

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI**

**6–17 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA “ CHILD HEALTH AND ILLNESS
PROFILE-CHIP ” YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE
GÜVENİRLİLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

DOKTORA TEZİ

NİLÜFER DEMİR SOY

PROF.DR. ÖMÜR ELÇİOĞLU

Ağustos–2013

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

**6-17 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA “ CHILD HEALTH AND ILLNESS
PROFILE-CHIP ” YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE
GÜVENİRLİLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

DOKTORA TEZİ

NİLÜFER DEMİRSOY

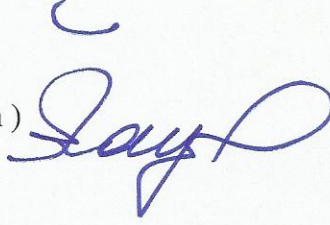
PROF.DR. ÖMÜR ELÇİOĞLU

KABUL VE ONAY SAYFASI

Nilüfer DEMİRSOY'un Doktora Tezi olarak hazırladığı "6-17 Yaş Grubu Çocuklarda "Child Health and Illness Profile-CHIP" Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliği'nin Araştırılması " başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.

01.08.2013

Üye: Prof.Dr.Ömür ELÇİOĞLU (Danışman)



Üye: Prof.Dr.Zeki YILDIZ



Üye: Prof.Dr.Özcan BÖR



Üye: Prof.Dr.Hilmi ÖZDEN



Üye: Doç.Dr.Selim KADIOĞLU



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 05.08./2013.. tarih ve 967./4687.. sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof.Dr. KAZIM ÖZDAMAR

Enstitü Müdürü

6–17 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA “ CHILD HEALTH ILLNESS PROFILE-CHIP ” YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK GÜVENİRLİLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Child Health Illness Profile-CHIP başlıklı ölçeğin çocuk, ebeveyn ve adölesan formunun kültürel uyarlamasının yapılması, Türkçe versiyonun güvenilir, geçerli ve uygulanabilir olup olmadığının çözümlenmesi ve çocukların yaşam kalitesini etkileyen sosyo-demografik özelliklerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı servisinde yatarak tedavi gören 6–11 yaş hasta grubu çocuklar ve ebeveynleri, 12–17 yaş hasta grubu adölesanlar ve özel okulda eğitimine devam eden 2010–2011 öğretim yılı bahar yarıyılında 6–11 yaş çocuk ve ebeveynleri ile 12–17 yaş adölesan grubuyla yüzyüze görüşmeler yapılarak gerçekleştirilmiştir.

CHIP-CE /AE/ Ebeveyn–76 formlarının Türkiye versiyonun oluşturulabilmesi amacıyla, orijinal formdan kültürel uyarlama yöntemiyle dil çevirisi gerçekleştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenmesi LISREL istatistik programı ile Doğrulamalı Faktör Analizi yapılmıştır. Diğer veri analizleri için ise SPSS 16.0 istatistik programından yararlanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya 6–11 yaş Hasta grubundan 235 çocuk, 235 ebeveyn; Kontrol grubundan 194 çocuk, 134 ebeveyn; 12–17 yaş Hasta grubundan 252, Kontrol grubundan 223 adölesan katılmıştır. Kullanılan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE Formunun geçerlilik- güvenilirlik değerlendirilmesinde Hasta Grubunda Cronbach’s Alpha değeri 0,79; Kontrol Grubunda ise 0,80 olarak belirlenmiştir. CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta ve Kontrol Grubunda ise Cronbach’s Alpha değeri 0,89 olarak değerlendirilmiş, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-AE Formunda ise Cronbach’s Alpha değerleri Kontrol grubunda 0,75; Hasta grubunda 0,79 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Her üç formunda Türk çocukları için geliştirilen versiyonun sağlıklı ve hasta grubunda geçerliliği yüksektir. Yapılan faktör analizi doğrultusunda, doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilmiş olan madde ve etki alanları istatistiksel olarak uygun bir dağılım göstermiştir.

Bu çalışmada, CHIP-CE /AE/ Ebeveyn-76 formlarının Türkiye versiyonunun 6-11 yaş ve 12-17 yaş grubu hem sağlıklı çocuklar hem de farklı hastalık gruplarında tedavileri sürdürülen çocuklar için kullanılabilceği kanıtlanmıştır.

Anahtar kelimeler: CHIP-CE, CHIP-AE, Çocuklarda Yaşam Kalitesi, Sağlıkta Yaşam Kalitesi

INVESTIGATION OF THE VALIDITY AND THE RELIABILITY OF A LIFE QUALITY SCALE: "CHILD HEALTH AND ILLNESS PROFILE-CHIP" FOR 6-17 AGE GROUP CHILDREN

SUMMARY

Objective: In this study; it is aimed to perform the cultural adaptation of the scale "Child Health Illness Profile-CHIP" for child, parent and adolescent forms; analyze whether the Turkish version is reliable, valid, and applicable; and determine the socio-demographic characteristics that affect the life quality of children.

Material and Method: This study has been carried out through face to face interviews with the following in-patient and parent groups: children within 6-11 age group staying in Eskisehir Osmangazi University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics and their parents, and adolescents within 12-17 age group; and the control group: children within 6-11 age group attending a private school in the spring semester of 2010-2011, and their parents.

So as to create the Turkish version of CHIP-CE / AE / Parent-76 forms; the language translation has been performed through cultural adaptation method from the original form, and Confirmatory Factor Analysis has been conducted via LISREL statistics program for the determination of validity and reliability of the Turkish version of CHIP-CE / AE / Parent-76. For other data analysis, SPSS 16.0 statistics software has been used.

Results: From 6-11 age group: 235 children from patient group and 235 parents, 194 children from the control group and 134 parents; and from 12-17 age group: 252 adolescents from patient group and 223 adolescents from the control group have participated in this study. The validity and the reliability analysis showed that, the Cronbach's Alpha values were determined as 0,79 and 0,80 for CHIP-CE Form; 0,79 and 0,75 for CHIP-AE Form, for patient and control groups, respectively; and 0,89 for CHIP-CE/ Parent-76 for both patient and control groups.

Conclusion: The validity of the CHIP-CE / AE / Parent-76 forms were high. According to the Factor Analysis, the items and their impact areas, which were determined with Confirmatory Factor Analysis, showed statistically proper distribution.

In this study, it is proved that the Turkish versions of CHIP-CE /AE/ Parent-76 Forms can be used for children receiving treatment in different disease groups as well as for children being healthy within 6-11 and 12-17 age groups.

Key words: CHIP-CE, CHIP-AE, Quality of Life for Children, Quality of Life in Health

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xxi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xxii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Çocuk-Çocukluk ve Günümüz Çocuk Paradigması.....	6
2.1.1. İslam Dünyasının Çocuğa Bakışı.....	13
2.2. Hastalık ve Sağlık Kavramı, Bunun Çocuklarda Etkileri.....	15
2.3. Yaşam Kalitesi.....	17
2.3.1. Yaşam Kalitesinde Öznellik.....	20
2.3.2. Yaşam Kalitesinde Nesnellik.....	22
2.3.3. Sağlıkta Yaşam Kalitesi.....	23
2.3.3.1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçümleri ve Nesnellik.....	24
2.3.3.2. Çocukta Yaşam Kalitesi ve Önemi.....	27

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

2.3.3.3.	Ulusal ve Uluslararası Metinlerde Çocuk Hakları ve Yaşam Kalitesi.....	30
2.3.3.3.1.	İslam Hukuku İçinde Çocuk Hakları.....	30
2.3.3.3.2.	Cumhuriyet Döneminden Günümüze Hukuki Metinlerinde Çocuk Hakları.....	31
2.3.3.3.3.	Uluslararası Mevzuat'ta Çocuk Hakları	34
2.3.3.4.	Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Özellikleri.....	40
2.3.4.	Etik Açıdan Sağlıkta Yaşam Kalitesi.....	44
2.3.4.1.	Temel Etik İlkeler ve Sağlıkta Yaşam Kalitesi.....	45
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	49
3.1.	Araştırmanın Amacı.....	49
3.2.	Araştırmanın Hipotezleri.....	50
3.3.	Araştırmanın Tipi.....	50
3.4.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	50
3.5.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	50
3.6.	Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Yöntemi.....	52
3.6.1.	6–11 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili- CHIP-CE.....	53

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

3.6.2.	12–17 Yaş Adölesan Sağlığı ve Hastalıkları Profili-Genç Sağlığı Profili- CHIP-AE.....	53
3.6.3.	6–11 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu.....	54
3.7.	Veri Toplama Yöntemi.....	55
3.7.1.	Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kültürel Uyarlaması ve Geçerlilik Güvenirlilik.....	55
3.7.1.1.	Kültürel Uyarlama Yöntemi.....	58
3.8.	Verilerin Analizi ve Değerlendirmede Kullanılan Teknikler.....	60
3.8.1.	Çok Örneklemli Doğrulayıcı Faktör Analizi Hakkında Genel Bilgiler.....	62
3.9.	CHIP-CE Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili Kullanma Yönergesi.....	66
3.10.	CHIP-AE Adölesan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili Kullanma Yönergesi.....	67
3.11.	Ek Soru Formu.....	69

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

4.	BULGULAR.....	70
4.1.	6–11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili-CHIP-CE Formuna İlişkin Bulguların Dağılımı.....	70
4.1.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	70
4.1.2.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE Formu'na İlişkin Geçerlilik Güvenirlilik Ölçümlerine Ait Bilgiler.....	80
4.1.2.1.	Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) İle Geçerlilik Güvenirlilik Ölçümleri	80
4.1.2.2.	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE Formunun Güvenirlilik ve Madde Analizi	89
4.1.3.	6–11 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE Formunun t-Testi ve Mann Whitney-U testi ile Değerlendirilmesi....	94
4.1.4.	6–11 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE Formunun Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi.....	97
4.1.5.	Çocuk ve Ebeveynin Çocuk İçin Bildirdiği Yaşam Kalitesi Ölçümleri Arasındaki Korelasyonlar.....	103
4.2.	Çocuğun ve Ebeveynin Çocuğu İçin Bildirdiği Yaşam Kalitesinin Hasta ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması	104

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

4.3.	12–17 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili-CHIP-AE Formuna İlişkin Bulgular.....	107
4.3.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	107
4.3.2.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Formu'na İlişkin Geçerlilik Güvenirlilik Ölçümlerine Ait Bilgiler.....	115
4.3.2.1.	Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) İle Geçerlilik Güvenirlilik Ölçümleri.....	115
4.3.2.2.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Formunun Güvenirlilik ve Madde Analizi.....	126
4.3.3.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Formunun t-Testi ve Mann Whitney-U Testi ile Değerlendirilmesi.....	131
4.3.4.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Varyans Analizi Sonuçları.....	136
4.3.5.	12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP AE Formunun Etki Alanlarının Hastalık Etki Alanlarına Göre Değerlendirilmesi.....	144
4.4.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubuna Ait Demografik Bilgiler	144
4.4.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubuna Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) İle Geçerlilik Güvenirlilik Ölçümleri	144

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

4.4.2.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -Chip- CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Güvenirlilik ve Madde Analizi	150
4.5.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP- CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubuna Ait Demografik Bilgiler.....	150
4.5.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP- CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubu'na Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) İle Geçerlilik Güvenirlilik Ölçümlerine Ait Bilgiler.....	150
4.5.2.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubu Güvenirlilik ve Madde Analizi	156
4.6.	Kontrol ve Hasta Grubuna Ait CHIP-CE 76 Ebeveyn Formuna İlişkin Etki Alanları ve Madde Analizleri.....	157
4.7.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formunun Hasta ve Kontrol Grubunda Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi.....	166
4.8.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP CE-Ebeveyn 76 Formunun Etki Alanlarının Hastalık Etki Alanlarına Göre Değerlendirilmesi.....	174
5.	TARTIŞMA.....	177
5.1.	6–11 Yaş Grubu Çocukların Sosyodemografik Verilerinin Tartışılması.....	178

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

5.2.	CHIP-CE Formunun Etki Alanları İle İlgili Bulguların Tartışılması	181
5.3.	CHIP- CE 76 Ebeveyn Formunun Etki ve Alt Etki Alanları İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	189
5.4.	12–17 Yaş Grubu Çocukların Sosyodemografik ve CHIP-AE Adölesan Formu Verilerinin Tartışılması.....	195
5.5.	CHIP-AE Formunun Geçerlilik Güvenirlilik Bulgularının Tartışılması...	208
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	210
6.1.	Sonuçlar	210
6.2.	Öneriler	215
7.	KAYNAKLAR.....	218
8.	EKLER.....	236
8.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili (CHIP-CE)	236
8.2.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili (CHIP-AE).....	252
8.3.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu.....	268
8.4.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili Çalışma izni.....	287
8.5.	Etik Kurul ve Hastane İzni.....	289
9.	ÖZGEÇMİŞ.....	294

TABLolar DİZİNİ

Tablo-4.1.1.1.	6-11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	70
Tablo-4.1.1.2.	6-11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Yaş Gruplarına Göre Devam Ettiği Sınıf Dağılımı.....	72
Tablo-4.1.1.3.	6-11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Yaşadıkları Ev Ortamında Kendilerine Ait Eşyalara İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	73
Tablo-4.1.1.4.	6-11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Yemek Yeme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	74
Tablo-4.1.1.5.	6-11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Uyku Durumlarına İlişkin Bilgilerinin Dağılımı.....	74
Tablo-4.1.1.6.	6-11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Kişisel Bakımlarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	75
Tablo-4.1.1.7.	6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Hastanede Yatarak Tedavi Gördükleri Tanılarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	77
Tablo-4.1.1.8.	6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların En Çok Sahip Olmak İstedikleri Eşyalara İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	78
Tablo-4.1.1.9.	6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Hastalıkları İle İlgili Tanının Konulduğu Zaman Dilimi Hakkında Bilgilerin Dağılımı.....	79
Tablo-4.1.1.10.	6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Hastalıkları Boyunca Kaç Kez Hastaneye Yattığı İle İlgili Bilgilerin Dağılımı.....	79
Tablo-4.1.1.11.	6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Görüşme Yapıldığı Zamanda Kaç Gündür Hastanede Yattığı İle İlgili Bilgilerin Dağılımı.....	80
Tablo-4.1.2.1.1.	6-11 Yaş Hasta Grubu Çocuklar İçin Ölçüm Modeli Sonuçları.....	81

TABLolar DİZİNİ (devam ediyor)

Tablo-4.1.2.1.2. 6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Ölçüm Modeli İçin Uyum Ölçüleri.....	83
Tablo-4.1.2.1.3. 6-11 Yaş Kontrol Grubu Çocuklar İçin Ölçüm Modeli Sonuçları.....	85
Tablo-4.1.2.1.4. 6-11 Yaş Kontrol Grubu Çocukların Ölçüm Modeli İçin Uyum Ölçüleri.....	87
Tablo-4.1.2.2.1. 6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE Madde Ortalama Puanları ve Standart Hataları.....	89
Tablo-4.1.2.2.2. 6-11 Yaş Kontrol Grubu Çocukların Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE Madde Ortalama Puanları ve Standart Hataları.....	90
Tablo-4.1.2.2.3. 6-11 Yaş Kontrol ve Hasta Grubu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE Formu Etki Alanları, Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	92
Tablo-4.1.2.2.4. 6-11 Yaş Kontrol ve Hasta Grubu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE Formu Etki Alanları, Toplam Puanları ve Standart Sapmaları.....	93
Tablo-4.1.2.2.5. 6-11 Yaş Kontrol ve Hasta Grubu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE Formu Etki Alanı Güvenirlilik Analizi Toplam Grup İçin Cronbach's Alpha Sonuçları.....	94
Tablo-4.1.3.1. 6-11 Yaş Hasta Grubu için Kolmogorov-Smirnov Z Testi.....	95
Tablo-4.1.3.2. 6-11 Yaş Hasta Grubunda Etki Alanları Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	95
Tablo-4.1.3.3. 6-11 Yaş Kontrol Grubu için Kolmogorov-Smirnov Z Testi.....	96
Tablo-4.1.3.4. 6-11 Yaş Kontrol Grubunda Etki Alanları Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	96

TABLolar DİZİNİ (devam ediyor)

Tablo-4.1.4.1.	6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Etki Alanları Açısından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	97
Tablo-4.1.4.2.	6-11 Yaş Kontrol Grubu Çocukların Etki Alanları Açısından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	98
Tablo-4.1.4.3.	6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Etki Alanları Açısından Devam Ettikleri Sınıflar Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	99
Tablo-4.1.4.4.	6-11 Yaş Kontrol Grubu Çocukların Etki Alanları Açısından Devam Ettikleri Sınıflar Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	100
Tablo-4.1.4.5.	6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Etki Alanları Açısından Hastaneye Yatış Sayıları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi...	102
Tablo-4.2.1.	6-11 Yaş Hasta Grubu ve Ebeveyn CHIP Etki Alanlarının Ortalama ve Standart Hataları.....	104
Tablo-4.2.2.	CHIP Etki Alanlarının 6-11 Yaş Hasta Grubu ve Ebeveyn Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	105
Tablo-4.2.3.	6-11 Yaş Kontrol Grubu ve Ebeveyn CHIP Etki Alanlarının Ortalama ve Standart Hataları.....	105
Tablo-4.2.4.	CHIP Etki Alanlarının 6-11 Yaş Kontrol Grubu ve Ebeveyn Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	106
Tablo-4.3.1.1.	12-17 Yaş Grubu Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	107
Tablo-4.3.1.2.	12-17 Yaş Hasta ve Kontrol Grubunun Ebeveyn İş ve Sağlık Güvence Durumu İle İlgili Bilgilerin Dağılımı	108
Tablo-4.3.1.3.	12-17 Yaş Hasta ve Kontrol Grubunun Evde Yaşayan Kişi ve Kişi Sayısı İle İlgili Bilgilerinin Dağılımı.....	109
Tablo-4.3.1.4.	Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş Gruplarına Göre Devam Ettiği Sınıfların Dağılımı.....	110

TABLolar DİZİNİ (devam ediyor)

Tablo-4.3.1.5.	12-17 Yaş Hasta Grubunun Hastanede Yatarak Tedavi Gördükleri Hastalık Tanıları.....	111
Tablo-4.3.1.6.	12-17 Yaş Hasta Grubu Adölesanların Hastalıkları İle İlgili Tanının Konulduğu Zaman Dilimi Hakkında Bilgilerinin Dağılımı.....	112
Tablo-4.3.1.7.	12-17 Yaş Hasta Grubu Adölesanların Görüşme Yapıldığı Zamanda Kaç Gündür Hastanede Yattıklarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	113
Tablo-4.3.1.8.	12-17 Yaş Hasta Grubu Adölesanların Hastalıkları Boyunca Kaç Kez Hastaneye Yattığı İle İlgili Bilgiler.....	113
Tablo-4.3.1.9.	Hasta Grubundaki Adölesanların “Sağlığın hakkında bir şeyler bilmek ister misin?” sorusuna verdikleri yanıtlar.....	114
Tablo-4.3.2.1.1.	12-17 Yaş Hasta Grubu Adölesanlar İçin Ölçüm Modeli Sonuçları.....	116
Tablo-4.3.2.1.2.	12-17 Yaş Hasta Grubu Adölesanların Ölçüm Modeli İçin Uyum Ölçüleri.....	119
Tablo-4.3.2.1.3.	12-17 Yaş Kontrol Grubu Adölesanlar İçin Ölçüm Modeli Sonuçları.....	121
Tablo-4.3.2.1.4.	12-17 Yaş Kontrol Grubu Adölesanlar Ölçüm Modeli İçin Uyum Ölçümleri.....	124
Tablo-4.3.2.2.1.	12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili- CHIP-AE Hasta ve Kontrol Grubu Etki ve Alt Etki Alan Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	126
Tablo-4.3.2.2.2.	12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili- CHIP-AE Hasta ve Kontrol Grubu Alt Etki Alan Toplam Puanları ve Standart Sapmaları.....	128
Tablo-4.3.2.2.3.	12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili- CHIP-AE Hasta ve Kontrol Grubu Alt Etki Alanları Güvenirlilik Analizi Cronbach’s Alpha Değerleri.....	130

TABLolar DİZİNİ (devam ediyor)

Tablo- 4.3.3.1.	12–17 Yaş Hasta Grubu için Kolmogorov-Smirnov Z Testi.....	132
Tablo- 4.3.3.2.	12–17 Yaş Kontrol Grubu için Kolmogorov-Smirnov Z Testi.....	132
Tablo–4.3.3.3	12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Etki Alanları ve Alt Etki Alanları Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	133
Tablo–4.3.3.4.	12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Etki Alanı Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Mann Whitney -U Testi ile Değerlendirilmesi.....	134
Tablo–4.3.3.5.	12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	134
Tablo–4.3.3.6.	12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları ve Alt Etki Alanları Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Mann Whitney-U Değerlendirilmesi.....	135
Tablo–4.3.4.1.	12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları Açısından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	136
Tablo–4.3.4.1.1.	12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Yaş Gruplarının Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	137
Tablo–4.3.4.2.	12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları Açısından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Kruskal Wallis Testi ile Değerlendirilmesi.....	137

TABLolar DİZİNİ (devam ediyor)

Tablo-4.3.4.3.	12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları Açısından Devam Ettikleri Sınıflar Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	138
Tablo-4.3.4.3.1.	12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Devam Ettikleri Sınıfların Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	139
Tablo-4.3.4.4.	12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları Açısından Devam Ettikleri Sınıflar Arasındaki Farklılığın Kruskal Wallis Testi ile Değerlendirilmesi.....	139
Tablo-4.3.4.5.	12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Etki Alanları Açısından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	140
Tablo-4.3.4.5.1.	12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Yaş Gruplarının Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	141
Tablo-4.3.4.6.	12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Etki Alanları Açısından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Kruskal Wallis Testi Değerlendirilmesi.....	141
Tablo-4.3.4.7.	12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Etki Alanları Açısından Devam Ettikleri Sınıflar Arasındaki Farklılığın Kruskal Wallis Testi ile Değerlendirilmesi.....	142
Tablo-4.4.1.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Ölçüm Modeli Sonuçları.....	145
Tablo-4.4.1.2.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP- Ebeveyn Formu- 76 Kontrol Grubu Ölçüm Modeli İçin Uyum Ölçüleri.....	158

TABLolar DİZİNİ (devam ediyor)

Tablo-4.5.2.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Alt Etki Alanı ile Birlikte Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayıları.....	150
Tablo-4.5.1.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP- CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubu Ölçüm Modeli Sonuçları.....	152
Tablo-4.5.1.2.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubuna Ait Ölçüm Modelinin Uyum Ölçüleri.....	154
Tablo-4.5.2.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubunun Alt Ölçekleri ile Birlikte Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayıları.....	156
Tablo-4.6.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol ve Hasta Grubu Madde Ortalamaları ve Standart Hataları.....	157
Tablo-4.6.2.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol ve Hasta Grubu Hastalık Formu Madde Ortalamaları ve Standart Hataları.....	160
Tablo-4.6.3.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol ve Hasta Grubu Etki Alanları, Ortalamaları ve Standart Sapmaları.....	163
Tablo-4.6.4.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol ve Hasta Grubu Etki Alanları, Toplam Puanları ve Standart Sapmaları.....	164
Tablo-4.7.1.	6-11 Yaş Hasta Grubu CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu için Kolmogorov-Smirnov Testi.....	167
Tablo-4.7.2.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubu Etki Alanları Açısından Tanı Aldıkları Zaman Dilimi Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	167

TABLolar DİZİNİ (devam ediyor)

Tablo–4.7.2.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubunun Tanı Aldıkları Zaman Diliminin Rahatsızlık Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	168
Tablo–4.7.3.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP- CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubu Etki Alanları Açısından Hastaneye Yatma Sayıları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	169
Tablo–4.7.3.1.	6–11 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubu Çocukların Hastanede Yatış Sayılarının Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	169
Tablo–4.7.4.	6–11 Yaş Kontrol Grubu CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu için Kolmogorov-Smirnov Z Testi.....	170
Tablo–4.7.5.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP- CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Etki Alanları Açısından Baba Ebeveyninin Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	170
Tablo–4.7.5.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Baba Ebeveyn Eğitim Durumları ile Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	171
Tablo–4.7.6.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Etki Alanları Açısından Anne Ebeveyninin Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın.....	171
	Değerlendirilmesi	
Tablo–4.7.6.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Anne Ebeveyn Eğitim Durumları ile Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	172
Tablo–4.7.7.	Ebeveynler Tarafından Yanıtlanan Çocuğun Sağlığı ile İlgili Diğer Parametreler.....	173
Tablo–5.2.1.	6–11 Yaş Kontrol Grubunun CHIP-CE Formunun Etki Alanları ve Cronbah's –Alfa Değerlerinin Literatür Verileriyle Karşılaştırılması.....	182

TABLolar DİZİNİ (devam ediyor)

Tablo–5.2.2.	6–11 Yaş Hasta Grubunun CHIP-CE Formunun Etki Alanları ve Cronbah’s –Alfa Değerlerinin Literatür Verileriyle Karşılaştırılması	185
Tablo–5.3.1.	CHIP-CE Ebeveyn Formunun Etki Alanları Toplam Puan, Ortalamaların ve Cronbah’s –Alfa Değerlerinin Literatür Verileriyle Karşılaştırılması.....	191
Tablo–5.3.2.	CHIP-CE Ebeveyn Formunun Etki Alanları Toplam Puan, Ortalamaların ve Cronbah’s –Alfa Değerlerinin Literatür Verileriyle Karşılaştırılması.....	193
Tablo–5.4.1.	CHIP-AE Kontrol Grubu Formunun Etki Alanları Toplam Puan ve Ortalama Toplam Puanlarının Literatür ile Karşılaştırılması.....	199
Tablo–5.4.2.	CHIP-AE Hasta Grubu Formunun Etki Alanları Toplam Puan ve Ortalama Toplam Puanlarının Literatür ile Karşılaştırılması.....	202

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	6–11 Yaş Hasta Grubu Path Diyagramı.....	84
Şekil 2.	6–11 Yaş Kontrol Grubu Path Diyagramı.....	88
Şekil 3.	12–17 Yaş Hasta Grubu Path Diyagramı.....	120
Şekil 4.	12–17 Yaş Kontrol Grubu Path Diyagramı.....	125
Şekil 5.	6–11 Yaş Kontrol Grubu Ebeveyn Path Diyagramı.....	149
Şekil 6.	6–11 Yaş Hasta Grubu Ebeveyn Path Diyagramı.....	155

SİMGELER VE KISALTMALAR

Simge ve Kısaltma	Açıklama
CHIP	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili
CHIP-CE	6–11 Yaş grubu çocuklarda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili
CHIP-AE	12–17 Yaş Adölesan grubu Genç Sağlığı Profili
CHIP-CE–76	6–11 Yaş grubu çocuklarda Çocuk Sağlığı Profili Ebeveyn Formu–76
DEHAB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
ESOGÜ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
ESOGÜTF	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
ESOGÜTFH	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
YK	Yaşam Kalitesi
SYK	Sağlıkta Yaşam Kalitesi
JRA	Juvenil Romatoid Artrit
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
ABH	Akut Böbrek Hastalığı
SPSS	The Statistical Package for Social Sciences
LISREL	LInear Structural RELations
N	Sayı
%	Yüzde
χ^2	Chi-Square
F	Varyans analizi
T	Student's t testi
X	Ortalama
ss	Standart Sapma

SİMGELER VE KISALTMALAR (devam ediyor)

p	Anlamlılık düzeyi
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation-Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü
S-RMR	Standartized Root Mean Square Residual-Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karelerinin Karakökü
NNFI	Non-formed Fit Index- Normlaştırılmış Uyum İndeksi
CFI	Comparative Fit Index- Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi
GFI	Goodness of Fit Index- Uyum İyiliği İndeksi
AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index -Ayarlanmış/düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
CN	Critical N-Kritik N

1. GİRİŞ

Çocuk küçüktür, akli ermez, bilgisizdir, deneyimsizdir, saftır. Sevimli, cana yakın, sokulgan, neşelidir. Safça soruları, değişik yorumları, meraklı bakışları, içten davranışlarıyla ilgi çeker, sevgi toplar. Çocuklar, ailenin mutluluk kaynağı, tüm ilgilerin ve aynı zamanda da kaygıların odaklarıdır. Çocuklar, en bencil insana bile özverili olmayı öğretebilen varlıklardır. Anne babanın yaşam savaşının itici gücüdür. Çocuk tüm çabaları anlamlı kılar, yorgunlukları ve sıkıntıları unutturur. Aile için, çocuğun ilk gülümsemesinden ilk diş çıkmasına, ilk adımından ilk kelimesini söyleyişine kadar her gelişme basamağı ayrı bir mutluluk kaynağıdır (6).

Her toplum ve her kültür farklı tarihsel dönemlerde çocuk ve çocukluğu çeşitli biçimlerde yapılandırmışlar, çocuklar için en iyisinin ne olduğunu anlamanın farklı yollarını da ortaya koymuşlardır.

Çocuklar küçük yaştan itibaren sağlık ile ilgili fikirlerini, inançlarını ve tutumlarını algılamaya ve kendi dünyalarında bu konuyu formüle etmeye başlarlar. Çocuklar ve ergenlerin kendi sağlıklarıyla ilgili algılarının farkına varılmaları, hem kısa vadeli hem de uzun vadeli sağlık kazanımları için oldukça önemlidir. Çocuk ve ergenlerin sağlık hizmetlerine kolay ulaşımalarının sağlanması ve ihtiyaçlarının zamanında karşılanabilmesi için duyarlı ve etkili hizmet sunumuna ihtiyaçları vardır (80). Bu hizmetler arasında çocuk ve ergenlerin fiziksel ve ruhsal gelişimlerinin zamanında tespit edilmesi ve izlenmesi, sağlık ve kendi beden algılarının belirlenmesi mutlaka yer almalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ,1993) 6–17 yaş grubundaki çocuk ve adölesanların sağlık konusundaki rahatlıklarının sağlanmasının aynı zamanda gelecekte toplum sağlığı için de önemli olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalar, özellikle adölesan sağlığı için kanita dayalı araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir. İrlandalı bir araştırmacı bu konuda hazırladığı raporda; çocuklar ve adölesanlar üzerinde yapılan eşitsizlikleri

konu olarak, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirleyen davranışlar için, özellikle ruh sağlığına yönelik veri toplamanın oldukça güç olduğunu, bunu aşabilmek adına geliştirilmesi planlanan çalışmalara da dikkat çekilmesi gerekliliğini vurgulamış, adölesan sağlığı için gönüllüğü koruyan, hukuki açıdan da uygun, için içine ebeveynin de dahil olduğu, hizmet alınan kurumlarla işbirliği içinde yürütülen çalışmaların geliştirilmesi gerekliliğinin öneminden bahsetmiştir. Sağlık, biyomedikal modelden türetilmiş, klasik sağlık göstergeleri ile sık sık değerlendiriliyor olmasına rağmen, birçok bileşeni olan karmaşık bir kavramdır. 2001 tarihli ‘‘ocuklarımızın Sağlığı’’ başlıklı raporda ocuk sağlığı ile ilgili olumsuz yaklaşımların önlenmesi ve daha fazla sağlıkla ilgili çağrılar üzerinde yoğunlaşılmasına vurgu yapılmıştır (101).

Yaşam kalitesi DSÖ’nün Yaşam Kalitesi Grubu tarafından; hastanın hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi doğrultusunda, kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmaktadır (142).

Genel olarak yaşam kalitesi kavramın değerlendirilmesi, bireyler için bu konunun ne anlam ifade ettiğinin belirlenmesi ve bu yönde kavramın iinin doldurulması gerekmektedir. Birçok alanda özellikli bir grup olarak değerlendirilen, yetişkin bireyler tarafından korunup gözetilmesi ve hayata doğru biçimde hazırlanması gereken çocuğun bu açıdan da göz önüne alınması önemlidir.

Çocuğun sağlık anlayışı, hastalık durumunda olası tepkileri, bunlarla başetme durumu, sağlık ekibinin bu süreçte neler yapması ve nasıl bir yaklaşım izlemesi gerektiği, çocuğun aileden ve sağlık ekibinden beklentilerini ortaya koymak ve bunu yaşam kalitesiyle birleştirmek çocukların sağlığına büyük kazanç sağlayacaktır.

İnsanoğlu var olduğu günden bu yana yaşam kalitesini ve yaşamın anlamını sorgulamıştır. Kaliteli yaşam kişinin temel ihtiyaçlarının karşılandığı ruhsal, zihinsel ve kültürel gelişmesi için uygun olanaklara kavuştuğu yaşamdır. Kentleşme süreci içinde kişilerin kaliteli yaşam hedef ve beklentileri değerlişim göstermektedir. Yaşamın her

alanında, üretkenliğin, rekabetin ve refahın bir parçası olarak kalite arayışı ortaya çıkmıştır. Yaşamın bir bütün olarak nitelik düzeyini ifade eden yaşam kalitesi kavramı, bu süreçte yaşamın farklı alanlarını ele alan, farklı disiplinlilerin de üzerinde çalıştığı popüler bir kavram haline gelmiştir.

Özellikle yetmişli yıllardan itibaren hem günlük dilde, hem de özellikle batıda sosyal bilimler alanında akademik tartışmalarda ve yaşam koşullarının analizinde sosyal göstergelerin daha yoğun biçimde kullanılmasıyla birlikte çok daha sık gündeme gelmeye başlamıştır. Ancak kavramın tam anlamı ve hangi temel bileşenleri kapsadığına ilişkin evrensel düzeyde kabul edilmiş tek bir ortak yaklaşım henüz ortaya konulamamıştır. Farklı disiplinlerin ve araştırmacıların kendi bakış açısına uygun, farklı boyutların, unsurların ve vurguların öne çıktığı bir yaşam kalitesi anlayışı ve yaklaşımının söz konusu olduğu görülmektedir (117).

Yaşam kalitesi farklı çalışma alanlarında, farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Düşünsel yaklaşım, iyi bir yaşam kalitesine sahip olmanın bedelleri üzerinde dururken; ekonomik yaklaşım maliyet-etkinlik hesaplarını ön plana çıkarmıştır. Sosyolojik yaklaşım sosyal ve çevresel faktörlerin yaşam kalitesi üzerine etkilerini ele almaktadır. Bu yaklaşım yaşam kalitesinin subjektifliğini ve kültürel faktörlerle olan ilişkisini vurgulamaktadır. Psikolojik yönden bakıldığında iyi bir yaşam kalitesine sahip bir kişi yüksek özgüvene sahip, karar alma yetisi olan, mutlu ve her anlamda doyuma ulaşmış bir birey olarak tanımlanır (57,124). Bu nedenle yaşam kalitesi kavramı hala çok boyutlu, muğlak, göreceli ve tartışılır olma özelliğini korumaktadır.

Herhangi bir şeyin niteliğini ifade eden kalite, bakış açısına göre farklı anlamlara bürünen, tek bir cümleyle tanımlanması mümkün olmayan, ölçülmesi ve sayısallaştırılması güç bir kavramdır. Kaliteye ilişkin çok farklı tanımlar olmasına rağmen felsefi açıdan bakıldığında en yüksek standartlara ve mümkün olan en iyiye ulaşılması anlamında kullanılmaktadır (117). Genellikle üstün nitelikler, iyi ve güzel özellikler kaliteyi sergiler. Bir insanın, toplumun, nesnenin ya da bir yaşantının nasıl olduğunu belirten, onu diğerlerinden ayırt edici üstünlüğünü ölçüp değerlendirebilen

özelliğine kalite denilmektedir. Varlığın temel özelliklerinden biri olan kalite, yetkinliği ve üstünlüğü ifade eder, bu nedenle de zayıflığın eksikliğin, yetkin olmayışın ve niceliğin karşıtıdır (18). Kaliteyi bir ürün ya da hizmette mükemmelliyet derecesi olarak tanımlamak mümkündür. Bu açıdan değerlendirildiğinde kalite kavramı sürekli olarak ideal olanı temsil etmektedir.

Her birey kendi yaşamını daha iyi bir düzeye çıkarmayı, yaşamında bulunmayan, istediği şeylere sahip olmayı, daha iyi koşullara, huzura, refaha ve mutluluğa ulaşmayı ister. Bu yapıcı ve yaratıcı olma çabası içinde yaşamda kaliteyi arar. Yaşam kalitesi sadece bireyin kendi çabalarıyla gerçekleştirebileceği hedef olmanın ötesinde toplumsal çabaları ve kamusal müdahaleleri gerektiren bir sosyal politika hedefi haline de gelmiştir.

Kalite çoklu göstergelerle tanımlanmaktadır. Çoklu göstergeler bir sistem halinde kaliteyi ölçecektir. Yaşam kalitesinin daha nesnel bir yaklaşımla yorumlanabilmesi ve amaçların iyi belirlenmesi gerekmektedir.

Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. SYK “Hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi”, “kişilerin günlük olağan yaşamlarını ve işlevlerini yerine getirmeleri esasına dayanır” (136).

Sağlıkta Yaşam Kalitesi hastanın fiziksel, duygusal, mental ve sosyal davranışlar bakımından iyilik halini kapsayan çok boyutlu bir kavram olup, bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (142).

Son yıllarda SYK kavramı sağlık alanında giderek önem kazanmakta ve merkezi bir araştırma konusu haline gelmektedir. SYK geniş boyutlu bir kavramdır. İnsan fonksiyonlarının hemen hemen tümü farklı düzeylerde bu kavramla ilgilidir. SYK sağlıkla ilgili müdahalelerin izlenmesi ve değerlendirilmesi, nüfus planlaması içinde temel teşkil edebilecek tanımlayıcı nitelikte bir kavramdır.

Sağlık bakımdaki gelişmeler sağlıkta yaşam kalitesi arayışlarının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Özellikle tam düzelmeyen mümkün olmadığı durumlarda yapılan yaklaşımların hastaya ne kadar yarar sağladığı mutlaka değerlendirilmelidir. Bu nedenle son zamanlarda tedavi ile elde edilen yaşamın süresinden çok, kalitesi önem kazanmıştır. Bu süreçte SYK, hasta çocuk veya adölesanın, hatta bazı durumlarda ebeveynlerin sosyal, psikolojik ve duygusal işlevselliğini de yansıtır. SYK, hastalık ve tedavi sürecinin tüm aile bireyleri üzerindeki etkisini, dolayısıyla da sosyal çevrenin hasta üzerindeki etkilerini de göz önüne almaktadır (144).

Yaşam kalitesi, çeşitli yaşam kalitesi ölçekleri ile değerlendirilerek standardize edilmekte ve veriler karşılaştırılabilir hale getirilmektedir (24). Elde edilen sonuçlar sağlık alanında yeni politikaların planlanması, hasta ve hasta yakınlarının hastalık sürecine en iyi şekilde uyum göstermesini sağlayan planların yapılması için de kullanılmaktadır (29).

Sağlık bakım ekibi üyelerinin de, hastaların hastalık semptomlarını zamanında ve sistematik olarak değerlendirmeleri, uygun girişimleri planlayıp, uygulamaları, çocukların ve ailelerinin yaşam kalitelerini etkileyen saptanabilir ölçütleri değerlendirmeleri gerekmektedir. Hastalığa bağlı kısıtlamalara rağmen, hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlamak, günlük aktivitelerini sürdürmelerini desteklemek sağlık bakımında çok önemlidir. Doyum veren bir yaşam için, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde bireye; önerilen tedaviye uyumun artırılmasına yönelik, sağlıkla ilgili yeteneklerini sonuna kadar kullanmasını sağlayacak davranış ve becerilerin kazandırılması gerekmektedir (88).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk-Çocukluk ve Günümüz Çocuk Paradigması

En bilindik şekli ile “Daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, 18 yaşına kadar her insan çocuktur” (6,135).

Çocuk; masum, duyarlı ve bağımlı bir varlıktır. Meraklı, canlı ve umut doludur. Bu dönemini neşe ve huzur içinde, yeni şeyler öğrenerek ve gelişerek geçirmesi mutlu bir birey olmasını sağlayacağı gibi, içinde bulunduğu toplumun mutluluğuna ve refahına da katkıda bulunur (6,135).

Çocuk doğanın hediyesidir. Ancak çocukluk toplumsal bir yaratmadır. Çocukların nasıl tasarlandığı ve nasıl algılandığı her zaman kültürel ve tarihsel bakış açısını yansıtır (51).

B.Franklin “Çocuk Hakları” adlı eserinde çocuk nedir? Sorusuna yanıt vermenin çok güç olduğunu tarihsel süreç içerisinde tanımın değişikliğe uğradığını söyler. Edebi eserlerinde desteği ile çocuk ve çocukluğun değişkenliğine atıf yaptıktan sonra, çocukluğun herhangi bir sabit döneme ait bir evrensel deneyim durumu olmadığını, iki yaş grubu arasındaki ayırım çizgisinin sadece tutarsız değil anlamsız da olduğunu, çocukların negatif bir şekilde yetişkin olarak tanımlanamayacağını, “çocuk” adlandırılmasının bir kronolojiden çok iktidarla bağlantılı olduğunu, çocukluk düşüncesinin son 400 yıldır Avrupa’nın ürettiği bir kavram olduğunu dile getirmektedir (63).

Hem çocukluk yaşantısı, hem de çocukluk kavramı yüzyıllar boyunca değişim göstermiştir. Birkaç yüzyıl önce insanlar, çocukluğu yaşamın farklı bir dönemi olarak görmemekte, yaşamın ilk on sekiz yılının belirleyici olduğunu ve daha sonraki gelişimin ve işleyişin temelini oluşturduğunu düşünmemekteydi.

Eski çağlarda çocuk hakkı kavramının bugünkü niteliklerde tanımlanmadığını hatta bu kavramla ilgili bilgilere rastlanmadığını söylemek mümkündür (36).

Eski çağlarda çocuğun yazgısının, annesinin yazgısına sıkı sıkıya bağlı olduğu görülmektedir.

Sümerlerde çocuklar üzerinde öncelikle babanın velayet hakkı vardı. Çocukların baba ve annelerine saygı ve itaati, baba ve annenin çocuklarına şefkat ve sevgisi esas olarak kabul edilmişti. Baba veya erkek kardeş yoksa çocuklar üzerinde anne velayet hakkına sahip oluyordu. Sümerlerde kural olarak kız çocuklarının miras hakkı yoktu.

Babil’de anne-babanın çocuklar üzerindeki velayet hakkı ve mirasçılığı Sümerlere benzer şekilde düzenlenmişti. Babil’de çocukların baba ve annelerine saygı göstermeleri zorunlu kılınmıştı. Buna aykırı hareket eden çocuklar hakimın kararıyla baba ve anneleri tarafından reddedilebilir, evden kovulabilirdi.

Eski Çin’de Ailede çocuklar anne-babalarına sevgi ve saygı göstermek zorundadır. Çocuklar hangi yaşta olursa olsun özellikle babasına saygı göstermek ve atalarına ibadet etmekle yükümlüydü. Bu yükümlülüğü yerine getirmeyenler cezalandırılırdı.

Eski Hint’te Çocuklara doğumlarından on iki gün sonra iki isim verilir ve bu isimlerden biri kullanılır ve diğeri de gizli tutulurdu. Çocuklara, sekizle on iki yaş arasında vedalar öğretilir ve onların yetişmelerine büyük bir özen gösterilirdi. Ailede, baba, çocukları üzerinde velayet hakkına sahipti.

Yahudilikte aile toplumun ve devletin önemli bir kurumu olarak görülmüş, çocuk bu önemli kurum içerisinde değerlendirilmiştir. Çocuklar baba ve annelerine itaat etmek zorundadır. İtaat etmeyen çocuklar dayak cezası ile cezalandırılabilir.

İran hukukuna göre ailenin başında koca yer alıyordu. Kadın ve çocukların babalarına karşı mutlak itaat görevleri vardı. Babasına itaat etmeyen çocuk kısmen mirastan mahrum edilirdi. Çocukların yetiştirilmeleri annenin görevidi. Her çocuk yedi yaşına kadar annesinin nezaretinde kalır, onun tarafından yetiştirilirdi.

Roma'da çocuklar üzerinde babanın sınırsız hâkimiyeti vardı. Aile babasının çocuğu öldürme, sokağa bırakma, başkalarına satma yetkileri vardı. Baba suç işleyen çocuğu yargılayıp cezalandırabiliyor, dilerse öldürebiliyordu (36).

Romalı filozof Seneca, çocuklarla ilgili olarak evden atılmalarını, sakat bırakılıp dilendirilmelerini onayladığını şu sözleriyle ifade etmiştir. “Sokakları dolduran sakat, çarpık, kötürüm çocuk sürüsüne bakınca, insanın gülesi geliyor. Ana babalar sokağa atmakla aslında onlara iyilik ediyorlar. Bu durumdan Cumhuriyetin zarar göreceğini hiç sanmıyorum” (6).

Demokrasi ve eğitim konusunda, önemli adımlar atmış olan eski Yunan dünyasında, çocuğun değerinin daha farklı olduğu görülmemektedir. Çocuklar güzel sanatlar ve spor dallarında yetiştirilmekteydi. Yunan dünyasının önemli isimlerinden Aristoteles çocuklarla ilgili babaların çocukları üzerinde sınırsız hakkını, haklı göstermekte ve bunu şu sözleriyle ifade etmektedir; “Bir efendinin kölesi, bir babanın da oğlu üzerindeki hakkı bir mülkiyet hakkıdır. Bu nedenle mülkiyete haksızlık söz konusu olamaz” , Eski Isparta'da ise çocuğun iyi yetiştirilmesi ve iyi bir savaşçı olması istenmekteydi. Bu nedenle çok sert kurallar uygulanmakta, çocuklar dövülmekte ya da bol bol kamçılanmaktaydı (6).

Çocuk yetiştirme uygulamaları, eğitim yöntemleri ve ebeveyn-çocuk ilişkilerinin belirlenmesinde biyolojik yasalar kadar kültürel yapı da etkili olmuştur. Toplumların gelişimi ve varlığının devamı, çocukların hayatta kalabilmek için yaşamlarının belirli bir dönemine kadar beslenmeye ve korunmaya ihtiyaçları olduğu gerçeğinin kabul edilmesi ile mümkün olmaktadır. Aynı şekilde, kendi varlığının ve hedeflerinin farkında olsa dahi, bilgisini ve kültürel geleneklerini çocuklarına aktarmayan hiçbir toplum

hayatta kalmaz." Bunlar, Philippe Aries'in tartışılır tezlerine bir tepki olan *Childhood in the Middle Ages* (Ortaçağ'da Çocukluk) adlı kitabın yazarı Shulamith Shahar'ın çıkarımlarından bazılarıdır (6).

Hıristiyanlığın doğuşuyla birlikte acıma, düşküne ve güçsüze yardım etme duyguları toplumda yayılmaya başlamıştır. Öldürme, çalma ve zina büyük günahlar arasında sayılmıştır. Tanrı korkusuyla da olsa, insancıl davranışlar oluşmaya bunun sonucunda da, çocuklar daha fazla korunup kollanmaya başlamıştır. Kilise kimsesiz çocukları alıp, din yolunda eğitmiş, çok geçmeden çocuklar kilise boyunduruğunda ezilmeye başlamışlardır. İncil'de, çocukların günah ürünleri olduğunu, anne babalara da onları bu günahlarından ve cehennemden kurtarmakla görevli olduğu yazmaktadır. Çocuk doğuştan var olan günahlarını çıkarmak için dövülerek terbiye edilmelidir (6).

Fransız nüfus bilimcisi ve sosyal tarihçisi P.Ariès, çocukluğun değişmez bir olgu olduğu konusundaki geleneksel varsayımları eleştirmekte ve Ortaçağ Batı toplumlarında modern anlamda bir çocukluk kavramının bulunmadığını ileri sürmektedir (14). P.Ariès, Ortaçağ Batı toplumlarında çocukluk kavramının olmadığını söylemenin, çocukların ihmal edildiği ya da sevilmediği anlamına gelmediğini de belirtmektedir. Çocukluk kavramı, daha çok çocukların kendine has özelliklerinin olduğunu ve bu özelliklerin onları yetişkinden ayırdığı yolundaki bilinç ile ilgilidir (39).

Çocukluğun keşfi süreci 13. yüzyılda başlamış, yansımaları 15–16. yüzyıl sanat tarihinde görülmüştür. Örneğin, 12. yüzyılda ki resimlerdeki figürler çocuğa hem benzemekte hem de tam olarak onu yansıtmamaktadır. 13. yüzyıl sanatında çocuğa benzer şekiller belirmeye başlamışsa da, bunlar gerçek değil, 'melekler' gibi dini içerikli figürlerdir. 15. ve 16. yüzyıllara gelindiğinde Meryem'in kollarındaki küçük İsa gibi anne-çocuk ilişkisini tasvir eden resimlerde modern çocuk kavramına benzer şekiller yer almaktadır. Ortaçağ topluluk resimlerinin birçoğunda, kadınların boyunlarına sarılmış, şövalyelerin uşağı olarak ya da çırak kıyafetinde çocuklara rastlanmaktadır (39,135).

Çocukluğun ayrı bir dönem olduğu, eğitimin çocuklukla sınırlandırıldığı 17. yüzyılda kabul edilmiş ve çocukluk kavramı gelişmeye başlamıştır. 17. yüzyılda çocukluk bir masumiyet ve zayıflık dönemi olarak görülüp yetişkinlere masumiyeti koruma ve zayıflığı güçlülüğe dönüştürme görevi verilmiştir. Bu dönemde çocuk, minyatür erişkin konumunun dışında görülmüştür. Matbaanın icadıyla, yazının yaygınlaşması dolaylı olarak çocukluk döneminin de farklı değerlendirilmesini sağlamıştır. Eğitimin yaygınlaştırılması ve çocuğun eğitimin ana odağı haline gelmesi çocuğa erişkin olmayan yeni bir pozisyon kazandırmıştır (112).

Rönesans'la birlikte kültürel ve düşünsel ortamda başlayan değişim 19. yüzyılda da devam etmiş ve çocukların diğer yetişkinlerden farklı bir sınıf olduğu anlayışı daha da pekişmiştir. Bu değişimde, ekonominin tarımdan sanayiye kayması, orta sınıfın gelişmesi, ailenin yapısının ve rolünün değişmesi, çocuk ölümlerinin azalması, boş zamanların artması, ana-baba-çocuk ilişkisinde duygusal bağın önem kazanması gibi etkenlerin de rolü olmuştur. Aydınlanma çağı filozofları, çocukluk anlayışı ve çocuk eğitimi konusunda yeni görüşler ileri sürmüşlerdir. Böylece, kendine özgü ve gittikçe gelişen bir çocukluk anlayışı ortaya çıkmıştır. Bu anlayış doğrultusunda çocuklar göçlerin, sanayileşmenin, şehirleşmenin olumsuz etkilerinden korunmaya çalışılmış, sağlık ve refahlarıyla ilgili önlemler alınmıştır. 20. yüzyılda ise çocuk, toplumun geleceğini belirleyen en önemli varlık olarak değerlendirilmiştir. Bu yüzyıl aynı zamanda, filozofların, eğitimcilerin, psikologların ve hukukçuların çocukları incelemeleri, onların gelişimleri ve hakları konusunda fikirler ileri sürmeleri dolayısıyla "çocuk yüzyılı" olarak da adlandırılmıştır (137).

Çocuğu günah ürünü ve doğuştan kötü gören Hıristiyanlık anlayışına karşı, Aydınlanma Çağı'nda karşıt bir görüş belirmeye başlamıştır. Bu görüş, çocuğun doğuştan iyi ve saf olduğu görüşüdür. Bu çağın ünlü düşünürlerinden J. Locke'a göre çocuğun zihni boş bir levhaya benzer. Bu boş levhaya ne yazılırsa, o kalır. Çocuk istendiği gibi, yoğrulup, istendiği biçime sokulabilir. Bu görüşe göre, çocuk iyi ve temiz doğar ama eğitilirse de olur. Bu yeni çocuk kavramı, Rousseau'nun en önemli söylemleri arasında yer almıştır. O, çocuğu küçük adam gibi ele alan bağınaz anlayışa

karşı çıkararak, çocuğun toplumda ve insanların elinde bozuluyor olduğunu dile getirmiştir. Çocuğa ve çocukluğa saygı duyulması gerektiğini ifade ederek ve “bırakın, çocuklar önce çocukluklarını yaşasınlar” demiştir. Böylece, çocuk eğitimi dinin tekeliinden sıyrılmış, toplum çocuğu tanımaya ve keşfetmeye yönlendirilmiştir (122). Birkaç yüz yıl öncesine kadar yaşamın ilk 18 yılının insan hayatında belirleyici olduğu, daha sonraki gelişimin ve işleyişin temelini oluşturduğu düşünülmemiştir. Daha yakın zamanlara gelindiğinde çocuk çok farklı konuma gelmiştir. J.J. Rousseau'nun *Emile* adlı eserinde “Romantik Çocuk Anlayışı” diye nitelendirilen görüş iki önemli vurgu taşımaktadır. Bunlarda ilki, çocuğun yalnız şu ya da bu amaç için değil, kendi başına önemli olduğu, yetişkinden farklı, özgün ve değerli psikolojik özellikler taşıdığı, ikincisi ise doğaya en yakın yaşam evresi olduğu yönündeki görüşlerdir. Artık çocuk erişkinlerin üzerinde hak sahibi olduğu sadece bakımının üstlenildiği bir gruptan daha farklı ve önemli, geleceğin erişkin neslini oluşturan bir potansiyel olarak görülmeye başlanmıştır (63,112).

Charles Darwin'in evrim kuramı, her alanda olduğu gibi, ruhbilim alanında da etkisini göstermiştir. Bu görüşe göre çocuk, doğuştan ne iyi ne de kötüdür. Yalnızca, değişen ve gelişen çevre şartlarına diğer canlılar gibi uyum sağlamaktadır. Hayvan türüne özgü dürtülerle olduğu gibi, insan türüne özgü yeteneklerle de donatılmıştır. Erişkin çağa, insanoğlunun geçirdiği evrim basamaklarından geçerek ulaşır, iyiye de kötüye de açıktır. Bunun sağlanması için ise, eğitim ve yaşantılar gerekmektedir. Günümüzde geçerli olan yaklaşım ise, bu yaklaşımdır (6).

19.yy ortalarından itibaren postmodern çağ olarak adlandırılan zaman dilimine giriş çocuk ve çocukluk kavramlarının yeni paradigmasını ortaya koymuştur. Bu dönem, II. Dünya Savaşı, Kadın Hareketi, Vietnam Savaşı sonrası geleneksel rol ve değerlerin geçirdiği değişime bağlı olarak postmodern aile, modern çekirdek aileden daha kozmopolit bir yapı olarak karşımıza çıkmıştır. Bu yapı yeni bir çocuk paradigmasını da zorunlu olarak ortaya koymuştur. Günümüzde postmodern süreçte ailede ebeveynler sezgisel bilgiden çok etkili ebeveyn olmak için bilgiye gereksinim duymaktadır. Bu alandaki çalışmalar çocuklar nasıl büyür ve gelişir sorusunun çocukları

nasıl büyütelim ile değiştirmiştir. Ebeveynlik bir teknik olarak görülünce çocuğun algılanması “yetkin”, hazır yaşamın tüm olanakları ile, meydan okumalarıyla uğraşabilecek birisi paradigmasına dönüşmüştür. Benzer şekilde adölesana ilişkin algıda da yenileşme oluşmuştur. Adölesanlar teknoloji, cinsellik, vb. konularda yetersizlik değil sofistike görünmektedir. Bu şekilde ifade bulan adölesan algısına baktığımız zaman yetişkin sorumluluğunun adölesanlara devredilmiş olduğunu görmekteyiz (50).

Çocukluk geleneksel kültürlerde sabit ve değişmez bir dönemi ifade etmediği gibi evrensel gelişme serüvenine de sahip değildir. Kavram tıpkı yetişkinlik kavramı gibi sürekli değişmektedir. Bütün bunlara rağmen modern çocuk paradigmasını yansıtan çocuk hakları bildirge ve sözleşmeleri bazı asgari müşterekleri ortaya koymaktadır.

Çocuk doğumdan ergenliğe kadar süren hayat dilimine ait olan insan yavrusudur. Bu dönem ruhça ve bedence insanın en güçsüz ve çok özel bir dönemini oluşturmaktadır. Geleneksel kültürlerde böyle bir dönem hiç yoktur ya da hızla geçirilmesi gereken bir dönemdir. Çünkü bu toplumlarda asıl olan yetişkinliktir.

Çocukluğu ortaya çıkaran toplumsal koşullar kadar zihinsel ve kültürel evrimde önemlidir. Bu nedenle çocukluk olgusu ile çocuğun nasıl ve ne tür yaklaşımlara konu olduğu sorunu bu çerçevede açıklık bulmaktadır

Çocuk, gelişen bir insan yavrusu, olgunlaşmamış, reşit sayılmayan küçük bir yurttıştır. Çocuk, doğanın bir hediyesidir. Çocukluk, üst sınırı belli olmayan bir çağdır. Bedensel ve zihinsel belirtilerin ergenlik çağına ulaşması ile çocukluk dönemi sona ermektedir (6). Bunların yanında günümüzde çocukluk, toplumsal bir yaratma sayılmaktadır. Çocukların nasıl tasarlandığına karşıt olarak, nasıl algılandığı her zaman toplumsal, tarihsel bir bakış açısını yansıtmaktadır.

Çocukluk yaşam sürecinin doğal ve değişmez bir basamağıdır. Ancak bebeklik doğal bir gerçeklik iken çocukluk sosyo-kültürel bir kavramdır. Bu nedenle diğer toplumsal kavramlar gibi norm ve değerlere göre, göreceli olarak belirlenir (135).

Çocukluk herhangi bir döneme ait evrensel deneyim değildir. Tarihsel olarak değişen kültürel bir yapıdır (63).

Çocukluğu ortaya çıkaran toplumsal koşullar kadar zihinsel ve kültürel evrimde önemlidir. Bu nedenle çocukluk olgusu ile çocuğun nasıl ve ne tür yaklaşımlara konu olduğu sorunu bu çerçevede açıklık bulmaktadır

Çocukluk, oyun oynayabilecekleri, büyüüp geliştirebilecekleri, yetişkinlerinkinden farklı olarak, ayrı ve güvenli bir ortam gerektirir. Çocukluk, salt doğum ile yetişkinlik arasındaki dönem olmanın ötesinde bir anlama sahiptir. Bu kavram, bir çocuğun yaşamındaki durumu ve koşulları, belirtilen dönemi oluşturan yılların kalitesini anlatır (75).

Doğumundan ölümüne dek insanı, çocukluk, ergenlik-adölesan (gençlik), olgunluk, yaşlılık gibi belirli dönemler içinde ele alan Yavuzer, ergenlik ve çocukluğu ayrı dönemler olarak sınıflandırmıştır. Yörükoğlu, süt çocukluğu, özerklik, oyun, okul, ergenlik dönemleri olarak belirlediği sınıflandırmada ergenlik dönemini 12–21 yaş arasında tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 10–19 yaş arası herkesi ergen olarak kabul etmektedir. Ergenlik süreci erken ergenlik (10–13 yaşlar), orta ergenlik (14–16 yaşlar) ve geç ergenlik (17–19 yaşlar) olmak üzere üç gelişim dönemi olarak ele alınmıştır (81).

2.1. 2. İslam Dünyası'nın çocuğa bakışı

İslamiyet'te çocuk dinin temel kaynağı olan Kur'an ile Peygamber'in söz ve eylemlerini içeren biçimde ortaya çıkmaktadır. İslamiyet çocuğa büyük önem vermiş, Kur'an-a göre çocuk anne baba için bir sınav olarak tarif edilmiştir. Ailenin büyük zenginliğine işaret edilen çocuğun hem bakımı hem de dini geleneklere göre doğru yetiştirilmesi oldukça önemli olarak tarif edilmiştir. Edep ve terbiyenin ön plana çıktığı, böyle yetiştirilen çocuğun ailesine ve çevresine zarar vermeyeceği açıklanmaktadır (39).

İslami dönem tıp eserlerine baktığımızda da çocuğun yetiştirilmesi ve sağlıklı ilgili uygulamalarda dikkat edilmesi gereken hususlar, hem halktan kişilerin okuyabileceği şekilde hem de hekimlere yol gösterici nitelikte hazırlanmıştır. Birçok tıbbi eserde mutlaka çocuk bahsinin yer aldığı görülmektedir (39). Bu eserlerden bazıları ise şunlardır:

Ebû Bekr Muhammed bin Zekeriyya er-Râzî (865–925)' nin Kitâbü't-Tecârib adlı eserinde çocuk hastalıkları ile ilgili vakalar çözümlemeleri yer almaktadır (4).

11 yy İbn-i Sina, El- Kanun Fi't- Tıbb başlıklı eserinde Çocuk Bakımı ve Çocuk Sağlığını ele alınıp anlatılmıştır (37).

M.S 12. yüzyılda yaşamış olan Hanefî kadısı Muhammed b. Mahmud al Asrushani, Müslüman çocuklarla ilgili kural ve düzenlemeleri içeren eserinde çocuk evlilikleri, çocukların yasal durumları ve ceza yasalarına ne ölçüde tabi oldukları konuları ile bağlantılı olarak çocuk bakımı ve korunması konularını sistematik olarak tartışmıştır. (27).

13. yy'da Hekim Bereket tarafından yazılmış olan Tuhfe-i Mübarizi'de çocuk hekimliği ile ilgili ayrıntılı bilgiler yer almaktadır (145).

14.yy'da Hacı Paşa (Celalüddin Hızır) 'ın Teshil adlı eserinin birinci bölümü, çocukluk döneminde bahsetmektedir (3).

Çocukluğun tamamen farklı bazı yönlerini, M.S. 14 yüzyılda yaşamış Şamlı bir Hanbelî kadısı olan İbn Qavyin al -Javziyya, *Tuhfat al-mawdud bi-ahkâm almawlud* adlı kitabında ortaya koymuştur. Eserin hemen başında çocuk sahibi olmanın önemi ve kız çocukları reddetmenin bir suç olduğu vurgulanmıştır. Daha sonra, cenin de dahil olmak üzere insan hayatının çeşitli evrelerinde, çocuk eğitimi, ahlak eğitimi, çocuk büyütmenin şartları ile ilgili çeşitli uygulama ve törenlerin anlatıldığı uzun bölümler yer almıştır (27).

Eşref bin Muhammed: tarafından 15 yy. da yazılmış olana Hazâ inü's-Saâdat başlıklı eserde yeni doğan ve çocuk bakımı ile ilgili ayrı bir bahis bulunmaktadır (49).

17.yy'da Şaban Şifai tarafından yazılmış olan Tedbir-al Mevlüt başlıklı eser Doğum ve Çocuk Hastalıkları ile ilgilidir (37).

18.yy Sâlih bin Nasrullah Gâyetü'l-İtkân fî Tedbîri Bedeni'l-İnsân'da adlı eserinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları başlıklı bir bölüm almaktadır (5).

19.yy Şânîzâde Atâullah Mehmed Efendi 'nin Mi'yârü'l-Etibbâ başlıklı eserinin son bölüm çocuk ve hastalıklar bahsine ayrılmıştır (2).

2.2. Hastalık ve Sağlık Kavramı, Bunun Çocuklarda Etkileri

Hastalık her ne yaşta olursa olsun yaşamı olumsuz etkileyen, bireyde fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler yaratan bir süreçtir. Özellikle bir grup olarak değerlendirilen çocuğun hastalık olgusuyla karşı karşıya kalması, bu süreci mümkün olan en az zararla sonlandırması için birçok anlamda desteğe ihtiyacı vardır.

Hastalık, tıbbi bir kavrama gönderme yapmaktadır. Hastalık, birtakım semptomlarla ortaya çıkan bir anomalidir. Rahatsızlık ise kişinin öznel olarak sağlıklı bir durumu deneyimlemesine işaret etmektedir. Kişinin ağrı, huzursuzluk ve benzeri durumlarını göstermektedir. Kişinin bir hastalığı olmadan kendini rahatsız hissetmesi ya da benzer şekilde rahatsızlık hissetmeden hasta olması olasıdır (28).

Sağlık, bireyin ve toplumun yeterli düzeyde fonksiyonel olması için gerekli ön koşuldur. Eğer sağlığımız yerindeyse pek çok aktiviteye katılabiliriz. Ancak hasta, sakat ya da sıkıntılıysak günlük yaşantımızın normal döngüsü sınırlanabilir ve sağlık durumumuzla o kadar meşgul olabiliriz ki diğer ilgi alanlarımız ikinci derecede önemli hale gelebilir ya da tamamen anlamını yitirebilir. Bu nedenle René Dubos sağlığın, fonksiyonel olma kapasitesi olarak tanımlanabileceğini söylemektedir (28).

Sağlık ve hastalık, kültürel ve sosyal olarak tanımlanmış kavramlardır. Neyin sağlıklı ve normal olduğu toplumdan topluma farklılık göstermektedir.

İnsan, bir davranış sistemi, toplumsal sistemin bir üyesi, kültürel sistemin bir katılımcısıdır. Hastalık evrensel bir olgu iken hastalığın algılanışı ve tedavi yöntemleri farklıdır. Bireylerin, grupların ve toplumların sağlık düzeylerini belirleyen pek çok sosyal faktör bulunmaktadır. Kişilerin karşılaştıkları sağlık problemleri, hastalık riskleri ve ölümlülük oranları doğrudan ya da dolaylı olarak pek çok sosyal faktörden etkilenmektedir. Öncelikle kişilerin ve toplumların yaşam tarzları ve yaşam alışkanlıkları hastalıklarını da büyük oranda etkilemektedir (28).

