

**Türkiye Cumhuriyeti
Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı**

**BRONŞİAL ASTMALI ÇOCUKLARDA
PSİKİYATRİK BOZUKLUK
VE BELİRTİLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Serhat TÜRKOĞLU

**Tez danışmanı
Prof. Dr. Efser KERİMOĞLU**

**ANKARA
2008**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Tıpta Uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan

“Bronşial Astma Tanılı Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluk ve Belirtileri ” isimli
Dr.Serhat Türkoğlu’na ait bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından Tıpta Uzmanlık
Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 15/10/2008

Prof.Dr.Efser Kerimoğlu
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Jüri Başkanı ve Tez Danışmanı

Prof.Dr.Runa İdil Uslu
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hastalıkları
Anabilim Dalı
Üye

Prof.Dr.F.Ayla
Aysev
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve
Anabilim Da
Üye

TEŞEKKÜR

Çalışmanın yürütülmesinde her aőamada yanımda olan tez danıőmanım Prof. Dr. Efser KERİMOĞLU'na, tez sürecinde yaőanan zorluklarla baş etmemde desteklerini esirgemeyen klinikteki tüm hocalarıma ve uzmanıma ve hem emeği hem de manevi desteği ile hep yanımda olan Sevgili eőim Gözde'ye ve oğlum Çaðan'a teşekkür ederim.

Dr. Serhat Türkoğlu

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No:</u>
KAVUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Kronik Hastalıkların Aile ve gelişmekte olan çocuk üzerine etkileri	2
2.2. Astım	8
2.3. Astım Sınıflaması	8
2.4. Psikosomatik Hastalık Olarak Astım	10
2.5. Hastalığın şiddeti ve duygusal-davranışsal sorunlar	11
2.6. Astım tedavisinde psikiyatrinin yeri	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
7. ÖZET	53
8. ABSTRACT	55
8. KAYNAKLAR	57

SİMGELER ve KISALTMALAR

- FEV1** : Zorlu ekspirasyonun 1. saniyesinde atılan volüm
- FVC** : Zorlu vital kapasite
- FRC** : Fonksiyonel rezidüel kapasite
- PEF** : Zirve akım hızı
- DEHB** : Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
- YAB** : Yaygın anksiyete bozukluğu
- TSSB** : Travma sonrası stres bozukluğu
- ÇDÖ** : Çocuk Depresyon Ölçeği
- ÇSKE** : Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri
- ÇDKE** : Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri
- ÇADİ** : Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği
- ÇDSKE** : Çocuk durumluk süreklilik kaygı envanter.
- ÇGDSŞ-ŞY-T** : Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi şimdi ve yaşam boyu
- DSM-IV-TR** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 4.3.1 : Ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması	34
Şekil 5.1 : Astım pikopatoloji birlikteliğinin olumsuz etkileri	46

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 2.1. Astımda kullanılan ilaçlar ve yan etkileri	19
Tablo 4.1. Örneklem yaş ortalaması	23
Tablo 4.2. Örneklem eğitim düzeyi	24
Tablo 4.3. Olguların anne eğitim düzeyi	24
Tablo 4.4. Baba eğitim düzeyi	25
Tablo 4.5. Anne ve baba eğitim düzeyleri	25
Tablo 4.6. Annelerinin çalışma oranları	26
Tablo 4.7. Aile tipi dağılımı	26
Tablo 4.8. Ailelerin gelir düzeyi dağılımı	27
Tablo 4.9. Psikiyatrik hastalık oranları dağılımı	27
Tablo4.10. Olguların aldıkları tanılar	28
Tablo 4.11. Psikiyatrik eştanının cinsiyetlere göre dağılımı	29
Tablo 4.12. Psikiyatrik bozukluğun çocuk ve ergen dağılımı	30
Tablo 4.13. Psikiyatrik eştanının astım şiddetine göre dağılımı	30
Tablo 4.14. Astım nedeniyle ilaç kullanımının	31
Tablo 4.15. Psikiyatrik eştanının, astımın başlangıç yaşıyla ilişkisi	31
Tablo 4.16. Psikiyatrik eştanının, ortalama astım süresiyle ilişkisi	31
Tablo 4.17. (çadi) puanı açısından karşılaştırılması	32
Tablo 4.18. (çdke) puanı açısından karşılaştırılması	32
Tablo 4.19. (çske) puanı açısından karşılaştırılması	33
Tablo 4.20. (çdö) puanı açısından karşılaştırılması	33

Tablo 4.21. 13 yaşından küçük olan katılımcılarda ölçek puanları	35
Tablo 4.22. 13 ve 13 yaşından büyük olan katılımcılarda, ölçek puanları	35
Tablo 4.23. Kız cinsiyette ölçek puanları karşılaştırılması	35
Tablo 4.24. Erkek cinsiyette ölçek puanları karşılaştırılması	36
Tablo 4.25. Psikiyatrik hastalığı ve ölçek puanları	36
Tablo 4.26. Astımlı grupta komorbidite ve ölçek puanları	37
Tablo 4.27. Astım şiddetine göre ölçek puanları dağılımı	37
Tablo 4.28. Astım şiddetine göre ölçek puan ortalamaları ve dağılımı	38
Tablo 4.29. Ders başarısı açısından karşılaştırma	39
Tablo 4.30. Okul devamsızlığı açısından karşılaştırma	39
Tablo 4.31. Annede psikiyatrik hastalık oranları dağılımı	39

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk çağında başlayan süreğen hastalıkların gelişmekte olan çocuklar üzerinde, psikopatoloji gelişimini de içermek üzere pek çok olumsuz etki oluşturduğu iyi bilinmektedir. Süreğen hastalıklar, fiziksel ve duygusal gelişim sürecinde bulunan çocukların gelişimlerini yavaşlatmakta ve yaşa uygun gelişimsel özellik ve duygudurumlarına sahip olmalarına engel olmaktadır. Şiddetli, süreğen pediatrik hastalığı olanların yaklaşık olarak %30-40'ında komorbid psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği gösterilmiştir (Rutter M., 2003).

Süreğen hastalıklar ilerleyici olup çocuğun fiziksel ve zihinsel işlevlerinde kalıcı bozulma ve gerilemeye yol açabilir, hatta bazı durumlarda ölüme dahi sonuçlanabilir. Süreğen hastalık yaşamın bir parçası haline gelmiştir ve çocuklar onunla yaşamayı öğrenmek ve onunla yaşamak zorundadır (Wassermann, A.L., 1990).

Çocuklarda süreğen hastalıkların prevalansı ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmekteyse de çocukların azımsanamayacak bir kısmının süreğen hastalıktan muzdarip olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlerin yaklaşık %13'ünün süreğen hastalık tanısıyla izlendiği saptanmıştır (Gortmaker SL 1984). Çocuğun günlük aktivitelerini engelleyecek düzeyde ağır süreğen hastalık oranı ise %2-4 civarındadır. Ülkemizde çocuklarda süreğen hastalık sıklığı konusunda yeterli veriler bulunmamakla birlikte, yürütülen bir çalışmada nüfuzumuzun %9'unun özürlü, bunların %44'ünün de 18 yaşının altında olduğu bulunmuştur. (Öztürk M., 2007)

Psikosomatik hastalıkların prototipi olan astım, çocukluk döneminin en sık rastlanan süreğen hastalığıdır (Boner AL., 1997). Diğer süreğen kronik hastalıklarda olduğu gibi, duygusal ve davranışsal sorunlar geliştirme açısından daha yüksek riske sahip olan astımın psikolojik yönü fizyolojisi kadar araştırılmamıştır. Oysaki süreğen, erken yaşlarda başlayabilen, agresif seyredabilen ve asfiksiden dolayı ölüm riski olan

astımda, hem çocuk hem de ailesi için kaygı dolu bir yaşam ve psikopatolojiye eğilimli bir yaşam kaçınılmazdır (G.Vila, 2000).

Bu çalışmada,

- 1- Bronşial astım tanısı olan çocuk ve ergenlerde, astıma eşlik eden psikiyatrik hastalıklar ve oranları,
- 2- Astımlı hastalarda özbildirim ölçekleri aracılığıyla taradığımız psikiyatrik belirti şiddetinin kontrol grubuyla karşılaştırılması ve ölçek puanlarının eşlik eden psikiyatrik hastalıklarla ilişkisinin araştırılması
- 3- Astım şiddetinin eşlik eden psikiyatrik hastalıklar ve özbildirim ölçek puanları üzerine etkisinin araştırılması
- 4- Astımın başlangıç yaşı ve süresinin eşlik eden psikiyatrik bozukluk üzerine etkisi
- 5- Psikiyatrik belirti şiddetinin cinsiyete, çocukluk ve ergenlik çağına göre değişimi
- 6- Psikiyatrik belirti şiddetinin psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasında karşılaştırılması
- 7- Astım hastalarında olması muhtemel akademik başarının araştırılması ve bu açıdan kontrol grubuyla karşılaştırılması
- 8-Örnekleminizde olan annelerin, psikiyatrik bozukluk açısından değerlendirilmesi, astım grubu ve kontrol grubunun karşılaştırılması **amaçlanmıştır.**

2.GENEL BİLGİLER

Son yıllarda tedavideki ilerlemeler bir yandan yaşam süresini uzatırken bir yandan da süreğen hastalığı olan çocuk ve ailelerinde psikososyal sorunların artma olasılığını gündeme getirmiştir. Çocukluk çağı süreğen hastalıklarının epidemiyolojisi, erişkin çağı süreğen hastalıklarından farklıdır. Süreğen hastalıkların çeşitliliği, çocuklarda erişkinlere göre daha fazladır fakat daha nadirdir. Erişkinlerde dejeneratif artrit, koroner arter hastalığı, tip II diyabet gibi hastalıklar ön plandadır. Çocuklarda ise astım, migren, epilepsi, artrit ve diyabete daha sık rastlanır (Mrazek DA., 2002).

Süreğen hastalıkla yaşamak ve hastalığa uyum sağlayabilmek çocuk ve ailesi için oldukça güçtür. Tedavi sürecinde acı verici uygulama ve hastalığın oluşturduğu engellemelerin zorluklarına katlanmak, çocukta ruhsal gerginlik oluşturur. Fiziksel hastalığa eşlik eden fiziksel ve ruhsal sorunlar, hastanın tedaviye uyumunu, dolayısıyla da hastalığın gidişini, morbiditeyi ve mortaliteyi olumsuz etkiler. Genel olarak hastanede yatan ya da poliklinikte izlenen tüm hastaların üçte birinde, fiziksel hastalık yanında psikişik ve psikososyal bozukluk görülmektedir (Özkan S, 1994-1995). Merkezi sinir sistemi tutulumu yapabilen hastalıklar dışında, psikolojik ve sosyal problem oluşturmada süreğen hastalıklar cinsinin önemli olmadığı da belirtilmiştir.

Hastalığa özgü risk faktörleri olarak gösterilen durumlar şunlardır:

- 1- Başlangıç Yaşı: Erken bebeklik (6 ay-5 yaş) ve erken ergenlik dönemleri
- 2- Etyoloji: Dış etkenlerle oluşan hastalıklar (travma yada enfeksiyon) veya genetik hastalıklar
- 3- Hastalığın cinsi: Epizodik hastalık nedeniyle uygulanan tedavi şeklinin ağırlığı

- 4- Engellenme-Deformite: Fiziksel bozukluk ve engel
- 5- Tanı: Tanının yanlış ve geç konulması
- 6- Hastalığın seyri: kötü seyir (Mrazek DA., 2002)

Süreğen hastalığın başlama yaşı, hastalığın oluşturduğu psikolojik etkide önemli rol oynar. Süreğen hastalığın başlangıç yaşının farklı etkileri üzerine odaklanan çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Çocuk gelişiminin belli dönüm noktalarında ise psikolojik sorunların daha fazla olabileceği belirtilmektedir. Örneğin konuşmanın öğrenildiği dönem, okula başlama, bağımsızlık çağı gibi (Wassermann, A.L., 1990).

Tedavi sürecinde hastalığın sebebinden çok, hangi tedavinin uygulanması gerektiği ve de ailenin hastanın, hastalığın getireceği değişikliklere nasıl uyum sağlayacağı üzerine odaklanılmalıdır. Hastalık genetik kökenli ise çocuk hastalıkları uzmanı ve genetik danışman ileride doğacak çocuklar için mevcut riski aileye anlatmalıdır. Aile bu riski anladıktan sonra, çocuk psikiyatrisi uzmanı bu bilgilerin gerçekçi bir şekilde içselleştirmesinde ve başka çocuk yapmadan önce karar vermede önemli rol oynar (Mrazek DA., 2002).

Epizodik hastalıklar, kalıcı hastalıklara göre daha fazla kaygı oluşturur. Bu durumda hastalığın ciddiyeti geri planda kalır. Alevlenme dönemlerinde, önceden yapılan planların bozulması ve gerçekleştirilmemesi, hasta dahil tüm aileyi sıkıntıya sokar. Süreğen hastalıklar genellikle remisyon ve alevlenmelerle seyrettikleri için çocuğun gelişimine etki eder. Çocuğun gelişimi bazen yavaşlar, bazende tamamen durabilir. Gelişimdeki bu duraklama ve yavaşlama sadece fiziki olarak değil, çocuğun mental ve sosyal gelişiminde de gözlemlenebilir (Pless I., 1984).

Ailede süreğen hastalığa sahip bir çocuğun bulunması, tüm aileyi ve ailenin döngüsünü etkilemektedir. Çocuğun süreğen bir hastalığa sahip olması, aile üyelerinin ciddi düzeyde stres yaşamasına neden olur. Sosyal desteğin azalması, iletişim zorlukları, maddi zorluklar gibi etmenler örnek verilebilir (Karakavak G., 2006). Süreğen hastalıklı çocuğu olan anne-babalar, çocuklarının bakımı ve idaresi

için farklı taleplerle karşı karşıyadır. Çocuğun süreğen durumu, ailenin yaşamına etki eder ve yeni duruma uyum yapmayı zorunlu kılar. Sosyal desteğin ve aile doyumunun azalması, iletişim güçlüklerini artırırken; maddi zorlukların olması, organizasyon bozuklukların yaşanmasına yol açar. Iovchuk (2003), çocuğun süreğen hastalığının ailede bozuk ilişkilerin oluşmasına, yüksek düzeyde boşanma oranlarına, aile içinde çelişkili tutum ve davranışlara neden olduğunu belirtmektedir (Iovchuk, N. M. 2003). Smith (1998), süreğen hastaların aileleri ile yaptığı çalışmasında, ailede, işbirliği, duyarlılık, şefkat, empati, saygı, kişisel olgunluk ve aile birliğinde bütünleşmenin arttığını; ancak, kişiler arası ilişkiler ve görevlerde olumsuzlukların görüldüğünü, kardeşler arasında kıskançlık, rekabet, kızgınlık, düşmanlık ve sosyal içe dönük duyguların da geliştiğini bulmuştur (Smith, M. E., 1998). Pejovic ve arkadaşları (2003), zihinsel bozukluğa sahip çocukları olan 200 ebeveyn üzerinde yarı yapılandırılmış klinik görüşme, kişilik envanteri, aile stres endeksi ve SCL 90 uygulayarak yaptıkları çalışmada, ailelerin % 95'inde çocuklarının hastaneye yatırılışına karşı yoğun stres reaksiyonlarının görüldüğünü; %35'inde anksiyete, incinebilirlik gibi nörotik tepkilerinin olduğunu; %20'sinde yüksek düzeyde depresyon ve uyku sorunlarının görüldüğünü belirtmektedirler. Yine bu ailelerin % 45'inde bozuk aile dinamikleri ve %50'sinde ise stresle ilgili bir bozukluk bulunmuştur (Pejovic, 2003; Karakavak G., 2006).

Hastalığın çocuk ve aile üzerindeki etkileri; çocuğun hastalığının doğuştan veya sonradan kazanılmış olması, hastalığın kazanıldığı yaş, çocuğun uyum düzeyi ve yetenekleri, anne-baba-çocuk ilişkisi, aile içi denge, hastalığın derecesi, hasta organ, ağrı veya kaybın derecesi, tedavi şekli, hastalığın yarattığı kalıcı etki ve sınırlamalar, hastalığın taşıdığı anlam, hastalıkla ilgili düşünceler, hastalığın, çocuğun toplumsal uyumuna, okul yaşantısına ve benzeri ilişkilerine etkisi gibi değişkenlere göre farklılıklar gösterebilir. Aileye hastalığın nasıl bir hastalık olduğunu, doğasını, nasıl seyir gösterdiği, ileride ne gibi problemler çıkarabileceği ve çocuklarına nasıl davranmaları gerektiği konusunda bilgi vermek, ailede ve çocukta ileride olması muhtemel psikososyal ve psikiyatrik bozuklukların üstesinden gelmek için gereklidir. Bu açıklamaların öğretmenlerine de yapılması faydalıdır. Garcia-Giral ve

arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmalarda anne-babalara ve öğretmenlere verilen bilgi, destek gibi yardımların hem anne-babalar hem de öğretmenlerin hastalık ve çocuklarının bakımı ile ilgili bilinçlilik düzeyini artırdığı bulunmuştur. Çocuklarının bakımında daha bilinçli davranan anne-babaların, süreğen hastalığı olan çocuğun hastalıktan daha az etkilenmesine yardımcı olacağı umulabilir (Garcia-Giral, M., 2003).

Süreğen hastalıklı çocuğun ailesi üzerindeki çalışmalar genel olarak anne üzerinde odaklanmıştır. Birçok çalışmada süreğen hastalığı olan çocukların annelerinde depresyon saptanmıştır (Shalowitz MU., 2006). Annelerinde depresyon gözlenen çocukların, astım atağı ve astıma psikiyatrik bozukluğun eşlik etmesi açısından daha yüksek risk altında olduğu belirtilmiştir (Barlett SJ., 2004; Klinnert MD., 1997). Annesi depresif olan çocukların hastanenin acil bölümlerine daha sık başvurduğu saptanmıştır (Barlett SJ., 2001). Depresif annelerin, hasta çocuğun yanında diğer çocuklarla ilişkilerinde de zorlukları olur. Bu ailelerde boşanma sıklığı yüksek olmasa da geçimsizlikler sık olmaktadır (Wassermann, A.L., 1990).

Süreğen hastalığı olan çocuklarda psikososyal uyumsuzluğun oluşmasında en belirleyici faktör ailenin işlevselliği ve çocuğun hastalığına nasıl uyum yapıldığıdır. Ailenin çocuğun hastalığına bakışı, onun kendini nasıl göreceği ve kendilik kavramının nasıl oluşacağını belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Ailede önceden var olan güçlükler ve zayıflıklar sebebiyle çocuğun hastalığı büyütülebilir. Ailenin tavırları aile dışındaki diğer kişilerin çocuğa karşı tutum ve davranışları üzerinde etkili olur (Wassermann, A.L., 1990)

Hastalık sebebiyle ortaya çıkan sınırlamalar çocukta duygusal sorunlara yol açan en önemli faktörlerdendir. İlimli, az belirtiye yol açan ya da episodik seyreden hastalıkların ara dönemlerinde hastalığı yadsıma olabilir. Bu durumda çocuk ve ebeveynde tedaviye uyum azalır (Wassermann, A.L., 1990).

