeyen astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Faaliyet ve belirtiler puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 25: Evde Evcil Hayvan Besleme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Evde Evcil Hayvan Besleme Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Hayır	Evet		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	44.67 ± 13.28	47.55 ± 14.56	-0.820	0.414
Faaliyet Kısıtlaması	19.48 ± 4.73	19.77 ± 5.68	-0.227	0.821
Duygusal İşlev	41.23 ± 7.63	40.11 ± 5.75	0.587	0.559
Toplam AÇYKÖ	105.39 ± 22.73	107.44 ± 23.11	-0.346	0.730

Tablo 25'te Evde evcil hayvan besleme durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde evde evcil hayvan besleme ile AÇYKÖ'den alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 26: Astımlı Çocukların Okul Devamsızlığına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Okul Devamsızlığına Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	0-2 gün	3-10 gün		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	44.67 ± 13.28	47.55 ± 14.56	0.022	0.983
Faaliyet Kısıtlaması	19.48 ± 4.73	19.77 ± 5.68	1.147	0.254
Duygusal İşlev	41.23 ± 7.63	40.11 ± 5.75	0.551	0.583
Toplam AÇYKÖ	105.39 ± 22.73	107.44 ± 23.11	0.081	0.936

Tablo 26’da Astımlı çocukların okul devamsızlığına göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde okul devamsızlığı ile AÇYKÖ’den alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05).

Tablo 27: Astımlı Çocukların Okul Başarısına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Okul Başarısına Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Başarısız	Başarılı		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	47.50 ± 10.53	45.09 ± 13.63	-0.348	0.729
Faaliyet Kısıtlaması	17.75 ± 4.92	19.61 ± 4.89	0.746	0.458
Duygusal İşlev	34.50 ± 5.91	41.30 ± 7.26	1.844	0.068
Toplam AÇYKÖ	99.75 ± 17.67	106.01 ± 22.92	0.539	0.591

Tablo 27’de Astımlı çocukların okul başarısına göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde okul başarısı ile AÇYKÖ’den alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 28: Ailede Yaşayan Birey Sayısına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Ailede Yaşayan Birey Sayısı	Sayı (n)	Belirtiler	Faaliyet	Duygusal	Toplam
		X ± SD	Kısıtlaması X ± SD	İşlev X ± SD	AÇYKÖ X ± SD
4 kişi ve altı	33	41.66 ± 15.05	18.48 ± 5.49	39.03 ± 8.54	99.18 ± 26.54
5-7 kişi	59	47.81 ± 12.74	20.33 ± 4.48	41.93 ± 6.24	110.08 ± 20.37
8 kişi ve üstü	8	40.37 ± 7.14	18.00 ± 4.40	42.62 ± 8.43	105.76 ± 15.38
		F=2.852 p=0.063	F=1.994 p=0.142	F=1.906 p=0.154	F=2.724 p=0.071

Tablo 28’de Ailede yaşayan birey sayısına göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde ailede yaşayan birey sayısı ile AÇYKÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 29: Astımlı Çocukların Hastaneye Yatırılma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Hastaneye Yatırılma Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Hayır	Evet		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	45.81 ± 12.83	43.80 ± 14.98	0.685	0.495
Faaliyet Kısıtlaması	20.08 ± 4.70	18.32 ± 5.14	1.685	0.095
Duygusal İşlev	41.28 ± 7.43	40.45 ± 7.12	0.528	0.018
Toplam AÇYKÖ	107.18 ± 21.69	102.58 ± 24.87	0.938	0.350

Tablo 29’da Astımlı çocukların hastaneye yatırılma durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastaneye yatırılan çocukların duygusal işlev ve faaliyet kısıtlanması puan ortalamalarının hastaneye yatırılmayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Toplam AÇYKÖ ve belirtiler puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 30:Hastalığa Yönelik Eğitim Alma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Hastalığa Yönelik Eğitim Alma Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Hayır	Evet		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	42.00 ± 10.24	46.36 ± 14.39	-1.685	0.097
Faaliyet Kısıtlaması	17.88 ± 4.43	20.15 ± 4.93	-2.089	0.039
Duygusal İşlev	40.77 ± 6.37	41.12 ± 7.67	-0.209	0.835
Toplam AÇYKÖ	100.66 ± 17.32	107.64 ± 24.22	-1.594	0.116

Tablo 30’da Astımlı çocukların hastalığa yönelik eğitim alma durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastalığa yönelik eğitim almayan çocukların faaliyet kısıtlaması puan ortalamalarının hastalığa yönelik eğitim alan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Toplam AÇYKÖ duygusal işlev ve belirtiler puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 31: Astım Hastalığını Bilme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Hastalığı Bilme Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Bilmiyor	Biliyor		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	42.52 ± 10.87	47.28 ± 15.00	-1.839	0.069
Faaliyet Kısıtlaması	18.36 ± 4.71	20.46 ± 4.86	-2.173	0.032
Duygusal İşlev	41.45 ± 6.81	40.69 ± 7.73	-0.512	0.609
Toplam AÇYKÖ	102.34 ± 19.70	108.44 ± 24.64	-1.341	0.183

Tablo 31’de Astımlı çocukların astım hastalığını bilme durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde astım hastalığını bilmeyen çocukların faaliyet kısıtlaması puan ortalamalarının astım hastalığını bilen çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Toplam AÇYKÖ, duygusal işlev ve belirtiler puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 32: Astım Hastalığının Oluşumunda Etkili Faktörleri Bilme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Hastalık Oluşumunda Etkili Faktörleri Bilme Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Bilmiyor	Biliyor		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	41.00 ± 10.78	46.98 ± 14.19	-2.303	0.024
Faaliyet Kısıtlaması	17.73 ± 4.57	20.31 ± 4.84	-2.482	0.015
Duygusal İşlev	40.70 ± 6.71	41.17 ± 7.60	-0.294	0.769
Toplam AÇYKÖ	99.43 ± 18.70	108.47 ± 23.81	-1.847	0.068

Tablo 32’de Astımlı çocukların astım hastalığının oluşumunda etkili faktörleri bilme durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde astım hastalığının oluşumunda etkili faktörleri bilmeyen çocukların faaliyet kısıtlaması ve belirtiler puan ortalamalarının astım hastalığının oluşumunda etkili faktörleri bilen çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Toplam AÇYKÖ ve duygusal işlev puan ortalamalarının arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 33: Astım Hastalığının Belirtilerini Bilme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Hastalık Belirtilerini Bilme Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Bilmiyor	Biliyor		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	42.88 ± 11.23	45.69 ± 13.95	-0.797	0.427
Faaliyet Kısıtlaması	18.55 ± 4.98	19.75 ± 4.87	-0.943	0.348
Duygusal İşlev	41.16 ± 6.87	41.00 ± 7.44	0.087	0.931
Toplam AÇYKÖ	102.61 ± 19.28	106.45 ± 23.43	-0.648	0.518

Tablo 33’de Astımlı çocukların hastalık belirtilerini bilme durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastalık belirtilerini bilme durumu ile AÇYKÖ’den alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 34: Düzenli İlaç Kullanımına Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Düzenli İlaç Kullanımına Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Hayır	Evet		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	45.75 ± 14.53	45.08 ± 13.37	0.180	0.857
Faaliyet Kısıtlaması	19.25 ± 6.39	19.59 ± 4.59	-0.258	0.797
Duygusal İşlev	39.87 ± 6.07	41.25 ± 7.54	-0.687	0.494
Toplam AÇYKÖ	104.87 ± 24.45	105.92 ± 22.50	-0.169	0.866