Günümüzde toplumların karşı karşıya oldukları hastalık riskleri birbirinden farklıdır. Gelişmiş ülkelerde bugün kronik hastalıklar bir numaralı sağlık problemiyken, gelişmekte olan ve gelişmemiş toplumlarda akut ve bulaşıcı hastalıklar en önemli sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Benzer şekilde aynı toplum içinde farklı gruplarda da sağlık düzeyleri açısından önemli farklılıklar görülmektedir. Örneğin alt sosyal sınıflara mensup kişiler, üst sosyal sınıflardan gelenlere göre daha sağlıksızdırlar ve yaşam süreleri de daha kısadır. Sağlık sadece biyolojinin konusu değildir, aksine pek çok sosyal, kültürel, politik ve ekonomik faktörlerden etkilenir (28).

Hasta olmanın ve hastaneye yatmanın her yaş grubundan çocuğun gelişimi üzerinde çeşitli etkileri vardır. Çocuk için hastalık ve buna bağlı olarak hastaneye yatma onu korkutan, rahatsız eden bir deneyimdir.

6–12 yaş dönemi okul çocuğunun büyümesi yavaş ve düzenlidir, aslında bu yaş grubu çocuk daha küçük yaştaki çocuklara göre daha az hastalanır. Yavaş yavaş bağımsız yaşama düzeni geliştirmeye çalışır. Jean Piaget bu dönemi çocuğun düşüncelerini gerçek şekilde uygulaması, özel ilişkilerin ve önemli becerilerin kazanılması dönemi olarak adlandırır. Moli ve Russell Smart bu yaşları, çocuğun düşünce ile nesnel arasındaki bağlantıyı kurmaya başladığı yaşlar olarak belirtirler. Bu yaş grubu çocuğunun heyecanı ve bilinmeyen özellikleri diğer yaşlara oranla daha çok önem taşır. Çocuğunun iyi ilişkiler içinde ailesinden bağımsız olarak kararlar vermesinde fiziki ve toplumsal becerilerini geliştirip uygulamasında serbestlik gerektiren çevre önemlidir. Sağlıklı bir okul dönemi çocuğunda hastalık ve normal dışı olaylar karşısında ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir. Hareketleri sınırlandırıldığında

fiziksel faaliyetleri durdurulduğunda bundan büyük bir rahatsızlık duyar. Çocuğun hastalığından dolayı bağımlı olma haline birçok faaliyetlerinden yoksun olmasına endişelerle dolu yeni bir yaşantıya tepki göstermesine neden olabilir. Hastaneye yatan okul dönemi çocukların, aile, çizgi filmler, kitaplar, oyuncaklar, müzik, bilgisayar-TV, okul, dersler, arkadaşlar gibi ilgi alanları öncelikli olarak belirlenmelidir (14).

12–17 yaş adölesan dönemi çocukluktan yetişkinliğe bir geçiştir biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri içeren özel bir gelişme dönemidir. Birçok alanda daha aktif ve bağımsız bir rol üstlenen bu grup için kişiliği aramak, değer sistemlerini oturtmak, mesleki ve sosyal rolleri bağımsız hale getirmek adına birçok düzeyde gelişim izlenmektedir. Bu yaş grubundaki hastalar için hastaneye yatmak, özellikle zor olmaktadır. Çünkü bu grup hastalığın dış görüntülerine zarar vereceğinden, vücut fonksiyonlarını azaltacağından ve karşı cins ile olan ilişkilerini tehdit edeceğinden korkmaktadırlar. Ayrıca fiziksel faaliyetleriyle ilgili kısıtlamalara karşı koymakta atletik yeteneklerini geliştirebilecekleri konusunda endişe duymaktadırlar. Hastaneye yatan adölesan grubun öncelikli ihtiyaçları; aile, ilgi alanları-hobileri, spor, müzik, televizyon, bilgisayar, kişisel alan, kitaplar, telefon-internet, arkadaşlar, okul gibi öncelikli alanları 6–12 yaş grubu ile kısmen kişisel ihtiyaçlarda farklılık göstermektedir (14).

2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi (YK) kavramı, tüm dünyada yeni gündeme gelen, gün geçtikçe daha da ilgi çekmeye başlayan bir konudur. Yaşam kalitesi yaşamdaki gereksinimlerin ve beklentilerin karşılanma düzeyi, bireyin beklentileri ile yaşadıkları arasındaki fark (24) olarak tanımlandığı gibi, kişinin yaşamdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesi, bireyin içinde yaşadığı kültürel değerler sistemi ve kendi beklentileri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı ve sağlık sorununa veya ona yönelik girişim sonucu ortaya çıkan işlevsel durumun birey tarafından öznel algılanışı (57,74) gibi birçok farklı tanımlarla karşımıza çıkmaktadır.

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihsel geçmişi felsefe ve tıp alanında çok eskilere dayanmaktadır. Aristoteles yazılarında mutluluğun doğasına ve ‘iyi bir yaşam’ için

insanlara gerekli olan konulara değinmiştir. Aristoteles ve ardından gelen birçok filozofa göre yaşamın temel amacı en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmak olarak tanımlamıştır. Böylece bu hedefe ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olmaktadır. Tıp alanında ise Hipokrat zamanında hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarının giderilmesi sırasında olabildiğince iyilik halini en yükseğe çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretilmekteydi (27).

Terim olarak yaşam kalitesi, ilk olarak 1920’lerde ifade edilmeye başlanmış, 1960’lara kadar bu kavram üzerine geniş açıklamalar yapılmamıştır. 1970’ler den günümüze bu kavramla ilgili genel ölçüm araçları geliştirilmiştir. 1980–1990 yılları arasında hastalığa özgü metodolojik sıkıntılara çözüm aranırken analitik yaklaşımlara ek vurgular yapılmıştır (124).

1991–2000 yılları arasında 30813 makale de yaşam kalitesi kavramın gözden geçirildiği görülmektedir. Ancak tüm bu çalışmalarda %30–50 oranında sadece yaşam kalitesinden söz edilmekte olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesinin belirlenmesine ilişkin bir ölçek kullanılma oranı ise %2–7 olarak gerçekleşmişti. 2000’li yıllara kadar yaşam kalitesinin ölçümü ile ilgili farklı ölçekler üzerinde çalışılmıştır (89).

Günümüze kadar yaşam kalitesi konusuna odaklı ölçek kullanımı 24500’e ulaşmıştır. Konuya odaklı yayın sayısı her geçen gün artış göstermektedir.

Sosyal ve sağlık bilimlerinde YK kavramı çok fazla yer bulmakla birlikte, çok faktörlü bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Calman ve arkadaşları YK’ni hastaların beklentileri ile elde ettikleri arasındaki fark (81), Hunt ve arkadaşları ise YK’ni gereksinimlerin belirlenmesi olarak tanımlamaktadır. Henüz elde edilmemiş olsa da bu gereksinimler YK’ni yakalayabilmek için kişinin yaşamı boyunca ortaya koyduklarını yansıtmaktadır. Gill ve arkadaşları “hastaların kendi sağlık durumları ve/veya yaşamlarının sağlık dışında kalan alanı ile ilgili olarak hissettiklerini gösteren, kişisel algı olarak YK’ni ifade etmişlerdir (57). Young ve Longman ise, yaşam kalitesini algılanan yaşam koşullarından memnun olma derecesi olarak tanımlamışlardır (144).

Farklı bakış açıları ise YK'ni, yaşamı karakterize eden atıfların pozitif veya negatif olmasını tayin eden bireysel yönde yapılan açıklamalar olarak tanımlar (65,70).

Katschnig, yaşam kalitesi kavramının çok geniş bir içeriğinin olduğundan bahsetmekte üç başlıkta ele almaktadır. İnsanın hayatının gidişatı ve hayat olanaklarından öznel doyum elde etmesi, kişinin sosyal rollerinde nesnel fonksiyonelliğinin olması ve dışsal kaynakların bulunması. Örneğin; araçsal ve finansal çerçeve koşullarının ve sosyal destek olanaklarının bulunmasıdır. Ferrans yaşam kalitesi tanımını normal bir yaşam sürdürmedeki beceri, mutluluk ve memnuniyet, kişisel hedeflere ulaşabilme, sosyal açıdan yararlı bir yaşam sürdürebilmedeki beceri ve bedensel ve/veya ruhsal beceriler olmak üzere beş farklı sınıflandırma içerisinde ele alınabileceğini ifade etmektedir. Williams ise YK'ni kültür, değer, hedef ve beklentileri ile ilişkili olarak yaşadığı mevcut durumu algılama düzeyi olarak tanımlar (24,115).

Yaşam kalitesinin öznel bir değerlendirme süreci olduğu dikkate alınacak olursa, kişilerin gündelik yaşam içerisinde yaptıkları atıfların onların yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılabilir. Nitekim Cheng ve Furnham atıf tarzlarının, mutluluk ve psikolojik sağlamlıkta önemli yordayıcı değişkenlerden biri olduğunu ortaya koymuşlardır. Yine Bullinger, rehabilitasyon hizmetlerinin değerlendirilmesinde sağlıkla ilişkili denetim odağının ve yaşam kalitesinin ölçüt olma özelliği üzerinde durmuşlardır. Dağ, iç kontrol odağı inancının, daha iyi bir duygusal uyumla, bir başka değişle, psikolojik sorunların azlığıyla, öznel iyilik haliyle ve stresle daha iyi başa çıkabilmeyle ilişkili olduğunu belirtmektedir (22,26,33).

Fiziksel belirtilerin türü, yoğunluğu ve bunun yol açacağı ağrılar kuşkusuz bireylerin yaşam kalitelerini doğrudan etkileyebilmektedir. Fiziksel belirtilerin sık ve yoğun olduğu kimseler gündelik yaşamlarında gerekli olan fonksiyonelliklerini yitirebilmektedir. Nitekim Carlsson, Larsson ve Mark, baş ağrısı olan öğrencilerin daha fazla somatik yakınma, stres ve psikolojik belirti gösterdiklerini ve buna bağlı olarak okula devam etmede güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu tarz problemi olan kişiler,

bireysel ve çevresel uyum problemleri yaşamaktadırlar; ancak yine de bu semptomların kişileri rahatsız etme düzeyleri bazı değişkenler tarafından etkilenebilmektedirler (115).

Rhee, çocuk ve gençlerin yaş, cinsiyet, ergen gelişimi, etnik kökeni gibi demografik faktörlerden; özellikle benlik saygısı, depresyon, kaygı gibi psikolojik ve davranışsal faktörlerin fiziksel semptomlarla ilişkisinde farklılık doğurabileceğini belirtmekte, buna ek olarak aile, ebeveyn, akran grubu, okul ve hatta toplum ekolojisinin fiziksel semptom yakınmaları üzerinde etkili olduğunu söylemektedir (103). Birçok araştırma sonuçları fiziksel belirtilerin frekansı ve şiddeti ile yaşam kalitesi arasında ilişkinin olduğunu ortaya koymaktadır. Fiziksel belirtinin kapsam ve içeriğinin “hasta olma durumuyla” ilişkili olduğu düşünülecek olursa bunun nedeni kolaylıkla anlaşılabilir (22,33,103,115).

Yaşam kalitesi kavramının ve ilgili göstergelerinin geliştirilmesinde gündemde kalan günümüzün insanını merkeze alan, dünyasında iyi yaşamın ne olduğunun insanların seçmelerine dayandırılmasının gerekli olduğuna vurgu yapan bir akım vardır. İyi yaşamın ne olduğu ancak öznel olarak saptanır durumdadır. Öznel ölçütlere dayanan bir yaklaşım, yapılacak planlamalarda birçok kavramsal sorun ortaya çıkaracaktır. Bunu için geliştirilecek ölçütlerin olabildiğince nesnel olması gerekmektedir. Öznellik ve nesnellik düzeyinin belirlenmesinde sürekli bir çatışma bulunmaktadır (136).

2.3.1.Yaşam kalitesinde öznellik

Yaşam kalitesi bireysel düzeyde ele alındığında büyük ölçüde öznel değerlendirilmelere ve algılamalara dayalı kalmaktadır. Öznellik bireyin ruhsal sağlığı, mutluluğu ile yaşamdan alınan hazzı ifade eden öznel huzuru ve iyilik halini ortaya koymaktadır. Geçmişte, bugün yaşam kalitesi olarak ifade edilmek istenen durum mutluluk ve haz kavramıyla anlam bulmuştur. Bu nedenle bugün bile yaşam kalitesi mutluluk kavramıyla eş anlamda tanımlanmaktadır (23). Mutluluk bazı çalışmalarda

öznel ve nesnel olarak iki açıdan ele alınmıştır. Ancak büyük ölçüde mutluluk insan duygularını ifade eden bir kavram olduğu için özneliği daha ağır basmaktadır.

Öznel mutluluk kişinin iç dünyası ile ilgilidir. Bu nedenle açıklanması ve tanımlanması oldukça zordur. Felsefi değerlendirmelerde de mutluluk açıklanması ve ölçülmesi mümkün olmayan göreceli, sürekliliği olmayan duygu durumu olarak tanımlanmaktadır (138). İlk çağ filozoflarından Aristoteles mutluluğun ruhun mükemmel uygun etkinliği olduğunu söyledikten sonra bunu “eudaimonia” kavramıyla açıklamıştır. Aristoteles’e göre insan yaşamının eyleminin amacı “eudaimonia” yani mutluluktur. İnsan sürekli mutluluğu arar. Analiz ettiği mutluluk için, yaşamdaki sağlık, servet, ün ve dostluk gibi koşullara bağlı olguların var olduğuna inanır ama mutluluğun asıl temel bileşeninin insanın aklını kullanması olduğunu da belirtir (11). Ona göre her objenin bir işlevi vardır. Bu işlev onun belirgin ve ayırt edici en temel özelliğidir. Her objenin amacı iyi bir yaşamdır ve buna ancak işlevlerini yerine getirerek ulaşabilir (77). Aristippus (MÖ 435–366) ise “hedonizm” veya hazcılık olarak bilinen öğretiyi geliştirmiştir. Bu öğretiye göre mutluluk haz aramaktır. Yaşamın amacı mümkün olduğunca çok haz almaya yönelmektir. Ancak gerçek haz sürekli olandır. Hedonizmin etkilerini 19.yy düşünürlerinden Jeremy Bentham’ın (1748–1783) çalışmalarında da görmek mümkündür. Aslında faydacı (utilitarian) düşüncenin temeli olarak kabul edilen Bentham’ın öğretisi “en yüksek mutluluk” diye adlandırdığı, “en çok sayıda insanın en yüksek düzeyde mutluluğu” ilkesine dayanmaktadır (96).

Öznel iyilik ya da mutluluk aslında sosyal psikolojinin ilgi alanına girmekte ve kişinin kendi yaşamını değerlendirerek bir yargıya varmasını ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle kişinin kendi yaşamını nasıl değerlendirdiğine atıfta bulunmaktadır. Kısaca yaşamın genel bir değerlendirilmesi sonucu ulaşılan yargıdır. Öznel mutluluk zihinsel bir faaliyet olup, bireyin kendi yaşamının bütünüyle kendi değerlendirmesi sonucu ulaştığı olumluluk derecesidir. Yaşamın anlamını, maneviyat ve kendini tanıma ile ilgili boyutları da vardır (117).

Öznel iyilik halinin ölçülmesinde kullanılan temel yöntem genellikle kişinin mutluluk ve memnuniyet derecesine yönelik kendi kendine hüküm vermesi ve değerlendirmesine dayalı çalışmalardır. Öznel olarak ifade edilen cevapları nesnel biçimde doğrudan erişilebilir dışsal ölçütlerle ölçebilmek ise mümkün değildir. Dolayısıyla kişisel değerlendirmelerde yanıt veren kişinin kendisine ilişkin sorulara doğru ve tarafsız yanıtlar vermemesi durumunda gerçek bir yargıya ulaşmak mümkün olmayacaktır. Bu nedenle öznel değerlendirmeler de her zaman için sorunlu olabilecek sonuçlara ulaşılması olasıdır. Bu nedenle yaşam kalitesi analizlerinde öznel mutluluğa ilişkin sonuçlar önemli olmakla birlikte yetersizdir. Öznel mutluluk düzeyi yaşam kalitesinin tümünü değil sadece bir boyutunu oluşturmaktadır.

2.3.2.Yaşam kalitesinde nesnellik

Nesnellik; bir bilginin benzer koşullarda ve aynı araçlar kullanıldığında yinelenebilir ya da herkesçe paylaşılabilir olmasıdır (121).

Yaşam koşulları gündelik yaşamı doğrudan etkileyen ekonomik, sosyal ve kültürel koşulların toplamıdır. Kişilerin iş, aile barınma, arkadaşlık gibi her gün olağan biçimde yaşadıkları genel sosyal ilişkiler ve tüketim biçimleri ile yansıyan genel geçim standartlarını anlatmak üzere kullanılır. Ekonomik ve sosyal koşulların bireysel olarak değerlendirilmesi ve algılanmasının ölçüm ve analizinden ziyade, bağımsız bir biçimde sosyal olguların nesnel ve somut bilgiler ve istatistiklerle gösterilmesine dayanmaktadır. Yaşam koşullarının en önemli özelliği dışsal, ölçülebilir niteliğe sahip olmasıdır. Yaşam kalitesi yaşam koşullarına ilişkin temel göstergeler ile ilgilidir. Yaşam koşullarının düzeyi bireyin ve toplumun yaşam kalitesini belirlemektedir. Yaşam koşullarının ve dolayısıyla yaşam kalitesinin belirlenmesi için somut ve düzenli biçimde izlenen “sosyal göstergelere” gereksinim vardır (117).

Son yirmi yıl içerisinde yapılan çalışmalarda yaşam kalitesini, bireysel temelli bir anlayış çerçevesinde yorumlamak eğilimi ağırlık kazanmıştır (115). Ölçeklerin

geliştirilmesindeki temel nokta bireyin beklentileri ve algısının ortaya konulması ve bireyin farklı yönleriyle değerlendirebilmesidir.

2.3.3. Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK)

Yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Ayrıca “yaşamın niteliği” ideolojisinin gelişmesi, tıp uygulamaları içinde de etkisini göstermektedir. Bunun sonucu olarak doktorların sadece hastayı yaşatması değil, yaşamaya devam eden bireylerin yaşam kalitesine de önem vermesi gerektiği fikri kabul görmektedir. Artık günümüzde tıbbi tedavinin değerlendirilmesinde fiziksel ve fizyolojik parametrelerin ölçümü ile saptanabilen; yakınmaların azaltılması veya yaşam süresinin uzatılması gibi göstergeler yetersiz kalmaktadır. Hastanın bakış açısını da içeren yeni kriterlerin bu değerlendirmeye dahil edilmesi gerekmektedir. Tıbbi bakım ve tedavinin birincil amacı belki de sadece yaşam süresini uzatmak ve kür sağlamak değil, “Yaşam Kalitesi”nin de birlikte sağlanması olmalıdır (95).

Hörnquist'e göre, sağlıkta yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde mutlaka ele alınması gereken konular şunlardır:

Biyolojik Alan: Beden sağlığı, çeşitli beden fonksiyonları, özgül hastalık/yetersizlik semptomları ve ağrı (sıklığı, yoğunluğu, süresi), yan etkiler, yara iyileşmesi gibi durumlar,

Psikolojik Alan: Esenlik, algılama, etkileşimler, öğrenme, mantık, yaratma yeteneği, vb. gibi bilgisel ve pratik yeterlilik,

Sosyolojik Alan: Bir bütün olarak yaşam, tümüyle sosyal yaşam, genel sosyal etkileşimler, aile yaşamı, cinsel yaşam ve sosyal etkileşim kapasitesi,

Davranış Aktivite Alanı: Tüm aktif yaşam, öz bakım gücü, hareket, çalışma kapasitesi, temel alışkanlıklar, çalışma arzusu, yeme, içme, uyku ve diğer alışkanlıklar,

Maddi Alan: Bireysel ekonomi, barınma durumu, özel destekler, işten sağlanan kazanç,

Yapısal Alan: Yaşamın anlamı, sosyal statü, sosyallik görüşü (95).

1980'lerde sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirme çabaları, sağlık sonuçlarını objektif değerlendirmek ve ölçebilmek için yeni çalışmaların yapılmasına yol açmıştır. Kişinin kendisi tarafından bildirilen verilerden elde edilen hasta tecrübelerinin değerlendirmeleri, "yapı-süreç-çıktılar" üçlüsünün hasta merkezli çıktılar bölümünü oluşturur. İyi bir süreci, iyi bir süreç ise iyi bir çıktıyı (kaliteli yaşam) getirecektir. Sağlıkta yaşam kalitesi, sağlık hizmeti sunumunun önemli içeriğini tanımlayan yapıdır (52). Yaşam kalitesi; iyilik halinin ölçülmesi olarak tanımlandığında iyilik halini ölçen boyutları farklı pek çok ölçekle değerlendirmektedir. Ancak genel yaşam kalitesi ölçeklerinde var olan boyutlar kısmen birbiri ile tutarlıdır.

Sağlık Düzeyindeki Değişim; Demografik, Biyokimyasal, Antropometrik, Fonksiyonel boyutta gerçekleşir, boyutların her biri, hekim ve sağlık ekibi merkezli nesnel bir yaklaşımla tanımlanabilir.

Birey merkezli yaklaşımda bireyin beklentileri; Uzun Yaşam, Normal Fonksiyonlar, Ağrısız ve Semptomsuz yaşam, İyatrojenik sorunlara maruz kalmamak, Finansal sağlık, Kendinden hoşnut olmaktır (92).

Bireyin beklentileri ve algısının ortaya konulması bireyi farklı yönleriyle değerlendirebilmeyi gerektirmektedir. Bu amaçla değerlendirilen en önemli kavramlardan biri de yaşam kalitesi olmaktadır.

2.3.3.1. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçümleri ve nesnellik

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, uygulamalarının gerçekten istedik ilerleyip ilerlemediği değerlendirilir. Bu değerlendirme için de anlamak istenilen çeşitli nicelikler vardır. Bir grup nicelik hastaya aittir, hastanın durumunu anlamak için nabzına bakılır, dakika sayısı belirlenir, ateşi ölçülür. Daha önemlisi, tedaviden sonra bu sayma ve ölçmeler tekrarlanır, aradaki farklardan hastanın iyileşme seyri anlaşılmasına çalışılır.

Farklı tedavilerin etkilerini karşılaştırmak için de hastalık bulgularının düzelmesine bakılır ya da yaşam süresi ölçülür. Bütün bu sayma ve ölçmelerin en yararlı yönü, nesnel olmayı sağlamasıdır, yani sayma ya da ölçmeyi yapan kişi aradan çekilmiştir. Ancak bütün bu sayma ve ölçmeler, bazı kabulleri zorunlu kılar, örneğin yaşam yıllarını sayıyorsak, farkında olarak veya olmayarak, bütün yılları birbirine eşit kabul etmiş oluruz. Bir başka kabulümüz de, ölçümleri yapan kişilerin, yani sağlık profesyonellerinin bu konudaki yetkisini benimsemiş olmaktadır.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra sağlık hizmetleri alanında, nesnel olarak ölçülen değerlerin yetersiz kaldığı durumlar ortaya çıkmıştır. Bunlar; 1- Hastaların birbirine özdeş özneler olmadığı görülmüştür. Bir hastanın yakındığı durumdan başka bir hasta rahatsız olmuyor, bazen de hekimin iyileştirdiğini düşündüğü bir hastanın yakınmalarının devam ettiği gözlenmiştir. Artık hekim veya diğer sağlık profesyonelleri nesnel saptamalarının mevcut durumu yeterince ifade edemediğine karar verdiler. 2- Toplumsal gelişmelere paralel olarak, paternalist, geleneksel otoriter hekim rolü, yerini hasta merkezli bir hekim hasta ilişkisine bırakmıştır. 3- Kronik hastalıklar tıbbi tedavi ve uygulamalar içinde daha çok yer almaya başlamış, bu nedenle hastalığın tam remisyona sağlanamadığı durumların da tanımının yapılması gerekir olmuştur. Sağlık, 1946'da Dünya Sağlık Örgütü tarafından ortaya atılmış ve genel olarak sağlık camiasında benimsenmiş olan tanımının da yetersiz kaldığı düşünülmüş bunun üzerine bireylerin hayatının niteliği (kalite, "quality") üzerinde yeniden düşünmesi gündeme gelmiştir. Sonuçta gerek sağlık profesyonelleri, gerekse sosyal bilimciler "yaşamın niteliği", yani "yaşam kalitesi" ("quality of life", "QoL") kavramı üzerinde durmaya başlamışlardır. Ancak kendi çalışmalarının diğer alanlarda benzer konudaki uygulama ve kavramlaştırmalardan farklı olduğunun görülebilmesi için de sağlıkta yaşam kalitesi, SYK ("health-related quality of life", "HRQoL") kavramı ortaya çıkmıştır (60).

Yeni bir kavram, yeni ölçüm araçları gerektirmektedir. Bu nedenle, yaşam kalitesi çalışmalarının en önemli bölümünü ölçek çalışmaları oluşturmaktadır. Danimarka Yaşam Kalitesi Merkezi, bir yaşam kalitesi çalışmasının yedi özelliğini şöyle listelemektedir.

1-Tanım: Yaşam kalitesinin açık bir tanımı,

2-Felsefe: Yaşam kalitesi tanımının üzerine oturduğu bir yaşam felsefesi,

3-Kuram: Bu felsefeyi şu iki yöntemle işleyebilen bir kuram:

a. Felsefeyi, bir bütün olarak açık, kapsamlı ve ayrıntılı sorulara indirgeyebilme,

b. Her bir sorunun görece ağırlığını saptama.

4-Yanıt seçenekleri: Kesikli bir cetvel üzerinde niceliksel olarak yorumlanabilecek bir dizi yanıt seçenekleri.

5-Teknik kalite: Yeniden üretilebilirlik (“reproducibility”), duyarlık (“sensitivity”) ve uygun biçimde sıralanabilme yönünden teknik kalite,

6-Anlamlı bir araştırma konusu: Hem araştırmacılar, hem yanıt verenler, hem de sonuçları kullanacaklar için anlamlı bir konuda araştırma.

7-Estetik: Estetik boyuta yeterince saygı gösterilmiş olması (düzgün, anlaşılabilir formlar, vb)

Hastaya ne hissettiğini sormayı öngören ve sağlık durumunu bütün boyutları ile ele almak gibi zor bir amaca yönelmiş olan “yaşam kalitesi” kavramı, yalnızca nicelikleri değil, nitelikleri de ölçmeyi hedeflemektedir (60).

Fiziksel, psikolojik, sosyal ve davranış fonksiyonları genel iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeklerinin değerlendirilmesinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alt boyutların olması mutlak olarak önerilmiştir. Araştırmalar, yaşam kalitesindeki en önemli faktörlerin sosyal destek ve aile desteği olduğunu göstermiştir. Hastaların, ailelerin ve sağlık profesyonellerinin bir hastanın yaşam kalitesi tecrübesi için ortak olarak önemli olduğunu kabul ettikleri öğeler; fonksiyonel kapasite, iyilik halinin algılanması ya da algılanmaması ve hastalık ya da tedavinin semptomlarıdır. Kişilere en yakın ve en yakın geçmişte oluşmuş alanlar öznel iyilik halini etkileyen faktörlerden olmuştur (92). Farklı hasta ve hastalık durumlarında, yaşam kalitesiyle

ilgili boyutlar hakkında daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Özellikle gruplar burda önem kazanırken, çalışmalarda ortaya çıkan boyut farklılıklarına göre de yaklaşımda bulunmak gerekmektedir. Genel bir yaşam kalitesi puanlamasının dışında bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ölçeklerde istenen nesnelliğe ulaşmakta kolaylık sağlamaktadır.

2.3.3.2. Çocukta yaşam kalitesi ve önemi

Bir toplumun kalkınabilmesi, ilerleyebilmesi o toplumda yetişen çocukların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı olması ile yakından ilişkilidir.

Çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi erişkinlerden bazı farklılıklar göstermektedir. Erişkinlerde yaşam kalitesini değerlendirirken kullanılan alanlardan birisi olan fiziksel işlevselliği değerlendirebilmek için iş yaşamı, öz bakım, aile içindeki görevler, merdiven çıkabilme, evi süpürebilme gibi aktivitelerine bakılırken. Çocuklarda yemek yiyebilme, kendi basına tuvalete gidebilme, banyo yapabilme, gündelik işleri yerine getirebilme ve oyun oynama gibi aktiviteler değerlendirilmektedir. Erişkinlerde sosyal işlevsellik değerlendirilirken okul alanı ya da arkadaş ilişkisi çok önemli değildir. Çocuklarda yapılan sosyal işlevsellik değerlendirmesinde ise, arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi önemli bir yer tutmaktadır (31).

Çocukların gelişim dönemleri nedeniyle yaşam kalitesinin değerlendirilmesi hem erişkinlerden hem de kendi içindeki değişik dönemler (süt çocukluğu, okul öncesi, okul ve ergenlik dönemi) arasında farklılık göstermektedir. Kronik bir hastalığı olan çocuk da normal çocukların gelişim basamaklarından geçmekle birlikte, çocuğun mental ve motor gelişimini olumsuz şekilde etkileyen bir kronik hastalık olduğunda; bu basamakların başarı ile geçilmesi oldukça zor olmaktadır. Gelişimsel dönemler ve

özellikleri nedeniyle bir ölçek uygulanmadan önce çocuğun bilişsel ve dil gelişiminin yeterli olup olmadığı mutlaka göz önüne alınmalıdır (57).

Tüm yaş gruplarında çocuğun hastalığı algılayışı yaşam kalitesini belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Okul öncesi çocuklar hastalığı bir sihir ürünü veya kötü davranışın bir sonucu ve tedaviyi de bunun cezası olarak algılayabilir (135). Bu yaş grubundaki çocukların tedavinin gerekçelerini anlamakta güçlük çektiği, ağrı gibi yaşam kalitesi ölçütlerinden bazılarını değerlendirerek ifade etmekte zorlandıkları düşünülmekle birlikte, Harbeck ve Peterson'un çalışmasında gelişimsel döneme uygun sorularla 3 yaşındaki çocukların bile ağrıyı tanımlayabildikleri gösterilmiştir (136).

Okul çağı çocuklarının gelişiminde okulun çok önemli bir rolü vardır. Bu yaş grubunda hastalık öğrenme ve ders başarısını kötü yönde etkileyerek uzun dönemde çok ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Hastalık veya tedavinin yol açtığı halsizlik ve yorgunluk nedeniyle okula devamsızlık, spor faaliyetlerine katılamama, bunun sonucunda da sosyal ilişkilerde ve özgüvende bozulma görülmektedir (24).

Adölesanlar'da ortaya çıkan hastalık bu dönemde kazanılan otonomi ve bağımsızlık yetisini etkilemektedir. Hastalık nedeniyle ebeveynlere olan bağımlılık devam etmekte ve ebeveyn-çocuk ilişkisi bozulmaktadır. Eğitimle ilgili önemli karar aşamalarının ve sınavların olduğu bir dönem olduğundan gelecekle ilgili birçok plan da hastalıktan etkilenmektedir. Küçük çocuklar hastalıkla ilgili daha kısa bir açıklamayla tatmin olurken bu yaş grubundaki çocuklar hastalığın nedenleri, oluş mekanizması ve tedavi süreci gibi konularda daha kapsamlı bir açıklamaya gerek ve bilgiye duymaktadır. Ayrıca, hayatı tehdit eden durumları daha küçük çocuklara göre daha iyi kavrayabilmektedirler (24).

Çocuklarda psikolojik durum değerlendirmesinde en önemli sorunlardan biri de çocukların soruları anlayıp anlayamadığıdır. Bu nedenle bu bölümde de güvenilir sonuçlar elde edilebilmesi için çocukların gelişim dönemlerine uygun tarzda sorular hazırlanması gerektiği unutulmamalıdır (57). Çocuklarda, DSÖ tarafından majör

değerlendirme kısımları olarak belirlenen fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevsellik değerlendirmeleri dışında bazı ölçütlerin de kullanılması gerektiği düşünülmektedir. Bunlar arasında bilişsel işlevsellik, otonomi ve beden algısı örneklenebilir. Bilişsel işlev hastalık nedeniyle her yaştaki çocukta ve erişkinlerde etkilenmekle birlikte, yaş küçüldükçe bu etki artmaktadır. Otonomi ise bağımsızlığın ilan edildiği ve karar alma mekanizmasının geliştiği adölesan döneme özgü bir özelliktir. Beden algısı da en fazla adölesan dönemde önem kazandığından erişkinlerden farklı olarak çocuklarda yaşam kalitesi ölçütü olarak kullanılması gerektiği düşünülmektedir. Bilişsel işlev öğrenme yeteneği, anlama ve hatırlama olarak tanımlanabilir. Okula devamsızlık, motivasyon eksikliği, öğretmenler veya ebeveynlerden beklentilerde değişme gibi birçok faktörden etkilenmekle birlikte kronik hastalık ve tedavi süreci bilişsel fonksiyonları tek basına bozabilmektedir. Bu etkilenme özellikle daha küçük yaşlarda hastalığa yakalanma ile doğru orantılıdır (4). Adölesan dönemin temel özellikleri otonomi ve bağımsızlık kazanma, karşı cinsle yakın kişisel ilişkiler kurma ve yaşam hedeflerinin belirlenmesidir. Erişkin döneme sağlıklı bir şekilde geçilebilmesi için bütün bu basamakların başarı ile geçilmesi önemlidir. Hastalık ve tedavi bu süreci kötü yönde etkileyerek ebeveynlere bağımlılığın devam etmesine, karşı cinsle sağlıklı ilişkilerin kurulamamasına ve gelecek planlarının yapılamamasına neden olmaktadır. Bu nedenle özellikle bu yaş grubunda yaşam kalitesi değerlendirmesinde en önemli kısımlardan biri de otonominin değerlendirilmesidir (57).

Çocuklarda yaşam kalitesi değerlendirmesinde çocuğun yakınları, öğretmeni veya hastane personelinin değerlendirmesi de söz konusu olabilir. Çocuğun soruları yanıtlayamayacak kadar hasta veya küçük olması durumunda bu değerlendirmeler esas alınırken, çoğunlukla iki tarafın skorlarının karşılaştırılması yapılır. Özellikle ebeveynlerin gözüyle yaşam kalitesinin çocuğun değerlendirmesinden farklı olup olmadığı araştırılmaktadır. Skorlar arasındaki konkordansın çocuğun yaşı, cinsiyeti veya hastalık durumundan etkilendiği düşünülmektedir (144).

2.3.3.3. Ulusal ve uluslararası metinlerde çocuk hakları ve yaşam kalitesi

2.3.3.3.1. İslam hukuku içinde çocuk hakları

İslâm Hukuku'nda doğumla başlayan ve ergenlik çağına kadar devam eden döneme çocukluk, bu dönemi yaşayan kimseye ise çocuk denir. İslâm Hukuku'nun kanunlaştırılmış metni olan Mecelle'de çocukluk dönemi, iki ana bölüme ayrılarak şöyle tanımlanmıştır: “Sagîr-i gayr-i mümeyyiz: Bey’ ve şirâyı fehm etmeyen, yani mülkiyet-i bey’in sâlib ve şirânın câlib olduğunu bilmeyen ve onda beş aldanmak gibi, gabn-i fâhiş olduğu zâhir olan bir gabni, gabn-i yesîrden temyiz ve tefrik eylemeyen çocuk olup, bunları temyiz eden çocuğa, sagîr-i mümeyyiz denilir.” İslâm hukuku birçok konuda tam ehliyetli sayılmak için bulug çağına erişmiş olmayı yeterli saymış ise de her yaşın biyolojik gelişme hızının aynı olmadığını da kabul etmiştir. Bulug çağına erişmiş olmanın yanı sıra İslâm Hukuku'nda belli bir fikrî olgunluk seviyesine erişmiş olmanın arandığı durumlarda söz konusu olduğu bilinmektedir. Hukukî anlamda şahsiyetin ilk dönemlerini ifade eden çocukluk dönemi, doğal olarak şahsiyetle birlikte başlar. İslâm Hukuku'nda ise şahsiyet, sağ doğmak şartıyla ceninin ana rahmine düşmesiyle başlamaktadır (134).

İslam Hukuku'na göre, çocukluk fiziksel olgunluk ve çocuğun kendi ilişki ve hareketlerini kontrol etmeye başlaması ile sona erer. Genel olarak İslam hukuku çocukları narin, kırılabilir ve bağımlı yaratıklar olarak görüp onların bedenini ve varlığını korumak amacıyla çeşitli yasalar belirlemiştir. Bazı davalarda çocuğun çıkarları ebeveynlerinin çıkarlarından üstün tutulmuştur (12).

Çocuğun cezayı ehliyetine sahip olmaması bir başka ifadeyle cezalandırılmaması İslam Hukuku'nun öncelik verdiği konulardan biridir. Hz. Peygamber'in “üç kişiden kalem kaldırılmıştır. Bulug çağına erinceye kadar çocuktan...” hadisidir. Bu hadisten hareketle İslam bilginleri “çocuk” tabiriyle doğumla bulug çağı arasında olan her ferdi anlamışlardır ve çocukluk dönemlerini de iki ayrı grupta ele almıştır;

- 1- 0–7 yaş arası çocuklar ki bu yaş grubundakiler gayr-i baliğ ve gayri mümeyyiz olarak adlandırılır.
- 2- 7–15 yaş arası çocuklar; mümeyyiz baliğ olarak adlandırılır (12).

Selçuklu ve Osmanlılarda, korunmaya muhtaç çocuklar sorununa yönelik hizmetlerde vakıf sisteminin etkinliğinden yararlanılmıştır. Osmanlı Devleti'nde, çocukları koruma politikalarının modern anlamda başlangıcı, özellikle 19. yüzyılda yaşanan savaşlar sonucunda ölen vatandaşların geride kalan çocuklarının sayısının inanılmaz boyutlara ulaşması neticesinde, çocukların bakım ve gözetimi için kurum bakımı modelinin geliştirilmesine dayanmaktadır (79).

Avrupa'dan farklı toplumsal yapıya sahip olan Osmanlı Döneminde ise özellikle "bireyciliğin" Avrupa'daki gibi etkili olamadığı sosyal ilişkilerde, çocuğun akrabalar ve komşulardan oluşan toplumsal çevrede büyümeye devam ettiği, ayrıca çocuğu günahkar sayan dinsel kaynaklı Batı düşüncesinden farklı olarak, Osmanlı'da yine kaynağını dinden alan, çocuğun masumiyet ve saflığın temsilcisi olduğu anlayışının hâkim olduğu görülmektedir. Osmanlı'daki çocuğa bakışın ve çocukluk algısının temel belirleyicisinin, itaati terbiyeden sayan "Osmanlı terbiyesi" anlayışının olduğu söylenebilir. Çocuğun, bu itaat kültürü ve dinsel inançlarla kuşatılan maneviyatın çok güçlü olduğu bir ortamda yaşadığı görülür (134).

2.3.3.3.2. Cumhuriyet döneminden günümüze hukuki metinlerinde çocuk hakları

1219 sayılı ve 1928 tarihli Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 70.maddesi çocuk hastalara yapılacak tıbbi uygulamalarda çocuğun veli veya vasisinden rıza alınacağı ifade edilmektedir. Türk Ceza Kanun'unda çocuğun fiil ehliyeti ile ilgili olarak 31. maddesi Fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu olmadığı, Fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmuş olup da onbeş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını

algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması hâlinde ceza sorumluluğu olmadığını, İşlediği fiili algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı hâlinde, cezaya hükmolunacağı belirtilir. 90.madde ise çocuk üzerinde tıbbi araştırma yapma koşullardan biri de; rıza açıklama yeteneğine sahip çocuğun kendi rızasının yanı sıra ana ve babasının veya vasisinin yazılı muvafakatinin de alınması gerektiği belirtilmektedir (1).

Türkiye’de ise Çocuk haklarının korunup gözetilmesi konusunda Temyiz Mahkemesi C.Baş Müddeiumumî Muavini Hüseyin Sapmazlı’nın 1938 senesinde çocuk hakları konusunda çalışmaya başladığı, Çocuk Hakları ve Himaye Müesseseleri (118) başlıklı eserini 1943 senesinde yayımlandığı görülmektedir. Hüseyin Sapmaz, kitabının önsözünde 1938 senesinde Avrupa’ya giderken Adliye Vekâleti’nin orada çocuk hakları ve kurumları ile ilgili olarak çalışmalar yapmasını istediğini, çocukları çok sevmekle beraber böyle bir çalışma yapma konusunda teşvik ediliyor oluşunun onu cesaretlendirdiğini ve sonuçta bu kitabı yazdığını belirtmektedir. Eserinde Avrupa’da var olan çocuklarla ilgili kanun ve çalışmaların yanında ülkemizde var olan çocuk haklarının konumu ve yasal düzenlemeleri incelediğini görüyoruz. Tarihsel bir değerlendirme yapıldığında Çocuk Hakları ve Himaye Müesseseleri ülkemizde çocuk hakları konusu da yazılmış ilk eserlerden biri olarak kabul edilmektedir.

Çocuğun korunmasına ilişkin ilk özel düzenleme olan 5387 sayılı “Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Kanun” 23 Mayıs 1949 tarihinde çıkarılmıştır. Bu düzenlemeyi 1979 yılında 2253 sayılı “Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun” izlemiştir. Yasa’nın yürürlüğe giriş tarihi, 1 Haziran 1982’dir. Bu yasaların ardından, çocukların korunması açısından önemli bir yere sahip olan, “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu” 27 Mayıs 1983 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Konuyla ilgili asıl gelişme, Türkiye’nin Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi’ni 29–30 Eylül 1990 tarihinde, Birleşmiş Milletler Genel Merkezi’nde çocuklar için yapılan dünya zirvesinde onaylamıştır. Sözleşme, 27 Ocak 1995 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde on sekiz yaşına

kadar her insanın çocuk sayılacağı açıklanmaktadır (md.1). Çocuk Koruma Kanunu'nun 3.maddesinde de, "Çocuk: Daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişidir." biçiminde bir tanım yapılmaktadır (122).

22.11.2001 tarih ve 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu ile en önemli değişiklik çocuk haklarında yapılmıştır. Madde 336,339 Ana-baba çocuk ilişkisini ayrıntılı biçimde düzenlemiştir. Medeni Kanun'a göre, ana-baba çocukların bakımını, eğitimi sağlamak, onların yüksek yararlarına uygun kararları almak ve uygulamakla yükümlüdür. Bu amaçla ana babaya vekâlet yetkisi verilmiştir. Velayetin kullanılmasında ana baba eşit söz hakkına sahiptir. Ana baba velayeti çocuğun yüksek yararı ve kararlara katılım hakkını göz önünde tutarak kullanırlar (6).

"Çocuk Mahkemesi Kanunu" olarak da bilinen 2253 sayılı kanun uzun süre yürürlükte kalmıştır. 2005 yılında yürürlüğe giren ve bugün geçerli olan temel kanun 5295 sayılı "Çocuk Koruma Kanunu"dur. Bu kanun ile aslında bir çocuk hukuku kurulmaya çalışılmış ve hem korunmaya muhtaç çocuk hem de suça sürüklenen çocuk ve hakları tek bir kanun ile düzenlenmiştir.

Özetle; Çocuk Hakları ile ilgili olarak Ulusal Mevzuatımızda aşağıda listelenen kanunlar çocuğun korunmasına, sağlıklı bir biçimde yetiştirilmesine, eğitim öğretim olanaklarından faydalanmasına gösterilen önemi vurgulamak açısından önemlidir. Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930), Soyadı Kanunu (1934), Küçükleri Muzur Neşriyattan Koruma Kanunu (1949), İlköğretim ve Eğitim Kanunu (1961), Milli Eğitim Temel Kanunu (1973), Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun (1983).

Türk hukuk sistemi içinde çocukların korunmasına ilişkin çerçeve 1982 Anayasa'sı ile oluşturulmuştur. Anayasanın 17. Maddesine göre "Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir." ifadesiyle kişinin temel hak ve özgürlükleri belirtilmiştir. Bunun yanında Anayasa'nın 41, 42, 50, 56, 58, 61 ve 62. maddelerinde çocuk ve çocuk haklarını özel olarak koruyan hükümler bulunmaktadır. Anayasa'nın kişi hakları ve ödevleri bölümünde yer alan haklardan çocuklarda yararlanır (6,83).

2.3.3.3 Uluslararası mevzuat'ta çocuk hakları

Günümüzde çocukluk ayrı bir gelişim dönemi ve sosyal kategori olarak kabul görmektedir. Günümüzde çocukların durumu uluslararası alana taşınmış ve anayasal güvenceye kavuşturulmuştur. Tüm ülkelerde çocukların karşılaştıkları sorunlar toplumun yapısal bunalımına işaret etmektedir. Artık çocuklar yapısal belirlemeciliğin etkisiz ve sıradan üyeleri değildir. Başta sağlığın korunması olmak üzere sağlık ve sosyal yaşam ile ilgili etkinliklere çocukların katılımı sağlanmalıdır. Karar verme süreçlerinde düşüncelerini açıklayabilmelidirler. Varlığını sürdürme ve gelişmeye yönelik yaşama, büyüme, sosyal ve psikolojik yönden sağlıklı gelişme için erken dönemde sağlık bakım kaliteleri yükseltilmelidir (51).

Cinsiyet, dil, milliyet, ırk, renk, dini inanç ve fikir farkı yapılmaksızın insanlığın çocuklara karşı sorumlu olduğu esasının kabulü milletlerarası alanda çocukları koruma faaliyetlerini başlatmıştır. 1900'lü yıllara gelindiğinde çocuk haklarını korumak adına girişimler başlatılmış, bunun önemi fark edilmiş I. ve II. Dünya Savaşı nedeniyle bu çalışmalar ertelenmiştir (6,27,137).

1920'de Cenevre'de "Uluslararası Çocuklara Yardım Birliği" adında özel bir örgüt kurulmuş, bu örgüt, 1923 yılında "Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi" ni yayınlamıştır. Bildirge, "Dünyadaki bütün çocuklara asgari özen göstermelidir" ilkesini esas almıştır.

Milletlerarası Çocukları Koruma Birliği 1948 yılında, 1923 yılında kabul ettiği Cenevre Beyannamesini değiştirmiş yeni metni 1950'de tekrar yürürlüğe koymuştur. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu 20 Ekim 1959 tarihinde hazırlanan metni "Çocuk Hakları Beyannamesi" olarak kabul etmiştir.

1949 tarihli İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 25. maddesinde Annelerin ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları olduğu ifade edilmektedir.

28 Haziran 1963 tarihinde UNESCO Türkiye Milli Komisyonu 7.Kurulunda kabul edilen "Türk Çocuk Hakları Beyannamesi" Anayasamızın 10, 14, 35, 43, 48 ve 50. maddelerinin açık, aydın ve kesin hükümleri ile ülkemizin de katıldığı 1923 Cenevre, 1948 Çocuk Esirgeme Kurumları Birliği ve 1959 Birleşmiş Milletler "Çocuk Hakları Beyannameleri"nin temelinde Türk çocuğunun hakları duyurulmuştur (137).

20 Kasım 1989'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 78 ülkenin temsilcilerinin katıldığı genel oturumunda, Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'yi oybirliği ile kabul etmiştir. Bu, hakların var olduğunun evrensel olarak kabulü ve haklara ulaşmanın ilk adımıdır. Çocuk Hakları Sözleşmesi yaşam, sağlık, eğitim alanlarında standartları belirlemiş, ayrıca evde ve dışarıda, her türlü koşulda şiddet ve istismara karşı çocukların korunması gerekliliğini vurgulamıştır. Bu sözleşmeyi kabul eden ülkeler, dünyanın her yerindeki çocukların yaşama, gelişme, korunma ve katılım gibi sahip oldukları hakların tanınip güvence altına alınması yolunda önemli bir adım atmıştır. Bu hakların genel çerçevesine baktığımızda;

Yaşam hakkı; çocuğun yaşama ve uygun yaşam standartlarına sahip olma, tıbbi bakım, beslenme, barınma gibi temel gereksinimlerinin karşılanmasını öngören haklardır.

Gelişme hakları; çocuğun kendini en üst düzeyde gerçekleştirebilmesi için gerekli olan eğitim, oyun ve dinlenme, bilgi edinme, din, vicdan ve düşünce özgürlüğüne sahip olma haklarını içerir.

Korunma hakları; çocuğun her türlü ihmal, istismar ve sömürüye karşı korunmasını sağlayan haklardır.

Katılma hakları, çocuğun aile ve toplumda aktif bir rol almasını sağlamaya yönelik haklardır.

Çocuk Hakları Sözleşmesinin 42'nci maddesi, sözleşmeyi imzalayan taraf devletlere sözleşme maddelerinin çocuklar ve yetişkinlere yaygın biçimde tanıtılması ve öğretilmesi yükümlülüğünü de getirmiştir (6,27,122,137).

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin (1989) 12. maddesi, şöyle der; “çocuğun yaşına ve olgunluğuna uygun olarak çocuğu etkileyen herhangi bir konuda işlem yapmadan önce çocuğun görüşünün alınması gerektiği gibi kendi fikrini ifade etmeye ve bunun da dikkate alınmasını istemeye hakkı vardır.”

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme içinde çocuğun Yaşam, Korunma, Katılma, Gelişme Hakları yanında “kalite kavramı” içinde yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve desteklenmeleri de dile getirilmektedir. Olumsuz durumlardan daha az etkilenimlerinin sağlanması için çocuklara kaliteli yaşam hakkı onların aile, okul, boş zaman, arkadaş, çevre vb. özellikli yaşam alanları ile ilişkilendirilmektedir (75).

Bunun yanında Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin de kabul ettiği çocuk yararının önceliği çocukların beden, duygu, zihin ve sosyal gelişim bakımından korunmasının, ilk önceliği taşıması gerektiği belirtilmektedir. 1990 yılında New York'ta toplanan “Dünya Çocuk Zirvesi”, bütün ülkelere “çocuklara birinci öncelik” ilkesini kılavuz edinmeleri çağrısında bulunmuştur. Söz konusu ilke çocukların temel gereksinimlerinin en uygun biçimde karşılanmasına yöneliktir.

Avrupa Konseyinde yakın geçmişte çocuk hakları konusunda oluşturulmuş iki sözleşme bulunmaktadır; 1996 Strazbourg Çocuk Haklarının Kullanılmasına Dair Avrupa Sözleşmesi ve 2007 Strazbourg Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismarına Karşı Korunması Avrupa Sözleşmesi (6).

Hasta çocuklardan rıza alınmasına ilişkin bazı uluslararası düzenlemeler de mevcuttur. İçlerinde hasta çocuğun rızasının yanında tedavi süreci içinde aldığı bakım ve tedaviye katılmasının öneminden bahseden 1996 tarihli Güney Afrika Hastanede Yatan Çocukların Hakları Bildirgesi içerik açısından önem arz etmektedir.

1997 tarihli İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi de tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak, biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin, bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına almaktadır. Sözleşme'nin 6. Maddesi; "Muvafakat verme yeteneği olmayan kişilerin korunması" başlığı altında aşağıdaki hükümleri içermektedir.

1- 17. ve 20. Maddelere tabi olmak koşuluyla, muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde tıbbî müdahale, sadece onun doğrudan yararı için yapılabilir.

2- Kanuna göre bir müdahaleye muvafakatini verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunulabilir.

Küçüğün görüşü, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde, gittikçe daha belirleyici bir etken olarak göz önüne alınacaktır.

3- Kanuna göre, akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı müdahaleye muvafakat etme yeteneği bulunmayan bir yetişkine, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile müdahalede bulunulabilir. İlgili kişi mümkün olduğu ölçüde izin verme sürecine katılacaktır.

4- Yukarıda 2. ve 3. paragraflarda belirtilen temsilci, makam, kişi veya kuruluşa, aynı şartlarda Madde 5'de(Tıbbi müdahale ile ilgili) belirtilen bilgi verilecektir.

5- Yukarıda 2 ve 3. paragraflarda belirtilen izin, ilgili kişinin en fazla yararı bakımından her zaman geri çekilebilir.

17. Madde "Araştırmaya muvafakat verme yeteneği olmayan kişilerin korunması" başlığı altında da aşağıdaki hükümler yer alır.

1- 5.Maddede belirtildiği şekilde muvafakatini açıklama yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde araştırma, ancak, aşağıdaki şartların tümünün yerine getirilmesi halinde yapılabilir:

2-Araştırmanın ilgilinin sağlığı üzerinde doğrudan yararlı sonuçlar sağlayacağı beklentisinin bulunmadığı durumlarda, istisnaî olarak ve kanun tarafından öngörülen koruyucu şartlar altında, söz konusu araştırmaya, yukarıda 1.paragraf ve alt paragraf (i), (iii) öngörülen şartlarla birlikte aşağıdaki ek şartların da bulunması halinde izin verilebilir:

i Araştırmanın, hastanın sağlık durumu, hastalığı ve rahatsızlığı hakkındaki bilimsel bilginin önemli derece de geliştirmesine katkıda bulunma yoluyla, ilgili kişiye veya aynı yaş grubunda olan veya aynı hastalık ya da rahatsızlığa yakalanmış bulunan veya aynı durumda olan diğer kimselere yarar sağlamaya elverişli nihai sonuçlara ulaşılması amacını taşıması;

ii Araştırmanın, ilgili kişi bakımından sadece asgari bir tehlike ve asgarî bir külfet gerektirmesi.

İlgili hükümler; hasta çocuğun haklarını korumak adına ve tıbbi araştırmaya dahil edilme koşulları ve çocuğu olası zararlardan korumak için gerekenleri ayrıntılı olarak açıklamaktadır (76).

Hukuki açıdan çocuklar hem pozitif hem de negatif haklara sahiptir. Kendi bakımlarını sürdürebilir durum ve yeterliliğe gelinceye kadar ebeveyninin koruma ve gözetimi altındadır. Bu çerçevede varlıklarını sürdürmekte ve geliştirmektedirler. Bu durum kendi seçimlerini ve kararlarını verebilir noktasına gelinceye kadar devam eder.

Hak, çevre faktörler ya da diğer bireyler tarafından bir baskı, zorlama ya da tehdit unsuru ile karşı karşıya kalmama, bu anlamda mağdur olmama olarak da tanımlanmaktadır. Çocuklarda hak kavramı tam anlamıyla bu tanımın içini doldurmaktadır. Fakat buna rağmen pratik uygulamalarda çocuğun hakkı konusunda problem yaşanabilmektedir. Çünkü çocuk kendi yeterliliğini kazanacağı zamana kadar birçok tehdit unsuru ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu tehdit unsurlarından onu uzak tutmanın en önemli yolu hem evde hem de dışarıda onun için güvenli bir çevre oluşturmaktır. Ve bu çevrede onlar için bazı kurallar dizini hazırlamak ve çocuğun bu kurallara uymasına teşvik etmek gerekmektedir. Bu teşvik onu hem dış etkenlerden

gelecek her türlü zarardan korumak hem de sağlıklı bir çevrede büyümesini sağlamak odaklı olmalıdır. Bazen çocuklar bu kuralları yerine getirmek adına gönüllü olmayabilirler, bunu yaşadıkları deneyimlerden dolayı gerçekleştirebildikleri gibi (hastalık), aile ve çevreyle kurdukları iletişim biçiminden kaynaklı da şekillendirilebilir. Aileler her koşulda çocuklarını her türlü zarardan korumakla sorumludurlar. Özellikle çocuklara yönelen fiziksel bir tehdidin hukuk karşısında toleransı yoktur. Çocuklar yaptıkları eylemlerin sonuçlarının değerlendirme yeteneğine sahip değildirler, ör: raftan alıp yutacakları bir ilacın onlar üzerindeki zararını bilemeyeceklerdir. Ailenin sorumluluğu bu ilacı ulaşamayacağı bir yerde saklamak olmalıdır. Bu zararlı etkilerden çocukları korumanın yolunu bazı aileler çok katı kurallarla sağlamaya çalışırken bazıları daha hoşgörülü bir yol izlemeyi tercih edebilir. Fakat nasıl bir yol izlenirse izlensin bilinmesi gerek temel nokta çocukların ailelerin sahip olduğu bir mülk/mal/eşya olmadığıdır. Bir kitaba sahip olabilirsiniz fakat çocuğunuza değil. Çocuklarında tüm bireyler gibi kendi sahiplikleri, özerklikleri vardır. Aileler sadece çocukların koruyucularıdır, onlar için en iyisini ister ve karar verebilirler fakat sahipleri değildirler. Örneğin çocuğun cerrahi bir girişime ihtiyacı varsa ve bundan sağlık adına yarar görecekseniz aile çocuk adına en doğru kararı vermek, onun yaşamsal tüm ihtiyaçlarını bu süreçte karşılamak zorundadır. Fakat bu bir adölesan ise, ona yapılacak müdahalede onun bu konudaki görüşü alınmak zorundadır (73,83). Yasal anlamda bu konuda farklı birçok problemle karşı karşıya kalınmaktadır. Temel nokta çocuk ya da adölesan olsun her türlü müdahale, işlem, onların yaşamı adına verilen kararlarda süreci onlarla paylaşmak ve anlatmaktan geçmelidir. Kendi hakkında bilgi sahibi olan her birey gibi, çocuğunun da yaşamının gidişatı hakkında bilgi sahibi olması onun adına verilen en iyi karara katılıyor olması, yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilere sahip olduğu yapılan çalışmalarla da ortaya konmuştur.

2.3.3.4. Çocuklarda yaşam kalitesi ölçekleri ve özellikleri

Erişkinlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi iyi bilinen bir konu olup, uzun süredir pek çok klinik araştırmaya dahil edilmektedir (15). Çocukluk çağı hastalıklarında epidemiyolojik özelliklerin değişmesiyle birlikte yaşam kalitesi ölçme gerekliliği ve yöntem arayışlarını ortaya çıkmıştır. Çocuklarda ilk kez Herndon ve arkadaşları (72) tarafından 1986 yılında yayınlanan bir çalışmada, ağır yanığı olan 12 çocukta fiziksel işlevsellik, yanık skarı derecesi, psikososyal uyum değerlendirilmiştir. Ditesheim ve Templeton (38) anal atrezili bebeklere uygulanan cerrahi tedavi sonrasında bu çocukların okula devamlılığını, sosyal ilişkilerini ve fiziksel yetilerini gözden geçirdikleri çalışmalarını 1987 yılında yayınlamışlardır. Henning ve arkadaşları (71) son dönem böbrek hastalığı olan çocuklarda işlevsellik, boy ve davranış analizi yaparak yaşam kalitesini değerlendirmiştir. Bu çalışmaların çocukların zor koşullara adaptasyon yeteneğini göstererek çocukların kendi durumları hakkındaki görüşlerinin önemini vurgulayarak modern yaşam kalitesi çalışmalarına öncülük ettiği düşünülmektedir. Çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde genel ve hastalığa özgü ölçekler kullanılabilir. Genel ölçekler geniş toplum örneklemelerinde çocukların genel sağlık düzeyinin belirlenmesi için geliştirilmiştir. Bir hastalık grubundaki çocukların yaşam kalitesinin belirlenmesi için başka bir hastalık grubundaki çocuklarla karşılaştırma yapmak uygun değildir. Bunun yerine sağlıklı popülasyonla karşılaştırma yapılmalıdır. Hastalığa özgü ölçekler kronik bir hastalığı olan çocukların hastalığa özgü ölçütlerle değerlendirilmesini içermektedir. Bu ölçekler tek bir hastalığın değerlendirilmesine yönelik bölümler içerdiğinden geçerlik yönünden en üst düzeyde olup, daha yüksek duyarlılık ve özgüllük sağlamaktadır. Bütün bu avantajlara rağmen, bunların kullanımında bazı hastaların birden fazla hastalığının olması bazı hastaların henüz ölçek geliştirilmemiş nadir hastalıklara sahip olması gibi bazı kısıtlamalara sahip oldukları unutulmamalıdır (43).

Yaşam kalitesine erken yaşlarda odaklanmanın, erişkin yaşlardaki Yaşam Kalitesi sorunları üzerinde azaltıcı etkisinin olacağı düşünülmektedir.

Yaşam kalitesini değerlendirirken nesnel alanlarının olduğunu bilmek gerekmektedir (30). Bazı araştırmacılar kişi, durumu ile ilgili kendi algısını yansıtmakta olduğu için, nesnel değerlendirmenin daha değerli olduğunu ileri sürmektedir. Bazı araştırmacılar nesnel sorunlar doğurduğu için ebeveyn formlarının geçerliğinin daha fazla olduğunu düşünmektedir. Çocuk ve ergenin yaşam kalitesini en doğru biçimde anlayabilmek için, hem ebeveynin hem de çocuk ve ergenin değerlendirmesinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Ebeveynlerin ve çocukların paralel olarak doldurabilecekleri ölçekler bu tartışmaya en uygun çözüm gibi görülmektedir, ancak bu ölçekler az sayıdadır ve ebeveyn-çocuk formları sonuçlarının her zaman birbiri ile çok uyumlu olması beklenmemektedir (43). Paralel formlarda ebeveyn ve çocuklar arasında fiziksel işlevsellik değerlendirmesinde yüksek bir uyumun olduğu, ancak sosyal ve duygusal işlevsellik alanında daha düşük bir uyumun olduğu görülmüştür (46,47). Çocuk ve ergenlerde kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri (YKÖ) genel olarak değerlendirildiğinde belirli bir hastalık için geliştirilmiş olanlar ve genel iyilik halini ölçenler olarak iki farklı ana grupta toplanabileceği görülmektedir (45,46,47).

Çocuklar için geliştirilmiş birçok genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeği bulunmaktadır. Bunlar Tablo 1.'de listelenmiştir.

Tablo 1. Çocuklar İçin Geliştirilmiş Genel ve Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri (34).

Ölçeğin Adı	Fiziksel	Psikolojik	Sosyal	Okul	Çevre	Bireysel Bakım	Madde Sayısı
1 6D, 17D	✓	✓	✓	✓		✓	1 6- 16D 17-17D
Adolescent QOL Questionnaire	✓	✓	✓	✓			26
Caregiver Priority and Child Health Index of Life with Disabilities	✓	✓	✓	✓	✓	✓	68
Caregiver Questionnaire	✓	✓	✓			✓	29
Child Health and Illness Profile (CHIP)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	153
Child Health Questionnaire	✓	✓	✓	✓		✓	CHQ PF50
Child Health Status Questionnaire	✓	✓	✓			✓	64
Child Quality of Life							

Questionnaire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	15
Children's Health Rating Scales	✓						22
Children's Quality of Life TACQOL Questionnaire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	56
Child's Health Self-concept Scale							34
Child's Quality of Life	✓	✓	✓	✓	✓	✓	15
Generic Children's Quality of Life Measure							25
Health-related Quality of Life	✓	✓	✓	✓			25
How Are You?	✓	✓	✓	✓			80
Infant Toddler Quality of Life Questionnaire	✓	✓				✓	103
Juvenile Arthritis Quality of Life Questionnaire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	74
KIDSCREEN-52	✓	✓	✓	✓	✓	✓	52
KINDL	✓	✓	✓	✓			24
Nordic Quality of Life Questionnaire for Children	✓	✓	✓	✓	✓		*
Pediatric HealthQuiz							342
Pediatric Musculo-Skeletal Functional Health Questionnaire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	35
Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0	✓	✓	✓	✓	✓	✓	23
Personal Wellbeing Index (formerly ComQOL)	✓	✓	✓	✓	✓		9
Quality of Life in Childhood Epilepsy Questionnaire	✓	✓	✓	✓			76
Quality of Life in Children with Spina Bifida	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Child 44, Youth 47
Quality of Life in Epilepsy Inventory for Adolescents	✓	✓	✓	✓	✓		48
Quality of Life Profile - Adolescent Version	✓	✓	✓	✓	✓	✓	54
TedQL	✓	✓	✓	✓		✓	23
Vecu et Sante Percue de l'Adolescent	✓	✓	✓	✓	✓		40
Warwick Child							

Health and Morbidity Profile	✓	✓					10
Youth Quality of Life Instrument		✓	✓				10

*İncelendiği zaman bu ölçekle ilgili yeterli belgeye ulaşılamamıştır.

Günümüzde Türk çocukları için Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmaları yapılmış çok az sayıda sağlıkta yaşam kalitesi ölçeği bulunmaktadır (45,57,93,146). Söz konusu ölçekler aşağıda örneklenmiştir.

1-CHQ (Child Health Questiones) ; 1998 yılında Landgraft tarafından geliştirilmiş 4–18 yaş grubu genel yaşama kalitesi ölçeği Türkçe'ye Çocuk Sağlığı Anketi adıyla çevrilmiştir. Ölçeğin geçerlilik güvenirliliği Juvenil İdiopatik Artriti olan hastalarda yapılmıştır. Türkçe form çalışmaları Özdoğan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında gerçekleştirilmiştir (93).