Çocukların kişilik özellikleri de duygusal sorunların ortaya çıkışında etkilidir. Kaygı düzeyi düşük olan çocuklarda, içe dönük ve narsisistik çocuklara oranla daha az etkilenme olmaktadır. Çocukların bazı beceri ve tutumları da psikososyal sorunların azalmasını sağlayabilir. Süreğen hastalığı olan çocukların hemen hepsi hoşlanmadıkları durumdan kaçmak için hastalıklarını kullanırlar. Ancak psikososyal uyumdaki sürekli bozukluk farklı bir durumdur. Mattson'a göre hastalığına sürekli kötü uyum yapan çocuklarda şu davranış kalıplarından birisi vardır. Birinci grup korkak, pasif dış olaylara ilgi duymayan ebeveynine özellikle anneye aşırı bağımlılığı olan çocuklardır. Bu çocuklarda erken dönemde pasif bağımlı durum gelişir, ebeveynleri de genellikle sürekli kaygılı ve aşırı kollayıcı bir tutum sergilerler. İkinci grup aşırı derecede bağımsız, risk taşıyan ve yasaklanmış eylemlere kalkışan çocuklardır. Bu çocuklarda gerçek tehlike ve korkuları yadsıma eğilimi vardır. Bu çocukların annelerinde erken çocukluk döneminden itibaren aşırı suçlayıcı tutumlar olur. Genellikle ergenliğe girişle birlikte bu çocuklar annelerinin müdahalelerine isyankar cevap verirler. Daha az yaygın olan üçüncü grubu genellikle doğumsal deformiteleri olan büyük yaştaki çocuklar oluşturur. Bunlar utangaç, insanlara düşmanca tavır gösteren ve yalnız çocuklardır. Bu çocukların ebeveynleri çocuğun eksikliklerine aşırı vurgu yapan, utanarak onları izole etme eğiliminde olan kişilerdir. Böylece çocuklar ebeveynlerinin kendileri ile ilgili görüşleri ile özdeşim yaparak, toplumun dışında kalan 'eksik kişi' şeklinde bir benlik imgesi geliştirirler (Wassermann, A.L., 1990).

Aile ve doktorların süreğen hastalığı olan çocukta uyumsuzluğun oluşma riskini azaltmada yardımcı olabilmeleri için, çocuğun hastalıkla ilgili kendi duygularını dile getirmesine ortam hazırlamaları ve karşılıklı duyguların konuşulabilmesi gerekir. Bilgilendirme belirsizliği azaltır ve çocuğun durumla ilgili bir kontrol geliştirmesine yardımcı olur. Yeterli bilgi verilmedikçe çocuklar kendi hayal ve fantezilerinin merhametine bırakılmış olurlar. Bunun sonucu gelişen yanlış oluşmuş düşünceler gerçeğin kendisinden daha fazla bozucu ve zedeleyici etki oluşturur. Süreğen

hastalığı olan çocuklar hastalıkları konusunda nasıl konuşacakları konusunda da danışmanlığa gereksinim duyarlar (Weitzman 1984). Fiziksel sorunların aile içinde konuşulması, çocuk ve ailesine yaşatlarının ve diğer kişilerin gösterecekleri muhtemel tepkilerin sınırları hakkında fikir verir ve böylece çocuk ve ailesi utandırıcı veya düşmanca sözler ve sorulara tamamen hazırlıksız yakalanmazlar (Perrin, J.M., 1988).

2.1.Astım

Astım birçok immünolojik, enfeksiyöz ve duygusal tetikleyiciler tarafından tetiklenen, geri dönüşümlü reaktif solunum yolu hastalığıdır ve çocukluk döneminin en sık rastlanan süreğen hastalığıdır (Boner AL., 1997) Sıklığı zaman içerisinde artış göstermektedir (Keller MB., 2002). Bu artış sadece genetik nedenlerle açıklanamamakta, bireysel ve çevresel faktörlerin de önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Wong GWK, 2004).

Sıklık; ülkelere, coğrafi bölgelere, etnik kökene, çevresel etkenlere ve kullanılan yöntemlere göre değişmektedir. Yapılan çalışmalarda astım sıklığı; ABD'de %14.1 (Lin S., 2005), Kanada'da %14.1 (Dik N., 2004), Soth Wales'te %27.3 (Burr ML., 2006), Avustralya'da %12.2 (Wilson DH., 2003), Asya Pasifik ülkelerinden Endonezya'da %6.6 Hong Kong'ta %7.7 Japonya'da %18.2 Malezya'da %10 Güney Kore'de %8.5 Tayvan'da %12.7 Tayland'da %9.3 bulunmuştur (Wong GWK; 2004). Astım sıklığını saptamak için Türkiye'den yapılan çalışmalarda da sonuçlar farklıdır. Bu çalışmalarda astım sıklığı Ankara'da %6.4, İstanbul'da %9.8 ve Adana'da %14.1 bulunmuştur (Demir AU 2004; Oneş U 1997; Ece A 2001)

2.1.1.Astım Sınıflaması:

2.1.1.1.Etyolojik sınıflandırma

- a. Ekstresek astım: Atopik bireylerde gelişen, çevresel allerjenlerle yakından ilişkili olan ve atopi tarama testlerinde allerjenlere karşı pozitiflik saptanan astım türüdür. Genellikle erken yaşlarda ortaya çıkar ve bu hastalarda güçlü bir aile öyküsü ile diğer atopi belirtileri saptanır.
- b. İntresek astım: Atopi zemini olmayan kişilerde, genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan ve belirgin allerjik nedenin saptanamadığı astım türüdür.

- c. Egzersize bağlı astım: Egzersiz veya hiperventilasyon sonrası ortaya çıkan bronkospazm bulguları ile karakterizedir. Egzersizden 15-20 dakika sonra ortaya çıkar ve birkaç saat sürer.
- d. İlaçlarla oluşan astım: Aspirin, non-steroid antiinflatuar ilaçlar, β - blokerler ve angiotensin konverting enzim inhibitörleri gibi bazı ilaçların alınmasıyla ortaya çıkan astım türüdür.
- e. Gece oluşan astım (Nokturnal Astım): Geceleri, dolaşımdaki kortizol ve adrenalin seviyesinin azalması, inflamatuvar mediatörlerin artması, parasempatik tonusdaki artış, yataktaki veya oda havasındaki alerjenlere maruziyet ve gastroözefagial reflü gibi multipl faktörlerin etkileşimi ile gelişen bronşial reaktivite sonucu geceleri veya sabah erken saatlerde, uykudan uyandıran semptomlarla karakterize astım türüdür.
- f. Varyant Astım: Sadece süreğen öksürük (> 2 hafta) ile karakterizedir. Genellikle geceleri ortaya çıkar. Bronş aşırı duyarlılığı bulunmakta ve bronkodilatator tedaviye yanıt alınabilmektedir.

2.1.1.2.Hastalığın Ağırılık Derecesine Göre Sınıflandırma:

Hastalarda, astım semptom sıklığı ve PEF ölçümleri temel alınarak yapılmaktadır. Astımın ağırılık derecesinin saptanması, astım tanısı alan hastalarda, tedavi yaklaşımı açısından son derece önemlidir. Ağırılık derecesine göre hastalık; aralıklı (intermittant) astım ve sürekli (persistant) astım olmak üzere iki gruba ayrılır. Sürekli astım ise hafif, orta ve ağır olarak sınıflandı.

Hafif İntermittan astım:

- Yakınmalar haftada birden daha seyrek
- Kısa süreli ataklar
- Nokturnal yakınmalar ayda ikiden daha az

- FEV1> %80 (beklenene göre) veya PEF > %80 (hastanın en iyi değerine göre)
- PEF değişkenliği < %20

Hafif Persistan Astım:

- Yakınmalar haftada ikiden fazla ancak hergün değil
- Ataklar aktivite veya uykuyu etkileyebilir
- Nokturnal yakınmalar ayda ikiden fazla
- FEV1> %80 (beklenene göre) veya PEF> %80 (hastanın en iyi değerine göre)
- PEF değişkenliği %20-%30

Orta Persistan Astım:

- Yakınmalar hergün
- Ataklar aktivite veya uykuyu etkileyebilir
- Nokturnal yakınmalar haftada birden fazla
- FEV1= %60-%80 (beklenene göre) veya PEF= %60-%80 (hastanın en iyi değerine göre)
- PEF değişkenliği >%30

Ağır Persistan Astım:

- Yakınmalar hergün
- Sık atak
- Sık gece yakınması
- Fizik aktivitede ciddi kısıtlanma
- FEV1< %60(beklenene göre) veya PEF < %60 (hastanın en iyi değerine göre)
- PEF değişkenliği >%30

1. FEV1: Zorlu maksimal ekspiratuar manevranın ilk saniyesinde dışarı çıkarılan hava hacmi

2. FVC: Zorlu bir maksimum ekspiratuar manevra ile dışarı çıkarılan hava hacmi
3. FEF 25-75: Zorlu vital kapasitenin %25-75'i kadar zorlu ekspiratuar akım
4. PEFr: Zorlu ekspirasyon sırasında elde edilen en hızlı akım hızı

2.1.2.Psikosomatik Bir Hastalık Olarak Astım

Astım psikosomatik hastalıkların prototipidir. Astımın organik kökenli komponenti olduğundan şüphe yoktur, fakat hem akut hem de süreğen stressörler hastalığın seyirini ve hastalıkla baş etmeyi etkiler. Astımın etyolojisinde çoklu genlerin etkili olduğu bir sendrom olduğu gerçeği, ruhsal olaylarla fiziksel hastalık arasındaki etkileşimi anlamakta bize yardımcı olmaktadır. Bazı astımlılar, sadece allerjenlerle karşılaştığında atak geçirirken, bazılarının hiç allerji belirtisi yoktur ve hastalık birçok fiziksel ve psikolojik faktörle tetiklenir. Çocukların kliniği genelde karışıktır. Weder ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (1993) astımdaki fiziksel belirtilerle ruhsal belirtiler arasındaki ilişki incelenmiş. 102 çocuğun tarandığı çalışmada, enfeksiyonların tetiklediği astımda yüksek anksiyetenin eşlik ettiği ve okul problemlerinin en çok bu grupta olduğu olduğu bulunmuştur. Yıl boyunca astımı devam eden çocuklarda belirgin sekonder psikovegetatif zorluklar saptanmışken, mevsimsel astımı olan çocuklarda belirgin bozukluk saptanmamıştır. Atipik astımın gerçek psikiyatrik bozukluklar ile en fazla ilişkili olan grup olduğu bulunmuştur (Tanıdır C., 2007; Weder M., 1993).

2.1.3.Hastalığın şiddeti ve duygusal-davranışsal sorunlar:

Siddetli hastalığı olanlar, duygusal ve davranışsal sorunlar geliştirme açısından daha yüksek riske sahiptir. En temel risk, “bir süreğen hastalık yaşıyor olma deneyimidir.” Bu dahi hastalık çıkarmak için yeterlidir. Hastalığın şiddetli fiziksel belirtileri ve belirsiz prognozun oluşturduğu süreğen kaygı, psikiyatrik bozukluğa neden olabilir. Bu problemlere düşük sosyal uyum, okul devamsızlığı ve de ailenin çocuğun uyumuna yardımcı olacak yeterli destek ve yapılandırılmadaki kısıtlılığı, sorunları

daha belirgin hale getirir. En sık görülen bozukluklar anksiyete bozukluğu ve depresyon olsa da karşıt olma bozukluğu gibi davranış sorunları da görülebilir.

2006 yılında yapılan çalışmada anaokuluna giden 1619 çocuğun annelerinden bilgi edinilmiş ve bu araştırmada astım belirtisi sürekli olan, aralıklı olan ve belirtisi olmayan çocuklar, olumlu akran becerileri (kolay arkadaş edinebilme), olumsuz akran becerileri (akranlarıyla kavga etme), verilen göreve uyum sağlama (konsantre olabilme) ve utangaç/kaygılı davranış (içe kapanma) açısından karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak; sürekli astımı olan çocuklarda diğer iki gruba kıyasla olumsuz akran becerilerinin daha fazla olduğu, astımı olmayan çocuklara kıyasla göreve uyum sağlama ve utangaç/kaygılı davranış konularında daha başarısız olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkarak, astıma eğilimli çocukların bakımında erken bir biyopsikososyal yaklaşımın gerekliliğini vurgulamışlardır (Jill S. Halterman, 2006).

Her sene astımda görülen psikiyatrik sorunlarla ilgili birçok yayın yapılmaktadır. Yayınların çoğunda çocuk-ergen ve erişkin astım hastalarında depresif bozukluk ve panik bozukluğu, panik semptomları, seperasyon anksiyetesi gibi anksiyete bozukluğu riskinin artmış olduğu gösterilmiştir (Schmaling KB., 2000; Nascimento, 2002; Slattery M. J. 2002). Astımı olan ergenlerde bipolar affektif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu oranının kontrol grubuna göre arttığı belirtilmiştir (Wamboldt M.Z., 1996). Alkol madde bağımlılığı, suisid gibi risk alma davranışlarının artmış olduğu gösterilmiştir (Bender BG., 2006). Ayrıca anksiyete bozukluğu olan hastaların arasında da astım oranının diğer süregelen bozukluklara göre ve anksiyete bozukluğu olmayan sağlıklı gruba göre yüksek oranda bulunduğu gösterilmiş ve anksiyete bozukluğu ve depresyonun da astımı proveke edebileceği söylenmiştir (Goodwin RD., 2004). Astımlı hastalardaki psikiyatrik komorbiditenin astım dışında yaşamın erken dönemlerinde olan travmatik olaylarla da ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (Weisberg R.B., 2002; Goodwin RD., 2004). Son dönemlerde geçirilen astım atağının, psikiyatrik hastalığın birlikteliği için en önemli yordayıcı olduğu da ileri sürülmüştür (Greaves, C. J, 2002). Bu sonuçlarla çelişen sonuçlar da bulunmuştur. Norrish ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 56

astım hastasıyla 56 sağlıklı grubun psikiyatrik hastalık açısından farkı olmadığı, aynı zamanda astımın şiddetiyle, astıma psikiyatrik bozukluğun eşlik etmesi açısından aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (Norrish, 1977).

Birçok çalışmada astımlı çocukların, normal kontrol gruplarına göre, akademik başarılarında düşme olduğu gösterilmiştir. Bu durum, belli nedenlere bağlanmış ve bu nedenler arasında astımın akut alevlenmeleri nedeniyle okula devamsızlık, kullanılan ilaçlar, hastalığın kötü seyri, hastalığın getirdiği sosyal uyum bozukluğu ve kaygının olduğu söylenmiştir (Marianna P., 1993). 136 kişinin katıldığı bir çalışmada astımı olan çocukların akademik başarılarında anlamlı düşme gözlenmiştir. Bu durumun hastanın yaşadığı ortam, sosyoekonomik düzey, ailenin eğitim düzeyi, büyük yaş gibi faktörlerden etkilendiği gözlemiştir (Mo F 2003). Yapılan başka bir çalışmada, 99 orta derecede şiddetli ve şiddetli süreğen astımı olan çocuğun okuma ve matematik alanında standart akademik başarı testlerindeki başarısına bakıldığında akademik performans ve zeka test skorları, astımı olan çocukların normal gruba göre ortalama düzeyde veya ortalamasının üzerinde olduğu gösterilmiştir (Gutstadt L.B, 1989). Bu sonuç, bu çocukların yakın bakımın merkezinde olması ve yakın ilgiye erken başlanması ve haftada ortalama 30 ve daha fazla saat ilişki halinde olunmasına bağlanmaktadır (Bradley R.H, 2007).

Parasempatik sinir sisteminin, havayolu reaktivitesinin düzenlenmesinde doğrudan bir etkisi vardır. Panik tepkiler, süreğen anksiyete ve duygudurum bozuklukları da parasempatik sistem baskınlığının olduğu ruhsal bozukluklardır. Astımın bu hastalıklarla olan yüksek eş tanısı, nedensel bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir. Astımı olan çocuklarda klinik semptomlar duyuşsal uyarıyla veya dolaylı olarak sempatik aracılı uyarılarla tetiklenmiş parasempatik refleksten etkilenabilir. Bu abartılı parasempatik refleks, astımı olan çocuklardaki yüksek stres zamanlarındaki bronşların kasılmasının paradoksal gözlemi için öne sürülen açıklamalardan biridir. Stresörler normalde, sempatomimetiklerin ve epinefrin salınımını uyarır. Sonuçta hava yollarında genişleme beklenir. Ancak strese duyarlı astımı olanlarda bunun tam tersi oluşur. Başlangıçtaki stresle ilişkili sempatomimetik uyarının güçlü reaktif

parasempatik cevabı aktive etmesi ile bu paradoks çözülür. Ayrıca vagal uyarı, mast hücre sekresyonlarını arttırabilir. Dolayısıyla vagal aktivetinin immünoregülasyon üzerinde direk bir etkisi olabilir (Tanıdır C, 2007).

Astımdan ölen çocukların klinik özelliklerini belirlemek, bize bazı durumları yordamak ve erkenden önlemine almak için yardımcı olabilir. Bu klinik özellikler: 1-Astım ataklarıyla birlikte nöbetlerin olması, 2-Prednisolon dozunda belirgin azalma, 3-Hışıltının önemszenmemesi, 4-Taburculuktan önceki hafta astımın artması, 5-Kendine bakımın zayıf olması, 6-Ebeveyn ile tedavi ekibi arasında çatışmanın varlığı, 7-Depresif semptomlar, 8-İnhale beklometazon kullanımı, 9-Hasta ile tedavi ekibi arasında çatışmanın varlığı, 10-Hasta ile ebeveyn arasında çatışmanın varlığı, 11-Astımın manipulatif kullanımı, 12-Emosyonel sorunlar, 13-Ayrılığa veya kayba tepki öyküsü, 14- Aile işlevselliğinde bozulma olarak belirtilmiştir (Tanıdır C. 2007). Hastalığa eşlik eden psikiyatrik bozukluk, psikososyal zorluklar ve uyum sorunlarının hastalığın morbiditesine ve mortalitesine önemli düzeyde katkı sağlayacağı belirtilmiştir. Astıma bu şekilde çok yönlü yaklaşım, tedavi ve prognozdeki başarılarımızı arttıracaktır.

Astım tanı ve tedavisi hakkında hazırlanan uluslararası uzlaşma raporlarında, çocukluk çağında astım tedavisinin genel olarak amaçları; Astım semptomlarının kontrolü ve kontrolün devamının sağlanması, astım ataklarının önlenmesi, solunum fonksiyonlarının normal veya normale en yakın düzeyde tutulması, egzersiz dahil olmak üzere normal aktivite düzeyinin sağlanması, irreversibl havayolu obstrüksiyonunun önlenmesi, astım mortalitesinin önlenmesi, astım ilaçlarının yan etkilerinin önlenmesi olarak belirlenmektedir (Expert Panel Report 2 1997; GINA (Global Initiative for Asthma, 2002). Bu zorlu tedavi sürecinde, hasta ve hasta ailesi tedavi ekibinde etkin rol almaktadır. Hatta tedavinin başarıya ulaşmasında ilk koşul, hastaların eğitimidir. Astma tedavisinde hasta eğitimi devamlı bir süreç olarak ele alınmalıdır. Eğitimin temel amacı hasta ve hasta ailesinin, belirlenen tedavi planına göre değişik durumlarda ilaç kullanımını ayarlayacak bilgi ve becerilerle donanımını

sağlamak ve ilaç-dışı ikincil önlemenin nasıl yapılabileceği konusunda eğitmektir. İlaç-dışı ikincil önlemler olarak; ev içi-ev dışı alerjenlerden uzak durma, evcil hayvanlardan uzak durma, atağı alevlendirecek besinlerden uzak durma, gereksiz fiziksel aktivitelerden uzak durma, astım atağını tetikleyecek ilaçlardan uzak durma, özellikle sigara dumanı olmak üzere hava kirliliğinin olduğu ortamlardan uzak durmak olarak söylenebilir (Şekerel B.E., 1997). Tedaviyi önemli düzeyde etkileyecek bu müdahalelerin doğru, zamanında ve yeterince yapılması için hasta ve ailesinin psikiyatrik açıdan sağlıklı olması çok önemlidir. Bu açıdan hastanın ve ailesinin psikiyatrik açıdan sağlıklı tutulması tedavi ekibinin önemli bir görevidir.