Tablo 34'te Astımlı çocukların düzenli ilaç kullanımına göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde düzenli ilaç kullanımı ile AÇYKÖ'den alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 35: Aktivite Sonrası Atak Geçirme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=100)

Aktivite Sonrası Atak Geçirme Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Hayır	Evet		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	52.10 ± 13.81	42.22 ± 12.30	3.542	0.001
Faaliyet Kısıtlaması	20.70 ± 5.05	19.04 ± 4.76	1.565	0.121
Duygusal İşlev	42.20 ± 6.12	40.52 ± 7.75	1.047	0.297
Toplam AÇYKÖ	115.00 ± 23.31	101.80 ± 21.39	2.752	0.007

Tablo 35’te Astımlı çocukların aktivite sonrası atak geçirme durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde aktivite sonrası atak geçiren astımlı çocukların belirtiler ve toplam AÇYKÖ puan ortalamalarının aktivite sonrası atak geçirmeyen astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Faaliyet kısıtlaması ve duygusal işlev puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 36:Son Bir Yılda Astım Nöbeti Geçirme Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Nöbet Geçirme Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Hayır	Evet		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	54.43 ± 10.34	41.22 ± 12.77	4.998	0.00
Faaliyet Kısıtlaması	22.43 ± 4.63	18.30 ± 4.47	4.186	0.00
Duygusal İşlev	43.56 ± 6.27	39.94 ± 7.49	2.320	0.022
Toplam AÇYKÖ	120.43 ± 16.54	99.47 ± 22.14	4.652	0.00

Tablo 36’da Astımlı çocukların son bir yılda nöbet geçirme durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde son bir yılda nöbet geçiren astımlı çocukların belirtiler, faaliyet kısıtlaması, duygusal işlev ve toplam AÖYKÖ puan ortalamalarının son bir yılda nöbet geçirmeyen astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (p<0.05).

Tablo 37: Astım Nöbetini Başlatan Uyarılara Karşı Evde Önlem Alma Durumuna Göre AÇYKÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Evde Önlem Alma Durumuna Göre AÇYKÖ/Alt boyutları	AÇYKÖ Puan Ortalamaları		t	p
	Hayır	Evet		
	X ± SD	X ± SD		
Belirtiler	43.48 ± 13.64	50.32 ± 11.86	2.239	0.027
Faaliyet Kısıtlaması	19.05 ± 4.74	21.00 ± 5.12	1.742	0.085
Duygusal İşlev	40.44 ± 7.34	42.80 ± 7.08	1.404	0.164
Toplam AÇYKÖ	102.97 ± 22.86	114.12 ± 20.41	2.166	0.033

Tablo 37’de Nöbeti başlatan uyarılara karşı evde önlem alma durumuna göre AÇYKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde nöbeti başlatan uyarılara karşı evde önlem alınmayan astımlı çocukların belirtiler ve toplam AÇYKÖ puan ortalamalarının nöbeti başlatan uyarılara karşı evde önlem alınan astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Faaliyet kısıtlanması ve duygusal işlev puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

V.TARTIŞMA

Çeşitli nedenlerle kronik hastalıkların arttığı çağımızda; bugünkü sağlık anlayışı ve ekonomik koşullar göz önüne alındığında, hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylere hastalığı ile yaşamayı öğreterek, yaşam kalitesini iyileştirmede etkin rol alabileceği düşüncesinden hareketle tanımlayıcı olarak yapılan çalışmanın bulguları aşağıda tartışılmaktadır.

Çalışma grubunu 7-17 yaş arası astım tanısı almış 100 çocuk oluşturmaktadır. Astımlı çocukların % 53'ü kız, % 68'i 7-11 yaş grubunda, %90'ı ilköğretimde okumaktadır (Tablo 1). Astımlı çocukların ailelerin %85'i çekirdek yapıda, %85'inin gelir düzeyi orta, %3'ünün sağlık güvencesi bulunmamakta, %76'sının ailesinde astım tanısı alan birey bulunmaktadır (Tablo 3). Astımlı çocukların yaşadığı evlerin %19'u sobalı, %13'ü nemli, %6'sının yetersiz havalandırıldığı,%21'inin yeterli güneş ışığı almadığı, %18'inde evcil hayvan beslendiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Bu çalışmada astımlı çocukların AÇYKÖ toplam puan ortalaması 105.76 ± 22.69 bulunmuştur (Tablo 7). Astımlı çocuk yaşam kalitesi ölçeğinde alınacak toplam puan 23-161 arasındadır. Alınacak puanın 161'e yaklaşması yaşam kalitesinin iyiye gittiğini 23'e yaklaşması ise yaşam kalitesinin kötüye gittiğini göstermektedir. Astımlı çocuklar ile yapılan bir çalışmada, AÇYKÖ puan ortalaması 100.85 ± 23.20 olarak saptanmıştır (Gülçin, 2003). Gümüş (2010)'ün astımlı çocuklarla yaptığı çalışmada AÇYKÖ puan ortalaması 4.08 ± 0.95 olarak saptanmıştır. Rydström (2005)'ün İsveçli çocuklar ile yaptığı çalışmada AÇYKÖ puan ortalaması 5.9 ± 5.7 , Al-Akour (2008)'ün Ürdünlü çocuklar ile yaptığı çalışmada ise 3.66 ± 0.56 olarak saptanmıştır. Yapılan bu çalışmalarda çocukların yaşam kalitesi düzeyiyle ilgili farklı sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Bu çalışmada çocukların yaşam kalitesinin birçok çalışmaya göre yüksek bulunmasının nedenleri; astımlı çocukların düzenli sağlık kontrollerine gelmesi, ilaçlarını düzenli kullanması, astım atakları sırasında ne yapacakları ve ev ortamlarını ailelerin nasıl düzenleyeceği konusunda sağlık personelinin eğitimler vermesi etkiliyor olabilir.

Çalışma sonucunda astımlı çocukların yaşam kalitesi alt boyutları bakımından en yüksek puan ortalaması ile belirtiler 45.19 ± 13.49 yer almaktadır (Tablo 7). Gülçin (2003)'in astımlı okul çocukları ile yaptığı çalışmada belirtiler puan ortalaması 42.69 ± 2.22 ve Rydström (2005)'un İsveçli astım hastası çocuklarla yaptığı çalışmada ise 6.0 ± 5.7 olarak saptanmıştır.

Yapılan bu çalışmada astımlı çocukların cinsiyetinin AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında bir farkın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 9) ($p > 0.05$). Ancak her iki cinsten de faaliyet kısıtlaması ile ilgili puan ortalamaları diğer puan ortalamalarına göre düşük olduğu saptanmıştır. Astımlı çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili yapılan çalışmalarda çocukların cinsiyetinin AÇYKÖ alt boyutlarını ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır. (Yüksel, 2009; Boran, 2008). Astımlı çocukların günlük faaliyetleri sırasında yaşadıkları öksürük, nefes darlığı gibi şikayetler ve anne babaların koruyucu tutumları nedeniyle kısıtlanmış olabilir. Bu durum her iki cinsten faaliyet kısıtlanmasında düşüklüğe neden olabilir.