2- KINDL; Çocuk ve ergenler için özel olarak geliştirilmiş genel amaçlı SYK ölçüm aracıdır. KINDL Ravens-Sieberer ve Bullinger tarafından 1998 yılında Almanca geliştirilmiş ve 14 dile çevrilmiştir (45). Yaşa özel sürümleri çocuk gelişimindeki yaşam kalitesinin boyutlarında gözlenen değişimi dikkate almaktadır. Çocukların yanıtladığı Kid-KINDL(8-11 Yaş) ve ergenlerin yanıtladığı Kiddo-KINDL (12-16) mevcuttur. KINDL 2004 yılında Eiser ve arkadaşları tarafından 8–12 ve 13–18 yaş grubu İngilizce'ye (44) ; 2008 yılında Eser ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik güvenirliliği yüksek bir yaşam kalitesi ölçeği olarak değerlendirilmiştir (57).

3- PedsQL 2–18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Çakın Memik, (2005) tarafından 8–18 yaş grubu için, Üneri (2005) tarafından da 2–7 yaş grupları için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) Türkçe'ye Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) adıyla çevrilmiştir. ÇİYKÖ genel bir YK ölçeğidir (31).

4- Dolgun ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiş Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ) hastalığa özel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Türkçe geliştirilmiş olması hastalığın sık görülme oranı düşünüldüğünde önem taşımaktadır (40).

5- Juniper EF ve arkadaşları tarafından 1996 yılında astımı olan 7–17 yaş grubu çocuklar için geliştirilen “Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLO)” ölçek, Yüksel ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır (146,78).

2.3.4. Etik açıdan sağlıkta yaşam kalitesi

Bireylerin sağlık ve hastalık durumlarında geliştirdikleri bireysel deneyimlerin nicel olarak ifade etmelerini olanaklı kılan, öznel göstergeleri nesnel hale getiren ve sağlık alanında birçok olumlu sonuca hizmet eden SYK ölçeklerinin etik açıdan olumlu katkıları (42). Bunun yanında uygulama sürecinde yaşanan bir takım sıkıntılar'da vardır.

Yaşam kalitesi sadece temel ihtiyaçların karşılanması değil, aynı zamanda üretmeye yönelik “iyi” olma yeteneğine de sahip olmayı içerir. Bugün DSÖ' nün sağlık tanımı değerlendirildiğinde; SYK tanımı üç temel unsur üzerinde durmaktadır; yaşam, öznenin (hasta) algısı ve iyilik durumu. Bu üç unsur, etiğin temel tartışma alanlarındandır. Yaşam kalitesi, tıbbi etik açısından değerlendirildiğinde yararlılık ilkesi ve özerklik ilkesinin ön planda olduğu görülmektedir. İyilik durumunun istenmesiyle yararlılık ilkesine, kişinin kendi durumu hakkındaki algısına başvurulmasıyla da özerklik ilkesine gönderme yapılır.

Sağlıkta Yaşam kalitesi ile ilgili etik sorunlar üç kümede toplanabilir:

1. Kavramların Değerlendirilmesi: Yaşamın niteliği, yaşamın değeri, yaşam niteliğiyle niceliğinin ayrımı; iyinin ne olduğu, nasıl ulaşılabacağı; özne olarak hasta/kişi/birey ve bunun toplumla ilişkisi; sağlıkla yaşam kalitesinin ilişkisi.

Bu bağlamda yaşamın karşılaştırılmaz, indirgenemez ve biricik oluşuyla toplumsal gereklilikler arasındaki gerilim ve birey ile toplum arasındaki çatışma öncelikle ele alınmalıdır. Özenle üzerinde durulması gereken bir başka tartışma alanı ise sağlıkla yaşam niteliğinin pratik nedenlerle de olsa diğer kavramlardan ayrılmasıdır.

2. Bilimsel Yöntem: Sağlıkta Yaşam Kalitesi'nin kişinin algılarına dayanarak ölçülmesi tartışılmaktadır. Yaşam kalitesi ölçümlerinin öznellikten kurtulamayacağını ileri sürenler bulunmaktadır. Buna karşılık, sağlıkta yaşam kalitesi anlayışı ile yeni bakış açısı yaratılmaya çalışıldığı ve yaşam kalitesi değerlendirilmelerinin öznellikten sıyrılarak nesnel bir yaklaşımla nasıl belirleneceği, kullanılan ölçüm araçlarının bu yönde nasıl değerlendirilebileceği tartışılmaktadır.

3. Uygulamada karşılaşılan sorunlar:

a) Öznelerin değerlendirilmesi; ölçüm araçlarının içinde müdahaleci, tedirgin edici ve suçluluk uyandıran soruların yer alması.

b)Sağlıkta yaşam kalitesi ölçüm değerine bilimsel bir temelde kesinlik oluşturulamayışı ve olağandışı değerlerin yorumlanmasında yaşanan zorluklar

c) Toplumsal ayrımların Sağlıkta yaşam kalitesi ölçeklerine yansımaları ve özellikle kültürel uyarılama sorunları

d) Sağlıkta yaşam kalitesi çalışmalarının uygulama alanlarının kaynakların dağıtılmasına etkisinin nasıl yansıtılması gerektiği ile ilgili endişe ve kaygılar (17).

2.3.4.1. Temel etik ilkeler ve sağlıkta yaşam kalitesi

1.Özerklik İlkesi: Otonomi Eski Yunanca (autonomos), “kendi kendine” anlamına gelen “autos” ile kural, yönetim ya da yasa anlamına gelen “nomos” sözcüklerinin birleşmesinden meydana gelmiştir. Daha geniş anlamda otonomi,

özerklik; bireyin özgür, bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu kararına dayanan bir eylemde bulunabilme yeterlik ve yetkinliğidir. Özerklik kavramı, özerk birey, özerk seçim ve özerk eylem öğelerini de kapsamaktadır (48).

Türk Dil Kurumu Özerkliği; bir topluluğun, bir kuruluşun ayrı bir yasaya bağlı olarak kendi kendini yönetme hakkı, muhtariyet, otonomi, otonomluk olarak tanımlar.

Özerklik kişinin kendi özgür iradesiyle karar verme hakkı olarak da tanımlanabilir. Tıbbi uygulamalarda ise bu konu özerkliğe saygı ilkesi ile karşımıza çıkmaktadır. Bu durum hastaların özerklik haklarına saygı gösterilmesini gerekli kılmaktadır; hastaya yapılacak her türlü tıbbi girişim için ayrıntılı bilgi vererek onu aydınlatmak ve bundan sonrada onun rızasını almakla gerçekleşecektir (53). Hasta özerkliğine duyulan saygının pratik uygulaması “aydınlatılmış rıza” kavramı ile karşımıza çıkmaktadır.

Kuşkusuz tıbbi bir sorunla karşı karşıya kalındığında hekimin hastasını bilgilendirmesi oldukça önemlidir. Tanı yöntemi, olası tedavi gereksinimleri, tedavinin yarar ve riskleri, varsa alternatif tedavi yöntemleri ayrıntılı bir biçimde hastaya anlatılmalıdır. Hasta verilen bilgileri değerlendirerek, hekiminin kendisine sunmuş olduğu seçeneklerden biri ile ilgili olarak kararını açıklar. Bu olması gereken bir bilgilendirilmiş rıza alma sürecidir (53) bu sürecin sağlıklı ve hukuksal açıdan uygun gerçekleşebilmesi için tıbbi müdahaleye rıza verme konusunda hastanın ayırtım gücüne sahip olması gerekmektedir. Bu da fiil ehliyetine sahip olmayı ve beraberinde hak sahibi olmayı getirir (53,68).

Nitel ve öznel bir kavram olan yaşam kalitesi, aynı kişi için bile zamana mekâna ve içinde bulunduğu koşullara göre değişim gösterebilmektedir. Sağlık alanın yer alan yaşam kalitesi ölçeklerinin alanlara özgü oluşturulması, ya da eldeki verilerle kişi için yeni planlamaların yapılması yanında bireyselleştirilmiş ve çoğu kişinin kendi tarafından yanıtlanmasını olanaklı kılan ölçekler olması özerkliğe saygı ilkesi adına da önem taşımaktadır. Bu ölçeklerin çocuklar için hazırlanmış olanları dikkate alındığında yaşlarına uygun hazırlanmış, görsel uygunluğu olan ölçekler yasal fiziksel ve hukuki

açından ebeveyne bağımlı olan çocuğun içinde bulunduğu durumu tespit adına büyük bir gelişme sağlamaktadır.

Çocuğun SYK ölçekleri aracılığıyla öznel hastalık algısı ve tedavi sürecine bakışını belirlemek, sorunlarını tespit ederek öncelikli tercihlerini saptamak, sağlık ekibi üyeleri ile hasta arasındaki iletişim geliştirmek, hastanın klinik karar verme sürecine dahil olarak özerk karar verme ve eylemde bulunma rahatlığı olabilecektir.

2. Yararlı Olma –Zarar Vermeme İlkesi: Bu ilkeye göre hekim ve diğer sağlık ekibinin temel amacı hastaya her şeyin üzerinde ve öncelikli olarak yarar sağlamaktır. Yararlı olma zarar vermeme birbirini tamamlar nitelikte iki kavramdır ancak birbirinin alternatifi değildir. Asıl sorun yararın kime göre belirleneceği noktasıdır (52,53).

Yararlı olma ilkesi içinde pek çok sorun barındırır ve klinik uygulamalarda birçok ikileme karşılaşılır. Hangi yararların hangi sınırlar içinde hangi sağlık profesyonelinin ödevi olduğu tartışmalara neden olmaktadır. Yarar sağlama ne zaman zorunludur? Ne zaman doktor ya da diğer sağlık profesyonelinin görevidir? Yarar sağlama ne zaman doktorun ödevini aşan bir davranış sayılır? Doktorun hastaya yarar sağlama yükümlülüğünü sona erdiğine nasıl karar verilebilir (119). Kuşkusuz soruları çoğaltmak mümkündür ancak hekim-hasta ilişkisi özel bir ilişkidir. Bu ilişki içinde doktorun hastasına yararlı olma yükümlülüğü ihtiyaçları tam olarak saptama ve çözüm yolları önerilerini de kapsamaktadır.

SYK'ni değerlendirme tıbbi bakım süreci içinde hastada gelişen farklılıkları, hastanın tıbbi tedaviye verdiği yanıtı belirlemek hastalık sürecinde oluşabilecek zararların engellenmesi adına önem taşımaktadır. Yaşam kalitesini ölçmenin temel amacı da, muhtemel hastalıkların önceden tedbirini almak ve mevcut hastalıklarda ise olası zararlardan korumak olmaktadır.

3-Adalet İlkesi: Adalet; toplum yaşamında her bireyin yararına olan özgürlük, fırsat, gelir, esenlik, gibi değerlerin eşit biçimde dağıtılmasını gerekli kılar (54). Hekimin mesleki uygulamaların da hizmet verdiği tüm bireylere hakkaniyetli bir yaklaşım içinde olması gerektiğini ifade eder. Sınırlı sağlık kaynaklarının tıbbi araç

gereç ve olanakların adaletli bir şekilde dağılımının gerçekleşmesi, hekimin hastalarına eşit ve dürüst davranması, tedavide birini diğerinden daha önemli görmemesi bu ilke temelinde yer alır (52,53).

SYK ölçümleri sağlık politikaları için toplumsal bilgi oluşturmakta sağlık kaynaklarının dağıtımı için temel amaçları belirleyerek sağlık ekibi üyelerine de önemli veri sağlamaktadır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

6–17 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA “CHILD HEALTH ILLNESS PROFILE-CHIP” YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK GÜVENİRLİLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

3.1. Araştırmanın Amacı

Sosyal yaşam destekleri ile aile üyeleri arasındaki ilişkinin düzeylerini bunun yaşama yansımalarını ortaya koymak, hastalık ve sosyal hayatın başarı üzerindeki olumlu ve olumsuz sonuçlarını belirlemek bu yönde sağlık hizmeti sunmak oldukça önemlidir. Henüz ruhsal ve fiziksel açıdan yeterlilik kazanamamış olan çocuklara kendi bedenlerini ve yaşam biçimlerini değiştiren olaylara dahil olmalarını bu süreçte olumlu sonuçlarla karşı karşıya kalmalarına destek olmak, ve eğitim vermek önemlidir. Sağlıklı birer birey olarak hastaneden ayrılan ya da sağlıklı olan çocukların sağlıklı olma durumlarını korumalarını sağlamakta ve geliştirmekte, sağlık ekibi üyelerine önemli görevler düşmektedir. Sağlık ekibi üyelerine çocuklar için hazırlanmış yaşam kalitesini belirleme ölçekleri önemli birer araç olmaktadır. Bugün dünyanın birçok yerinde hem sağlıklı hem de hasta çocuklar için aktif kullanılan ve geliştirilmeye devam edilen ölçüm araçları mevcuttur. Bu ölçüm araçlarının farklı ülkelerde aynı yaş grubu çocuklara yapılan kültürel uyarlama çerçevesinde kullanıldığında bilinmektedir.

Ülkemizde bu amaçla geliştirilmiş ve kültürel uyarlaması yapılmış çok az sayıda ölçüm aracı bulunmaktadır.

Bu çalışmada Child Health an Illness Profile-CHIP adlı ölçeğin 1994 yılında Starfield ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olana Adölesan formu ile 2001 yılında Riley AW. tarafından geliştirilmiş olan çocuk formunun kültürel uyarlamasının yapılması, Türkçe sürümünün güvenilir, geçerli ve uygulanabilir olup olmadığının çözümlenmesi, çocukların yaşam kalitesini etkileyen sosyo-demografik özelliklerin saptanması amaçlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Hipotezleri

Hastalık faktörü ve hastalık süreci çocukların birçok farklı deneyimle karşı karşıya kalmalarına neden olur.

Hastalık sürecinde deneyimlenen semptomlar çocukların yaşam kalitesini etkiler.

Semptomlara yönelik ebeveyn uygulamaları ve farkındalıkları çocukların yaşam kalitesini etkiler

Genel bir değerlendirme ile çocukların hastalık ya da hastalık sonrası yaşadıkları sorunları saptanabilir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, yatarak tedavi gören çocukların hastalıkla birlikte süre gelen yaşam kalitelerinde değişimin hangi boyutta oluştuğunun belirlenmesi, kontrol grubunda ise sağlıklı tanımlanan çocukların genel yaşam kalitesi ölçütlerinin belirlenerek, olası hastalık bulgularının saptanması amacı ile yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Kliniği, Çocuk Cerrahi ve Ortopedi Kliniklerinde Nisan – Kasım 2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı servisine yatarak tedavi gören 6–17 yaş grubu çocuklarla yapılmıştır. Nisan –Kasım 2011 tarihlerinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Genel

Pediyatri servisine yatan hasta sayısı 848'dir,(Çocuk Onkoloji, Çocuk Enfeksiyon, servisleri çalışmaya dahil edilmemiştir.) 6–17 yaş grubu çocuk sayısı 617'dir. Bu zaman dilimi içinde yatarak tedavi gören hastaların tamamına ulaşılmış, araştırmaya katılma oranı %79,74 olarak gerçekleşmiştir. Kalan %20' lik dilim çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, formların eksik doldurulmasından dolayı geçersiz sayılan, küçük bir kısmı ise formu dolduramayacak kadar kötü durumda olan, bir grubu da bu süreç de birden fazla hastaneye yatış yapan hasta çocukları içermektedir. Araştırmamıza katılmayı kabul eden yatarak tedavi gören çocukların ebeveynlerinin tamamı 6–11 yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili Ebeveyn formunu doldurmuşlardır. 6–11 yaş grubu hasta çocuk 235, ebeveyn sayısı 235, 12–17 yaş Adölesan hasta grubu 252 kişidir. Sağlıklı grup kontrol grubu olarak değerlendirilmiştir.

Kontrol grubunu özel bir okulda eğitime devam eden 2010–2011 öğretim yılı bahar yarıyılında 6–11 yaş çocuk ve aynı yaş grubu çocukların ebeveynleri ile 12–17 yaş grubu adölesan grubu oluşturmuştur. 6–11 yaş grubundan okula devam 230 öğrenciye anket formları dağıtılmış, 194 öğrenciden geri dönüş alınmıştır. Okula devam eden çocukların ebeveyn değerlendirme formu çocuklar tarafından eve gönderilerek geri dönüşleri değerlendirmeye alınmıştır. Ebeveynlere gönderilmiş olan anket formlarının 134'ünden geri dönüş alınmıştır. Çocuk grubu için katılım %84,34, ebeveynlerde ise %58,26 olarak gerçekleşmiştir. 12–17 yaş Adölesan grubundan okula devam eden 287 öğrenciye anket formu dağıtılmış 223 kişiden geri dönüş alınmıştır. Adölesan grubunda katılım %77,7 olarak gerçekleşmiştir.

Çalışmanın örneklemi 6–17 yaş grubu Türkçe konuşabilen ve anlayabilen, çocuklardan gönüllülük esasına göre oluşturulmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

1. Çocuğun 6–17 yaş arasında olması,
2. 6–11 yaş grubu için çocuğun ebeveyninin olması,
- 3.Çocuğun ve ebeveyninin görme ve işitme vb. soruları yanıtlamada yeterlilik sağlayamayacak sorununun olmaması,

6. Bilişsel yeti yitimi olmaması,
7. Çalışma katılmayı kabul etmesi,

Her üç grup içinde dışlanma ölçütü anne babanın ve çocuğun soruları yanıtlama yeterliliğine sahip olmamaları ve çalışmaya katılmayı red etmeleri olarak belirlenmiştir.

3.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

Çalışma da “Child Health and Illness Profili-CHIP” çocuklar için genel yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. CHIP 6–17 yaş arası Adölesanların (Adolescent Edition-AE) ve Çocukların (Child Edition-CE) sağlığını değerlendirmek için aile ve öz bildirim formlarını içeren genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Adölesan formu 1994 yılında Starfield B. ve arkadaşları tarafından (129), Çocuk formu ise 2001 yılında Riley AW. ve arkadaşları tarafından (105), Ebeveyn formu ise 2004 yılında Riley A.W. ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (106). Çocuk Özbildirim ve ebeveyn formları 6–11 yaş grubu çocuklar için 48’er sorudan, 12–17 yaş grubu adölesanlar için ise 188 sorudan oluşmaktadır. CHIP sağlık bakımı alan ve okul eğitimleri içerisinde bu sistemlerden etkilenen çocukların memnuniyet, rahatsızlık, tedbir(önlem)alma, çabuk iyileşme gücü (direnc, esneklik), başarı ve hastalıklar gibi tüm sağlık yönlerinin etkilendiği düzeyleri açıklayan bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe sürümü mevcut değildir. Çalışmamızda formun Türkçe uyarlaması gerçekleştirilerek geçercililik ve güvenirliliği yapılmıştır. Ölçeğin seçilme nedenleri arasında ölçekle ilgili ayrıntılarda da bahsedildiği üzere çocuklara özgü olarak hazırlanmış olan karikatürler ve çocukların algılamasını kolaylaştıracak şemalara olması uygulamanın etkinliğini arttırmak adına önemli bulunmuştur. İçerdiği parametreler farklı alanları kapsamaktadır. Çok yönlü, çocuğu çevreleyen birçok faktörün bir arada değerlendiriliyor oluşu oldukça önemli bulunmuştur. Ölçekte sadece hastalık değil, çocukların sağlıklı oldukları durumlarda da çevresel faktörlerden nasıl etkilendiklerinin belirlenebildiği, ortaya çıkan hastalık bulgularını da tanımlar nitelikte olduğu nedeniyle çalışılmaya değer bulunmuştur.

Ölçek için “Jonh Hopkins University, Bloom School of Public Health, Department of Population, Family and Reproductive Health” birimi ile ilgili yazışmalar yapılarak gerekli izinler alınmış sonra ölçek ve değerlendirmesine ilişkin çözümlene notları aynı birimden sağlanmıştır.

3.6.1. 6–11 Yaş çocuk sağlığı ve hastalıkları profili (CHIP-CE)

Çocukların hastalık ve iyilik durumlarının belirtilerini, bu belirtilerin davranış problemleri, okul başarısı, aile ve akranlarıyla olan tutumlarına nasıl bir etkide bulunduğu son 4 haftalık süre üzerinden değerlendirilmektedir. 5’li likert tipinde yanıtlardan oluşan form ile belirtilerin sıklığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Maddeler için tepki biçimleri resimler ile gösterilmiştir. Her bir yanıt için de birer daire ile büyüklüğü de belirlenmektedir.

Çocuklar formdaki soruları kendileri okuyarak yanıtlayabilecekleri gibi araştırmacı tarafından okunarakta yanıtlaması istenebilir. 1.sınıf ve üstü çocuklar formlarını kendileri kolayca doldurabilmektedirler.

3.6.2. 12–17 Yaş adölesan sağlığı ve hastalıkları profili -genç sağlığı profili (CHIP-AE)

CHIP-AE 12–17 yaş adölesanlar için sağlıkla ilgili bir genel yaşam kalitesini ölçөгüdür. Form; sağlıkla ilgili 5 etki alanı ve bunlarda kendi içinde toplam 14 alt etki alanı temsil etmektedir.

<u>Etki Alan</u>	<u>Alt etki alanı</u>
Memnuniyet	Sağlık ile ilgili Memnuniyeti Özsaygı
Rahatsızlık	Fiziksel Rahatsızlık Duygusal Rahatsızlık Aktivitelerin Kısıtlılığı

Riskler	Bireysel Riskler Başarıya Yönelik Riskler Akran Etkileri
Esneklik	Aile Katılımı Fiziksel Aktivite Sosyal Problemleri Çözme Ev Güvenliği ve Sağlık
Başarı	Akademik Başarı İş Başarısı
Hastalıklar (Ölçekten ayrı olarak değerlendirilmektedir. Bir alt etki alanı değildir.)	Akut Minör Hastalıklar Akut Majör Hastalıklar Tekrarlayan Hastalıklar Uzun Dönem Tıbbi Hastalıklar Uzun Dönem Cerrahi Hastalıklar Psikososyal Hastalıklar

Adölesan Formu yaklaşık 20 dakikada tamamlanabilmektedir. Hastalıklar ve etki alanı için ilave 5–8 dakika gereklidir. Doldurulma sırasında gizliliğe dikkat edilmiş özel odalarda, ya da sınıflarda form doldurma işlemi sırasında yalnız bırakarak formları tarafımızdan temin edilmiş kutunun içine bırakmaları istenmiştir. Mümkün olduğunca gizlilik esasına ve isimlerin tanımlayıcı olarak kullanılmamasına özen gösterilmiştir. Bu amaçla formlar numara verilerek değerlendirilmiştir.

3.6.3. 6–11 Yaş çocuk sağlığı ve hastalıkları profili CHIP-CE -76 ebeveyn formu

Çocuk ebeveyn formunun iki ana versiyonu mevcuttur: Standart Aile Formu çocuk versiyonu; 7 demografik soru ve 45 ayrı sorudan oluşur. Kapsamlı Standart Aile formu ise ek olarak 31 sağlık ile ilgili sorunun yer aldığı toplam 76 sorudan oluşan formdur. Bu form ile hastalık konusunda daha çok ayrıntılı bilgi elde edilebilmektedir. Ek hastalıklar modülü olarak tanımlanan ek form akut ve kronik koşullarda çocukların aileleri tarafından desteklenmesi gerekliliğini ortaya koymak için kullanılır. Etki alanları

ve alt etki alanları kavramsal olarak elde edilmiştir ve bunlar genellikle faktör analizi ile desteklenmiştir

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama aşaması ölçek ile ilgili kültürel uyarlama süreci tamamlanıp ölçeğe son şekli verildikten sonra ön değerlendirme yapılmış, alınan sonuçlar üzerinde yapılan değişikliklerle, veri toplama aşamasına geçilmiştir. Veriler çocuk ve ailelerle yüz yüze görüşme yapılarak yanıtların alınması ile sağlanmıştır. Tek başına yanıtlayabilecek yeterlilikte olan çocuk, adölesan ve ailelere form yanıtlama yöntemi anlatılarak eksiksiz biçimde doldurmaları sağlanmıştır.

3.7.1. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlanması ve geçerlilik güvenilirlik

Dil, bir toplumun edinilmiş kültürel ögesidir, aynı zamanda o toplumun tanımının bir parçasıdır. Dil, konuşanlarının dünyayı onun aracılığıyla tanımlamaya mahkûm edildikleri bir prizmadır. Bu nedenle hiçbir çevirinin çevrildiği dildeki anlamını tam olarak yansıtması olanaklı olmamaktadır. Yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlanması ile ilgili tüm çabalar olabildiğince gerçeğe yakın olanı yakalamak üzerinedir. Kültürel uyarlama, salt çeviri ile sınırlı değil, orijinal dildeki sözcüklerin temsil ettiği kavramların hedef dildeki kültürel karşılığını bulmak anlamına gelir.

Bu tür güvenilirlik çalışmaları önemli standartlar geliştirmek ve yeni araçlar ortaya koyabilmek adına önemlidir. Bunun bir nedeni de, hem ulusal hem de uluslararası alanda farklı çalışmalar arasında sonuçları karşılaştırma olanağı sağlayabilmesidir. Bunun içinde doğru araçların doğru amaçlar için kullanılıyor olması gerekmektedir. Ancak, daha önce onaylanmış aracın mutlaka başka bir zaman, kültür ya da toplumda geçerli olduğu anlamına gelmemektedir.

Başka bir kültürel ortamda kullanılmak üzere bir araca uyum sağlanması gereksinimi evrensel olarak kabul görmüş bir düşüncedir. Ancak, sadece aracın metin boyutunda çevirmenin ve başka bir dilde bir anket kullanılmasının uygun olmayacağı da düşünülmektedir. Aksine yapılan çalışmalar kapsamlı bir dil çeviri süreci içinden geçebilir, fakat bu yine de geçerliği ve güvenilirliği garanti altına almaz. Ayrıca, bir süre önce doğrulanmış olan araçlar şimdiki zamanda sürekli meydana gelen bir değişim nedeniyle uygulanmak istenen toplumda geçerli de olmayabilir.

Kültürler arası uyum sürecinde çalışılacak aracın muhtemel önyargı riskini azaltmak için kullanıldığı zaman, dil önemlidir (80). Bunun yanında ölçülecek aracın neyi ölçmek istediği kültürel uyum sürecinde yol gösterici olacaktır.

Çeviri yöntemleri iki temel başlık altında incelenmektedir.

1- Literal çeviri; aynı dil ailesinden olan diller arasında geçerli olan sözcüğün aynen transferi veya sözcüklere sadık kalınarak yapılan çeviridir.

2- Dolaylı çeviri; dört başlık altında incelenebilir

Transpozisyon: Anlamda en ufak bir sapma olmaksızın sözcüklerin yerinin değiştirilmesidir.

Modülasyon: Çevirmenin bakış açısına göre çeviridir.

Eşdeğerlilik: Belirli bir durumu farklı bir cümle yapısı ile ifade etmektir.

Uyarılama /adaptasyon: Orijinal dilde söz edilen durumun hedef dile var olmaması nedeniyle çeviride bunun kültürel karşılığının kullanılması anlamına gelir.

Yaşam Kalitesi ölçeklerinin kültürler arası eşdeğerliliğinin sağlanmasında Hui ve Transdis'in geliştirdiği dört aşamalı modelin en kabul gören olduğu bilinmektedir (56). Bu modelde her aşama bir sonrakinin ön koşuludur.

1-Kavramsal/işlevsel eşdeğerlilik: Vazgeçilmez bir ön koşuldur. Anlamsal eşdeğerlilik anketin kültürel olarak uygun bir anket olmasını garanti etmez. Çünkü aynı anlama gelen cümleler aynı kavramı ifade etmeyebilirler.

2-Yapısal kullanılabilirlik eşdeğerlik

3-Soru/madde eşdeğerliliği

4-Ölçüm (yanıtlama ölçeği) eşdeğerliliğidir.

Genel olarak bakıldığında Kültürel uyarlamanın iki aşama olduğu görülmektedir, bunlardan birincisi çeviri, ikincisi de ölçeğin psikometrik testlerle değerlendirilmesidir.

Kültürel uyarlama yapanların tümünün üzerinde birleştikleri temel önkoşul kavramsal eşdeğerliliktir. Ancak kavramsal eşdeğerlilikle anlamsal (semantik) eşdeğerliliği ayıranlar da vardır. Bunlara göre anlamsal eşdeğerlilik, soru yazımında çeviri tekniği ile halledilebilecek bir konuyken kavramsal eşdeğerlilik farklı sözcüklerle yazılmış olsalar da aynı sorunun farklı kültürlerde aynı kavramı temsil etmeleridir. Bu görüşe göre anlamsal açıdan eşdeğer olsalar da kavramsal eşdeğerliliğin sağlanmadığı soruları içeren anketler (ölçekler) kültürel karşılaştırılabilirliği olmayan gereçlerdir.

Bullinger, belirli bir kültürde çalışma yapan SYK araştırmacısının üç kilit unsura gereksinimi olduğunu ifade eder: Bunlar; o kültürel ortamda;

“Sağlıkta Yaşam Kalitesi’ nin ne anlama geliyor?”

“Sağlıkta Yaşam Kalitesi soruları nasıl sorulmalı?”

“Sağlıkta Yaşam Kalitesi’ sindeki değişiklikler ne anlama geliyor?” (21).

3.7.1.1.Kültürel uyarlama yöntemi

İleri Çeviri; ölçeği geliştirenlerden gerekli izinler alındıktan sonra her bir sorunun kavramsal açıklığının sağlanması gerekmektedir. Aynı ölçeğin birçok ileri çevirisi yapıldıktan sonra birleştirilmiş versiyonu oluşturulmalıdır. Bu versiyon oluşturulurken amaç kavramsal eşdeğerliliği sağlamaktır. Konu ile ilgili uzmanlar toplanarak kavramlar üzerine tartışılır (82).

“Güvenilirlik ölçümün ruhudur”. Daha kavramsal olarak tanımlamak gerekirse “ölçülen özelliğin değişmemesi ve ölçümlerin tekrarlandığı durumlarda da bu kararlılığın gösterilmesi” durumu olarak tanımlanabilir. Bir başka deyiş ile ölçülen özelliğin rastgele hatalardan arınmış olması durumudur. Birçok biyolojik özellik zaman karşısında değişken sonuçlar vermektedir. Özellikle daha soyut kavramların ölçülmesinde değişkenlik daha fazla olmaktadır. Bu nedenle güvenilirliğin her zaman tam olarak sağlanması oldukça zordur.

Güvenirlilik; belli bir evrene veya örnekleme uygulanmış bir test veya ölçme aracından elde edilmiş ölçümlerin tutarlılığı veya tekrarlanabilirliği, geçerlik ise; belli bir evrene veya örnekleme uygulanmış bir test ya da ölçme aracından elde edilmiş ölçümlerden yapılmış belli yorumların ve kullanımların uygunluğu ve yeterliliği şeklinde tanımlanabilir. Güvenirlilik gibi geçerlilikte ölçme aracının kendisine değil ölçümlere işaret eder. Bir başka ifade ile güvenilirlik ve geçerlilik test ya da ölçme aracının özelliği değildir (13).

Güvenirliliğin dayandığı temel kavram; tahmin edebilirlik, öngörebilirlik (dependibility and predictability)'dir. Eğer bir kişinin yanıtları (veya bir testin sonuçları) güvenilir ise, belirli koşullarda bu kişinin bu teste nasıl yanıt vereceğini (veya bu testin ne sonuç vereceğini) önceden tahmin etmek mümkündür. Geçerli (doğru) bir test aynı zamanda güvenilir bir testtir. Ancak her zaman güvenilir bir test geçerli bir test olmayabilir. Aynı koşullarda ve aynı ölçüm gereci ile yapılan tekrarlayan ölçümlerde (ister aynı kişi ölçsün, ister başkaları ölçsün) aynı (veya yakın) sonuçlar elde edilse de ölçüm gereci hatalı bir gereç ise bu sonuçların hiçbiri “doğru” sonuç olamayabilir.

Örnek vermek gerekirse: Bir ölçüm gereci (çelik metre diyelim) ile çocukların boyları ölçülüyor. Aynı çelik metre ile aynı çocukların boyları farklı kişiler tarafından ölçülürse sonuçlar birbirine yakın çıkar. Aynı çocukların boyları aynı metre ile aynı gözlemci (ölçücü) tarafından iki kez ölçülürse iki ölçümün sonuçları birbirlerine çok yakın çıkar. Ancak, ölçümlerde kullanılan bu metre (ölçüm gereci) hatalı üretilmişse, yani üzerindeki santim birimleri gerçek santim uzunluğundan daha uzun (mesela 1.3 cm) yapılmışsa yapılan bu ölçümlerin hiçbiri doğru (yani geçerli) olmayacaktır. Sonuç olarak bu metre çok güvenilir olan ancak geçerli olmayan bir ölçüm gerecidir. Güvenilirlik, her zaman garanti olmasa da geçerliliğin de sınırlarını belirler.

Bir ölçeğin güvenilirlik analizi yapmak için elde edilen veriler ikiye ayrılmış, sıralı veya aralıklı olabilir fakat bu veriler rakamsal olarak kodlanmıştır.

Gözlemler bağımsız ve hatalar maddeler arasında ilişkisiz olmalıdır. Ölçekler her bir maddenin doğrusal olarak toplam puanla ilgili olması için artan özellikte olmalıdır.

Bunun için kullanılan bazı yöntemler bulunmaktadır;

Cronbach Alfa Katsayısı; veriler sıralı bir veri tipinde ise ortalama değerlerin yerine, ortalamalardaki değişimlerden kaynaklanan varyansın göz ardı edilerek, deneklerin sadece sıra almadan kaynaklanan varyansının elde edilmesiyle bulunan değer Alfa katsayısıdır. Alfa katsayısı toplam puanlar üzerine kurulu likert tipi bir ölçeğin güvenilirliğinin hesaplanmasında kullanılır. Alfa Katsayısı Ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsüdür. Diğer bir ifadeyle alfa katsayısı ile ölçekte yer alan "x" tane sorunun türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarının sorgulanması konusunda bilgi elde edilir. Alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa "bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı" yorumu yapılır.

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ İse Ölçek Güvenilir Değil

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ İse Ölçek Düşük Güvenilirlikte

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ İse Ölçek Oldukça Güvenilir

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ İse Ölçek Yüksek Güvenilirlikte (8).

Bir madde ile bu madde dışındaki diğer maddeler toplamı (bütün) arasındaki korelasyonlar (Madde-bütün korelasyon katsayısı- İtem-Total Correlation): ölçekle ölçülmek istenen şeyi ölçmede her bir maddenin ölçme gücünü belirlemek ve bu bilgilerden yararlanarak ölçeği daha güvenilir bir duruma getirebilmek için yararlanılacak istatistiklerden biri, her bir madde için; madde ile bu madde dışındaki maddelerin toplanması ile elde edilen yeni değişken arasındaki korelasyonun hesaplanmasıdır. Maddenin-bütün korelasyon katsayısının eksi işaretli olmaması ve +0.25 büyük olması istenir. Bu koşulu sağlamayan maddelerin ölçekten çıkarılması önerilir (9).

3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirmede Kullanılan Teknikler

Child Health and Illness Profili-CHIP için Türkçe kültürel uyarlanması ve geçerlilik güvenilirliğinin yapılmasında uluslararası kabul gören yöntemlerde belirtilen adımların izlenmiştir (66,85,100,139). Türkçeye uyarlanma süreci şu adımlardan oluşmuştur.:

- 1- Ölçeği geliştirmiş olan Starfield ve ark.'dan ve "Jonh Hopkins University, Bloom School of Public Health , Department of Population, Family and Reproductive Health" biriminden gerekli izinler alındıktan sonra ESOGÜ Etik kurulundan, ESOGÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden ve ESOGÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan gerekli izinler alınmıştır.(Ek 8.4, Ek 8.5.)

- 2- İngilizce metinden Türkçe'ye birbirinden bağımsız iki ileri çeviri gerçekleştirilmiştir;
- 3- İki ileri çevirinin İngilizce'ye hakim bir hekim ve uzman kurulu tarafından birleştirilmesi ve üzerinde uzlaşılan tek araç haline getirilmesi sağlanmıştır;
- 4- İkidilli (bilingual -Türkçe ve İngilizce dillerini ana dil düzeyinde bilen) bir çevirmen tarafından birleştirilmiş ileri çevirinin ölçeğin orijinal dili olan İngilizceye geri çevrilmesi sağlanmıştır;
- 5- Geri çevrilen ölçeğin (ölçeği geliştirenler tarafından) İngilizce orijinali ile karşılaştırılması ve Türkçe sürüm üzerinde yürütülecek olan bilişsel-kavramsal sorgulamanın yapılabilmesi için gerekli olan hazırlık Uzman Türk Çalışma Grubu tarafından tartışılmıştır;
- 6- Son şekli verilen Türkçe sürümünün seçilmiş 10 okul çağı çocuğunun üzerinde bilişsel- kavramsal sorgulamasının yapılması ve bu sorgulamada madde yazımı ile ilgili her bir önerinin değerlendirilerek maddelerin Türkçe yazımında gerekli değişikliklerin yapılması ve CHIP Türkçe Pilot sürümlerinin oluşturulması sağlanmıştır;
- 7- Ölçeğin 6–17 yaş arası okul çocuklarını temsil eden örneklem grubu çocuk ve adölesanlar üzerinde uygulanması yapılmıştır;
- 8- Elde edilen verilerin çözümlenmesi gerçekleştirilmiştir;
- 9- Güvenirlilik ve geçerlilik çözümlenmesi ve bu konuda uygun istatistiksel yöntemlerin kullanılarak değerlendirilmesi yapılmıştır.

Çalışmanın veri analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (SPSS 16.0, SPSS, Chicago, IL) istatistik programı kullanılmış, $p < 0,05$ (iki yönlü) değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Karşılaştırmalar yapılırken ikiden fazla grubun değerlendirilmesinde verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin belirlenmesinde Kruskal Wallis Varyans analizi gruplara arsında farklılıklar için Sigma SAT 3.5 istatistik programından yararlanılmıştır.

Kullanılan madde ve ölçeğin güvenilirliğinin dolaylı olarak kanıtlanmasını sağlayan yapısal eşitlik modeli ile LISREL Yazılım modeli kullanılarak bir dizi puanlama elde edilmiştir. Ölçeklere ait maddelerin geçerlilik ve güvenilirliği önerilen veya test edilen kuramsal modelin uygunluğu kapsamında kullanılan bir modeldir.

Lisrel yazılım programı; K.Ç.Jorekog ve D.Sarbom tarafından geliştirilmiştir. Linear Structural RELations (Doğrusal Yapısal İlişkiler) kelimelerinden belirli harfler seçilerek yapılmış bir kısaltma, yazılımın adını belirlemiştir. Lisrel ölçümlerdeki kovaryans yapıları analiz eden bir istatistikî yazılımdır. Faktörler arasındaki nedensel ilişkileri araştıran hipotezlerin test edilmesi için kullanılır. Yazılım regresyon analizinde olduğu gibi değişkenler arasında doğrusal ilişkileri araştırır. Lisrel aynı zamanda gizli değişkenlerin özelliklerini incelemek amacıyla da kullanılır. Teorik veya soyut kavramlar dolaylı olarak diğer bir deyişle gizli değişkenler ortaya çıkarılmak suretiyle ölçülür. Bu yöntem ham puanların kullanılmasından daha elverişlidir. Böylece tüm test yerine testin alt boyutlarının güvenilirliği artmakta ve ölçüm hatası azalmaktadır. Lisrel’de ölçüm modelinin geçerlilik güvenilirliğini hesaplamak için teyit edici faktör analizi yöntemi uygulanır (133).

3.8.1 Çok örneklemlili doğrulayıcı faktör analizi hakkında genel bilgiler

Doğrulayıcı faktör analizinin, genel olarak literatüre baktığımızda, daha çok klasik faktör analizi çalışmalarından sonra uygulanan bir yöntem olduğunu görmekteyiz (131,133).

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) genellikle hipotetik yapıların gizil değişken (faktör) olarak tanımlandığı Path modelleri kullanılarak diyagramlarla ifade edilmektedir. Genellikle iki parçası bulunmaktadır; ölçme modeli ve yapısal eşitlik modeli. Ölçme modeli, hangi hipotetik yapı ya da faktörlerin gözlenen değişkenlere dayalı ölçüldüğünü ve bu ölçümlerin geçerlik ve güvenilirliklerinin ne olduğunu tanımlamaktadır. Yapısal eşitlik modelleri ise hipotetik yapılar arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkileri tanımlarken ayrıca açıklanan ve açıklanmayan varyans miktarını

göstermektedir. DFA’de sürekli ya da sıralı bir ya da birden fazla bağımsız değişken ile sürekli ya da sıralı bir ya da birden fazla bağımlı değişken arasındaki ilişki aynı anda incelenebilmektedir. DFA çok sayıda modele verilen genel bir isimdir. Bu modeller arasında tek ve çok değişkenli regresyon modelleri doğrulayıcı faktör analizi ve path modelleri sayılabilir. Doğrulayıcı faktör analizi modeli ölçmeye konu olan ve doğrudan gözlenemeyen gizil yapıların, belli bir sayıda gözlenen değişkenler aracılığıyla söz konusu gizil yapıları temsil eden faktörler ile bağlanımını veren doğrusal bir regresyon modelidir. Bu model tek bir gruba uygulandığında, bütün faktörlerin ortalamalarının, genellik özelliği kaybolmadan, sıfıra eşit olduğu kabul edilir (131).

DFA’da araştırmacı, kuramsal olarak tanımlanmış olan değişkenlerin hangi özellik altında yer alacağını, analizi yapmadan önce belirleyebilir, tam bir tanımlanmasını ve sonrasında hipotezlerin istatistiksel olarak test edilmesini gözlemleyebilir. Bu yaklaşımda gözlenen değişkenlerin, daha önceden kuramsal temele dayandırılmış değişkenler altında yer alıp almadığının test edilmesi olanaklıdır. DFA’nın en önemli avantajlarından biri de, kuramsal olarak tanımlanan modelin veri ile uyumunun değerlendirilmesine yönelik çeşitli türde uyum indeksleri önermesidir.

1. Test edilen modelin analiz edilen veriyle uyumunu sınama

DFA’de uyum iyiliğinin değerlendirilmesi kullanılan paket programa göre değişir. En yaygın kullanılan Ki Kare testidir. LISREL programı modelin veriye uyumunun farklı yönlerini, farklı ölçütler temelinde değerlendiren çok sayıda uyum indeksi sunmaktadır. Bunlar Ki Kare (χ^2) uyum testi (Chi-Square Goodness of fit), Uyum İyiliği Testleri (Goodness of Fit) ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksleri (Comparative Fit Indices) olmak üzere üç grupta toplanabilir.

2. Ki Kare Uyum Testi (Chi-Square χ^2)

Uyum mükemmel ise elde edilen değer 0’a yakın olması ve anlamlılık değerinin (p değeri) anlamlı olmaması gerekmektedir. Geleneksel anlamlılık testinin tersine χ^2 testinde anlamsız bir “p değeri” elde etmel istenir. Serbestlik derecesinde (sd) χ^2 testinde önemli bir ölçüttür. Sd’nin büyük olduğu durumlarda da χ^2 anlamlı sonuçlar verme

eğilimdedir. Bu nedenle sd 'nin χ^2 'e oranı da yeterlik için bir ölçüt olarak kullanılabilir. χ^2/sd oranının 5'den küçük olması iyi uyumun göstergesidir (91).

3. Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index GFI)

Model- veri uyumunun örneklem genişliğinden bağımsız olarak değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir. GFI kurulan modelin örneklemdeki varyans-kovaryans matrisini ne oranda yansıttığını gösterir ve modelin açıklandığı örneklem varyansı olarak kabul edilir. Bu nedenle regresyondaki R^2 'ye benzer. GFI değeri 0-1 arasında değişir ve örneklem genişliğine çok duyarlı olduğu için büyük N'lerde daha küçük değerler verir, 0.90 ve üzeri iyi uyum olarak kabul edilir.

4. Ayarlanmış/düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index, AGFI)

Örneklem genişliği dikkate alınarak düzeltilmiş olan bir GFI değeridir. N'in büyük olduğu durumlarda AGFI daha temsili bir uyum indeksidir. AGFI değeride 0-1 arasında değişir. 0.95 ve üzeri mükemmel uyum 0.90 ve üzeride tatminkâr düzeyde uyum olarak kabul edilir.

5. Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA)

Gözlenen değişkenler arasındaki kovaryansla modelde önerilen parametreler arasında farkın, hatanın büyüklüğünü test eden mutlak uyum indeksidir. GFI ve AGFI'nin tersine "0" a yakın değer vermesi beklenir. 0.05'e eşit ya da daha küçük olana değerler mükemmel uyumu, 0.08 ve 0.05 arasındaki değerlerde model karmaşıklığı dikkate alınarak kabul edilebilir uyumu gösteren değerler olarak değerlendirilir.

6. Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karelerinin Karakökü (Standardized Root Mean Square Residual, S-RMR)

LISREL ortalama hataların kara kökünü standart bir şekilde yorumlar ve S-RMR adı verilir. 0 ile 1 arasındaki bir değeri verir, 0.05 e eşit ya da daha küçük olan değerler kabul edilebilir model-veri uyumunu gösterir.

7. Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI) Bağımsızlık modelinin ürettiği kovaryans matrisi ile önerilen YEM modelinin ürettiği kovaryans matrisini karşılaştırır ve ikisi arasındaki oranı yansıtan “0” ile “1” arasında bir değer verir. Değerler yaklaştıkça modelin daha iyi bir uyum verdiği kabul edilir. 0.90 ve üzerindeki değerler iyi uyum olarak değerlendirilir.

8. Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Non-formed Fit Index, NNFI)

Modelin karmaşıklığı dikkate alınarak serbestlik derecelerini hesaba katarak yapılan bir değerlendirmedir. “0” ile “1” arasında bir değer verir, 0.95 ve üzeri mükemmel uyuma 0.90 ve 0.94 arası değerler de kabul edilir uyuma karşılık gelir. Bu araştırmada modelleri değerlendirmek için kullanılan uyum indeksleri ve diğer indeksler aşağıdaki çizelgede değerlendirme kriterleri ile birlikte verilmektedir.

9. Critical N-CN

DFA’ de 200 ve daha üstü bir değer kritik N istatistiği açısından yeterli model uygunluğu göstergesi olarak kabul edilmektedir CN, model uygunluğunun ötesinde örneklem sayısının yeterliliğini değerlendirmekte kullanılmaktadır (32,91).

Uyum İndekleri	Kriterler
χ^2 / sd	< 5
S-RMR	≤ 0.05
GFI	≥ 0.90
AGFI	≥ 0.90
CFI	≥ 0.90
NFI	≥ 0.90
NNFI	≥ 0.90
RMSEA	≤ 0.08 (orta düzey uyum)
RMSEA	≤ 0.05 (yüksek uyum)

Bu çalışmada doğrulayıcı faktör analizi kullanılmış ve yapısal eşitlik modelleri oluşturulmuştur. Ölçek uygulandıktan sonra verilerin girilmesinde SPSS 16.0 istatistik programı, doğrulayıcı faktör analizleri ve modellerin oluşturulmasında ise LISREL 8.72 programı kullanılmıştır.

3.9. CHIP-CE Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili Kullanma Yönergesi

MEMNUNİYET ETKİ ALANI: Algılanan sağlık ve refah düzeyini gösterir. Yüksek skor daha yüksek memnuniyeti gösterir. 1–5 arasında skorlanır, 9 madde.

RAHATSIZLIK ETKİ ALANI: Belirli bir duysal ve fiziksel hislerine yönelik müdahaleleri içerir. Yüksek skor daha az rahatsızlığı gösterir. 1–5 arasında skorlanır, 12 madde.

ESNEKLİK ETKİ ALANI: Hastalık ya da zarar sonrası bireysel korunmaya yönelik davranışları içerir. Yüksek skor daha çok esnekliği gösterir. 1–5 arasında skorlanır, 8 madde.

RİSKLERİN ETKİ ALANI: Hastalık ya da yararlanma olasılığını yükseltebilecek davranışları içerir. Yüksek skor daha az riskleri gösterir. 1–5 arasında skorlanır, 8 madde

BAŞARI ETKİ ALANI: Yüksek skor daha çok başarıyı gösterir. 1–5 arasında skorlanır, 8 madde

HASTALIKLAR ETKİ ALANI:

Çocuk Formunda bulunmaktadır. Hastalık Formu, Ebeveyn ve Adölesanlar için hazırlanan forma eklenmiştir.

3.10.CHIP- AE Adölesan Sağlığı ve Hastalıkları Profili Kullanma Yönergesi

MEMNUNİYET ETKİ ALANI: Algılanan sağlık ve refah düzeyini gösterir. Yüksek skor daha yüksek memnuniyet olarak değerlendirilir.

Altgrup Etki Alanı:

1-) Sağlıkla ilgili Memnuniyet: Genel algıları ve kişinin sağlık hakkındaki inançlarını gösterir. (1–5 arasında skorlanır, 4 madde)

2-) Öz-saygı: Benlik kavramı, kendi hakkındaki memnuniyetini gösterir. (1–4 arasında skorlanır, 5 madde)

RAHATSIZLIK ETKİ ALANI: Belirli bir duygusal ve fiziksel hislerine yönelik müdahaleleri içerir. Yüksek skor daha az rahatsızlığı gösterir.

Altgrup Etki Alanı:

1-) Fiziksel rahatsızlık: Fiziksel hisleri ve belirtileri gösterir. (1–5 arasında skorlanır, Kızlar için 24madde; erkekler 6 madde)

2-) Duygusal rahatsızlık: Duygusal hisleri ve belirtileri gösterir (1–5 arasında skorlanır, 7 madde)

3-) Aktivitelerin kısıtlılığı: Yaşa uygun hareketlilik faaliyetlerini, sınırlamaları ve kısıtlılıkları gösterir (1–5 arasında skorlanır, 3 madde)

ESNEKLİK ETKİ ALANI: Hastalık ya da oluşan zarar sonrası bireysel korunmaya yönelik davranışları içerir. Yüksek skor daha çok esnekliliği gösterir.

Altgrup Etki Alanı:

1-) Fiziksel aktivite: Formda ve sağlıklı olmak için çeşitli fiziksel etkinlikleri içerir. (1–5 arasında skorlanır, 3 madde)

2-) Sosyal problem çözme: Varsayımsal bir problemi çözme konusundaki aktif yaklaşımlarını içerir. (1–5 arasında skorlanır, 6 madde)

3-) Ev güvenliği ve sağlık: Evde zarar görme olasılığını azaltmak için alınan tedbirleri içerir. (1–5 arasında skorlanır, 3 madde)

4-) Aile katılımı: Aile içinde, aile desteği olarak yapılan faaliyet ve etkinliklerin türü ve oranını içerir. (1–5 arasında skorlanır, 3 madde)

RİSKLERİN ETKİ ALANI: Hastalık ya da yaralanma olasılığını yükseltebilecek bilinen davranışları içerir. Yüksek skor daha az riskleri gösterir.

Altgrup Etki Alanı:

1-) Bireysel riskler: Bireysel gelişimi tehdit eden faaliyetleri içerir. (1-5 arasında skorlanır)

2-) Başarıya yönelik riskler: Sosyal gelişimi bozabilen, tehdit unsuru oluşturan olumsuz davranışları içerir. (1–5 arasında skorlanır, 6 madde)

3-) Akran etkileri: Riskli davranışlarla meşgul akranlarına katılım sağlayan davranışları içerir. (1–5 arasında skorlanır, 2 madde)

BAŞARI ETKİ ALANI: Yüksek skor daha çok başarıyı gösterir.

Altgrup Etki Alanı:

1-) Akademik başarı: Okul başarılarını içerir. (1–4 arasında skorlanır, 4 madde)

2-) İş başarısı: İş performansını içerir. (1–5 arasında skorlanır)

HASTALIKLAR ETKİ ALANI: Koşullar sonucu oluşan zarar, yaralanmalar, bozukluklarda dahil olmak üzere kişilere konulmuş tanıları içerir. Yüksek skor daha az hastalığı gösterir.

Altgrup Etki Alanı:

- 1-) Akut minör hastalıklar: Soğuk algınlığı, bademcik iltihabı, burkulma vb. (1–5 arasında skorlanır, 11 madde)
- 2-) Akut majör hastalıklar: Pnömoni, kemik kırığı, hepatit vb. (1–5 arasında skorlanır, 9 madde)
- 3-) Tekrarlayan hastalıklar (1–5 arasında skorlanır, 11 madde)
- 4-) Uzun dönem tıbbi hastalıklar: Kulak enfeksiyonları, astım, allerji vb. (1–5 arasında skorlanır, 6 madde)
- 5-) Uzun dönem cerrahi hastalıklar: Skolyoz, görme ve işitme problemleri vb. (1–5 arasında skorlanır, 5 madde)
- 6-) Psikososyal hastalıklar: Konuşma problemleri, yeme problemleri, öğrenme ve dikkat eksikliği vb. (1–5 arasında skorlanır, 4 madde)

3.11. Ek soru formu

Çocuk ve adölesanların demografik bilgilerine ve ölçek formuna ek olarak, hasta çocuklar için hastanede yatma süreçleri, hastalıkları, ev ve ekonomik koşulları konusundaki düşünceleri, ev ortamlarını tanımlayan temel ihtiyaçlara sahip olup olmadıkları, uyku, yemek ve temizlik alışkanlıklarının sorgulandığı ek bir form oluşturulmuştur. Bu ek formda elde veriler yaşam kalite puanları ve ortaya çıkan sorunlarla ilişkisi değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 6–11 yaş hasta ve kontrol grubu çocuk ve ebeveynlerinden, 12–17 yaş hasta ve kontrol grubu adölesanlardan veri toplama araçları ile elde edilen bilgiler aşağıda tablolar eşliğinde belirtilmiştir.

4.1. 6–11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili-CHIP-CE Formuna İlişkin Bulgular

4.1.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Araştırmamıza katılan Hasta ve kontrol grubu çocukların demografik bilgilerinin dağılımı aşağıda gösterilmiştir.

Tablo-4.1.1.1. 6–11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler		Hasta grubu (N:235)		Kontrol grubu (N:194)	
		Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kız	109	46,4	89	45,9
	Erkek	126	53,6	105	54,1
Yattığı servis	Çocuk Servisi	193	82,1	-	-
	Ortopedi Servisi	28	11,9	-	-
	Çocuk Cerrahi	14	6,0	-	-
Okuduğu Sınıf	Okula Gitmiyor	9	3,8	-	-
	Anaokulu	7	3,0	14	7,2
	İlköğretim 1.sınıf	23	9,8	22	11,3
	İlköğretim 2.sınıf	51	21,7	12	6,2
	İlköğretim 3.sınıf	32	13,6	55	28,4
	İlköğretim 4.sınıf	39	16,6	27	13,9
	İlköğretim 5.sınıf	44	18,7	64	33,0
	İlköğretim 6.sınıf	27	11,5	-	-
İlköğretim 7.sınıf	3	1,3	-	-	
Yaş Ortalaması		8,93 ± 1,629		9,22 ± 1,609	

Annenin Eğitim Durumu	Hiç Okula Gitmedi	9	3,8	1	0,7
	İlkokul	113	48,1	3	2,2
	Ortaokul	32	13,6	2	1,5
	Lise	45	19,1	21	15,7
	Fakülte	18	7,7	77	57,5
	Lisansüstü	4	1,7	30	22,4
	Bilmiyorum	14	6,0	-	-
Babanın Eğitim Durumu	Hiç Okula Gitmedi	8	3,4	-	-
	İlkokul	58	24,7	1	1,7
	Ortaokul	26	11,1	1	1,7
	Lise	93	39,6	22	16,4
	Fakülte	30	12,8	72	53,4
	Lisansüstü	8	3,4	38	28,4
	Bilmiyorum	19	5,1	-	-
Annenin İş Durumu	Tam zamanlı çalışıyor	43	18,3	68	50,7
	Yarı zamanlı çalışıyor	13	5,5	44	32,8
	Çalışmıyor iş arıyor	20	8,5	2	1,5
	Engelli ve çalışmıyor	6	2,6	-	-
	Çalışmıyor ve iş aramıyor	138	58,7	8	13,4
	Emekli	-	-	1	,7
	Yarım zamanlı öğrenci	1	,4	-	-
		1	,4		
	Bilmiyorum	1	,4	1	,7
Babanın İş Durumu	Tam zamanlı çalışıyor	166	70,6	78	58,2
	Yarı zamanlı çalışıyor	25	10,6	51	38,1
	Çalışmıyor, iş arıyor	11	4,7	-	-
	Engelli ve çalışmıyor	2	,9	-	-
	Çalışmıyor ve iş aramıyor	2	,9	-	-
	Emekli	14	6,0	4	3,0
	Tam zamanlı öğrenci	-	-	1	,7
	Yarım zamanlı öğrenci	-	-	-	-
	Bilmiyorum	15	6,4	-	-

Araştırmamıza katılan 6–11 yaş Hasta Grubunun yaş ortalaması $8,93 \pm 1,629$, 6–11 yaş kontrol grubunun yaş ortalaması $9,22 \pm 1,609$ olarak bulunmuştur. Hasta grubunun 126'sı (%53,6) erkek, 109'u (%46,6) kızdır. Kontrol grubunun 105'i (%54,1) erkek, 89'u (%45,9) kızdır.

Araştırmaya katılan 6–11 yaş hasta grubu Çocukların 143'ü (60,9) apartmanda, 92'si (39,1) müstakil bir evde oturmaktadır. Çocukların yaşadıkları evlerin 107'si

(%45,5) soba ile 67'si (28,5) kombi ya da kat kaloriferi ile 61'i (%26) merkezi sistem ile ısıtılmaktadır.

Kontrol grubu çocuklarının ise 161'i (83,0) apartmanda, 33'ü (%17,0) müstakil bir evde oturmaktadır. Çocukların 4'ünün (%2,1) yaşadıkları evler soba ile 113'ünün (58,2) kombi ya da kat kaloriferi ile 77'sinin de (%39,7) merkezi ısıtma sistemi ile ısıtılmaktadır.

Araştırmamıza katılan Hasta ve Kontrol Grubu çocukların yaş gruplarına göre devam ettiği sınıflar ile ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Tablo-4.1.1.2. 6-11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Yaş Gruplarına Göre Devam Ettiği Sınıf Dağılımı

Devam Ettikleri Sınıf	Çocukların Yaş Grupları											
	6 Yaşında		7 Yaşında		8 Yaşında		9 Yaşında		10 Yaşında		11 Yaşında	
	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol
Okula Gitmiyor	7	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
Anaokul	7	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.Sınıf	9	1	13	21	1	-	-	-	-	-	-	-
2.Sınıf	-	-	15	7	34	4	1	1	1	-	-	-
3.Sınıf	-	-	-	-	12	6	17	30	3	19	-	-
4.Sınıf	-	-	-	-	-	-	13	5	25	19	1	3
5.Sınıf	-	-	-	-	-	-	-	-	24	18	20	46
6.Sınıf	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	25	-
7.Sınıf	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Toplam	23	15	28	28	47	10	31	36	56	56	50	49

Araştırmamıza katılan çocukların yaş grubu ve devam ettikleri sınıf dağılımı incelendiğinde hasta grubu çocukların kontrol grubuna oranla hastalık ve diğer sosyal

nedenlerle okula devam etme konusunda sağlıklı grubun gerisinde kaldıkları görülmüştür.

Araştırmamıza katılan hasta ve kontrol grubu çocukların ev ortamı, yemek yeme alışkanlıkları, uyku durumları, kişisel bakımlarına ilişkin bilgileri aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Tablo-4.1.1.3. 6-11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Yaşadıkları Ev Ortamında Kendilerine Ait Eşyalara İlişkin Bilgilerin Dağılımı

Yaşadıkları Ev Ortamına İlişkin Bilgileri	Hasta Grubu (N:235)			Kontrol Grubu (N:194)		
	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Evinde Kendine Ait Odan Var mı?	144(%61,3)	91(%38,7)	235	185(%95,4)	9(%4,6)	194
Evinde Kendine Ait Yatağın Var mı?	195(%82,9)	40(%17,1)	235	194(%100)	-	194
Evinde Kendine Ait Havlun Var mı?	178(%75,7)	57(%24,3)	235	152(%78,4)	42(%21,6)	194
Evinde Kendine Ait Su bardağın Var mı?	158(%67,2)	77(%32,8)	235	135(%69,6)	59(%30,4)	194
Evinde Kendine Ait Diş Fırçası Var mı?	228(%97,0)	7(%3,0)	235	192(%98,9)	2(%1,1)	194

Araştırmaya katılan çocuklardan Kontrol Grubundakilerin 185'inin (%95,36), Hasta Grubundakilerin 144'ünün (%61,27) evinde kendilerine ait odaları; Kontrol Grubu'nun 194'ünün (%100), Hasta Grubu'nun ise 195'inin (%82,97) kendilerine ait yatakları; Kontrol Grubu'nun 152'sinin (%78,35), Hasta Grubu'nun ise 178'inin (%75,74) kendilerine ait havluları; Kontrol Grubu'nun 135'inin (%69,58), Hasta Grubu'nun ise 158'inin (%67,23) kendilerine ait su bardağı; Kontrol Grubu'nun 192'sinin (%98,96) ,Hasta Grubu'nun ise 228'inin (%97,02) kendilerine ait diş fırçasının olduğu belirlenmiştir.

Hasta ve Kontrol Grubunu oluşturan çocuklar kişisel hijyenleri ile ilgili olarak, havlu, su bardağı ve diş fırçasına sahip olmak açısından benzerlik göstermektedir.

Tablo-4.1.1.4. 6–11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Yemek Yeme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı

Yemek Yeme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgileri	Hasta Grubu (N:235)	Kontrol Grubu (N:194)
	Sayı(n)/ Yüzde(%)	Sayı(n)/Yüzde(%)
Yemek seçer, her şeyi yemem	88(37,4)	62(32,0)
Dışarıda yemek yemeği severim	41(17,4)	59(30,4)
Dışarıda yemek yemeği sevmez, evde yerim	30(12,8)	32(16,5)
Hiç yemek seçmem her şeyi yerim	44(18,7)	22(11,3)
Sebze yemeklerini çok severim	12(5,1)	9(4,6)
Kırmızı et ve türevlerini çok severim	7(3,0)	10(5,2)
Tavuk ve türevlerini çok severim	13(5,5)	-
Toplam	235	194

Araştırmaya katılan Hasta Grubu çocuklarının 88'nin (%37,4) yemek seçtiğini ve her şeyi yemediği, 44'ünün (%18,7) her şeyi yediği ve hiçbir şeyi seçmediği, Kontrol Grubundaki çocukların ise 62'sinin (%32) yemek seçtiğini ve her şeyi yemediği, 22'sinin (%11,3) her şeyi yediği ve hiçbir şeyi seçmediği belirlenmiştir.

Sağlıklı grubu oluşturan kontrol grubu çocuklar hasta grubu çocuklara göre yemek yeme alışkanlıklarında daha az seçici olarak değerlendirilmiştir.

Tablo-4.1.1.5. 6–11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Uyku Durumlarına İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

Uyku Durumlarına İlişkin Bilgileri	Hasta Grubu (N:235)	Kontrol Grubu (N:194)
	Sayı(n)/Yüzde(%)	Sayı(n)/Yüzde(%)
Her Gece Uyumakta Zorluk Çekerim	23(9,8)	17(8,8)
Bir Çok Gece Uyumakta Zorluk Çekerim	21(8,9)	19(9,8)
Oldukça İyi Uyurum	169(71,9)	144(74,2)
Annem, Babam Olmadan Uyuyamam	22(9,4)	14(7,2)
Toplam	235	194

Araştırmaya katılan Hasta Grubu çocukların 169'unun (%71,9), Kontrol Grubu çocukların 144'ünün (%74,2) uyku düzeninin iyi olduğunu belirlenmiştir.

Tablo-4.1.1.6. 6-11 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocukların Kişisel Bakımlarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı

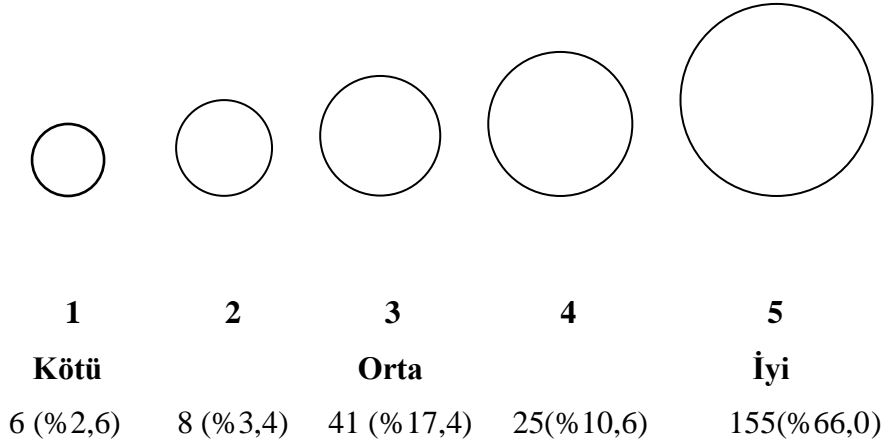
Kişisel Bakımlarına İlişkin Bilgileri	Hasta Grubu (N:235)			Kontrol Grubu (N:194)		
	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Banyo yaptıktan hoşlanıyor mısınız?	216(%91,9)	19	235	177(%91,2)	17	194
Tuvalete girmeden önce ellerini yıkar mısınız?	122(%51,9)	113	35	88(%45,3)	106	194
Tuvaletten çıktıktan sonra ellerini yıkar mısınız?	221(%94,0)	14	235	188(%96,9)	6	194
Yemekten önce ellerini yıkar mısınız?	206(%87,6)	29	235	181(%93,3)	13	194
Yemekten sonra ellerini yıkar mısınız?	215(%91,5)	20	235	177(%91,2)	17	194

Araştırmaya katılan çocukların çoğunluğunun kişisel bakımlarını yerine getirmede olumlu tutum ve davranış sergilediği görülmektedir. Hasta grubunun 216'sı (%91,9), Kontrol Grubunun 177'si (%91,2) banyo yaptıktan hoşlandıklarını; Hasta grubunun 122'si (%51,9), Kontrol Grubunun 88'i (%45,3) tuvalete girmeden önce ellerini yıkadıklarını; Hasta grubunun 221'i (%94,0), Kontrol Grubunun 188'si (%96,9) tuvaletten sonra ellerini yıkadıklarını; Hasta grubunun 206'sı (%87,6), Kontrol Grubunun 181'inin (%93,3) yemekten önce ellerini yıkadıklarını; Hasta grubunu 215'inin (%91,5), Kontrol Grubunun 177'sinin (%91,2) yemekten sonra ellerini yıkadıkları görülmektedir.