Tedaviyi düzenlerken dikkat edeceğimiz diğer bir konu ise astımın akut ve süregelen tedavisinde kullandığımız ilaçların yan etkisi olarak psikiyatrik bozukluk ve uyum bozukluklarının ortaya çıkmasıdır. Psikiyatrik bozukluk dışındaki yan etkiler de psikiyatrik bozukluğun çıkmasına katkıda bulunacaktır.

Bir kısım çalışmada astım atağıyla kandaki serotonin düzeyinin arttığı gösterilmiş ve atağın atlatılmasıyla serotonin düzeyinin tekrar düştüğü gösterilmiştir (Lechin F., 1996; Lechin F., 2001). Astım tedavisinde kullanılan ilaçlarda bu şekilde kandaki serotonin seviyesini düşürmektedir. Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar, bu şekilde serotonin seviyesini düşürerek, etyolojisinde düşük serotonin düzeylerinin suçlandığı DEHB, karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, depresyon gibi psikiyatrik bozukluğa neden olabileceği şeklinde suçlanmaktadır (Pretorius E. 2004).

Astım semptomlarını gösteren hastalarda Astım tedavisinde farklı mekanizmaları olan birçok sınıftan, birçok farklı ilaç kullanılmaktadır.

Tablo 2.1. Astımda kullanılan ilaçlar ve yan etkileri

	Kronik astma semptomlarını kontrol edebilme gücü (haftalar veya aylar içinde)	Akut astma semptomlarını kontrol edebilme gücü (dakikalar veya saatler içinde)	Uzun dönemde ciddi yan etkiler
İnhale kortikosteroidler	+++	-	+*
Oral kortikosteroidler	++	++	+++
		(saatler içinde)	
Kromolin sodyum	+	-	-
Nedokromil	+	-	-
Kısa etkili β_2 agonist	+/-	+++	?
Uzun etkili β_2 agonist	++	+++	?
Oral β_2 agonist	+/-	++	+
Yavaş salınan teofilin	+	++	++
İnhale antikolinergik	-	++	-
Ketotifen	+ [#]	-	-
Oral antialerjikler	?	-	-

Oral veya nasal dekonjestan olarak kullanılan alfa-adrenerjik ajanlarla (psödoefedrin, fenilefrin, fenilpropanolamin) eksitabilite, gerginlik, sinirlilik görülebilir. Bu ilaçların kötüye kullanım açısından takibi gerekmektedir. Efedrin ve efedrin türevlerine bağlı psikotik belirtiler ortaya çıkabilir. Efedrin psikozunun klinik tablosu, amfetaminin de yol açtığı görsel ve işitsel varsanıların eşlik ettiği paranoid psikoz tablosuna benzemektedir (Soutullo CA. 1999). İnhale beta-mimetiklerden salbutamolun santral sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkisi vardır. Çocuklarda yan etki olarak, hiperaktivite ve manik davranış oluşturduğu görülmüştür. İnhale formunun öfori yapıcı etkisi nedeniyle kötüye kullanımı olabilir. Antihistaminik ilaçlara bağlı sinirlilik görülebilir. (Kayaalp SO., 2000) Teofilin güvenlik aralığı dar olan ilaçtır. Toksik etkileri nedeniyle mide bulantısından uykusuzluk, iritaabilite, uykusuzluk, tremor, baş ağrısı, kardiyak aritmi, nöbet ve ölüme kadar giden durumlara yol açabilir. Ayrıca içe kapanma ve depresyon, hiperaktivite, davranım sorunları bildirilmiştir (Bender BG., 1991).

Steroidler, hücre çekirdeğinde bazı genlerin transkripsiyonunu etkileyerek, merkezi sinir sisteminde bulunan nöropeptit, nörotransmitter ve enzimlerin seviyesini değiştirir. Hipokampus, steroid reseptörlerinin beyinde en fazla bulunduğu bölgedir ve bu bölge davranışların duyguların ve hafızanın düzenlenmesinde anahtar rol oynar. Steroid tedavisine bağlı, depresyon, anksiyete, duygusal dalgalanma, grandiyozite, mani, sinirlilik, intihar düşünceleri ve psikoz görülebilir. Steroid tedavisiyle psikiyatrik bozukluk görülme oranının %25-60 aralığında olduğu bir çok çalışmada ileriye sürülmüştür (Stuart FA. 1990).

2.1.4.Astım tedavisinde psikiyatrinin yeri

Astımda farmakolojik, çevresel ve psikolojik alanların tedavi rejimine dahil edildiği bir tedavi programı uygulanmalıdır. Hasta, ailesiyle ve çevresiyle birlikte tedavinin içinde olmalıdır. Süreğen hastalıkların tümünde olduğu gibi astımda da hastanın psikiyatrik açıdan destek alması gerekmektedir. Tedavi ekibinde çocuk hastalıkları uzmanına ek olarak çocuk-ergen psikiyatristi, psikolog, sosyal hizmet uzmanı da yer almalı ve tüm ekip-aile işbirliği içinde olmalıdır. Bazı durumlarda tüm aileye psikiyatrik müdahalenin yapılması gerekeceği akılda tutulmalıdır (Barlow J.H. 2005)

Astımı ve psikiyatrik yakınması olan hastalarda astım tanısı ve tedavisi oldukça zordur. Bazı durumlarda sadece duygusal sorunlar üzerinde çalışmak, astımı tedavi etmek için yeterli olabilir. Duygusal sorunlar ve negatif duygudurum astım tedavisini zorlaştırır. Doktorlar ilaç tedavisinin etkinliğinin en uygun biçimde değerlendirilmesi için, hastalarının semptomları üzerindeki emosyonel etkileri hesaba katmak ve ona göre müdahale etmek zorundadır. Ayrıca hastalar stresle indüklenen nefes darlığı ve bronkodilatörlerin aşırı kullanımının sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir. Hastalar atipik semptomlar gösteriyorsa veya astım tedavisine tam olarak cevap vermiyorsa, psikojenik nedenlerden şüphelenmelidir. Astıma psikiyatrik bozukluk eşlik ettiğinde değerlendirmelerimiz farklı olmalıdır. Anksiyete bozukluğu eşlik ettiğinde tedavinin odağı astım olmalıdır. Çünkü astım, anksiyete problemlerine yol açabilir. Ayrıca

eşlik eden panik bozukluğu benzeri semptomlar, sıklıkla ani astım alevlenmesiyle ilişkilidir. Astıma depresyon eşlik ettiğinde ise tedavinin odağı depresyon olmalıdır. Çünkü depresif eş tanımlı hastalarda organik bozukluğun optimal tedavisi imkansızdır (Rietveld S, 2003).

Hastalığın neden olduğu sosyal izolasyon, okuldan kaçınma davranışı, ayrılma anksiyetesi, çocuğun kendisine olan özgüveni ve benlik saygısında azalma, üzerinde durulması gereken konulardır. Çocuğa uygun akran desteği sağlanmalı ve boş vakitleri geçirecek uygun sosyal aktiviteler bulunmalıdır. Şiddetli astımı olan çocuklarda ağır fiziksel aktiviteler yerine geçecek, çocuğunda hoşlandığı resim yapma, müzik aleti çalmak gibi aktiviteler önerilebilir. Astımı olan çocuklarda anne-baba-çocuk ilişkisinin kalitesiyle, depresif semptomların ortaya çıkışı arasındaki bağlantıyı inceleyen çalışmalar, süre giden güvenli bir ilişkinin depresif duygulanımla ilgili problemleri ele almada koruyucu bir faktör olabileceğini göstermiştir (Tanıdır C. 2007).

Astım hastalığı diğer süreğen hastalıklarda olduğu gibi tedaviye ailenin dahil edilmesi gereken bir hastalıktır. Çocuğu ailesiyle bir bütün olarak ele almak gerekmektedir. Aile içi dinamikleri, ilişki örüntülerini, ailesel problemleri ele almadan astım tedavisini yapmaya çalışırsak, tedaviyi eksik bıraktığımız söylenebilir. Ebeveynlerin ruhsal durumu ve bu durumun tedavisiyle astım atakları ve prognozu arasındaki paralellik gösterilmiştir (Ortega 2004).

Aileler astımın genetik geçişli bir hastalık olduğunu öğrendiklerinde sorunun kaynağını kendinde aradığı, geri çekilerek kendilerini insanlardan izole ettiği, bu durumu kabullenemedikleri de saptanmıştır. Hem bu suçluluk duygusundan dolayı hem de davranışsal engellemelerin çocukların ataklarını tetiklemesinden korktuklarından dolayı astım hastası olan çocuklarına davranışsal sınırlamalar koymakta zorlanmaktadırlar (Heneghan AM. 1998).

Sürekli hastalıkları olan çocuklara grup terapisinin denenmesi gerektiği belirtilmiştir. Hem efektif olması hem de uyum davranışları için güçlü pekiştirici akran desteği sağlaması nedeniyle tercih edilmesi gerekli bir tedavi biçimidir. Davranışsal odaklı grup tedavilerinde, kontrol vakalarına kıyasla, akciğer fonksiyonlarında anlamlı bir düzelme gösterilmiştir (Hock 1978). Grup terapisine alınan çocuk-ergen benzer sorunları olan akranlarını görme fırsatı bulacaktır. Akranlarının sorunların üstesinden geldiğini gördükçe, kendisinin de düzeleceği konusunda umudu artacaktır. Ayrıca hastalığın gidişatı, arttırıcı, azaltıcı faktörler açısından gruptaki akranlarından bilgi alma fırsatı bulacaktır. Kendini bir grubun parçasıymış gibi hissetmesi, kabullenilmesi, paylaşması, birlikte olma ve birlikte hareket etme duygusu tedavi edici etkisi olan duygulardır.

Astım tanısı olan çocuk ve ergenler komorbid psikiyatrik bozukluğa göre antidepresan, antipsikotik, duygudurum düzenleyiciler ve anksiyete azaltıcı ilaçlar kullanılabilir. Ek psikofarmakolojik tedavi, ek terapotik yarar sağlayacaktır. Fakat ilaçlar antikolinergik özellikleri, solunumu deprese edici özellikleri, taşikardi yapıcı özellikleri ele alınarak verilmelidir.

Sonuç olarak, ruhsal olayların beden işlevlerini etkileyebildiği ve zamanla yapısal farklanmaya yol açabildiği bildirilmektedir. Allerjik ve psikosomatik temelleri olan astım gibi hastalıkların çeşitli evrelerinde ruhsal olayların klinik tabloya etkisi yıllardır incelenen bir konudur. Astımlı hastaların solunum fonksiyonlarının, günlük yaşamdaki güçlü duygusal olaylardan olumsuz yönde etkilendiği, anksiyete yoğunluğu ve subjektif solunum sıkıntısı hissi ile solunum fonksiyon testlerindeki bozukluk arasında ilişki saptandığı bildirilmektedir (Özen Ş., 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk İmmünoloji ve Allerji Bilim Dalı'na, 2007 yılı Ocak ayı ile 2008 yılı Ocak ayı

arasında başvuran 7-18 yaş aralığındaki bronşial astmalı 33 olgu ile herhangi bir süreğen rahatsızlığı ve psikiyatri kliniğine daha önce başvurusu olmayan, yaş, cinsiyet, ailenin gelir düzeyi, aile tipi açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş 32 kişiden oluşan kontrol grubundan oluşmaktadır. Bu şekilde toplam 65 olgu çalışmaya alındı. Bronşial astım tanılı çocukların 16'sı kız, 17'si erkek, kontrol grubunda olan çocukların ise 16'sı kız, 16'sı erkek olarak dağılım gösterdi. Astım tanısı olan çocukların yaş ortalaması 11.8 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 13.0 olarak bulunmuştur.

3.2. Kullanılan Araçlar

3.2.1. Demografik Bilgi Formu:

Araştırma için özel olarak hazırlanmış olan bu formda çocuğun yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, bedensel ve ruhsal hastalık başvurusu, anne-baba yaş ve eğitim düzeyleri, çocuğun ders başarısı yer almaktadır (EK 1).

3.2.2 Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği (ÇADİ):

Çocuk anksiyete duyarlılığı ölçeği Silverman, Fleisig, Rabian ve Peterson (1991) tarafından geliştirilmiştir. 6-17 yaş arası okul çağı çocuklarına yönelik hazırlanmıştır. 18 maddelik ÇADİ anksiyete ile ortaya çıkan bedensel duyularından ne kadar korktuklarını puanlamalarına dayanır. Erişkin ölçeği ile aradaki en önemli fark maddelerin ve puanlamanın daha basit oluşudur. ÇADİ, Ollendick (1983) in ortaya koyduğu şekilde, 7 yaşına kadar küçük çocukların bile kolayca anlayacağı hiç (1), biraz (2), çok fazla (3) şeklinde puanlanır. ÇADİ toplam puanları 18-54 arasında değişir. ÇADİ ile yapılan çalışmalar da sağlam psikometrik özelliklere sahip olduğunu ortaya koymuştur. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.87, iki haftalık test tekrar test güvenilirliği 0.76 bulunmuştur. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz tarafından 2006 yılında yapılmıştır (uzmanlık tez çalışması) (EK 2).

3.2.3. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE):

1973 yılında Spielberger tarafından hazırlanmıştır. Kaygı yatkınlığında kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlar. Sürekli Kaygı Ölçeği 20 maddeden oluşur. (EK3 ve EK4) Çocuktan kendini “genellikle” nasıl hissettiğini değerlendirip, maddede verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenir. Her durumun “hemen hemen hiç”, “bazen” ve “sık sık” olarak belirlenmiş seçeneklerden “sık sık” seçeneğinin seçilmesi en yüksek puan olan 3’ün, “hemen hemen hiç” seçeneğinin seçilmesi en düşük puan olan 1’in alınmasına yol açar. ÇDSKE’nin Durumluk Kaygı Ölçeği’nde çocuklardan, içinde buldukları “o anda” kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve ilgili 3 seçenekten birini seçmeleri istenir. Gerginlik, sinirlilik, telaş, tedirginlik gibi duyguların değerlendirilmesini amaçlayan bu ölçek yirmi maddeden oluşmaktadır. Maddelerin yarısı tedirginlik, telaş ve gerginliğin olması, kalanlar ise bu durumların varlığını yansıtır. Bu duyguların varlığı, çok olarak bildirildiğinde en yüksek puan olan 3, olmadığı bildirildiği durumlarda en düşük puan olan 1 verilir. Sürekli Kaygı Ölçeği’nden ve Durumluk Kaygı Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 20’dir. ÇDSKE öz bildiri formundadır ve bireysel ya da grup halinde uygulanabilir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından 1993 yılında yapılmıştır (Özusta Ş., 1993)

3.2.4 Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ):

Kovacs (1981) tarafından geliştirilen bu ölçek çocuklarda depresyon düzeyini ölçmek için kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeği olup, 6-17 yaş arası çocuk ve ergenlere uygulanabilir. Ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır (EK5). Her maddede çocuğun son iki haftasını değerlendirerek, aralarında seçim yapacağı üç cümle bulunmaktadır. Her cümle seti çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin ifadeler

içermektedir. Ölçek çocuğa okunarak veya çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulabilir. Çocuğun son iki hafta içindeki durumunu değerlendirip, üç seçenek arasından kendine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında puanlar verilir. Bu puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'dür. Toplam puanın yüksekliği, depresyon düzeyinin şiddetinin yüksekliğini gösterir. Kesim noktası 19'dur. Ülkemizde uyarlanması Öy (1990) tarafından yapılmıştır.

3.2.5 Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Versiyonu (ÇGDS-ŞY-T):

Yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olup, şimdiki ve yaşam boyu psikopatoloji episodlarını değerlendiren formu DSM-IV'e uygun olarak Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş ve geçerli ve güvenilir bir tanı aracı olduğu bildirilmiştir. Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmış ve çocuk psikiyatrisinde sık görülen bir çok hastalık açısından güvenilir bir tanı aracı olduğu belirtilmiştir. (Gökler B., 2004) Ölçek üç bölümden oluşmaktadır. İlk kısım yapılandırılmamış başlangıç görüşmesidir. Bu bölümde demografik bilgiler, şikayet ve öyküsü, sağlık durumu, daha önce alınan tedaviler, okul ve aile ilişkileri ile ilgili bilgiler sorgulanır İkinci kısım yaklaşık 200 belirtiyi tarayan tanı amaçlı tarama görüşmesidir. Bu bölümde pozitif belirtiler varsa duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları ve madde kötüye kullanım bozuklukları ve diğer bozukluklar alanlarında tanıyı doğrulamak için ek puanlama yapılmaktadır. Üçüncü bölüm ise çocuğun işlevselliğini değerlendiren çocuklar için genel değerlendirme ölçeğidir.

3.3. Uygulama

Olguların değerlendirilmesi tez yürütücüsü olan araştırma görevlisi tarafından yapılan bronşial astımlılarda iki, kontrol grubunda bir görüşme sonrasında tamamlandı. Bronşial astımlı grupta ilk görüşmede astım tanısının konulmasına neden olan başvuru yakınmaları, bu yakınmaların ne zamandır devam ettiği, hangi durumlarda artıp azaldığı, hangi tedavileri aldığı ve sosyodemografik özellikleri kaydedildi. İkinci görüşmede çocukta bronşial astıma eşlik eden psikiyatrik bozukluk ve belirtileri saptamak üzere ocuk ve annebabayla ayrı ayrı görüşüldü. Psikiyatrik yakınma var ise astımla ilişkisi sorgulandı. Bu bilgiler ışığında ococuğun psikiyatrik muayenesi GDS-şY-T uygulanması ve özbildirim leklerinin doldurtulması sonrasında tamamlandı. Psikiyatrik tanı alması durumunda buna uygun terapiye yönlendirildi. Ayrıca DSM IV kriterleri sorgulanarak annelerin psikiyatrik muayenesi yapıldı.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Analizler “SPSS 11.5 for Windows” programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Student t-testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi kullanıldı. Devamlı verilerde ilişki düzeyini belirlemek için Pearson ve Spearmann bağıntı analizleri kullanıldı. Alfa değeri 0.05’in altında olduğunda istatistiksel anlamlılığın olduğu kabul edildi.

4. BULGULAR:

4.1. Demografik veriler:

Çalışmamıza alınan 33 astımlı olgunun 17'si (%51.5) erkek, 16'sı (%48.5) kız, kontrol grubunun olgularının 16'sı (%50) erkek 16'sı (%50) kız idi. Cinsiyet oranları açısından her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Astım tanılı 33 olgunun yaş ortalaması 11.8 ve kontrol grubu olan 32 olgunun yaş ortalaması 13.0 di. Her iki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$)(Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Astımlı ve kontrol grubunda yaş ortalamaları

	N	Dağılım aralığı	Ortalama	S.S.
ASTIM	33	8-18	11.8	2.98
KONTROL	32	8-18	13.0	3.53

T TESTİ, $t=1.422$ $df=63$; $p=0.160$

Çalışmamıza alınan iki gruba ait olguların eğitim düzeyleri, anne ve babaların eğitim düzeyleri ve meslekleri açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (Tümü için $p>0.05$). Bu alanlara ait karşılaştırmalar aşağıdaki tablolarda verilmiştir (Tablo 4.2-3-4-5).