Ancak ileri çocukluk yaş döneminde cinsiyet faktörünün yaşam kalitesine etki edebileceğine yönelik literatür de farklı yayınlar bulunmaktadır. Diğer bir taraftan Zandieh (2006)'in adölesanlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise astımlı erkek çocukların yaşam kalitesinin astımlı kız çocuklarına göre olumsuz yönde daha çok etkilendiği tespit edilmiştir. Rydström (2005)'un İsveçli çocuklarla yapmış olduğu bir çalışmada ise kız çocuklarının yaşam kalitesinin ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının erkek çocuklara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamında örnekleme alınan astımlı çocukların %68'nin 7-11 yaş grubu olması astım hastalığında cinsiyet faktörünün puberte sonrasında etkili olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle cinsiyetler arasında anlamlı fark olmamasının nedeni olarak düşünülebilir.

Araştırmada astımlı çocukların yaş ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 8). Gümüş (2010)'ün ve Yüksel (2009)'in astımlı çocuklar ile yaptıkları çalışmalarda

da toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak Boran (2008) ve Reichenberg (2000) tarafından yapılan çalışmalarda ise çocukların yaşı ilerledikçe yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgularda, astımlı çocukların öğrenim durumu ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10). Durna (1999)'ın yaptığı çalışmada da öğrenim durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Durna vd., 1999). Bu sonuçların ortaya çıkmasında astımlı çocukların eğitim durumlarının birbirine yakın olması ve okur-yazar olmayan astımlı çocukların bulunmaması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Astımlı çocukların anne yaşı arttıkça astımlı çocukların duygusal işlev puan ortalaması ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasında azalma saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 11,12). Sherriff (2001)'in astımlı çocuklarla ilgili yaptıkları çalışmada benzer sonuçlar saptamışlar. Annenin yaşının büyük olmasının astımlı çocuğuna aşırı koruyucu davranması ve astımlı çocuktan beklentilerinin fazla olması nedeniyle astımlı çocuğun duygusal yönden olumsuz etkileyebileceği ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Yapılan bu çalışmada anne ve baba eğitim düzeyleri ile astımlı çocukların yaşam kalitesi arasında bir fark olmadığı saptanmıştır($p>0.05$).(Tablo13,14). Ancak bazı çalışmalarda anne eğitim düzeyinin astımlı çocukların yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir. Şöyleki; Hederos (2007)'un astımlı çocukların ebeveynleri ile yapmış olduğu çalışmada annenin sorumluluğunun ve yaşam kalitesinin astımlı çocuğun yaşam kalitesinde babaya göre daha yakından ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Çalışan annelerin astımlı çocuklarının belirtiler puan ortalaması ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 15). Çalışan annelerin astımlı çocuklarıyla tam olarak ilgilenememesi, astım atakları sırasında çocuğun yanında olamaması ve ev

kadınlığı rolünü yerine getirmede zorlanması astımlı çocukların belirtiler skorundaki düşüklüğün nedeni olarak düşünülebilir.

Çocukların %13'ünün gelir düzeyi düşük, %85'inin orta, %2'sinin ise yüksektir. Ailelerin ekonomik geliri ile astımlı çocukların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 19) ($p>0.05$). Sosyodemografik özellikler göz önüne alındığında astımlı çocuklarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler çalışmasıyla Noguera (2009), astımlı çocuklarda yaşam kalitesi çalışmasıyla Badia (2001), ve astımlı çocuk ve ebeveynin yaşam kalitesi çalışmasıyla Walker (2008) ve arkadaşları sosyodemografik özelliklerin astımlı çocukların yaşam kalitesini etkilemediğini saptamıştır. Schimer (1998) ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise yaşam kalitesi ile sosyodemografik yapının çok yakından ilişkili olduğu ileri sürülmüştür.

Astım hastalığının sosyoekonomik koşullarla arasındaki ilişkiyi belirleme konusunda da birçok çalışma yapıldığı görülmektedir. Reichenberg (2000), Noguera (2009) ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sosyoekonomik durumun astımlı çocukların yaşam kalitesini etkilemediği tespit edilmiştir. Leidy (1998), Ericson (2002) ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise aile gelirinin düşük olması çocuğun yaşam kalitesi ile ilgili olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada astımlı çocukların sağlık güvencelerinin bulunması, ekonomik geliri düşük olan ailelere devletin yardım etmesi ailelerin ekonomik durumları arasında anlamlı fark olmamasının nedeni olarak düşünülebilir.

Çalışmada ailedeki birey sayısının astımlı çocuğun yaşam kalitesi arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 17). Yüksel (2009) ve Gümüş (2010)'ün astımlı çocuklar üzerinde yapmış olduğu çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ancak bilindiği gibi astım hastalarının da diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi yaşanan bu değişimlerle baş etmesinde aile varlığı ve desteği önemlidir. Literatürde kronik hastalıklar ile baş etmede aile desteğinin önemini belirten yayınlar mevcuttur. (Gümüş, 2010 ; Tabak vd., 2004) Aile desteği yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.

Çalışmada sobalı evde oturan astımlı çocukların belirti skorunun kaloriferli evde oturanlara göre düşük olduğu saptanmıştır. ($p<0.05$). (Tablo 21) Çalışmaya katılan astımlı çocukların evleri nemli olanlarda belirtiler puan ortalamasında anlamlı anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. ($p<0.05$). (Tablo 22) Gümüş 2010'un astımlı hastalarla yaptığı çalışmada nemli evde oturmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Yüksel 2009'un astımlı çocuklarla yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçların ortaya çıkmasında ev ortamındaki nemin astım semptomları ve astımın şiddetini artırarak bireyin yaşamını olumsuz yönde etkilemesi düşünülebilir.

Çalışmada ailede astım öyküsünün bulunmasının astımlı çocuğun yaşam kalitesini etkilemediği gözlenmiştir. (Tablo 25) ($p>0.05$). Serhat (2008)'in yaptığı çalışmada ailede astım öyküsünün bulunmasının astımlı çocuğun yaşam kalitesinin etkilemediğini saptanmıştır.

Astım hastalığının risk faktörleri arasında bulunan sigaranın astım semptomlarını arttırdığı bilinmekle beraber çalışmada ailede sigara içilin astımlı çocukların duygusal işlev puan ortalamasının ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının yanında sigara içilmeyen astımlı çocuklara göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. (Tablo 26) ($p<0.05$). Noguera (2009) ve arkadaşların yaptığı çalışmada pasif sigara içiminin düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmış. Levy (2009) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pasif sigara içiminin astımlı çocuğun yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

Çevik (2004)'in yaptığı araştırmada astımlı çocukların ailelerinin %53'ünün sigara içtiği tespit edilmiş. Kalyoncu (1996)'nın 1036 aile üzerinde yaptığı bir çalışmada, araştırmaya katılan çocukların %73,9'ünün evinde en az bir kişi sigara içmektedir. Prenatal dönemde ya da erken çocuklukta sigara dumanına maruz kalanlarda astım sıklığının daha fazla olduğu ve sigara içiminin astım bulgularını kötüleştirerek yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Çocuklukta pasif sigara içiminin erişkin astımı için de risk teşkil ettiği belirtilmiştir. Karakoç (1998)'un İstanbul Anadolu yakasındaki bir

ilkokulda, 1994-Şubat ile 1995-Aralık tarihleri arasında yaptıkları çalışmada, babaların sigara içme oranı %67, annelerin ise %31,6 bulunmuştur. Karakoç ve arkadaşlarının çalışmasında çocukların %74'nün evinde en az bir kişinin sigara içicisi olduğu, dolayısıyla çocukların sigara dumanına maruz kaldığı belirtilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgularda, evde evcil hayvan besleme durumu ile astımlı çocukların yaşam kalitesi arasında fark olmadığı saptanmıştır. (Tablo 27) ($p>0.05$). Ancak evlerde önemli alerjen kaynaklarından biriside evcil hayvanlardır. Halıda veya kumaş kaplı mobilyalarda çok fazla alerjen bulunur. Bu alerjenler evin duvarlarına yapışabilecekleri gibi elbiselerle de başka yerlere taşınabilir. Batılı ülkelerde astımlı yetişkin çocuklarda kedi duyarlılığı %13.8-%22.2 oranında rapor edilmiştir. Ankara'da yapılan çalışmada ise bu duyarlılık 2-16 yaş arasındaki astımlı çocuklarda %10 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmada cilt testi panelinde hayvan tüyüne karşı alerjen ekstresi bulunmadığından dolayı ev içi hayvanlara karşı duyarlılık gösterilememiştir.