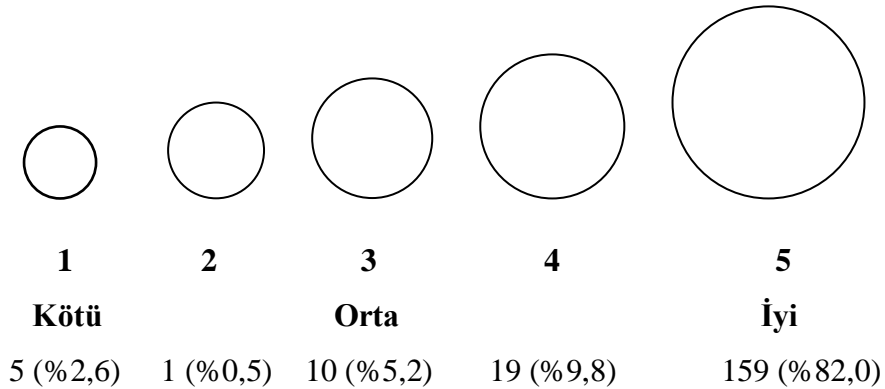
Hasta grubu çocuklar Son 4 hafta içinde saçını ne sıklıkla fırçaladın? sorusuna, 25'i (%10,6) Hiçbir zaman, 82'si (%34,9) bazen, 128'i (%54,5) her zaman yanıtını; Kontrol grubu çocuklar ise 27'si (%13,9) hiçbir zaman, 31'i (%16,0) bazen, 136'sı (%70,1) her zaman yanıtını vermişlerdir.

Araştırmaya katılan 6–11 yaş grubu hasta çocukların 158'i (%67,2) 1 kez, 34'ü (%14,5) 2 kez, 18'i (%7,7) 3 kez, 25'i (%10,6) 4 ve üzeri olmak üzere tedavi süresince hastanede yatmıştır. 229'unun (%97,4) annesi, 6'sının (%2,6) diğer yakın akrabaları yanında refakatçi olarak kalmıştır.

Araştırmaya katılan hasta grubu çocuklarından yaşadıkları evlerinin koşullarından ne derecede hoşnut olduklarını değerlendirmeleri istenmiştir. Verdikleri yanıtlar aşağıda belirtilmiştir.



Araştırmaya katılan kontrol grubu çocuklarından yaşadıkları evlerinin koşullarından ne derecede hoşnut olduklarını değerlendirmeleri istenmiştir. Verdikleri yanıtlar aşağıda belirtilmiştir.



Kontrol grubunda yer alan çocuklar ev koşullarını Hasta grubu çocuklardan daha yüksek oranda iyi olarak tanımlamışlardır.

Tablo-4.1.1.7. 6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Hastanede Yatarak Tedavi Gördükleri Tanılarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı

Hastalık	Sayı(n) / Yüzde(%)
Yanıt Vermeyenler	23(9,8)
Akut Minör Hastalıklar	26(11)
Akut Majör Hastalıklar	51(21,6)
Tekrarlayan hastalıklar	58(24,6)
Uzun dönem tıbbi hastalıklar	46(19,5)
Uzun dönem cerrahi hastalıklar	32(13,5)
Psikososyal hastalıklar	-

Çocukların genel olarak hangi tanı ile hastaneye yatırıldıkları değerlendirildiğinde, pediatri bölümünde; 17'si (%7,2) Diyabet, 17'si (%7,2) Böbrek Hastalıkları, cerrahi kliniklerde ise 17'si (%7,2) kol kırığı olan tanıları oluşturmaktadır. Tablo-7'de görüldüğü gibi hastalık grupları CHIP-CE Ebeveyn /AE formunda kullanılan Hastalık modülüne uygun biçimde sınıflandırılmıştır. Hastalık Modülü CHIP-CE -76 Ebeveyn Formunda ve CHIP-AE formunda hastalıkları tanımlamak adına yer almaktadır. CHIP CE-76 Ebeveyn Formuna ek olarak çocuklara tanıları sorulmuş yanıtları modül doğrultusunda sınıflandırılmıştır.

Modül içine yerleştirilen bazı hastalık örnekleri şöyle gerçekleşmiştir; Akut Minör Hastalıklar: ÜSYE, Ateş, Diş ağrısı ; Akut Majör Hastalıklar: Ayak Kırığı, Zehirlenme, Ciddi Yaralanmalar, Pnömoni vb. ; Tekrarlayan hastalıklar: DM, JRA, Talasemi, MS, Astım vb. ; Uzun dönem tıbbi hastalıklar: KBY, Kalp hastalıkları, Lösemi, Büyüme Geriliği, Troid vb. ; Uzun dönem cerrahi hastalıklar: Ayak ve bacakta parçalı kırıklar vb. ; Psikososyal hastalıklar : Suicid-İntihar, Depresyon vb.

Tablo-4.1.1.8. 6–11 Yaş Hasta Grubu Çocukların En Çok Sahip Olmak İstedikleri Eşyalara İlişkin Bilgilerin Dağılımı

En çok neye sahip olmak istersin?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yanıt vermeyenler	41	17,4
Ailem	6	2,6
Akülü araba	3	1,3
Araba	5	2,1
Arabalı yatak	2	,9
Bilgisayar	56	23,8
Bisiklet	5	2,1
Evimize yeni eşyalar	6	2,6
Havuz	5	2,1
Evcil Hayvan	16	6,8
Her şeyim var	11	4,7
Sağlık ve huzur	4	1,7
Kardeş	4	1,7
Kendime ait oda	23	9,8
Oyuncak	29	12,3
Playstation	8	3,4
Telefon	7	3,0
Plazma Televizyon	4	1,7
Toplam	235	100,0

Çocuklara en çok neye sahip olmak istediklerini sorduğumuzda; 56'sı (%23,8) Bilgisayar, 29'u (%12,3) Oyuncak, 23'ü de (%9,8) Kendine ait oda istediğini ifade etmiştir. Çocukların 41'i (%17,4) bu soruya yanıt vermemiştir.

Tablo-4.1.1.9. 6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Hastalıkları İle İlgili Tanının Konulduğu Zaman Dilimi Hakkında Bilgilerin Dağılımı

Tanı ne kadar ne zaman önce konuldu?	Sayı(n)	Yüzde(%)
1-7 gün	70	29,8
8-14 gün	16	6,8
15-21 gün	9	3,8
1-3 ay	29	12,3
4-6 ay	5	2,1
1-3 yıl	46	19,6
4-6 yıl	14	6,0
7 yıl ve üzeri	21	8,9
Yanıt vermeyenler	25	10,6
Toplam	235	100,0

Çocuklara ne kadar zaman önce tanı konulduğu değerlendirildiğinde; 70'inin (%29,8) 1-7 gün arasında, 46'sının (%19,6) 1-3 yıl önce, 29'unun da (%12,3) 1-3 ay önce tanılarının konulduğu belirlenmiştir.

Tablo-4.1.1.10. 6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Hastalıkları Boyunca Kaç Kez Hastaneye Yattığı İle İlgili Bilgilerin Dağılımı

Kaç kez hastaneye yattın?	Sayı(n)	Yüzde(%)
1 kez	158	67,2
2 kez	34	14,5
3 kez	18	7,7
4 kez	8	3,4
5 kez	8	3,4
7 ve üzeri	9	3,8
Toplam	235	100,0

Çocukların hastaneye kaç kez yattıkları değerlendirildiğinde 158'inin (%67,2) 1, 34'ünün (%14,5) 2, 18'inin (%7,7) 3, 8'inin (%3,4) 4, 8'inin (%3,4) 5, 9'unun (%3,8) 7 ve üzeri kereler yattığı belirlenmiştir.

Tablo-4.1.1.11. 6–11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Görüşme Yapıldığı Zamanda Kaç Gündür Hastanede Yattığı İle İlgili Bilgilerin Dağılımı

Bu Serviste Yatmaya ne Zaman başladın?	Sayı(n)	Yüzde(%)
Görüşme yapıldığı gün	19	8,1
1 gün	91	38,7
2 gün	46	19,6
3 gün	28	11,9
4 gün	18	7,7
5 gün	11	4,7
1 hafta	12	5,1
10 gün	5	2,1
20 gün	2	,9
1 ay	3	1,3

Çocukların görüşme yapıldığı zaman kaç gündür hastanede yattıkları sorulmuş yanıtları değerlendirildiğinde; 19'u (%8,1) görüşme yapıldığı gün, 91'i (%38,7) 1 gün önce, 46'sı (%19,6) 2 gün önce, 28'i (%11,9) 3 gün önce, 18'i (%7,7) 4 gün önce, 11'i (%4,7) 5 gün önce, 12'si (%5,1) 1 hafta önce hastaneye yatmıştır. Ortalama hastanede yatış gün sayısı $2,8766 \pm 4,00289$ olarak bulunmuştur.

4.1.2. Çocuk sağlığı ve hastalıkları profili - CHIP-CE formu'na ilişkin geçerlilik güvenilirlik ölçümlerine ilişkin bilgiler

4.1.2.1. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile geçerlilik güvenilirlik ölçümleri

Yapı geçerliliği bağlamında ölçeğin orjinal formunda bulunan faktörlerin doğrulanması amacıyla DFA uygulanmış ve elde edilen veriler doğrultusunda orjinal formundan farklı olarak bazı maddeler faktörler içinde yer almamıştır. Veriler, bu maddeler çıkartıldıktan sonraki şekliyle değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan Hasta Grubu çocuklar için Yapılan DFA’ da elde edilen modelin uyum indeksi incelenmiş Ki kare değeri ve uyum indeksi değerleri Tablo–4.1.2.1.2.’de gösterilmiştir. Modele ilişkin faktör yükleri ve path diagramı Şekil 1.’de (Syf.84) verilmiştir.

Tablo–4.1.2.1.1. 6–11 Yaş Hasta Grubu Çocuklar İçin Ölçüm Modeli Sonuçları

Faktör / Madde	Standartlaştırılmış Yükler	t-değeri	R²
Faktör Rahatlık			
<i>c6b-</i> Son 4 hafta içinde kendini gerçekten üzgün/kederli hissettin mi?	0.75	8.91	0.42
<i>c7a-</i> Son 4 hafta içinde ne sıklıkla çok ağladın?	0.72	8.79	0.41
<i>c7b-</i> Son 4 hafta içinde ne sıklıkla kendini gerçekten endişeli hissettin?	0.56	7.25	0.28
<i>c8b-</i> Son 4 hafta içinde kendini ne sıklıkla korkmuş hissettin?	0.61	7.91	0.33
Faktör Riskler			
<i>c11b-</i> Okulda olduğun Son 4 hafta içinde ne sıklıkla sorun yaşadın?	0.58	7.26	0.34
<i>c12a-</i> Son 4 hafta içinde ne sıklıkla arkadaşlarına sataştın?	0.51	6.38	0.26
<i>c12b-</i> Son 4 hafta içinde ne sıklıkla sorun yaşadığın çocuklarla zaman geçirdin?	0.68	5.99	0.23
Faktör Başarı			
<i>c10b-</i> Okulda olduğun Son 4 hafta içinde ödevlerini nasıl yaptın?	0.63	8.07	0.30
<i>c13b-</i> Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde matematikte nasıldın?	0.89	12.13	0.59
<i>c14a-</i> Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde okumada nasıldın?	0.83	10.76	0.48
<i>c14b-</i> Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde öğrendiğin şeyleri hatırlamada nasıldın?	0.81	10.75	0.48
Faktör Esneklik			
<i>c16b-</i> Son 4 Hafta içinde anne baban ne sıklıkla senin fikirlerini dinledi?	0.79	10.39	0.48
<i>c17a-</i> Son 4 hafta içinde anne baban ne sıklıkla seninle birlikte yemek yedi?	0.34	6.43	0.21
<i>c17b-</i> Son 4 hafta içinde anne	0.82	10.85	0.52

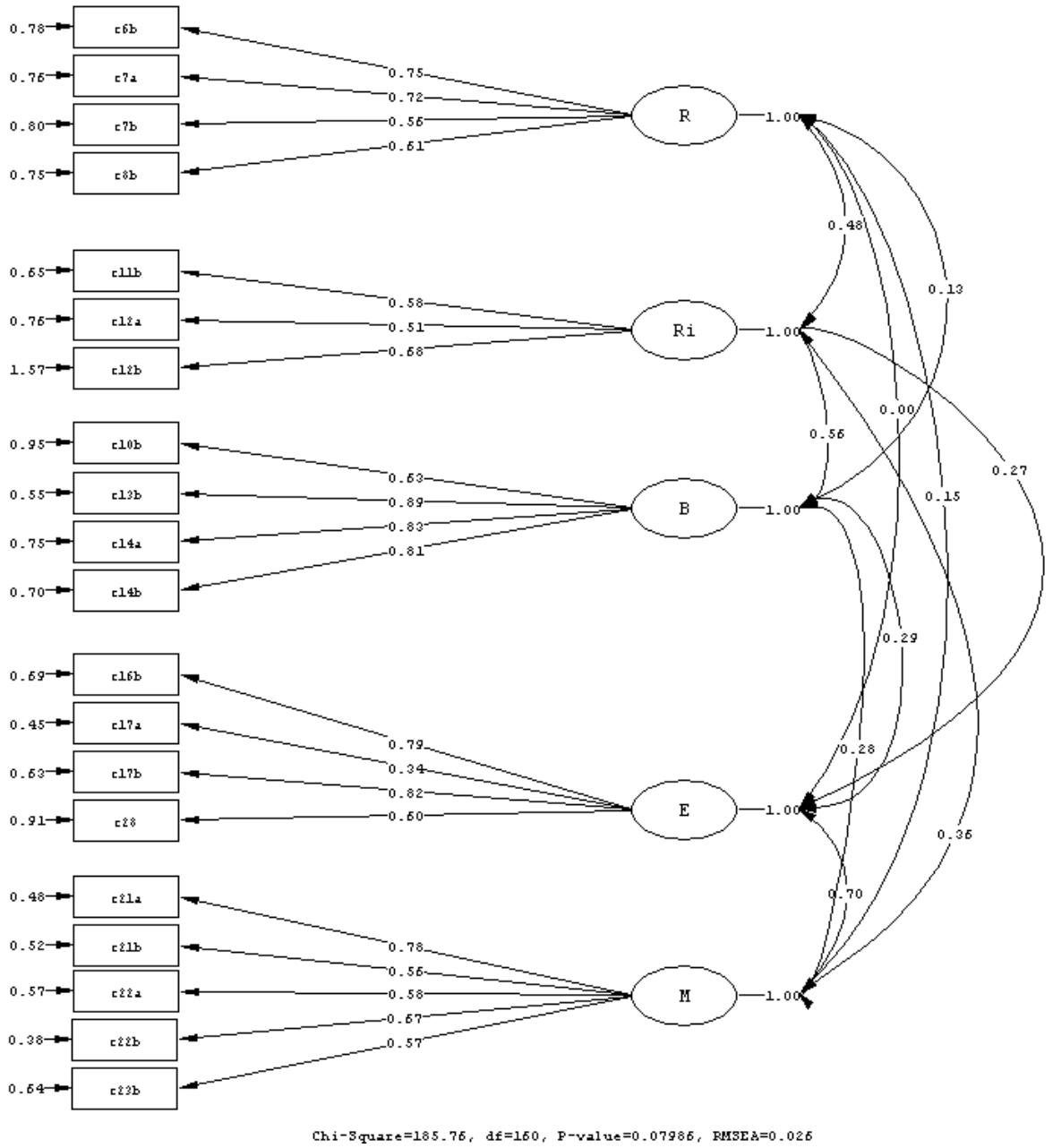
baban ne sıklıkla seninle eğlenceli bir şeyler yaparak zaman geçirdi?			
c28- Geçtiğimiz 4 hafta içinde anne babanla ne sıklıkla bir sonraki günde ne yapacağın hakkında konuştun?	0.60	7.70	0.28
Faktör Memnuniyet			
c21a- Ne sıklıkla kendinden hoşnutsundur?	0.78	12.18	0.56
c21b -Ne sıklıkla kendini mutlu hissedersin?	0.56	9.45	0.37
c22a- Ne sıklıkla kendin ile gurur duyarsın?	0.58	9.44	0.37
c22b- Ne sıklıkla sevildiğini ve istendiğini hissedersin?	0.67	11.91	0.54
c23b -Ne sıklıkla kendini beğenirsin?	0.57	8.92	0.34

Standartlaştırılmış yükler her bir gözlenen değişken ile ilgili olduğu faktör arasındaki korelasyonları göstermektedir. Rahatsızlık faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (c6b) korelasyon katsayısı 0.75' tir. c6b' in R^2 ise 0,42' dir. Rahatlık faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok c6b gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Riskler faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (c12b) korelasyon katsayısı 0.68' tir. c12b' in R^2 ise 0,23' tür. Riskler faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok c12b gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Başarı faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (c13b) korelasyon katsayısı 0.89' tir. c13b' in R^2 ise 0,59' dur. Başarı faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok c13b gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Esneklik faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (c17b) korelasyon katsayısı 0.82' tir. c17b' in R^2 ise 0,52' dir. Esneklik faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok c17b gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Memnuniyet faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (c21a) korelasyon katsayısı 0.78' tir. c21a' in R^2 ise 0,56' dır. Memnuniyet faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok c21a gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir

Tablo-4.1.2.1.2. 6–11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Ölçüm Modeli İçin Uyum Ölçüleri

Uyum Ölçüsü	Değeri	Uyum
χ^2/sd 185.76 / 160	1.161	Kabul Edilebilir
RMSEA	0.026	Mükemmel Uyum
SRMR	0.049	İyi Uyum
NFI	0.91	İyi Uyum
NNFI	0.98	İyi Uyum
CFI	0.98	İyi Uyum
GFI	0.93	İyi Uyum
AGFI	0.90	İyi Uyum

Tabloda yer almayan uyum ölçütlerinden biri araştırma örnekleminin yeterliliğinin değerlendirildiği “Kritik N” (Critical N-CN) değeridir. DFA’ de 200 ve daha üstü bir değer kritik N istatistiği açısından yeterli model uygunluğu göstergesi olarak kabul edilmektedir. CN, model uygunluğunun ötesinde örneklem sayısının yeterliliğini değerlendirmekte kullanılmaktadır (102). Ölçüm Modeli için kritik N değeri 252,68 olarak hesaplanmıştır. Bu değer araştırmada kullanılan 235 birimlik örneklemin yeterli olduğunu göstermektedir



Şekil 1. 6-11 Yaş Hasta Grubu Path Diyagramı

Yapı geçerliliği bağlamında ölçeğin orijinal formunda bulunan faktörlerin doğrulanması amacıyla DFA elde edilen modelin uyum indeksleri incelenmiş ve Ki-kare değerinin ($\chi^2= 185,76$, $N= 252$, $sd=160$, $p=0.079$) anlamlı olduğu görülmüştür. Uyum indeksi değerlerinin ise $RMSEA=0.026$, $SRMR=0.049$, $NFI=0.91$, $NNFI =0.98$, $CFI=0.98$, $GFI=0.93$, $AGFI=0.90$ olarak bulunmuştur. Uyum indeksi değerleri modelin iyi uyum gösterdiğini işaret etmektedir.

Araştırmaya katılan Kontrol Grubu çocuklar için Yapılan DFA' da elde edilen modelin uyum indeksi incelenmiş Ki kare değeri ve uyum indeksi değerleri Tablo 4.1.2.1.4'da gösterilmiştir. Modele ilişkin faktör yükleri ve path diyagramı Şekil 2.'de (Syf: 89) verilmiştir.

Tablo-4.1.2.1.3. 6–11 Yaş Kontrol Grubu Çocuklar İçin Ölçüm Modeli Sonuçları

Faktör / Madde	Standartlaştırılmış Yükler	t-değeri	R²
<i>Faktör Rahatlık.</i>			
<i>c6b-</i> Son 4 hafta içinde kendini gerçekten üzgün/kederli hissettin mi?	0.79	8.20	0.62
<i>c7a-</i> Son 4 hafta içinde ne sıklıkla çok ağladın?	0.53	6.19	0.28
<i>c7b-</i> Son 4 hafta içinde ne sıklıkla kendini gerçekten endişeli hissettin?	0.67	6.81	0.45
<i>Faktör Riskler</i>			
<i>c11a-</i> Okulda olduğun Son 4 hafta içinde ne sıklıkla dikkatini toplamakta güçlük çektin?	0.59	5.64	0.35
<i>c11b-</i> Okulda olduğun Son 4 hafta içinde ne sıklıkla sorun yaşadın?	0.48	5.15	0.23
<i>c15b-</i> Son 4 hafta içinde ne sıklıkla öğretmeninle iyi geçindin?	0.34	5.53	0.12
<i>Faktör Başarı</i>			
<i>c10b-</i> Okulda olduğun Son 4 hafta içinde ödevlerini nasıl yaptın?	0.41	6.16	0.17
<i>c13b-</i> Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde matematikte nasıldın?	0.48	6.11	0.23
<i>c14a-</i> Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde okumada nasıldın?	0.45	6.31	0.20
<i>c14b-</i> Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde öğrendiğin şeyleri hatırlamada nasıldın?	0.79	10.32	0.62

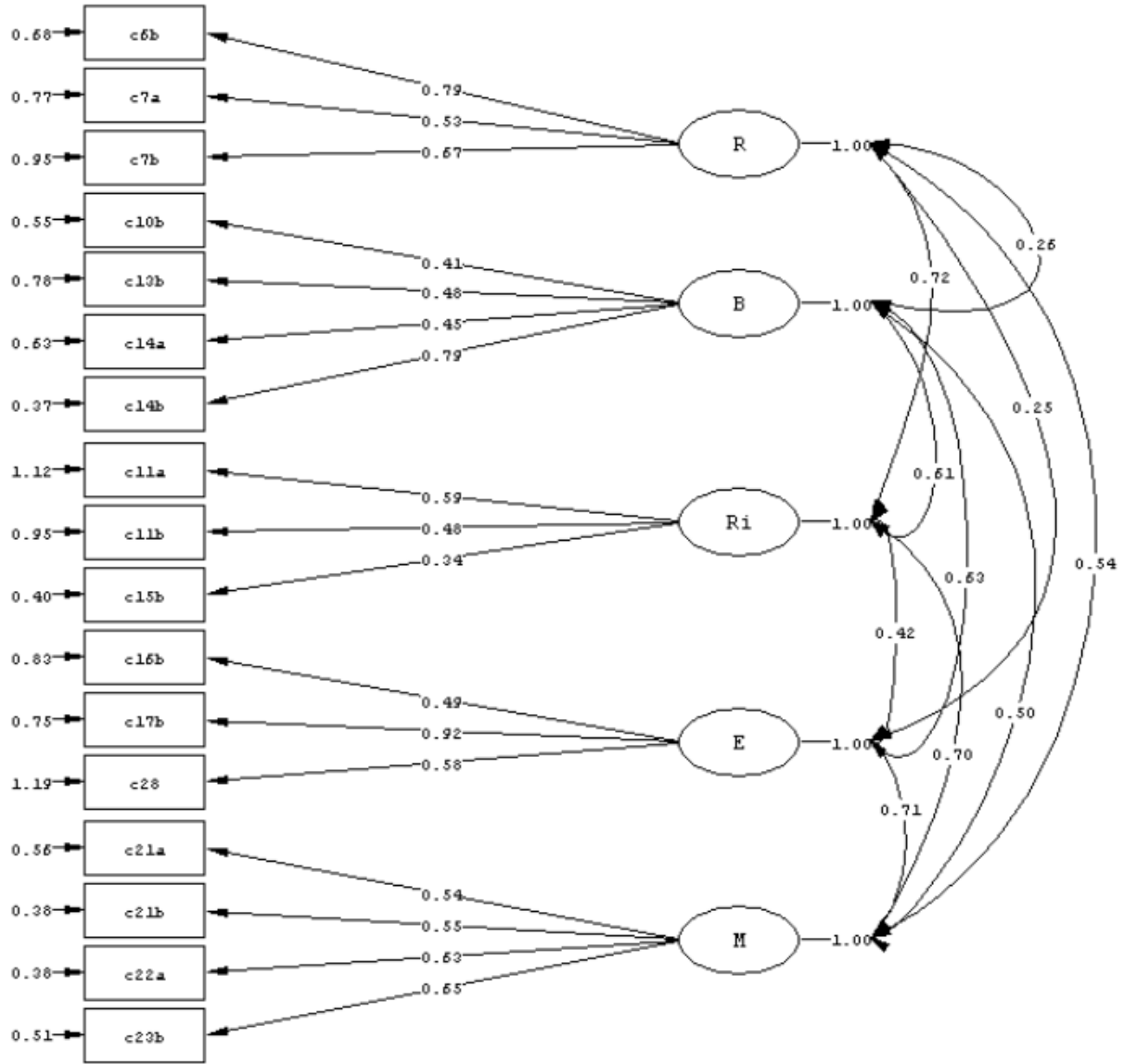
Faktör Esneklik			
<i>c16b</i> -Son 4 Hafta içinde anne baban ne sıklıkla senin fikirlerini dinledi?	0.49	5.86	0.24
<i>c17b</i> -Son 4 hafta içinde anne baban ne sıklıkla seninle eğlenceli bir şeyler yaparak zaman geçirdi?	0.92	8.94	0.85
<i>c28</i> -Geçtiğimiz 4 hafta içinde anne babanla ne sıklıkla bir sonraki günde ne yapacağın hakkında konuştun?	0.58	5.86	0.34
Faktör Memnuniyet			
<i>c21a</i> -Ne sıklıkla kendinden hoşnutsundur?	0.54	8.06	0.29
<i>c21b</i> -Ne sıklıkla kendini mutlu hissedersin?	0.55	9.37	0.30
<i>c22a</i> -Ne sıklıkla kendin ile gurur duyarsın?	0.63	10.37	0.40
<i>c23b</i> -Ne sıklıkla kendini beğenirsin?	0.65	10.28	0.42

Standartlaştırılmış yükler her bir gözlenen değişken ile ilgili olduğu gizil faktör arasındaki korelasyonları göstermektedir. Rahatsızlık faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (*c6b*) korelasyon katsayısı 0,79'dur. *c6b*' in R^2 ise 0,62'dir. Rahatlık faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *c6b* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Riskler faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (*c11a*) korelasyon katsayısı 0,59'dur. *c11a*' in R^2 ise 0,35'dir. Riskler faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *c11a* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Başarı faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (*c14b*) korelasyon katsayısı 0.79'dur. *c14b*' in R^2 ise 0,62'dir. Başarı faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *c14b* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Esneklik faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (*c17b*) korelasyon katsayısı 0.92'dir. *c17b*' in R^2 ise 0,85'dir. Esneklik faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *c17b* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Memnuniyet faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (*c23b*) korelasyon katsayısı 0.65'dir. *c23b*' in R^2 ise 0,42'dir. Memnuniyet faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *c23b* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir.

Tablo-4.1.2.1.4. 6–11 Yaş Kontrol Grubu Çocukların Ölçüm Modeli İçin Uyum Ölçüleri

Uyum Ölçüsü	Değeri	Uyum
χ^2/sd 180.20/109	1.65	Kabul Edilebilir
RMSEA	0.058	İyi Uyum
SRMR	0.062	Kabul edilebilir.
NFI	0.87	Kabul Edilebilir
NNFI	0.92	İyi Uyum
CFI	0.94	İyi Uyum
GFI	0.90	İyi Uyum
AGFI	0.86	Kabul Edilebilir

Tabloda yer almayan uyum ölçütlerinden biri araştırma örnekleminin yeterliliğinin değerlendirildiği “kritik N” (Critical N-CN) değeridir. Ölçüm Modeli için kritik N değeri 151,68 olarak hesaplanmıştır. Bu değer araştırmada kullanılan 194 birimlik örneklem Kritik N değerinin üzerinde kaldığı için yeterli olduğunu kabul edilmiştir.



Chi-Square=180.20, df=109, P-value=0.00002, RMSEA=0.058

Şekil 2. 6-11 Yaş Kontrol Grubu Path Diyagramı

4.1.2.2. Çocuk sağlığı ve hastalıkları profili - CHIP-CE formunun güvenilirlik ve madde analizi

Doğrulayıcı Faktör Analizi ile incelenen boyutların güvenilirliğini incelemek amacı ile maddelerin toplam korelasyonları ve faktörlerin Cronbach'a Alpha iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Madde ortalama puanları, faktörlerin toplam ve ortalama puanları ve standart hataları değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan Hasta Grubu çocukların CHIP-CE Formu Madde ortalama puanları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo-4.1.2.2.1. 6–11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE Madde Ortalama Puanları ve Standart Hataları

Maddeler		Ortalama n: 235	Standart Hata	Madde Toplam Korelasyonu
c6b	Son 4 hafta içinde kendini gerçekten üzgün/kederli hissettin mi?	3,69	1,160	,196
c7a	Son 4 hafta içinde ne sıklıkla çok ağladın?	3,58	1,134	,248
c7b	Son 4 hafta içinde ne sıklıkla kendini gerçekten endişeli hissettin?	3,89	1,059	,251
c8b	Son 4 hafta içinde kendini ne sıklıkla korkmuş hissettin?	3,78	1,062	,263
c10b	Okulda olduğun Son 4 hafta içinde ödevlerini nasıl yaptın?	3,94	1,161	,335
c11b	Okulda olduğun Son 4 hafta içinde ne sıklıkla sorun yaşadın?	4,00	,994	,431
c12a	Son 4 hafta içinde ne sıklıkla arkadaşlarına sataştın?	4,31	1,009	,312
c12b	Son 4 hafta içinde ne sıklıkla sorun yaşadığın çocuklarla zaman geçirdin?	3,80	1,425	,255
c13b	Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde matematikte nasıldın?	3,86	1,155	,433
c14a	Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde okumada nasıldın?	3,76	1,199	,371
c14b	Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde öğrendiğin şeyleri hatırlamada nasıldın?	3,72	1,164	,456

c16b	Son 4 Hafta içinde anne baban ne sıklıkla senin fikirlerini dinledi?	4,06	1,148	,423
c17a	Son 4 hafta içinde anne baban ne sıklıkla seninle birlikte yemek yedi?	4,65	,756	,243
c17b	Son 4 hafta içinde anne baban ne sıklıkla seninle eğlenceli bir şeyler yaparak zaman geçirdi?	3,73	1,144	,421
c21a	Ne sıklıkla kendinden hoşnutsundur?	4,24	1,040	,502
c21b	Ne sıklıkla kendini mutlu hissedersin?	4,22	,910	,390
c22a	Ne sıklıkla kendin ile gurur duyarsın?	4,16	,952	,482
c22b	Ne sıklıkla sevildiğini ve istendiğini hissedersin?	4,36	,911	,462
c23b	Ne sıklıkla kendini beğenirsin?	4,28	,982	,370
c28	Geçtiğimiz 4 hafta içinde anne babanla ne sıklıkla bir sonraki günde ne yapacağın hakkında konuştun?	3,54	1,125	,318

Formun maddeleri içinde, en yüksek puan ortalamasını 4,65 puan ortalamasıyla “Son 4 hafta içinde anne baban ne sıklıkla seninle birlikte yemek yedi?” sorusu; en düşük puan ortalamasını 3,54 puan ortalamasıyla “Geçtiğimiz 4 hafta içinde anne babanla ne sıklıkla bir sonraki günde ne yapacağın hakkında konuştun?” soru maddesi almıştır.

Araştırmaya katılan Kontrol Grubu çocukların CHIP-CE Formu Madde ortalama puanları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo-4.1.2.2.2. 6–11 Yaş Kontrol Grubu Çocukların Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE Madde Ortalama Puanları ve Standart Hataları

Maddeler		Ortalama n:194	Standart Hata	Madde Toplam Korelasyonu
c6b	Son 4 hafta içinde kendini gerçekten üzgün/kederli hissettin mi?	3,74	1,142	,446
c7a	Son 4 hafta içinde ne sıklıkla çok ağladın?	4,08	1,023	,337
c7b	Son 4 hafta içinde ne sıklıkla kendini gerçekten endişeli hissettin?	3,74	1,182	,283
c10b	Son 4 hafta içinde kendini ne sıklıkla korkmuş hissettin?	4,34	,849	,376

c11a	Okulda olduğun Son 4 hafta içinde ne sıklıkla dikkatini toplamakta güçlük çektin?	3,85	1,207	,364
c11b	Okulda olduğun Son 4 hafta içinde ne sıklıkla sorun yaşadın?	4,01	1,087	,334
c13b	Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde matematikte nasıldın?	4,24	1,007	,324
c14a	Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde okumada nasıldın?	4,37	,913	,308
c14b	Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde öğrendiğin şeyleri hatırlamada nasıldın?	4,16	,998	,501
c15b	Son 4 hafta içinde ne sıklıkla öğretmenle iyi geçindin?	4,62	,718	,388
c16b	Son 4 Hafta içinde anne baban ne sıklıkla senin fikirlerini dinledi?	4,10	1,033	,336
c17b	Son 4 hafta içinde anne baban ne sıklıkla seninle eğlenceli bir şeyler yaparak zaman geçirdi?	3,51	1,264	,438
c21a	Ne sıklıkla kendinden hoşnutsundur?	4,31	,921	,491
c21b	Ne sıklıkla kendini mutlu hissedersin?	4,26	,824	,540
c22a	Ne sıklıkla kendin ile gurur duyarsın?	4,29	,887	,537
c23b	Ne sıklıkla kendini beğenirsin?	4,28	,968	,496
c28	Geçtiğimiz 4 hafta içinde anne babanla ne sıklıkla bir sonraki günde ne yapacağın hakkında konuştun?	3,73	1,239	,335

Formun maddeleri içinde, en yüksek puan ortalamasını 4,62 puan ortalamasıyla “Son 4 hafta içinde ne sıklıkla öğretmenle iyi geçindin?” sorusu; en düşük puan ortalamasını 3,51 puan ortalamasıyla “Son 4 hafta içinde anne baban ne sıklıkla seninle eğlenceli bir şeyler yaparak zaman geçirdi?” soru maddesi almıştır.

Araştırmamıza katılan Hasta ve Kontrol Grubu çocuklarının Etki alanlarının toplam ve ortalama puanları ve standart hataları Tablo–4.1.2.2.3. ve Tablo–4.1.2.2.4.’da gösterilmiştir.

Tablo-4.1.2.2.3. 6–11 Yaş Kontrol ve Hasta Grubu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE Formu Etki Alanları, Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

Etki Alanı	Hasta Grubu			Kontrol Grubu		
	Toplam Grup N: 235	Erkekler n:126	Kızlar n: 109	Toplam Grup N: 194	Erkekler n:105	Kızlar n: 89
Rahathk	3,73(,793)	3,76(,795)	3,70(,794)	3,85(,839)	3,93(,742)	3,74(,934)
Başarı	3,05(,718)	2,95(,716)	3,17(,705)	4,27(,659)	4,25(,656)	4,29(,666)
Riskler	4,03(,834)	3,95(,838)	4,13(,822)	4,15(,701)	4,16(,677)	4,14(,731)
Esneklik	3,99(,760)	3,91(,772)	4,08(,740)	3,78(,858)	3,76(,834)	3,80(,891)
Memnuniyet	4,25(,708)	4,18(,712)	4,33(,698)	4,28(,682)	4,29(,682)	4,26(,685)

CHIP-CE Formunun Rahatlık etki alanı puan ortalamasının hasta grubunda 3,73, Kontrol Grubunda 3,85; Başarı etki alanı puan ortalamasının hasta grubunun 3,05, kontrol grubunda 4,27; Riskler etki alanı puan ortalamasının hasta grubunda 4,03, Kontrol Grubunda 4,15; Esneklik etki alanı puan ortalamasının hasta grubunda 3,99, Kontrol Grubunda 3,78; Memnuniyet etki alanı puan ortalamasının hasta grubunda 4,25, Kontrol Grubunda 4,28 olarak tespit edilmiştir.

Hasta grubunun etki alanları ortalama puanlarında Rahatlık etki alanında 3,76 puan ortalamasıyla erkeklerin, Başarı etki alanından 3,17 puan ortalamasıyla kızların, Riskler etki alanından 4,13 puan ortalamasıyla kızların, Esneklik etki alanından 4,08 puan ortalamasıyla kızların, Memnuniyet etki alanında 4,33 puan ortalamasıyla kızların daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun etki alanları ortalama puanlarında Rahatlık etki alanında 3,93 puan ortalamasıyla erkeklerin, Başarı etki alanından 4,29 puan ortalamasıyla kızların, Riskler etki alanından 4,16 puan ortalamasıyla erkeklerin, Esneklik etki alanından 3,80 puan ortalamasıyla kızların, Memnuniyet etki alanında 4,29 puan ortalamasıyla erkeklerin daha yüksek puan ortalamaların sahip olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubu etki alanlarının ortalama puanları cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde Tablo-4.1.2.2.3. görüldüğü gibi aralarındaki farkın bir kaç puanla değişiklik gösterdiği gözlenmektedir.

Hastalık durumunun hem cinsiyetler açısından hemde sağlıklı olma açısından yaşam kalitesinde farklılık gösterdiği görülmektedir.

Kontrol grubu ve hasta grubu çocukların CHIP-CE Formu Alt etki alanların ortalamaları değerlendirildiğinde kontrol grubunun alt etki alanları puan ortalamalarının hasta çocuklardan daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir. Mevcut ve yaşamış oldukları bir hastalık süreci düşünüldüğünde puan farkının hasta grubu çocukları adına anlamlı olduğu düşünülmektedir.

Tablo-4.1.2.2.4. 6–11 Yaş Kontrol ve Hasta Grubu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE Formu Etki Alanları, Toplam Puanları ve Standart Sapmaları

Etki Alanı	Hasta Grubu			Kontrol Grubu		
	Toplam Grup N: 235	Erkekler n:126	Kızlar n: 109	Toplam Grup N: 194	Erkekler n:105	Kızlar n: 89
Rahatsızlık	14,94(3,175)	15,05(3,183)	14,81(3,177)	11,55(2,518)	11,81(2,226)	11,23(2,804)
Başarı	15,28(3,592)	14,76(3,580)	15,88(3,529)	17,10(2,638)	17,02(2,625)	17,19(2,666)
Riskler	12,11(2,503)	11,85(2,516)	12,40(2,468)	12,47(2,104)	12,50(2,033)	12,44(2,195)
Esneklik	15,97(3,043)	15,65(3,088)	16,34(2,960)	11,34(2,576)	11,28(2,502)	11,40(2,674)
Memnuniyet	21,26(3,541)	20,92(3,561)	21,66(3,493)	17,13(2,730)	17,19(2,731)	17,07(2,743)

CHIP-CE Formunda Alt etki alanları ölçek toplam puanları ve almaları gereken en yüksek skor şöyledir; Rahatsızlık Etki Alanı; belirli bir duygusal ve fiziksel hislerine yönelik müdahaleleri içerir, toplam 20 en yüksek skordur, yüksek skor daha az rahatsızlığı gösterir. Başarı etki alanı için toplam 20 en yüksek skordur, yüksek skor daha çok başarıyı gösterir. Riskler, Hastalık ya da yaralanma olasılığını yükseltebilecek bilinen davranışları içerir, toplam 15 en yüksek skordur, yüksek skor daha az riskleri gösterir. Esneklik Hastalık ya da zarar sonrası bireysel korunmaya yönelik davranışları içerir toplam 20 en yüksek skordur, yüksek skor daha çok esnekliği gösterir. Memnuniyet, algılanan sağlık ve refah düzeyini gösterir, toplam 25 en yüksek skordur, yüksek skor daha fazla memnuniyeti gösterir.

CHIP-CE Formunun alt etki alanlarından aldıkları toplam puanlar değerlendirildiğinde, genel olarak hasta grubunun daha yüksek puan aldıkları

belirlenmiştir. Hasta grubu çocukların özellikle esneklik ve memnuniyet etki alanlarında aldıkları toplam puanların kontrol grubu çocuklarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE Formunun Güvenirlilik Analizine ilişkin elde edilen Cronbach's Alpha değerleri Hasta ve Kontrol Grubu için Tablo–4.1.2.2.5.'te gösterilmiştir.

Tablo–4.1.2.2.5. 6–11 Yaş Kontrol ve Hasta Grubu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE Formu Etki Alanı Güvenirlilik Analizi Toplam Grup İçin Cronbach's Alpha Sonuçları

Etki Alanı	Hasta Grubu N: 235	Kontrol Grubu N: 194
Rahatsızlık	0,688	0,614
Başarı	0,768	0,651
Riskler	0,535	0,431
Esneklik	0,691	0,551
Memnuniyet	0,791	0,752
Tüm Madde	0,791	0,804

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE Formunun Kontrol grubu ve hasta grup açısından geçerlilik- güvenilirlik değerlendirilmesinde Tüm Madde gruplarının değerlendirmesinde Hasta Grubunda Cronbach's Alpha 0,79; Kontrol Grubunda 0,80 olarak bulunmuştur. Hem alt etki alanlarında hem de tüm madde analizde Cronbach's Alpha değerinin yüksek oranda olduğu, formun Türk çocukları için geliştirilen sürümünün sağlıklı ve hasta grupta geçerliliği yüksek bir form olarak değerlendirilebileceği belirlenmiştir.

4.1.3. 6–11 yaş grubu çocuk sağlığı ve hastalıkları profili - CHIP-CE formunun t-testi ve Mann Whitney –U testi ile değerlendirilmesi

Hasta ve Kontrol Grubu çocukların konuyla ilgili verdikleri yanıtlar ve belirli özelliklerine göre oluşturulmuş gruplar arasında Etki Alanları açısından farklılık olup olmadığının araştırılmasında iki bağımsız grubun karşılaştırılması söz konusu

olduğundan t testinden ve Mann Whitney –U testinde yararlanılmıştır. Grupların nasıl bir dağılım gösterip gösterdiğini belirlemek için Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır.

Tablo - 4.1.3.1. 6–11 Yaş Hasta Grubu için Kolmogorov-Smirnov Z Testi

Değişkenler	Başarı	Memnuniyet	Riskler	Esneklik	Rahatsızlık
Kolmogorov -Smirnov Z	1,956	1,727	2,095	2,327	1,575
p	0,001	0,005	0,000	0,000	0,014

Başarı, Memnuniyet ve Esneklik etki alanları $p < 0,05$ için normal dağılım göstermediği için Mann Whitney-U Testi yapılmıştır.

Tablo–4.1.3.2. 6–11 Yaş Hasta Grubunda Etki Alanları Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Cinsiyet	%25	Medyan	%75	Z	Mann-Whitney U	p*
Rahatsızlık	E	3,25	3,62	4,50	-,746	6482,000	p=0,456
	K	3,12	3,50	4,50			
Esneklik	E	3,50	4,00	4,50	-1,810	5932,000	p=0,070
	K	3,75	4,25	4,62			
Riskler	E	3,33	4,00	4,66	-1,804	5942,000	p=0,071
	K	3,66	4,33	5,00			
Memnuniyet	E	3,80	4,20	4,80	-1,950	5864,000	p=0,051
	K	3,90	4,60	5,00			
Başarı	E	2,55	3,00	3,60	-2,510	5568,500	p=0,012**
	K	2,70	3,20	3,80			

*Mann-Whitney U Testi , ** $p < 0,05$

Tablo 4.1.3.2. incelendiğinde formun Başarı etki alanı değerlerinde Hasta Grubundaki erkek ve kız çocuklar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın kızlar lehine olduğu görülmektedir. Kızların yaşam kalitesinin değerlendirilmesine verdikleri yanıtlardan olası başarı puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer etki alanları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo-4.1.3.3. 6-11 Yaş Kontrol Grubu için Kolmogorov-Smirnov Z Testi

Değişkenler	Başarı	Memnuniyet	Riskler	Esneklik	Rahatsızlık
Kolmogorov-Smirnov Z	2,167	2,296	2,366	1,551	2,053
p	0,000	0,000	0,000	0,016	0,000

Başarı, Memnuniyet, Riskler, Esneklik ve Rahatsızlık etki alanları $p < 0,05$ için normal dağılım göstermediği için Mann Whitney-U Testi yapılmıştır.

Tablo-4.1.3.4. 6-11 Yaş Kontrol Grubunda Etki Alanları Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Cinsiyet	%25	Medyan	%75	Z	Mann-Whitney U	p*
Rahatsızlık	E	3,33	4,00	4,33	-1,291	4174,000	p=0,197
	K	3,00	3,66	4,33			
Esneklik	E	3,33	3,66	4,33	-,425	4508,000	p=0,671
	K	3,33	4,00	4,33			
Riskler	E	3,66	4,33	4,66	-,025	4663,000	p=0,980
	K	3,66	4,33	4,66			
Memnuniyet	E	4,00	4,50	4,75	-,242	4579,500	p=0,809
	K	3,75	4,25	5,00			
Başarı	E	4,00	4,25	4,75	-,575	4451,000	p=0,566
	K	4,00	4,50	4,75			

*Mann-Whitney U Testi , ** $p < 0,05$

Tablo 4.1.3.4 incelendiğinde formun etki alanları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

4.1.4. 6-11 Yaş çocuk sağlığı ve hastalıkları profili - CHIP-CE formunun varyans analizi ile değerlendirilmesi

Karşılaştırmalar yapılırken ikiden fazla grupların oluşması nedeniyle Kruskal Wallis Varyans ve One Way Anova analizinden yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır, Normal dağılım göstermeyen etki alanları için Kruskal Wallis One Way Varyans analizi

Sigma SAT 3,5 istatistik programında yapılmıştır. Sonuçlar her bir faktör için ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubu çocukların devam ettikleri sınıf ve etki alanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine yönelik bilgiler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo-4.1.4.1. 6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Etki Alanları Açısından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Yaş	N	% 25	Medyan	%75	p**
Rahatsızlık	6 yaş	23	3,06	3,50	3,75	p = 0,176
	7 yaş	28	3,12	3,50	4,00	
	8 yaş	47	3,00	3,50	4,25	
	9 yaş	31	3,06	3,75	4,50	
	10 yaş	56	3,37	3,75	4,62	
	11 yaş	50	3,25	3,62	4,75	
Esneklik	6 yaş	23	3,75	4,00	4,5	p = 0,994
	7 yaş	28	3,625	4,00	4,75	
	8 yaş	47	3,5	4,00	4,50	
	9 yaş	31	3,563	4,00	4,50	
	10 yaş	56	3,375	4,00	4,50	
	11 yaş	50	3,5	4,25	4,75	
Riskler	6 yaş	23	3,33	3,67	4,502	p = 0,048*
	7 yaş	28	3,67	4,33	5,00	
	8 yaş	47	3,41	4,00	4,33	
	9 yaş	31	3,67	4,33	5,00	
	10 yaş	56	3,67	4,33	5,00	
	11 yaş	50	3,00	4,00	4,67	
Memnuniyet	6 yaş	23	4,20	4,80	5,00	p = 0,038*
	7 yaş	28	4,10	4,60	5,00	
	8 yaş	47	3,80	4,40	4,80	
	9 yaş	31	3,55	4,40	5,00	
	10 yaş	56	3,80	4,40	5,00	
	11 yaş	50	3,80	4,10	4,60	
Başarı	6 yaş	23	2,00	2,40	3,00	p = 0,001*
	7 yaş	28	2,40	3,10	3,70	
	8 yaş	47	2,80	3,20	3,80	
	9 yaş	31	3,00	3,40	3,60	

	10 yaş	56	2,60	3,30	3,80
	11 yaş	50	2,60	3,00	3,60

*p<0,05 **Kruskal-Wallis One Way Analysis

Yaş grupları arasında CHIP-CE formunun etki alanları açısından yapılan değerlendirmede Riskler, Memnuniyet ve Başarı etki alanında bir farklılık bulunmuştur. (p<0,05) Farklılığın her üç etki alanı içinde 6 yaş grubu lehine olduğu görülmüştür.

Tablo-4.1.4.2. 6–11 Yaş Kontrol Grubu Çocukların Etki Alanlarının Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Yaş	N	% 25	Medyan	%75	p**
Rahatsızlık	6 yaş	15	3,00	4,00	4,3333	p = 0,637
	7 yaş	28	3,00	4,16	5,0000	
	8 yaş	10	3,66	4,16	4,3333	
	9 yaş	36	3,33	3,66	4,5000	
	10 yaş	56	3,33	4,00	4,6667	
	11 yaş	49	3,33	3,66	4,3333	
Esneklik	6 yaş	15	3,33	3,66	4,16	p = 0,750
	7 yaş	28	3,33	4,16	5,00	
	8 yaş	10	2,66	3,16	4,33	
	9 yaş	36	3,00	3,66	4,50	
	10 yaş	56	3,33	3,66	4,33	
	11 yaş	49	3,33	4,00	4,33	
Riskler	6 yaş	15	3,33	4,00	4,33	p = 0,053
	7 yaş	28	3,66	4,33	4,33	
	8 yaş	10	4,00	4,83	5,00	
	9 yaş	36	3,66	4,00	4,66	
	10 yaş	56	3,83	4,33	4,83	
	11 yaş	49	3,66	4,33	4,66	
Memnuniyet	6 yaş	15	3,87	4,25	4,87	p = 0,333
	7 yaş	28	4,12	5,00	5,00	
	8 yaş	10	3,75	4,37	4,75	
	9 yaş	36	3,75	4,50	5,00	
	10 yaş	56	4,00	4,25	4,75	
	11 yaş	49	4,00	4,50	4,75	
Başarı	6 yaş	15	2,87	3,75	4,25	p = 0,001*
	7 yaş	28	4,25	4,50	4,75	
	8 yaş	10	4,00	4,75	5,00	

	9 yaş	36	4,00	4,50	5,00	
	10 yaş	56	4,00	4,50	4,75	
	11 yaş	49	3,75	4,25	4,75	

*p<0,05 **Kruskal-Wallis One Way Analysis

Yaş grupları arasında CHIP-CE formunun etki alanları açısından yapılan değerlendirmede sadece Başarı etki alanında bir farklılık bulunmuştur. (*p<0,05) Başarı etki alanında farklılığın 6 yaş grubu lehine olduğu görülmüştür.

Tablo-4.1.4.3. 6-11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Etki Alanları Açısından Devam Ettikleri Sınıflar Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Yaş	N	% 25	Medyan	%75	p**
Rahatsızlık	Anaokulu	7	3,06	3,25	4,313	p = 0,272
	1.sınıf	23	3,06	3,50	4,00	
	2.sınıf	51	3,00	3,50	4,0	
	3.sınıf	32	3,12	3,75	4,50	
	4.sınıf	39	3,25	3,50	4,43	
	5.sınıf	44	3,50	4,00	4,87	
	6.sınıf	27	3,12	3,75	4,75	
	7.sınıf	3	2,43	3,75	3,93	
	Okula Gitmiyor	9	3,37	3,50	4,12	
Esneklik	Anaokulu	7	3,75	4,25	4,68	p = 0,909
	1.sınıf	23	3,50	4,00	4,37	
	2.sınıf	51	3,56	4,25	4,50	
	3.sınıf	32	3,62	4,00	4,50	
	4.sınıf	39	3,50	4,00	4,50	
	5.sınıf	44	3,37	4,12	4,75	
	6.sınıf	27	3,50	4,00	4,50	
	7.sınıf	3	4,06	4,25	4,81	
	Okula Gitmiyor	9	4,12	4,25	4,31	
Memnuniyet	Anaokulu	7	4,00	3,70	4,80	p = 0,191
	1.sınıf	23	4,60	4,20	4,95	
	2.sınıf	51	4,60	3,85	4,80	
	3.sınıf	32	3,80	4,40	4,80	
	4.sınıf	39	3,50	4,00	4,50	
	5.sınıf	44	3,70	4,10	4,80	

	6.sınıf	27	3,80	4,20	4,60	
	7.sınıf	3	3,60	4,20	4,50	
	Okula Gitmiyor	9	4,65	4,80	4,50	
Başarı	Anaokulu	7	1,45	2,20	2,35	p =0,001*
	1.sınıf	23	2,05	2,80	3,40	
	2.sınıf	51	2,8	3,20	3,80	
	3.sınıf	32	2,8	3,30	3,70	
	4.sınıf	39	2,80	3,20	3,60	
	5.sınıf	44	2,70	3,30	3,80	
	6.sınıf	27	2,60	3,00	3,40	
	7.sınıf	3	2,80	2,80	3,55	
	Okula Gitmiyor	9	1,85	2,40	3,00	
Riskler	Anaokulu	7	3,75	4	4,918	p = 0,439
	1.sınıf	23	3,33	3,67	4,585	
	2.sınıf	51	3,67	4	5,00	
	3.sınıf	32	3,67	4,33	5,00	
	4.sınıf	39	3,67	4,33	4,918	
	5.sınıf	44	3,67	4,33	5,00	
	6.sınıf	27	3,00	4,00	4,585	
	7.sınıf	3	3,670	3,670	3,918	
		Okula Gitmiyor	9	2,918	3,67	

*p<0,05 **Kruskal-Wallis One Way Analysis

Devam ettikleri sınıflar arasında CHIP-CE formunun etki alanları açısından yapılan değerlendirmede sadece Başarı etki alanında bir farklılık bulunmuştur. (*p<0,05) Başarı etki alanında farklılığın 2,3,4 ve 5 sınıfa devam edenlerle anaokuluna devam edenler arasında anaokulu grubu lehine olduğu görülmüştür.

Tablo-4.1.4.4. 6-11 Yaş Kontrol Grubu Çocukların Etki Alanları Açısından Devam Ettikleri Sınıflar Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Yaş	N	% 25	Medyan	%75	p**
Rahatsızlık	1.sınıf	22	3,00	4,00	5,00	p = 0,966
	2.sınıf	12	3,16	4,16	4,33	
	3.sınıf	55	3,33	3,66	4,66	
	4.sınıf	27	3,33	3,66	4,66	
	5.sınıf	64	3,33	4,00	4,33	

	Anaokulu	14	3,00	4,16	4,33	
Başarı	1.sınıf	22	4,25	4,50	4,75	p = 0,000*
	2.sınıf	12	4,37	4,75	4,87	
	3.sınıf	55	4,12	4,50	5,00	
	4.sınıf	27	4,12	4,50	4,75	
	5.sınıf	64	3,75	4,25	4,50	
	Anaokulu	14	2,75	3,75	4,25	
Riskler	1.sınıf	22	3,66	4,16	4,33	p = 0,183
	2.sınıf	12	4,00	4,33	4,83	
	3.sınıf	55	3,66	4,00	4,66	
	4.sınıf	27	3,66	4,66	5,00	
	5.sınıf	64	3,66	4,33	4,66	
	Anaokulu	14	3,33	4,00	4,33	
Esneklik	1.sınıf	22	3,33	4,33	5,00	p = 0,147
	2.sınıf	12	2,83	3,33	4,00	
	3.sınıf	55	3,33	4,00	4,66	
	4.sınıf	27	3,16	3,66	4,33	
	5.sınıf	64	3,33	3,66	4,33	
	Anaokulu	14	3,33	3,50	4,00	
Memnuniyet	1.sınıf	22	4,00	5,00	5,00	p = 0,281
	2.sınıf	12	4,12	4,75	5,00	
	3.sınıf	55	3,75	4,50	5,00	
	4.sınıf	27	4,25	4,50	4,75	
	5.sınıf	64	4,00	4,25	4,75	
	Anaokulu	14	3,75	4,25	4,75	

*p<0,05 **Kruskal-Wallis One Way Analysis

Devam ettikleri sınıflar arasında CHIP-CE formunun etki alanları açısından yapılan değerlendirmede sadece Başarı etki alanında bir farklılık bulunmuştur. (*p<0,05) Başarı etki alanında farklılığın 1,2,3,4 sınıfa devam eden grubu ile anaokulu grubu arasında anaokulu grubu lehine olduğu görülmüştür.

Hasta Grubu çocukların etki alanları açısından tanı aldıkları zaman dilimi arasındaki farklılık Kruskal Wallis Testi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo-4.1.4.5. 6–11 Yaş Hasta Grubu Çocukların Etki Alanları Açısından Hastaneye Yatış Sayıları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Yaş	N	% 25	Medyan	%75	p**
Rahatsızlık	1kez	158	3,25	3,75	4,50	p = 0,590
	2kez	34	3,00	3,50	3,75	
	3kez	18	3,00	3,50	4,00	
	4kez	8	2,87	3,62	4,87	
	5kez	8	3,00	4,00	4,25	
	7 ve üzeri	9	3,50	3,75	4,50	
Esneklik	1kez	158	3,50	4,25	4,50	p = 0,243
	2kez	34	3,50	3,87	4,25	
	3kez	18	3,50	4,00	4,50	
	4kez	8	4,00	4,87	5,00	
	5kez	8	3,87	4,12	4,50	
	7 ve üzeri	9	3,50	3,75	4,25	
Riskler	1kez	158	3,66	4,33	5,00	p = ,174
	2kez	34	3,33	3,66	4,33	
	3kez	18	3,00	4,00	5,00	
	4kez	8	3,33	3,83	5,00	
	5kez	8	3,66	4,00	4,33	
	7 ve üzeri	9	3,66	4,33	5,00	
Memnuniyet	1kez	158	4,00	4,60	5,00	p = 0,299
	2kez	34	3,60	4,10	4,80	
	3kez	18	3,80	4,40	5,00	
	4kez	8	3,60	4,00	4,70	
	5kez	8	3,40	4,00	4,70	
	7 ve üzeri	9	3,80	4,00	4,40	
Başarı	1kez	158	2,60	3,20	3,80	p = 0,008*
	2kez	34	2,40	3,00	3,40	
	3kez	18	3,00	3,50	4,00	
	4kez	8	2,90	3,40	3,80	
	5kez	8	2,10	2,50	2,60	
	7 ve üzeri	9	2,40	2,80	3,20	

*p<0,05**Kruskal-Wallis One Way Analysis

Hasta Grubu çocukların etki alanları açısından hastaneye yatış sayıları arasındaki farklılık değerlendirildiğinde, Başarı etki alanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Bu farklılığın 7 kez ve üzerinde hastanede yatan çocuklarla diğer yatış sayıları arasında anlamlı olduğu gözlenmektedir. Başarı etki alanı puanlarının uzun süre hastanede yatan çocuklarda anlamlı olarak düşüş gösterdiği belirlenmiştir.

4.1.5. Çocuk ve ebeveynin çocuk için bildirdiği yaşam kalitesi ölçümleri arasındaki korelasyonlar

Çocuğun yaşam kalitesiyle ilgili ebeveyn ve çocuk raporundaki uyum Pearson korelasyon yöntemiyle incelenmiştir. Sonuçta hasta grupta ebeveyn ve çocuk cevaplarının birbirleriyle kontrol grubuna göre daha uyumlu olduğu görülmüştür.

Hasta Grubunda çocukların etki alanları ile ebeveynlerin etki alanları arasındaki uyumu değerlendirmek için yapılan Korelasyon analizinde Rahatlık Etki alanı için, $r= 0,250$ $p<0,01$ Çok zayıf pozitif doğrusal ilişki; Başarı Etki alanı için, $r= 0,455$ $p<0,01$ Zayıf pozitif doğrusal ilişki; Riskler Etki alanı için, $r= 0,195$ $p<0,01$ Çok zayıf pozitif doğrusal ilişki; Esneklik Etki alanı için, $r= 0,322$ $p<0,01$ Zayıf pozitif doğrusal ilişki; Memnuniyet Etki alanı için, $r= 0,330$ $p<0,01$ Zayıf pozitif doğrusal ilişki bulunmuştur.

Kontrol Grubu etki alanları ile ebeveyn etki alanları arasında uyumun değerlendirmek için yapılan korelasyon analizinde, Rahatlık Etki alanı için, $r= 0,086$ $p<0,01$ Çok zayıf pozitif doğrusal ilişki; Başarı Etki alanı için, $r= - 0,159$ $p<0,01$ Çok zayıf negatif doğrusal ilişki; Riskler Etki alanı için, $r= -0,041$ $p<0,01$ Çok zayıf negatif doğrusal ilişki; Esneklik Etki alanı için, $r= -0,32$ $p<0,01$ Çok zayıf negatif doğrusal ilişki; Memnuniyet Etki alanı için, $r= 0,42$ $p<0,01$ Zayıf pozitif doğrusal ilişki bulunmuştur.

4.2. Çocuğun ve Ebeveynin Çocuğu İçin Bildirdiği Yaşam Kalitesinin Hasta ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

Araştırmada hasta ve kontrol grubundaki çocukların bildirdiği etki alanları ile ilgili yaşam kalitelerinin gruplar arasındaki farklılıklarını belirleyebilmek için t testi yapılmıştır. Karşılaştırılan grupların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.2.1’de verilmiştir.

Tablo–4.2.1. 6–11 Yaş Hasta Grubu ve Ebeveyn CHIP Etki Alanlarının Ortalama ve Standart Hataları

Etki Alanları	Gruplar	Ortalama	Standart Hata
Rahatlık	Hasta çocuk	3,7362	,05179
	Ebeveyn	3,8023	,03771
Esneklik	Hasta çocuk	3,9947	,04963
	Ebeveyn	4,0867	,03390
Riskler	Hasta çocuk	4,0369	,05445
	Ebeveyn	4,2128	,03782
Memnuniyet	Hasta çocuk	4,2528	,04621
	Ebeveyn	4,0140	,03876
Başarı	Hasta çocuk	3,0570	,04687
	Ebeveyn	3,9200	,04177

Tablo–4.2.1. incelendiğinde formun tüm etki alanlarında Hasta Grubunun kendi yaşam kalitesi algılarıyla Ebeveynlerinin tanımladığı arasında ortalamalar açısından bir farklılık görülmektedir. Genel olarak memnuniyet etki alanı hariç diğer tüm etki alanlarında ebeveynlerin algıları daha yüksek olarak değerlendirilirken, memnuniyet alan ölçümleri ailelerin hissettiklerine göre çocuklarda daha yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo-4.2.2. CHIP Etki Alanlarının 6–11 Yaş Hasta Grubu ve Ebeveyn Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Etki Alanı	Varyansların Homojenliği İçin Levene's Testi		t-testi		Ortalamalar arasındaki fark	Standart Hata
	F	p	t	df		
Rahatlık	25,190	,000	-1,030	465	0,304	-,06609
			-1,032	426,428	0,303	-,06609
Esneklik	27,401	,000	-1,531	468	0,126	-,09202
			-1,531	413,317	0,126	-,09202
Riskler	32,302	,000	-2,653	468	0,008*	-,17589
			-2,653	417,151	0,008*	-,17589
Memnuniyet	9,474	,002	3,958	468	0,000*	,23872
			3,958	454,252	0,000*	,23872
Başarı	4,816	,029	-13,736	465	0,000*	-,86300
			-13,747	459,611	0,000*	-,86300

*p<0,05

Tablo 4.2.2. incelendiğinde formun tüm etki alanlarında Hasta çocuk ve Ebeveynleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın Rahatlık, Esneklik, Riskler ve Başarı etki alanında Ebeveynler lehine, Memnuniyet Etki alanında ise çocuklar lehine olduğu görülmektedir.

Tablo-4.2.3. 6–11 Yaş Kontrol Grubu ve Ebeveyn CHIP Etki Alanlarının Ortalama ve Standart Hataları

Etki Alanları	Gruplar	Ortalama	Standart Hata
Rahatlık	Kontrol Grubu	3,8505	,83944
	Ebeveyn	4,2794	,46882
Başarı	Kontrol Grubu	4,2758	,65971
	Ebeveyn	4,0788	,49293
Riskler	Kontrol Grubu	4,1598	,70135
	Ebeveyn	4,5299	,43819
Esneklik	Kontrol Grubu	3,7801	,85895
	Ebeveyn	4,3545	,40532
Memnuniyet	Kontrol Grubu	4,2848	,68270
	Ebeveyn	4,1489	,53635

Tablo 4.2.3. incelendiğinde formun tüm etki alanlarında Kontrol Grubunun kendi yaşam kalitesi algılarıyla Ebeveynleri arasında ortalamalar açısından bir farklılık görülmektedir. Genel olarak memnuniyet ve başarı etki alanları hariç diğer tüm etki alanlarında ebeveynlerin algıları daha yüksek olarak değerlendirilirken, memnuniyet ve başarı etki alanında ailelerin hissettiklerine göre çocuklarda daha yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo-4.2.4. CHIP-CE Etki Alanlarının 6-11 Yaş Kontrol Grubu ve Ebeveyn Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

	Varyansların Homojenliği İçin Levene's Testi		t-testi				
	F	p	t	df	p	Ortalamalar arasındaki fark	Standart Hata
Rahatlık	50,361	,000	-5,363	326	0,000	-,42887	,07997
			-5,906	313,805	0,000*	-,42887	,07261
Başarı	7,115	,008	2,936	326	0,004	,19700	,06709
			3,093	323,958	0,002*	,19700	,06369
Riskler	36,053	,000	-5,419	326	0,000	-,37006	,06828
			-5,874	323,058	0,000*	-,37006	,06300
Esneklik	79,551	,000	-7,204	326	0,000	-,57441	,07973
			-8,100	293,267	0,000*	-,57441	,07092
Memnuniyet	10,220	,002	1,924	325	0,055	,13592	,07063
			2,012	318,955	0,045*	,13592	,06757

*p<0,05

Tablo-4.2.4. incelendiğinde formun tüm etki alanlarında Kontrol Grubu ve Ebeveynleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın Rahatlık, Esneklik, Riskler etki alanında Ebeveynler lehine, Memnuniyet ve Başarı Etki alanında ise çocuklar lehine olduğu görülmektedir.