Tablo 4.2: Astımlı ve kontrol grubundaki olguların eğitim düzeyi dağılımı

EĞİTİM DÜZEYİ	ASTİM		KONTROL	
	N	%	N	%
Okula başlamamış	-	-	-	-
İlkokul 1	-	-	-	-
2	4	12.1	2	6.3
3	4	12.1	3	9.4
4	6	18.2	7	21.9
5	-	-	-	-
Ortaokul 1	4	12.1	2	6.3
2	5	15.2	4	12.5
3	4	12.1	1	3.1
Lise 1	2	6.1	2	6.3
2	3	9.1	1	3.1
3	1	3.0	10	31.3
Üniversite	-	-	-	-
Okula devamsız	-	-	-	-
Toplam	33	100	32	100

Pearson Ki-kare: $X^2= 11.815$; $df=8$; $p=0.160$

Tablo 4.3: Astımlı ve kontrol grubundaki olguların anne eğitim yılı ortalamaları dağılımı

ANNE EĞİTİMİ	N	Dağılım aralığı	Ortalama	S.S.
ASTİM	33	5-15	8.9	3.83
KONTROL	32	5-15	9.5	3.78

T TESTİ, $t=0.593$; $df=63$; $p= 0.555$

Tablo 4.4: Astımlı ve kontrol grubundaki olguların baba eğitim yılı ortalamaları dağılımı

BABA EĞİTİMİ	N	Dağılım aralığı	Ortalama	S.S.
ASTİM	33	5-15	11.1	3.48
KONTROL	32	5-15	10.0	3.77

T TESTİ, $t=0.429$; $df=63$; $p= 0.218$

Tablo 4.5: Astımlı ve kontrol grubundaki olguların anne ve baba eğitim düzeyleri dağılımı.

Anne & Baba Eğitimi	ANNE		BABA	
	ASTİM	KONTROL	ASTİM	KONTROL
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
İlkokul	13(39.4)	11(34.4)	3(9.1)	8(25.0)
Ortaokul	5(15.2)	5(15.6)	9(27.3)	6(18.8)
Lise	9(27.2)	8(25.0)	9(27.3)	9(28.1)
Yüksekokul	6(18.2)	8(25.0)	12(36.3)	9(28.1)
Toplam	33(100)	32(100)	33(100)	32(100)

Astım tanısı olan grupla kontrol grubu arasında babaların çalışması açısından fark gözlenmedi. Her iki grupta da tüm babaların meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında annelerin çalışması açısından da anlamlı fark saptanmadı. ($p>0.05$) (Tablo 4.6)

Tablo 4.6: Astımlı ve kontrol grubundaki olguların annelerinin çalışma oranları dağılımı

ANNENİN İŞİ	ASTIM	KONTROL	TOPLAM
ÇALIŞIYOR	8(%24.8)	12(%32.5)	20
ÇALIŞMIYOR	25(%75.2)	20(%67.5)	45
TOPLAM	33(%100)	32(%100)	65

Pearson Ki-kare df=1 p=0.247

Astım tanısı olan gruba kontrol grubu arasında aile tipi açısından arada fark bulunmadı (p>0.05)(Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Astımlı ve kontrol grubundaki olguların aile tipi dağılımı

AİLE TİPİ	ASTIM	KONTROL	TOPLAM
ÇEKİRDEK	27(%81.8)	29(%90.6)	56(%86.2)
GENİŞ	6(%18.2)	3(%9.4)	9(%13.8)
TOPLAM	33(%100)	32(%100)	65(%100)

Fisher's Exact Test: df=1 p=0.475

Ailelerin gelir düzeyleri açısından, her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0.05)(Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Astımlı ve kontrol grubundaki ailelerin gelir düzeyi dağılımı

GELİR DÜZEYİ	ASTIM	KONTROL	TOPLAM
DÜŞÜK	4(%12.1)	5(%15.6)	9(%13.8)
ORTA	25(%75.8)	26(%81.3)	51(%78.5)
YÜKSEK	4(%12.1)	1(%3.1)	5(%3.1)
TOPLAM	33(%100)	32(%100)	65(%100)

Pearson Ki-kare: df=2 p=0.384

4.2.Psikiyatrik hastalık açısından karşılaştırılması:

Katılımcılara yarı yapılandırılmış klinik bir görüşme ölçeği olan ÇGDS-ŞY-T uygulanmıştır. Astımlı gruba kontrol grubu arasında komorbid psikiyatrik hastalık bulunması bakımından anlamlı fark bulundu ($p<0005$). Astım tanısı olan grupta 20 olguda (%60.6) astıma en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptandı. Onbir olguda 1, 8 olguda iki, 1 olguda üç psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptandı. Kontrol grubunda 7 olguda (%21.9) psikiyatrik bozukluk saptandı, bu olguların birinde 2 bozukluk bulundu. Astım olgularının olduğu gruba, kontrol grubu arasında YAB (Yaygın Anksiyete Bozukluğu) bozukluğu dışında eşlik eden psikiyatrik bozukluk açısından fark saptanmadı. Astımlı grupta, 15(%45.5) hastada herhangi bir anksiyete bozukluğu saptandı. 12 hastada 1, 3 hastada 2 anksiyete bozukluğu görüldü. Astım tanısı olan grubun ve kontrol grubunun aldığı psikiyatrik tanımlar ve cinsiyetlere göre dağılımı tablo 4.9 ve 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9: Olguların psikiyatrik hastalık oranları dağılımı

PSİKİYATRİK HASTALIK	ASTIM	KONTROL	TOPLAM
VAR	20(%60.6)	7(%21.9)	27(%41.5)
YOK	13(%39.4)	25(%78.1)	38(%58.5)
TOPLAM	33(%100)	32(%100)	65(%100)

Pearson Ki-kare: df=1 p=0.002

Tablo 4.10: Olguların aldıkları tanılar

KLİNİK TANI	ASTİM N(%)	KONTROL N(%)	TOPLAM N(%)	X²	P
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	4(%12.1)	2(%6.3)	6(%10.8)		(Fisher) 0.672
ENÜREZİS	1(%3.1)	0(%0.0)	1(%1.5)		(Fisher) 1.000
DEPRESYON	4(%12.1)	1(%3.1)	5(%7;7)		0.321
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	1(%3.0)	0(%0)	1(%1.5)		0.321
YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	9(%27.3)	2(%6.3)	11(%16.9)		0.024
PANİK BOZUKLUĞU	3(%9.1)	1(%3.1)	4(%6.2)		(Fisher) 0.613
TİK BOZUKLUĞU	2(%2.9)	1(%6.6)	3(%4.6)		1.000
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU	1(%3.0)	0(%0.0)	1(%1.5)		0.321
ENKOPREZİS	1(%3.1)	0(%0.0)	1(%1.5)		0.321
KARŞI GELME BOZUKLUĞU	0(%0)	1(%3.1)	1(%1.5)		0.304
ÖZGÜL FOBİ	1(%3.0)	0(%0.0)	1(%1.5)		0.508
SOSYAL FOBİ	2(%6.1)	0(%0.0)	2(%3.1)		(Fisher) 0.492
AYRILIK ANKSİYETESİ	1(%3.0)	0(%0.0)	1(%1.5)		0.321
TOPLAM	30	8	38		

Astım tanısı olan grupta 17 erkek hastanın 10(%58.8)'unda, 16 kız hastanın 10(%62.5)'unda astıma psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği saptandı ve bu açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Astımlı hastalarda psikiyatrik eştanının cinsiyete göre dağılımı tablo 4.11'te verildi.

Tablo 4.11: Astımlı Hasta Grubunda Psikiyatrik Eştanının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

HASTALIKLAR	ERKEK	KIZ	TOPLAM
YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	3	6	9
SOSYAL FOBİ	1	1	2
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	1	0	1
PANİK BOZUKLUĞU	1	2	3
ÖZGÜL FOBİ	1	0	1
AYRILIK ANKSİYETESİ	0	1	1
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU	0	1	1
DEPRESYON	1	3	4
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	3	1	4
KARŞI GELME BOZUKLUĞU	0	0	0
ENÜREZİS	1	0	1
TİK BOZUKLUĞU	0	2	2
ENKOPREZİS	1	0	1
	13	17	30

Astım tanısı olan grupta psikiyatrik hastalık görülme oranı çocuk hastalarda (yaşı 13 ve 13'den küçük) daha yüksek olmakla beraber iki grup arasında anlamlı bulunmadı ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Astımlı Grupta Bulunan Psikiyatrik Bozukluğun Çocuk ve Ergen Hastalar Olarak Dağılımı

KOMORBİDİTE	N	ÇOCUK	ERGEN
VAR	20	12(%63.1)	8(%57.1)
YOK	13	7(%36.9)	6(%42.9)
	33	19(%100)	14(%100)

Pearson Ki-kare: $df=1$ $p=0.727$

Şiddetine göre astım, hafif intermittant, hafif persistant, orta persistant, ağır persistant olarak 4'e ayrılabilir. Çalışmamızda astım hastası olan grup 15'i hafif intermittant, 12'si hafif persistant, 6'sı orta persistant olarak sınıflandırıldı. Ağır persistant astım denilebilecek şiddette hasta yoktu. Şiddet arttıkça psikiyatrik komorbidite görülme oranı artmış olmasına rağmen, istatistiki açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p<0.05$) (tablo 4.13).

Tablo 4.13: Astım Tanısı Olan Grupta Psikiyatrik Eştanının Astım Şiddetine Göre Dağılımı

KOMORBİDİT E	HAFİF			AĞIR	TOPLAM
	İNTERMİTTAN T	HAFİF PERSİSTANTY	ORTA PERSİSTANT	PERSİSTAN T	
VAR	6(%40)	9(%75)	5(%83.3)	0	20(%60.6)
YOK	9(%60)	3(%25)	1(%16.7)	0	13(%39.4)
TOPLAM	15(%100)	12(%100)	6(%100)	0	33(%100)

Pearson Ki-kare: $df=2$ $p=0.082$

Astımlı hastaların %75,7'i astım tanıları nedeniyle ilaç kullanmaktaydı. Astım şiddeti arttıkça ilaç kullanım oranının ve dozunun arttığı bilinen bir durumdur (Schatz M., 2007). Astım hastalarının, astım şiddetlerine göre ilaç kullanım oranları tablo 4.14'de gösterilmiştir.

Tablo 4.14: Astımlı Grupta, Astım Nedeniyle İlaç Kullanımının Astım Şiddetine Göre Dağılımı

İLAÇ KULLANIMI	HAFİF		ORTA PERSİSTANT	AĞIR PERSİSTANT	
	İNTERMİTTAN T	PERSİSTANT		T	TOPLAM
VAR	9(%60)	10(%83,3)	6(%100)	0	25(%75,7)
YOK	6(%40)	2(%16,7)	0(%0)	0	8(%24,3)
TOPLAM	15(%100)	12(%100)	6(%100)	0	3 (%100)

Çalışmamızda astımlı olgularda, hastalığın erken başlangıcı ve hastalığın toplam süresinin, astım ve psikiyatrik bozukluk eştanısı açısından anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. ($p>0.05$) (tablo 4.15 ve tablo 4.16)

Tablo 4.15: Astımlı Olgularda Psikiyatrik Eştanının, Astımın Başlangıç Yaşıyla İlişkisi

KOMORBİD	N	ORTALAMA BAŞLANGIÇ YAŞI	S.S
VAR	20	6.15	3.43
YOK	13	5.69	4.63

Mann-whitney test $p=0.392$

Tablo 4.16: Astımlı Olgularda Psikiyatrik Eştanının, Ortalama Astım Süresiyle İlişkisi

KOMORBİD	N	ORTALAMA ASTIM SÜRESİ	S.S
----------	---	-----------------------	-----

VAR	20	5.30	3.34
YOK	13	6.84	3.97

Mann-whitney test $p=0.266$

4.3. Kullanılan Ölçeklerin Puanları Açısından Karşılaştırılması:

Astımlı gruba ve kontrol grubuna uyguladığımız Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği (ÇADİ) ortalama puanları açısından 2 grup arasında fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17: Astımlı ve Kontrol Grubunun Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği (ÇADİ) puanı Açısından Karşılaştırılması

ÇADİ	N	DAĞILIM ARALIĞI	ORTALAMA	S.D
ASTIM	33	19-51	31.1	6.49
KONTROL	32	18-41	28.2	5.78

T TESTİ, $t=-1.940$; $df=63$; $p=0.057$

ÇADİ: Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği SS:Standart sapma

Astımlı gruba ve kontrol grubuna uyguladığımız Çocuk Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) ortalama puanları açısından 2 grup arasında fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.18 ve Tablo 4.19).

Tablo 4.18: Astımlı ve Kontrol Grubunun Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri (ÇDKE) puanı Açısından Karşılaştırılması

ÇDKE	N	DAĞILIM ARALIĞI	ORTALAMA	S.S
ASTIM	33	22-42	31.72	5.97
KONTROL	32	20-42	30.40	6.75

T TESTİ, $t=-0.836$; $df=63$; $p=0.406$

ÇDKE:Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri SS:Standart sapma

Tablo 4.19: Astımlı ve Kontrol Grubunun Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇSKE) puanı Açısından Karşılaştırılması

ÇSKE	N	DAĞILIM ARALIĞI	ORTALAMA	S.S
ASTİM	33	22-53	36.63	8.27
KONTROL	32	20-48	34.15	8.04

T TESTİ, $t=-1.225$; $df=63$; $p= 0.225$

ÇSKE: Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri SS:Standart sapma

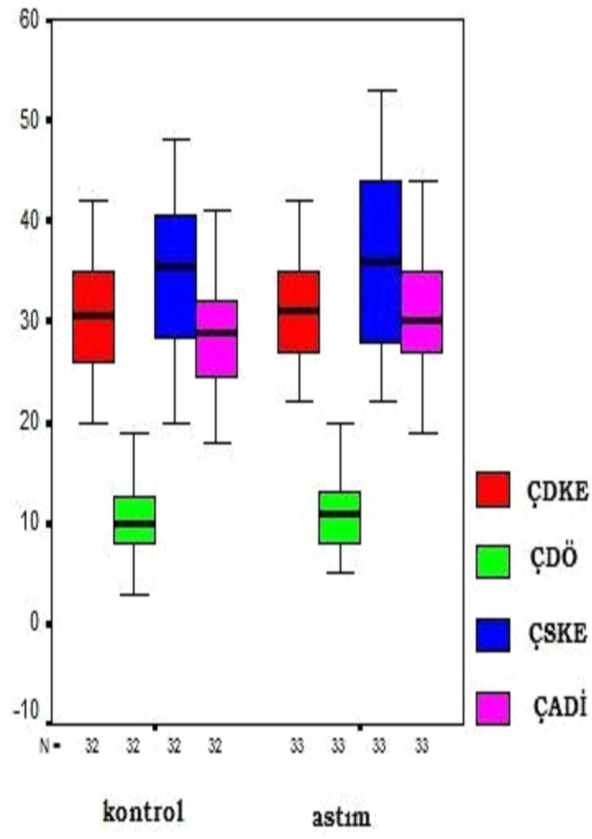
Astımlı gruba ve kontrol grubuna uyguladığımız Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ortalama puanları açısından 2 grup arasında fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.20). Ayrıca şekil 4.3.1’de 4 ölçeğin puan dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.20: Astımlı ve Kontrol Grubunun Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) puanı Açısından Karşılaştırılması

ÇDÖ	N	DAĞILIM ARALIĞI	ORTALAMA	S.S
ASTİM	33	5-21	11.30	4.78
KONTROL	32	5-20	10.28	4.27

T TESTİ. $t=-0.907$; $df=63$; $p= 0.368$

ÇDÖ: Çocuk Depresyon Ölçeği SS: Standart sapma



Şekil 4.3.1: Dört ölçeğin puanlarının astım grubu ve kontrol grubunda dağılımı ve karşılaştırılması

Astım grubu ve kontrol grubu arasında ölçek puanları açısından ölçeklerin hiçbirinde anlamlı fark çıkmasa da, astımlı grupta daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca tüm katılımcılar 13 yaşından küçük olanlar ve büyük olanlar (çocuk-ergen) şeklinde 2 gruba ayrılıp tekrar analiz edildiğinde çocuk katılımcılarda ÇADİ dışında, cinsiyetlerine göre kız-erkek şeklinde 2'ye ayrılıp analiz edildiğinde kız çocuklarındaki ÇADİ dışındaki sonuçlarda anlamlı fark bulunamadı (Tablo 4.21-22-23-24).

Tablo 4.21: 13 yaşından küçük olan katılımcılarda astım tanısı olan grupla olmayan grup arasında ölçek puanları karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	ASTIM (N=19)	KONTROL(N=15)	P(MWU testi)
ÇADİ	31.36±7.13	26.80±4.79	0.047
ÇDÖ	10.73±4.26	9.26±4.02	0.257
ÇDKE	30.63±5.14	28.40±6.17	0.314
ÇSKE	35.73±7.98	33.06±9.28	0.348

ÇDÖ: Çocuk Depresyon Ölçeği ÇSKE:Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri ÇDKE:Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri ÇADİ: Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği Mann-whitney test p=0.392 SS:Standart sapma

Tablo 4.22: 13 ve 13 yaşından büyük olan katılımcılarda, astım tanısı olan grupla olmayan grup arasında ölçek puanları karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	ASTIM (N=14)	KONTROL(N=17)	P(MWU testi)
ÇADİ	30.92±5.77	29.47±6.41	0.676
ÇDÖ	11.28±4.30	11.17±4.40	0.842
ÇDKE	33.21±6.86	32.17±6.92	0.735
ÇSKE	37.85±8.79	35.11±6.91	0.499

ÇDÖ: Çocuk Depresyon Ölçeği ÇSKE:Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri ÇDKE:Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri ÇADİ: Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği Mann-whitney test p=0.392 SS:Standart sapma

Tablo 4.23: Kız cinsiyette olan katılımcılarda astım tanısı olan grupla olmayan grup arasında ölçek puanları karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	ASTIM (N=16)	KONTROL(N=16)	P (MWU testi)
ÇADİ	32,81±5.23	27,43±5.16	0.019
ÇDÖ	11,31±4.51	10,38±3.66	0.650
ÇDKE	31,68±6.19	29,75±5.83	0.395
ÇSKE	38,81±8.54	34,43±7.14	0.131

ÇDÖ: Çocuk Depresyon Ölçeği ÇSKE:Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri ÇDKE:Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri ÇADİ: Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği MWU: Mann Whitney U testi
SS:Standart sapma

Tablo 4.24: Erkek cinsiyette olan katılımcılarda astım tanısı olan grupla olmayan grup arasında ölçek puanları karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	ASTIM (N=17)	KONTROL(N=16)	P(MWU testi)
ÇADİ	29.64±7.32	29.00±6.41	0,986
ÇDÖ	10,64±4.04	10,18±4.92	0.814
ÇDKE	31,76±5.95	31,06±7.68	0.871
ÇSKE	34,58±7.69	33,87±9.08	0.814

ÇDÖ: Çocuk Depresyon Ölçeği ÇSKE:Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri ÇDKE:Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri ÇADİ: Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği SS:Standart sapma MWU: Mann Whitney U testi

Bu sonuçlar üzerine ölçek puanlarının psikiyatrik bozukluğu olan hastalardaki seyrini izlemek amacıyla tüm katılımcıları astımlı olmasına bakmaksızın psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan olarak ayırdığımızda, 4 ölçek puanının psikiyatrik bozukluğu olan grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.25).