Astımlı çocukların okul devamsızlığı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmama ile beraber okula devam eden grupta AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması devam etmeyen gruba göre daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 28) ($p>0.05$). Bu durum okul ve arkadaş ortamının sağlamış olduğu sosyal destek lehine yorumlanmıştır. Nogueira (2009) ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip adölesanlarda yaşam kalitesinin de düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada hastalık süresinin uzaması ile duygusal işlev puan ortalaması ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının düşük olması arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmıştır. (Tablo 30) ($p>0.05$). Nogueira (2009) ve arkadaşlarının adölesanlarda yapmış olduğu çalışmada astım süresi 5 yıldan daha kısa olanlarda yaşam kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Yüksel(2009) ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise 3 yıldan daha fazla süre astım tanısı almış çocuklarda faaliyet skoru, belirtiler skoru ve toplam PAQLQ skoru istatistiksel olarak daha düşük bulunmuş. Alberto (2007), Szabo (2007) ve arkadaşlarının

yapmış olduğu çalışmalarda da hastalık süresinin 3 alan skoru ve toplam PAQLQ skoru üzerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgularda, düzenli ilaç kullanım durumu ile astımlı çocukların yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Tablo 31) ($p>0.05$). Ramírez (2006) ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da düzenli astım programında olan hastalarda yaşam kalitesi daha iyi bulunmuş.

VI. SONUÇLAR

Astımlı çocukların yaşam kalitesi ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Astımlı çocukların %53'ü kız, %68'i 7-11 yaş grubunda, %90'unun ilköğretimde okuduğu ve %96'sının okulda başarılı olduğu (Tablo 1)

Astımlı çocukların annelerinin %47'si 30-34 yaş grubunda, %55'i ilköğretim mezunu ve %82'sinin çalışmadığı, babalarının ise %42'si 35-39 yaş grubunda, %51'i lise-üniversite mezunu ve %98'inin ise çalıştığı (Tablo 2)

Astımlı çocukların ailelerin %85'i çekirdek yapıda, %59'unda 5-7 arasında birey yaşamakta, %85'inin gelir düzeyi orta, %3'ünün sağlık güvencesi bulunmamakta, %76'sında astım tanısı alan bireyin var olduğu (Tablo 3)

Astımlı çocukların yaşadığı evlerin %19'u sobalı, %13'ü nemli, %6'sının yetersiz havalandırıldığı, %21'inin yeterli güneş ışığı almadığı, %18'inde evcil hayvan beslendiği (Tablo 4)

Astımlı çocukların % 27'sinin hastalığına yönelik eğitim almadığı, %44'ünün astım hastalığını bilmediği, %30'unun hastalıkta etkili faktörleri bilmediği, %18'inin hastalığın belirtilerini bilmediği (Tablo 5)

Astımlı çocukların klinik özelliklerine bakıldığında %8'inin günlük hareketlerinde azalma görüldüğü, %70'inin egzersizle astım atağı geçirdiği, %70'inin son bir yılda astım nöbeti geçirdiği (Tablo 6)

Astımlı çocukların yaşı ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 8)

Astımlı çocuklarda her iki cinste de faaliyet kısıtlaması ile ilgili puan ortalaması diğer puan ortalamalarına göre daha düşük belirlendi. Cinsiyet ile

AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 8)

Astımlı çocukların öğrenimi ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 9)

Astımlı çocukların annelerinin yaşının büyük olması ile duygusal işlev puan ortalaması ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının azalması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) (Tablo10)

Astımlı çocukların babalarının yaşının küçük olması ile duygusal işlev puan ortalaması ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının azalması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) (Tablo11)

Astımlı çocukların annelerinin öğrenimi AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo12)

Astımlı çocukların babalarının öğrenimi AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo13)

Astımlı çocukların annelerinin çalışması ile belirtiler puan ortalamasının ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının azalması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) (Tablo14)

Astımlı çocukların babalarının çalışması ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo15)

Astımlı çocukların aile tipi ile 3 alan skoru ve toplam PAQLQ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo16)

Astımlı çocukların ailelerindeki birey sayısının artması aile tipi ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo17)

Astımlı çocukların ailelerinin gelir düzeyi ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo18)

Astımlı çocukların yaşadığı evlerin özellikleri değerlendirildiğinde sobalı evde oturan astımlı çocukların belirtiler puan ortalamasının kaloriferli evde oturan astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 20)

Astımlı çocukların yaşadığı evlerin özellikleri değerlendirildiğinde nemli evde oturan astımlı çocukların belirtiler puan ortalamasının nemsiz evde oturan astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 21)

Astımlı çocukların yaşadığı evlerin havalandırma durumu ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 22)

Astımlı çocukların yaşadığı evlerin güneş alma durumu ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$). (Tablo 23)

Astımlı çocukların yaşadığı ailelerde astım tanısı alan bireyin varlığı ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$). (Tablo 24)

Yanında sigara içilen astımlı çocukların duygusal işlev puan ortalamasının ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının yanında sigara içilmeyen astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 25)

Astımlı çocukların evde evcil hayvan beslemesi ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 26)

Astımlı çocukların okul devamsızlığı ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 27)

Astımlı çocukların hastalık süresinin uzaması ile duygusal işlev puan ortalaması ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 29)

Hastaneye yatırılan astımlı çocukların duygusal işlev puan ortalaması ve faaliyet kısıtlaması puan ortalamasının hastaneye yatırılmayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 30)

Astım hastalığına yönelik eğitim almayan astımlı çocukların faaliyet kısıtlaması puan ortalaması astım hastalığına yönelik eğitim alan astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 31)

Astım hastalığını bilmeyen astımlı çocukların faaliyet kısıtlaması puan ortalamasının astım hastalığını bilen astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 32)

Astım hastalığının oluşumunda etkili faktörleri bilmeyen astımlı çocukların faaliyet kısıtlaması puan ortalaması ve belirtiler puan ortalamasının astım hastalığının oluşumunda etkili faktörleri bilen astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 33)

Astımlı çocukların hastalığın belirtilerini bilme durumu ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 34)

Astımlı çocukların düzenli ilaç kullanması ile AÇYKÖ alt boyutları ve toplam AÇYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 36)

Aktivite sonrası atak geçiren astımlı çocukların belirtiler puan ortalamasının ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının aktivite sonrası atak geçirmeyen astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 38)

Son bir yılda nöbet geçiren astımlı çocukların belirtiler puan ortalamasının, faaliyet kısıtlaması puan ortalamasının, duygusal işlev puan ortalamasının ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının son bir yılda nöbet geçirmeyen astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 39)

Nöbeti başlatan uyaranlara karşı evde önlem alınmayan astımlı çocukların belirtiler puan ortalamasının ve toplam AÇYKÖ puan ortalamasının nöbeti başlatan uyaranlara karşı evde önlem alınan astımlı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0.05$). (Tablo 40)

VII. ÖNERİLER

Astımlı çocukların öksürük, nefes darlığı gibi yaşadıkları semptomlar ve ebeveynlerin koruyucu tutumları nedeniyle faaliyet kısıtlanmalarında düşüklükler mevcuttur. Astımlı çocukların spor yapmaları ve aktivitelere katılmaları engellenmemeli tam tersine spora ısınmaları sağlanmalıdır. Çünkü düzenli spor yapan astımlı çocukların akciğer kapasiteleri gelişmekte ve kapasite gelişimi çocukların hastalığı daha kolay yenmelerine yardımcı olmaktadır.