4.3. 12–17 Yaş Hasta ve Kontrol Grubu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili-CHIP-AE Formuna İlişkin Bulgular

4.3.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Araştırmamıza katılan 12–17 yaş Hasta ve Kontrol Grubu çocukların sosyodemografik bilgilerinin örneklemdaki dağılımı Tablo–4.3.1.1.’de sunulmuştur.

Tablo–4.3.1.1. 12–17 Yaş Grubu Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler		Hasta grubu (N:252)		Kontrol grubu (N:223)	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kız	148	58,7	109	48,9
	Erkek	104	41,3	114	51,1
Okuduğu Sınıf	Okula Gitmiyor	23	9,1	-	-
	İlköğretim 5.sınıf	10	4,0	-	-
	İlköğretim 6.sınıf	34	13,5	21	9,4
	İlköğretim 7.sınıf	35	13,9	38	17,0
	İlköğretim 8.sınıf	45	17,9	36	16,1
	Lise 9.sınıf	44	17,5	69	30,9
	Lise 10.sınıf	25	9,9	26	11,7
	Lise 11.sınıf	22	8,7	33	14,8
	Lise 12.sınıf	14	5,6	-	-
Yaş Ortalaması	14,32 ± 1,704		14,57 ± 1,514		
Annenin Eğitim Durumu	Hiç Okula Gitmedi	12	4,8	-	-
	İlkokul	160	63,5	6	-
	Ortaokul	26	10,3	21	-
	Lise	32	12,7	56	-
	Fakülte	14	5,6	96	-
	Lisansüstü	1	0,4	35	-
Babanın Eğitim Durumu	Hiç Okula Gitmedi	3	1,2	-	-
	İlkokul	100	39,7	4	1,8
	Ortaokul	54	21,4	8	3,6
	Lise	63	25,0	55	24,7
	Fakülte	22	8,7	93	41,7
	Lisansüstü	5	2,0	57	25,6
	Bilmiyorum	5	2,0	6	2,7

Araştırmamıza katılan 12–17 yaş hasta grubunun yaş ortalaması $14,32 \pm 1,704$; kontrol grubunun yaş ortalaması $14,57 \pm 1,514$ olarak bulunmuştur. Hasta grubunun %58,7’si kız, %41,3’ü erkektir. Kontrol grubunun %48,9’u kız, %51,1’i erkektir.

Tablo–4.3.1.2. 12–17 Yaş Hasta ve Kontrol Grubunun Ebeveyn İş ve Sağlık Güvence Durumu İle İlgili Bilgilerin Dağılımı

Değişkenler		Hasta grubu (N:252)		Kontrol grubu (N:223)	
		Sayı (n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde (%)
Annenin İş Durumu	Tam zamanlı çalışıyor	41	16,3	101	45,3
	Yarım zamanlı çalışıyor	16	6,3	13	5,8
	Çalışmıyor, iş arıyor	25	9,9	3	1,3
	Engelli ve çalışmıyor	1	0,4	-	-
	Çalışmıyor ve iş aramıyor	153	60,7	74	33,2
	Emekli	3	1,2	29	13,0
	Yarım zamanlı öğrenci	1	0,4	-	-
	Bilmiyorum	12	4,8	3	1,3
Babanın İş Durumu	Tam zamanlı çalışıyor	170	67,0	189	84,8
	Yarım zamanlı çalışıyor	26	10,3	6	2,7
	Çalışmıyor, iş arıyor	11	4,4	-	-
	Engelli ve çalışmıyor	2	0,8	-	-
	Çalışmıyor ve iş aramıyor	6	2,4	2	0,9
	Emekli	25	9,9	21	9,4
	Tam zamanlı öğrenci	1	0,4	1	0,4
	Yarım zamanlı öğrenci	11	4,4	-	-
	Bilmiyorum	12	4,8	4	1,8
Sağlık Güvenceniz Var mı?	Evet	224	88,9	200	89,7
	Hayır	22	8,7	5	2,2
	Bilmiyorum	6	2,4	18	8,1

Araştırmamıza katılan 12–17 yaş hasta grubunun 153’ünün (%60,7) annesi çalışmıyor, 170’inin(%67,0) babası tam zamanlı çalışıyor, kontrol grubunun 101’inin (%45,3) annesi, 189’unun (%84,8) babası tam zamanlı çalışmaktadır. Hasta Grubunun 224’ünün (%89,9) ve Kontrol Grubunun 200’ünün (%89,7) sağlık güvencesi vardır.

Hasta grubu çocukların 118’i (46,8) apartmanda, 110’si (43,7) müstakil bir evde oturmaktadır. Çocukların yaşadıkları evlerin 108’i (%42,9) soba ile 64’ü (25,4) kombi

ya da kat kaloriferi ile 56'sı (22,2) merkezi sistem ısıtma ile ısıtılmaktadır. Çocukların 161'inin (%63,9) kendine ait odası varken, 67'sinin (%26,6) kendine ait odası olmadığını belirtmiştir. (24 kişi (%9,5) bu sorulara yanıt vermemiştir.)

Araştırmaya katılan 12–17 yaş kontrol grubu çocukların 176'sı (78,9) apartmanda, 47'si (21,1) müstakil bir evde oturmaktadır. Çocukları yaşadıkları evlerini 5'i (%2,2) soba ile 123'ü (55,2) kombi ya da kat kaloriferi ile 95'i (%42,6) merkezi sistem ısıtma ile ısıtılmaktadır. Çocukların 216'sının (%96,9) kendine ait odası varken, 7'si (%3,1) kendine ait odası olmadığını belirtmiştir.

Tablo–4.3.1.3. 12–17 Yaş Hasta ve Kontrol Grubunun Evde Yaşayan Kişi ve Kişi Sayısı İle İlgili Bilgilerinin Dağılımı

Değişkenler		Hasta grubu (N:252)		Kontrol grubu (N:223)	
		Sayı (n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde (%)
Evde Kaç Kişi Yaşıyor	2 kişi	5	2,0	8	3,6
	3 kişi	38	15,1	74	33,2
	4 kişi	107	42,5	118	52,9
	5 kişi	52	20,6	20	9,0
	6 kişi	18	7,1	3	1,3
	7 ve ↑	32	12,7	-	-
Evde Yaşayan kişiler	Anne	224	88,8	221	99,1
	Baba	227	90,0	205	91,9
	B.anne	48	19,0	10	4,5
	B.baba	39	15,5	1	0,4
	Üvey baba	1	0,40	-	-
	Üvey anne	-	-	-	-
	Erkek kardeş	126	50,0	77	34,5
	Kız kardeş	128	50,8	75	33,6
	Diğer akrabalar	8	3,2	3	1,3
	Akrabalık bağı olmayan	12	4,8	4	1,8

Araştırmamıza katılan 12–17 yaş hasta grubunun 107'si(%42,5), kontrol grubunun 118'si(%52,9) 4 kişilik bir ailede, hasta grubunun 52'si(%20,6), kontrol grubunun 20'si(%9,0) 5 kişilik bir ailede, hasta grubunun 50'si(%19,8), kontrol grubunun 3'ü (%1,3) 6 ve daha çok kişilik bir ailede yaşamaktadır.

Araştırmamıza katılan hasta ve kontrol grubu çocukların yaş gruplarına göre devam ettiği sınıf ile ilgili bilgiler Tablo-4.3.1.4'te gösterilmektedir.

Tablo-4.3.1.4. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş Gruplarına Göre Devam Ettiği Sınıfların Dağılımı

Devam Ettikleri Sınıf	Çocukların Yaş Durumları													
	12 Yaş		13 Yaş		14 Yaş		15 Yaş		16 Yaş		17 Yaş		18 Yaş	
	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol
Okula gitmiyor	1	-	-	-	1	-	3	-	6	-	12	-	-	-
5.Sınıf	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
6.Sınıf	27	20	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.Sınıf	12	1	20	32	2	5	1	-	-	-	-	-	-	-
8.Sınıf	1	-	15	5	24	28	5	3	-	-	-	-	-	-
9.Sınıf	-	-	-	-	17	15	23	52	4	2	-	-	-	-
10.Sınıf	-	-	-	-	1	-	13	1	9	18	2	4	-	-
11.Sınıf	-	-	-	-	-	-	2	-	9	7	11	23	-	3
12.Sınıf	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	12	-	-	-
T	50	21	42	38	45	48	47	56	30	27	38	27	-	3

Araştırmamıza katılan çocukların yaş grubu ve devam ettikleri sınıf dağılımı incelendiğinde hasta grubu çocukların, kontrol grubuna oranla hastalık ve diğer sosyal nedenlerle farklılık gösterdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan 12-17 yaş grubu hasta çocukların 123'ü (%48,8) 1 kez, 36'sı (%14,3) 2 kez, 9'u (%3,6) 3 kez, 12'si (%4,8) 4, 34'ü (%4,0) 5 ve üzeri tedavi süresince hastanede yatmıştır. (38 kişi (%15,1) bu sorulara yanıt vermemiştir.) 183'ünün (%72,6) annesi, 10'unun (%4,0) teyzesi, 35'inin (%13,9) diğer yakın akrabaları yanında refakatçi olarak kalmıştır.

Araştırmaya katılan hasta grubu adölesanların yaşadıkları evlerinin koşullarından ne derecede hoşnut olduklarını değerlendirmeleri istenmiştir. Verdikleri yanıtlar aşağıda belirtilmiştir. (24 kişi (%9,5) bu sorulara yanıt vermemiştir.)

1	2	3	4	5
Kötü		Orta		İyi
4 (%1,6)	3 (%1,2)	55 (%21,8)	30(%11,9)	136(%54,0)

Araştırmaya katılan kontrol grubu çocukların yaşadıkları evlerinin koşullarından ne derecede hoşnut olduklarını değerlendirmeleri istenmiştir. Verdikleri yanıtlar aşağıda belirtilmiştir.

1	2	3	4	5
Kötü		Orta		İyi
12 (%5,4)	2(%0,9)	12(%5,4)	60(%26,9)	137(%61,4)

Kontrol grubu adölesanların hasta grubuna göre yaşadıkları alandan daha çok memnunnlardır.

Tablo-4.3.1.5. 12-17 Yaş Hasta Grubunun Hastanede Yatarak Tedavi Gördükleri Hastalık Tanıları

Hastalık	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yanıt Vermeyenler	35	13,8
Akut Minör Hastalıklar	25	9,9
Akut Majör Hastalıklar	40	15,9
Tekrarlayan hastalıklar	63	25
Uzun dönem tıbbi hastalıklar	68	26,9
Uzun dönem cerrahi hastalıklar	17	6,8
Psikososyal hastalıklar	4	1,6
Toplam	252	100

Çocukların genel olarak hangi tanı ile hastaneye yattıkları değerlendirildiğinde, pediatri bölümünde; 26'sı (%10,3) DM, cerrahi kliniklerde ise 11'si (%4,4) ayak, bacak kırığı, 11'si (%4,4) JRA, 10'u (%4,0) kalp hastalıkları çoğunlukta olan tanıları oluşturmaktadır. Hastalık grupları CHIP-CE /AE formunda kullanılan Hastalık modülüne uygun biçimde sınıflandırılma yapılmıştır. Hastalık Modülü CHIP-CE 76

Ebeveyn Formunda ve CHIP-AE formunda hastalıkları tanımlamak adına yer almaktadır. CHIP-CE Formuna ek olarak çocuklara tanılar sorulmuş yanıtları modül doğrultusunda sınıflandırılmıştır.

Modül içine yerleştirilen bazı hastalık örnekleri şöyle gerçekleşmiştir; Akut Minör Hastalıklar: ÜSYE, Ateş, Diş ağrısı; Akut Majör Hastalıklar: Ayak Kırığı, Zehirlenme, Ciddi Yaralanmalar, Pnömoni vb.; Tekrarlayan hastalıklar: DM, JRA, Talasemi, MS, Astım vb. ; Uzun dönem tıbbi hastalıklar: KBY, Kalp hastalıkları, Lösemi, Büyüme Geriliği, Troid vb. ; Uzun dönem cerrahi hastalıklar: Ayak ve bacakta parçalı kırıklar vb. ; Psikososyal hastalıklar : Suicid, Depresyon vb.'dir

Tablo-4.3.1.6. 12-17 Yaş Hasta Grubu Adölesanların Hastalıkları ile İlgili Tanının Konulduğu Zaman Dilimi Hakkında Bilgilerinin Dağılımı

Tanının Konulduğu Zaman Dilimi	Sayı(n)	Yüzde(%)
1-7 gün	57	22,6
8-14 gün	8	3,2
15-21gün	7	2,8
1-3ay	25	9,9
4-6ay	12	4,8
7-11ay	8	3,2
1-3yıl	41	16,3
4-6yıl	12	4,8
7 yıl ve üzeri	40	15,9
Yanıt vermeyenler	42	16,7
Toplam	252	100,0

Adölesanlara ne kadar zaman önce tanılarının konulduğuna yönelik bir değerlendirme yapıldığında; 57'sinin (%22,6) 1-7 gün arasında, 41'i (%16,3) 1-3 yıl önce, 25'inin (%9,9) 1-3 ay önce tanı aldıkları belirlenmiştir.

Tablo-4.3.1.7. 12-17 Yaş Hasta Grubu Adölesanların Görüşme Yapıldığı Zamanda Kaç Gündür Hastanede Yattıklarına İlişkin Bilgilerin Dağılımı

Ne zamandır hastanede yatıyorsun	Sayı(n)	Yüzde(%)
Görüşmenin yapıldığı gün	12	4,8
1 gün önce	67	26,6
2 gün önce	39	15,5
3 gün önce	40	15,9
4 gün önce	10	4,0
5 gün önce	16	6,3
1 hafta	19	7,5
2 hafta	8	3,2
1 ay önce	4	1,6
Yanıt vermeyenler	37	14,7
Toplam	252	100,0

Adölesanlarla görüşme yapıldığı zaman kaç gündür hastanede yattıkları sorulduğunda 67'si (%26,6) 1 gün önce, 12'si (%4,8) görüşmenin yapıldığı gün, 39'u (%15,5) 2 gün önce, 40'ı (%15,9) 3 gün önce, 10'u (%4,0) 4 gün önce, 16'sı (%6,3) 5 gün önce, 19'u (%7,5) 1 hafta önce hastaneye yatmış olduklarını açıklamışlardır.

Tablo-4.3.1.8. 12-17 Yaş Hasta Grubu Adölesanların Hastalıkları Boyunca Kaç Kez Hastaneye Yattığı İle İlgili Bilgiler

Kaç Kez Hastanede Yattın	Sayı(n)	Yüzde(%)
1 kez	123	48,8
2 kez	36	14,3
3 kez	9	3,6
4 kez	12	4,8
5 kez	10	4,0
6 kez	8	3,2
7 ve üzeri	16	6,3
Yanıt vermeyen	38	15,1
Toplam	252	100,0

Adölesanların hastaneye kaç kez yattıkları değerlendirildiğinde 123'ü (%48,8) 1 kez, 36'sı (%14,3) 2 kez, 9'u (%3,6) 3 kez, 12'si (%4,8) 4 kez, 10'u (%4,0) 5 kez, 8'i (%3,2) 6 kez, 16'sı (%16,3) 7 ve üzeri kez yattığı belirlenmiştir.

Tablo-4.3.1.9. Hasta Grubundaki Adölesanların “Sağlığın hakkında bir şeyler bilmek ister misin?” sorusuna verdikleri yanıtlar

Adölesanların sağlıkları ile ilgili bilmek istedikleri
Ateş ve halsizliğim gidecek mi?
Bana biraz daha fazla bilgi vermelerini isterdim ve biraz daha fazla ilgilenmelerini isterdim.
Ben tip1 diyabet hastasıyım, bunun yanı sıra troid bezlerimde sıkıntı var bununla ilgili net bir bilgi alamadım. Hastalığının nedenlerini ve sonuçlarını öğrenmek istiyorum.
Böbrek taşım yeniler mi?
Enzim yüksekliği karaciğer büyümesi hastalığım var ne olduğunu bilmiyorum
Hastalığının ayrıntılı açıklanmasını istiyorum ataklarda neler yapmam gerektiğini sancılarım olduğunda neler yapacağımı bilmek istiyorum.
Hastalığının tam olarak ne olduğunu ve neden kaynaklandığını, ne yaparsam geçeceğini merak ediyorum.
Hastanede ne kadar kalacağım, ne zaman iyileşeceğim bilmek istiyorum
Hemofil A hastasıyım, ne olduğunu bilmek istiyorum
İyi olmayı istiyorum
İleride tekrar hasta olabilir miyim, eskisi gibi olabilir miyim
İyi olacağımı diliyorum
İyileşmeyi diliyorum
Kemiğinin küçülmesi ve düzelmesi sigillerinin gitmesini ve sağlıklı olmayı istiyorum
Kırığımı iyileşmesini istiyorum
Ne yapmam gerektiğini bilmek istiyorum
Ne zaman iyi olacağımı bilmek istiyorum
Ne zaman sağlığıma kavuşacağımı bilmek istiyorum
Neyim olduğunu bilmiyorum.
Sağlığımın çok iyi olmasını istiyorum
Sağlıklı zayıflamak istiyorum

Spora gidebilecek miyim, karate yapabilecek miyim, rahatsızlığım kilo aldırır mı hayatımı olumsuz etkiler mi?
Şeker hastaları ne kadar yaşar, moralimin iyi olması için neler yapmalıyım
Yeniden iyileşemeyeceğimi düşünüyorum

Adölesanların “Sağlığım hakkında bir şeyler bilmek ister misin?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde, sağlıklarının ne yönde değişeceği, iyileşip iyileşemeyecekleri, hastalıklarının seyri hakkında bilgiye ihtiyaçları olduğunu açıklamış oldukları, bunun yanında en kısa zamanda sağlıklarına kavuşma isteklerini de dile getirmiş oldukları belirlenmiştir. Çocukların çoğu bu soruyu yanıtsız bırakmıştır, bu durum var olan duruma karşı gösterilen bir tepki, konuşmak ve dile getirilmek istenmeyen durumların varlığına işaret olarak değerlendirilmiştir.

4.3.2.Çocuk sağlığı ve hastalıkları profili - CHIP-AE formu’na ilişkin geçerlilik güvenilirlik ölçümlerine ait bilgiler

4.3.2.1. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile geçerlilik güvenilirlik ölçümleri

Yapı geçerliliği bağlamında ölçeğin orijinal formunda bulunan faktörlerin doğrulanması amacıyla DFA uygulanmış ve orijinal formundan farklı olarak bazı maddeler faktörler içinde yer almamıştır. Yapılan DFA’ da elde edilen modelin uyum indeksi incelenmiş Ki kare değeri ve uyum indeksi değerleri Tablo 4.3.2.1.2’te gösterilmiştir. Bulunan uyum indeksi ve değerlerinin modelin bu haliyle uyum gösterdiğine işaret etmektedir. Modele ilişkin faktör yükleri ve path diyagramı Şekil 3’te ve 4’te (Syf.120-125) verilmiştir.

Tablo-4.3.2.1.1. 12–17 Yaş Hasta Grubu Adölesanlar İçin Ölçüm Modeli Sonuçları

Faktör / Madde	Standartlaştırılmış Yükler	t-değeri	R²
<i>Faktör 1-Memnuniyet</i>			
<i>1-1- Sağlıkla İlgili</i>			
<i>B2</i> -Hastalığa karşı çok dirençliyim	0.55	7.73	0.27
<i>B3</i> - Nezaman hasta olsam çabucak iyileşirim	0.56	8.21	0.30
<i>B10</i> -Kaslarımın esnekliği çok iyidir	0.63	8.66	0.34
<i>B12</i> - Genel olarak sağlığın nasıldır	0.59	8.55	0,33
<i>1-2-Özsaygı</i>			
<i>B5</i> - Bir çok iyi özelliğim var	0.49	8.45	0.30
<i>B7</i> - Gurur duyacağım çok şeyim var	0.69	12.53	0.57
<i>B8</i> - Şuan ki halimden memnunum	0.57	7.11	0.22
<i>B9</i> - Hayatı yaşayış şeklim beni tatmin ediyor	0.55	8.25	0.29
<i>B11</i> - Sosyal olarak kabul edildiğimi hissederim	0.61	10.78	0.45
<i>Faktör 2 Rahatsızlık</i>			
<i>2-1-Fiziksel</i>			
<i>C8</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün başım döndü	0.61	8.77	0.30
<i>C11</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün baş ağrın oldu	0.71	9.96	0.38
<i>C12</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün kas ve eklemlerinde acı/ağrı oldu	0.73	9.11	0.32
<i>C13</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün mide ağrın oldu	0.72	10.81	0.43
<i>C14</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün seni gerçekten rahatsız edecek bir ağrın oldu	1.02	13.05	0.57
<i>C15</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün kusacakmış gibi oldun/kustun	0.43	7.33	0.22
<i>2-2-Duygusal</i>			
<i>C22</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün kabız yada ishal oldun	0.92	14.37	0.61
<i>C23</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün rahatlamada problemin oldu	0.74	11.29	0.43
<i>C24</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün sinirli yada gergin oldun	1.12	15.7	0.26
<i>C25</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün huysuz oldun	1.17	16.85	0.75
<i>C26</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün şikayetin oldun	0.89	12.36	0.49
<i>C27</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün çok ağladın	0.88	13.31	0.55
<i>C28</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün bazı şeylerden korktun	0.75	11.12	0.42

2-3-Aktivite Kısıtlılığı			
C37- Son 4 hafta içinde kaç gün genelde yapıldığın diğer şeyleri azalttın ama uyumunu ya da okula gitmen engellemedi	0.49	6.74	0.18
C38- Son 4 hafta içinde kaç gün yürümede zorluk çektin	1.15	16.26	0.83
C39- Son 4 hafta içinde kaç gün koşmakta zorlandın	1.20	15.21	0.74
Faktör 3 Esneklik			
3-1-Fiziksel Aktivite			
D1- Son 4 hafta içinde kaç gün 20dkdan çok seni nefes nefese bırakacak terleyecek, kalbini çarptıracak kadar çok spor yaptın yada oyun oynadın	0.48	6.67	0.30
D4- Son 4 hafta içinde durmadan n uzun ne kadar koştu	1.07	8.19	0.66
D5- Son 12 ay içinde beden eğitimi dersi haricinde ne sıklıkla antrenörü olan bir takımda oynadın	0.39	4.06	0.092
3-2-Sosyal Problemler			
E43- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, fikir almak için başkaları ile konuşurum	0.60	8.56	0.29
E44- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, olayların iyi yönlerini görmeye çalışırım	0.68	11.16	0.45
E46- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, doğrudan problemi çözmeye çalışırım	0.71	11.44	0.47
E47- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, nasıl hissettiğim hakkında arkadaşlarımla konuşurum	0.68	10.94	0.44
E48- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, kendimi sakinleştirmeye çalışırım	0.83	13.57	0.60
E49- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, bunun hiç olmamış olmasını isterim ve öyle düşünürüm	0.80	11.52	0.47
3-3-Ev Güvenliğinin Sağlanması			
G29- Sen hiç okulun güvenilir olduğunu histtin mi?	1.42	10.64	0.57
G30 -Sen hiç çevrenin güvenilir olduğunu hissettin mi?	1.33	9.84	0.48
G31- Sen hiç genel olarak en iyi yaptığın şeyi itiraf edebileceğini hissettin mi?	0.80	6.93	0.23
3-4-Aile			
G1- Son 4 hafta içinde kaç gün ailen yada aileden diğer yetişkinler seninle eğlenceli bir şeyler yaparak vakit geçirdiler	1.12	11.88	0.58
G2- Son 4 hafta içinde kaç gün ailenle yada ailede diğer yetişkinler seninle	1.36	13.62	0.77

konuştular veya fikirlerini ve önerilerini dinlediler			
G4- Son 4 hafta içinde kaç gün ailenin bir üyesi olmaktan hoşlandın	0.71	7.71	0.25
Faktör 4 Riskler			
4-2-Başarıyı Tehdit eden			
E27- Evden kaçtın-	0.26	4.34	0.095
E28- Birini incitmekle tehdit ettin	0.55	9.70	0.52
E29- Birine fiziksel olarak saldırdın	0.67	10.49	0.64
G7- Son 4 hafta içinde bir okul gününde ortalama kaç saat TV. yada video izledin	0.31	4.06	0.083
4-3-Akran Etkileri			
E32- Arkadaşların hangi sıklıkla sigara içiyor	0.67	9.16	0.56
E33- Arkadaşların hangi sıklıkla alkol alıyor	0.38	9.83	0.72
Faktör 5-Başarı			
5-1-Akademik			
G13 -Son 4 hafta içinde okulda nasıldın	0.51	8.40	0.40
G16 -Okulda son 2 yıl içinde okulda onur listesindeydin	0.91	8.35	0.40
G17 -Okulda son 2 yıl içinde okulda bir ödül yada mükafat aldım	0.75	7.07	0.28

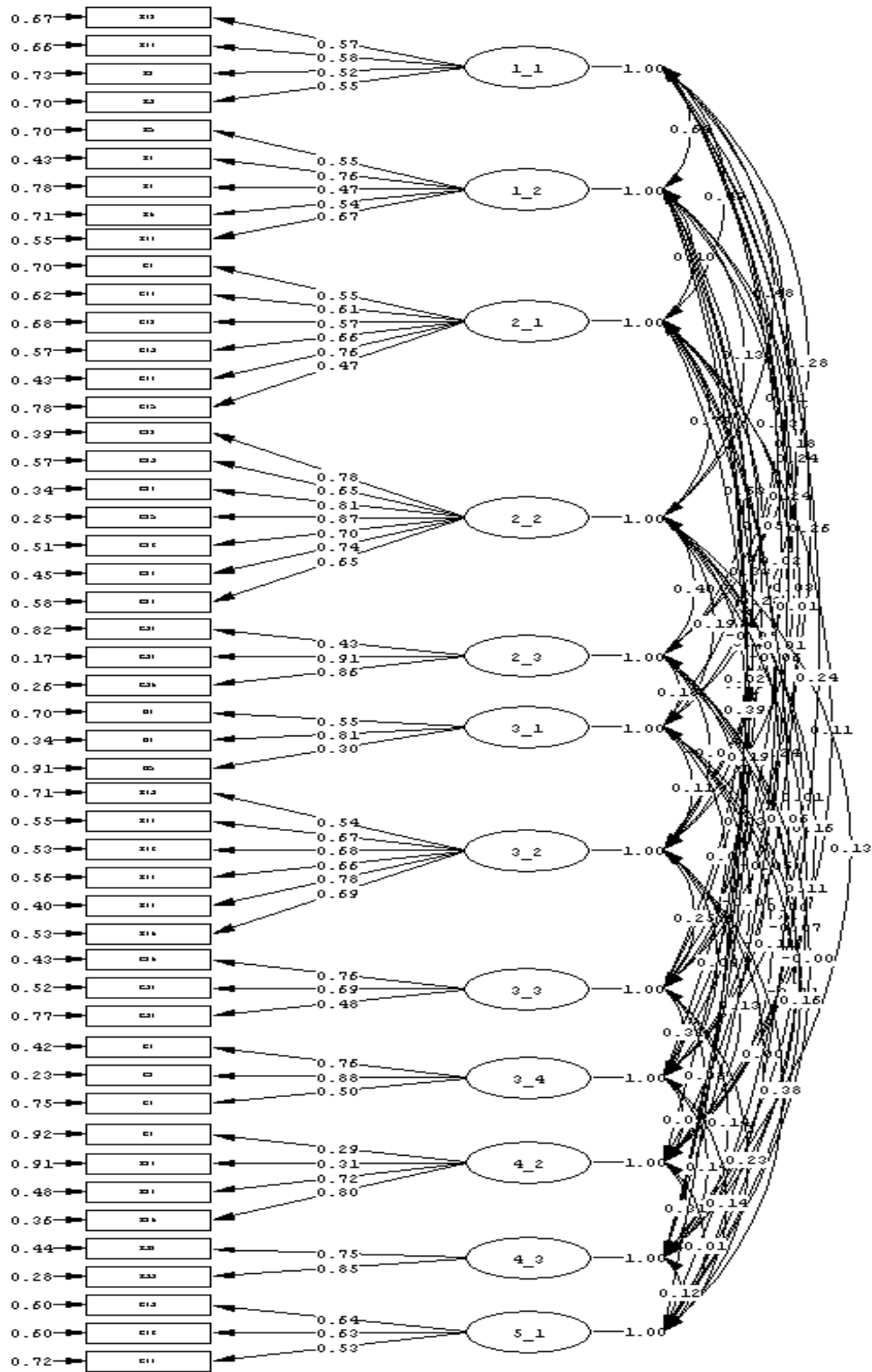
Standartlaştırılmış yükler her bir gözlenen değişken ile ilgili olduğu faktörler arasındaki korelasyonları göstermektedir. Memnuniyet faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (B7) korelasyon katsayısı 0,69'dur. B7' in R^2 ise 0,57' dır. Memnuniyet faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok B7 gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Rahatsızlık faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (C39) korelasyon katsayısı 1,20' dir. C39' in R^2 ise 0,74'tür. Rahatsızlık faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok C39 gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Esneklik faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (G29) korelasyon katsayısı 1,42' dir. G29' un R^2 ise 0,57' dir. Esneklik faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok G29 gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Riskler faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (E29 ve E32) korelasyon katsayıları 0,67' tir. E29'nun R^2 ise 0,64 , E32' nin R^2 ise 0,56' tir. Riskler faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok E29 ve E32 gözlenen değişkenleri tarafından açıklandığı görülmektedir. Başarı faktörünün ilk göstergesi ele alındığında

(G16) korelasyon katsayısı 0,91' dir. G16' nın R^2 ise 0,40' dır. Başarı faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok G16 gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir.

Tablo-4.3.2.1.2. 12-17 Yaş Hasta Grubu Adölesanların Ölçüm Modeli İçin Uyum Ölçüleri

Uyum Ölçüsü	Değeri	Uyum
χ^2/sd 1622.07 / 1061	1,5288	Kabul Edilebilir
RMSEA	0.046	Mükemmel Uyum
SRMR	0.063	İyi Uyum
NFI	0.82	Kabul Edilebilir
NNFI	0.92	İyi Uyum
CFI	0.93	İyi Uyum
GFI	0.79	Kabul Edilebilir
AGFI	0.79	Kabul Edilebilir

Tabloda yer almayan uyum ölçütlerinden biri araştırma örnekleminin yeterliliğinin değerlendirildiği “kritik N” (Critical N-CN) değeridir. DFA’ de 200 ve daha üstü bir değer kritik N istatistiği açısından yeterli model uygunluğu göstergesi olarak kabul edilmektedir. CN, model uygunluğunun ötesinde örneklem sayısının yeterliliğini değerlendirmekte kullanılmaktadır (102). Ölçüm Modeli için kritik N değeri 178.26 olarak hesaplanmıştır. Bu değer araştırmada kullanılan 252 birimlik örneklemin Kritik N değerinin üzerinde yeterli olduğunu göstermektedir.



Chi-Square=1622.07, df=1061, P-value=0.00000, RMSEA=0.046

Şekil 3. 12-17 Yaş Hasta Grubu Path Diyagramı

Tablo-4.3.2.1.3. 12-17 Yaş Kontrol Grubu Adölesanlar İçin Ölçüm Modeli Sonuçları

Faktör / Madde	Standartlaştırılmış Yükler	t-değeri	R²
<i>Faktör1-Memnuniyet</i>			
<i>1-1-Sağlıkla İlgili Memnuniyet</i>			
<i>B2</i> -Hastalığa karşı çok dirençliyim	0.64	12.08	0.60
<i>B3</i> - Ne zaman hasta olsam çabucak iyileşirim	0.52	9.32	0.39
<i>B10</i> -Kaslarımın esnekliği çok iyidir	0.45	7.24	0.25
<i>B12</i> - Genel olarak sağlığın nasıldır	0.49	9.77	0.42
<i>1-2-Özsaygı</i>			
<i>B5</i> - Birçok iyi özelliğim var	0.48	10.02	0.44
<i>B7</i> - Gurur duyacağım çok şeyim var	0.50	9.38	0.40
<i>B8</i> - Şuan ki halimden memnunum	0.58	10.12	0.45
<i>B9</i> - Hayatı yaşayış şeklim beni tatmin ediyor	0.60	0.26	0.39
<i>B11</i> - Sosyal olarak kabul edildiğimi hissederim	0.43	7.98	0.30
<i>Faktör 2 Rahatsızlık</i>			
<i>2-1-Fiziksel</i>			
<i>C8</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün başım döndü	0.43	6.97	0.25
<i>C11</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün baş ağrın oldu	0.59	8.57	0.36
<i>C12</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün kas ve eklemlerinde acı/ağrı oldu	0.49	6.76	0.24
<i>C13</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün mide ağrın oldu	0.39	7.03	0.25
<i>C14</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün seni gerçekten rahatsız edecek bir ağrın oldu	0.54	8.45	0.35
<i>C15</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün kusacakmış gibi oldun/kustun	0.29	7.32	0.27
<i>2-2-Duygusal</i>			
<i>C22</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün kabız ya da ishal oldun	0.81	12.28	0.53
<i>C23</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün rahatlamada problemin oldu	0.67	11.71	0.50
<i>C24</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün sinirli ya da gergin oldun	0.90	14.66	0.66
<i>C25</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün huysuz oldun	0.98	16.22	0.77
<i>C26</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün şikayetin oldu	0.84	13.53	0.61
<i>C27</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün çok ağladın	0.51	8.45	0.30
<i>C28</i> - Son 4 hafta içinde kaç gün bazı şeylerden korktun	0.58	9.58	0.36
<i>2-3-Aktivite Kısıtlılığı</i>			

C37- Son 4 hafta içinde kaç gün genelde yapıldığın diğer şeyleri azalttın ama uyumunu ya da okula gitmen engellemedi	0.56	6.80	0.24
C38- Son 4 hafta içinde kaç gün yürümede zorluk çektin	0.55	11.18	0.62
C39- Son 4 hafta içinde kaç gün koşmakta zorlandın	0.56	9.79	0.47
Faktör 3 Esneklik			
3-1-Fiziksel Aktivite			
D1- Son 4 hafta içinde kaç gün 20 dk'dan çok seni nefes nefese bırakacak terleyecek, kalbini çarpıtacak kadar çok spor yaptın ya da oyun oynadın	1.26	12.25	0.82
D4- Son 4 hafta içinde durmadan n uzun ne kadar koştu	0.56	5.93	0.18
D5- Son 12 ay içinde beden eğitimi dersi haricinde ne sıklıkla antrenörü olan bir takımda oynadın	1.06	8.58	0.37
3-2-Sosyal Problemler			
E43- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, fikir almak için başkaları ile konuşurum	0.50	9.16	0.38
E44- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, olayların iyi yönlerini görmeye çalışırım	0.49	8.13	0.31
E46- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, doğrudan problemi çözmeye çalışırım	0.60	9.50	0.40
E47- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, nasıl hissettiğim hakkında arkadaşlarımla konuşurum	0.60	10.85	0.49
E48- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, kendimi sakinleştirmeye çalışırım	0.58	9.71	0.41
E49- Bir arkadaşınla sorunların var seni anlamıyor, bunun hiç olmamış olmasını isterim ve öyle düşünürüm	0.63	9.61	0.41
3-3-Ev Güvenliğinin Sağlanması			
G29- Sen hiç okulun güvenilir olduğunu histtin mi?	1.41	10.28	0.09
G30 -Sen hiç çevrenin güvenilir olduğunu hissettin mi?	0.82	6.72	0.20
G31- Sen hiç genel olarak en iyi yaptığın şeyi itiraf edebileceğini hissettin mi?	0.74	6.02	0.96
3-4-Aile			
G1- Son 4 hafta içinde kaç gün ailen ya da aileden diğer yetişkinler seninle eğlenceli bir şeyler yaparak vakit geçirdiler	1.11	3.91	0.090
G2- Son 4 hafta içinde kaç gün ailenle ya da ailede diğer yetişkinler seninle konuştular veya fikirlerini ve önerilerini dinlediler	1.01	9.53	0.52
G4- Son 4 hafta içinde kaç gün ailenin bir	0.90	9.57	0.20

üyesi olmaktan hoşlandın			
Faktör 4 Riskler			
4-2-Başarıyı Tehdit eden			
E27- Evden kaçtın-	0.56	9.21	0.38
E28- Birini incitmekle tehdit ettin	0.97	11.25	0.53
E29- Birine fiziksel olarak saldırdın	0.96	10.15	0.45
G7- Son 4 hafta içinde kaç gün çok fazla tartıştın	0.55	7.07	0.24
G10 -Son 4 hafta içinde okulda kaç gün öğretmenle bir sorun yaşadın	0.57	8.75	0.35
G20- Okulda son 2 yıl içinde okuldan uzaklaştırdın	0.33	6.81	0.23
4-3-Akran Etkileri			
E32- Arkadaşların hangi sıklıkla sigara içiyor	0.65	11.54	0.68
E33- Arkadaşların hangi sıklıkla alkol alıyor	0.71	11.80	0.71
Faktör 5-Başarı			
5-1-Akademik			
G13 -Son 4 hafta içinde okulda nasıldın	0.30	5.30	0.19
G16 -Okulda son 2 yıl içinde okulda onur listesindeydin	0.79	6.58	0.30
G17 -Okulda son 2 yıl içinde okulda bir ödül ya da mükâfat aldın	0.73	5.95	0.24
G21- Okulda son 2 yıl içinde bir organizasyonun ya da okul kulübünün sorumlusu oldun	0.75	6.12	0.26

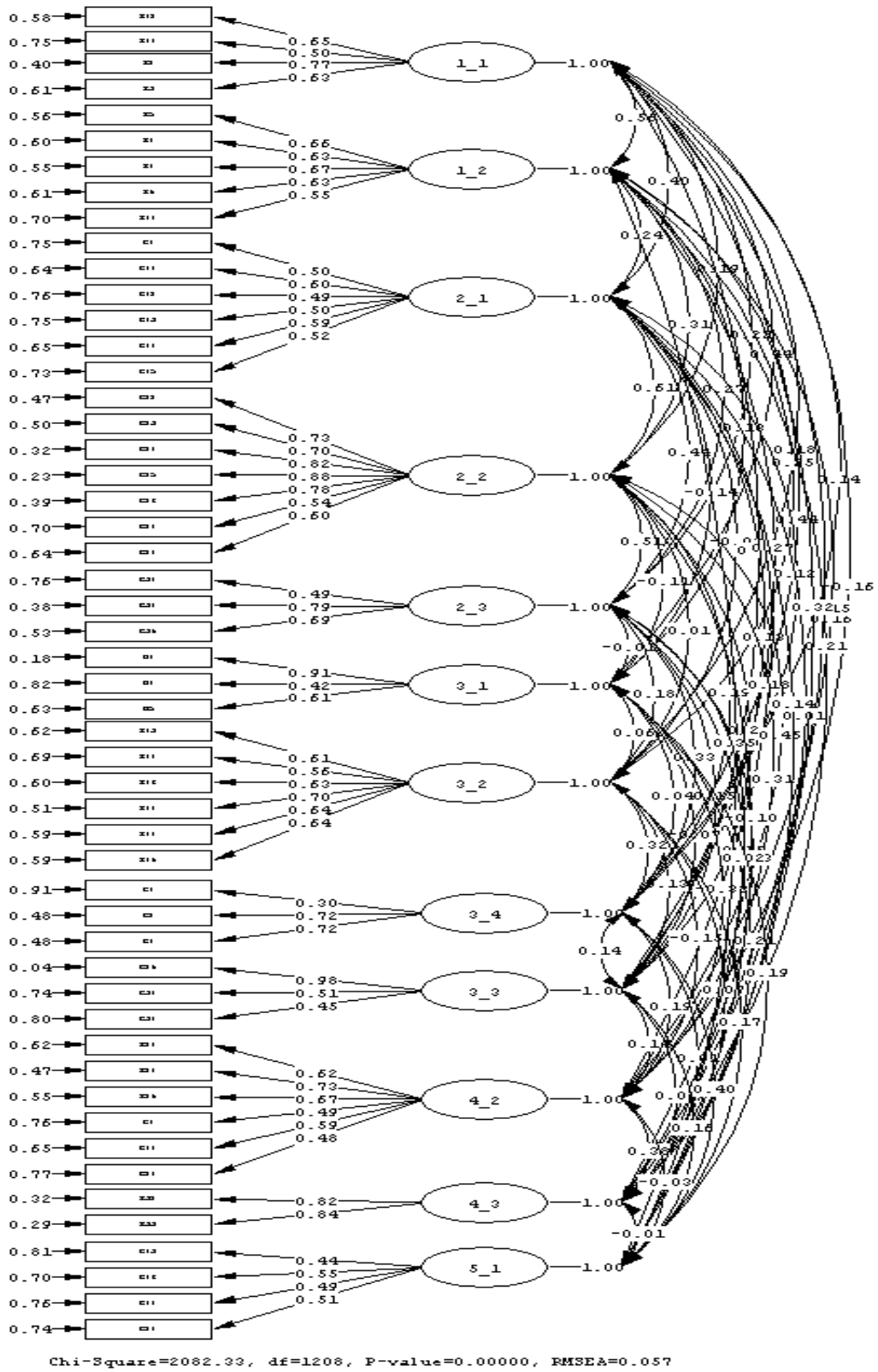
Standartlaştırılmış yükler her bir gözlenen değişken ile ilgili olduğu faktör arasındaki korelasyonları göstermektedir. Memnuniyet faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (B2) korelasyon katsayısı 0,64'tür. B2' in R^2 ise 0,60' dır. Memnuniyet faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok B2 gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Rahatsızlık faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (C25) korelasyon katsayısı 0,98' dir. C25'in R^2 ise 0,77'dir. Rahatsızlık faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok C25 gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Esneklik faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (G29) korelasyon katsayısı 1,41' dir. G29' un R^2 ise 0,09' dur. Esneklik faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok G29 gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Riskler faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (E28) korelasyon katsayıları 0,97' dir. E28' in R^2 'leri ise 0,53' tür. Riskler faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok E28 gözlenen değişkenleri tarafından açıklandığı görülmektedir. Başarı faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (G16) korelasyon

katsayısı 0,79' dur. G16'nın R^2 ise 0,30' dur. Başarı faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok G16 gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir.

Tablo-4.3.2.1.4. 12-17 Yaş Kontrol Grubu Adölesanlar Ölçüm Modeli İçin Uyum Ölçümleri

Uyum Ölçüsü	Değeri	Uyum
χ^2/sd 2082,33 / 1208	1,7237	Kabul Edilebilir
RMSEA	0.057	Mükemmel Uyum
SRMR	0.079	İyi Uyum
NFI	0.75	Kabul Edilebilir
NNFI	0.85	Kabul Edilebilir
CFI	0.86	İyi Uyum
GFI	0.73	Kabul Edilebilir
AGFI	0.70	Kabul Edilebilir

Tabloda yer almayan uyum ölçütlerinden biri araştırma örnekleminin yeterliliğinin değerlendirildiği “kritik N” (Critical N-CN) değeridir. DFA’ de 200 ve daha üstü bir değer kritik N istatistiği açısından yeterli model uygunluğu göstergesi olarak kabul edilmektedir. CN, model uygunluğunun ötesinde örneklem sayısının yeterliliğini değerlendirmekte kullanılmaktadır (102). Ölçüm Modeli için kritik N değeri 130.25 olarak hesaplanmıştır. 223 birimlik örneklemin Kritik N değerinin üzerinde olduğu için örneklem büyüklüğünün yeterlidir.



Şekil 4. 12-17 Yaş Kontrol Grubu Path Diyagramı

4.3.2.2. Çocuk sağlığı ve hastalıkları profili - CHIP-AE formunun güvenilirlik ve madde analizi

Doğrulayıcı Faktör Analizi ile incelenen boyutların güvenilirliğini incelemek amacı ile maddelerin toplam korelasyonları ve faktörlerin Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayıları hesaplanmıştır. Madde ortalama puanları, faktörlerin toplam ve ortalama puanları ve standart hataları değerlendirilmiştir.

CHIP-AE Formu Etki ve Alt Etki alanlarının, ortalama puanları ve Standart Sapmaları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo-4.3.2.2.1. 12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili- CHIP-AE Hasta ve Kontrol Grubu Etki ve Alt Etki Alan Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

Etki Alanı	Kontrol Grubu			Hasta Grubu		
	Toplam Grup N:223	Erkekler n:114	Kızlar n:109	Toplam Grup N:252	Erkekler n:104	Kızlar n:148
Memnuniyet	3,11(,515)	3,24(,512)	2,98(,489)	2,88(,610)	2,92(,575)	2,85(,634)
Sağlıkla ilgili memnuniyet	3,03(,609)	3,26(,577)	2,80(,552)	2,72(,729)	2,87(,674)	2,61(,749)
Özsaygı	3,18(,592)	3,22(,603)	3,13(,580)	3,01(,689)	2,96(,653)	3,04(,713)
Rahatsızlık	4,21(,559)	4,28(,453)	4,14(,646)	4,06(,766)	4,23(,701)	3,94(,790)
Fiziksel Rahatsızlık	4,27(,544)	4,32(,501)	4,23(,585)	3,98(,973)	4,28(,665)	4,01(,857)
Duygusal Rahatsızlık	4,03(,805)	4,14(,709)	3,91(,882)	4,12(,793)	4,23(,816)	3,81(,1,03)
Aktivitelerin Kısıtlılığı	4,52(,677)	4,53(,605)	4,51(,748)	4,12(,1,04)	4,10(,1,05)	4,13(,1,03)
Esneklik	3,32(,582)	3,31(,584)	3,34(,583)	2,79(,567)	2,72(,593)	2,83(,545)
Fiziksel aktivite	2,50(,1,16)	2,82(,1,23)	2,16(,984)	1,73(,842)	1,90(,896)	1,62(,784)
Sosyal Problemlerle Başetme	3,02(,633)	2,92(,719)	3,12(,512)	2,94(,786)	2,79(,827)	3,05(,739)
Ev güvenliği ve Sağlık	4,21(,1,20)	4,12(,1,26)	4,31(,1,14)	3,78(,1,41)	3,79(,1,457)	3,78(,1,38)
Aile Tutumu	3,80(,1,10)	3,77(,1,09)	3,98(,2,01)	3,46(,1,20)	3,22(,1,254)	3,62(,1,13)
Riskler	4,16(,642)	4,03(,715)	4,29(,524)	4,35(,485)	4,32(,519)	4,36(,461)
Bireysel	Bu soru	grubu	çıkarıldı	Bu soru	grubu	çıkarıldı
Başarıyı tehdit eden	4,38(,742)	4,23(,815)	4,52(,626)	4,66(,591)	4,65(,629)	4,67(,567)
Akran Etkileri	3,50(,751)	3,41(,827)	3,60(,652)	3,72(,610)	3,67(,607)	3,76(,597)
Başarı	2,42(,859)	2,46(,884)	2,38(,833)	2,33(,939)	2,26(,931)	2,38(,944)
Hastalıklar						

Akut Minör Hastalıklar	4,34(,395)	4,32(,398)	4,36(,394)	4,38(,480)	4,46(,432)	4,32(,504)
Akut Majör Hastalıklar	4,83(,288)	4,80(,318)	4,87(,249)	4,75(,338)	4,77(,330)	4,74(,345)
Tekrarlayan hastalıklar	3,97(,337)	3,82(,435)	3,98(,327)	4,55(,449)	4,66(,374)	4,47(,480)
Uzun dönem tıbbi hastalıklar	4,88(,254)	4,90(,258)	4,87(,251)	4,73(,393)	4,80(,295)	4,68(,444)
Uzun dönem cerrahi hastalıklar	4,67(,526)	4,65(,570)	4,69(,477)	4,61(,618)	4,68(,526)	4,56(,672)
Psikososyal hastalıklar	4,76(,523)	4,67(,634)	4,86(,352)	4,71(,578)	4,78(,492)	4,66(,629)

CHIP-AE Formunun Memnuniyet etki alanı puan ortalamasının hasta grubunda 2,88, Kontrol Grubunda 3,11; Rahatsızlık etki alanı puan ortalamasının hasta grubunda 4,06, Kontrol Grubunda 4,21; Esneklik etki alanı puan ortalamasının hasta grubunda 2,79, Kontrol Grubunda 3,32; Riskler etki alanı puan ortalamasının hasta grubunda 4,35, Kontrol Grubunda 4,16; Başarı etki alanı puan ortalamasının hasta grubunun 2,33, kontrol grubunda 2,42 olarak tespit edilmiştir.

Hasta grubunun etki alanları ortalama puanlarında Rahatsızlık etki alanında 4,23 puan ortalamasıyla erkeklerin, Başarı etki alanından 2,38 puan ortalamasıyla kızların, Riskler etki alanından 4,36 puan ortalamasıyla kızların, Esneklik etki alanından 2,83 puan ortalamasıyla kızların, Memnuniyet etki alanında 2,92 puan ortalamasıyla erkekler daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun etki alanları ortalama puanlarında Rahatsızlık etki alanında 4,28 puan ortalamasıyla erkeklerin, Başarı etki alanından 2,46 puan ortalamasıyla erkekler, Riskler etki alanından 4,29 puan ortalamasıyla kızların, Esneklik etki alanından 3,34 puan ortalamasıyla kızların, Memnuniyet etki alanında 3,24 puan ortalamasıyla erkeklerin daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

Hastalık durumunun hem cinsiyetler açısından hem de sağlıklı olma açısından yaşam kalitesinde farklılık gösterdiği görülmektedir.

Hasta grubu ve Kontrol grubu çocukların CHIP-AE Formu Alt etki alanların ortalamaları değerlendirildiğinde kontrol grubunun alt etki alanları puan ortalamalarının

hasta çocuklardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mevcut ve yaşamış oldukları bir hastalık süreci düşünüldüğünde puan farkın hasta grubu çocuklar adına anlamlı olduğu düşünülmektedir.

Tablo-4.3.2.2.2. 12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili- CHIP-AE Hasta ve Kontrol Grubu Alt Etki Alan Toplam Puanları ve Standart Sapmaları

Etki Alanı	Hasta Grubu			Kontrol Grubu		
	Toplam N:252	Erkekler n:104	Kızlar n:148	Toplam N:223	Erkekler n:114	Kızlar n:109
Memnuniyet	25,94(5,497)	26,32(5,181)	25,68(5,711)	28,05(4,642)	29,16(4,614)	26,89(4,401)
Sağlıkla ilgili memnuniyet	10,88(2,918)	11,49(2,698)	10,45(2,999)	12,15(2,439)	13,05(2,311)	11,21(2,211)
Özsaygı	15,06(3,445)	14,83(3,265)	15,22(3,568)	15,90(2,964)	16,11(3,018)	15,68(2,904)
Rahatsızlık	65,03(12,26)	67,68(11,21)	63,18(12,62)	67,47(8,956)	68,57(7,259)	66,33(10,35)
Fiziksel Rahatsızlık	24,73(4,761)	25,68(3,993)	24,06(5,143)	25,67(3,269)	25,94(3,009)	25,38(3,511)
Duygusal Rahatsızlık	27,92(6,813)	29,67(5,717)	26,70(7,258)	28,22(5,636)	29,03(4,963)	27,38(6,174)
Aktivitelerin Kısıtlılığı	12,38(3,135)	12,32(3,175)	12,41(3,116)	13,57(2,033)	13,59(1,817)	13,55(2,246)
Esneklik	44,65(9,076)	43,52(9,491)	45,45(8,718)	49,92(8,742)	49,72(8,769)	50,13(8,750)
Fiziksel aktivite	5,21(2,527)	5,71(2,690)	4,87(2,353)	7,51(3,497)	8,47(3,713)	6,50(2,952)
SosyalProblemlerle Başetme	17,69(4,718)	16,75(4,966)	18,35(4,435)	18,13(3,798)	17,55(4,315)	18,73(3,075)
Evgüvenliği ve Sağlık	11,36(4,244)	11,38(4,371)	11,34(4,167)	12,65(3,620)	12,37(3,789)	12,95(3,427)
AileTutumu	10,38(3,605)	9,67(3,763)	10,88(3,415)	11,62(4,839)	11,32(3,295)	11,94(6,048)
Riskler	26,10(2,911)	25,97(3,114)	26,19(2,766)	33,30(5,137)	32,26(5,725)	34,38(4,198)
Bireysel	Bu soru	Grubu	Çıkarıldı	Bu soru	Grubu	Çıkarıldı
Başarıyı tehdit eden	18,66(2,367)	18,61(2,517)	18,69(2,263)	26,28(4,452)	25,42(4,891)	27,17(3,761)
Akran Etkileri	7,44(1,220)	7,35(1,214)	7,50(1,226)	7,01(1,503)	6,83(1,655)	7,21(1,305)
Başarı	7,01(2,818)	6,79(2,795)	7,16(2,834)	9,69(3,436)	9,85(3,539)	9,52(3,332)
Hastalıklar						
Akut Minör Hastalıklar	43,46(3,958)	43,29(3,982)	43,63(3,945)	43,80(4,805)	44,66(4,327)	43,20(5,043)
Akut Majör Hastalıklar	38,70(2,305)	38,42(2,544)	39,00(1,995)	38,06(2,711)	38,19(2,644)	37,97(2,763)
Tekrarlayan hastalıklar	43,72(3,709)	42,12(4,793)	43,85(3,606)	50,12(4,880)	51,59(4,757)	49,82(4,867)
Uzun dönem tıbbi hastalıklar	29,32(1,529)	29,40(1,549)	29,24(1,510)	28,39(2,361)	28,80(1,774)	28,10(2,667)
Uzun dönem cerrahi hastalıklar	23,37(2,630)	23,28(2,851)	23,47(2,386)	23,06(3,091)	23,40(2,634)	22,82(3,363)
Psikososyal hastalıklar	19,07(2,094)	18,71(2,539)	19,44(1,410)	18,86(2,314)	19,15(1,969)	18,66(2,516)

CHIP-AE Formunda etki alanları ölçek toplam puanları ve almaları gereken en yüksek skor şöyledir; Rahatsızlık Etki Alanı; belirli duygusal ve fiziksel hislerine yönelik müdahaleleri içerir, toplam 80 en yüksek skordur, yüksek skor daha az rahatsızlığı gösterir. Esneklik Hastalık ya da zarar sonrası bireysel korunmaya yönelik davranışları içerir toplam 75 en yüksek skordur, yüksek skor daha çok esnekliği gösterir. Başarı alanında toplam 16 en yüksek skordur, yüksek skor daha çok başarıyı gösterir. Riskler, Hastalık ya da yaralanma olasılığını yükseltebilecek bilinen davranışları içerir, toplam 40 en yüksek skordur, yüksek skor daha az riskleri gösterir. Memnuniyet, algılanan sağlık ve refah düzeyini gösterir, toplam 40 en yüksek skordur, yüksek skor daha fazla memnuniyeti gösterir.

CHIP-AE Formunun alt etki alanlarından aldıkları toplam puanlar değerlendirildiğinde, genel olarak hem hasta hem de kontrol grubunun tüm etki alanlarından aldıkları puanların ölçek toplam puanlarının altında olduğu kontrol grubunun hasta grubundan daha yüksek oranda puan aldıkları belirlenmiştir.

Riskler etki alanının toplam puanının hasta grubunda kontrol grubundan çok daha düşük olduğu saptanmıştır. Hasta grubunda hastalık ya da yaralanma olasılığını yükseltebilecek bilinen davranışlara karşı risk oranının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun risk puanının yüksekliği kendilerini olası risklerden koruma düzeylerinin hasta grubuna göre daha yüksek düzeydedir.

CHIP-AE Formunda etki alanları ölçek toplam puanları ve almaları gereken en yüksek skor şöyledir; Akut Minör Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 50 en yüksek skordur, Akut Majör Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 50 en yüksek skordur. Tekrarlayan Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 55 en yüksek skordur. Uzun Dönem Tıbbi Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 30 en yüksek skordur. Uzun Dönem Cerrahi Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 25 en yüksek skordur. Psikososyal Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 25 en yüksek skordur.

Ölçeğin Hastalıklar Modülünde tekrarlayan hastalıklar alt etki alanı hariç tüm etki alanlarında kontrol grubunun vermiş olduğu yanıtların hasta grubundan daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Tekrarlayan hastalıklar alt etki alanı hariç diğer etki alanlarının toplam puanlarının kontrol grubu ve hasta grubunda birbirine çok yakın düzeyde olduğu gözlenmiştir. Tekrarlayan hastalıklar alt etki alanının kontrol grubunda daha yüksek oluşu kontrol grubunun bu hastalıklarla karşı karşıya kalma oranının ya da mevcut hastalıklarının daha fazla olduğunun göstergesidir.

CHIP-AE Formu Alt Etki Alanlarının Cronbach's Alpha Değerleri Tablo-4.3.2.2.3'te gösterilmiştir.

Tablo-4.3.2.2.3. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili- CHIP-AE Hasta ve Kontrol Grubu Alt Etki Alanları Güvenirlik Analizi Cronbach's Alpha Değerleri

Etki Alanı	Kontrol Grubu N:223	Hasta Grubu N:252
Memnuniyet	,801	,776
Sağlıkla ilgili	,714	,646
Özsaygı	,759	,725
Rahatsızlık	,874	,899
Fiziksel Rahatsızlık	,694	,774
Duygusal Rahatsızlık	,888	,896
Aktivitelerin Kısıtlılığı	,631	,762
Esneklik	,565	,713
Fiziksel aktivite	,671	,535
Sosyal Problemlerle Başetme	,797	,829
Evgüvenliği ve Sağlık	,658	,669
Aile Tutumu	,402	,742
Riskler	,767	,616
Bireysel	,756	,586
Başarıyı tehdit eden	,819	,674
Akran Etkileri	Bu soru	Grubu çıkarıldı
Başarı	,545	,601
Tüm Madde Toplam	,807	,852
Hastalıklar		
Akut Küçük	,729	,710
Akut Majör Hastalıklar	,809	,720

Tekrarlayan hastalıklar	,726	,718
Uzun dönem tıbbi hastalıklar	,775	,732
Uzun dönem cerrahi hastalıklar	,800	,720
Psikosoyal hastalıklar	,763	,712
Hastalık Tüm Madde Toplam	,757	,799

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Formunun Kontrol grubu ve Hasta grubu açısından geçerlilik- güvenirlik değerlendirilmesinde Tüm Madde gruplarının değerlendirmesinde Hasta Grubunda Cronbach's Alpha 0,852; Kontrol Grubunda 0,807 olarak bulunmuştur. Hem alt etki alanlarında hem de tüm madde analizlerinde Cronbach's Alpha değerinin yüksek oranda olduğu, formun Türk çocukları için geliştirilen sürümünün sağlıklı ve hasta grupta geçerliliği yüksek bir form olarak değerlendirilebileceği belirlenmiştir.

Yapılan faktör analizi doğrultusunda, doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilmiş olan madde ve etki alanı dağılımının istatistiksel olarak uygun bir dağılım gösterdiği görülmektedir.

4.3.3. 12–17 yaş grubu Çocuk sağlığı ve hastalıkları profili - CHIP-AE formunun t-testi ve Mann Whitney –U testi ile değerlendirilmesi

Hasta ve Kontrol Grubu çocukların konuyla ilgili verdikleri yanıtlar ve belirli özelliklerine göre oluşturulmuş gruplar arasında Etki Alanları açısından farklılık olup olmadığının araştırılmasında iki bağımsız grubun karşılaştırılması söz konusu olduğundan t testinden ve Mann Whitney –U yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır.

Tablo- 4.3.3.1. 12–17 Yaş Hasta Grubu için Kolmogorov-Smirnov Z Testi

	Memnuniyet	Sağlıkla İlgili Memnuniyet	ÖzSaygı	Rahatsızlık	Duygusal	Fiziksel	Aktivite Kısıtlılığı	Fiziksel aktivite	Sosyal Problemlerle Başetme	Ev Güvenliği	Aile	Riskler	Başarı	Esneklik	Başarıyı Tehdit Eden riskler	Akran etkileri
Kolmogorov-Smirnov Z	,823	1,233	1,484	2,058	2,652	2,374	3,203	3,569	2,410	4,706	1,952	4,085	3,604	1,129	4,719	7,088
χ^2	0,507	0,096	0,024	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,156	0,000	0,000

Memnuniyet, Sağlıkla İlgili Memnuniyet ve Esneklik etki alanları $p>0,05$ için normal dağılım gösterdiğinden t-testi, diğer etki alanları için etki alanları $p<0,05$ için normal dağılım göstermediği için Mann Whitney-U Testi;

Tablo- 4.3.3.2. 12–17 Yaş Kontrol Grubu için Kolmogorov-Smirnov Z Testi

	Memnuniyet	Rahatsızlık	Esneklik	Riskler	Başarı	Sağlıkla ilgili mem	Ösaygı	Fiziksel R.	Duygusal R.	Aktivitelerin Kısıtlılığı	Fiziksel Aktivite	Sosyal problemler	Ev güvenliği	Aile	Başarıyı Tehdit eden R.	Akran Etkileri
Kolmogorov-Smirnov Z	1,316	1,887	,887	2,833	2,235	1,410	2,049	2,253	2,470	4,005	2,329	1,587	5,441	2,191	3,481	4,535
χ^2	0,063	0,002	0,410	0,000	0,000	0,037	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,013	0,000	0,000	0,000	0,000

Memnuniyet, Esneklik etki alanları $p>0,05$ için normal dağılım gösterdiğinden t-testi, diğer etki alanları için etki alanları $p<0,05$ için normal dağılım göstermediği için Mann Whitney-U Testi;

Araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubu adölesanların cinsiyetleri ile etki alanları arasındaki ilişkinin değerlendirmesine yönelik tablolar aşağıda verilmiştir. Çalışmada sadece anlamlı farklılıklara yer verilmiştir.

Tablo-4.3.3.3. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Alt Etki Alanı Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

	Varyansların Homojenliği İçin Levene's Testi		t-testi				
	F	p	t	df	p	Ortalamalar arasındaki fark	Standart Hata
Sağlıkla İlgili Memnuniyet	1,923	,167	2,817	250	0,005*	,25942	,09211
			2,869	235,252	0,004*	,25942	,09042

*p<0,05

Tablo incelendiğinde, formun Hasta Grubu adölesanların Sağlıkla ilgili memnuniyet, alt etki alanı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın erkekler lehine olduğu görülmektedir.

Erkeklerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde verdikleri yanıtlardan Sağlıkla ilgili Memnuniyet, etki alanında daha yüksek puan aldıkları, sağlıklarını algılama konusunda olumlu tutum gösterirken, duygusal açıdan ve fiziksel aktivelerini yürütmek konusunda ise daha fazla risk altında olduğu söylenebilir.

Memnuniyet ve Esneklik etki alanı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo-4.3.3.4. 12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Etki Alanı Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Mann Whitney -U Testi ile Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Cinsiyet	25	Median	75	Z	Mann-Whitney U	p*
Rahatsızlık	E	3,9063	4,4375	4,6875	-3,043	5921,000	p=0,002**
	K	3,5000	4,1250	4,5000			
Duygusal R	E	4,0000	4,4286	4,8571	-3,203	5835,000	p=0,001**
	K	3,0000	4,1429	4,7143			
Fiziksel R	E	4,0000	4,3333	4,8333	-1,804	5942,000	p=0,018**
	K	3,5000	4,1667	4,6667			
Fiziksel aktivite	E	1,3333	1,6667	2,6667	-2,374	6304,500	p=0,004**
	K	1,0000	1,3333	2,0000			
Sosyal Problem	E	2,3333	2,9167	3,3333	-2,486	6241,000	p=0,013**
	K	2,8333	3,1667	3,5000			
Aile	E	2,3333	3,0000	4,3333	-2,575	6194,000	p=0,010**
	K	3,0000	3,6667	4,6667			

*Mann-Whitney U Testi , **p<0,05

Tablo-4.3.3.4. incelendiğinde, formun Hasta Grubu adölesanların Rahatsızlık, Duygusal Rahatsızlık, Fiziksel Rahatsızlık Fiziksel Aktivite Esneklik, Sosyal Problemlerle Baş etme ve Aileye Dahil olma alt etki alanı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın Kızlar lehine olduğu görülmektedir. Aile Alt etki alanı hariç tüm etki alanlarında kızlar erkeklerden daha düşük puan ortalamasına sahiptir.