Tablo 4.25: Psikiyatrik hastalığı olan grupla olmayan grup arasındaki ölçek puanlarının karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	PSKİYATRİK HASTALIĞI OLAN GRUP		P
	ORT. (N=27)	PSKİYATRİK HASTALIĞI OLMAYAN GRUP ORT. (N=38)	
ÇADİ	32.66±6.68	27.33±5.11	0.001
ÇDÖ	12.66±4.94	9.18±2.93	0.001
ÇDKE	33.62±5.94	29.26±6.07	0.005
ÇSKE	39.40±8.37	32.57±6.85	0.001

ÇDÖ: Çocuk Depresyon Ölçeği ÇSKE:Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri ÇDKE:Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri ÇADİ: Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği SS:Standart sapma

Astım hastası olan grubu, psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan şeklinde 2'ye ayırıp ölçek puanlarının seyrini araştırdığımızda, 2 grup arasında 4 ölçek puanında da anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26: Astım tanısı olan grupta komorbiditesi olan hastalar ile olmayan hastalar arasındaki ölçek puanlarının karşılaştırılması

ASTIMLI HASTA ÖLÇEKLERİ	KOMORBİDİTESİ OLAN GRUP ORT. (N=20)	KOMORBİDİTESİ OLMAYAN GRUP ORT. (N=13)	P(MWU)
ÇADİ	33,25±6.54	28,00±5.16	0.029
ÇDÖ	12,35±4.45	8,84±2.85	0.022
ÇDKE	34,05±4.89	28,15±5.87	0.006
ÇSKE	39,65±8.19	32,00±6.13	0.009

ÇDÖ: Çocuk Depresyon Ölçeği ÇSKE:Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri ÇDKE:Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri ÇADİ: Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği SS:Standart sapma MWU: Mann Whitney U testi

Astım hastası olan grup, astımın şiddetine göre ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır. Genel olarak astım şiddeti artıkça ölçek puanları artmasına rağmen ÇSKE dışındakiler anlamlı bulunmadı. ($p<0.05$) (tablo 4.27-28) Fakat hafif persistant ve hafif intermittantın puanları birbirine yakın olduğundan anlamlı farkta orta persistantın neden olduğu düşünüldü, orta persistantı çıkarıp tekrar analiz edildiğinden anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 4.27: Astım şiddetine göre ölçek puanları dağılımı

ÖLÇEKLER	HAFİF İNTERMİTTANT	HAFİF PERSİSTANT	ORTA PERSİSTANT	P
ÇSKE	34.26±8.50	35.83±7.68	44.16±4.35	0.024
ÇDKE	30.13±6.54	32.66±5.64	33.83 ±4.83	0.244
ÇADİ	31.13±8.32	30.75±4.33	32.16±5.77	0.733

ÇDÖ**11.00±4.67****10.58±4.20****11.66±3.61****0.717**

ÇDÖ: Çocuk Depresyon Ölçeği ÇSKE:Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri ÇDKE:Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri ÇADI: Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği SS:Standart sapma Kruskal-Wallis Test

Tablo 4.28: Astım gruplarının ve kontrol grubunun ölçek puan ortalamaları ve dağılımı

		ÇSKE	ÇDKE	ÇADI	ÇDÖ
KONTROL GRUBU	Ortalama	34,1563	30,4063	28,2187	10,2813
	N	32	32	32	32
	S.S.	8,04467	6,75306	5,78504	4,27471
	Minimum	20,00	20,00	18,00	1,00
	Maximum	48,00	42,00	41,00	20,00
ASTİM-HAFİF İNTERMİTTANT	Ortalama	34,2667	30,1333	31,1333	11,0000
	N	15	15	15	15
	S.S.	8,50602	6,54508	8,32266	4,67516
	Minimum	25,00	22,00	19,00	5,00
	Maximum	53,00	42,00	51,00	21,00
ASTİM-HAFİF PERSİSTANT	Ortalama	35,8333	32,6667	30,7500	10,5833
	N	12	12	12	12
	S.S.	7,68509	5,64613	4,33013	4,20948
	Minimum	22,00	22,00	21,00	5,00
	Maximum	47,00	42,00	36,00	19,00
ASTİM-ORTA PERSİSTANT	Ortalama	44,1667	33,8333	32,1667	11,6667
	N	6	6	6	6
	S.S.	4,35507	4,83391	5,77639	3,61478
	Minimum	38,00	27,00	24,00	6,00
	Maximum	49,00	39,00	40,00	16,00
TOPLAM	Ortalama	35,4154	31,0769	29,7231	10,6308
	N	65	65	65	65
	S. S.	8,19278	6,35489	6,28865	4,22999
	Minimum	20,00	20,00	18,00	1,00
	Maximum	53,00	42,00	51,00	21,00

4.5.Akademik performans karşılaştırılması

Astımı olan grupla, kontrol grubu yıllık karne ortalamaları kıstas alınarak ders başarısı açısından karşılaştırıldı ve iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p<0.05$) (Tablo 4.29).

Tablo 4.29: Astım tanısı olan ve olmayan grubun ders başarısı açısından karşılaştırılması

	ASTIM	KONTROL	P
DERS ORTALAMASI	4,36±0,74	4,25±0,98	0,600

T TESTİ, t=-0,527; df=63; p= 0,600

Okula devamsızlık açısından ise 2 grup arasındaki fark anlamlıydı ($p<0.05$) (tablo 5.30).

Tablo 4.30: Astım tanısı olan ve olmayan grubun okul devamsızlığı açısından karşılaştırılması

	ASTIM	KONTROL	P
DERS DEVAMSIZLIĞI	6,9±4,00	3,5±1,39	0,000

T TESTİ, t=-4,552; df=63; p= 0,000

4.6. Annelerin psikiyatrik bozukluk açısından karşılaştırılması:

Astım grubu ve kontrol grubundaki olguların annelerindeki psikiyatrik bozukluk öyküsünün varlığı açısından yapılan incelemelerde her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.31). Astım hastalarının annelerinin 5'inde depresyon, 2'sinde yaygın anksiyete bozukluğu bulundu. Kontrol grubunun annelerinin 2'sinde depresyon gözlemlendi.

Tablo 4.31: annede psikiyatrik hastalık öyküsü oranları dağılımı

	ASTIM	KONTROL	TOPLAM
YOK	26(%78,8)	30(%93,8)	56(%86,2)
VAR	7(%21,2)	2(%6,2)	9(%13,8)
TOPLAM	33(%100)	32(%100)	65(%100)

Fisher Kesin Testi, p=0,150

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda temel olarak astımlı çocuklarda olası psikopatolojinin varlığı, psikopatolojinin astım şiddetiyle ilişkisi, öz bildirim ölçekleriyle taradığımız psikiyatrik belirti ve şiddetinin, olması beklenen psikopatoloji ile ilişkisi araştırılmış ve kontrol grubuyla karşılaştırılması yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar kaynaklardaki bilgiler ışığında tartışılmıştır.

Süreğen fiziksel hastalığı olan çocuklarda davranışsal problemlerin normal topluma göre daha sık görüldüğüne dair bilgiler literatürdeki yerini çok iyi bir şekilde almıştır (Boekaerts, M 1999). Bu sorunların hastalığa uyum çabaları ve/veya hastalığın doğrudan etkileri sonucunda oluştuğuna yönelik farklı görüşler bulunmaktadır. (Pless, I.B. 1984)

Astımla ilişkili fizyolojik risk faktörlerini inceleyen çok fazla çalışma olmasına rağmen, astımın psikolojik yönü ihmal edilmiştir. Oysaki astım gibi süreğen, yaşamın erken döneminde başlayan, şiddetli olma potansiyeli olan ve asfiksiden dolayı ölüm riski olan hastalıklarda, hem çocuk hem de ailesi için kaygı dolu bir yaşam ve psikopatolojiye eğilimli bir yaşam kaçınılmazdır (G.Vila, 2000). Ayrıca psikopatolojinin, organik hastalığa ikincil ortaya çıktığı hipotezinin yanında, aynı genetik faktörlerin hem astım hem de psikiyatrik bozuklukların etyolojisinde rol oynadığını yani biyolojik olarak ilişkili olduğunu ileri süren yazarlar da vardır (Wamboldt, M.Z, 1996).

Literatürde astıma eşlik eden psikiyatrik bozukluk tipleri ve oranlarıyla ilgili birçok çelişen veri bulunmaktadır. Astımlı hastalarla kontrol grubu arasında, sosyodemografik özellikler ve hastalık dışındaki faktörler eşlendikten sonra major depresyon, herhengi bir anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk açısından anlamlı fark olmadığını ileri süren yayınlar olmakla beraber (Goodwin R.D., 2004), tüm psikiyatrik bozuklukların daha yüksek oranda görüldüğünü ileri süren yazarlar da

bulunmaktadır (Kashani J.H., 1988; Bussing R., 1995). Astımın diğer süreğen hastalıklarla psikiyatrik hastalığa yatkınlık oluşturması açısından farklı bir yönünün olup olmadığı da araştırılmıştır. Bazı çalışmalarda, astımda diğer süreğen hastalıklardan daha sık psikiyatrik bozukluk saptanırken (Fombonne, E.,1994; Bussing R., 1995; Ortega A., 2002), bazı çalışmalarda fark bulunmamıştır (Wamboldt, M.Z., 1996). Yani, astımda anksiyete ve depresyonun normal popülasyona göre daha sık olduğu aşıkardır ve astım ile emosyonel problemler arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabilmek için çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda astımlı grupla kontrol grubu arasında psikiyatrik hastalığın bulunması açısından bulduğumuz anlamlı fark (%60.6-%21.9) yazındaki bazı çalışmalarla desteklenmişken, bazılarıyla çelişmektedir. Lavoie ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada astımlı grupta psikopatoloji oranı %34 (Lavoie KL., 2005), Vila ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %45.1 (Vila G., 2000), Vila ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada %34.7 (Vila G., 1998), Rockhill ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %16 (Rockhill C. M., 2007) olarak bulunmuştur, Katon ve arkadaşlarının yaptıkları kontrol grubunun da olduğu çalışmada, astımı olan ergenlerin %16.3'nde psikopatoloji saptanırken kontrol grubunda bu oran %8.6 olarak saptanmıştır (Katon W., 2007). Ergen astımlı hastaların alındığı 2007 yılında yapılan çalışmada, astımlı ergenlerin %43.3'ünün depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı aldığı (Rose J.M., 2007), başka bir çalışmada ise bu oranının %50 olduğu bulunmuştur (Wamboldt MZ., 1996). Erişkin astımlı hastaların olduğu Çamlıbel'in yaptığı çalışmada psikiyatrik eş tanı oranı astımlılarda %30 iken sağlıklı grupta %5, ICD-10'a göre psikiyatrik tanı konulan başka bir çalışmada ise oranının %49 (L.M. Heaney, 2005), Feldman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %85 olduğu bulunmuştur (Feldman J.M., 2005). Geniş örneklemlili bir çalışmada psikopatoloji oranı astımlılarda %11 iken, kontrol grubunda %8 olarak bulunmuştur (Calam R., 2005).

Bu çalışma, yaş, cinsiyet ve sosyodemografik özellikleri benzer olan kontrol grubuna göre, astımlı çocuk ve ergenlerde daha fazla anksiyete bozukluğu görüldüğü hipotezini desteklemiştir (tablo 4.2.2). Astımlı hastalarda, anksiyete bozukluğunun

duygudurum bozukluğuna göre daha büyük oranda arttığı, diğer süreğen hastalıklarda ise duygudurum bozukluğun daha büyük oranda arttığı hipoteziyle de (Ortega A., 2002) uyumlu veriler elde edilmiştir. Çalışmamızda ortaya koyduğumuz sonuç, benzer sonuçlar bulan Villa ve arkadaşlarının 1999'da ve Wayne J. ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı çalışmalarla uyumludur. Çalışmamızda astımlı grupta sağlıklı gruba göre, anlamlı düzeyde daha yüksek oranda Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) tanısı konulmuştur. Anksiyete bozukluğu kategorisindeki diğer hastalıklarda sağlıklı gruba göre yüksek oranda bulunmasına rağmen, istatistiki olarak anlamlı bulunmadı. G. Villa ve arkadaşlarının 2000'de yaptıkları çalışmada benzer olarak astımlı hastalarda YAB görülme oranı %29, herhangi bir anksiyete bozukluğunun görülme oranı %35 olarak bulunmuştur. Ortega ve arkadaşlarının 2002'de yaptıkları çalışmada astımlı hastaların %49,2'sinde anksiyete bozukluğunun görüldüğü ileri sürülmüş ve anksiyete bozukluğu görülme oranının 2,65 katı (1,35-5,18) olduğu belirtilmiştir (Goodwin R., 2003). Rose ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada astım tanısı olan ergenlerde herhangi bir anksiyete bozukluğu oranının %40, YAB oranının %20 olduğu bulunmuştur (Rose J.M., 2007). R. Bussing ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise astımlı ocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu oranı %43.2 iken kontrol grubunda bu oranın %19.2 olduğu bulunmuştur (Bussing R., 1996). Bu oranların bizim çalışmamızda bulduğumuz oranlara benzer olduğu söylenebilir. Daha düşük oranda psikiyatrik eştani saptanan çalışmalarda mevcuttur. 2005 yılında yapılan 10000 kişilik örnekleme grubunun olduğu çalışmada anksiyete bozukluğu oranı astımlılarda %5.1, kontrol grubunda %3.1 olarak bulunmuştur (Calam R., 2005).

Çalışmalarda anksiyete bozukluk oranlarının farklı çıkmasına katkısı olduğu düşünülen ve dikkat edilmesi gereken bir durum olarak; astım semptomlarıyla, anksiyete bozukluğu özellikle de panik bozukluğu semptomların benzer olmasıdır. Bazen iki durum üst üste binebilir. Bu hastalıkların ayırt edilebilmesi için uzunlamasına seyir önemlidir (Katon W.J., 2004). Yapılan bir çalışmada panik atakla astımı ayırt eden semptomların wheezing ve balgam çıkarma olduğu, diğer tüm belirtilerin ortak olabileceği bildirilmiştir (Schmaling, K., 1997). Bundan dolayı

astıma eşlik eden anksiyete bozukluklarının tanısından çalışmalar arasında tutarsızlıklar olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda, astımlı grupta sağlıklı gruba göre daha fazla oranda depresyon saptanmasına rağmen bu fark anlamlı değildi. Bu sonuç Mrazek ve arkadaşlarının 1985’de, Wamboldt ve arkadaşlarının 1996’da yaptığı çalışmalarla uyumluydu. Aksine daha önce yapılan birçok çalışmada, astım ve diğer süregelen hastalıkların depresyon açısından daha yüksek riske sahip olduğu bulunmuştur (Lyketson G., 1984; Nelms B.C., 1989; Siegel W.M., 1990; Fombonne E., 1994; Bennet D.S., 1994; Bussing R., 1995). Ayrıca bazı çalışmalarda belirtilen “astımda, depresyondan çok anksiyete bozukluğu görülme oranı artmaktadır” teziyle de (Ortega, A., 2002) çalışma sonucumuzun uyumlu olduğu düşünülmektedir. Depresyonun astımlılarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla görülmemesinin bir nedeni olarak; K-SADS-PL’nin duygudurum bozuklukları için yetersiz sensitivitede olduğu ileri sürülmüştür (Vila G., 2000). Bu hipotezin çalışmamıza da uyarlanabileceği düşünülmüştür. Ayrıca çalışmalar arasında bu kadar farklılığın çıkma nedeni olarak, bilgi alınan kaynakların uyumsuzluğu gösterilebilir. Fombonne’ye göre sadece tek kaynaktan bilgi alındığında konulan tanı oranı artmaktadır. Duygudurum bozuklukları için en sensitif tanı koyma şeklinin çocuktan alınan bilgi ve klinisyenin değerlendirilmesinin uyumlu olduğu durumda olduğunu söylemiştir (Fombonne, E 1994). Aile ile çocuk-ergenin semptom uyumunun %48 olduğu ve external semptomlar arttıkça bu uyumun arttığı bulunmuştur (Rockhill C. M., 2007). Yani aile temelli tanı koymanın, tanı konusunda hatalara neden olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı açısından her 2 grup arasında anlamlı fark saptanmadı (tablo 4.10). Bu konuda yazında çelişen sonuçlar bildirilmiştir. DEHB’nun alerjik bir bozukluk olduğu ve astım gibi hastalıklarla yüksek oranda birlikte görüldüğü hipotezine (Gold M.S., 2005) karşılık, aralarında ilişki olmadığını ileri süren çalışmalar da mevcuttur (McGee R., 1993). Blackman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada astımlı çocuk-ergenlerde DEHB görülme oranı %12.1 iken, kontrol grubunda %6.3 olarak bulunmuştur

(J.A.Blackman., 2007). Çalışma sonucumuza benzer olarak; Biederman ve arkadaşlarının 1994'teki çalışmalarında astım ile DEHB'nun etyolojik ve patofizyolojik olarak ilişkilerinin olmadığı ve astım hastalarında normal populasyon oranında DEHB bulunduğu gösterilmiştir (Biederman J., 1994). Çalışmamızda da bulduğumuz, astım grubu ile kontrol grubu arasında DEHB tanısını almaları açısından anlamlı fark bulunmaması, "astım gibi süreğen hastalıklarda psikiyatrik bozuklukların daha çok internal semptomlardan kaynaklanıyor teziyle" (Vila G., 2000) tutarlı olarak düşünülmüştür.

Çalışmamızda bulduğumuz, astım tanılı çocuk ve ergenlerde, psikiyatrik eştanısı olan hastalarla, olmayan hastalar arasında, şimdiki yaş, astım başlangıç yaşı, astım süresi ve cinsiyet açısından anlamlı fark olmadığı sonucu bazı çalışmalarla desteklenirken, bazı çalışmalarla çelişmiştir. Akçakaya ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları çalışmada astım süresinin, anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Villa ve arkadaşlarının 2000'de, Siefert ve arkadaşlarının 1992'de yaptığı çalışmalarda şimdiki yaş, astım başlangıç yaşı, astım süresi ve cinsiyet açısından astım grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmazken, farklı bazı çalışmalarda astım başlangıç yaşının, astıma, davranım bozuklukları ve psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesinde etkili olduğu gösterilmiştir (Mrazek D.A., 1998). 1998 de astım için genetik risk taşıyan çocukların alındığı çalışmada, ilk 3 yılda astım tanısı alan grupta, 3-6 yaş arası tanı alan ve astım tanısı almayan gruba kıyasla, yapılan Behavioral Screening Questionnaire (BSQ) puanlarına göre anlamlı olarak daha fazla davranım bozuklukları saptanmış ve psikopatoloji açısından riskli olduğu belirtilmiştir (Mrazek D. A., 1998). Birçok organik hastalık ve psikiyatrik hastalık için de bu durumun geçerli olduğu söylenebilir. Örneğin psikoz (Schothorst PF. 2006) ve bipolar affektif bozukluğun (Pavuluri M.N., 2005) erken başlaması kötü prognoz göstergesidir. Erken yaşta astım tanısı alan ve uzun süredir astımla takip edilen hastaların bir kısmında psikiyatrik hastalık görülürken, diğer kısmında görülmemesinde, psikiyatrik hastalığın oluşumunda ki risk faktörlerine rağmen koruyucu faktörlerin devreye girmesinin etkili olduğu düşünülmüştür. Etkileyen faktörler arasında, ailenin sosyokültürel düzeyi, ekonomik yapısı, psikopatolojik

yüklülüğü, problem çözme becerisi, hastalığa uyum süreci, hastanın bilişsel düzeyi, astım dışında başka organik hastalığının olması, akran ve okul uyumu, problem çözme becerisi, erken dönem travma-ihmal hikayesi, hasta-aile-tedavi ekibi uyumu sayılabilir.