Astımlı çocukların ailelerinde sigara kullanma oranının yüksek olması nedeniyle sigara karşıtı sağlık eğitimleri yapılmalı ve sigaranın zararları vurgulanmalıdır.

Astımlı çocuk ve ailesi hastalık belirtileri, nedenleri ve düzenli ilaç kullanmanın önemi konusunda bilgilendirilmelidir.

Toplum sağlığı hemşireleri tarafından ev ziyaretleri yapılarak astımlı çocukların ev ortamları değerlendirilmeli ve evde yapılması gereken düzenlemeler konusunda aileye bilgi verilmelidir.

Hastalık süresi uzadıkça astımlı çocukların duygusal işlev puanlarında düşüklükler saptanmıştır. Hemşireler astımlı çocuk ve ailesiyle iletişim içinde olarak ihtiyaç anında destek olmalıdır.

VIII. KAYNAKLAR

Akcakaya, N., Kulak, K., Hassanzadeh, A., Camciođlu, Y., Cokuđras, H. (2000). Prevalence of bronchial asthma and allergic rhinitis in İstanbul school children. *Eur J of Epidemiol*, 16:693-9.

Akçakaya, N. (1996). Allerjik hastalıklar. T. Onat (Der.), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul : Eksen Yayınları. 1, s.411

Alberto, V.G., Gaston, D.T., Carlos, U.P. (2007).Quality of life in the asthmatic children and their caregiver. *Revista chilena de enfermedades respiratorias* , 23(3): 160-166.

Allen, R.M., Jones, M.P., Oldenburg, B. (1995).Randomised Trial of an Asthma Self- Management Programme for Adults. *Thorax* 50; 731-738.

Anlar, Y. (2002). Çağdaş toplumlarda daha sık görülen bir hastalık astım. *Çocuk Çocuk Aylık Anne Baba Eğitimci Dergisi* 1(13), 8

Annett, R.D. (2001) Assessment of health status and quality of life outcomes for children with asthma. *J Allergy Clin Immunol*, 107: 473-81.

Asher, M.I., Keil, U., Anderson, H.R., Beasley, R., Crane, J., Martinez, F. (1995) Internatioonal study of asthma and allergies in childhood (ISAAC): rationale and methods. *Eur Respir J*, 8: 483-91.

Aydoğan, M. (1997).Astımda psikososyal faktörlerin rolü, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul

Badia, X., García-Hernández, G., Cobos, N., López, C., Nocea, G., Roset, M. (2001).Validity of the Spanish version of the Pediatric Quality of Life Questionnaire for evaluating quality of life in asthmatic children. *Med Clin (Barc)*, 116(15): 565-72.

Barış, İ., Şahin, A., Çöplü, L., Emri, S., Selçuk, Z.T., Savcı, S. (1996).Bronş Astması El Kitabı. Ed: Kalyoncu F., Genişletilmiş 2. Baskı, Kent Matbaacılık, Ankara

Bavbek, S. (2000). Astım epidemiyolojisi ve risk faktörleri. T Klin J Allergy Astım, 2:57-59.

Benedictis, FM., Selvaggio, D., Benedictis, D. (2004). Cough wheezing and asthma in children: lesson from the past. Pediatr Allergy Immunol,15: 386-93.

Beyhun, N., Çilingiroğlu, N. (2004).Hastalık maliyeti ve astım. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 52(4): 386-392.

Biol, L., Akdemir, N., Bedük, T. (1997).İç Hastalıkları Hemşireliği, Geliştirilmiş VI.Baskı, Ankara.

Boran, P., Tokuç, G., Pisgin, B., Oktem, S. (2008). Assessment of quality of life in asthmatic Turkish children. Turk J Pediatr,50(1): 18-22.

Bowling, A. (1997). Measuring health: a review of quality of life measurement scales. Open University Press, Buckingham.

Bozkurt, G. (2003). Astımlı çocuklara verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İ.Ü. Bakırköy SağlıkYüksekokulu, İstanbul.

Çavuşoğlu, H. (1996). Çocuk sağlığı hemşireliği. Cilt 1, 3. Baskı, s 69-71, 89-91, Bizim Büro Basımevi Tesisleri, Ankara

Çelik, G.E., Mısırlıgil, Z. (2004) Astım. Mısırlıgil Z (Ed.), Allerjik Hastalıklar, Birinci baskı, Ankara: Antıp A.S. Yayınları;, S: 170-2211

Çevik, Ü., Taş, F. (2004) Astımlı çocukların sosyodemografik özellikleri ve astımı uyaran etkenlerin incelenmesi. 4. Milli ÇocukHemşireliği Kongresi, Samsun, 472

Çöplü, L. (2000) .Obstrüktif ve restriktif akciğer hastalıkları. In: Beyazova M, Gökçe- Kutsal Y. Eds. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti,1172-1190.

Durna, Z., Özcan, Ş. (1999). Astımlı hastalarda bireysel yönetim eğitiminin değerlendirilmesi Hemşirelik Forumu. 2 (6),273-286

Ekici, B. (2003). Çocuklarda astım yönetimi, Çocuk Forumu, 6: 2.

Erickson, S.R., Munzenberger, P.J., Plante, M.J., Kirking, D.M., Hurwitz, M.E. (2002). Influence of sociodemographics on the health-related quality of life of pediatric patients with asthma and their caregivers. J Asthma, 39(2): 107-117.

Erkan, F. (1996). Bronş astımı tanı ve tedavi rehberi. Toraks Derneği Bronş Astması Grubu, Ankara.

Eser, E., Yuksel, H., Baydur, H. (2005). Testing psychometric properties of the Turkish version of the KINDL-R, generic hrool measure for children,14(9).

Eser, E. (2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim,1(2):1-8.

European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). (1996). Variations in the prevalance of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). Eur Respir J; 9, 687-695

Global Initiative for Asthma (GINA). (1998). Pocket Guide for Asthma, Management and Prevention.

Global Initiative for Asthma (GINA). (2002).Global Strategy for Asthma Management and Prevention. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute Revised NIH Publications No:02-3659

Gümüş, S. (2010). Astımlı çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 81

Harmancı, K., Bakırtaş, A., Türkteş, İ.(2006). Sensitization to Aeroallergens in Preschool Children with Respiratory Problems in Ankara, Turkey. Turkish Respiratory urnal,7: 10-14.

Hederos, C.A., Janson, S., Hedlin, G. (2007).A gender perspective on parents' answers to a questionnaire on children's asthma Respir Med. , 101(3): 554-60.

Helseth, S., Lund, T.(2005) Assessing health-related quality of life in adolescents: some psychometric properties of the first Norwegian version of KINDL. Scand J Caring Sci, 19: 102-9.

Hunt, S.M., McEwen, J., McKenna, S.P. (1986).Measuring Health Status. London, England: CroomHelm.

International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee (1998). Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. Lancet 351:1232-1255

Juniper, E.F., Buist, A.S., Cox, F.M. (1999).Validation of the standardized version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. Chest ,115:1265-70.