Tablo-4.3.3.5. 12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

	Varyansların Homojenliği İçin Levene's Testi		t-testi			Ortalamalar arasındaki fark	Standart Hata
	F	p	t	df	p		
Memnuniyet	1,130	,289	3,752	221	0,000*	,25195	,06715
			3,756	220,999	0,000*	,25195	,06708

*p<0,05

Tablo 4.3.3.5. incelendiğinde, formun Kontrol Grubu adölesanların Memnuniyet, etki alanı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın erkekler lehine olduğu görülmektedir.

Erkeklerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde verdikleri yanıtlardan Memnuniyet etki alanında daha yüksek puan aldıkları, sağlıklarını algılama konusunda olumlu tutum gösterirken, duygusal açıdan ve fiziksel aktivelerini yürütmek konusunda ise daha fazla risk altında olduğu söylenebilir.

Tablo-4.3.3.6. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları ve Alt Etki Alanları Açısından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın Mann Whitney -U Testi ile Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Cinsiyet	25	Medyan	75	Z	Mann-Whitney U	p*
Riskler	E	3,71	4,25	4,50	-3,302	4633,500	p=0,001**
	K	4,12	4,50	4,62			
Sağlıkla ilgili memnuniyet	E	3,00	3,25	3,75	-5,679	3499,500	p=0,000**
	K	2,50	2,75	3,25			
Fiziksel rahatsızlık	E	4,00	4,33	4,83	-3,986	4303,500	p=0,000**
	K	3,83	4,50	4,66			
Başarıyı tehdit eden riskler	E	4,00	4,50	4,83	-2,996	4788,500	p=0,003**
	K	4,50	4,66	5,00			

*Mann-Whitney U Testi , **p<0,05

Tablo-4.3.3.6. incelendiğinde, formun Kontrol Grubu adölesanların Riskler, Sağlıkla İlgili Memnuniyet, Fiziksel Aktivite ve Başarıyı Tehdit Eden Riskler etki alanları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Sağlıkla ilgili memnuniyet hariç diğerlerinde kızlar lehine olduğu görülmektedir.

Kızların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde verdikleri yanıtlardan Riskler, Fiziksel Aktivite ve Başarıyı Tehdit Eden Riskler etki alanlarında daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Diğer etki alanları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4.3.4. Çocuk sağlığı ve hastalıkları profili - CHIP-AE varyans analizi sonuçları

Karşılaştırmalar yapılırken ikiden fazla grubun oluşması nedeniyle Kruskal Wallis Varyans ve One Way Onova analizinden yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır, Normal dağılım göstermeyen etki alanları için Kruskal Wallis Varyans analizi kullanılmıştır, bunun için Sigma SAT 3.5 İstatistik programından yararlanılmıştır. Sonuçlar her bir faktör için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Sonuçlar her bir faktör için ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubu çocukların devam ettikleri sınıf ve etki alanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine yönelik bilgiler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo-4.3.4.1. 12–17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları Açısından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Değişkenler	Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Memnuniyet	Gruplar Arası	4,307	6	,718	2,832	0,011*
	Gruplar İçi	54,758	216	,254		
	Toplam	59,065	222			

*p<0,05

Kontrol grubunun etki alanları açısından yaş grupları arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde Memnuniyet alt etki alanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo-4.3.4.1.1. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Yaş Gruplarının Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Karşılaştırılan Guruplar	Farklılığın Yüksek Oranda Olduğu Grup	Farkların Ortalamaları	Standart Hata	p
12-17 yaş grubu	12 yaş	,44268*	,14650	0,044*

*p<0,05

Tablo 4.3.4.1.1. incelendiğinde Kontrol grubu adölesanların yaş grupları ile yaşam kalitesi ölçeği memnuniyet etki alanından almış aldıkları ortalama puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. (*p<0,05)

Bu farklılığın küçük yaş grubu çocuklarda daha yüksek oranda olduğu, hastalıklardan etkilenmenin küçük yaş grubu çocuklarda memnuniyeti daha az oranda etkilediği belirlenmiştir.

Tablo-4.3.4.2. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları Açısından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Kruskal Wallis Testi ile Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Yaş	N	%25	Medyan	%75	P*
Rahatsızlık*	12	21	4,3125	4,7500	4,9375	**p=0,006
	13	38	3,9375	4,3438	4,6250	
	14	48	3,5938	4,2188	4,5625	
	15	59	4,0625	4,2500	4,5000	
	16	27	4,0000	4,3750	4,6250	
	17	27	3,7813	4,3750	4,5000	
	18	3	4,5938	4,8750	4,8750	
	14-12 yaş		P=0,003			
Başarı *	12	21	2,2500	2,5000	2,5000	p=0,072
	13	38	1,5000	2,2500	2,7500	
	14	48	1,8750	2,7500	3,7500	
	15	59	1,5000	2,2500	3,0000	
	16	27	1,5000	2,0000	2,5000	
	17	27	1,6250	2,2500	3,0000	
	18	3	2,2500	2,2500	2,8750	

Esneklik*	12	21	2,8000	3,6667	3,7333	**p=0,181
	13	38	3,0667	3,3333	3,8000	
	14	48	2,8333	3,1333	3,7000	
	15	59	3,1333	3,4000	3,7333	
	16	27	2,9667	3,1333	3,6667	
	17	27	2,8333	3,3333	3,4667	
	18	3	3,2667	3,3333	3,4000	
Riskler*	12	21	4,5000	4,7500	4,7500	**p=0,001
	13	38	4,0000	4,4375	4,6250	
	14	48	3,9375	4,3750	4,6250	
	15	59	3,8750	4,3750	4,5000	
	16	27	4,1250	4,2500	4,6250	
	17	27	3,6250	4,1250	4,3750	
	18	3	4,5000	4,7500	4,7500	
	12-17 yaş		p<0,05			
	12-15 yaş		p<0,05			
	12-13 yaş		p<0,05			
	12-14yaş		p<0,05			

*Kruskal Wallis Testi **p<0,005

Kontrol Grubunun etki alanları açısından yaş arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde Rahatsızlık ve Riskler, etki alanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Farklılığın her iki etki alanında da 12 yaş grubunda olduğu, bu etki alanlarından almış oldukları puanların daha yüksek oranda oldu belirlenmiştir.

Tablo-4.3.4.3. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları Açısından Devam Ettikleri Sınıflar Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Değişkenler	Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Memnuniyet	Gruplar Arası	7,690	5	1,538	6,496	0,000*
	Gruplar İçi	51,375	217	,237		
	Toplam	59,065	222			

*p<0,05 ** One Way Anova Testi

Kontrol Grubunun etki alanları açısından devam ettikleri sınıflar arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde Memnuniyet etki alanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo-4.3.4.3.1. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili-CHIP-AE Kontrol Grubunun Devam Ettikleri Sınıfların Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Karşılaştırılan Guruplar	Farklılığın Yüksek Oranda Olduğu Grup	Farkların Ortalamaları	Standart Hata	p
6.sınıf-11.sınıf	6.sınıf	,46753*	,13582	0,009*
7.sınıf-10.sınıf	10.sınıf	-,49078*	,12384	0,001*
8.sınıf-10.sınıf	10.sınıf	-,43376*	,12523	0,008*
9.sınıf-10.sınıf	10.sınıf	-,41887*	,11197	0,003*

*p<0,05

Tablo 4.3.4.3.1. incelendiğinde kontrol grubu adölesanların devam ettikleri sınıf ile yaşam kalitesi ölçeği memnuniyet etki alanından almış aldıkları ortalama puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. (*p<0,05)

Bu farklılık 6. ve 10. sınıfa devam çocuklarda memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo-4.3.4.4. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Kontrol Grubunun Etki Alanları Açısından Devam Ettikleri Sınıflar Arasındaki Farklılığın Kruskal Wallis Testi ile Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Yaş	N	%25	Medyan	%75	p
Rahatsızlık*	5 yaş	10	3,4375	4,4375	4,7500	**p=0,001
	6 yaş	34	3,8750	3,6875	4,2813	
	7 yaş	35	4,0625	3,8125	4,1875	
	8 yaş	45	4,0625	4,0625	4,2500	
	9 yaş	44	3,5938	3,6250	4,1875	
	10 yaş	25	3,4375	4,2500	4,3750	
	6 yaş - 7,8,9,10 yaş			p<0,05		
Başarı *	5 yaş	10	2,2500	2,5000	2,5000	
	6 yaş	34	2,0000	2,6250	3,0000	
	7 yaş	35	1,5000	2,2500	3,2500	

	8 yaş	45	1,5000	2,2500	3,0000	p=0,547
	9 yaş	44	1,5000	2,2500	2,7500	
	10 yaş	25	1,5000	2,2500	2,7500	
Esneklik*	5 yaş	10	2,7333	3,6667	3,7333	p=0,165
	6 yaş	34	3,0667	3,3333	3,8000	
	7 yaş	35	3,0000	3,2667	3,7333	
	8 yaş	45	3,0667	3,3333	3,6000	
	9 yaş	44	2,9333	3,6333	4,0667	
	10 yaş	25	2,9333	3,2000	3,3333	
Riskler*	5 yaş	10	4,5000	4,7500	4,7500	**p=0,001
	6 yaş	34	3,8750	4,5000	4,6250	
	7 yaş	35	3,6875	4,3750	4,5625	
	8 yaş	45	4,0000	4,2500	4,5000	
	9 yaş	44	4,0000	4,1875	4,6250	
	10 yaş	25	3,8750	4,2500	4,5000	
	6 yaş - 8,9,10,11 yaş		p<0,05			

*Kruskal Wallis **p<0,005

Kontrol Grubunun etki alanları açısından devam ettikleri sınıflar arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde Rahatsızlık ve Riskler etki alanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılık her iki etki alanında da 6. sınıfa devam çocuklar lehine olduğu; Rahatsızlık etki alanında en yüksek puan ortalamasını, riskler etki alanında ise en düşük puan ortalamasını almışlardır.

Tablo-4.3.4.5. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Etki Alanları Açısından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Yaş	N	Ortalama	Std Hata	F*	p
Memnuniyet*	12 yaş	50	3,05	0,648	2,809	0,017*
	13 yaş	42	3,02	0,487		
	14 yaş	45	2,92	0,635		
	15 yaş	46	2,76	0,599		
	16 yaş	31	2,79	0,550		
	17 yaş	38	2,66	0,644		

*One Way Anova

*p<0,05

Hasta grubunun etki alanları açısından yaş grupları arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde Memnuniyet etki alanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo-4.3.4.5.1. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Yaş Gruplarının Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Karşılaştırılan Guruplar	Farklılığın Yüksek Oranda Olduğu Grup	Farkların Ortalamaları	Standart Hata	p
12 yaş -17 yaş	12 yaş	,38667*	,12916	0,036*

*p<0,05

Tablo 4.3.4.5.1. incelendiğinde Hasta grubu adölesanların yaş grupları ile yaşam kalitesi ölçeği memnuniyet etki alanından almış aldıkları ortalama puan arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. (*p<0,05)

Bu farklılığın küçük yaş grubu adölesanlarda memnuniyet düzeyinin büyük yaş grubu çocuklara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir

Tablo-4.3.4.6. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Etki Alanları Açısından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın Kruskal Wallis Testi ile Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Yaş	N	%25	Medyan	%75	P
Rahatsızlık*	12 yaş	50	4,06	4,31	4,68	**p=0,006
	13 yaş	42	4,18	4,34	4,81	
	14 yaş	45	3,85	4,18	4,70	
	15 yaş	46	3,56	4,18	4,50	
	16 yaş	31	3,68	4,06	4,59	
	17 yaş	38	3,18	3,68	4,37	
	13-17 yaş		p<0,005			
Başarı **	12 yaş	50	1,66	2,33	3,00	**p=0,245
	13 yaş	42	1,66	2,66	3,66	
	14 yaş	45	1,33	2,33	3,66	
	15 yaş	46	1,66	1,66	3,00	

	16 yaş	31	1,33	1,66	2,66	
	17 yaş	38	1,66	1,66	2,66	
Esneklik*	12 yaş	50	2,50	2,93	3,31	**p=0,192
	13 yaş	42	2,50	2,87	3,18	
	14 yaş	45	2,37	3,00	3,25	
	15 yaş	46	2,37	2,71	3,31	
	16 yaş	31	2,34	2,68	3,12	
	17 yaş	38	2,31	2,50	3,12	
Riskler*	12 yaş	50	4,50	4,66	4,66	**p=0,002
	13 yaş	42	4,50	4,66	4,66	
	14 yaş	45	4,00	4,50	4,66	
	15 yaş	46	4,33	4,58	4,66	
	16 yaş	31	3,90	4,50	4,66	
	17 yaş	38	4,00	4,33	4,66	
	17-12 yaş		p=0,032			
	17-13 yaş		p=0,040			

*Kruskal Wallis **p<0,005

Hasta grubunun etki alanları açısından yaş grupları arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde Rahatsızlık ve Riskler etki alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo-4.3.4.7. 12-17 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-AE Hasta Grubunun Etki Alanları Açısından Devam Ettikleri Sınıflar Arasındaki Farklılığın Kruskal Wallis Testi ile Değerlendirilmesi

Etki Alanları	Yaş	N	%25	Medyan	%75	p
Rahatsızlık*	5 yaş	10	3,4375	4,1563	4,5625	p=0,080
	6 yaş	34	3,8750	4,3438	4,8750	
	7 yaş	35	4,0625	4,3125	4,6875	
	8 yaş	45	4,0625	4,3750	4,6250	
	9 yaş	44	3,5938	4,1250	4,4688	
	10 yaş	25	3,4375	4,1875	4,7500	
	11 yaş	22	3,6250	4,3750	4,6875	
	12 yaş	14	3,0000	3,9063	4,3750	
	13 yaş	23	3,2500	3,6875	4,4063	
Başarı *	5 yaş	10	1,3333	1,6667	3,0000	p=0,070
	6 yaş	34	1,6667	2,0000	3,0000	
	7 yaş	35	1,6667	2,6667	3,6667	
	8 yaş	45	1,3333	2,3333	2,6667	

	9 yaş	44	1,6667	2,3333	3,6667	
	10 yaş	25	1,3333	1,6667	3,0000	
	11 yaş	22	1,6667	1,8333	2,3333	
	12 yaş	14	1,6667	2,6667	3,0000	
	13 yaş	23	1,3333	1,6667	2,5000	
Esneklik*	5 yaş	10	1,9375	2,6250	3,3125	p=0,275
	6 yaş	34	2,4375	2,9063	3,2500	
	7 yaş	35	2,5313	2,9375	3,3125	
	8 yaş	45	2,5625	2,9375	3,2500	
	9 yaş	44	2,3750	2,8750	3,3125	
	10 yaş	25	2,3750	2,6250	3,2500	
	11 yaş	22	2,3125	2,6875	3,0000	
	12 yaş	14	2,3750	2,6563	3,1875	
	13 yaş	23	2,1875	2,5000	3,1250	
Riskler*	5 yaş	10	4,5000	4,6667	4,6667	**p=0,044
	6 yaş	34	4,5000	4,6667	4,6667	
	7 yaş	35	4,2500	4,6667	4,6667	
	8 yaş	45	4,3333	4,6667	4,6667	
	9 yaş	44	4,0000	4,5000	4,6667	
	10 yaş	25	4,1667	4,5000	4,6667	
	11 yaş	22	3,8333	4,2500	4,6667	
	12 yaş	14	4,0000	4,5833	4,6667	
	13 yaş	23	4,1667	4,5000	4,6667	

*Kruskal Wallis **p<0,005

Hasta grubunun etki alanları açısından devam ettikleri sınıflar arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde Riskler etki alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Bu farklılığın 11.-7. sınıf p=0,036; 11.-8.sınıf p=0,007; 11.-6.sınıf p=0,007 olarak belirlenmiştir.

12–17 yaş hasta grubu çocukların etki alanları açısından tanı aldıkları zaman dilimi arasındaki farklılık Kruskal Wallis Test ile değerlendirildiğinde Aktivite Kısıtlılığı alt etki alanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. ($\chi^2=15,855$, p=0,45 p<0,05)

4.3.5. 12–17 Yaş çocuk sağlığı ve hastalıkları profili – CHIP-AE formunun etki alanlarının hastalık etki alanlarına göre değerlendirilmesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP AE ölçeğinin Hasta grubundaki etki alanlarının hastalık etki alanlarına göre karşılaştırılması Kruskal Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmiş anlamlı sonuçlar aşağıdaki verilmiştir. Ölçeğin Akut minör hastalıkların rahatsızlık ve riskler etki alanında $\chi^2 = 51,188$, $p = ,000$ ($p < 0,05$) ; $\chi^2 = 34,017$, $p = ,049$ ($p < 0,05$) değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Akut Majör hastalıkların rahatsızlık etki alanında $\chi^2 = 37,284$, $p = ,07$ ($p < 0,05$) değerleri, Uzun Dönem Tıbbi hastalıkların rahatsızlık etki alanında $\chi^2 = 15,185$, $p = ,034$ ($p < 0,05$) değerleri, Uzun Dönem Cerrahi hastalıkların rahatsızlık etki alanında $\chi^2 = 18,765$, $p = ,002$ ($p < 0,05$) değerleri, Psikososyal hastalıkların Riskler etki alanında $\chi^2 = 25,71$, $p = ,028$ ($p < 0,05$) değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

4.4. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubuna Ait Demografik Bilgiler

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-Ebeveyn Formu'na ait demografik bilgiler çocuk formunun değerlendirildiği bölümde verilmiştir. Kontrol Grubunda Ebeveyn Formunu dolduran kişilerin 33'ü (%24,6) Erkek, 101'i (%75,4) Kadındır. Ebeveynlerin çocuklarıyla bağı 100'ü (74,6) biyolojik anne, 31'i (23,1) biyolojik baba, 1'i (0,7) büyükanne, 1'i (%0,7) Üvey anne 1'i koruyucu anne olarak tanımlamışlardır. Kontrol Grubunda Ebeveynler ekonomik durumlarını 95'i (%70,9) iyi, 39'u (%29,1) çok iyi olarak tanımlamışlardır.

4.4.1. Çocuk sağlığı ve hastalıkları profili - CHIP-CE 76 ebeveyn formu kontrol grubuna ait doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile geçerlilik güvenilirlik ölçümleri

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) Yapı geçerliliği bağlamında ölçeğin orijinal formunda bulunan faktörlerin doğrulanması amacıyla uygulanmış ve ölçeğin orijinal

formundan farklı olarak bazı maddeler faktörler içinde yer almamıştır. Yapılan DFA' da elde edilen modelin uyum indeksi incelenmiş Ki kare değeri ve uyum indeksi değerleri Tablo halinde gösterilmiştir. Modele ilişkin faktör yükleri ve path diyagramı Şekil-5'te(Syf.149) verilmiştir.

CHIP-CE 76 Ebeveyn Formunun faktör yapılarını belirlemek amacıyla DFA uygulanmıştır. Özgün ölçekte yer alan 69 madde ve saptanan beş etki alanı (faktör) ile on alt etki alanlarına (alt faktör) bu çalışmada elde edilen verilerin ne derece uyum gösterdiğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen DFA uygulanmıştır. Uygulama sonucunda 18 madde kavramsal netlik oluşturmak amacıyla CHIP-CE 76 Ebeveyn Formundan çıkarılmıştır. Araştırma kapsamında geriye kalan 51 madde verilmiş ve istatistiksel tüm değerlendirmeler bu maddeler üzerinden yapılmıştır. Ölçekte kalan maddelerin faktör yükleri 0,23 ile 0,78 arasında değişmektedir. Yapılan DFA sonuçları Tablo 4.4.1.1.'de verilmiştir.

Tablo-4.4.1.1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Ölçüm Modeli Sonuçları

Faktör / Madde	Standartlaştırılmış Yükler	t-değeri	R ²
Faktör 3-Memnuniyet			
3-1- Sağlıkla İlgili			
<i>phlth1</i>	0,48	7,57	0,39
<i>phlth2</i>	0,57	10,57	0,65
<i>phlth3</i>	0,64	10,29	0,62
<i>phlth4</i>	0,51	8,72	0,49
<i>phlth10</i>	0,47	6,32	0,29
<i>phlth12</i>	0,40	5,87	0,26
3-2-Özsaygı			
<i>phlth6</i>	0,71	11,77	0,73
<i>phlth7</i>	0,72	11,87	0,74
<i>phlth8</i>	0,67	9,88	0,57
<i>phlth9</i>	0,53	9,45	0,54
Faktör 4- Rahatsızlık			
4-1-Fiziksel			
<i>pbf2</i>	0,53	6,31	0,31
<i>pbf3</i>	0,39	5,78	0,27
<i>pbf4</i>	0,69	8,80	0,53

<i>pbf5</i>	0,51	6,85	0,36
<i>pbf6</i>	0,57	7,47	0,41
<i>pbf7</i>	0,49	6,06	0,29
4-2-Duygusal			
<i>pbf10</i>	0,72	11,10	0,68
<i>pbf11</i>	0,65	10,97	0,67
<i>pbf12</i>	0,66	9,28	0,53
<i>pbf13</i>	0,52	6,90	0,33
<i>pbf16</i>	0,62	9,90	0,58
<i>pbf17</i>	0,43	6,08	0,27
4-3-Aktivite Kısıtlılığı			
<i>pbf18</i>	0,52	7,27	0,36
<i>pbf22</i>	0,43	11,49	0,71
<i>pbf23</i>	0,58	9,99	0,59
<i>pbf24</i>	0,63	11,13	0,68
Faktör 2- Esneklik			
2-1-Fiziksel Aktivite			
<i>pbf19</i>	0,23	3,87	0,12
<i>pbf20</i>	0,30	8,91	0,51
<i>pbf21</i>	0,48	12,01	0,82
2-2-Aileye Dahil Olma			
<i>phome1</i>	0,32	4,83	0,19
<i>phome4</i>	0,57	10,36	0,69
<i>phome5</i>	0,36	5,81	0,27
<i>phome6</i>	0,59	7,18	0,38
<i>phome7</i>	0,62	8,55	0,51
Faktör 5 Riskler			
5-1- Bireysel			
<i>phome12</i>	0,59	7,15	0,38
<i>phome13</i>	0,64	9,91	0,65
<i>phome14</i>	0,62	8,97	0,55
5-2- Başarıyı Tehdit eden			
<i>pfa7</i>	0,26	9,61	0,62
<i>pfa8</i>	0,45	7,95	0,46
<i>pfa10</i>	0,32	5,59	0,25
<i>pfa11</i>	0,33	7,62	0,43
<i>pfa12</i>	0,34	4,16	0,15
Faktör 1-Başarı			
1-1-İş			
<i>pfa1</i>	0,67	8,00	0,59
<i>pfa2</i>	0,51	7,33	0,49
<i>pfa3</i>	0,23	4,11	0,16
<i>pfa9</i>	0,26	3,00	0,08
1-2-Akademik			

<i>ps1</i>	0,78	11,31	0,71
<i>ps2</i>	0,74	10,37	0,63
<i>ps3</i>	0,66	8,71	0,49
<i>ps4</i>	0,71	9,69	0,57
<i>ps7</i>	0,27	4,73	0,17

Standartlaştırılmış yükler her bir gözlenen değişken ile ilgili olduğu faktör arasındaki korelasyonları göstermektedir. Memnuniyet faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (*phlth7*) korelasyon katsayısı 0,72' dir. *phlth7*' in R^2 ise 0,74' dir. Memnuniyet faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *phlth7* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Rahatsızlık gizil değişkeninin ilk göstergesi ele alındığında (*pbf10*) korelasyon katsayısı 0,72' dir. *pbf10*' in R^2 ise 0,68' dir. Rahatsızlık faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *pbf10* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Başarı faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (*ps1*) korelasyon katsayısı 0,78' dir. *ps1*' in R^2 ise 0,71' dir. Başarı faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *ps1* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Esneklik gizil değişkeninin ilk göstergesi ele alındığında (*phome7*) korelasyon katsayısı 0,62' dir. *phome7*' in R^2 ise 0,51' dir. Esneklik faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *phome7* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir. Riskler faktörünün ilk göstergesi ele alındığında (*phome13*) korelasyon katsayısı 0,64' tür. *phome13*' in R^2 ise 0,65' tir. Riskler faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *phome13* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı görülmektedir.

DFA sonucunda tanımlanan faktörlerin ebeveynlerin çocukları için algıladıkları yaşam kalitesi ölçütlerinin anlamlı bir biçimde açıklayıp açıklamadığına bakıldığında yüksek t değerleri elde edilmiştir. Diğer bir ifadeyle faktörleri oluşturan tüm maddeler tahmin de %95 olasılıkla doğrudur. Çıkarılan sonuç ise, yukarıda belirtilen tüm maddelerin faktörleri oluşturma konusunda doğru bir uyum sağladığıdır.

Yukarıda verilen yapısal eşitlik modelinin oldukça iyi uyum istatistiklerine sahip olduğu görülmektedir. İstatistiksel açıdan iyi uyum gösteren her bir modelin bir bütün olarak veri tarafından kabul edilebilir bir düzeyde desteklenip de desteklenmediğine

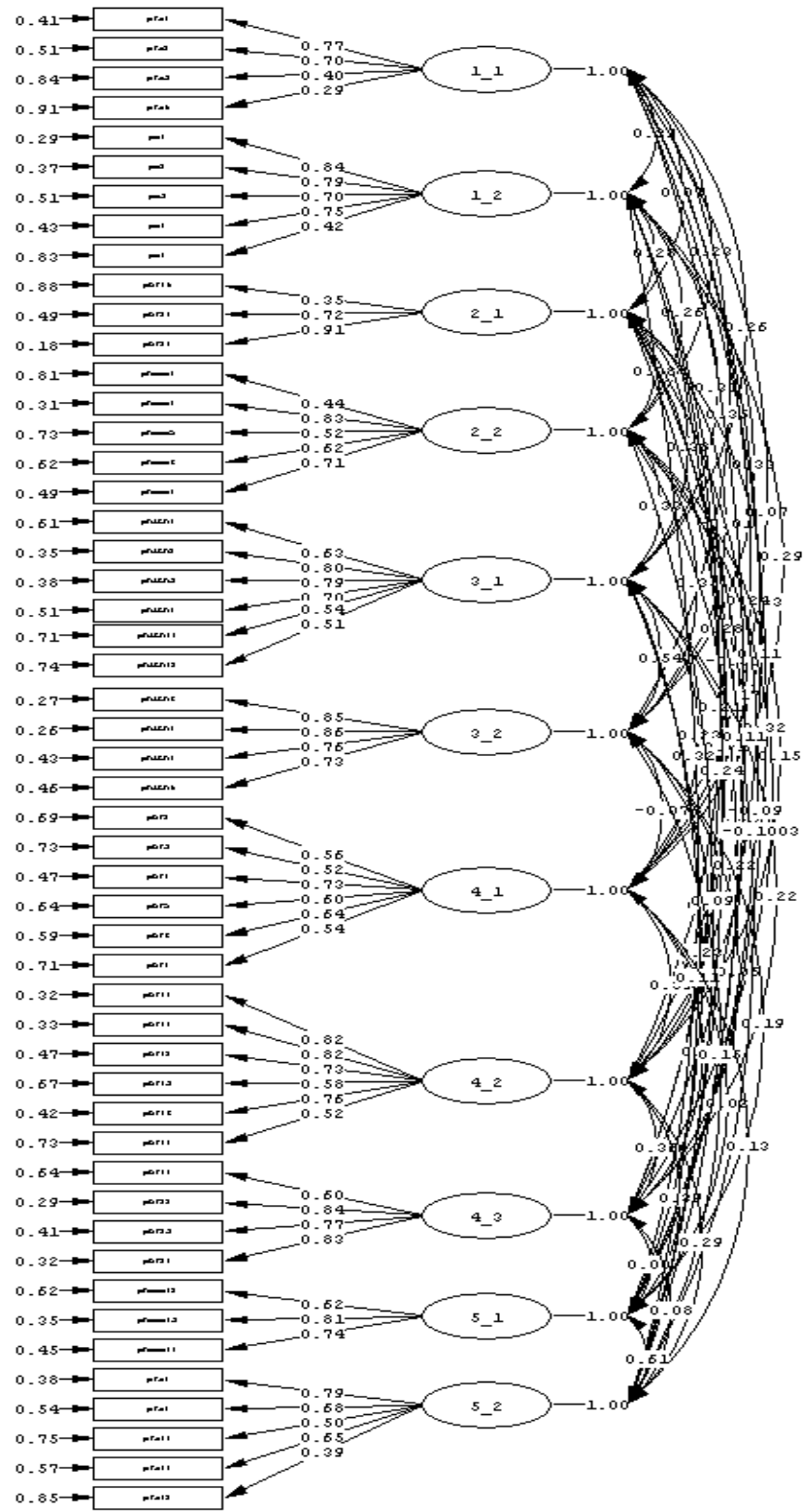
ilişkin yargıya varmaya olanak tanımaktadırlar. Ancak tüm değerlerin anlamlı çıkması modelin bir bütün olarak kabul edildiği anlamına gelmemektedir. Bu nedenle farklı uyum ölçütlerine ihtiyaç vardır. Bu ölçüm değerleri Tablo-4.4.1.2 gösterilmiş ve değerlendirilmiştir.

Tablo-4.4.1.2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP- Ebeveyn Formu- 76 Kontrol Grubu Ölçüm Modeli İçin Uyum Ölçüleri

Uyum Ölçüsü	Değeri	Uyum
χ^2/sd 1892.97/1169	1,161	Kabul Edilebilir
RMSEA	0.068	Mükemmel Uyum
S-RMR	0.079	İyi Uyum
NFI	0.82	Kabul Edilebilir
NNFI	0.92	İyi Uyum
CFI	0.93	İyi Uyum
GFI	0.79	Kabul Edilebilir
AGFI	0.79	Kabul Edilebilir

Tablo-4.4.1.2. yer almayan uyum ölçütlerinden biri araştırma örnekleminin yeterliliğinin değerlendirildiği “kritik N” (Critical N-CN) değeridir. CN, model uygunluğunun ötesinde örneklem sayısının yeterliliğini değerlendirmekte kullanılmaktadır (102). Ölçüm Modeli için kritik N değeri 178.26 olarak hesaplanmıştır. Bu değer araştırmada kullanılan 134 birimlik örneklemin Kritik N değerinin altında kalmış olsa da diğer parametrelerin kabul edilebilir düzeyde olması örneklemin yeterli olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin uyum indeksleri incelendiğinde uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir. Bu bulgulara dayanarak ölçeğin yapı geçerliğinin sağlandığı ifade edilebilir. Ölçeğin güvenilirlik çalışması için iç tutarlılık katsayıları alfa değeri ile hesaplanmıştır. Ölçek için yapılan modellemede, uyguladığımız uyum istatistiklerinin hemen hemen hepsinden geçerli not almış olup modelimizin iyi bir uyum gösterdiği belirlenmiştir.



Chi-Square=1892.97, df=1169, P-value=0.00000, RMSEA=0.068

Şekil 5. 6-11 Yaş CHIP- CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Path Diyagramı

4.4.2. Çocuk sağlığı ve hastalıkları profili -CHIP- CE 76 ebeveyn formu kontrol grubu güvenirlilik ve madde analizi

Ölçeğin güvenirlilik çalışmasında Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı incelenmiştir. Bununla birlikte madde ortalama puanları, faktörlerin toplam ve ortalama puanları ve standart hataları değerlendirilmiş ilgili tablolarda verilmiştir.

Tablo–4.4.2.1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Alt Etki Alanı ile Birlikte Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayıları

Etki Alanı	Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayıları
Memnuniyet	0,86
Sağlıkla ilgili	0,81
Özsaygı	0,88
Rahatsızlık	0,85
Fiziksel Rahatsızlık	0,77
Duygusal Rahatsızlık	0,85
Aktivitelerin Kısıtlılığı	0,84
Esneklik	0,70
Fiziksel aktivite	0,66
Aileye Dâhil Olma	0,75
Riskler	0,75
Bireysel	0,76
Başarıyı tehdit eden	0,68
Başarı	0,76
İş	0,61
Akademik	0,83
Tüm Madde Grupları Toplam	0,89

ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formunun Kontrol grubu açısından geçerlilik- güvenirlilik değerlendirilmesinde Tüm Madde gruplarının Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayıları 0,89 olarak bulunmuştur. Hem alt etki alanlarında hemde tüm madde analizinde Cronbach's Alpha değerinin yüksek oranda

olduğu, İş Başarısı alt etki alanı ise kabul edilebilir düzeyde (0,61) güvenilirliğe sahip olduğu görülmektedir. Formun Türk çocukları için geliştirilen sürümünün kontrol grubundaki çocuk profili için (sağlıklı çocuk ebeveyn profili) geçerliliği yüksek bir form olarak değerlendirilebileceği belirlenmiştir.

4.5. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP- CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubuna Ait Demografik Bilgiler

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili – CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu'na ait demografik bilgiler çocuk formunun değerlendirildiği bölümde verilmiştir. Hasta Grubunun Ebeveyn Formunu dolduran ebeveynlerin 38'ü (%16,2) Erkek, 197'i (%83,8) kadındır. Ebeveynlerin çocuklarıyla bağı 194'ü (82,6) biyolojik anne, 31'i (13,2) biyolojik baba, 2'si (0,9) büyükanne, 8'i (%3,4) diğer kişiler olarak tanımlamışlardır. Hasta Grubunda Ebeveynler ekonomik durumlarını 22'si (%4,7) çok kötü, 185'i (%78,7) iyi, 28'i (%6) çok iyi olarak tanımlamışlardır.

4.5.1.Çocuk sağlığı ve hastalıkları profili -CHIP- CE 76 ebeveyn formu hasta grubu'na ait doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile geçerlilik güvenilirlik ölçümlerine ait bilgiler

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) Yapı geçerliliği bağlamında ölçeğin orijinal formunda bulunan faktörlerin doğrulanması amacıyla uygulanmış ve orijinal formdan farklı olarak bazı maddeler faktörler içinde yer almamıştır. Yapılan DFA' da elde edilen modelin uyum indeksi incelenmiş Kikare değeri ve uyum indeksi değerleri Tablo– 4.5.1.1.'de gösterilmiştir. Modele ilişkin faktör yükleri ve path diyagramı Şekil 6'da(Syf.155) verilmiştir.

CHIP-CE 76 Ebeveyn Formunun faktör yapılarını belirlemek amacıyla yapılan uygulama sonucunda Kontrol grubuyla uyumlu olarak orijinal formda yer alan 69 maddeden 18 madde kavramsal netlik oluşturmak amacıyla CHIP-CE 76 Ebeveyn Formundan çıkarılmıştır. Araştırma kapsamında geriye kalan 51 madde verilmiş ve istatistiksel tüm değerlendirmeler bu maddeler üzerinden yapılmıştır. Ölçekte kalan maddelerin faktör yükleri 0,25 ile 0,79 arasında değişmektedir. Yapılan DFA sonuçları Tablo-4.5.1.1 ve Tablo-4.5.1.2’de verilmiştir.

Tablo-4.5.1.1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP- CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubu Ölçüm Modeli Sonuçları

Faktör / Madde	Standartlaştırılmış Yükler	t-değeri	R ²
Faktör 3-Memnuniyet			
3-1- Sağlıkla İlgili			
<i>phlth1</i>	0,46	6,78	0,22
<i>phlth2</i>	0,53	7,80	0,28
<i>phlth3</i>	0,57	8,65	0,33
<i>phlth4</i>	0,55	8,23	0,30
<i>phlth10</i>	0,55	8,25	0,30
<i>phlth12</i>	0,56	8,32	0,31
3-2-Özsaygı			
<i>phlth6</i>	0,71	11,20	0,50
<i>phlth7</i>	0,72	11,42	0,51
<i>phlth8</i>	0,68	10,68	0,46
<i>phlth9</i>	0,64	10,00	0,41
Faktör 4- Rahatsızlık			
4-1-Fiziksel			
<i>pbf2</i>	0,09	2,25	0,01
<i>pbf3</i>	-0,44	-6,32	0,19
<i>pbf4</i>	-0,63	-9,69	0,40
<i>pbf5</i>	-0,36	-5,15	0,13
<i>pbf6</i>	-0,65	-10,04	0,43
<i>pbf7</i>	-0,62	-9,37	0,38
4-2-Duygusal			
<i>pbf10</i>	0,70	11,64	0,49
<i>pbf11</i>	0,72	11,97	0,51
<i>pbf12</i>	0,70	11,63	0,49
<i>pbf13</i>	0,56	8,66	0,31
<i>pbf16</i>	0,78	13,53	0,61

<i>pbf17</i>	0,64	10,40	0,42
4-3-Aktivite Kısıtlılığı			
<i>pbf18</i>	0,39	5,78	0,15
<i>pbf22</i>	0,79	13,72	0,62
<i>pbf23</i>	0,83	14,61	0,68
<i>pbf24</i>	0,81	14,28	0,66
Faktör 2- Esneklik			
2-1-Fiziksel Aktivite			
<i>pbf19</i>	0,67	11,07	0,45
<i>pbf20</i>	0,89	16,41	0,80
<i>pbf21</i>	0,84	14,96	0,70
2-2-Aileye Dahil Olma			
<i>phome1</i>	0,47	6,89	0,22
<i>phome4</i>	0,65	10,23	0,42
<i>phome5</i>	0,65	10,11	0,43
<i>phome6</i>	0,75	12,29	0,57
<i>phome7</i>	0,76	12,40	0,57
Faktör 5 Riskler			
5-1- Bireysel			
<i>phome12</i>	0,48	6,82	0,23
<i>phome13</i>	0,74	10,88	0,54
<i>phome14</i>	0,71	10,43	0,50
5-2- Başarıyı Tehdit eden			
<i>pfa7</i>	0,66	10,05	0,43
<i>pfa8</i>	0,64	9,78	0,41
<i>pfa10</i>	0,55	8,25	0,31
<i>pfa11</i>	0,56	8,27	0,31
<i>pfa12</i>	0,60	9,08	0,37
Faktör 1-Başarı			
1-1-İş			
<i>pfa1</i>	0,78	12,18	0,60
<i>pfa2</i>	0,68	10,42	0,46
<i>pfa3</i>	0,55	8,17	0,31
<i>pfa9</i>	0,25	3,43	0,06
1-2-Akademik			
<i>ps1</i>	0,85	15,65	0,73
<i>ps2</i>	0,78	13,68	0,61
<i>ps3</i>	0,78	13,60	0,60
<i>ps4</i>	0,80	14,05	0,63
<i>ps7</i>	0,56	8,85	0,31

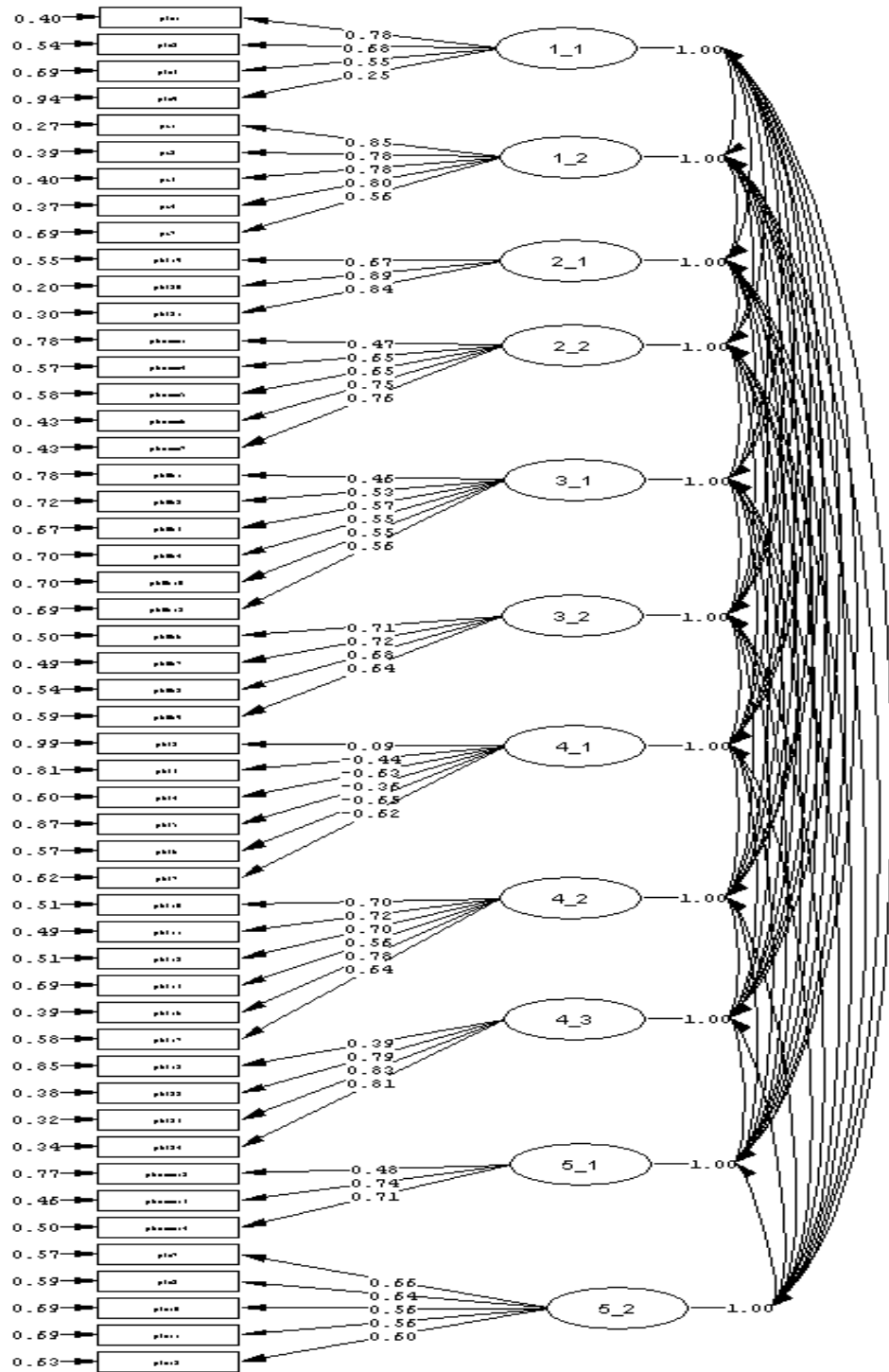
Memnuniyet faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *phlth7* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı ($R^2=0,51$) gözlenmiş ve korelasyon katsayısının 0,72 olarak

hesaplanmıştır. Rahatsızlık faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *pbf23* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı ($R^2=0,68$) gözlenmiş ve korelasyon katsayısının 0,83 olarak hesaplanmıştır. Esneklik faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *pbf20* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı ($R^2=0,80$) gözlenmiş ve korelasyon katsayısı 0,89'dur. Riskler faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *phome13* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı ($R^2=0,54$) gözlenmiş ve korelasyon katsayısının 0,74 olarak hesaplanmıştır. Başarı faktörüne ilişkin değişkenliğin en çok *ps4* gözlenen değişkeni tarafından açıklandığı ($R^2=0,63$) gözlenmiş ve korelasyon katsayısı 0,80'dur.

Tablo-4.5.1.2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubuna Ait Ölçüm Modelinin Uyum Ölçüleri

Uyum Ölçüsü	Değeri	Uyum
χ^2/sd 1839.03/1169	1,57	Kabul Edilebilir
RMSEA	0.049	Mükemmel Uyum
S-RMR	0.068	İyi Uyum
NFI	0.83	Kabul Edilebilir
NNFI	0.92	İyi Uyum
CFI	0.92	İyi Uyum
GFI	0.76	Kabul Edilebilir
AGFI	0.73	Kabul Edilebilir

Tabloda yer almayan uyum ölçütlerinden biri araştırma örnekleminin yeterliliğinin değerlendirildiği “kritik N” (Critical N-CN) değeridir. CN, model uygunluğunun ötesinde örneklem sayısının yeterliliğini değerlendirmekte kullanılmaktadır (102). Ölçüm Modeli için CN değeri 155.73 olarak hesaplanmıştır. Bu değer araştırmada kullanılan 235 birimlik örneklemin yeterli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin uyum indeksleri incelendiğinde uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir.



$\chi^2=1839.03$, $df=1169$, $P\text{-value}=0.00000$, $RMSEA=0.049$

Şekil 6. 6-11 Yaş CHIP- CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubu Path Diyagramı

4.5.2. Çocuk sağlığı ve hastalıkları profili -CHIP-CE 76 ebeveyn formu hasta grubu güvenilirlik ve madde analizi

Ölçeğin güvenilirlik çalışmaları olarak Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı, faktörlerin toplam korelasyonu incelenmiştir. Madde ortalama puanları, faktörlerin toplam ve ortalama puanları ve standart hataları değerlendirilmiştir.

Tablo-4.5.2.1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubunun Alt Ölçekleri ile Birlikte Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayıları

Etki Alanı	Alfa Güvenirlik Katsayıları
Memnuniyet	0,81
Sağlıkla ilgili	0,69
Özsaygı	0,81
Rahatsızlık	0,84
Fiziksel Rahatsızlık	0,57
Duygusal Rahatsızlık	0,84
Aktivitelerin Kısıtlılığı	0,79
Esneklik	0,63
Fiziksel aktivite	0,84
Aileye Dahil Olma	0,79
Riskler	0,76
Bireysel	0,67
Başarıyı tehdit eden	0,72
Başarı	0,82
İş	0,60
Akademik	0,87
Hastalık	0,82
Tüm Madde Grupları Toplam	0,89

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formunun Hasta grubu açısından geçerlilik- güvenilirlik değerlendirilmesinde Tüm Madde gruplarının değerlendirmesinde Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayıları 0,89 olarak bulunmuştur. Hem alt etki alanlarında hem de tüm madde analizde Cronbach's Alpha değerinin

yüksek oranda olduğu, Fiziksel Rahatsızlık alt etki alanı ise kabul edilebilir düzeyde (0,57) güvenilirlik göstermiş olduğu görülmektedir. Formun Türk çocukları için geliştirilen sürümünün Hasta grupta geçerliliği yüksek bir form olarak değerlendirilebileceği belirlenmiştir.

4.6. Kontrol ve Hasta Grubuna Ait CHIP-CE 76 Ebeveyn Formuna İlişkin Etki Alanları ve Madde Analizleri

Kontrol ve Hasta Grubunun CHIP-CE 76 Ebeveyn Formuna ilişkin madde ve etki alanlarının toplam ve madde ortalamalarının ayrıntıları aşağıdaki ilgili tablolarda karşılaştırmalı olarak verilmiştir.

Tablo-4.6.1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol ve Hasta Grubu Madde Ortalamaları ve Standart Hataları

Maddeler	Kontrol Grubu Ebeveyn N:134		Hasta Grubu Ebeveyn N:235	
	Ortalama	Standart Hata	Ortalama	Standart Hata
pfa1- Çocuğunuz arkadaş edinmede ne kadar iyidir?	3,80	,874	3,63	1,03
pfa2- Çocuğunuzun kaç arkadaşı var?	3,98	,741	4,03	0,92
pfa3- Çocuğunuz ne sıklıkla arkadaşlarıyla iyi anlaşır?	4,25	,571	4,16	0,88
pfa9- Diğer çocuklar ne sıklıkla çocuğunuza sataşır?	4,02	,871	3,77	0,94
ps1- Çocuğunuz okulda geçirdiği son 4 hafta içinde ödevlerini yapma konusunda nasıldı?	4,00	,934	3,87	1,05
ps2- Çocuğunuz okulda geçirdiği son 4 hafta içinde matematik konusunda nasıldı?	4,01	,934	3,77	1,13
ps3- Çocuğunuz okulda geçirdiği son 4 hafta içinde okuma konusunda nasıldı?	3,95	,944	3,71	1,04
ps4- Çocuğunuz okulda geçirdiği son 4 hafta içinde okulda öğrendiklerini hatırlama konusunda nasıldı?	4,05	,944	3,85	1,04
ps7- Çocuğunuz okulda geçirdiği son 4 hafta içinde ne sıklıkta ev ödevlerinin tamamını yaptı?	4,64	,654	4,47	0,84

pbf19- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla iki cadde arasını yürümekte zorlandı?	4,78	,668	4,30	1,09
pbf20- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla bir kat merdiven çıkmakta zorlandı?	4,87	,421	4,40	1,03
pbf21- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla koşmakta zorlandı?	4,78	,529	4,21	1,09
phome1- Son 4 hafta içinde siz ve sizinle yaşayan başka bir yetişkin ne sıklıkla eğlenceli bir şeyler yaparak çocuğunuzla zaman geçirdi?	3,33	,744	3,43	0,94
phome4- Son 4 hafta içinde siz ve sizinle yaşayan başka bir yetişkin ne sıklıkla çocuğunuzun fikirlerini dinlediniz?	4,47	,690	4,15	0,91
phome5- Son 4 hafta içinde siz ve sizinle yaşayan başka bir yetişkin ne sıklıkla çocuğunuzla iyi vakit geçirdiniz?	4,36	,698	4,29	0,79
phome6- Son 4 hafta içinde siz ve sizinle yaşayan başka bir yetişkin ne sıklıkla çocuğunuzun ertesi gün ne yapacağı konusunda onunla konuştunuz?	4,07	,955	3,89	1,03
phome7- Son 4 hafta içinde siz ve sizinle yaşayan başka bir yetişkin ne sıklıkla çocuğunuzun nasıl hissettiği konusunda onunla konuştunuz?	4,19	,869	4,03	0,97
phlth1- Çocuğunuz ne sıklıkla çok eğlenir?	3,93	,768	3,99	0,77
phlth2- Çocuğunuz ne sıklıkla kendisini gerçekten sağlıklı hisseder?	4,10	,707	3,91	0,81
phlth3- Çocuğunuz ne sıklıkla kendisini gerçekten güçlü hisseder?	4,08	,814	4,00	0,94
phlth4- Çocuğunuz ne sıklıkla kendisini gerçekten mutlu hisseder?	4,07	,732	3,99	0,88
phlth6- Çocuğum kendisiyle gerçekten gurur duyar.	3,99	,832	4,01	1,20
phlth7- Çocuğum kendisini gerçekten sever.	4,31	,843	3,11	0,91
phlth8-Çocuğum dış görünüşünü gerçekten beğenir.	4,23	,884	4,06	1,05
phlth9- Çocuğum sevildiğini ve istendiğini hisseder.	4,57	,730	4,34	0,99
phlth10- çocuğum fiziksel açıdan formdadır.	4,41	,869	4,30	1,07
phlth12- Çocuğunuzun sağlığı nasıldır?	3,80	,793	4,42	1,02
pbf2- Son 4 hafta içinde çocuğunu ne sıklıkla öksürdü?	3,73	,959	3,00	1,13
pbf3- Son 4 hafta içinde çocuğunu ne sıklıkla kulak ağrısı çekti?	4,54	,752	4,39	0,89
pbf4- Son 4 hafta içinde çocuğunu ne sıklıkla boğaz ağrısı çekti?	3,96	,953	3,63	1,10
pbf5- Son 4 hafta içinde çocuğunu ne sıklıkla nefes alma güçlüğü çekti?	4,55	,863	4,28	0,94
pbf6- Son 4 hafta içinde çocuğunu ne sıklıkla kendisini gerçekten rahatsız eden bir ağrı çekti?	4,25	,888	3,60	1,08

pbf7- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla baş ağrısı çekti?	4,15	,905	3,68	1,04
pbf10- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla gerçekten üzüntü hissetti?	4,06	,874	3,64	0,98
pbf11- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla rahatlama zorluk çekti?	4,30	,795	3,86	1,06
pbf12- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla gerginlik yaşadı?	3,96	,913	3,81	1,03
pbf13- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla değişken ruh hali gösterdi?	4,07	,906	3,89	1,11
pbf16- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla ciddi şekilde kaygılı hissetti?	4,25	,820	3,87	1,07
pbf17- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla korku hissetti?	4,27	,833	3,57	1,08
pbf18- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla sağlık sorunu veya ruhsal bir sorun nedeniyle yarım günden fazla okula gitmezlik etti?	4,40	,868	3,80	1,04
pbf22- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla evde oynayamayacak kadar hasta hissetti?	4,76	,508	4,14	1,01
pbf23- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla okula gidemeyecek kadar hasta hissetti?	4,56	,761	3,86	1,05
pbf24- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla dışarıda oynamayacak kadar hasta hissetti?	4,64	,760	3,87	1,10
phome12-Çocuğunuz ne sıklıkla caddeyi geçmeden önce sağına ve soluna bakmayı unuttu?	4,19	,959	3,76	1,18
phome13-Çocuğunuz ne sıklıkla tehlikeli şeyler yapar?	4,28	,800	3,98	1,12
phome14-Çocuğunuz ne sıklıkla kendi güvenliği konusunda dikkatsizce davranır?	4,10	,840	3,80	1,11
pfa7-Çocuğunuz ne sıklıkla başkasına ait bir şeye zarar verir?	4,92	,326	4,70	0,70
pfa8-Çocuğunuz ne sıklıkla sadece cezadan kurtulup kurtulmayacağını görmek için kurallara karşı gelir?	4,72	,665	4,30	0,99
pfa10- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla yalan söyledi veya kandırdı?	4,59	,640	4,16	0,90
pfa11- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla başını belaya sikan çocuklarla zaman geçirdi?	4,81	,508	4,59	0,68
pfa12- Son 4 hafta içinde çocuğunuz ne sıklıkla diğer çocuklara sataştır?	4,63	,890	4,41	0,80

CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu ebeveynlerin çocuklarının yaşam kalitesi ile ilgili kendi öznel algılarını yansıtır niteliktedir. Çocuklarında fark ettikleri gözlemleri, sağlık

ve hastalık sürecinde verdikleri tepkileri değerlendirdikleri, hastalık formu ile de mevcut hastalık durumlarını ortaya koymaktadır. Formda Kontrol Grubu Ebeveynlerin çocukları ile ilgili verdikleri yanıtlardan içinde en yüksek puan ortalamasını 4,92 puan ortalamasıyla pfa7-“Çocuğunuz ne sıklıkla başkasına ait bir şeye zarar verir?” sorusu; en düşük puan ortalamasını 3,33 puan ortalamasıyla phome1- “Son 4 hafta içinde siz ve sizinle yaşayan başka bir yetişkin ne sıklıkla eğlenceli bir şeyler yaparak çocuğunuzla zaman geçirdiz?” soru maddesi almıştır.

Formda Hasta Grubunda maddeleri içinde, en yüksek puan ortalamasını 4,70 puan ortalamasıyla pfa7-“Çocuğunuz ne sıklıkla başkasına ait bir şeye zarar verir?” sorusu; en düşük puan ortalamasını 3,00 puan ortalamasıyla pbf2- “Son 4 hafta içinde çocuğunu ne sıklıkla öksürdü?” soru maddesi almıştır.

Her iki grupta da en yük puanın -“Çocuğunuz ne sıklıkla başkasına ait bir şeye zarar verir?” ifadesi oluşu oldukça dikkat çekicidir. Okul döneminin başlangıcı bu dönem için önemlidir.

Tablo-4.6.2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol ve Hasta Grubu Hastalık Formu Madde Ortalamaları ve Standart Hataları

Hastalık Formu Maddeler	Kontrol Grubu Ebeveyn N:134		Hasta Grubu Ebeveyn N:235	
	Ortalama	Standart Hata	Ortalama	Standart Hata
Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa soğuk algınlığı veya grip sorunlarını yaşadı?	3,24	1,049	3,26	1,294
Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa sinüslerde sorun veya sinüzit sorunu yaşadı?	4,13	1,160	4,06	1,367
Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa bademcik iltihabı sorunu yaşadı?	4,10	1,105	3,41	1,498
Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa kulak iltihabı sorunu yaşadı?	4,68	,656	4,45	,961
Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa karın ağrısıyla birlikte kusma, ishal veya ateş sorunu yaşadı?	4,44	,800	3,94	1,229
Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa bronşit sorunu yaşadı?	4,84	,599	4,64	,853

Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa deri iltihabı sorunu yaşadı?	4,93	,418	4,92	,469
Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa zatürre sorunu yaşadı?	5,00	,000	4,92	,385
Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa mesane iltihaplanması veya idrar yolları iltihaplanması sorunlarını yaşadı?	4,93	,400	4,59	,954
Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa sporcu ayağı veya saçkıran gibi bir mantar hastalığı sorunlarını yaşadı?	5,00	,000	4,96	,325
Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa zehirli sarmaşık (bir tür deri hastalığı) sorunu yaşadı?	5,00	,000	4,95	,410
Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa siğil sorunu yaşadı?	4,90	,321	4,86	,571
Çocuğunuz şuanda pelteklik, kekeleme veya pepeleme gibi bir konuşma sorunu yaşıyor mu?	2,00	,000	4,71	,934
Çocuğunuz şuanda bedensel bir engel veya deformasyon yaşıyor mu?	2,00	,000	4,90	,303
Çocuğunuz şuanda okulda tahtayı görmekte zorluk yaşıyor mu?	1,89	,316	4,94	,245
Çocuğunuz şuan insanların söylediklerini duymakta zorluk yaşıyor mu?	2,00	,000	4,97	,204
Çocuğunuza bir doktor tarafından ciddi egzama veya başka bir alerjik döküntü ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,78	,529	4,77	,626
Çocuğunuza bir doktor tarafından dişeti çekilmesi ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,96	,270	4,86	,470
Çocuğunuza bir doktor tarafından astım ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,86	,445	4,84	,494
Çocuğunuza bir doktor tarafından diyabet ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,99	,173	4,88	,465
Çocuğunuza bir doktor tarafından orak hücreli anemi ile ilgili tanı koyuldu mu?	3,00	,000	4,93	,402
Çocuğunuza bir doktor tarafından anemi ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,99	,086	4,87	,543
Çocuğunuza bir doktor tarafından kalp hastalığı veya herhangi bir eklem rahatsızlığı ve ya eklemlerle ilgili bir sorun ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,97	,243	4,87	,550
Çocuğunuza bir doktor tarafından migren kaynaklı baş ağrısı ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,96	,257	4,92	,343
Çocuğunuza bir doktor tarafından epilepsi ile ilgili tanı koyuldu mu?	3,00	,000	4,71	,947
Çocuğunuza bir doktor tarafından eklem iltihabı veya herhangi bir eklem rahatsızlığı veya eklemlerle ilgili tanı koyuldu mu?	2,99	,122	4,77	,603

Çocuğunuza bir doktor tarafından omurga eğriliği veya skolyoz ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,99	,086	4,91	,423
Çocuğunuza bir doktor tarafından kemik, kırık, kıkırdak, kas veya tendonları etkileyen başka bir rahatsızlık ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,99	,086	4,80	,591
Çocuğunuza bir doktor tarafından duygusal, zihinsel ve ya davranışsal bir sorun ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,93	,351	4,86	,482
Çocuğunuza bir doktor tarafından öğrenme güçlüğü ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,99	,173	4,86	,461
Çocuğunuza bir doktor tarafından dikkat eksikliği bozukluğu ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,93	,305	4,80	,578
Çocuğunuza bir doktor tarafından kurşun zehirlenmesi ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,97	,243	4,94	,334
Çocuğunuza bir doktor tarafından saman nezlesi veya allerji ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,58	,729	4,70	,721
Çocuğunuza bir doktor tarafından başka ciddi bir hastalık veya rahatsızlık ile ilgili tanı koyuldu mu?	2,93	,329	4,69	,688
Çocuğunuzun dışında bugüne kadar kaç çürük oldu?	3,81	1,012	3,68	1,092
Son 12 ay içinde çocuğunuz ciddi bir kesik veya sıyrık yaralanmalarından birini yaşadı mı?	2,98	,148	4,78	,549
Son 12 ay içinde çocuğunuz ciddi bir burkulma veya bağ yırtılmasından birini yaşadı mı?	2,97	,171	4,77	,691
Son 12 ay içinde çocuğunuz kemik kırılması, eklemde çıkma veya burun kırığından birini yaşadı mı?	3,00	,000	4,64	,887
Son 12 ay içinde çocuğunuz ciddi bir baş yaralanması veya beyin sarsıntısından birini yaşadı mı?	2,99	,173	4,89	,423
Son 12 ay içinde çocuğunuz silahla ve ya bıçakla yaralanmalardan birini yaşadı mı?	3,00	,000	4,93	,319
Son 12 ay içinde çocuğunuz başka bir kişi veya bir hayvan tarafından ısırıldı mı?	2,97	,243	4,69	,873
Son 12 ay içinde çocuğunuz ciddi bir yanık yaşadı mı?	2,97	,243	4,91	,435
Son 12 ay içinde çocuğunuz başka bir tür yaralanma yaşadı mı?	2,99	,086	4,93	,313
Son 12 ay içinde kaç defa bir yetişkin kasıtlı olarak çocuğunuza fiziksel zarar verdi mi?	4,78	,896	4,92	,337

Hastalık formu değerlendirildiğinde, form içinde yer alan sorular farklı hastalık gruplarını işaret eder niteliktedir. Form ebeveynlerin çocuklarının hastalık öyküleri ve sağlık durumları ile ilgili olarak mevcut ya da olası hastalık bulgularını belirlemeye yöneliktir. Yüksek ortalamalar hastalık olasılığına yatkınlığını göstermektedir. Genel

olarak hasta çocukların ebeveynlerinin hastalık durumları ile ilgili yanıtları hasta çocuklarda kontrol grubuna göre daha yüksek orandadır. Fakat kontrol grubunda bazı hastalık bulgularındaki semptomların belirlenmesinde hasta grubunun farklılık gösterdiği görülmüştür. Bunun sağlıklı çocukların içinde bulunduğu olası hastalık durumunu belirlemek adına önem taşıdığı söylenebilir. Özellikle psikososyal açıdan sorunların belirlenmesinde ve akut hastalık olgularının tanımlanmasında önemli bir belirteç olduğu düşünülmüştür.

Tablo-4.6.3. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol ve Hasta Grubu Etki Alanları, Ortalamaları ve Standart Sapmaları

<i>Etki Alanı</i>	Hasta Grubu	Kontrol Grubu
	N: 235	N: 134
Rahatlık	3,80(,574)	4,27(,468)
<i>Fiziksel</i>	3,75(,582)	4,19(,603)
<i>Duygusal</i>	3,77(,784)	4,15(,647)
<i>Aktivite kısıtlılığı</i>	3,91(,823)	4,59(,601)
Başarı	3,92(,636)	4,07(,492)
<i>İş</i>	3,90(,627)	4,01(,524)
<i>Akademik</i>	3,93(,827)	4,13(,685)
Riskler	4,21(,579)	4,52(,438)
<i>Bireysel</i>	3,84(,881)	4,18(,715)
<i>Başarıyı Tehdit Eden</i>	4,43(,561)	4,73(,419)
Esneklik	4,08(,519)	4,35(,405)
<i>Fiziksel Aktivite</i>	4,30(,928)	4,80(,423)
<i>Aileye Dahil Olma</i>	3,95(,687)	4,08(,562)
Memnuniyet	4,01(,594)	4,14(,536)
<i>Sağlıkla İlgili</i>	3,83(,581)	4,06(,562)
<i>Özsaygı</i>	4,28(,820)	4,27(,703)
Hastalıklar		
<i>Akut Minör Hastalıklar</i>	4,42(,299)	3,84(,165)
<i>Akut Majör Hastalıklar</i>	4,85(,286)	3,75(,181)
<i>Tekrarlayan Hastalıklar</i>	4,71(,300)	3,70(,189)
<i>Uzun Dönem Tıbbi Hastalıklar</i>	4,85(,342)	2,98(,066)
<i>Uzun Dönem Cerrahi Hastalıklar</i>	4,90(,228)	2,37(,071)
<i>Psikososyal Hastalıklar</i>	4,80(,385)	2,71(,148)

Kontrol ve Hasta grubu çocukların CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Alt etki alanların ortalamaları değerlendirildiğinde kontrol grubunun alt etki alanları puan ortalamalarının hasta çocuklardan daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi değerlendirme ölçütleri arasında yer alan ilgili etki alanlarından alınan her yüksek puan olası sorunlarla başa çıkma konusunda yeterlilik düzeyine sahip olduklarının bir göstergesidir. Bu konuda ebeveynlerin çocukları için verdikleri yanıtlardan kontrol grubu ebeveynlerin çocukları için mevcut bir hastalığın olmayışından dolayı, çocuklarını hasta grubu ebeveynlerinin yanıtlarına göre daha baş edebilir düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Hasta Grubu ebeveynlerinin çocuklarının yaşamış oldukları bir hastalık süreci olduğu düşünüldüğünde puan farkının hasta grubu çocuklar adına anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir. Çocuklarının karşı karşıya kaldıkları olası riskler konusunda her iki grupta da yüksek oranda, bir tehditle karşı karşıya olduğu düşüncesi hakimdir. Kontrol grubu ebeveynlerinin bu konuda hasta grubu ebeveynlerinden daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo-4.6.4. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol ve Hasta Grubu Etki Alanları, Toplam Puanları ve Standart Sapmaları

Etki Alanı	Hasta Grubu	Kontrol Grubu
	N: 235	N: 134
Rahatlık	60,83(9,189)	68,47(7,501)
<i>Fiziksel</i>	22,54(3,492)	25,18(3,621)
<i>Duyusal</i>	22,65(4,707)	24,91(3,887)
<i>Aktivite kısıtlılığı</i>	15,66(3,293)	18,36(2,407)
Başarı	35,28(5,725)	36,70(4,436)
<i>İş</i>	15,62(2,508)	16,05(2,096)
<i>Akademik</i>	19,66(4,138)	20,65(3,429)
Riskler	33,70(4,637)	36,23(3,505)
<i>Bireysel</i>	11,54(2,645)	12,56(2,146)
<i>Başarıyı Tehdit Eden</i>	22,15(2,805)	23,67(2,098)
Esneklik	32,69(4,157)	34,83(3,242)
<i>Fiziksel Aktivite</i>	12,90(2,784)	14,41(1,270)
<i>Aileye Dahil Olma</i>	19,78(3,435)	20,41(2,813)
Memnuniyet	40,14(5,942)	41,48(5,363)
<i>Sağlıkla İlgili</i>	23,01(3,488)	24,40(3,377)
<i>Özsaygı</i>	17,12(3,281)	17,08(2,813)

Hastalıklar		
<i>Akut Minör Hastalıklar</i>	44,27(2,990)	38,44(1,651)
<i>Akut Majör Hastalıklar</i>	24,29(1,430)	18,76(0,908)
<i>Tekrarlayan hastalıklar</i>	51,88(3,306)	40,76(2,080)
<i>Uzun dönem tıbbi hastalıklar</i>	29,10(2,054)	17,91(0,396)
<i>Uzun dönem cerrahi hastalıklar</i>	24,50(1,144)	11,87(0,355)
<i>Psikososyal hastalıklar</i>	19,22(1,540)	10,85(0,594)

Kontrol ve hasta grubu çocukların CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Alt etki alanların ortalamaları değerlendirildiğinde kontrol grubunun alt etki alanları puan ortalamalarının hasta çocuklardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalık süreci düşünüldüğünde puan farkının hasta grubu çocuklar adına anlamlı olduğu düşünülmektedir.