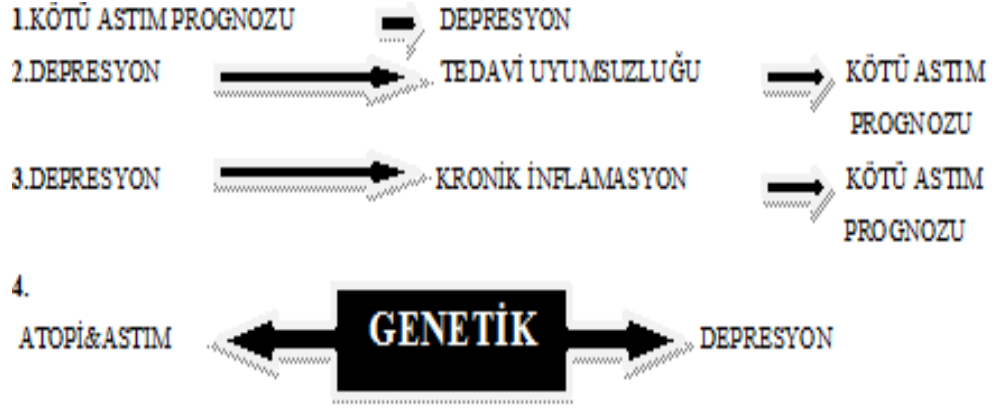
Astımın da içinde bulunduğu süregelen hastalıkların şiddeti arttıkça, hastalığa eşlik eden psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının (Vila G., 1998), anksiyeteli olma halinin (Bussing R., 2001), uyum ve davranım bozukluğunun (McQuaid EL., 2001) arttığı çalışmalarda gösterilmiştir. Çalışmamızda saptanan, astım şiddetine paralel psikiyatrik eştanının (%40, %75, %83,3), istatistiki açıdan anlamlı olmamasının örneklem grubumuzun küçüklüğüyle ilişkili olduğu ve yazındaki genel kabülle uyumlu olduğu düşünülmüştür (tablo 4.13). Çalışmamızdaki sonuçla kısmen uyumlu olarak Goodwin ve arkadaşları (2003) yaptıkları bir çalışmada, şiddetli astımı olan, şiddetli astımı olmayan ve sağlıklı grupları duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve somatoform bozukluk açısından karşılaştırmışlardır. Bu bozuklukların tümünün şiddetli astımı olan olgularda şiddetli olmayanlara göre, şiddetli olmayanlarda ise sağlıklı gruba göre anlamlı ölçüde fazla oranda görüldüğünü bildirmişlerdir. Bu durumun nedenlerinden birinin, şiddet arttıkça potansiyel asfiksi tehdidinin artması olarak söylenebilir (Prins, P.J.M., 1994). Ayrıca astım şiddetiyle ilişkili olarak, soluk alıp vermede olan değişiklikler de anksiyeteyi provoke eden bir durum olarak bulunmuştur (Butz, A.M., 1993). Astım şiddetinin, potansiyel psikiyatrik bozukluk oluşturma riskiyle ilgili diğer bir veri de, PaCO₂ miktarına duyarlı olan santral kemoreseptörlerin panik atağı ve asfiksi olma hissini uyandırıp anksiyeteyi arttırmasıdır. Astımlı hastalarda tekrarlayan hiperkapni ve hipoksi maruziyetlerinin beyinde korkuya cevap merkezleri olan amigdala ve locus ceruleus gibi merkezlerdeki nöronları duyarlı hale getirip anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi bozukluklara yol açabileceği söylenmiştir (Roy-Byrne P., 2001; Gorman J., 2001). Astım şiddeti arttıkça hiperkapni ve hipoksi atakları artacağından, psikiyatrik bozukluk oranının da artmasının beklenen bir durum olacağı düşünülmüştür. Şiddetli astımı olan hastaların genetik olarak da anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara yatkın olduğu ileri sürülmüştür (Wamboldt M.Z., 1996). Ağır astım tablosuna, psikiyatrik bozukluğun eşlik etmesi, astım tedavisinden yeterince cevap almayı engelleyecek ve de emosyonel durum

otonomik reaktivasyon yaparak akciğer fonksiyonlarını ve kompliyansını azaltarak astımın şiddetini daha da arttıracaktır. Astım şiddetinin psikiyatrik bozukluk riskini arttırırken, ikincil oluşan psikiyatrik bozukluğun da astım şiddetini arttırması ve tedaviyi olumsuz yönde etkilemesi birbirini potansiyalize eden kısır döngünün parçaları olarak düşünülmüştür (Mrazek D.A., 1992; Miller B.D., 1997; Katon WJ. 2004).

Ayrıca astım şiddeti arttıkça, astım tedavisi için alınan ilaç sayısı ve dozunda artış olması beklenir (Schatz M., 2007). Astım tedavisinde kullanılan metilliksantinler, beta-agonistler ve kortikosteroidler anksiyete ve depresyon belirtilerini uyarabilir (Pretorius E., 2004). Steroid kullanan hastalarda akut psikoz tablosunun görülebileceği bildirilmiştir (Lee K.M., 2001). Astım şiddetine paralel olarak artan çoklu ve yüksek doz ilaç kullanımının, psikopatoloji oluşumunda etkili olabileceği düşünülmüştür.

Astım şiddeti arttıkça hayatı tehdit eden ciddi astım atağı riski artacağından, astım hastalarının bir kısmında travma sonrası stres bozukluğu riskinin (TSSB) arttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. 2006 yılında yapılan çalışmada ciddi astım atağı geçiren astım hastalarında TSSB oranı %20, ciddi atağı olmayan astım grubunda TSSB oranı %11, sağlıklı kontrollerde ise bu oran % 8 olarak bulunmuştur (Kean E.M., 2006). Çalışmamızda TSSB'li 1 hasta olduğundan bu konuda veri elde edilememiştir.

Sonuç olarak; astım şiddeti, dolaylı olarak astıma eşlik eden psikiyatrik hastalık oranlarını arttırdığından dolayı üzerinde durulması gereken bir konudur. Çünkü astım ve psikiyatrik bozukluk birbirleriyle ilişkili ve birbirlerinin etkisine potansiyelize edebilen hastalıklardır. Bu ilişkiyi aşağıdaki tablodaki gibi özetleyebiliriz.



Şekil 5.1: Astım ve anksiyete bozukluğu/depresyon birlikteliğinin olumsuz etkileri

ÇDÖ, ÇDSKE ve ÇADİ özbildirim ölçek puanlarının kontrol grubun kıyasla astımı olan grupta yüksek olmasına rağmen, istatistiksel açıdan anlamlı olmamasının farklı nedenleri olabilir. Özbildirim ölçek puanlarının hem tüm örneklemden hem de sadece astımlı gruptaki psikiyatrik bozukluğu olan katılımcılarda anlamlı olarak yüksek çıkması “özbildirim ölçeklerinin spesifitesinin yüksek, sensitivitesinin düşük” olduğu teziyle (Murdoch, J.E 1994) uyumlu olarak düşünülmüştür. ÇDÖ için bu durumu özetlemek istersek; ÇDÖ'nün depresyon için spesifitesi %91 iken, sensitivitesi %54'tür (Murdoch, J.E. 1994). İkinci olarak, katılımcı sayımızın kısıtlılığının da bu sonuca neden olabileceği düşünülmüştür. Vila ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, çalışmamızdaki duruma benzer olarak astımlı grupla kontrol grubu arasında ÇDÖ puanı açısından anlamlı fark saptanmazken, astımlı hasta grubunda psikopatolojisi olan ve olmayan katılımcılar arasında çok anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$) (Vila G., 2000). Benzer olarak Meuret ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada astımlı grupla kontrol grubu arasında major depresyon bulunması açısından bulunan anlamlı fark (%9.1-%3.8), ÇDÖ puanları açısından bulunamamıştır (9.8-9.3) Bizim çalışmamıza benzer olarak dizayn edilmiş ve benzer sonuçlar bulan, Akçakaya ve arkadaşlarının 2003'te yaptıkları çalışmada astım grubuyla sağlıklı grup arasında psikopatoloji açısından anlamlı fark olmasına rağmen kullanılan durumluluk kaygı envanterinde anlamlı farklılık varken, süreklilik kaygı envanterinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Vila ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada astımlı grupta kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla anksiyete bozukluğu görülmüş ve anksiyete düzeyleri ÇDSKE kullanılarak karşılaştırılmıştır. Anksiyete bozukluğu olan astımlı grupta, anksiyete bozukluğu olmayan astımlı gruba ve kontrol grubuna kıyasla ölçek puanları açısından çok anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p=0.00005$). Beklenmeyen bir durum olarak kontrol grubunda, anksiyete bozukluğu olmayan astımlı gruba göre ölçek puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır (32.9 ± 5.7 , 30.5 ± 4.9) (G.Vila, 1999). 2006 yılında yapılan başka bir çalışmada uygulanan çok boyutlu anksiyete skalası ve çocuk depresyon ölçeğinde astımlı grup ortalaması daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel açıdan 2 grup arasında fark saptanmamıştır (Meuret A.E., 2006). Tüm bu veriler, ölçek puanlarının psikiyatrik komorbiditesi olan grupta beklendiği gibi anlamlı olarak yüksek

olduğunu, fakat özellikle öz bildirim ölçeklerinin sensitivitesinin düşük olması nedeniyle organik patolojisi olan grupla kontrol grubu arasında anlamlı fark çıkmayabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda saptadığımız astım şiddetiyle, ölçek puanlarının paralel olmayan seyri (tablo 4.27) bazı çalışmalarla desteklenirken, bazı çalışmalarla çelişmiştir. 1998 yılında yapılan bir çalışmada astım şiddetiyle, eşlik eden duygusal ve davranışsal belirtilerin paralel seyretmeyebileceği ve şiddet artışının kliniğe ve ölçeklere yansımayaabileceği ileri sürülmüştür. Bu yorumu, astım hastalarında saptanan parasempatik disregülasyonun, duygudurumu astımın şiddetinden bağımsız etkileyebilme olasılığından yola çıkarak yapmıştır (Mrazek D.A., 1998). Bu yorumu çalışmamıza uyarladığımızda, parasempatik disregülasyon astım üzerine hafif düzeyde etki yaparken duygudurumu ağır düzeyde etkileyebilir sonucu çıkmaktadır. Tam tersi olan durumda da bu kural geçerlidir. Yani hafif belirtileri olan astım hastasında, ağır belirtileri olan astım hastasına göre duygudurum, davranım ve uyum bozukluğu daha şiddetli düzeyde olabilmektedir. Bizim çalışmamıza benzer diğer bir sonuç da 1998 de yapılan çalışmada bulunmuştur. Astımlı çocuk-ergenler hastalıklarının şiddetine göre 2'ye ayrılıp, astıma eşlik eden psikiyatrik bozukluklar K-SADS kullanılarak belirlendiğinde, astımı şiddetli olan grupta psikiyatrik hastalığın anlamlı düzeyde daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (%39-%8). Kullanılan ÇDÖ ve ÇDSKE'nin astım şiddetiyle ilişkisi ise, astım hastaları 3 gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Eşlik eden psikiyatrik hastalık oranları anlamlı düzeyde yüksek olmasına rağmen, ölçek puanları astım şiddetiyle paralel olarak yükselse de, anlamlı olarak bulunmamıştır (Vila G., 1998) Rietveld ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada astımı olan çocuk-ergenler, epilepsi, kalp hastalığı gibi diğer kronik hastalıkları olan, sağlıklı olan ve sağlıklı olan kontrol grubuyla ÇDÖ VE ÇDSKE kullanılarak karşılaştırılmıştır. Ayrıca astımlı hastalar, astım şiddetine göre ayrılıp aynı ölçekler uygulanmıştır. Yapılan tüm karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunmamıştır (Rietveld S., 2005). Sonuçta hafif belirtileri olan organik hastalıklı çocuk-ergenlerde çok ciddi psikiyatrik sorunların çıkabileceğinden dikkatli değerlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda astımlı ve kontrol grubu arasında okul devamsızlığı açısından anlamlı fark olmasına rağmen ders başarısı açısından fark olmaması durumu (tablo 4.5.1) yazındaki genel kanıyla uyumlu görünmektedir (Annett RD., 2000; Lindgren S., 1992; Rietveld S., 1999; Le Louarn A., 2004; Annett RD, 2000). Akademik performansla ilişkili olarak, bazı çalışmalarda iki grup arasında IQ, hafıza, dikkat açısından da fark olmadığı bulunmuştur (Annett RD, 2000). 2001 yılında yapılan çalışmada dil, matematik ve okuma alanlarında iki grup arasında fark bulunmamıştır (Silverstein M., 2001). Astımlıların daha düşük akademik başarı gösterdiğinin bulunduğu çalışmalarda bunun düşük sosyoekonomik düzey, büyük yaş, uzun süreli oral steroid kullanımı ve duygudurum-davranım-uyum bozukluklarıyla ilişkili olduğu, aksine okul devamsızlığıyla, steroid dozuyla, pulmoner fonksiyonlar ve de kullanılan diğer medikal tedavilerle ilişkisinin olmadığı bulunmuştur (Gutstadt LB., 1989). Farklı bir çalışmada steroid ve metilliksantinlerin akademik başarıda problemler oluşturabileceği ileri sürülmüştür (Geller RJ. 1993).

Okula devamsızlığın, astımlı olan grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fazla olma durumu (tablo 4.30), günümüze kadar yapılan çalışmaların çoğuyla uyumludur (Taras H., 2005; Brito A., 2000; Lai C.K., 2003; Newacheck P.W., 2000). 2000 yılında yapılan çalışmada astım tanısı alan 392 çocuk okul devamsızlığı açısından karşılaştırılmış ve astım nedeniyle her yıl 9.7 gün okul devamsızlığı olduğu saptanmıştır (Rand, C.S., 2000). Astım şiddeti arttıkça devamsızlık gün sayısı artmaktadır. 1992 yılında yapılan çalışmada hafif semptomu olanlarda 2.1, orta şiddette astımı olanlarda 3, şiddetli astımı olanlarda 5.1 gün okul devamsızlığı görülmüştür (Taylor W.R., 1992). Son senelerde astım tedavisinin daha iyi yapılmasından sonra astımdan dolayı devamsızlık gün sayısı azalmıştır. Bu şekilde astımlı çocukların okula uyumu da artmıştır (Anthracopoulos M., 2001; Bauman L.J., 2002). Okula uyum, gelecekteki akademik performans ve sosyal ilişkiler için dönüm noktası olduğundan, astıma organik ve psikiyatrik müdahalenin çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Yazında çokça saptanmış olan astımlı çocukların annelerinde ki artmış psikopatoloji riski, örneklemimizin küçük olmasından dolayı, çalışmamızda istatistiki açıdan anlamlı çıkmamıştır (Shalowitz M.U., 2006; Akcakaya N., 2003). Çocuklarındaki astımın şiddetiyle bağlantılı olarak annelerdeki psikopatoloji oranının artması da (haf. İnt; %6.7, haf. Per.; %16.7, orta per.; %66.6) yazınla uyumludur (Akcakaya N, 2003). Annelerdeki psikopatolojinin çocuklardaki atak sıklığını arttırdığı (Bartlett S.J., 2004), morbidite oranını yükselttiği (Klennert M.D., 1997; Shalowitz M.U., 2001) bazı çalışmalarda ileri sürüldüğünden, anne psikopatolojisinin çocuğun organik hastalığını ve duygudurumunu ne düzeyde etkilediği ve hangi tür müdahalelerin etkili olabileceği konusunda ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1- Astımlı grupla kontrol grubu arasında komorbid psikiyatrik hastalık bulunması bakımından anlamlı fark bulundu (tablo 4.9).
- 2- YAB, astımlı çocuk-ergenlerde kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla saptandı (tablo 4.10).
- 3- Astımlı grupla kontrol grubu arasında duygudurum bozukluğu, DEHB, panik bozukluk, OKB, sosyal fobi, ayrılma anksiyetesi, enürezis, enkoprezis, özgül fobi, posttravmatik stres bozukluğu, karşı gelme bozukluğu, tik bozukluğu, psikoz bakımından, genel olarak astımlı grupta daha fazla oranda bulunsa da, anlamlı fark bulunmadı (tablo 4.10).
- 4- Astım hastalarında psikiyatrik eştanı açısından çocuk ve ergenler arasında anlamlı fark bulunmadı (tablo 4.12).
- 5- Astım şiddetine göre sınıflandırıldığında, gruplar arasında eşlik eden psikiyatrik hastalık açısından anlamlı fark bulunmadı (tablo 4.13).
- 6- Astımlı hastalarda psikopatolojisi olan ve olmayan gruplar arasında astımın başlangıç yaşı açısından anlamlı fark bulunmadı (tablo 4.15).
- 7- Astımlı hastalarda psikopatolojisi olan ve olmayan gruplar arasında astım süresi açısından anlamlı fark bulunmadı (tablo 4.16).
- 8- Astımlı grupta psikiyatrik eştanısı olan hastalarda cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmadı.
- 9- Astımlı grupla kontrol grubu arasında ölçekler açısından anlamlı fark bulunmadı (tablo 4.17-18-19-20).
- 10- Tüm katılımcılar yaşlarına göre 2'ye ayrıldığında çocuklarda ÇDKE dışında ölçek puanları açısından fark bulunmadı, ergenlerde, astımlı grupla kontrol grubu arasında ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmadı (tablo 4.21-22).
- 11- Tüm katılımcılar cinsiyetlerine göre 2'ye ayrıldığında kız katılımcılarda, astımlı grupla kontrol grubu arasında ÇADİ dışındaki ölçek puanları açısından fark

bulunmadı. Erkek katılımcılarda ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4.23-24).

12- Kullandığımız tüm öz bildirim ölçek puanları psikiyatrik bozukluğu olan katılımcılarda, olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (tablo 4.25).

13- Kullandığımız tüm öz bildirim ölçek psikiyatrik bozuk puanları psikiyatrik eş tanısı olan astımlılarda, olmayan astımlılara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (tablo 4.26).

14- Astım şiddeti, gruplar arasında ölçek puanları açısından anlamlı fark oluşturmadı. (tablo 4.27).

15- Astımlı grupla kontrol grubu arasında ders başarısı açısından anlamlı fark bulunmadı (tablo 4.29).