Kalyoncu, A.F., Karakoca, Y., Demir, A.U. ve ark. (1996). Prevalence of Asthma and Allergic Diseases in Turkish University Students in Ankara. Allergol Immunopathol, 24: 152-7.

Karakavak, G., Çırak, Y. (2006). Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin yaşadığı duygular. Eğitim Fakültesi Dergisi, 7:12.

Kavaklı, A., Pek, H., Bahçeçik, N. (1998).Çocuk hastalıkları hemşireliği. Yüce Yayım, Baskı, İstanbul, 58-60

Kaya, Z., Erkan, F.(2005). To Follow Up Asthma amd The Process of The Disease. J Int Med Sci, 1 (41): 42-45

Kolbe, J., Vamos, M.(1996).Assesment of Practical Knowledge Self-Management of Acute Asthma, Chest, ,109:86-90.

Kuğuoğlu, S. (2003).Çocuklarda astım yönetimi: gelişimsel bir yaklaşım. Çocuk Forumu, 6(1):25

Kurukulaaratchy, R.J., Fenn, M., Twiselton, R., Matthews, S., Arshad, S.H.(2002). The prevalence of asthma and wheezing illnesses amongst 10 year-old schoolchildren. Respir Med., 96: 163-9.

Kurt, E.(2005). Epidemiology of Asthma. Journal of Medicine ,1 (41):1-6

Küçükusta, A.R., Gemiciođlu, B. (2005). Tanımdan tedaviye astım, Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş. İstanbul,s: 5–26.

Lehman, A.F., Mand, N.C., Linn, L.S.(1983). Chronic mental patients: the quality of life issue. Am J Psychiatry, 10:1271-1276.

Leidy N.K., Coughlin C.(1998). Psychometric performance of the Asthma Quality of Life Questionarie in a US sample. Qual Life Res,7:127-134.

Lemanske, R.F., Gren, C.G. (1989). Asthma in infancy and childhood. In: Middleton E, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW. Eds. Allergy Principles and Practice. 5th Ed. St. Louis: Mosby, 877-900.

Levy, J.I., Welker-Hood, L.K., Clougherty, J.E., Dodson, R.E.(2004).Steinbach S and Hynes Lung HP function, asthma symptoms, and quality of life for children in public housing in Boston: a caseseries analysis Environ Health, 3(1): 13.

Marison, J.E.; Bromfield, L.M. ve Comeron, H.J. A. (2003).Therapeutic model for supporting families of children with a chronic illness or disability. Child and Adolescent Mental Health, 8(3):125-130.

Martinez, F.D. (2000). Viruses and atopic sensitization in the first years of life. Am J Respir Crit Care Med,162: S95-99

Merikallio, V.J., Mustalahti, K., Remes, S.T., Valovirta, E.J., Kaila, M. (2005). Comparison of quality of life between asthmatic and healthy school children. *Pediatric Allergy and Immunology*,16:332-340.

Miralles-López, J., Guillén-Grima, F., Aguinaga-Ontoso, E., Aguinaga-Ontoso, I., Sánchez-Gascón, F., Negro-Alvarez, J., Fernández-Benítez, M., García-García, M.(1999)Bronchial asthma prevalence in childhood,27(4):200-11.

Moody, L., McCormick, K., Williams, A.(1990). Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysem. *J Behav Med*,13: 297.

National Heart, Lung And Blood Institute/WHO Workshop Report Global Strategy For Asthma Management And Prevention (1995). Publication Number 95-3659.

National Institutes of Health. (2002) Global strategy for asthma management and prevention(GINA) NIH publication, No:02-3659.

Nogueira, K.T., Silva, J.R., Lopes, C.S. (2009) Quality of life of asthmatic adolescents: assessment of asthma severity, comorbidity, and life style. *J Pediatr*. 85(6): 523-30.

Ones, U., Akcay, A., Tamay, Z., Guler, N., Zincir, M. (2006). Rising trend of asthma prevalence among Turkish schoolchildren (ISAAC phases I and III). *Allergy*; (Published article online: 17-Aug-2006 doi: 10.1111/j.1398-9995.2006.01145.x)

Öneş, Ü.(1999). Asımlı çocuklarda eğitimin rolü, Astım kampları ve astımda spor ilişkisi. A. Ekşi (Der.), Ben hasta değilim çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü (s. 451-452). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Öneş, Ü. (2002).Astım epidemiyolojisi. *Alerjik Hastalıklar ve Bronşial Astım* ,2.311-31.

Pejovic-Milovancevic, M., Popovic-Deusic, S., Aleksic, O., Garibovic, E. (2003). Personality characteristics of parents in hospitalized children. *European Child -Psychiatry, Supplement*, 2:12-125.

Phipps Dunavant, M., Jayawardane, D., Srivastiva, D.K. (1999) Assessment of health-related quality of life in acute in-patient settings, *12:18-24*.

Ramírez Narváez, C., González Moro, P., Castillo Gómez, L., García Cos, J.L., Lahoz Rallo, B., Barros Rubio, C. (2006). Quality of life in a population of asthmatic children *Aten Primaria*, 38(2): 96- 101.

Reichenberger, K., Broberg, A.G. (2000). Quality of life in childhood asthma: use of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire in a Swedish sample of children 7 to 9 years old. *Acta Paediatr*, 89: 989-95.

Rydström, I., Dalheim-Englund, A.C., Holritz-Rasmussen, B., Möller, C., Sandman, P.O. (2005) Asthma – quality of life for Swedish children. *J Clin Nurs*; 14(6): 739-749

Saxena, S., Orley, J. (1997). Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *Eur Psychiatry*, 12(suppl.3):263-266.

Schmier, J.K., Chan, K.S., Leidy, N.K. (1998). The Impact of asthma on health- related quality of life. *J Asthma* ,35: 585-97.

Sly, E.M. (2000). Allergic disorders. In: Behrman R.E., Kliegman R.M., Jenson H.B. Eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16th Ed., Philadelphia: WB Saunders Company, 664-680

Spahn, J., Covar, R., Stempel, D.A.(2002). Asthma: Addressing consistency in results from basic science, clinical trial, and observational experience. *J Allergy Clin Immunol*, 109:490-502.

Stokes, J.R., Schroth, M.K., Lemanske, R.F. (1997). Asthma in infants and children. In: Allergy. Ed: Kaplan AP. Second Edition WB Saunders Company Philadelphia London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo, 459-80.

Sibbald, B., Horn, M.E., Gregg, I. (1980). A family study of the genetic basis of asthma and wheezy bronchitis. Arch Dis Child, 55: 354-357

Solé, D., Wandalsen, G.F., Camelo-Nunes, I.C., Naspitz, C.K. (2006). Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and adolescents identified by the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) . Phase 3. J Pediatr (Rio J), 82(5):341-6.

Szabo, A., Mezei, G., Cserha'ti, E. (2007). Which is more important regarding psychological consequences: level of asthma control or overall disease severity in paediatric asthma? WAO Journal, 1(1): 129.

Şahin, H. (1997) Eski bir kavram, yeni bir ölçüt; yaşam kalitesi, Toplum ve Hekim, 12(77);40-46

Tabak, R.S., Bidar, A. (2004). Uzun süren hastalıklarda öğrenilmiş çaresizlik, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, 8-10.

Testa, M.A., Simonson, D.C. (1996). 'Assesment of Quality of life Outcomes' , N Engl J Med, 334 (13): 835-40.

The WHOQOL Group (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science and Medicine ,46 (12):1569-85.