CHIP-CE 76 Ebeveyn Formunda etki alanları ölçek toplam puanları ve almaları gereken en yüksek skor şöyledir; Rahatsızlık Etki Alanı; belirli bir duygusal ve fiziksel hislerine yönelik müdahaleleri içerir, toplam 80 en yüksek skordur, yüksek skor daha az rahatsızlığı gösterir. Esneklik Hastalık ya da zarar sonrası bireysel korunmaya yönelik davranışları içerir. Toplam 40 en yüksek skordur, yüksek skor daha çok esnekliği gösterir. Başarı toplam 45 en yüksek skordur, yüksek skor daha çok başarıyı gösterir. Riskler, Hastalık ya da yararlanma olasılığını yükseltebilecek bilinen davranışları içerir, toplam 40 en yüksek skordur, yüksek skor daha az riskleri gösterir. Memnuniyet, algılanan sağlık ve refah düzeyini gösterir, toplam 50 en yüksek skordur, yüksek skor daha fazla memnuniyeti gösterir.

CHIP-CE 76 Ebeveyn Formunun alt etki alanlarından aldıkları toplam puan değerlendirildiğinde, genel olarak hem hasta hem de kontrol grubunun tüm etki alanlarından aldıkları puanların ölçek toplam puanlarının altında bir düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hasta grubu çocukların Rahatsızlık etki alanı skorunun kontrol grubundan çok daha düşük olduğu saptanmıştır. Hasta grubu çocukların risk oranı kontrol grubundan daha yüksektir. Kontrol grubunun kendilerini olası risklere karşı koruma düzeyleri daha yüksektir. Hasta grubunun Başarı etki alanından aldıkları puanların ölçek toplam puanının altında olduğu, kontrol grubunun hasta grubundan daha

yüksek düzeyde puan aldıkları belirlenmiştir. Hastalık olgusu çocukların akademik yönden olumsuz yönde etkilediği görüşündedir.

CHIP-CE 76 Ebeveyn Formunda etki alanları ölçek toplam puanları ve almaları gereken en yüksek skor şöyledir; Akut Minör Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 50 en yüksek skordur, Akut Majör Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 25 en yüksek skordur. Tekrarlayan Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 55 en yüksek skordur. Uzun Dönem Tıbbi Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 30 en yüksek skordur. Uzun Dönem Cerrahi Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 25 en yüksek skordur. Psikososyal Hastalıklar Alt Etki Alanı; toplam 20 en yüksek skordur.

Ölçeğin Hastalıklar Modülünün tüm alt etki alanlarında kontrol grubunun ebeveynlerinin vermiş olduğu yanıtlar hasta grubundan daha düşük düzeyde belirlenmiştir.

Hasta grubu ve kontrol grubu ebeveynlerinin çocuklarının yaşam kalitesi kriterlerine verdikleri yanıtları toplam puanlar bazında değerlendirildiğinde iki grup arasında farklılık olduğu görülmektedir. Toplam puan değerlendirmelerine göre, hasta grubu ebeveynlerin içinde buldukları hastalık olgusunun yarattığı olumsuzları gözlemlemekte ve çocuklarının bunlarla baş etme konusu da kontrol grubuna göre daha alt seviyede olduğunu düşünmektedir.

4.7. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formunun Hasta ve Kontrol Grubunda Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

Karşılaştırmalar yapılırken ikiden fazla grubun oluşması nedeniyle Kruskal Wallis Varyans analizinden yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır, Normal dağılım göstermeyen etki alanları için Kruskal Wallis One Way Varyans analizi kullanılmıştır, hangi grupların farklı olduğunun belirlenmesinde Tukey tekniği kullanılmıştır. Sonuçlar her

bir faktör için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Sonuçlar her bir faktör için ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubu çocukların devam ettikleri sınıf ve etki alanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine yönelik bilgiler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo-4.7.1. 6–11 Yaş Hasta Grubu CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu için Kolmogorov-Smirnov Testi

	Memnuniyet	Rahatsızlık	Esneklik	Riskler	Başarı	Sağlıkla ilgili Memnuniyet	Ösaygı	Fiziksel R.	Duyusal R.	Aktivitelerin Kısıtlılığı	Fiziksel Aktivite	Bireysel Risk	Ev güvenliği	Aile	Başarıyı Tehdit eden R.	Akademik Başarı	İş Başarısı
Kolmogorov-Smirnov Z	1,329	,804	1,561	1,639	1,156	1,538	2,918	1,401	1,172	1,938	3,841	1,859	5,441	1,774	2,625	1,732	1,388
χ^2	0,059	0,537	0,015	0,009	0,139	0,018	0,000	0,040	0,128	0,001	0,000	0,002	0,000	0,004	0,000	0,005	0,043

$p < 0,005$ için Kruskal Wallis Varyans Analizi, $p > 0,005$ için One-Anova Varyans Analizi yapılmıştır. Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucunda hiçbir etki alanı için anlamlı istatistiksel sonuca ulaşılmamıştır. One-Anova Varyans Analizi için anlamlı olan etki alanları ile ilgili değerlendirme sonuçları aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo-4.7.2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubu Etki Alanları Açısından Tanı Aldıkları Zaman Dilimi Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Değişkenler	Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Rahatsızlık	Gruplar Arası	5,458	7	,780	2,441	0,020*
	Gruplar İçi	63,873	200	,319		
	Toplam	69,331	207			

* $p < 0,05$

Tablo–4.7.2. incelendiğinde Hasta grubu ebeveynlerinin çocukların tanı almış oldukları zaman dilimiyle yaşam kalitesi Rahatsızlık etki alanından almış oldukları ortalama puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo–4.7.2.1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubunun Tanı Aldıkları Zaman Diliminin Rahatsızlık Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Karşılaştırılan Guruplar	Farklılığın Yüksek Oranda Olduğu Grup	Farkların Ortalamalar	Standart Hata	p
1-7 gün / 8-14 gün	1-7 gün	,31987*	,15660	0,042*
1-7 gün / 1-3ay	1-7 gün	,30982*	,12637	0,015*
1-7 gün / 7 yıl ve ↑	1-7 gün	,35446*	,14061	0,012*
8-14gün / 1-3yıl	1-3 yıl	-,35496*	,16402	0,032*
15-21gün / 7 yıl ve ↑	15-21gün	,47817*	,22515	0,035*
1-3yıl/8-14gün	1-3yıl	,35496*	,16402	0,032*
1-3yıl/1-3ay	1-3yıl	,34491*	,13546	0,012*
1-3yıl /7 yıl ve ↑	1-3yıl	,38956*	,14883	0,010*

*p<0,05

Tablo–4.7.2.1. incelendiğinde Hasta grubu çocukların Tanı alma zaman dilimi ile yaşam kalite ölçeği Rahatsızlık etki alanından almış oldukları ortalama puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. (p<0,05)

Bu farklılığın 1–7 gün ve 1–3 yıl önce tanı alan çocuklar lehine olduğu gözlenmektedir. 1–7 gün ve 1–3 yıl önce tanı alan çocukların Rahatsızlık etki alanı puanlarının daha uzun süre önce tanı alan çocukların Rahatsızlık etki alanı puanlarından daha yüksek olduğu anlamlı olarak belirlenmiştir.

Hastaneye yatışın ve tanının belirlendiği ilk günler ile kronikleşen dönem olarak belirtebileceğimiz 1 yıl üzeri ve dönemlerde oluşan hastalık belirtilerinin çocuğun yaşamına olan yansımalarıyla baş etmesinin oldukça güç olduğu bilinmektedir. Bu iki ayrı dönem hem çocuk hem de aile için baş etmesi zor dönemlerdir. Yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkileyen en önemli faktörlerden biride birey üzerinde yarattığı, psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklardır.

Tablo-4.7.3. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubu Etki Alanları Açısından Hastaneye Yatma Sayıları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Değişkenler	Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Memnuniyet	Gruplar Arası	5,229	5	1,046	3,095	0,010*
	Gruplar İçi	77,394	229	,338		
	Toplam	82,624	234			

*p<0,05

Hasta Grubu ebeveynlerinin çocuklarının hastanede yatma sayıları ile çocuklarının algıladıkları Memnuniyet etki alanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo-4.7.3.1. 6-11 Yaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta Grubu Çocukların Hastanede Yatış Sayılarının Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Karşılaştırılan Guruplar	Farklılığın Yüksek Oranda Olduğu Grup	Farkların Ortalamalar	Standart Hata	p
1-2	1	,22345*	,10991	0,043*
1-4	4	-,60522*	,21068	0,004*
2-4	4	-,82868*	,22844	0,000*
3-4	4	-,77639*	,24703	0,002*

*p<0,05

Tablo-4.7.3.1. incelendiğinde Hasta grubu çocukların hastaneye yatış sayıları ile Memnuniyet etki alanından almış aldıkları ortalama puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. (p<0,05)

Bu farklılığın 1 kez ve 4 kez yatan çocuklar lehine olduğu gözlenmektedir. İlk hastaneye yatış ve bunun sıklık durumunun çocuk üzerinde memnuniyet algısı adına farklılık yarattığı söylenebilir.

Memnuniyet algısının Yaşam kalitesi değerlendirme kriterlerinde önemli bir belirteç olduğu düşünüldüğünde yatış süresiyle ilişkili farklılık göstermesi literatür

bilgisiyle doğrulanır niteliktedir. Hastanede ilk kez yatışlar ve bu sayının 4'ün üzerine çıkması çocuklarda memnuniyet algısı adına değişimlere ve bozulmalara neden olmaktadır. İlk kez hastaneye yatmak bilinmezliklere, aile ve sosyal ortamdaki ayrılmak, kaygı ve anksiyetenin artmasına, beraberinde hastalık belirtilerinin getirdiği fiziksel ve psikolojik yetersizlikler de memnuniyet algısını azaltmaktadır. Tıbbi müdahale ve tıbbi bakımla birlikte sürecin getirdiği sıkıntılarla baş etmek hastanede yatış süresi arttıkça zorlaşmaktadır.

Tablo-4.7.4. 6–11 Yaş Kontrol Grubu CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu için Kolmogorov-Smirnov Z Testi

	Memnuniyet	Sağlıklı Memnuniyet	Özsaygı	Rahatsızlık	Fiziksel R.	Duyusal R.	Aktivite Kısıtlılığı	Esneklik	Fiziksel Aktivite	Aileye Dahil Olma	Riskler	Bireysel Risk	Başarı Tehdit Eden Riskler	Başarı	İş Başarı	Akademik Başarı
Kolmogorov-Smirnov Z	1,451	1,659	1,742	,849	1,461	1,584	3,687	1,270	5,068	1,207	1,640	1,708	3,139	1,149	1,491	1,371
p	0,030	0,008	0,005	0,467	0,028	0,013	0,000	0,079	0,000	0,109	0,009	0,006	0,000	0,143	0,023	0,047

$p < 0,005$ için Kruskal Wallis Varyans Analizi, $p > 0,005$ için One-Anova Varyans Analizi yapılmıştır. Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucunda hiçbir etki alanı için anlamlı istatistiksel sonuca ulaşılmamıştır. One-Anova Varyans Analizi için anlamlı olan etki alanları ile ilgili değerlendirme sonuçları aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo-4.7.5. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Etki Alanları Açısından Baba Ebeveyninin Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Değişkenler	Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Memnuniyet	Gruplar Arası	4,505	3	1,502	5,829	0,001*
	Gruplar İçi	33,489	130	,258		
	Toplam	37,994	133			

* $p < 0,05$

Kontrol Grubu baba ebeveyninin eğitim durumları ile çocuklarının algıladıkları memnuniyet etki alanı puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo-4.7.5.1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Baba Ebeveyn Eğitim Durumları ile Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Karşılaştırılan Guruplar	Farklılığın Yüksek Oranda Olduğu Grup	Farkların Ortalamalar	Standart Hata	p
Ortaokul ve altı / Lise	Lise	-1,09545*	,37485	0,021*
Ortaokul ve altı / Fakülte	Fakülte	-1,24861*	,36385	0,004*
Ortaokul ve altı / Lisans üstü	Lisanüstü	-1,40000*	,36822	0,001*

*p<0,05

Tablo-4.7.5.1. incelendiğinde Kontrol grubu Baba ebeveynin eğitim durumu ile Memnuniyet etki alanından almış oldukları ortalama puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. (p<0,05)

Bu farklılığın Lise üzerindeki eğitim seviyesine sahip ebeveynler lehine olduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi daha yüksek olan ebeveyn grubu çocuklarının algıladıkları yaşam kalitesi memnuniyet düzeyi daha yüksek değerlendirmişlerdir. Kontrol grubunun özel bir okuldan oluşturulmuş oluşunun bu farklılıkta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Tablo-4.7.6. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Etki Alanları Açısından Anne Ebeveyninin Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Değişkenler	Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Memnuniyet	Gruplar Arası	4,567	3	1,522	5,920	0,001*
	Gruplar İçi	33,427	130	,257		
	Toplam	37,994	133			

*p<0,05

Kontrol Grubu anne ebeveyninin eğitim durumları ile çocuklarının algıladıkları memnuniyet etki alanı puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo-4.7.6.1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Kontrol Grubu Anne Ebeveyn Eğitim Durumları ile Memnuniyet Etki Alanı Açısından Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Karşılaştırılan Guruplar	Farklılığın Yüksek Oranda Olduğu Grup	Farkların Ortalamaları	Standart Hata	p
Ortaokul ve altı-Lise	Lise	-,64048*	,23473	0,036*
Ortaokul ve altı-Fakülte	Fakülte	-,57814*	,21493	0,040*
Ortaokul ve altı-lisans üstü	Lisanüstü	-,88667*	,22677	0,001*
Fakülte-Lisans üstü	Lisanüstü	-,30853*	,10914	0,028*
Ortaokul ve altı-Lisans üstü	Ortaokul ve altı	,88667*	,22677	0,001*

*p<0,05

Tablo-4.7.6.1. incelendiğinde Kontrol grubu Anne ebeveynin eğitim durumu ile Memnuniyet etki alanından almış oldukları ortalama puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. (p<0,05)

Bu farklılığın Lise üzerindeki eğitim seviyesine sahip ebeveynler lehine olduğu gözlenmektedir. Eğitim seviyesi daha yüksek olan ebeveyn grubu çocuklarının algıladıkları yaşam kalitesi memnuniyet düzeyini daha yüksek değerlendirmişlerdir. Kontrol grubunun özel bir okuldan oluşturulmuş oluşunun bu farklılıkta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Tablo-4.7.7. Ebeveynler Tarafından Yanıtlanan Çocuğun Sağlığı ile İlgili Diğer Parametreler

Çocuğun Sağlığı İle İlgili Diğer Parametreler		Kontrol Grubu (n:134)		Hasta Grubu (n:235)	
		Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Çocuğunuza en son ne zaman check-up yapıldı?	Son 1 yıl içinde	60	44,8	52	22,1
	1 yıldan daha fazla, fakat 2 yıl içinde	19	14,2	17	7,2
	2 yıldan daha fazla, fakat 3 yıl içinde	11	8,2	8	3,4
	4 yıldan daha fazla	9	6,7	2	,9
	Hiç	35	26,1	12	5,1
Son üç ay içinde çocuğunuz kaç defa bir sağlık sorunu nedeniyle veya check-up için doktor veya hemşireye gitti?	Hiç	89	66,4	2	,9
	1 kez	38	28,4	109	46,4
	2 kez	3	2,2	41	17,4
	3 kez	2	1,5	21	8,9
	4 - 6 kez	1	,7	6	2,6
	6 dan daha çok	1	,7	15	6,4
Çocuğunuz en son ne zaman dış hekimine gitti?	Son 1 yıl içinde	90	67,2	98	41,7
	1 yıldan daha fazla, fakat 2 yıl içinde	22	16,4	37	15,7
	2 yıldan daha fazla, fakat 3 yıl içinde	5	3,7	11	4,7
	4 yıldan daha fazla	4	3,0	1	,4
	Hiç	1	,7	3	1,3
Son üç ay içinde çocuğunuz herhangi ciddi bir kişisel duygusal davranışsal ve ya ruhsal sorun için yardım gereksinim duydu mu?	Son 1 yıl içinde	4	3,0	17	7,2
	1 yıldan daha fazla, fakat 2 yıl içinde	6	4,5	10	4,3
	2 yıldan daha fazla, fakat 3 yıl içinde	6	4,5	3	1,3
	4 yıldan daha fazla	118	88,1	188	80,0
Geçtiğimiz yıl çocuğunuz kaç defa kişisel, duygusal veya davranışsal sorunlar konusunda bir profesyonelden yardım aldı?	Hiç	120	89,6	17	7,2
	1 kez	9	6,7	9	3,8
	2 -3 kez	4	3,0	2	,9
	5 ten fazla	1	,7	187	79,6

Kontrol grubu ebeveynlerinin hasta grubu ebeveynlere göre çocuklarının sağlık kontrollerini yaptırma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun %44,8'i (60) son bir yıl içinde çocuklarına check-up yaptırırken, hasta grubu ebeveynlerinde bu oran %22,1'de (52) kalmıştır. Hasta grubu ebeveynlerinin %79,6'sı (187) çocuklarının son bir yıl içinde kişisel, duygusal veya davranışsal sorunlar nedeniyle 5'ten daha fazla bir profesyonellerinden yardım aldığını ifade etmişlerdir. Hasta grubu ebeveynlerinin %80,1'i (188), kontrol grubu ebeveynlerinin %88,1'nin (118) çocuklarının son üç ay içinde ciddi bir kişisel, duygusal, davranışsal veya ruhsal sorun için yardıma gereksinim duyduğunu ifade etmişlerdir. Hasta grubu ebeveynlerinin %41,7'si (98), kontrol grubu ebeveynlerinin %67,2'si (90) çocuklarını son bir yıl içinde bir dış hekime götürdüğünü belirtmişlerdir.

Tablo-4.7.7. incelendiğinde hasta grubu ebeveynlerinin %79,6'sı hastalık nedeniyle çocuklarına psikolojik yardım sağlarken Kontrol grubunda ters orantılı olarak ebeveynlerin %89,6'sı hiç böyle bir desteğe ihtiyaç duymamıştır. Hastalık sürecinin çocuk üzerinde yaratmış olduğu etki ve destek ihtiyacı bu bulgu ile vurgulanmaktadır.

4.8. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP CE-Ebeveyn 76 Formunun Etki Alanlarının Hastalık Etki Alanlarına Göre Değerlendirilmesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE-Ebeveyn 76 Formunun Hasta grubundaki etki alanlarının hastalık etki alanlarına göre karşılaştırılması Kruskal Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmiş anlamlı sonuçlar aşağıda verilmiştir. Ölçeğin Akut minör hastalıkların rahatsızlık ve Esneklik etki alanında $\chi^2 = 12,209$, $p=0,007$ ($p<0,05$) ; $\chi^2 = 10,644$, $p=0,014$ ($p<0,05$) değerleri, Akut Majör hastalıkların rahatsızlık ve Riskler etki alanında $\chi^2 = 6,290$, $p=0,043$ ($p<0,05$) ; $\chi^2 = 8,146$, $p=0,017$ ($p<0,05$) değerleri, Tekrarlayan hastalıkların rahatsızlık etki alanında $\chi^2 = 9,339$ $p=0,009$ ($p<0,05$) değerleri, Uzun Dönem Tıbbi hastalıkların rahatsızlık etki alanında $\chi^2 = 8,920$, $p=0,030$ ($p<0,05$) değerleri, Uzun Dönem Cerrahi hastalıkların Memnuniyet, Esneklik ve Riskler etki alanında $\chi^2 = 9,435$, $p=0,009$ ($p<0,05$) ; $\chi^2 = 6,399$, $p=0,041$ ($p<0,05$) ; $\chi^2 = 7,262$,

p=0,026 (p<0,05) değerleri, Psikososyal hastalıkların Memnuniyet, Rahatsızlık, Esneklik ve Başarı etki alanında $\chi^2 =7,237$, p027 (p<0,05) ; $\chi^2 =11,378$; p=0,003 (p<0,05) ; $\chi^2 =7,169$, p=0,028 (p<0,05) ; $\chi^2 =13,161$, p=0,001 (p<0,05) değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hastalık formu ebeveynlerin çocuklarının hastalık bulgu ve semptomlarını değerlendirerek hangi hastalık grubunda bir tehdit unsuru olduğunu belirlemesi adına önemli veriler ortaya koymaktadır. Hasta grubu ebeveynlerin hastalık formuna verdikleri yanıtların, çocuklarının algıladıkları yaşam kalitesi ölçütü etki alanları ile karşılaştırılmasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Farklılık, Akut seyirli hastalıklarda esneklik etki alanı lehinedir. Çocuklarının sağlık algısı ve davranışları konusunda göstermiş olduğu baş etme davranışlarının eksikliğini ortaya koymaktadır.

Akut dönem majör hastalıklar kategorisinde rahatsızlık ve riskler etki alanı anlamlı düzeyde farklılık ortaya koymuştur. Çocuğun yaşadığı fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar majör hastalıklarda artmaktadır. Ebeveynler çocuklarının karşılaşılabilecekleri risklere açık olduklarını ve çocuklarının bu davranışlarla baş etme konusunda yetersiz kaldıklarını düşünmektedirler.

Tekrarlayan ve uzun dönem tıbbi tedavi kategorilerinde rahatsızlık etki alanının farklılık gösterdiği görülmektedir. Kronik seyirli hastalıkların yer aldığı bu alanda hastalık ve tedavi sürecinin uzaması yaşanan fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkları arttırmaktadır.

Uzun Dönem Cerrahi hastalıklarda Memnuniyet, Esneklik ve Riskler etki alanında farklılık görülmüştür. Yapılan tıbbi müdahale ve hastanede kalış süresi arttıkça yaşam kalitesini etkileyen parametrede değişimler kaçınılmaz olmaktadır.

Psikososyal hastalıklarda ise Memnuniyet, Rahatlık, Esneklik ve Başarı etki alanlarında farklılık görülmektedir. Psikolojik sorunların yaşamın birçok alanına

olumsuz yansıması olmakta hastalık gruplarından farklı olarak eğitim alanında başarının düşmesine de neden olmaktadır.

Tüm bu bulgular farklı hastalık kategorilerinde çocuk ve ebeveynlerin desteklenmesi gereken noktaları açıkça ortaya koymaktadır.

5. TARTIŞMA

Sağlık bakım ekibi üyelerinin de, hastaların hastalık semptomlarını zamanında ve sistematik olarak değerlendirmeleri, uygun girişimleri planlayıp, uygulamaları; çocukların ve ailelerinin yaşam kalitelerini etkileyen saptanabilir ölçütleri değerlendirmeleri gerekmektedir. Hastalığa bağlı kısıtlamalara rağmen, hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlamak, günlük aktivitelerini sürdürmelerini desteklemek sağlık bakımında çok önemlidir. Doyum veren bir yaşam için, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde bireye önerilen tedaviye uyumun artırılmasına yönelik, sağlıkla ilgili yeteneklerini sonuna kadar kullanmasını sağlayacak davranış ve becerilerin de kazandırılması gerekmektedir (49).

Yaşam Kalitesi kavramı, hasta hakları hareketlerinin gelişiminin bir sonucu olarak sağlık hizmetlerinde temel bir nokta olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sektörü içinde yaşam kalitesi ölçümleri klinik, ekonomik ve siyasal kararlar için önemlidir (94).

Genel olarak yaşam kalitesi kavramı, geleneksel sağlık ve işlevsellik kavramlarının tamamlayıcısı olarak kabul edilmektedir. Çok yönlü sağlık değerlendirmesinde kişinin fiziksel sağlığının, fiziksel, sosyolojik ve psikolojik yönlerden fonksiyonelliğinin ve yaşam kalitesinin ölçümü yapılmalıdır (142). Hastalık ve tedavi sürecinin tüm aile bireyleri üzerindeki etkisini, dolayısıyla da sosyal çevrenin hasta üzerindeki etkilerini de göz önüne almak gerekmektedir (20).

Çocuklarda yaşam kalitesi çalışmalarında çocuğun yakınları, öğretmeni veya hastane personelinin değerlendirmesine de başvurulabilmektedir. Hatta çocuğun soruları yanıtlamayacak kadar hasta veya küçük olması durumunda bu değerlendirmeler esas alınmaktadır. Araştırmaların çoğunda ebeveynlerin gözüyle yaşam kalitesinin çocuğun algısında farklı olup olmadığı değerlendirilmektedir. Skorlar arasındaki uyumluluk yaş, cinsiyet veya hastalık durumu gibi faktörlerden etkilenmektedir. Ayrıca fiziksel işlevsellik gibi gözlenebilen davranışların değerlendirildiği alt ölçek puanlarında duygusal veya sosyal işlevsellik alanlarına göre daha yüksek puanlama sağlandığı

bildirilmektedir (117). Bu çalışmada da ebeveynlerin de değerlendirme yapmasına olanak sağlayan bir ölçek kullanılmış olup, ebeveyn ve çocuk değerlendirmeleri karşılaştırılmıştır.

Tartışma metninde; CHIP-CE, CHIP-CE 76 ve CHIP-AE formlarının kullanıldığı araştırma makaleleri dikkate alınmıştır.

5.1. 6–11 Yaş Grubu Çocukların Sosyodemografik Verilerinin Tartışılması

CHIP-CE Formu kullanılarak yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde genel olarak 5–12 yaş grubu çocuklarla çalışıldığı görülmüştür. Orijinal form 6–11 yaş grubunda çalışılmıştır. Farklı dillere yapılan çevirilerde (58,111) 5–12 yaş arası çocuklara ait araştırma bulguları yayınlanmıştır.

Riley AW. ve arkadaşlarının 2004 yılında 5–11 yaş grubu çocuklarla yaptığı çalışmada çocukların yaş ortalaması $8,53 \pm 1,57$; aynı yıl yaptığı başka bir çalışmada ise $8,49 \pm 1,60$ olarak bulunmuştur (106, 107).

Forrest CB. ve arkadaşlarının 2004 yılında Northern California bölgesinde, 6–11 yaş arası 199 çocukla yaptıkları araştırmada yaş ortalaması $8,57 \pm 1,68$ olarak belirlenmiştir. Aynı araştırma ekibinin Rhode Island'da 185 çocuk katılımcı ile yaptığı araştırmada da yaş ortalaması $8,52 \pm 1,70$ olarak gerçekleşmiştir (60).

San Juan AF. ve arkadaşlarının 2008 yılında Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) tedavisi gören 15 hasta ve 15 sağlıklı çocukla yaptığı çalışmada hasta çocukların yaş ortalaması $6,8 \pm 3,1$, sağlıklı çocukların yaş ortalaması ise $6,9 \pm 3,3$ olarak belirlenmiştir (113).

Dell'Agello G. ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada atomoksetin kullanan hasta grubunda yaş ortalaması $9,7\pm 2,2$; plasebo grubunda $10,0\pm 2,4$ olarak gerçekleşmiştir (35).

Martényi F. ve arkadaşlarının 6–17 yaş arası 1068 hasta çocuğa ulaşarak yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 8 (87) ; Escobar R. ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması 9,7 (57); Wehmeier PM. ve arkadaşlarının 2010 yılında 6–15 yaş grubu çocuklarla yaptığı çalışmada kızların yaş ortalaması 9,6; erkeklerin yaş ortalaması 9,7; Schacht ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmasında ise yaş ortalaması $9,7\pm 2,30$ olarak belirlenmiştir (120).

Wehmeier PM. ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada DEHB olan 136 kız ve 658 erkek hasta araştırmaya katılmış yaş ortalamaları ise sırayla 9,6 ve 9,7 yıl olarak bulunmuştur (141).

Orgilés M. ve arkadaşlarının 2012 yılında CHIP-CE İspanyol versiyonunu kullanarak 8–12 yaş arası 1708 çocukla yaptıkları çalışmada yaş ortalaması $9,43\pm 1,15$ olarak bulunmuştur (90).

Araştırmamıza katılan 6–11 yaş Hasta grubunun yaş ortalaması $8,93 \pm 1,63$ olarak, 6–11 yaş Kontrol grubunun yaş ortalaması $9,22 \pm 1,61$ olarak bulunmuştur.

Araştırma bulgularımız Riley AW., Forrest CB. ve Orgilés M'nin çalışma bulgularıyla uyumlu olarak değerlendirilirken (88, 107,108, 115), diğer çalışmalarla yaş ortalaması açısından benzer değerlendirilmemiştir (35,57, 87,113,120).

Forrest CB. ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılan çocukların kendileri, ebeveynleri ve sağlık uygulayıcıları açısından sağlık kullanımının, sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış çalışmada iki farklı bölgeden toplanan verilerde, 1. grubun %52,8'i, 2. grubun %55,1 kızdır (60).

Riley ve arkadaşlarının 1708 kişilik bir katılımcı ile yaptıkları çalışmada katılımcıların 822 (%48,2)'si erkek, 884 (%51,8)'ü kızdır.(107) Schacht ve arkadaşlarının çalışmasında ise çocukların çoğu 12 yaşından küçük, 611'i(%77,0) kız ve 658'i (%82,9) erkektir (120).

Berra S. ve arkadaşlarının 2006 yılında çocuk ve ergenlerin sağlık hizmetlerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada 5–14 yaş arası 836 çocuk ve ebeveyni çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılan çocukların 429(%51,3) erkek, 402(%48,7) kızdır (16).

San Juan AF. ve arkadaşları tarafından 2008 yılında, Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) tedavi gören çocuklarla yaptığı çalışmada 15 hasta ve 15 sağlıklı çocuğa ulaşılmış, hasta ve sağlıklı gruplarda çocukların 9'u erkek, 6'sı kızdır (113).

Martényi F. ve arkadaşlarının 2009 yılında 1068 DEHB belirtisi olan 6–17 yaş arası hasta çocukla yapılan çalışmada katılımcıları % 82,2 erkektir (87).

Sánchez-López M. ve arkadaşlarının 2009 yılında 11–13 yaş arası 1073 çocuk ile kesitsel olarak yaptıkları araştırmada, aktif ve hareketsiz öğrenciler arasındaki yaşam kalitesi farklılıkları değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılanların 536'sı (%49,9) erkektir, 537'si (%50,1) kızdır (116).

Wehmeier PM. ve arkadaşlarının 6–15 yaş arası 794 hasta çocuklar ile yaptığı araştırma evreni, 136 kız ve 658 erkekten oluşmaktadır. Plasebo-kontrollü grubu ise 327 erkek ve 60 kızdır (140).

8–12 yaş arası 15 okuldan 1708 ispanyol çocuğa ulaşılarak yapılan çalışmada, SCAS anksiyete skalası ile beraber CHIP-CE formu birlikte kullanılmıştır. Katılımcıların 865(%50,6) erkek, 843 (%49,4) kızdır (90).

Dell'Agnello G. ve arkadaşlarının 2009 yılında atomoksetin kullanan çocuk hastalarla yaptığı kontrollü çalışmada hasta grubunun 98 (%93,3) erkek, 7 (%6,7) kızdır; plasebo grubunda ise 29 (%90,6) erkek; 3 (%9,4) kızdır (35).

Çalışmamızda Hasta grubunun %53,6'sı (126) erkek, %46,6'sı (109) kız; Kontrol grubu %54,1'i (35) erkek, %45,9'u (56) kızdır. Araştırmamıza katılan çocukların cinsiyetleri itibariyle dağılımları incelendiğinde Sánchez-López M. ve Orgilés M'in araştırma bulguları ile benzer, Dell'Agnello G.'in araştırması ile farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir.

5.2. CHIP- CE Formunun Etki Alanları İle İlgili Bulguların Tartışılması

Tedavi kararlarında ve hastalık sürecinde hastanın katılımının sağlanması ve paternalistik yaklaşımın en aza indirgenmesinde SYK ölçekleri önemli işlevler görmektedir. Bu ölçeklerin kullanılması kişiye, çocuğa özgü bakımın planlanmasında da yol göstericidir. Ölçeklerin alt etki alanlarının değerlendirilmesi hastaya çok boyutlu yaklaşımları da beraberinde getirecektir.

Tablo- 5.2.1. 6–11 Yaş Kontrol Grubunun CHIP-CE Formunun etki alanları ve Cronbah's –Alfa Değerlerinin Literatür* Verileriyle Karşılaştırılması

	USA Versiyonu (n =1708) Riley 2004					Portekiz versiyonu (N:225) Manuel Alves Rodrigue s 2010	İspanya Versiyonu (N:971) Maria-Dolors Estarada 2012					Türkiye Versiyonu Kontrol Grubu (N: 194)	Türkiye Versiyonu Kontrol Grubu Cronbah's– Alfa	
	Cronbah's - Alfa	E	K	6–7 Yaş	8–11 Yaş		Cronbach's alpha	Cronbach's alpha	6-7Y	8-12Y	6-7Y			8-12Y
Memnuniyet	0,81	49,64(10,68)	50,34(9,32)	50,73(10,17)	49,31 (9,83)	0,83	0,79	53,3	50,2	53,5	47,5	17,13(2,730)	0,752	
Rahatsızlık	0,82	50,90 (9,62)	49,18(10,27)	47,90(11,76)	50,88 (9,03)	0,79	0,79	48,7	53,1	47,8	49,8	11,55(2,518)	0,614	
Esneklik	0,70	49,66(10,46)	50,31 (9,54)	49,70(10,48)	50,15 (9,78)	0,67	0,60	48,1	51,9	49,1	50,0	11,34(2,576)	0,551	
Riskler	0,82	46,38(11,38)	53,20 (7,26)	53,00 (7,75)	4,43(10,68)	0,71	0,73	51,7	47,9	55,0	51,2	12,47(2,104)	0,431	
Başarı	0,74	49,39(10,54)	50,55(9,45)	51,71(10,30)	49,31 (9,80)	0,77	0,67	51,5	50,3	52,1	48,3	17,10(2,638)	0,651	
Toplam Grup	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,804	
Uyum Ölçüleri	-	-	-	-	-	-	χ^2 :3.722	df:892.00	RMSEA:0,058				χ^2 :180.20 df:109 RMSEA:0,057	

* Bu tablo da USA, Portekiz ve İspanya Versiyonlarının ortalama değerleri verilmediği sadece toplam puanları ve Cronbah's –Alfa değerleri verilmiştir.

Çocuklara eğitmek ve öğretmek için kullanılan materyallerde kullanılan İllüstrasyonlar etkinliği çoğu zaman büyük önem kazanır. Çocuğun karakteri benimsemesi çoğu zaman kendiyle özdeşleştirmesi hem sorunları çözmek hem de eğitim amacıyla etkili olarak kullanılmaktadır. İllüstrasyonlar bazen sözcüklerin yerini tutarak bazen de yorumlama görevini yerine getirerek yapılacak işleri gösterebilir. Bu yolla ilgili metni yorumlayan çocukta da, yaratıcılıklarının ve görsel algılamalarının zihinsel gelişmeye olan katkısının devamında son derece yararlı gelişmeler olacaktır. İllüstrasyonlar sayesinde çocukların beyninde yarattıkları düşünceler, bilgilerle pekişerek öğrenmelerinde daha fazla anlama becerisi sağlamış olacaktır. Yapılan araştırmalar çocukların kendi yaş ve ilgi seviyelerine göre resimleri beğendiklerini ortaya koymuştur. Metni tamamlayıcı resimleme sayesinde; eğlendirici, eğitici, öğretici, illüstrasyonlar oluşturarak; pek çok yeni kavramın çocuklara tanıtılması mümkün olabilir (67).

Rebok G. ve arkadaşları 2001 yılında CHIP-CE formunun oluşturulması ve resimlenmesi için 5–11 yaş grubu çocukla üç basamaktan oluşan bir çalışma yapmışlardır. 1.aşamada sağlık algısıyla ilgili soruların oluşturulmasında çocukların dikkatini çekerek odaklanmalarının nasıl sağlanacağı belirlenmiş, bu amaçla illüstrasyon yöntemiyle karakterin belirlenmesi ve eylemlerin planlanması gerçekleştirilmiş 2.çalışma çocukların en kolay anlayabileceği formata nasıl dönüştürülür bunun üzerine çalışılmış 3.çalışma ise likert tipi soru formatında aralıkların ne şekilde en doğru ifade edebileceği ve puanlamanın nasıl yapılacağı değerlendirilmiştir. Bu amaçla 114 çocuktan yararlanılmış. Elde edilen formun geliştirilmek üzere 6–11 yaş grubu çocuklarda rahatlıkla kullanılabilmesi belirtilmiştir. (102)

CHIP-CE Formunu birçok çocuk yaşam kalitesi değerlendirme ölçeklerinden ayıran özellikle resimli anlatımı ve durum karşında kendini ifade biçimi yine görsel algısı ile değerlendirebilecek nitelikte dairesel ölçütlerle ortaya koyabilme fırsatını veriyor olmasıdır.

Starfield B. ve arkadaşlarının 2002’de yaptığı ve orjinal formu geliştirdikleri çalışmada 6–11 yaş grubu 673 çocukla çalışılmış, ait olunan sosyal sınıfın çocuklar üzerindeki yaşam kalitesine etkisini değerlendirilmiştir. Sosyal sınıf farklılığının

memnuniyet etki alanına etkisi diğer etki alanlarından daha yüksek oranda farklılık göstermiş, yüksek düzeyde değerlendirilebilecek sosyal sınıflarda daha iyi sağlık algısının olduğu belirlenmiş, riskler etki alanının ikinci sırada yüksek skorlandığı görülmüştür. Üst sosyal sınıftan çocukların daha alt sosyal sınıftan çocuklara göre daha iyi sağlık profilleri olduğunu söylemek mümkün olmamıştır. Çalışmada CHIP-CE formunun etki alan ortalamaları ve güvenilirlik analizleri yer almamaktadır (130).

Riley AW. ve arkadaşları tarafından 2001 ve 2002' yılında geliştirilen orijinal form için yaptıkları geçerlilik güvenilirlik çalışması; 6–11 yaş arası 1708 sağlıklı çocukla tamamlanmıştır. Yapılan faktör analizi ile oluşturulan etki alanlarının daha önceki çalışmalarla uyumlu olduğu belirlenmiştir. Hastalığa bağlı olarak riskler ve esneklik alanlarında düşüşe dikkat çekilirken, sosyoekonomik durumun algılanan yaşam kalitesini de etkilediği belirtilmektedir. Ölçek ile ilgili puan ortalamaları ve güvenilirlik ölçümleri Tablo–5.2.1.verilmiştir (107). Bulgular çalışmamızla karşılaştırıldığında rakamsal olarak farklılıklar gözlenmektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında yapılan kültürel uyarlama ve doğrulayıcı faktör analizi sonrası, çoğunluğu riskler etki alanı olmak üzere bir grup soru çıkartılmıştır. Bundan dolayı hem Cronbah's –Alfa hem de toplam puanlar birbirinden farklılık göstermektedir.

2002–2003 yılları arasında 6–12 yaş grubu sağlıklı çocukla yapılan çalışmada CHIP-CE formunun İspanya versiyonu kullanılmıştır. 979 kişiye ulaşılarak yapılan çalışmada etki alanları toplam puan ve Cronhbah's Alfa değerleri ve Tablo–5.2.1 verilmiştir. DFA analizi yapılarak geçerlilik çalışması uygulanan İspanya versiyonun istatistiksel parametreleri Tablo–5.2.1.'de görüldüğü gibi CHIP-CE Formu Türkiye versiyonuyla uyumlu değerlendirilmiştir (58).

Tablo- 5.2.2. 6–11 Yaş Hasta Grubunun CHIP-CE Formunun etki alanları ve Cronbah’s –Alfa Değerlerinin Literatür Verileriyle Karşılaştırılması

	Forrest CB. 2004 N: 384	USA Versiyonu (N=1,477) Riley 2006 Hiperaktiviteli Çocuklar			PM. Wehmeier 2010 N:794 Hiperaktiviteli Çocuklar		Schacht 2011 DEHB 6–15 Yaş N:794	Türkiye Versiyonu Hasta Grubu (N:235)	Türkiye Versiyonu Hasta Grubu (N:235)	Türkiye Versiyonu Hasta Grubu Cronbah’s -Alfa
		Cronbach’s alpha	E	K	Çocuk (N = 611)	Adölasan (N = 183)				
Memnuniyet	4,31	>0,70	32,9(14,3)	31,6(15,0)	34,9(13.88)	32,9 (14,49)	34,4	21,26(3,541)	4,25	0,791
Rahatsızlık	4,10		42,7(10,6)	40,8(10,4)	43,3 (10.75)	44,7 (11,00)	43,7	14,94(3,175)	3,73	0,688
Esneklik	3,61		35,9(12,2)	36,7(12,5)	36,5 (11.91)	34,5 (12,33)	36,0	15,97(3,043)	3,99	0,691
Riskler	3,77		29,3(13,5)	32,8(13,5)	30,6 (14.75)	29,0 (14,18)	35,7	12,11(2,503)	4,03	0,535
Başarı	3,96		30,4(10,8)	30,0(10,0)	31,0 (10.26)	28,9 (10,71)	30,5	15,28(3,592)	3,05	0,768
Toplam Grup	-		-	-	-	-	-	-	-	-

CHIP-CE formu kullanılarak hasta çocuklarla yapılan çalışmalar ile ilgili bulgular Tablo- 5.1.2.2. verilmiştir. Bu bulgular değerlendirildiğinde, orijinal form kullanılarak yapılan ilk çalışma Forrest CB. ve arkadaşları tarafından 2004 yılında gerçekleştirilmiştir (60). Bu araştırma çocukların kendilerinin, ebeveynlerinin ve sağlık uygulayıcılarının sağlık kullanımının ve sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış, 12 ay boyunca takip edilen hastalarla tamamlanmıştır. Rhode Island The Medicaid bakım programı ve Northern California sağlık bakım organizasyonunda 2 yıl süreyle, kayıtlı ve takip edilen çocukların ebeveynlerinden toplam 384 anne (Northern California bölgesinde 199, Rhode Island bölgesinde 185) 6–11 yaş grubu çocuk çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çocuk ve ebeveyn raporları arasında uyumsuzluk belirlenirken, çocuk ve ebeveynlerin memnuniyet ve rahatsızlık etki alan ortalamalarını düşük olduğu belirlenmiştir (60). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında yapılan kültürel uyarlama ve doğrulayıcı faktör analizi sonrası, çoğunluğu riskler etki alanı olmak üzere bir grup soru çıkartılmıştır. Bundan dolayı hem Cronbah's -Alfa hem de toplam puanlar birbirinden farklılık göstermektedir. Forrest ve arkadaşlarının çalışmasıyla araştırmamız karşılaştırıldığında ortalamaların birbirinden farklılık gösterdiği görülmektedir. Esneklik ve Riskler etki alan puan ortamları çalışmamızda yüksek iken Memnuniyet, Başarı ve Rahatsızlık etki alanları daha düşük olarak gözlenmiştir. Bu farklılığın en büyük nedeni kültürel yapılanmadaki değişiklikler ve hasta popülasyonunun hizmet aldığı kurumlardaki farklı yaklaşımlardır.

Riley AW ve arkadaşlarının 2006 yılında, Hiperaktivitesi olan çocuklarda CHIP-CE formu kullanılarak yaptıkları değerlendirmede 6–18 yaş arası 1500 çocuk ve ebeveyne ulaşılmış, CHIP-CE formu için hem geçerlilik güvenilirlik hemde ölçek puan değerlendirilmesi yapılmıştır. Etki alanları puan ortalamalarında özellikle Riskten Kaçınma ve Başarı için, toplum normlarında daha düşük oranda belirlenmiştir (110). Çalışmanın genel güvenilirlik ölçümü Cronbah's -Alfa değeri >0.70 üzerinde olduğu riskler etki alanı hariç diğer etki alanları için çalışmamızla uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Schacht A. ve arkadaşlarının 6–15 yaş arası çocuklarda CHIP-CE formu kullanılarak yaptıkları analizler sonucunda etki ve alt etki alanlarının orjinal form ile benzer özellikler gösterdiği ortaya konulmuştur. Özellikle psikometrik ölçümlerde hiperativite tanısı olan çocukların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde CHIP-CE formunun bu yaş grubunda etkili biçimde kullanılabileceği de belirlenmiştir. Çalışmada etki ve alt etki alanları toplam puanları Tablo- 5.2.2.'de belirtildiği gibi gerçekleşmiştir. Güvenirlilik çalışması yapılmamıştır (120).

Wehmeier PM, ve arkadaşlarının 2010 yılında DEHB'da Atomoksetin tedavisinin yaş üzerine etkisini araştırmak ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sonuçlarını değerlendirmek amacıyla planladıkları çalışmaya 794 kişi (611 çocuk, 183 ergen) dahil edilmiş DEHB Değerlendirme Ölçeği ve CHIP-CE formu kullanılmıştır. Başlangıçta, ergen grubunun Aile Katılımı, Memnuniyet ve Akademik Performans etki alanları çocuklara kıyasla ($p < 0.05$) anlamlı olarak daha fazla bozulma gösterirken. Atomoksetin tedavi etkisi Riskler etki alanı için her iki yaş grubunda anlamlı olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir (140).

Escobar R. ve arkadaşlarının 2010 yılında CHIP-CE formunu kullanarak yaptıkları yaşam kalitesi ölçüm çalışmasında CHIP-CE'nin DEHB'li çocukların yaşam kalitesini değerlendirmek konusunda etkin bir ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır (57).

Wehmeier PM. ve arkadaşlarının 2012 yılında DEHB'nin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde önemli bir bozulmaya neden olduğu hipotezinden yola çıkarak yaptıkları çalışmada 894 kişilik bir örnekleme ulaşılmıştır. Hastaların alt etki alanlarında küçük farklılıklar olsa da başlangıçta bozulma olduğu görülmüştür. Atomoksetinin tedavi etkisi Riskler etki alanı ve alt etki alanları için her iki grupta da anlamlı olarak farklılık ortaya koymuştur (141).

Çalışma grubumuzda DEHB'li çocuk hastalar yer almamıştır. Buna rağmen yapılan diğer çalışmalardan da yola çıkarak, Türkiye versiyon çalışmamızın ölçek

geçerliliğinin yüksek olmasından dolayı bu tür hastalıkların tedavi etkinliğini değerlendirme de önemli bir özelliği olacağını söyleyebiliriz.

Ölüme tanıklık eden 167 dördüncü sınıf öğrencisinin, travmaya bağlı psikolojik belirtiler ve psikiyatrik tanılarının araştırıldığı yaşam kalitesi üzerine uzunvadede etkilerinin de belirlenmeye çalışıldığı CHIP-CE ve CHIP-CE Ebeveyn formu kullanılarak yapılan çalışmada kazadan sonra 2.günde, 2.ayda, 6.ayda ve 30.ayda bir değerlendirme yapılmıştır. Çalışma, travma ile ilişkili belirtiler ve tek bir travmaya maruz kalan çocuklarda tanı değişikliklerinin uzun vadeli seyrine ilişkin yeni deliller ortaya koymuştur. Depresif belirtilerin dikkatle değerlendirilmesi ve doğru yönetilmesiyle ebeveyn stresi azaltabildiği gibi çocukların yaşam kalitesinin de arttırabileceği sonucuna varılmıştır (126).

Çalışmamızda; CHIP-CE Formunun etki alanları açısından ortalamalar yönünden değerlendirilmesi yapıldığında hasta ve kontrol grubu arasında gözle görülür farklar olduğu gözlenmektedir. Esneklik etki alanı hariç tüm etki alanlarında kontrol grubunun puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Esneklik etki alanının hasta grubunda farklı oluşu, yaşanan hastalık deneyimlerinin yaşam biçimlerinde yarattığı değişikliğe gösterdikleri uyumdan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. İki grup istatistiksel olarak değerlendirildiğinde de anlamlı farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Hastalık olgusu tüm bireylerde olduğu gibi çocuklarda da olumsuz etkiler yaratabilmektedir.

Bu çalışmaların dışında Döpfner M. ve arkadaşlarının 2006 yılında DEHB'nda (41) ; Prasad S. ve arkadaşlarının 2007'de Klinisyen / ebeveyn / çocuk görüşü doğrultusunda İngiltere'de pediatrik hastalarda DEHB algılarını araştırmak için (98); Dell'Agnello G. ve arkadaşlarının DEHB ve KGB' li hastaların ebeveyn desteği ile birlikte daha önceki psikolojik müdahalelerde yanıtız olan pediatrik hastalarda DEHB ve KGB semptomlarını iyileştirmede atomoksetin etkililiğini değerlendirmek amacıyla (74); Martényi F. ve arkadaşlarının 2009 yılında 12 aylık, prospektif ve gözlemsel nitelikli çalışmada doğu Asya ve Orta ve Doğu Avrupa'dan gelen DEHB belirtileri olan

6–17 yaş arası çocukların tanı, komorbidite, tedavi kalıpları ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği (87); Svanborg P. ve arkadaşlarının 2009 yılında 10 haftalık süren bir çalışmada DEHB olan İsveçli çocuk ve ergenlerde atomoksetin kullanımının yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği (132); Piqueras JA. ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada 8–12 yaş grubu çocukların beden kitle indekslerine göre kilo kategorileri ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği (977) çalışmalarda CHIP-CE formunu kullanmışlardır.

Literatür açısından çalışmamız bulguları karşılaştırıldığında hem hasta hem de sağlıklı gruplarla yapılan değerlendirmelerde, farklılıkların ve uyumlu yönlerinin olduğu gözlenmektedir. Hasta grupları ile yapılan çalışmalarda etki alan ortalamalarının düştüğü (60,120,140,110), sağlıklı gruplarda ise daha yüksek (58,111,107) olduğu görülmektedir.

5.3. CHIP-CE 76 Ebeveyn Formunun Etki ve Alt Etki Alanları İle İlgili Bulguların Tartışılması

Yaşam Kalitesi yaklaşımı klinik değerlendirmelerle birlikte ele alınmalıdır (142). Skorlar arasındaki uyumluluk yaş, cinsiyet veya hastalık durumu gibi faktörlerden etkilenmektedir. Ayrıca fiziksel işlevsellik gibi gözlenebilen davranışların değerlendirildiği alt ölçek puanlarında duygusal veya sosyal işlevsellik alanlarına göre daha yüksek uyum sağlandığı bildirilmektedir (46).

Çalışmamızda ebeveynlerin de değerlendirme yapmasına olanak sağlayan CHIP-CE–76 Ebeveyn formu kullanılmış, ebeveynlerin verileri tek başına değerlendirildiği gibi ve çocuk verileri ile de karşılaştırılmıştır. Yaşam kalitesi puanları açısından ebeveyn ve çocuk bildirimleri karşılaştırıldığında, hasta grupta memnuniyet etki alanı hariç tüm etki alanlarında, kontrol grubunda ise memnuniyet ve başarı etki alanlarında Ebeveyn bildirim puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Aşağıdaki Tablo- 5.3.1. CHIP-CE ve CHIP-CE -76 Ebeveyn formunun farklı ülkelerde yapılmış çalışmaların ortalama ve toplam puanları ve çalışmamız sonucunda elde edilen puanlar yer almaktadır. Bu tablo orijinal formun ülkelerinin ihtiyaçlarına ve yapılan kültürel uyarlamaları sonucunda etki ve alt eki alanlarındaki farklılıkları da göz önüne koymaktadır. Çalışmamızda olduğu gibi farklı dillere yapılan çevirilerde de bazı alt etki alanlarının ve sorularının çıkartılmış olduğu görülmektedir.

Tablo- 5.3.1. CHIP-CE Ebeveyn Formunun etki alanları Toplam Puan, Ortalamaların ve Cronbah's –Alfa Değerlerinin Literatür Verileriyle Karşılaştırılması

	USA Versiyonu (N : 1018) 8-11 Yaş Starfield B. 2002	USA Versiyonu (N:583) Riley AW. 2004	DEHB 6-18 yaş (N:1477) Riley AW. 2006	DEHB 6-18 yaş (N:1477) Riley AW. 2006	İspanya Versiyonu (N:865) Maria-Dolors Estarada. 2010				Türkiye Versiyonu Hasta Grubu Ebeveyn (N:235)	Türkiye Versiyonu Kontrol Grubu Ebeveyn (N:134)
					Kızlar		Erkekler			
					6-7 y (n = 111)	8-12 y (n = 306)	6-7 y (n = 103)	8-12 y (n = 345)		
Memnuniyet	50.4, 10.28	4.32, 0.38	32,8(14,4)	32,8(14,4)	50.9	50.4	52.7	48.7	40,14(5,942)	41,48(5,363)
Sağlıkla ilgili	50.3, 10.46	4.27, 0.38	-	-	50.9	50.4	51.4	49.0	-	-
Özsaygı	50.3, 10.06	4.42, 0.53	-	-	50.7	50.2	52.8	48.8	-	-
Rahatsızlık	49.4, 10.25	4.35, 0.37	42,5(10,6)	42,5(10,6)	50.4	50.2	48.6	50.1	60,83(9,189)	68,47(7,501)
Fiziksel Rahatsızlık	49.0, 10.29	4.45, 0.45	-	-	50.7	50.9	47.7	49.7	-	-
Duygusal Rahatsızlık	49.8, 10.51	4.07, 0.53	-	-	50.1	49.7	50.6	50.0	-	-
Aktivitelerin Kısıtlılığı	49.9, 9.89	4.79, 0.41	-	-	50.2	49.9	48.3	50.5	-	-
Esneklik	50.2, 10.94	4.20, 0.35	36,0(12,2)	36,0(12,2)	49.6	50.3	51.5	49.4	32,69(4,157)	34,83(3,242)
Aileye Dahil Olma	46.6, 11.10	4.33, 0.45	-	-	53.6	49.3	53.3	48.4	-	-
Sosyal Problemlerle Başetme	49.9, 10.06	3.93, 0.71	-	-	47.2	48.7	52.1	51.4	-	-
Fiziksel aktivite	50.8, 10.94	4.25, 0.44	-	-	50.0	53.3	46.9	48.0	-	-
Riskler	48.8, 10.52	4.45, 0.38	29,9(13,6)	29,9(13,6)	45.8	48.1	52.0	52.4	33,70(4,637)	36,23(3,505)
Bireysel	50.2, 9.46	4.18, 0.53	-	-	45.1	49.5	49.1	52.1	-	-
Başarıyı tehdit eden	48.2, 11.05	4.56, 0.39	-	-	48.1	47.3	53.8	51.8	-	-
Başarı	50.1, 10.74	4.07, 0.52	30,2(10,6)	30,2(10,6)	50.1	49.0	53.5	49.9	35,28(5,725)	36,70(4,436)
İş	50.5, 10.34	4.07, 0.53	-	-	48.9	49.7	50.8	50.4	-	-
Akademik	49.9, 10.28	4.08, 0.72	-	-	50.8	48.8	54.0	49.6	-	-
Hastalık	49.2, 9.88	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Estrada MD. ve arkadaşlarının 2012’de yaptığı, CHIP-CE Ebeveyn İspanya versiyonun güvenilirliği ve geçerliliği değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları ir çalışma yapmışlardır. 1307 kişiden oluşan örnekleme 9–14 yaş arası çocuklar ve ebeveyninden toplanan veriler için modern psikometrik analizler kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Çocuk-ebeveyn arasındaki anlaşma ölçeğinde orta düzeyde zayıf bulunmuştur. Sonuç olarak, Sağlıklı tanımında Ebeveyn-Raporu Ölçeklerinde doğru, güvenilir ve verimli olarak değerlendirilmiştir (59).

Çalışmamızda da korelasyon katsayılarının Kontrol grupta -0,041 ile 0,086 arasında; hasta grubunda ise 0,195 ile 0,455 arasında değiştiği görülmüştür. Sonuçta kontrol grubuna göre hasta grupta ebeveyn ve çocuk cevaplarının birbirleriyle daha uyumlu olduğu ancak uyumun çok düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.

Ataştırma bulgularımız yapılan çalışmalarla değerlendirildiğinde Riley AW. ve arkadaşlarının çalışmasındaki puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Estrada MD. ve arkadaşları ile Riley AW. ve arkadaşlarının çalışmalarıyla uyumlu değerlendirilmemiştir

Tablo- 5.3.2. CHIP-CE Ebeveyn Formunun Cronbah's –Alfa Değerlerinin Literatür Verileriyle Karşılaştırılması

	USA Versiyonu (N:583) Riley AW. 2004	İspanya Versiyonu (N:865) Maria- Dolors Estrada 2010	Türkiye Versiyonu Hasta Grubu Ebeveyn (N:235)	Türkiye Versiyonu Kontrol Grubu Ebeveyn (N:134)
Memnuniyet	,84	,77	,81	,86
Sağlıkla ilgili	,74	,71	,69	,81
Özsaygı	,86	,70	,80	,87
Rahatsızlık	,88	,84	,84	,85
Fiziksel Rahatsızlık	,76	,69	,56	,76
Duygusal Rahatsızlık	,85	,82	,83	,84
Aktivitelerin Kısıtlılığı	,88	,87	,79	,83
Esneklik	,79	,68	,62	,69
Aileye Dahil Olma	,75	,70	,78	,74
Sosyal Problemlerle Başetme	,81	,73	-	-
Fiziksel aktivite	,71	,58	,84	,66
Riskler	,82	,78	,75	,74
Bireysel	,68	,53	,66	,76
Başarıyı tehdit eden	,80	,77	,71	,68
Başarı	,83	,75	,82	,76
İş	,75	,63	,60	,60
Akademik	,86	,86	,86	,83
Hastalık	-	-	,81	-

CHIP-CE Ebeveyn Formu-76 Türkçe versiyonu kabul edilebilir güvenilirlik düzeyinin yanında Etki ve alt etki alanları ile de kabul edilebilir içerik ve yapı geçerliliğine sahiptir. Hasta ve sağlıklı olduğu bilinen gruplar beklenen yönde sosyodemografik ve sağlık düzeylerini kabul edilebilir noktada ayırt etme yeteneğine sahiptir. İspanya versiyonunda ekonomik düzey ile sağlık durumunun kötülüğü arasında bir ilişki bulunmuştur. Fakat eğitim düzeyi ile etki alanları arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamız da Hasta ve Kontrol grubu ebeveynleri ise her iki grup içinde ekonomik düzey ve sağlık durumu algısı arasında anlamlı düzeyde istatistiksel olarak bir farklılık ortaya konulamamıştır. Eğitim düzeyinin çocukların sağlık algısıyla ilgili olarak, lise ve üstü eğitim seviyesinde olanlar ebeveynlerde memnuniyet etki alanlarının her iki grupta da daha yüksek düzeyde anlamlı olarak bulunmuştur. Ebeveynlerin eğitim seviyesi arttıkça sağlık alanındaki memnuniyet algısının yükseldiği ifade edilebilir.

İspanya versiyonunda ebeveyn formunun özellikle ruh sağlığı problemleri olan çocukların sorunlarını belirlemek adına anlamlı sonuçlar bulunmuş ve bu konuda yararlı bir form olabileceği belirtilmiştir. Çalışmamızda ise bu açıdan bir değerlendirme yapılmamıştır. Elde edilen sonuçlarda ruhsal problemi olan çocuk tespit edilmemiştir. Elde edilen geçerlilik puanlarının yüksekliği ölçeğin farklı birçok hastalık ve olguda Türk çocukları için uygun bir biçimde kullanılabileceğini göstermektedir.

Esneklik etki alanından alınan puanların değerlendirilmesinin gelecekte çocukların sağlık kalitesini arttırmak üzere ön bilgi vermek ve karşılaşması muhtemel hastalık eğilimlerini ve davranışlarını belirlemek için önemli olduğu belirtilmektedir (146). Orijinal versiyonun esneklik etki alanı için sonuçlarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte esneklik etki alanı için t test, tekrar test ile kabul edilebilir kararlılıktadır. Orijinal versiyonda Esneklik etki alanı daha düşük iken İspanya versiyonunda daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ise her iki grup içinde de Esneklik etki alanında Cronbach's Alpha puanı Riskler etki alanından sonra diğer etki alanlarına göre en düşük seviyededir.

Ayrıca İspanya versiyon çalışmasında alt sınır olarak 6–7 yaş grubu ve daha küçük yaş gruplarda kullanılabilir olduğu belirtilmektedir. Verilerin anlamlılığı çocuk ve ebeveyn anlaşmasının analiz edilmesinin mümkün olduğu anlamına gelmektedir (105). Çalışmamıza 6 yaş altı çocuk dahil edilmemiştir. Hem hasta hem de kontrol grubunun ebeveyn uyumunun orta düzeyde olduğu görülmektedir.

CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu İspanya versiyonu geçerliliğinin bilgilendirici yönden bir değerlendirme ortaya koyduğu ifade edilmektedir. Çocuğun kendi kendine doldurduğu formun yerine geçmemek koşuluyla tamamlayıcı olarak önemli bir özellik taşımaktadır. Çalışmada özellikle belirli durumlarda paralel olarak hem ebeveyn hem de çocuk formunun kullanılması çocuğun SYK’ni belirlemeyi güçlendirmektedir. Ör: dikkat eksikliği, hiperaktivite bozuklukları gibi bazı özel durumlarda çocukların sağlıklı ilgili sorunlarına ait yanıtları, daha az farkında olan ebeveynlere yol gösterici olabilmektedir (58).

CHIP-CE 76 Ebeveyn Formunun etki alanları Cronbach’s Alpha değerlerini gösterir Tablo- 5.3.2. nolu tablo bütünüyle incelendiğinde CHIP-CE Formunun Türkiye Versiyonunun (Kontrol Grubu) Memnuniyet Etki alanı ve Özsaygı alt etki alanı puanlarının USA Versiyonu ile uyumlu olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda CHIP-CE 76 Ebeveyn Formuna ait Esneklik Etki alanı sonuçlarının formun İspanya Versiyonu ile, aileye dahil olma alt etki alanı sonuçlarının USA Versiyonu ile Başarı Etki alanı sonuçlarının da İspanya Versiyonu ile benzer olduğu belirlenmiştir.

5.4. 12–17 Yaş Grubu Çocukların Sosyodemografik ve CHIP-AE Adölesan Formu Verilerinin Tartışılması

CHIP-AE Formu kullanılarak yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde genel olarak 11–20 yaş grubu çocuklarla çalışıldığı görülmüştür. Orijinal form 12–17 yaş grubu için hazırlanmıştır. Farklı dillere yapılan çevirilerde ve diğer birçok çalışmada 11–20 yaş grubu gibi daha geniş yaş gruplarıyla çalışıldığı görülmektedir. Çalışmalarda genel olarak yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımı şöyle değerlendirilmiştir.

Starfield ve arkadaşlarının 1992 yılında üç ayrı klinikte 11–17 yaş grubu hasta çocuklarla yaptıkları çalışmada 74 kişilik örnekleme, %45,8'i erkek, %54,2'si kızdır; 70 kişilik örnekleme %48,6'sı erkek, %51,4'ü kızdır; 69 kişilik örnekleme ise %40,2'si erkek, %59,8'i kızdır. Aynı yıl üç ayrı okulda 11–17 yaş grubu sağlıklı çocuklarla yaptıkları çalışmada North Baltimore'da 865 kişilik örnekleme %46,4'ü erkek, %53,6'sı kızdır; Western Maryland'da 1847 kişilik örnekleme %51,6'ü erkek, %48,4'sı kızdır; Arkansas'da 350 kişilik örnekleme %46,3'ü erkek, %53,7'si kızdır (129,99).