16- Astımlı grupta akademik başarısızlık için risk oluşturabilen okula devamsızlık anlamlı olarak yüksek oranda bulundu (tablo 4.30)

17- Astımlı çocukların annelerinde psikiyatrik bozukluk daha yüksek oranda bulundu (tablo 4.31)

Astım çocuklukta en sık görülen süreğen hastalıktır ve psikosomatik hastalıkların protipidir. Astım tanısı olan çocukların psikososyal açıdan yeterince ele alınmadığı ve ailesiyle yeterince işbirliği yapılmadığı kanısındayız. Bu çalışmada astım tanısı olan çocuklarda, psikiyatrik bozuklukların görülme sıklıkları, kullanılan öz bildirim ölçekleriyle psikiyatrik belirti şiddeti ve ölçek puanlarının psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi araştırılmıştır. Ayrıca astımlı çocuklarda psikopatoloji görülmesini etkileyen faktörler ve astımın okul başarısını ne yönde etkilediği araştırılmıştır. Bu çalışmanın hasta sayısının göreceli olarak sınırlı olması, toplum örneklemini yansıtmaması, ek tıbbi hastalıklar açısından incelemelerin sistematik olarak yapılamaması, annelerin psikiyatrik muayenelerinin yapılandırılmış görüşme ile yapılamaması gibi eksikleri bulunmakla birlikte, yukarıda belirtilen sonuçlara ulaşılmasına olanak sağladığı için önemli olduğu düşünülmüştür.

Sonuç olarak astımlı çocuklarda yüksek oranda görülen psikopatoloji, bu alanda çocuk psikiyatrisinin katılımını gerektiren konsültasyon-liyezon çalışmalarına ihtiyaç

olduğunu açıkça göstermektedir. Bu şekilde, hastalığın etyolojisinde ve/veya devamında etkili psikolojik faktörleri saptayarak fiziksel belirtileri erken ve etkili tedavi etmek, hastanede yatış süresini azaltmak, tedavi masraflarını azaltmak, iş/okuma gücü kaybını azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak mümkün olacaktır.

7. ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmada, astım tanısı olan çocuklarda psikiyatrik ek tanıların ve akademik sorunların araştırılması ve psikopatoloji ile ilişkili sosyodemografik faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk İmmünoloji ve Allerji Bilim Dalına, başvuran 7-18 yaş aralığındaki bronşial astmalı 33 olgu ile 32 kişilik kontrol grubu çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların tümü DSM-IV tanı ölçütlerine göre Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme olan ÇGDŞ-ŞY-T ile ruhsal bozukluklar açısından değerlendirildi. Çocuk Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği (ÇADI), Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE), Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ölçekleri her bir katılımcıya uygulandı. Ayrıca annelerin de DSM IV kriterleri sorgulanarak psikiyatrik muayenesi yapıldı. Elde edilen verileri değerlendirmek için Ki Kare, T testleri ve bağıntı analizleri kullanıldı.

SONUÇ: Astım tanısı olan 20 olguda (%60) astıma en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptandı. Sekiz olguda iki, 1 olguda üç psikiyatrik ektanı varlığı saptanırken, 11 olguda sadece tek bozukluk bulunmaktaydı. Astımı olan olgular ile kontrol grubunda yer alan olgular yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) oranları açısından farklılık gösterdiler. YAB dışında psikiyatrik ektanılar açısından anlamlı fark saptanmadı. Astımlılarda psikopatolojisi olan ve olmayan gruplar arasında astımın başlangıç yaşı ve astım süresi açısından fark bulunmadı . Astım

şiddetine göre olgular 3 gruba ayrıldığında 3 grup arasında psikiyatrik ektanı oranları anlamlı farklılık göstermedi. ÇADI, ÇDSKE, ÇDÖ puanları açısından astımlı olgular ile kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmazken, psikopatolojisi olan olguların her üç ölçek puanı da anlamlı olarak, psikopatolojisi olmayan olgulardan farklıdır. Astım şiddetiyle her üç ölçek puanı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Astımlı olgularda okul devamsızlığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek iken, astım varlığının ders başarısı üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır.

TARTIŞMA: Bu çalışmada astımlı çocuklarda yüksek oranda saptanan psikopatoloji, bu alanda çocuk psikiyatrisinin katılımını gerektiren konsültasyon-liyezon çalışmalarına ihtiyaç olduğunu açıkça göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Astma, Psikopatoloji, Ders Başarısı, Çocuk, Anksiyete Bozukluğu

8. ABSTRACT

OBJECTIVE: In this study, we aimed to investigate the frequency of psychopathology and academic problems and also to determine associated sociodemographic factors with psychopathology in children with asthma.

METHODS: Thirty-three cases with asthma who referred to Ankara University School of Medicine Pediatrics Department, Immunology and Allergy Unit and 32 controls, aged between 7-18, were included in the study. All of the participants were interviewed via Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) in order to detect axis-1 psychiatric disorders according to DSM-IV criteria. Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI), State Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C), Childhood Depression Inventory (CDI) were administered to each of the subjects. Mothers were also assessed in terms of psychiatric comorbidity. Chi square, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and t tests were used in order to analyse the data.

RESULTS: It is detected that, at least one comorbid psychiatric disorder was present in 20 cases (60%) with asthma. Eight cases had two and a patient had three psychiatric comorbid diagnoses while remaining 11 had only one disorder. Asthmatic

cases and control group showed significant difference in terms of generalized anxiety disorder rates. There were no significant differences between the two groups in terms of other comorbid disorders. Age at onset and duration of asthma were not differed between the cases with and without psychopathology. When we split up asthmatic cases into three groups according to their severity, there were no significant differences in terms of psychiatric comorbidity among the three groups. While CASI, STAI-C, and CDI scores were not significantly different between asthmatic cases and control group, the mean scores of these three scales were significantly higher in cases with a comorbid disorder than of children without psychopathology. There was no association between asthma severity and scores of the three scales. Although school absence rate was significantly higher in asthmatic children than of controls, it is detected that the presence of asthma has no effect on school achievement.

CONCLUSION: High rate of psychopathology detected in asthmatic children in this study underlines the need of consultation-liaison psychiatric work in this field in collaboration with child psychiatrists.

Key Words: Asthma, Psychopathology, School achievement, Child, Anxiety disorder

9. KAYNAKLAR

1. Akcakaya N., Aydogan M., Hassanzadeh A., (2003). Psychological problems in Turkish asthmatic children and their families. *Allergol Immunopatho*; 31:282-7.
2. Annett RD, Aylward EH, Lapidus J, Bender BG, DuHamel T. (2000). Neurocognitive functioning in children with mild and moderate asthma in the childhood asthma management program. The Childhood Asthma Management Program(CAMP) Research Group. *J Allergy Clin Immunol*; 105(4):717-724.
3. Anthracopoulos M, Karatza A, Liolios E, Triga M, Triantou K, Priftis K. (2001). Prevalence of asthma among schoolchildren in Patras, Greece: three surveys over 20 years. *Thorax*.;56:569-571.

4. Barlow JH., Ellard DR., (2005). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: an overview of the research evidence base *Complement Ther Med.* 13(2):107-14
5. Bartlett SJ, Kolodner K, Butz AM., (2001). Maternal depressive symptoms and emergency department use among inner-city children with asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med*;155:347-53.
6. Bartlett SJ., Krishnan JA., Rieker KA., (2004). Maternal depressive symptoms and adherence to therapy in inner-city children with asthma. *Pediatrics*; 113:229-37.
7. Bartlett SJ., Krishnan JA., Rieker KA., (2004). Maternal depressive symptoms and adherence to therapy in inner-city children with asthma. *Pediatrics*2004;113:229-37.
8. Bauman LJ., Wright E., Leickly FE., (2002). Relationship of adherence to pediatric asthma morbidity among inner-city children. *Pediatrics.*;110(1):e1-e7.
9. Bender BG, (2006). Risk taking, depression, adherence, and symptom control in adolescents and young adults with asthma, *Am J Respir Crit Care Med.* 2006 May 1;173(9):953-7. Epub Jan 19.
10. Bender BG., Lerner JA., Ikle D., Comer C., Szeffler S., (1991). Psychological change associated with theophylline treatment of asthmatic children: a 6-month study, *Pediatr Pulmonol.*;11(3):233-42
11. Bennet, D.S., (1994). Depression among children with chronic medical problems. *J. Pediatr. Psychol.* 19, 149–169.

12. Biederman J., Milberger S., Faraone SV., Guite J., Warburton R., (1994). Associations between childhood asthma and ADHD: issues of psychiatric comorbidity and familiarity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*: 33: 842–8.
13. Blackman JA., Gurka MJ., (2007). Developmental and Behavioral Comorbidities of Asthma in Children, *J Dev Behav Pediatr* 28:92–99.
14. Boekaerts, M., Roder I., (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature. *Disabil Rehabil*, 21(7): p. 311-37
15. Boner AL., Martinati LC., (1997). Diagnosis of asthma in children and asthma *Eur Respir Rev*; 7 (40); 3-7
16. Bradley RH., Vandell DL., (2007). Child care and the well-being of children,, *Arch Pediatr Adolesc Med*. Jul;161(7):669-76
17. Brito A., Wurm G., Delamater AM., (2000). School-based identification of asthma in a low-income population. *Pediatr Pulmonol.*;30:297-301.(USA)
18. Bussing R, Burket RC, Kelleher ET. (1996), Prevalence of anxiety disorders in a clinic-based sample of pediatric asthma patients. *Psychosomatics* 37, 108–115.
19. Bussing, R., Halfon, N., Benjamin, B.,Wells, K.B., (1995). Prevalence of behavior problems in US children with asthma. *Arch Pediatr. Adolesc. Med*. 149, 565–572.

20. Butz, A.M., Alexander, C., (1993). Anxiety in children with asthma. *J. Asthma* 30, 199–209.
21. Calam R., Gregg L., Goodman R., (2005). Psychological Adjustment and Asthma in Children and Adolescents: The UK Nationwide Mental Health Survey, *Psychosomatic Medicine* 67:105–110.
22. Çelikel F., Saatçioğlu Ö.. (2001). Bedensel faaliyet ve sosyal yaşamda kısıtlanması olan astımlılarda anksiyete ve depresyon şiddetinin değeriendirilmesi *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 2(3):141-152
23. Demir AU., Karakaya G., Bozkurt B., (2004). Asthma and allergic disease in schoolchildren: third cross-sectional survey in the same primary school in Ankara, Turkey *Pediatr Allergy Immunol*;15:531-538
24. Ece A., Ceylan A., Saraçlar Y., (2001). Prevalence of asthma and other allergic disorders among schoolchildren in Diyarbakır, Turkey *The Turkish Journal of Pediatrics*;43:286-292
25. Expert Panel Report 2, Guidelines for the diagnosis and management of asthma, NIH Pub.No:97-4051,1997
26. Feldman JM., Siddique MI., Morales E., Kaminski B., Lu S., Lehrer PM., (2005). Psychiatric Disorders and Asthma Outcomes Among High-Risk Inner-City Patients *Psychosomatic Medicine* 67:989–996.

27. Fombonne, E., (1994). The Chartres study: I. prevalence of psychiatric disorders among French school-aged children. *Br. J. Psychiatry* 164, 69–79.
28. Fowler MG., Davenport MG., Garg R., (1992). School functioning of US children with asthma. *Pediatrics*.;90(6):939-944.
29. Garcia-Giral, M.; Nicolau, R.; Casas, O.; González, H.; Fuentes, N.; Vila., M. (2003). Knowledge about the ADHD and cognitive and behavioral strategies to deal with their common problems in parents of ADHD children. *European Child & Psychiatry, Supplement 2*, 12, 152-153
30. GINA (Global Initiative for Asthma) (2002). Workshop report, Global strategy for asthma management and prevention, April 2002, Scientific information and recommendations for asthma programs. NIH Publication No. 02-3659.
31. Gold MS, Kemp AS. (2005). Atopic disease in childhood. *Med, J Aust* 182: 298–304.
32. Goodwin R, Jacobi F, Thefeld W. (2003). Mental disorders and asthma in the community. *Arch Gen Psychiatry*;60:1125–30
33. Goodwin RD., Ferguson DM., Horwood L.,(2004). Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychological Medicine*, 2004, 34, 1465–1474.

34. Gorman J, Ken J, Martinez, J, Browne S. Coplen J, Papp L. (2001). Physiologic changes during carbon dioxide inhalation in patients with panic disorder, major depression and premenstrual dysphoric disorder: evidence for a central fear mechanism. *Arch Gen Psychiatry*;58:125–31.
35. Gortmaker SL., Sappenfield W., (1984). Chronic childhood disorders: prevalence and impact., *Pediatr Clin North Am.* Feb;31(1):3-18
36. Gökler B., Ünal F., Pehlivan Türk B., Kültür F., Akdemir, D., Taner Y., (2004). Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi şimdi ve yaşam boyu şekli Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 11 (3).
37. Graham, P.J., Rutter, M.L., Pless, I.B., (1967). Childhood asthma; a psychosomatic disorder? Some epidemiological considerations. *Br. J. Preventive Social Med.* 21, 78–85.
38. Greaves, C. J., Eiser, C., Seamark, D. & Halpin, D. M. (2002). Attack context: an important mediator of the relationship between psychological status and asthma outcomes. *Thorax* 57, 217–221.
39. Gutstadt LB, Gillette JW, Mrazek DA, Fukuhara JT, LaBrecque JF, Strunk RC, (1989). Determinants of school performance in children with chronic asthma.,: *Am J Dis Child.* Apr;143(4):471-5

40. Gutstadt LB., Gillette JW., Mrazek DA., Fukuhara JT., LaBrecque JF., Strunk RC., (1989). Determinants of school performance in children with chronic asthma. *Am J Dis Child*; 143(4):471-475.
41. Halterman J.S. (2006). Behavior Problems Among Inner-City Children With Asthma,, *Pediatrics*;117;192-199.
42. Heaney LG., Conway E., Kelly C., Gamble J., (2005). Prevalence of psychiatric morbidity in a difficult asthma population: Relationship to asthma outcome, *Respiratory Medicine* 99, 1152–1159.
43. Heneghan AM., Silver EJ., Westbrook L. (1998). Depressive symptoms in mothers with young children: Who is at risk? *Pediatrics*;102:1394-400.
44. Heneghan AM., Silver EJ., Westbrook L., (1998). Depressive symptoms in mothers with young children: Who is at risk? *Pediatrics*; 102:1394-400.
45. Hentinen, M., Kyngas, H. (1998). Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 316-324.
46. Houtzager, B. A., Grootenhuis, M. A. & Last, B. F. (1999) Adjustment of siblings to childhood cancer: a literature review. *Support Care Cance*,7, 302–320.
47. Iovchuk N. M. (2003). The rehabilitative help for family with mentally ill Child. *European Child & Psychiatry, Supplement 2*, 12, 63.

48. İnanç, YB. (1995). Fiziksel sakatlığı ve kronik hastalığı olan çocuklara ve ailelerine psikolojik yaklaşım. (Ekşi A. Ed.) Ben Hasta Değilim, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara.
49. Kaminer, Y., Apter, A., Aviv, A., Lerman, P., Tyano, S., (1988). Psychopathology and temporal lobe epilepsy in adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77, 640–644.
50. Karakavak G., Çırak Y. (2006). İnönü üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt: 7 Sayı:12 Güz 2.
51. Kashani, J.H., Ko'nig, P., Shepperd, J.A., Wilfley, D., Morris, D.A., (1988). Psychopathology and self-concept in asthmatic children. *J. Pediatr. Psychol.* 13, 509–520.
52. Katon WJ, Richardson L, Lozano P, McCauley E, (2004). The Relationship of Asthma and Anxiety Disorders, *Psychosom Med.*;66(3):349-55.
53. Katon WJ, Richardson L, Lozano P, McCauley E, (2004). The Relationship of Asthma and Anxiety Disorders, *Psychosom Med*; 66(3):349-55.
54. Kayaalp SO tıbbi farmakoloji 9.baskı s;683-713

55. Kazak, A. E. (1989). Families of chronically ill children: A systems and socioecological model of adoption and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 25-30.
56. Kean EM, Kelsay K, Wamboldt F, Wamboldt MZ. (2006). Posttraumatic stress in adolescents with asthma and their parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;45:78–86.
57. Keller MB., Lowenstein SR., (2002). Epidemiology of Asthma Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine;23(4):317-329
58. Klinnert MD., (1997). Psychosocial influences on asthma among innercity children. *Pediatr Pulmonol*; 24:234-6.
59. Asia-Pacific region: the asthma insights and reality in Asia-Pacific study. *J Allergy Clin Immunol.*;111:263-268.
60. Lavigne, J.V., J. Faier-Routman, (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders: a meta- analytic review. *J Pediatr Psychol*, 17(2): p. 133-57.
61. Lavoie KL., Cartier, A., Labrecque M., Bacon SL., Lemie`re Jean-Luc Malo C., Lacoste G., Barone S., Verrier P., Ditto B., (2005). Are psychiatric disorders associated with worse asthma control and quality of life in asthma patients? *Respiratory Medicine* 99, 1249–1257.

62. Le Louarn A, Schweitzer B.(2004). Relationship between asthma or asthma-related symptoms and school problems among French children attending kindergarden *Rev Epidemiol Sante Publique.*; 52(1):29-38
63. Lechin F. (2001). Asthma, asthma medication and autonomic nervous system dysfunction. *Clin Physiol*; 21(6):723.
64. Lechin F., Van der DB., Orozco B., Lechin M., Lechin AE. (1996) Increased levels of free serotonin in plasma of symptomatic asthmatic patients. *Ann Allergy Asthma Immunol* 77: 245–53.
65. Lee KM., Lin YZ., Huang FY., (2001). Steroid-induced acute psychosis in a child with asthma: report of one case, *Acta Paediatr Taiwan*; 42(3):169-71
66. Lindgren S., Lokshin B., Stromquist A.,(1992). Does asthma or treatment with theophylline limit children's academic performance. *N Engl J Med.*;24;327(13):926-930.
67. Lindgren, S., Lockshin, B., Stromquist, A., Weinberger, M., Nassif, E., McCubbin, M., Frasher, R., (1992). Does asthma or its treatment with theophylline limit children's academic performance? *New Engl. J. Med.* 327, 926–930. children with asthma. *J. Pediatr.* 118, 449–455.

68. Lyketson, G., Karabetsos, A., Jordanoglou, J., Liokis, T., Armagianidis, A., Lyketson, C., (1984). Personality characteristics and dysthymic states in bronchial asthma. *Psychother. Psychosom.* 41, 177–185.

69. Marianna P., (1993). learning, school performance and children with asthma,, *journal of learning disability* 1993, 26;1,23-32

70. McGee R., Stanton WR., Sears MR.. (1993). Allergic disorders and attention deficit disorder in children. *J Abnorm Child Psychol* 21: 79–88.

71. McQuaid EL, Kopel SJ, Nassau JH. (2001). Behavioral adjustment in children with asthma: a meta-analysis. *J Dev Behav Pediatr*; 22:430–439.

72. Meuret, AE., Ehrenreich, JT., Pincus DB., Ritz, T. (2006). Prevalance and correlates of asthma in children with internalising psychopathology, depression and anxiety 23: 502–508.

73. Miller, B.D., Wood, B.L., (1997). Influence of specific emotional states on autonomic reactivity and pulmonary function in asthmatic children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 36, 669–677.

74. Mo F., Robinson C., Choi BC., Li FC., (2003) Analysis of prevalence, triggers, risk factors and the related socio-economic effects of childhood asthma in the Student Lung Health Survey (SLHS) database: *Int J Adolesc Med Health.* Oct-Dec;15(4):349-58.

75. Mrazek D.A. (2003) Psychiatric Aspect of Somatic Disease and Disorders. In Child and Adolescent Psychiatry fourth edition. (ed. M. Rutter)

76. Mrazek DA. (2002). chronic pediatric illness and multipl hospitalization acomprehensive textbook child and adolescent psychiatry, (ed. M. Lewis) Williams&wilkins 1230-1238

77. Mrazek DA., Wendy B. Schuman, (1998). Early Asthma Onset: Risk of Emotional and Behavioral Difficulties, J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 39, No. 2, pp. 247-254.Mrazek, D., (1992). Psychiatric complications of pediatric asthma. Ann. Allergy 69, 285–293.