Thompson, V.S. (1994) Diagnosis and management of asthma in pediatric patients. Home Care Provider.

Toraks Derneği Bronş Astımı Grubu (1996). Bronş astımı tanı ve tedavi ilkeleri, İstanbul.

Türkoğlu, S. (2008). Bronşial astımlı çocuklarda psikiyatrik bozukluk ve belirtileri, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.

Türktaş, H. (1998).Astım patogenezi. Birinci baskı, Ankara: Bozkır Matbaacılık, S: 27-48

Viegi, G., Annesi, I., Matteelli, G.(2003). Epidemiology of Asthma. Eur Respir Mon,23: 1–25.

Vila, G., Nollet-Clemencon, C., Blic, J., Mouren-Simeoni, M.C., Scheinmann, P. (1998).Asthma severity and psychopathology in a tertiary care department for children and adolescent. European Child-Adolescent Psychiatry, 7:137-144.

Warner, J.O., Jackson, W.F. (1994). Asthma and Other Allergic Disorder of the Lung.Schering-Plough International, England.

Yıldırım, N., Akçakaya, N., Aydemir, E.H., Öz, F.(2001). Bronş astımı ve allerjik rinit. Alerjiler, 9-53.

Yılmaz, O., Sogut, A., Gulle, S., Can, D., Ertan, P., Yuksel, H. (2008) Sleep quality and depression-anxiety in mothers of children with two chronic respiratory diseases: asthma and cystic fibrosis.J Cyst Fibros, 7(6): 495-500.

Yorgancıoğlu, A.(2001). Kadınlarda astımla ilgili özel durumlar. Kalyoncu AF, ed. Bronş Astması 2001. Ankara. Atlas Kitapçılık,s: 101-121.

Yuksel, H., Yılmaz, O., Soğut, O., Kırmaz, C. (2009).Validation and realibility study of the Turkish version of pediatric rhinitis qulaity of life questionnaire. Turk J Pediatr ,51(4): 361-6.

Yüksel, H., Yılmaz, Ö. (2009) Çocukluk çağı astımı ve yaşam kalitesi. Türk Klin J Pediatr Sci; 5(3): 89.

IX. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Emel Demirci
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 05/05/1985
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	Almanca
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 58140-Sivas
E-posta Adresi	2011800010@cumhuriyet.edu.tr

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Manavgat Lisesi, 2003
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2008
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2011

İş Tecrübesi

Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire, 2008
--	---------------

Ödüller, Teşvikler ve Üyelikler

HEMAR-G	Üye, 2008
---------	-----------

X.EKLER

EK 1-KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Çocuğun Yaşı:
- 2.Çocuğu Cinsiyeti:
3. Çocuğun Öğrenim Durumu:
1.Okur-yazar 2.İlkokul 3. Ortaokul 4.Lise
- 4.Sınıfı:
5. Annenin yaşı:
6. Babanın yaşı:
- 7.Annenin Öğrenim durumu:
1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul 4. Ortaokul 5.Lise 6. Üniversite
8. Babanın Öğrenim durumu:
1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul 4. Ortaokul 5.Lise 6. Üniversite
9. Annenin çalışma durumu:
1. Hayır 2.Evet
10. Babanın çalışma durumu:
1. Hayır 2.Evet
11. Aile tipi: 1.Geniş aile 2. Çekirdek aile 3. Parçalanmış aile
12. Ailede yaşayan birey sayısı:.....
13. Gelir Düzeyi (Aylık geliri) : 1.Düşük 2.Orta 3.Yüksek
- 14.Sağlık güvencesi var mı?
1.Var 2.Yok
15. Evin ısınma özelliği :
1. Sobalı 2. Kaloriferli

16. Evin nem durumu: 1. Nemli 2. Nemsiz
17. Evin havalandırma durumu: 1. Yeterli 2. Yetersiz
18. Evin güneş alma durumu: 1. Alıyor 2. Almıyor
19. Ailede astım tanısı alan başka birey var mı?
1. Hayır 2. Evet
20. Çocuğun yanında sigara içiliyor mu?
1. Hayır 2. Evet
22. Evde evcil hayvan besleniyor mu?
1. Hayır 2. Evet
23. Çocuğun okul devamsızlığı kaç gün?.....
24. Çocuğun hastalık nedeniyle yıl kaybı oldu mu?
1. Hayır 2. Evet
25. Çocuğun okul başarısı nasıl? 1. Başarılı 2. Başarısız
26. Çocuğunuzda astım hastalığı kaç yıldır var?.....
27. Çocuğun daha önce hastaneye yatırılarak izlenme durumu oldu mu?
1. Hayır 2. Evet
28. Astım hastalığına yönelik bir eğitim aldınız mı?
1. Biliyor 2. Bilmiyor
29. Astım hastalığı nedir?
1. Biliyor 2. Bilmiyor
30. Astım hastalığının oluşumunda etkili olan faktörler nelerdir?
1. Biliyor 2. Bilmiyor
31. Astım hastalığının belirtileri nelerdir?
1. Biliyor 2. Bilmiyor

32. Astım nedeniyle sürekli kullanılan ilaçlar

İlacın Adı Dozu Kullanım Süresi Kullanım Şekli

.....

33. Çocuk ilaçlarını düzenli kullanıyor mu?

1. Hayır 2. Evet

34. Çocukta şu anda hangi belirtiler var?

	GÜNDÜZ		GECE	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Öksürük	()	()	()	()
Nefes Darlığı	()	()	()	()
Hırıltı	()	()	()	()
Balgam	()	()	()	()

35. Çocuğun günlük hareketlerinde azalma var mı?

1. Hayır 2. Evet

36. Çocuk koştuğunda, egzersiz yaptığında, fiziksel aktivite yaptıktan sonra (öksürük, nefes darlığı, hışıltı) atakları olur mu?

1. Hayır 2. Evet

37. Çocuk son bir yılda astım nöbeti geçirdi mi? hayır ise 39. soruya geçin.

1. Hayır 2. Evet

38. Evet ise kaç kez;.....

39. Çocukta nöbeti başlatan uyaranlar nelerdir?

- Polenler
- Ev tozu akarı
- Hayvanlar
- K f
- Sigara dumanı
- Hava Kirliliği
- Nem
- Diğer.....

40.Nöbeti başlatan uyaranlar için evde önlem alıyor musunuz?

1.Hayır 2.Evet

Evet ise nedir?.....

EK 2: YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Şimdi yaptığım şeylerden hangilerinin seni astım yüzünden rahatsız ettiğini bana söylemeni istiyorum.

Birlikte, geçen hafta boyunca yapmış olabileceğin şeylerin listesine bir göz atacağız. Astımın nedeniyle bu faaliyetleri yapmak sana zor geliyor olabilir, bazılarını yapmayı ise eğlenceli bulmuyor olabilirsin. Haydi, şimdi birlikte listeye bakalım, **sende bana geçen hafta boyunca bu faaliyetlerden hangilerini yaparken astımın yüzünden sıkıntı çektiğini söyle**. Eğer bu listede senin zaten hiç yapmadığın ya da yaparken rahatsızlık duymadığın şeyler varsa’’**hayır**’’ de.(FAALİYET LİSTESİ HASTAYA GÖSTERİLECEK)

Peki, yaparken, astımın yüzünden **rahatsızlık duyduğun başka faaliyetler** aklına geliyor mu?

Sıralanan faaliyetlerden **seni en çok rahatsız edenleri** bana söylemeni istiyorum.

Seni en çok rahatsız eden, bu faaliyetlerden hangisi olmuştu?