78. Mrazek DA., Schuman WB., (1998). Early Asthma Onset: Risk of Emotional and Behavioral Difficulties, J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 39, No. 2, pp. 247-254.

79. Mrazek, D., Anderson, I., Strunk, R., (1985). Disturbed emotional development of severely asthmatic preschool children. in: Stevenson, J. (Ed.), Recent research in developmental psychopathology. J. Child Psychol. Psychiatry 4, 81–94.

80. Murdoch, J.E., Reynolds, C.R., Dunbar, J., (1994). Self-report instruments. In: Ollendick, T.H., King, N.J., Yule, W. (Eds.), International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents, Plenum Press, New York, pp. 317–329.

81. Nascimento, I., Nardi, A. E., Valenca, A. M., Lopes, F. L., Messasalma, M. A., Nascentes, R. & Zin, W. A. (2002). Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. Psychiatry Research 110, 73–80.

82. Nelms, B.C., (1989). Emotional behaviors in chronically ill children. *J. Abnorm. Child Psychol.* 17, 657–668.
83. Newacheck PW., Halfon N., (2000). Prevalence, impact, and trends in childhood disability due to asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med.*;154(3):287-293.(USA)
84. Norrish M., Tooley M., Godfrey S. (1977) Clinical, physiological, and psychological study of asthmatic children attending a hospital clinic. *Archives of Disease in Childhood* 52:912-917
85. Oneş U., Sapan N., Somer A., (1997). Prevalence of childhood asthma in İstanbul,Turkey *Allergy*;52:570-575.
86. Ortega A, Huertas S, Coniro G, Ramirez R, Rubio-Stipec M. (2002). Childhood asthma, chronic illness and psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis*; 190:275–81.
87. Özen Ş., Tanrikulu A., Erendagli C., Ozkan M., (2004). Astımlı hastalarda mevsimsel duygudurum değişikliği, genelleşmiş ve obsesif anksiyetenin incelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 5:22-27.
88. Özkan S, (1994-1995) psikiyatrik tıp; konsültasyon-liyezon psikiyatrisi; tanımı, kavramları, hizmet alanı, eğitim ve araştırma objektifleri ile dünyada gelişimi

ve bir bilim dalı ve uzmanlık alanı olarak kurumsallaşması, Konsültasyon liyezon psikiyatrisi kitabı

89. Öztürk M. (2007) Çocuk Hastalıklarına Biyopsikososyal Yaklaşım Kitabı, Kronik Hastalık ve Çocuk. (Tüzün E, Hergüner S. Editor): s80-92.
90. Öztürk, M., (1997). Çocuk ve Ergende Konsültasyon Liyezon Çalışmaları Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Psikiyatrik Özellikler, Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1996-1997, (S. Özkan, Editor): İstanbul. s. 117-123.
91. Özusta Ş, (1993) Çocuklar için durumluluk- sürekli kaygı envanterinin uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yüksek lisans tezi Ankara
92. Pavuluri MN., Birmaher B., Naylor MW., (2005) Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.; 44(9):846-71.
93. 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
94. Perrin, J.M., W.E. MacLean, (1988). Children with chronic illness. The prevention of dysfunction. Pediatr Clin North Am., 35(6): p. 1325-37.

95. Pless I, (1984). clinical assessment: physical and psychological functioning, *pediatr clin N Am* 31;33
96. Pless, I.B., (1984). Clinical assessment: physical and psychological functioning. *Pediatr Clin North Am*, 31(1): p. 33-45
97. Pretorius E. (2004). Asthma medication may influence the psychological functioning of children, *Medical Hypotheses*, 63, 409–413.
98. Pretorius E., (2004). Asthma medication may influence the psychological functioning of children *Medical Hypotheses*; 63, 409–41.
99. Prins, P.J.M., (1994). Anxiety in medical settings. In: Ollendick, T.H., King, N.J., Yule, W. (Eds.), *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, Plenum Press, New York, London, pp. 267–290.
100. Rand CS., Butz AM., Kolodner K., Huss K., Eggleston P., Malveaux F., (2000). Emergency department visits by urban African American children with asthma. *J Allergy Clin Immunol*;105:83-90.
101. Rietveld S, Colland VT., (1999). The impact of severe asthma on schoolchildren, *J Asthma.*; 36(5):409-17.
102. Rietveld S, Creer TL. (2003). Psychiatric factors in asthma: implications for diagnosis and therapy. *Am J Respir Med.*;2(1):1-10.

103. Rietveld S., Beest I., Prins JM., (2005). The Relationship Between Specific Anxiety Syndromes and Somatic Symptoms in Adolescents with Asthma and Other Chronic Diseases, *Journal of Asthma*, 42:725–730, 2005
104. Rockhill CM., Russo JE., McCauley E., Katon WJ., Richardson LP., Lozano P., (2007). Agreement Between Parents and Children Regarding Anxiety and Depression Diagnoses in Children With Asthma, *The Journal of Nervous and Mental Disease* • Volume 195, Number 11,
105. Ross JM., Davis MA., Hogg DY., (2007). Screening and Assessing Adolescent Asthmatics for Anxiety Disorders, *Clin Nurs Res*; 16; 5.
106. Roy-Byrne P, Stein M. (2001). Inspiring panic. *Arch Gen Psychiatry*;58: 223–4.
107. Schatz M., (2007). Pharmacotherapy of asthma: what do the 2007 NAEP guidelines say? *Allergy Asthma Proc.*; 28(6):628-33
108. Schlieper, A., Alcock, D., Beaudry, P., Feldman, W., Leikin, L (1991). Effect of therapeutic plasma concentrations of theophylline on behavior, cognitive processing and affect in children with asthma. *J Pediatr.* 1991 Mar;118(3):449-55.
109. Schmaling K, Bell J. (1997). Asthma and panic disorder. *Arch Fam Med*;:20–3.

110. Schmalzing KB., Afari N., Blume AW..(2000). Assessment of psychological factors associated with adherence to medication regimens among adult patients with asthma, *Asthma*. Jun;37(4):335-43.
111. Schothorst PF., Emck C., van Engeland H., (2006). Characteristics of early psychosis, *Compr Psychiatry*.47(6):438-42.
112. Shalowitz MU, Mijanovich T., Berry CA., (2006). Context matters: A community-based study of maternal mental health, life stressors, social support, and children's asthma. *Pediatrics*;117:940-8.
113. Shalowitz MU., Berry CA., Quinn KA., Wolf RL., (2001). The relationship of life stressors and maternal depression to pediatric asthma morbidity in a subspecialty practice. *Ambul Pediatr*;1:185-93.
114. Siefert, K., Wittman, D., Farquar, S., Talsma, F., (1992). Similarities and differences between children with asthma and children with cancer: implications for preventive intervention. *J. Prim. Prev.* 13, 149–159.
115. Siegel, W.M., Golden, N.H., Gough, J.W., Lashley, M.S., Sacker, I.M., (1990). Depression, self esteem, and life events in adolescents with chronic diseases. *J. Adolesc. Health Care* 11, 501–504.
116. Silverstein MD, Mair JE, Katusic SK, Wollan PC, O'connell EJ, Yunginger JW. (2001). School attendance and school performance: a population-based study of children with asthma. *J Pediatr*; 139(2):278-283.

117. Slattery, M. J., Klein, D. F., Mannuzza, S., Moulton 3rd, J. L., Pine, D. S. & Klein, R. G. (2002). Relationship between separation anxiety disorder, parental panic disorder, and atopic disorders in children: a controlled high-risk study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 947–954.
118. Smith M. E. (1998). Protective shield: A thematic analysis of the experience of having and adult sibling with insulin-dependent diabetes mellitus. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 317–335.
119. Soutullo CA., Cottingham EM., Keck PE. (1999). Psychosis associated with pseudoephedrine and dextromethorphan, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Dec;38(12):1471-2.
120. Steurer-Stey C., Russi E., (2002). Complementary and alternative medicine in asthma-do they work? *Swiss Med Wkly*; 132: 338-344.
121. Stuart FA., Segal TY., Keady S., (2005) adverse psychological effects of corticosteroids in children and adolescent, *Arch dis child* 90;500-506.
122. Şekerel BE., Kalaycı Ö., (1997). Çocukluk Çağında Kronik Astma Tedavisi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 17:326-337
123. Tanıdır C. (2007)., *Alerji-Astım ve Çocuk. Çocuk hastalıklarına biyopsikososyal yaklaşım kitabı*, (Tüzün E, Hergüner S. Editor).: s105-115.

124. Taras H, Potts-Datema W., (2005). Childhood asthma and student performance at school. *J Sch Health.*;75(8):296-312
125. Taylor WR, Newacheck PW. Impact of asthma on health. *Pediatrics.* (1992); 90(5):657-662.
126. Vila G, Nollet-Cléménçon C, de Blic J, Falissard B, Mouren-Simeoni MC, Scheinmann P., Assessment of anxiety disorders in asthmatic children.: *Psychosomatics.* 1999 Sep-Oct;40(5):404-13
127. Vila G., Nollet-Clemencon C., de Blic J, Mouren-Simeoni MC, Scheinmann P., (1998). Asthma severity and psychopathology in a tertiary care department for children and adolescent., *Eur Child Adolesc Psychiatry.*;7(3):137-44
128. Wamboldt MZ., Weintraub P., Krafchick D., Wamboldt FS., (1996). Psychiatric family history in adolescents with severe asthma, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*;35(8):1042-9.
129. Wassermann, A.L. (1990). Principles of Psychiatric Care of Children and Adolescents With Medical Illnesses, in *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*, B.D. Garfinkel, Editor., W.B. Saunders Company: Philadelphia. p. 486-502
130. Weder M., Speck S., Spalinger J., Aebischer CC., Kraemer R., (1993). Psychosomatic symptoms in asthmatic children and adolescents, *Agents Actions Suppl.*;40:27-37

131. Weisberg, R. B., Bruce, S. E., Machan, J. T., Kessler, R. C., Culpeper, L. & Keller, M. B. (2002). Nonpsychiatric illness among primary care patients with trauma histories and posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services* 53, 848–854.
132. Wong GWK, Leung TF., Fok TF. (2004). ISAAC and risk factors for asthma in the Asia-Pacific Paediatric Respiratory Reviews;5: s163-169
133. Zeltzer LK., Dolgin MJ., Sahler OJ., (1996). Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: health outcomes of siblings of children with cancer. *Med Pediatr Oncol*; 27: 98-107.

EKLER

EK 1

SOSYODEMOGRAFİK FORM

ADI-SOYADI:

TARİH:

DOĞUM TARİHİ:

DOĞUM YERİ:

SINIFI:

ADRES:

TELEFON:

KAÇ KARDEŞ / KAÇINCI ÇOCUK:

AİLE TİPİ: ÇEKİRDEK GENİŞ

ANNE YAŞI:

MESLEĞİ:

EĞİTİM SÜRESİ:

BABA YAŞI:

MESLEĞİ:

EĞİTİM SÜRESİ:

EKONOMİK DÜZEY:

DÜŞÜK

ORTA

YÜKSEK

HERHANGİ BİR HASTALIK HİKAYESİ:

AİLEDE PSİKİYATRİK RAHATSIZLIK:

VAR İSE YAKINLIK DERESESİ VE HASTALIĞI

ÇOCUĞUN PSİKİYATRİK ŞİKAYETLERİ:

ÇOCUĞUN DERS BAŞARISI: BAŞARISIZ GEÇER ORTA İYİ PEKİYİ

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ, VAR İSE İSMİ:

EK 2

Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi

Aşağıda çocukların kendilerini anlatmakta kullandıkları cümleler var. Her cümleyi dikkatle okuyun ve cümlenin karşısındaki kutulardan size uygun olanı yuvarlak içine alın . Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. Unutmayın, size en uygun cevabı işaretleyin.

Bana hiç
uygun
değil

Bana
Biraz
uygun

Bana
Çok
uygun

1. Korktuğumu başkaları farketsin istemem	Hiç	Biraz	Çok
2. Dikkatimi ödevlerime toplayamadığımda aklımı kaçırıyor olabilirim diye düşünerek endişelenirim.	Hiç	Biraz	Çok
3. Titrediğimi hissettiğim zaman korkarım.	Hiç	Biraz	Çok
4. Bayılacak gibi hissettiğim zaman bu durum beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
5. Duygularımı kontrol altında tutmaya dikkat ederim.	Hiç	Biraz	Çok
6. Kalbim hızlı çarptığı zaman bu beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
7. Karnım guruldayınca bu beni utandırır.	Hiç	Biraz	Çok
8. Kusacakmışım gibi hissettiğim zaman korkuya kapılırım.	Hiç	Biraz	Çok
9. Kalbimin hızlı çarptığını fark ettiğimde bir hastalığım var zanneder ve kaygılanırım.	Hiç	Biraz	Çok
10. Nefesimi almakta zorluk çektiğimde bu beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
11. Karnım ağrıdığına gerçekten hasta olabilirim diye endişelenirim.	Hiç	Biraz	Çok
12. Dikkatimi ödevlerime toplayamadığım zaman bu beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
13. Başka çocuklar titrediğimi fark ederler.	Hiç	Biraz	Çok
14. Vücudumda alışık olmadığım bir şeyler hissetmek beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
15. Korktuğum zaman aklımı kaybettiğimi düşünüp endişelenirim.	Hiç	Biraz	Çok
16. Kendimi huzursuz hissetmek beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
17. Duygularımı belli etmekten hoşlanmam.	Hiç	Biraz	Çok
18. Vücudumdaki tuhaf hisler beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok

EK 3

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. “hemen hemen hiç” mi, yoksa “sık sık” mı? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir

cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Genellikle nasıl hissettiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

- | | | | |
|--|---------------------|-----------|-------------|
| 1. Yanlış yapacağım diye endişelenirim | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 2. Ağlayacak gibi olurum | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 3. Kendimi mutsuz hissederim | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 4. Karar vermekte güçlük çekerim | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 5. Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 6. Çok fazla endişelenirim | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 7. Evde sınırlarım bozulur | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 8. Utangacım | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 9. Sıkıntılıyım | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 10. Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 11. Okul beni endişelendirir | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 12. Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 13. Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 14. Nedenini bilmediğim korkularım var | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 15. Annem – babam için endişelenirim | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 16. Ellerim terler | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 17. Kötü bir şeyler olacak diye endişelenirim | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 18. Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 19. Karnımda bir rahatsızlık hissederim | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |
| 20. Başkalarının benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir | (hemen hemen hiç) | (bazen) | (sık sık) |

EK 4

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam bu anda, bu dakikada nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

- | | | | |
|-----------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Kendimi | () çok sakin hissediyorum | () sakin hissediyorum | () sakin hissetmiyorum |
| 2. Kendimi | () çok öfkeli hissediyorum | () öfkeli hissediyorum | () öfkeli hissetmiyorum |
| 3. Kendimi | () çok huzurlu hissediyorum | () huzurlu hissediyorum | () huzurlu hissetmiyorum |
| 4. Kendimi | () çok sinirli hissediyorum | () sinirli hissediyorum | () sinirli hissetmiyorum |
| 5. Kendimi | () çok huzursuz hissediyorum | () huzursuz hissediyorum | () huzursuz hissetmiyorum |
| 6. Kendimi | () çok dinlenmiş hissediyorum | () dinlenmiş hissediyorum | () dinlenmiş hissetmiyorum |
| 7. Kendimi | () çok ürkmüş hissediyorum | () ürkmüş hissediyorum | () ürkmüş hissetmiyorum |
| 8. Kendimi | () çok rahatlamış hissediyorum | () rahatlamış hissediyorum | () rahatlamış hissetmiyorum |
| 9. Kendimi | () çok endişeli hissediyorum | () endişeli hissediyorum | () endişeli hissetmiyorum |
| 10. Kendimi | () çok hoşnut hissediyorum | () hoşnut hissediyorum | () hoşnut hissetmiyorum |
| 11. Kendimi | () çok korkmuş hissediyorum | () korkmuş hissediyorum | () korkmuş hissetmiyorum |
| 12. Kendimi | () çok mutlu hissediyorum | () mutlu hissediyorum | () mutlu hissetmiyorum |
| 13. Kendimden | () çok eminim | () eminim | () emin değilim |
| 14. Kendimi | () çok iyi hissediyorum | () iyi hissediyorum | () iyi hissetmiyorum |
| 15. Kendimi | () çok başım dertte hissediyorum | () başım dertte hissediyorum | () başım dertte hissetmiyorum |
| 16. Bir şeylerin beni | () çok rahatsız ettiğini hissediyorum | () rahatsız ettiğini hissediyorum | () rahatsız ettiğini hissetmiyorum |
| 17. Kendimi | () çok keyifli hissediyorum | () keyifli hissediyorum | () keyifli hissetmiyorum |
| 18. Kendimi | () çok dehşete kapılmış hissediyorum | () dehşete kapılmış hissediyorum | () dehşete kapılmış hissetmiyorum |
| 19. Kafamda | () her şeyi çok karmaşık hissediyorum | () her şeyi karmaşık hissediyorum | () her şeyi karmaşık hissetmiyorum |
| 20. Kendimi | () çok neşeli hissediyorum | () neşeli hissediyorum | () neşeli hissetmiyorum |

EK 5

C D Ö

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

- A** 0.Kendimi arada sırada üzgün hissederim
1. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
2.Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B** 0.İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
1.İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
2.İşlerim yolunda gidecek.
- C** 0.İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
1.İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
2.Herşeyi yanlış yaparım.
- D** 0.Bir çok şeyden hoşlanırım.
1.Bazı şeylerden hoşlanırım.
2.Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E** 0.Her zaman kötü bir çocuğum.
1.Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
2.Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F** 0.Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
1.Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
2.Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G** 0.Kendimden nefret ederim.
1.Kendimi beğenmem.
2.Kendimi beğenirim.
- H** 0.Bütün kötü şeyler benim hatam
1.Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
2.Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I** 0.Kendimi öldürmeyi düşünmem.
1.Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
2.Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ** 0.Her gün içimden ağlamak gelir.
1.Bir çok günler içimden ağlamak gelir.
2.Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J** 0.Her şey her zaman beni sıkır.
1.Her şey sık sık beni sıkır.
2.Her şey arada sırada beni sıkır.
- K** 0.İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
1.Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
2.Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L** 0.Her hangi bir şey hakkında karar veremem.
1.Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
2.Her hangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

- M** 0.Güzel / yakışıklı sayılırım.
1.Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
2.Çirkinim.
- N** 0.Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
1.Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
2.Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O** 0.Her gece uyumakta zorluk çekerim.
1.Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim.
2.Oldukça iyi uyurum.
- Ö** 0.Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
1.Bir çok gün kendimi yorgun hissederim.
2.Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P** 0.Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
1.Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
2.Oldukça iyi yemek yerim.
- R** 0.Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
1.Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
2.Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S** 0.Kendimi yalnız hissetmem.
1.Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
2.Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş** 0.Okuldan hiç hoşlanmam.
1.Arada sırada okuldan hoşlanırım.
2.Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T** 0.Birçok arkadaşım var.
1.Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
2.Hiç arkadaşım yok.
- U** 0.Okul başarımlarım iyi.
1.Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.
2.Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
- Ü** 0.Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
1.Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
2.Diğer çocuklar gibi iyiyim.
- V** 0.Kimse beni sevmez.
1.Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
2.Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y** 0.Bana söyleneni genellikle yaparım.
1.Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
2.Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z** 0.İnsanlarla iyi geçinirim.
1.İnsanlarla sık sık kavga ederim.
2.İnsanlarla her zaman kavga ederim.