Peki, geri kalan faaliyetlerden hangisi seni en fazla rahatsız etmişti?

Şimdi bu faaliyetleri yaparken astımın yüzünden ne kadar sıkıntı çektiğini söylemeni istiyorum. Hangi kartı kullanacağını ben sana söyleyeceğim. Geçtiğimizi hafta boyunca her bir etkinliğin, astımın nedeniyle seni ne kadar rahatsız ettiğini en iyi gösteren numarayı yanıt kartından seçer misin?

1.Geçtiğimizi hafta boyunca astımın nedeniyle(Faaliyet 1:-----)
yaparken ne kadar sıkıntı duydun?(MAVİ KART)

2. Geçtiğimizi hafta boyunca astımın nedeniyle(Faaliyet 2:-----)
yaparken ne kadar sıkıntı duydun?(MAVİ KART)

3. Geçtiğimizi hafta boyunca astımın nedeniyle(Faaliyet 3:-----)
yaparken ne kadar sıkıntı duydun?(MAVİ KART)

4.Geçtiğimiz hafta boyunca **ÖKSÜRÜK** seni ne kadar sıkıntıya soktu?(MAVİ KART)

5. Geçiđimizi hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkla kendini **ÜZGÜN VE KIRGIN** hissettin?(YEŞİL KART)
6. Geçiđimiz hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkla kendini **YORGUN** hissettin?(YEŞİL KART)
7. Geçiđimizi hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkla kendini **ENDİŞELİ YA DA KAYGILI** hissettin?(YEŞİL KART)
8. Geçiđimizi hafta boyunca **ASTIM KİRİZLERİ** seni ne kadar rahatsız etti?(MAVİ KART)
9. Geçiđimizi hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkla kendini **KIZGIN** hissettin?(YEŞİL KART)
10. Geçiđimizi hafta boyunca **GÖĞÜSÜNDEKİ HIRILTI** seni ne kadar rahatsız etti?(MAVİ KART)
11. Geçiđimizi hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkta kendini **TEDİRGİN(SIKINTILI)** hissettin?(YEŞİL KART)
12. Geçiđimizi hafta boyunca **GÖĞÜSÜNDEKİ SIKIŞMA** seni ne kadar rahatsız etti?(MAVİ KART)
13. Geçiđimizi hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkla kendini **FARKLI YADA DIŞLANMIŞ** hissettin?(YEŞİL KART)
14. Geçiđimizi hafta boyunca **NEFES DARLIğI** seni ne kadar rahatsız etti?(MAVİ KART)
15. Geçiđimizi hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkta kendini **BAŞKALARINDAN GERİ KALMA NEDENİYLE ÜZGÜN VE KIRGIN** hissettin?(YEŞİL KART)
16. Geçiđimizi hafta boyunca astımın seni ne sıklıkta **GECE UYKUDAN UYANDIRDI?**(YEŞİL KART)
17. Geçiđimizi hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkta kendini **KEYİFSİZ** hissettin?(YEŞİL KART)

18. Geçtiğimizi hafta boyunca ne sıklıkta nefes alamadığını hissettin?(YEŞİL KART)
19. Geçtiğimizi hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkta **BAŞKALARINA UYAMADIĞINI** hissettin?(YEŞİL KART)
20. Geçtiğimizi hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkta sıkıntılı bir **GECE UYKUSU** uyudun?(YEŞİL KART)
21. Geçtiğimizi hafta boyunca ne sıklıkta **ASTIM KRİZİ GELECEK DİYE KORKTUĞUNU** hissettin?(YEŞİL KART)
22. Geçtiğimizi hafta boyunca yaptığın faaliyetlerin hepsini birden düşün. Astımın, bu faaliyetleri yürütürken seni genel olarak ne kadar rahatsız etti?(MAVİ KART)
23. Geçtiğimizi hafta boyunca ne sıklıkta **DERİN BİR NEFES ALMADA** güçlük çektin?(YEŞİL KART)

ASTIMLI ÇOCUK YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ YANIT ÇİZELGESİ

ADI:..... DOLDURMA TARİHİ:.....

SORU	Puanlar
1.Faaliyet 1	
2.Faaliyet 2	
3.Faaliyet 3	
4.Öksürük	
5.Üzgün ve kırgın	
6.Yorgun	
7.Endişeli ve kaygılı	
8.Astım krizleri	
9.Kızgın	
10.Göğüste hırıltı	
11.Tedirgin	
12.Göğüste sıkışma	
13.Farklı ya da dışlanmış olma hissi	
14. Nefes darlığı	
15.Başkalarına uyamama nedeniyle üzgün ve kırgın olma	
16.Gece uykudan uyanma	
17.Keyifsiz	
18.Nefes alamadığımı hissetme	
19.Başkalarına uyamadığımı hissetme	
20.Sıkıntılı gece uykusu	
21.Astım krizi gelecek diye korkma	
22.Tüm faaliyetlerden genel olarak rahatsız olma	
23.Derin nefes almada güçlük	

FAALİYET LİSTESİ

1.BİLGİSAYAR KULLANMA	21.DERS ÇALIŞMA
2.RESİM YAPMA	22.EV İŞİ YAPMA
3.BASKETBOL	23.ŞARKI SÖYLEME
4.DANS	24.EL İŞİ VEYA SEVDİĞİM ŞEYLERLE UĞRAŞMA
5.FUTBOL	25.BAĞIRMA
6.TENEFÜSTE OYNAMA	26.JİMNASTİK
7.EVDEKİ HAYVANLARLA OYNAMA	27.TEKERLEKLİ PATENLE KAYMA
8.ARKADAŞLARLA OYNAMA	28.KAY KAY
9.BİSİKLETE BİNME	29.SAKLANBAÇ OYNAMA
10.KOŞMA	30.KIZAKLA KAYMA
11.İP ATLAMA	31.KAYAK YAPMA
12.ALIŞ VERİŞ	32.BUZ PATENİ YAPMA
13.UYUMA	33.TIRMANMA
14.ÇOCUK PARKINA GİTME.	34.SABAH YATAKTAN KALKMA
15.YÜZME	35.SOHBET ETME
16.VOLEYBOL	36.EVCİLİK OYNAMA
17.YÜRÜYÜŞ	37.BİLYE OYNAMA
18.TEPEYE TIRMANMA	38.GÜREŞ ETME
19.MERDİVEN ÇIKMA	39.İSTOP OYNAMA
20.GÜLME	

HASTANIN SEÇTİĞİ FAALİYETLER

- | | |
|---------|---------|
| 1)..... | 5)..... |
| 2)..... | 6)..... |
| 3)..... | 7)..... |
| 4)..... | 8)..... |

ASTIMLI ÇOCUK YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ YANIT SEÇENEKLERİ**YEŞİL KART**

- 1.HERZAMAN
- 2.ÇOĞU ZAMAN
- 3.OLDUKÇA SIK
- 4.BAZAN
- 5.ARDA BİR
- 6.HEMEN HEMEN HİÇBİR ZAMAN
- 7.HİÇ BİR ZAMAN

MAVİ KART

- 1.AŞRI DERCEDE RAHATSIZ OLMUŞ
- 2.ÇOK RAHATSIZ OLMUŞ
- 3.OLDUKÇA RAHATSIZ OLMUŞ
- 4.BİRAZ RAHATSIZ OLMUŞ
- 5.ÇOK AZ RAHATSIZ OLMUŞ
- 6.HEMEN HEMEN HİÇ RAHATSIZ DEĞİL
- 7.HİÇ RAHATSIZ DEĞİL