María Jesús-Pueyo ve arkadaşlarının 1999–2000 yılında yaptıkları çalışmada Adölesanların yaş ortalaması 14,9 yaş bulunurken 46'sı (%50,5) 12-15 yaş arasında, 45'i (%49,5) 16-18 yaş arasındadır. 48'i (%52,7) erkek, 43'ü (%47,3) kızdır. %82'si standart bir ailede yaşarken, %50,7'sinin aile içinde ebeveynlerin en yüksek eğitim düzeyi değerlendirildiğinde ilkökuldür. Özel okullardaki gençlerin ailelerinin eğitim düzeyi oranı üniversite olanların sayısı devlet okullarına göre daha yüksek düzeydedir. Babalarının eğitim düzeyi 49'u (%53,8) ilköğretim, 30'u (%33) ortaokul, 10'u (%11) üniversite olarak gerçekleşirken, annelerin eğitim düzeyi 48'i (%52,7) ilköğretim, 30'u (%33) ortaokul, 10'u (%11) üniversite olarak gerçekleşmiştir. Babanın çalışma durumu gözden geçirildiğinde, 9'u (%9,9) çalışmıyor, 80'i (%87,9) çalışıyor, Annenin çalışma durumuna bakıldığında, 39'u (%42,9) çalışmıyor, 51'i (%56) çalışıyor olarak belirlenmiştir. Kentsel örnekleme ebeveyn çocuk anlaşmasının yüksek olduğu belirlenirken, yaş, cinsiyet ve aile tipine göre ebeveyn çocuk anlaşmasının bir farklılık yaratmadığı ortaya konulmuştur (99).

Chen SP. ve arkadaşlarının 1999 yılında Chicago şehrinde meslek yüksek okulu öğrencilerinin sağlık davranışlarını değerlendirmek amacıyla kullandıkları CHIP-AE formu 93 erkek ve 245 kız gönüllüye uygulanmıştır. CHIP-AE'nin kabul edilebilir güvenilirliği olduğu cinsiyet ve yaşa göre adölesan sağlık davranışlarının beklenen farklılıkları tespit etmek için uygun bir form olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, klinik tedavi gören adölesanların spesifik ihtiyaçlarını belirlemek için kullanılabilir olduğu tespit edilmiştir (25).

Riley AW. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kronik hastalığı olan 74 adölesanın yaş ortalaması 15,5 yaş; genel tıbbi kliniklerde akut hastalık ve yaralanma için tedavi görmek isteyen 70 adölesanın ise 13,8 yaş olarak gerçekleşmiştir (106).

Gerson AC. ve arkadaşları 2005 yılında yaptığı çalışmada, Kuzeydoğu ABD'de birkaç ilde 3. basamak hastanelerde toplam 7 çocuk nefroloji merkezinde Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) olan 10–18 yaş arası 113 hasta ve aynı illerde 226 sağlıklı çocuk kontrol grubu olarak değerlendirilmiştir. Çocukların yaş ortalaması 14 olarak gerçekleşirken, %55'i 10–14 yaş, %45'i 15–18 yaş arasındır. %64'ü erkek, %36'sı kızdır (64).

Bradford JY. ve arkadaşlarının 2007 yılında 4 lisede (ikisi özel ikisi kamu okulunda) öğrenime devam eden 9. sınıf öğrencilerinden oluşan 171 kişilik adölesan grubu ile yaptıkları, 14–16 yaş arası sağlıklı grubun dahil edildiği çalışmada yaş ortalaması $14,9 \pm 0,61$ yaş olarak bulunmuştur. Katılımcıların 90'ı (%52,6) erkek, 81'i (%47,4) kızdır. Öğrencilerin %87'si anneleriyle birlikte yaşadığını bildirirken, %62,6'sı babalarıyla yaşadığını beyan etmiştir. Annelerin %92,6'sı, babaların %82,4'ü lise ve üzerinde bir eğitim görmüştür. Annelerin %60'ı, babaların %74,1'i tam zamanlı bir işe sahiptir. Sağlıklarını algılamaya yönelik dağılım ise şöyledir; 53'ü (% 31,0) İyi, 53'ü (% 31,0) mükemmel, 34'ü (% 19,9) zayıf ve 30'u (% 17,5) çok kötü olarak bildirimde bulunmuştur (19).

Çalışmamızda Hasta grubunun 148'i(%58,7) kız, 104'ü (%41,3) erkek; Kontrol grubunun 109'u (%48,9) kız, 114'ü (%51,1) erkektir. Yaş ortalaması hasta grubunda $14 \pm 1,704$; kontrol grubunda $14,57 \pm 1,514$ olarak gerçekleşmiştir.

Araştırma bulgularımız Arlene C. Gerson, Riley, Bradford ve María Jesús-Pueyo'nun çalışmalarıyla uyumlu değerlendirilmiştir.

Hasta ve Kontrol Grubunda Etki ve alt alanları puan ortalamaları karşılaştırılarak değerlendirildiğinde; yapılan çalışmalarda çalışmanın amacı ile doğru orantılı olarak

bazı soruların çıkarıldığı ya da değerlendirilme dışı bırakıldığı görülmektedir. Bundan kaynaklı olarak alınan toplam puan ve ortalamalarda farklılıklar ve uyumluluklar görülmektedir. (Tablo- 5.4.1.)

Hasta grubu adölesanların değerlendirildiği çalışmalarda örneklem grubunun etki ve alt etki alan ortalamalarının bizim çalışmamızda ki Hasta grubu etki ve alt etki alan ortalamalarıyla karşılaştırılması aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo- 5.4.1. CHIP-AE Kontrol Grubu Formunun etki alanları Toplam Puan ve Ortalama Toplam Puanlarının Literatür ile Karşılaştırılması

	Starfield ve ark.1993			İspanya Versiyonu Sağlıklı grup (N: 417) L. Rajmil 2003	Mississippi (n:171) Bradford, 2007 Ortalama Puanları	B. Forrest Astımlı Olmayan N:2644 1997	C.Gerson 2005 N:226	Türkçe Versiyonu Kontrol Grubu N:223 Ortalama Puan	Türkçe Versiyonun Kontrol Grubu N:223 Toplam Puan
	*Arkansa s N: 350	*Western Maryland N: 1847	*North Baltimore N: 865						
<i>Memnuniyet</i>	-	-	-	3.17 (0.5)	3,26(0,52)	-	20,0	3,11(,515)	28,05(4,64)
Sağlıkla ilgili	19,4(5,0)	19,0(5,5)	20,0(5,0)	3.13 (0.6)	3,12(0,55)	19,6	20,2	3,03(,609)	12,15(2,44)
Özsaygı	19,0(5,1)	17,5(6,2)	20,0(5,0)	3.22 (0.7)	3,39(0,63)	18,6	19,9	3,18(,592)	15,90(2,96)
Rahatsızlık				4.43 (0.4)	4,31(0,46)	-	20,2	4,21(,559)	67,47(8,96)
Fiziksel Rahatsızlık	18,1(5,9)	19,7(5,7)	20,0(5,0)	4.42 (0.4)	4,19(0,50)	20,0	20,3	4,27(,544)	25,67(3,27)
Duygusal Rahatsızlık	20,1(4,7)	19,7(5,7)	20,0(5,0)	4.19 (0.6)	4,09(0,72)	19,8	19,8	4,03(,805)	28,22(5,64)
Aktivitelerin Kısıtlılığı	19,8(5,6)	21,0(4,6)	20,0(5,0)	4.68 (0.4)	4,65(0,38)	19,1	20,3	4,52(,677)	13,57(2,03)
Esneklik	-	-	-	3.36 (0.4)	3,36(0,48)	-	20,2	3,32(,582)	49,92(8,74)
Aileye Dahil Olma	20,1(5,0)	19,9(6,0)	20,0(5,0)	3.97 (0.8)	3,89(0,94)	20,1	19,8	2,50(1,16)	7,51(3,50)
SosyalProblemlerle Başetme	19,9(5,6)	19,1(5,1)	20,0(5,0)	2.87 (0.6)	2,82(0,61)	19,4	20,0	3,02(,633)	18,13(3,80)
Fiziksel aktivite	19,1(4,5)	21,8(5,4)	20,0(5,0)	2.95 (1.0)	3,18(0,95)	22,5	20,7	4,21(1,20)	12,65(3,62)
Ev sağlığı ve çevre	-		-	3.63 (0.5)	3,55(0,56)	20,2	20,1	3,80(1,10)	11,62(4,84)
Riskler	-		-	4.20 (0.4)	3,60(0,59)	-	19,8	4,16(,642)	33,30(5,14)
Bireysel	19,6(4,1)	19,6(5,7)	20,0(5,0)	4.02 (0.5)	3,83(0,63)	21,2	19,9	Bu soru	Bu soru
Başarıyı tehdit eden	20,3(5,6)	18,4(6,6)	20,0(5,0)	4.39 (0.5)	3,93(0,72)	19,4	19,8	4,38(,742)	26,28(4,45)
Akran Etkileri	-	-	-	4.20 (0.6)	3,02(0,69)	20,4	19,8	3,50(,751)	7,01(1,50)
Başarı	-	-	-	3.25 (0.6)	-	-	Çok düşük	2,42(,859)	9,69(3,44)
İş	19,3(6,6)	21,0(6,3)	20,0(5,0)	4.46 (0.9)	-	21,0	Çok düşük		
Akademik	20,4(4,9)	20,7(4,9)	20,0(5,0)	2.08 (0.6)	-	20,5	20,0		43,80(4,80)

Hastalık				4.68 (0.2)	-		19.7		38,06(2,71)
<i>Akut Minör Hastalıklar</i>	17,8(5,6)	19,3(5,6)	20,0(5,0)	4.29 (0.5)	-	20,3	19.7	4,34(,395)	50,12(4,88)
Akut Majör Hastalıklar	19,0(6,6)	19,7(6,0)	20,0(5,0)	4.84 (0.3)	-	19,9	19.6	4,83(,288)	28,39(2,36)
Tekrarlayan Hastalıklar	20,2(5,5)	20,8(4,8)	20,0(5,0)	4.73 (0.3)	-	19,0	19.4	3,97(,337)	23,06(3,09)
Uzun Dönem Tıbbi Hastalıklar	18,6(9,8)	19,7(6,3)	20,0(5,0)	4.93 (0.2)	-	19,8	19.9	4,88(,254)	18,86(2,31)
Uzun Dönem Cerrahi Hastalıklar	19,3(5,9)	19,4(5,6)	20,0(5,0)	4.50 (0.6)	-	20,1	19.5	4,67(,526)	43,80(4,80)
Psikososyal Hastalıklar	19,3(6,3)	20,1(6,3)	20,0(5,0)	4,84(0,4)	-	19,8	20.4	4,76(,523)	38,06(2,71)

Memnuniyet, Rahatsızlık ve Riskler etki alanlarında araştırma bulgularımızla İspanya versiyonu ve ABD versiyonu (2007) araştırmaları benzer değerlendirilmiştir. Esneklik alt etki alanlarında, Fiziksel aktivite ve Ev sağlığı ve evre etki alanında diğer çalışmalardan daha yüksek puanlar elde ettikleri belirlenmiştir.

Adölesanların Hasta ve Kontrol Grubunda Etki ve alt alanları puan ortalamaları karşılaştırılarak değerlendirildiğinde; yapılan çalışmalarda çalışmanın amacı ile doğru orantılı olarak bazı soruların çıkarıldığı ya da değerlendirilme dışı bırakıldığı görülmektedir. Bu nedenle alınan toplam puan ve ortalamalarda farklılıklar ve uyumluluklar görülmektedir. (Tablo. 5.4.1.)

Tablo- 5.4.2. CHIP-AE Hasta Grubu Formunun etki alanları Toplam Puan ve Ortalama Toplam Puanlarının Ortalama Toplam Puanlarının Literatür ile Karşılaştırılması

Etki ve Alt Etki Alanları	Starfield ve ark. 1992			Forrest 28 gün önce Wheezing şikayeti var 1997 N:180	Forrest 28 gün önce Wheezing şikayeti yok 1997 N:179	İspanya Versiyonu Hasta Grup L. Rajmil 2003			Arlene C. Gerson 2005 N:113	Maureen Hack 2007		Riaño-Galán BenBöbrek Hastaları 2009		Erica M.S. Sibinga HIV(+) 2011		Türkiye Versiyonu Hasta Grubu Ortalama Puan N:252	Türkiye Versiyonu Hasta Grubu Toplam Puan N:252
	Specialty Clinics N:74	Hopkins General Medical Clinics N:70	Mayland General Medical Clinics N:69			Akut N:23	Kronik N:25	Mental N:19		DDA N:241	NDA N:232	Trans (n=68)	Diyaliz n=13)	Görüş Öncesi	Görüş Sonrası		
Memnuniyet	-	-	-	-	-	3.12 (0.4)	3.16 (0.5)	2.53 (0.8)	19.0 (4.38)	3.30 (.54)	3.29 (.49)	51,5	45,0	18,1	19,2	2,88(,61)	25,94(5,50)
Sağlıkla ilgili	16,9 (6,2)	19,6 (5,6)	18,7 (5,8)	16,5	19,4	3,09 (0,5)	3,10 (0,4)	2,57 (0,8)	18,4 (4,93)	3,17 (.60)	3,14 (.54)	51,3	42,9	-	-	2,72(,72)	10,88(2,92)
Özsaygı	18,4 (6,1)	20,8 (4,7)	18,9 (6,4)	16,7	18,8	3,16 (0,4)	3,22 (0,6)	2,49 (0,9)	19,9 (4,19)	3,43 (.63)	3,43 (.57)	51,3	48,3	-	-	3,01(,68)	15,06(3,44)
Rahatsızlık	-	-	-	-	-	4.29 (0.3)	4.47 (0.4)	3.83 (0.8)	21.0 (4.35)	4.44 (.41)	4.42 (.38)	50,8	48,2	19,4	21,6	4,06(,76)	65,03(12,26)
Fiziksel Rahatsızlık	18,9 (6,0)	18,7 (5,2)	17,7 (5,6)	25,4	20,4	4,38 (0,3)	4,49 (0,4)	3,98 (0,7)	20,0 (4,65)	4,39 (.44)	4,36 (.39)	50,1	48,7	18,8	19,9	3,98(,97)	24,73(4,76)
Duygusal Rahatsızlık	20,3 (5,2)	20,3 (4,2)	18,8 (5,2)	24,0	20,1	4,14 (0,6)	4,33 (0,6)	3,25 (1,1)	20,8 (3,96)	4,30 (.59)	4,29 (.57)	50,2	50,2	16,6	20,0	4,12(,79)	27,92(6,81)
Aktivitelerin Kısıtlılığı	17,7 (7,8)	19,6 (5,8)	19,1 (5,7)	22,5	19,9	4,35 (0,6)	4,65 (0,5)	4,25 (0,8)	21,0 (4,47)	4,61 (.48)	4,63 (.50)	50,9	47,6	22,4	22,9	4,12(1,0)	12,38(3,13)
Esneklik	-	-	-	-	-	3.40 (0.4)	3.32 (0.3)	3.17 (0.5)	21.0 (4.84)	3.21 (.45)	3.31 (.47)	50,1	50,6	18,3	18,3	2,79(,56)	44,65(9,08)
Aileye Dahil Olma	21,3 (4,7)	18,5 (6,0)	18,8 (5,2)	18,4	20,3	4,00 (0,9)	4,09 (0,8)	3,98 (0,9)	21,1 (4,07)	3,85 (.88)	4,03 (.78)	49,7	53,2	-	-	1,73(,84)	5,21(2,53)
Sosyal Problemlerle Başetme	20,7 (4,8)	20,3 (5,1)	19,6 (5,6)	20,1	19,9	2,88 (0,5)	2,98 (0,4)	2,97 (0,4)	21,4 (5,04)	3,03 (.51)	2,99 (.55)	49,4	52,0	-	-	2,94(,78)	17,69(4,72)
Fiziksel aktivite	18,8 (5,1)	17,6 (4,2)	18,0 (4,7)	20,8	22,0	2,85 (1,0)	2,50 (0,9)	2,29 (0,7)	21,1 (4,07)	2,35 (.91)	2,58 (.97)	50,2	49,3	-	-	3,78(1,4)	11,36(4,24)
Ev güvenliği ve sağlık	-	-	-	20,2	20,5	3,84 (0,5)	3,69 (0,4)	3,44 (0,6)	24,1 (4,35)	3,61 (.45)	3,63 (.53)	50,9	46,5	-	-	3,46(1,2)	10,38(3,60)
Riskler	-	-	-	-	-	3.97 (0.4)	4.25 (0.3)	3.82 (0.6)	25.7 (2.47)	3.80 (.52)	3.60 (.49)	50,4	50,6	20,8	19,7	4,35(,48)	26,10(2,91)
Bireysel	22,9 (4,1)	19,6 (5,7)	19,2 (5,8)	22,4	22,0	3,50 (0,5)	3,91 (0,3)	3,73 (0,5)	27,8 (2,58)	3,97 (.90)	3,71 (.80)	51,2	47,3	-	-	-	-
Başarıyı	21,9	18,4	18,7	21,3	20,4	4,44	4,52	3,87	22,9	4,51	4,39	50,0	50,9	-	-	4,66(,59)	

tehtid eden	(5,6)	(6,6)	(5,4)			(0.5)	(0.4)	(0.8)	(2.61)	(.46)	(.51)						
Akran etkileri	-	-	-	21,2	21,1	3.98 (0.6)	4.31 (0.5)	3.91 (0.7)	24.0 (3.69)	2.92 (.63)	2.69 (.54)	50,0	51,4	-	-	3,72(,61)	7,44(1,22)
Başarı	-	-	-	-		2.32 (1.1)	3.31 (0.5)	2.74 (0.6)	-	3.43 (.56)	3.31 (.62)	51,8	43,9	21,0	21,3	2,33(,93)	7,01(2,82)
İş	21,2 (3,1)	20,0 (19,8)	19,5 (8,8)	20,8	19,4	3.33 (1.7)	4.50 (0.6)	3.70 (1.0)	-	4.20 (.72)	4.00 (.80)	-	-	-	-	-	-
Akademik	21,5 (5,4)	19,3 (5,4)	18,9 (5,7)	20,3	20,6	2.20 (0.6)	2.12 (0.7)	1.89 (0.9)	20.8 (4.72)	2.60 (.72)	2.60 (.77)	-	-	-	-	-	43,46(3,96)
Hastalık	-	-	-	-		4.68 (0.2)	4.65 (0.2)	4.48 (0.3)	17.5 (6.17)	1.36 (.23)	1.33 (.19)	-	-	15,5	18,4		38,70(2,30)
Akut Minör Hastalıklar	19,1 (4,4)	17,7 (5,7)	17,0 (5,1)	24,4	21,8	4.32 (0.4)	4.34 (0.5)	4.22 (0.5)	19.5 (5.51)	1.64 (.41)	1.74 (.40)	-	-	-	-	4,38(,48)	43,46(3,96)
Akut Majör Hastalıklar	20,8 (4,0)	19,8 (5,7)	20,0 (5,0)	23,0	21,4	4.78 (0.3)	4.85 (0.3)	4.81 (0.3)	17.7 (5.31)	1.14 (.29)	1.14 (.24)	-	-	-	-	4,75(,33)	38,70(2,30)
Tekrarlayan Hastalıklar	19,7 (4,9)	18,0 (5,7)	19,9 (5,2)	25,0	21,8	4.77 (0.2)	4.68 (0.3)	4.60 (0.4)	19.3 (5.57)	1.45 (.43)	1.42 (.37)	-	-	-	-	4,55(,44)	43,72(3,71)
Uzun Dönem Tıbbi Hastalıklar	15,0 (8,8)	18,3 (9,2)	19,4 (6,8)	25,6	21,1	4.94 (0.2)	4.79 (0.3)	4.96 (0.1)	18.7 (6.51)	1.10 (.23)	1.06 (.18)	-	-	-	-	4,73(,39)	29,32(1,53)
Uzun Dönem Cerrahi Hastalıklar	19,9 (5,6)	18,9 (6,8)	20,0 (3,6)	23,8	21,2	4.48 (0.6)	4.53 (0.5)	4.34 (0.8)	16.5 (8.48)	1.56 (.61)	1.45 (.57)	-	-	-	-	4,61(,61)	23,37(2,63)
Psikososyal Hastalıklar	19,6 (5,3)	19,3 (6,2)	19,1 (5,5)	22,7	20,2	4.76 (0.5)	4.73 (0.6)	3.92 (0.9)	19.2 (5.73)	1.30 (.57)	1.21 (.43)	-	-	-	-	4,71(,57)	19,07(2,09)

Altshuler ve arkadaşlarının 2002 yılında kurumlarda kalan 63 adölesanla yaptıkları çalışmada; gençlerin fiziksel sağlığı, esenlik ve sosyal problemleri çözme becerileri ve akademik başarılarında yüksek düzeyde memnuniyet bulunmuştur. Özsaygı, duygusal ve psikososyal rahatsızlık, aile katılımı ve iş performansının ise düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Akademik başarı için daha fazla risk alma eğiliminde oldukları, bunun yanında akran etkilerinden kaynaklanan tehditlere de açık oldukları belirlenmiştir. Bu ölçeğin kurumlarda yaşayan çocukların yaşam kalitelerini ve risk altında buldukları durumları tespit etmek için özellikli bir ölçek olduğu ifade edilmiştir (10).

Serra-Sutton ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı çalışmada CHIP-AE İspanya versiyonu 12–19 yaş arası adölesanlarda kullanılmıştır. CHIP-AE, Barselona okullarında ergenleri temsil eden bir örnekleme uygulanmıştır. 902 kişiye ulaşılan çalışmada CHIP-AE puanlarının dağılımı genellikle olumlu yönde gözlenmiştir. Adölesanların %25'inin rahatsızlık etki alanının 17,2 puanın altında olduğu belirlenmiştir. Barcelona referans örneklerinde puanlarının dağılımı bireysel riskler bazında bazı farklılıklarla Baltimore (ABD) Orijinal sonuçları benzer özelliklerdedir (123).

Arlene C. Gerson ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmada, Kuzeydoğu ABD'de birkaç ilde 3. basamak hastanelerde toplam 7 çocuk nefroloji merkezinde KBY olan 10–18 yaş arası 113 hasta ve aynı illerde 226 sağlıklı çocuğu kontrol grubu olarak değerlendirdikleri çalışmada, Hasta grubu çocukların sağlık ve aktivite kısıtlamaları yüksek, genel memnuniyet algıları düşüktür (19). Hasta grubu daha fazla aile katılımı, daha iyi bir ev güvenliği ve sağlık uygulamaları, daha iyi sosyal problem çözme becerilerine sahipler. Riskli sosyal davranışlara katılma ya da riskli davranışları yapan akranları ile sosyalleşmek için daha düşük olasılıkları mevcuttur. Hasta grubunun kendi yaş grubu akranlarına göre daha kötü fonksiyonel sağlık statüsüne sahip olduğu sonucuna varılmıştır. CHIP-AE psikometrik özelliklerinin kapsamlı olarak değerlendirildiği çalışmada hem sağlıklı hem de hasta popülasyonlarındaki adölesanlar için geçerli ve güvenilirliği yüksek bir araç olduğu tespit edilmiştir. KBH hastalarının CHIP-AE puanları ve okul temelli eşleştirilmiş kontrol grubu arasında anlamlı farklılıklar hastalık, modülü içinde yer alan etki alanlarında görülmüştür. Kontrol grubu

ile karşılaştırıldığında, böbrek hastalarının sağlık ile ilgili memnuniyetinin düşük olduğu belirlenmiştir. KBH hastalarda zarar olasılığını azaltmak ev ve çevresi için daha fazla dikkat yansıtan Esneklik etki alanın, Ev Güvenliği ve Sağlık Uygulamaları alt etki alanın kontrol grubuna göre daha yüksek puan almış oldukları tespit edilmiştir. Buna ek olarak, KBH hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık CHIP-AE Riskler etki ve Riskler alt etki alanlarının tümünde izlenmiştir. Bireysel Riskler alt etki alanında, örneğin bir ölçü olarak sigara ve içki gibi güncel riskli davranışlar olarak böbrek hastalarında daha yüksek puan, Akran etkisi alt etki alanında (arkadaşlarının mevcut riskli davranışları) ve Başarı etki alanında, yalan hile ve okulda itaatsizlik gibi olumsuz sosyal davranış ölçüsünün KBH olan adölesanlarda artmış olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, böbrek hastalarının daha az riskli davranışlarla karşı karşıya kaldığı, kontrol grubundaki ergenlerde ise daha fazla sayıda riskli davranışlar (sigara, alkol, vb) gösterdiği belirlenmiştir. KBH olan adölesan grubunda kontrol grubu ergenlere göre sosyal ve akademik başarı için daha az yıkıcı davranışlarla karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir (64). Benzer gözlemler kronik hastalığı olan çocuk gruplarda da bildirilmiştir. Beklendiği gibi, KBH grubunda kontrol grubuna göre daha büyük oranda akut ve uzun süreli cerrahi hastalıklar tespit edilmiştir. Diyaliz hastalarında sağlıklı gruba göre, daha fazla fiziksel rahatsızlık, aktivitelerde sınırlama ve nakil gözlenmiştir. KBH daha az fiziksel aktivite ile daha az memnuniyet bildirmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda klinisyenler tarafında CHIP-AE formunun KBH için rahatlıkla kullanılabilir olduğu belirtilmiştir (61,108,109,127).

Hack M. ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı düşük doğum ağırlıklı (<1,5 kg) bebeklerde; adölesan dönemine geldiklerinde sağlıkla ilgi algılarının değerlendirildiği çalışmada, 241 kişilik örnekleme ulaşılmıştır. Örneklemin % 52'si kız, %48'i erkektir. Kontrol grubu olarak değerlendirilen 232 normal doğum ağırlıklı örneklemin ise %54'ü kız %46'sı erkektir. Düşük doğum ağırlıklı doğan adölesanların memnuniyet ve rahatlık etki alanlarının normal doğum ağırlıklılarından farklı olduğu gözlenmiştir. Esneklik etki alanının ise daha düşük olduğu tespit edilirken, fiziksel aktivite ve ailelerin katılımı alt etki alanlarında etkili bir sonuç ortaya konulamamıştır (69).

Alonso J. ve arkadaşlarının 2008 yılında CHIP-AE İspanya versiyonunu güncellemek amacıyla yaptıkları çalışmada 1453 İspanyol adölesan örneklem grubunu oluşturmuştur. Sonuçlarda % 11,2'nin sağlık profili kötü olmasına rağmen, % 43,4 adölesanın iyi sağlık profiline sahip olduğu bulunmuştur (7).

Małkowska-Szkutnik A ve arkadaşlarının 2010–2011 öğretim yılında Polonyo'da bir ilde, farklı türden ortaokul ve lisede 1177 öğrenci ile yürüttükleri çalışmada, DM'li ve sağlıklı adölesanlar arasındaki benlik saygısının belirlenmesini amaçladıkları çalışmalarında CHIP-AE Formunu kullanılmış, yaş ortalamasının 15,4 olarak belirlenmiştir. 117 DM'li, 1060 sağlıklı adölesana ulaşılmıştır. Sağlıklı Adölesanların benlik saygısı DM akranlarından daha, kararlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiş, DM olan adölesanların benlik saygısını oluşturan en önemli unsurların fiziksel aktivite, akademik başarı, sosyal destek ve öz saygı olduğu tespit edilmiştir (86).

Wong IC. ve arkadaşlarının DEHAB'da kullanılan farmakolojik tedavinin ve bunun gençlerde yaşam kalitesi üzerine etkinliğinin değerlendirdiği çalışmasında 2 ayrı gruptan veri toplanmıştır. 2001 – 2004 tarihlerin arasında 15–21 yaş adölesanların 1. grup 1. basamak sağlık hizmetlerinde, 2. grup ise 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumlarından aldıkları hizmetler sonucunda elde edilen veriler kullanılmış ve bu süreçte CHIP-AE Formu kullanılmıştır (143).

Riaño-Galán Ben ve arkadaşlarının 2009 yılında KBY olan adölesanlarla ve böbrek nakli olan adölesanların yaşam kalitelerini değerlendirdiği çalışmalarında, İspanya'daki 5 pediatrik nefroloji merkezinde; böbrek nakli olan 68, dialize devam eden 13 hasta 10–21 yaş grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Bunun için CHIP-AE İspanya formu kullanılmıştır. Çalışmada etki ve alt etki alanları arasında diyalize giren ve nakil olan gençler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Diyaliz grubunda sağlıkla ilgili memnuniyet nakil olan hastalardan daha düşük oranda bulunurken, Rahatsızlık etki alanı akut rejeksiyon atağı geçirmiş nakil olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Fiziksel rahatsızlık etki alanı nakil olan anemik hastalarda artmış olarak

bulunmuştur. Yeni tanı almış olan hastaların sağlık algıları, benlik saygısı ve sağlıkla ilgili memnuniyet algıları düşük olarak bulunmuştur. Böbrek nakli olan ergenlerin diyaliz grubunda olan ergenlerden, memnuniyet algıları daha yüksek bulunmuştur. CHIP-AE Formunun ortalama puanları Tablo- 5.4.2.'deki gibi değerlendirilmiştir (104).

Sibinga EM.ve arkadaşları CHIP-AE Formunu kullanarak 2011 yılında 13–21 yaş arası %61'i kız ve %39'u erkek, yaş ortalaması 17,0 olan 59 gönüllü katılımcı ile bir araştırma yapmışlardır. %42'si (25 kişi) HIV(+) olan gençlerle yapılan görüşmelerde, 33 genç 4 oturumdan oluşan farkındalık temelli stres azaltma programından en az birine katılmış, 26 genç ise tüm seansları tamamlamıştır. Nicel veriler program sonrasında, katılımcıların düşmanlık içerikli duygularında anlamlı düzeyde azalma ($p=0.02$) ortaya koymuştur. Genel anlamda veriler rahatsızlık ($p=0.01$) ve duygusal rahatsızlıklarının ($p=0.02$) olduğunu göstermektedir. Nitel veriler ($n=10$), kişilerarası ilişkiler (daha az çatışma dahil), okul başarısı, fiziksel sağlık ve stres algılarında gelişmeler göstermiştir. Sonuçta bu tür programların gençler üzerinde kişilerarası ilişkiler, okul başarısı ve fiziksel sağlık ile ilgili alanlarda olumlu bir etkisinin olabileceğini düşündürmektedir (127).

Yetimhanedeki adölesanların sağlık profilleri tanımlamak amacı ile yapılan çalışmada CHIP-AE formu kullanılmıştır. Sağlıkla ilgili memnuniyet, riskler, esneklik ve rahatsızlık etki alanlarının yetimhanede kalan çocuklarda daha kötü bir düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan çocukların %39'u sağlık düzeylerini iyi, %30,6'sı zayıf ve kötü olarak değerlendirmiştir. Özellikle kız çocuklarının yüksek riskli davranışlar, saldırganlık, cinsel istismar ya da intiharla sonuçlanabilecek profillere sahip olduğu belirlenmiştir (84).

Çalışmamız Adölesan Hasta grubu verileri memnuniyet etki alanında İspanya versiyonu (2003) ile benzer, USA versiyonu kullanılarak yapılan Maureen (2007) araştırmadan daha düşük değerlerde, Rahatsızlık, Esneklik ve Başarı etki alanlarında her iki versiyon sonuçlarından daha düşük değerlerde sonuçlanmıştır. Çalışmamıza katılan Adölesan Hasta grubu Riskler etki alanı skorlarına göre yukarıda adı geçen araştırma

bulguları temele alınarak değerlendirildiğinde daha az hastalık ya da yaralanma olasılığına sahiptir.

5.5. CHIP-AE Formunun Geçerlilik Güvenirlilik Bulgularının Tartışılması

Aşağıdaki Tablo-5.5.1’de CHIP-AE orijinal formunun (128) ve örnek çeviri formlarının geçerlilik çalışma sonuçları ve Türkiye versiyonunun çalışma sonuçları karşılaştırılmıştır. Genel bir değerlendirme yapıldığında CHIP-AE adölesanlara özgü genel sağlık ölçümü yapan özgün bir formdur. Kuramsal olarak tatmin edici deneysel olarak alt etki alanlarıyla oldukça uyum sağlayan geçerliliği yüksek düzeyde değerlendirilmiş bir formdur. CHIP-AE toplumsal ve sağlık hizmetleri programlarının değerlendirilmesinde özellikle faydalı olabilir nitelikte, elde edilen profil ile sağlık kaynaklarının planlanmasında yardımcı olabilecek düzeydedir.

Çalışmamız bulguları literatür bulgularıyla değerlendirildiğinde, orijinal formdan ve çeviri formlardan en büyük farklılığı yapılan kültürel uyarlama sonucunda bireysel riskler alt etki alanında değerlendirilen bir grup sorunun anlamlılık ifade etmemesinden ve yapılan DFA ile de belirlenmesi üzerine çıkarılmış olmasıdır. Formun alt etki alanları genel olarak hem USA hem de İspanya Versiyonuyla benzer özellik gösterirken, Riskler etki alanı iki versiyondan düşük seviyede kalmıştır, akran etkileri alt etki alanı ise hiç puanlanmamıştır.

CHIP-AE USA Orijinal formda yer alan Hastalık Modülü sadece Starfield B. ve arkadaşları tarafından 1993’de kullanılmıştır. Daha sonraki araştırmalarda bu modülle ilgili geçerlilik güvenirlilik çalışmaları yapılmamıştır. Çalışmamız CHIP-AE Formu Hastalık modülü değerleri USA versiyonundan daha yüksek düzeyde geçerlilik gösterdiği görülmüştür.

Tablo- 5.5.1.Literatürde CHIP-AE Formunun Geçerlilik Güvenirlilik Formlarının Çalışma Sonuçları ve Türkiye Versiyonunun Çalışma Sonuçlarının Karşılaştırılması

	USA Versiyonu Starfield B. Sağlıklı Adölesanlar 1993			USA Versiyonu Starfield B. Hasta Adölesanlar 1993	USA Versiyonu Starfield B. N:3.451 Sağlıklı Adölesanlar 1995				İspanya Versiyonu N:417 Rajmil L. 2003	Türkçe Versiyonu Kontrol Grubu N:223	Türkçe Versiyonu Hasta Grubu N:252
	North Baltimore	Western Maryland	Arkansas		Earst Baltimore	North Baltimore	Western Maryland	Arkansas			
Memnuniyet	-	-	-	0,89	-	-	-	-	0,88	0,80	0,78
Sağlıkla ilgili	0,79	0,85	0,74	0,79	0,80	0,79	0,87	0,80	0,80	0,71	0,65
Özsaygı	0,81	0,87	0,72	0,81	0,80	0,81	0,81	0,68	0,78	0,76	0,72
Rahatsızlık	-	-	-	0,89	-	-	-	-	0,92	0,87	0,90
Fiziksel Rahatsızlık	0,80	0,85	0,83	0,80	0,86	0,82	0,88	0,87	0,82	0,69	0,77
Duyusal Rahatsızlık	0,79	0,84	0,72	0,79	0,92	0,86	0,93	0,89	0,83	0,89	0,90
Aktivitelerin Kısıtlılığı	0,71	0,73	0,77	0,71	0,62	0,74	0,66	0,70	0,65	0,63	0,76
Esneklik	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,56	0,71
Fiziksel aktivite	0,62	0,66	0,47	-	0,74	0,62	0,77	0,76	-	0,67	0,53
Sosyal Problemlerle Başetme	0,78	0,81	0,83	0,78	0,76	0,78	0,80	0,82	0,75	0,80	0,83
Evgüvenliği veSağlık	0,33	0,45	0,05	-	0,40	0,42	0,56	0,42	-	0,66	0,67
Aileye Dahil Olma	0,77	0,84	0,76	0,77	0,83	0,85	0,81	0,78	0,78	0,40	0,74
Riskler	-	-	-	0,90	-	-	-	-	0,92	0,77	0,62
Bireysel	0,77	0,87	0,77	0,77	0,79	0,70	0,84	0,77	0,75	0,76	0,59
Başarıyı tehdit eden	0,83	0,83	0,83	0,83	0,86	0,84	0,89	0,86	0,76	0,82	0,67
Akran Etkileri	0,73	0,83	0,72	0,73	-	0,73	-	-	0,82	-	-
Başarı	-	-	-	0,74	-	-	-	-	-	0,54	0,60
İş	0,42	0,76	0,31	0,79	-	-	0,72	0,78	-	-	-
Akademik	0,63	0,65	0,58	0,89	-	-	0,67	0,53	-	-	-
Hastalık	-	-	-	0,87	-	-	-	-	-	-	-
Akut Minör Hastalıklar	0,55	0,57	0,52	0,64	-	-	-	-	-	0,73	0,71
Akut Majör Hastalıklar	0,36	0,37	0,57	,083	-	-	-	-	-	0,81	0,72
Tekrarlayan Hastalıklar	0,49	0,58	0,63	0,73	-	-	-	-	-	0,73	0,72
Uzun Dönem Tıbbi Hastalıklar	0,33	0,39	0,38	0,95	-	-	-	-	-	0,77	0,73
Uzun Dönem Cerrahi Hastalıklar	0,51	0,54	0,54	0,87	-	-	-	-	-	0,80	0,72
Psikososyal Hastalıklar	0,16	0,38	0,46	0,93	-	-	-	-	-	0,76	0,71

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

6–11 yaş grubunda Hasta çocuklar hastalık ve diğer sosyal nedenlerle okula devam etme konusunda sağlıklı grubun gerisinde kalmışlardır.

6–11 yaş hasta grubunda çocukların yarısı tekrarlayan hastalıklar ve akut majör hastalıklar nedeniyle yatarak tedavi görmüşlerdir.

6–11 yaş hasta grubunda çocukların yarısından çoğu ilk kez hastaneye yatmışlardır.

6–11 yaş hasta ve kontrol grubundaki çocuklar kişisel hijyenleri ile ilgili olarak (havlu, su bardağı ve diş fırçasına sahip olmak açısından) benzer özellikler göstermektedir.

6–11 yaş kontrol grubu çocukları hasta grubu çocuklara göre yemek yeme konusunda daha az seçicidir.

6–11 yaş kontrol grubunda çocukların uyku düzeninin hasta çocuklara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir.

6–11 yaş kontrol grubunda yer alan çocuklar ev koşullarını hasta grubu çocuklara göre daha yüksek oranda iyi olarak tanımlamışlardır.

6–11 yaş Hasta ve Kontrol grubu karşılaştırıldığında ölçeğin toplam ve ortalama puanları cinsiyetler açısından farklılık göstermiştir.

Cinsiyetler açısından yapılan karşılaştırmalarda Hasta Grubunda Kızların yaşam kalitesini değerlendirilmesine verdikleri yanıtlardan başarı puanlarının; kontrol grubunda ise Erkeklerin rahatsızlık puanlarının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Hasta grubu çocuklarda devam ettikleri sınıf düzeyi arttıkça başarı etki alanından aldıkları puanlar artmaktadır. Yaş büyüdükçe eğitimle ilgili başarının hastalıklardan etkilenme düzeyi düşmektedir.

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunun çocuk bildirimini ile elde edilen yaşam kalitesi skorları arasında sadece başarı ve memnuniyet ile ilgili yaşam kalitesinde fark saptanmıştır. Kontrol grubundaki çocukların başarı ve memnuniyet alanındaki yaşam kalitesi hasta gruba göre daha iyi bulunmuştur.

Genel olarak hasta çocukların ebeveynlerinin çocuklarının hasta olma konusundaki algıları kontrol grubuna göre daha yüksek düzeydedir.

Kontrol ve Hasta grubu çocukların CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Alt etki alanlarının puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kontrol grubunun alt etki alan puanlarının hasta çocuklardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çocuklarının karşı karşıya kaldıkları olası riskler konusunda her iki grupta da yüksek oranda, bir tehditle karşı karşıya olduğu düşüncesi hakimdir. Kontrol grubu ebeveynlerinin bu konuda hasta grubu ebeveynlerinden daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

Genel olarak hem hasta hem de kontrol grubunun ebeveynlerinin tüm etki alanlarından aldıkları puanların ölçek toplam puanlarının altında bir düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hasta grubu çocukların Rahatsızlık etki alanı skorunun kontrol grubundan çok daha düşük olduğu saptanmıştır. Hasta grubu çocukların risk oranı kontrol grubundan daha yüksektir. Kontrol grubunun kendilerini olası risklere karşı koruma düzeyleri daha yüksektir. Hasta grubunun Başarı etki alanından aldıkları puanlarının ölçek toplam puanın altında olduğu, kontrol grubunun hasta grubundan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Ebeveynler Hastalık olgusunun çocuklarını akademik yönden olumsuz yönde etkilediği görüşündedirler.

Ölçeğin Hastalıklar Modülünün tüm alt etki alanlarında kontrol grubunun ebeveynlerinin vermiş olduğu yanıtlar hasta grubundan daha düşük düzeyde kalmıştır.

Hasta grubu ve kontrol grubu ebeveynlerinin çocuklarının yaşam kalitesi kriterlerine verdikleri yanıtların toplam puanlar bazında değerlendirildiğinde, hasta grubu ebeveynler içinde buldukları hastalık olgusunun yarattığı olumsuzlukları gözlemlemekte ve çocuklarının bunlarla baş etme konusunda da kontrol grubuna göre daha alt seviyede olduğunu düşünmektedir.

Kontrol grubunda küçük yaş grubu çocukların ebeveynlerinin, çocuklarının hastalıklara karşı gösterdiği esneklik davranışı diğer yaş grubu çocuklara göre daha düşük orandadır.

Eğitim seviyesi daha yüksek olan her iki gruptaki ebeveynler çocuklarının algıladıkları yaşam kalitesi memnuniyet düzeyini daha yüksek değerlendirmişlerdir.

Hasta grubunda Eğitim seviyesi daha yüksek olan ebeveynler çocuklarının riskler etki alanı puan düzeyini daha yüksek değerlendirmişlerdir.

Hasta grubu ebeveynlerinin çoğu hastalık nedeniyle çocuklarına psikolojik yardım sağlarken Kontrol grubunda ters orantılı olarak ebeveynlerin çoğu hiç böyle bir desteğe ihtiyaç duymamıştır.

Hasta grubu ebeveynlerin hastalık formuna verdikleri yanıtlardan Akut seyirli hastalıklarda sağlık algısı ve davranışları konusunda göstermiş olduğu baş etme davranışları yetersizdir.

Akut dönem majör hastalıklar kategorisinde Ebeveynler çocuklarının karşılaşılabilecekleri risklere açık olduklarını ve çocuklarının bu davranışlarla baş etme konusunda yetersiz kaldıklarını düşünmektedirler.

Tekrarlayan ve uzun dönem tıbbi tedavi kategorilerinde rahatsızlık etki alanında farklılıklar gözlenmiştir. Kronik seyirli hastalıkların yer aldığı bu alanda hastalık ve tedavi sürecinin uzaması yaşanan fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkları arttırmaktadır.

Uzun Dönem Cerrahi hastalıklarda Memnuniyet, Esneklik ve Riskler etki alanında farklılık görülmüştür. Yapılan tıbbi müdahale ve hastanede kalış süresi arttıkça yaşam kalitesini etkileyen parametrelerde değişimler olmaktadır.

Farklı hastalık kategorilerinde çocuk ve ebeveynlerin desteklenmesi gerekmektedir.

12–17 yaş grubu hasta çocukların yaklaşık yarısı bir kez hastanede yatarak tedavi olmuşlardır.

Kontrol grubu adölesanlar hasta grubuna göre yaşadıkları ev ortamından daha çok memnunnlardır.

12–17 yaş hasta grubunun yaklaşık yarısı uzun dönem tıbbi tedavi ve tekrarlayan hastalıklar nedeniyle hastanede yatarak tedavi görmüşlerdir.

Adölesanların beklentileri değerlendirildiğinde, sağlıklarının ne yönde değişeceği, iyileşip iyileşemeyecekleri, hastalıklarının seyri hakkında bilgiye ihtiyaçları olduğunu saptanmıştır.

12–17 yaş Hasta ve Kontrol grubunda ölçeğin toplam ve ortalama puanları cinsiyetler açısından farklılık göstermektedir.

12–17 yaş Hasta grubu ve Kontrol grubu adölesanların CHIP-AE Formu Alt etki alanlarından aldıkları toplam puanlar değerlendirildiğinde kontrol grubunun alt etki alan puanları hasta grubunda daha yüksektir.

Riskler etki alanının toplam puanının hasta grubunda kontrol grubundan çok daha düşük olduğu saptanmıştır. Hasta grubunda hastalık ya da yaralanma olasılığını yükseltebilecek bilinen davranışlara karşı risk oranının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin Hastalıklar Modülünde tekrarlayan hastalıklar alt etki alanı hariç tüm etki alanlarında kontrol grubunun vermiş olduğu yanıtlar hasta grubundan daha düşük düzeydedir. Kontrol grubunda Tekrarlayan hastalıklar alt etki alanı puanı yüksektir. Bu durum kontrol grubunun bu hastalıklarla karşı karşıya kalma ya da mevcut hastalıklarının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Hasta grubunda erkekler Sağlıkla ilgili Memnuniyet, Fiziksel Rahatsızlık, Duygusal Rahatsızlık, Fiziksel Aktivite etki alanlarında daha yüksek puan almışlardır. Bu durum sağlıklarını algılama konusunda olumlu tutum gösterdiklerini, duygusal açıdan ve fiziksel aktivelerini yürütmek konusunda daha fazla risk altında olduklarını göstermektedir. Kontrol grubunda kızlar, Sosyal Problemlerle Baş Etme, Aile Tutumu etki alanlarında, hasta grubunda ise Sosyal Problemlerle Baş Etme, Riskler ve Başarıyı Tehdit Eden Riskler etki alanlarında daha yüksek puan almışlardır. Sosyal açıdan ve okul başarısını tehdit eden unsurlarla karşı karşıya kalma konusundan daha fazla risk altındadır.

Kontrol grubu küçük yaş adölesanların hastalık durumunun memnuniyeti daha az düzeyde etkilemektedir. Risklerle karşı karşıya kalma düzeyi büyük yaş grubu çocuklara göre daha fazladır.

Hasta grubu küçük yaş adölesanlarında memnuniyet düzeyi büyük yaş grubuna göre daha yüksektir. Rahatsızlıklarla karşı karşıya kalma olasılığı büyük yaş grubu adölesanlara göre daha fazladır.

Hasta grubu küçük yaş adölesanların hastalıklardan etkilenme düzeyi büyük yaş grubu adölesanlara göre daha yüksektir..

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili - CHIP-CE Formunun Kontrol grubu ve hasta grubu açısından geçerlilik- güvenirlik değerlendirilmesinde Hasta Grubunda Cronbach's Alpha değeri 0,79; Kontrol Grubunda ise 0,80 olarak gerçekleşmiştir. Hem alt etki alanlarında hem de tüm madde analizlerinde Cronbach's Alpha değerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kültürel dil uyarlaması yapıldıktan sonra sunulan Türkçe form Türk çocukları (sağlıklı ve hasta grup) için geçerliliği yüksek bir form olarak değerlendirilmiştir.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hasta ve Kontrol Grubunda Cronbach's Alpha değeri 0,89; olarak gerçekleşmiştir. Formun Türk çocukları için geliştirilen sürümü hem kontrol grubundaki çocukların ebeveynleri için (sağlıklı çocuk ebeveyn profili) hemde hasta grubu çocukların ebeveynleri için geçerliliği yüksek bir form olarak değerlendirilmiştir.

CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Hastalık Modülünden elde edilen sonuçlar hem sağlıklı hem de hasta çocukların fiziksel, duygusal, sosyal ve okulla ilgili yaşam kalitelerini ve hastalık durumlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde ortaya koyabilmektedir.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Profili -CHIP-AE Formunun Kontrol grubu ve Hasta grubu açısından geçerlilik- güvenirlik değerlendirilmesinde Cronbach's Alpha değerleri Kontrol grubunda 0,75; Hasta grubunda 0,79 olarak hesaplanmıştır. Formun Türk çocukları için geliştirilen versiyonun sağlıklı ve hasta grubunda geçerliliği yüksektir. Yapılan faktör analizi doğrultusunda, doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilmiş olan madde ve etki alanları istatistiksel olarak uygun bir dağılım göstermiştir.

6.2. Öneriler

Bugüne kadar, geçerlilik ve güvenirlik ölçüm araçları sadece sınırlı sayıda kriterleri ortaya koymak ve çocukların yaşam kalitesini değerlendirilmek için geliştirilmiştir. Ortaya konmak istenen veriler yaşam kalitesinin hem kabul edilebilir tanımını yansıtmalı hemde olumsuz faktörleri vurgulamalıdır. Öçekler çok boyutlu

olmalı ve fiziksel, psikolojik ve sosyal refah faktörlerini mutlaka içermelidir. Yaşam kalitesi ölçümü de, çocuğun gelişimsel aşamaları dikkate alınarak belirli bir kültürün tüm çocukları için geçerli olacak ve kısa ve kullanımı kolay formlar olmalıdır. Çocuğun yaşam kalitesini değerlendirmede yaş dönemi gelişimsel çerçeve de önemlidir. Çünkü çocukların bilişsel yetenekleri, davranışları ve gelişimi boyunca kendi refahlarını değerlendirmeleri oldukça öznel bir deneyimdir.

Hastanede geçirilen tedavi sürecinin çocuklar üzerinde olumsuz etkiler bırakmasını önlemek için; hasta çocukla birlikte annenin/ebeveynin refakatçi kalması, oyun odalarının düzenlenmesi, hastane hakkında hazırlayıcı eğitim programlarının oluşturulması, uzun süreli tedavi alan çocuklar için özel eğitim hizmetlerinin verilmesi önemlidir.

Çocuk sağlığının geliştirilmesi, düzeltilmesi konusunda önemli bir görev üstlenen hastane mekanlarının çocuk bölümlerinde tedavi gören, farklı yaş grubundaki çocukların gereksinimlerinin karşılanması çocuklar üzerinde olumlu etkiler bırakacaktır.

Toplumun geleceği olarak tanımlanan çocukların sağlık ve eğitim haklarına sahip çıkmak yetişkinlerin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır. İçinde yaşadıkları çevre koşulları çocukların gelişimi üzerinde olumlu ve olumsuz etkiler yapabilmektedir. Hasta çocukları ruhsal yönden destekleyecek, gelişim evrelerine uygun hastane sınıfları ve çocuk yaşam merkezleri hasta çocuk sağlığını her yönden olumlu etkileyecek çözümlerle desteklenmelidir.

Hasta çocukların psikososyal gereksinimleri doğrultusunda, onları tedirgin etmeyen, huzur veren, estetik, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik, hastanede eğitim mekanlarının oluşturulması gereklidir.

Gelecek neslin temsilcileri olan çocuklarımızın hastalık olgusu içinde iyi desteklenmelerini sağlamak, yaşları gereği görsel algılarının ve kendilerini yazı, resim

gibi farklı iletişim araçları ile daha iyi ifade ettikleri dönemde, hastalık olgusuyla baş etmelerine yardımcı olacak ve bu alanda çalışan eğitim ve sağlık çalışanlarının da kolayca ulaşabileceği materyallere ihtiyaç vardır. Hastane ile ilgili sık karşılaşılan sorunları dile getirmek, çocukları tıbbi müdahaleye dahil etme ve yaşanacak süreci anlayabilecekleri dilde aktarmak için okuyarak öğrenme yöntemiyle sıkıntıları azaltmak etki bir yöntemdir. Bu nedenle için hastalıklara ve çocuk birimlerine özgü materyaller etkili bir iletişim aracı olarak geliştirilmelidir.

6–11 yaş ve 12–17 yaş grubu çocuklar için Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan ölçeğin farklı hastalık gruplarında, özellikle kronik hastalıklı çocuklarla çalışarak etkinliğinin değerlendirilmesi ve çocukların ihtiyaçlarının belirlenmesi önerilir.

Ölçeğin daha büyük bir popülasyonda sağlıklı çocuk profilini ortaya koymak amacıyla tekrarlanması yararlı olacaktır.

CHIP-CE, CHIP-AE, CHIP-CE 76 Ebeveyn Formu Sağlıklı çocuklar için danışmanlık merkezlerinde, hasta çocuklar için(DM, DEHAB, Akut ve Kronik Böbrek Hastalığı, JRA, Onkoloji hastaları, Terminal dönem çocuklar, Kalp Hastalıkları vb. Kronik seyirli ve tekrarlama riski yüksek hastalık gruplarında) profesyonel sağlık ekibi tarafından tedavi, sürecine katkı sağlamak amacıyla kullanılmalıdır.

Diğer birçok çalışmada belirtildiği gibi ebeveyn formların mecburi bir durum söz konusu olmadığı sürece tek başına değerlendirilmemesi gerektiği mutlaka çocuk formuyla birlikte bir karşılaştırma yapılarak değerlendirilmesinin her zaman sağlıklı sonuçlar vereceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR DİZİNİ

- 1- 1219 Sayılı 1928 tarihli Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- 2- Acıduman A., 2009, Şânîzâde Mehmed Atâullah Efendi ve Mi'yârü'l-Etibbâ adlı eserinde çocuk hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 52, 42-52 s.
- 3- Acıduman A., ve İlgili Ö.,2011, Erken dönem Türkçe tıp yazmalarından Hacı Paşa'nın (Celalüddin Hızır) Teshîl adlı eserinde çocuk sağlığı ve hastalıkları üzerine bir ön çalışma, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 54, 231-243 s.
- 4- Acıduman A., ve Arda B.,2012, Çocuk hastalıkları perspektifinden Razi ve vaka temelli eseri "Kitâbü't-Tecârib", Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 55, 216-234 s.
- 5- Acıduman A., ve İlgili Ö., 2012, XVIII. yüzyılda Osmanlı tıbbında çocuk hastalıkları ile ilgili bir bölüm içeren önemli bir Türkçe eser: Nüzhetü'l-Ebdân fî Tercemet-i Gâyeti'l-itkân, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 55, 110-125 s.
- 6- Akyüz, E.,2000, Ulusal ve Uluslararası Hukukta Çocuğun Haklarının ve Güvenliğinin Korunması, Milli Eğitim Basımevi, Ankara, 50-59 s.
- 7- Alonso J., Urzola D., Serra-Sutton V., Tebé C., Starfield B., Riley AW., Rajmil L., 2008, Validity of the health profile-types of the Spanish Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). Value Health., 11(3):440-9p.
- 8- Alpar R., 2010, Spor,sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlilik güvenirlilik, Detay Yayıncılık, Ankara, 349-351 s.(alfa değeri)

- 9- Alpar R., 2010, Spor,sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlilik güvenilirlik, Detay Yayıncılık, Ankara, 377-385 s. (madde bütün analizi)
- 10- Altshuler S.J., Poertner J., 2002, The Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition: Assessing Well-Being in Group Homes or Institutions, Child Welfare ., 81(3), 495-513 p.
- 11- Aristoteles, 2007, Nikomakhos'a Etik, Çev: Saffet Babür, Bilge Su Yayıncılık, Ankara
- 12- Ay M.E., 1991, İslam hukuku kaynaklarına göre , pedagojik açıdan çocuk eğitiminde dayak cezasına getirilen sınırlamalar, Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi, 3(3), 225-230.
- 13- Bademci V., 2011, Kuder-richardson 20, Cronbach'ın alfası, hayt'ın varyans analizi, genellenirlik kuramı ve ölçüm güvenilirliği üzerine çalışma, Dicle üniversitesi, Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi ,17,173-193 s.
- 14- Baykoç Dönmez N., 2006, Hastanede Çocuk ve Genç, Gazi Yayınevi, Ankara.
- 15- Bergner M., 1989, Quality of life, health status, and clinical research, Med Care., 27(3), 148-56 p.
- 16- Berra S., Borrell C., Rajmil L., Estrada MD., 2006, .Perceived health status and use of healthcare services among children and adolescents. Eur J Public Health. , 16(4):405-14 p.
- 17- Bilgin A.C., 2010, Sağlıkta yaşam niteliği ve etik, 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, İzmir, 50-52 s.

- 18- Bozkurt N., 2003, Kaliteli yaşamın felsefesi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi, 2(3), 15-16 s.
- 19- Bradford JY., O'Sullivan PS.,2007,The relationship between the use of health clinics in rural Mississippi schools and the CHIP-AE adolescent health profile. J Sch Nurs., 23(5):293–8.
- 20- Bradlyn A.S., 2004, Health-Related Quality of Life in Pediatric Oncology: Current Status and Future Challenges, Journal of Pediatric Oncology Nursing , 21: 137-140 p.
- 21- Bullinger M., and Ravens-Sieberer U., 1995, General principles, methods and areas of application of quality of life research in children, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 44(10), 391-99 p.
- 22- Bullinger M., Schmidt S., Petersen C., and The Disabkids Group., 2002, Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: European approach, International Journal of Rehabilitation Research 25, 197–206 p.
- 23- Camfield L., and Skevington S.M., 2008, On Subjective Well-being and Quality of Life, J Health Psychol September, 13, 764-775 p.
- 24- Casas F., 1997, Children's rights and children's quality of life: conceptual and practical issues, Social Indicators Research, 42, 283–298 p.
- 25- Chen SP., Chen EH., 1999, Application of modified CHIP-AE in a vocational high school. ABNF J. 10(5):104-10 p.
- 26- Cheng H., and Furnham A., 2001, Attributional style and personality as predictors of happiness and mental health, Journal of Happiness Studies, 2, 307–327p.

- 27- Cılga, İ., 2001 Demokrasi insan hakları kültürü ve çocuk hakları. Milli Eğitim, Eğitim ve Sosyal Bilimler Dergisi, 151 s.
- 28- Cirhinlioğlu Z., 2012, Sağlık Sosyolojisi, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.
- 29- Clarke S., and Eiser C., 2004, The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review, Health and Quality of Life Outcomes, 2(66), 1-5p.
- 30- Çakın Memik N., Ağaoğlu B., Coşkun A., Üneri Ö., ve Karakaya I., 2007, Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 18(4),353-363 s.
- 31- Çakın Memik N.,2005 Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Uzmanlık Tezi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- 32- Çelik E., ve Yılmaz., 2011, 11. Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu, Yapısal Eşitlilik Modellemesi Lisrel Çalıştayı 11. Ekonometri Çalıştayı (http://www.academia.edu/1736282/Yapısal_Eşitlik_Modeli_ve_LISREL)
- 33- Dağ İ., 1992, Kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikopatoloji ilişkileri, Psikoloji Dergisi, 7 (27), 1-9 s.
- 34- Davis E., Waters E., Mackinnon A., Reddihough D.,Graham HK. , Ö.M. Radji., Boyd R., 2006, Paediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on Outcomes Developmental Medicine & Child Neurology, 48: 311–318 p.

- 35- Dell'Agello G., Maschietto D., Bravaccio C., at., 2009, Atomoxetine hydrochloride in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder: A placebo-controlled Italian study. , *Eur Neuropsychopharmacol.*, 19(11):822-34p.
- 36- Demir A., 2012, Tarihten günümüze çocuk hakları, *International Journal of Early Childhood Education Research*, 1(3), 37-47 s.
- 37- Demirhan E.A., 1996, Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi, Nobel Tıp Kitabevi, Bursa 1-342 s.
- 38- Ditesheim JA., and Templeton JMJ., 1987, Short-term vs long term quality of life in children following repair of high imperforate anus, *Journal of Pediatric Surgery*, 22,581-587 p.
- 39- Doğan, İ., 2000, Akıllı Küçük Çocuk Kültürü ve Çocuk Hakları Üzerine Sosyokültürel Bir İnceleme, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 20-50s.
- 40- Dolgun G., 2003, Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (DE/HB_YKÖ) Geliştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, ss. 35-48s.
- 41- Döpfner M., Steinhausen HC., Coghill D., 2006, Cross-cultural reliability and validity of ADHD assessed by the ADHD Rating Scale in a pan-European study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.*, 15 Suppl 1:146-55p.
- 42- Edisan Z., ve Kadioğlu F., 2011, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Etik Açıdan Bir Değerlendirmeturkiye Klinikleri, *J Med Ethics* , 19(1),8-15p.
- 43- Eiser C., 1997, Childrens quality of life measures, *Arch Dis Child*, 77,350-354 p.

- 44- Eiser C., 2004, Children With Cancer: The Quality of Life , Lawrence Erlbaum Associates, Incorporated. (<http://www.questia.com/library/104621853/children-with-cancer-the-quality-of-life>)
- 45- Eiser C., and Morse R., 2001, Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood, Health Technol Assess, 5,1-156 p.
- 46- Eiser C., and Morse R.A., 2001, Review of measures of quality of life for children with chronic illness, Arch Dis Child, 84,205-211 p.
- 47- Eiser C., Mohay H., Morse R., 2000, The measurement of quality of life in young children, Child Care Health Dev, 26,401-414 p.
- 48- Elçioğlu Ö., ve Kırımlıoğlu N., 2003, “Tıp Etiği İlkeleri”, (Ed. Ayşegöl Demirhan Erdemir ve ark.) Çağdaş Tıp Etiği, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- 49- Elçioğlu Ö.,2011, VI. Meeting of the International Society for the History of Medicine, Barcelona.
- 50- Elkind, D. (2001). “Değişen Dünyada Çocuk Yetiştirme ve Eğitim”. Dünyada ve Türkiye’de Değişen Çocukluk: 3. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi (İç.), Yayına Hazırlayan: Bekir Onur. Ankara: Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, s. 15-25s.
- 51- Ercan R., 2011, Modern çocuk paradigması, ZfWT, 3(2), 85-98 s.
- 52- Erdemir A.D., 2011, Tıpta etik ve deontoloji (yirmi birinci yüzyılda) Nobel Tıp Kitabevi, 1. baskı İstanbul, 229-269 s.
- 53- Erdemir A.D.,ve Elçioğlu Ö., 2011, Ben Hasta Değilim , tıp etiği:tedavi için çocuk rızası (Ed: Aysel Ekşi) , Nobel Tıp Kitabevi 2. baskı ,İstanbul, 649-662 s.

- 54- Ersoy N.,ve Aydın E., 1994, Tıbbi Etik'te Yararlılık İlkesi, T Kil Tıbbi Etik , 2,57-60 s.
- 55- Escobar R., Schacht A., Wehmeier PM., Wagner T., 2010 Quality of life and attention-deficit/hyperactivity disorder core symptoms: a pooled analysis of 5 non-US atomoxetine clinical trials. J Clin Psychopharmacol., 30(2):145-51 p.
- 56- Eser E., Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması Sağlıkta Birikim 1(2), 6-8 s.
(http://www2.bayar.edu.tr/saglik/docs/sagliktabirikim/2/6_8.pdf) (05.05.2013)
- 57- Eser E., Yüksel H., Baydur H., Erhart M., ve Saatli G., 2008, Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği (KID-KINDL) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 19(4), 409-417 s.
- 58- Estrada M.D. ,Rajmil L., Serra-Sutton V., at., 2010 Reliability and validity of the Spanish version of the Child Health and Illness Profile (CHIP) Child- Edition, Parent Report Form (CHIP-CE/PRF) Health and Quality of Life Outcomes 20, 8(78):1-9 p.
- 59- Estrada MD., Rajmil L., Herdman M., Serra-Sutton V., Tebe´ C., Alonso J.,Riley AW.,Forrest CB., Starfield B.,2012, Reliability and validity of the Spanish version of the Child Health and Illness Profile Child-Edition/Child Report Form (CHIP-CE/CRF), Qual Life Res, 21:909–914 p.
- 60- Fidaner C., 2004, Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) Kavramı: Bir Giriş Denemesi, İzmir I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu.
- 61- Forrest C.B., Starfield B., Riley A.W., Kang M., 1997, The Impact Of Asthma On The Health Status Of Adolescentschristopher, Pediatrics , 99(2), 1-7 p.

- 62- Forrest C.B., Riley A.W., at., 2004, Predictors of children's healthcare use: the value of child versus parental perspectives on healthcare needs, *Med Care.*, 42(3):232-8 p.
- 63- Franklin, B., *Çocuk Hakları*,1993, (Çev.: Türker, A.) Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- 64- Gerson A.C., Riley A., Fivush B.A., Pham N., at Fiorenza J., 2005, Assessing Health Status and Health Care Utilization in Adolescents With Chronic Kidney Disease, *J Am Soc Nephrol*, 16, 1427–1432 p.
- 65- Grant M., Padilla GV., Farrell BR., 1990, Rhiner M. Assessment of quality of life with a single instrument, *Oncol Nurs*, 6, 260–70 p.
- 66- Guillemin F., Bombardier C., Beaton D., at. 1993., Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *C Clin Epidemiol*, 46(12), 1417-32 p.
- 67- Gülpınar F., 2010, Haliç Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü Grafik Tasarım Programı Görsel Kavramlar, İllüstrasyon Ve Çocuk Kitapları Yüksek Lisans Tezi/Yüksek Lisans Dönem Projesi, İstanbul.
- 68- Gündüz T., Kırımlıoğlu N., Eşiyok B., Erdemir A.D. , 2001, Aydınlatılmış Onam Ve Çocuk Hastaya İlişkin Hukuki Düzenlemeler Türkiye Klinikleri *J Med Ethics* , 9(1),27-34 s.
- 69- Hack M., Cartar L., Schluchter M., Klein N., at. Forrest C.B., 2007, Self-Perceived Health, Functioning And Well-Being Of Very Low Birth Weight Infants At Age 20 Years *J Pediatr.* ,151(6), 635-41 p.
- 70- Hadorn D.C., and Hays R.D., 1991, Multitrait-Multimethod Analysis of Health-Related Quality-of-Life Measures, *Medical Care*, 29 (9), 829–840 p.

- 71- Henning P., Tomlinson L., Rigden SPA., Haycock GB., Chantler C., 1988, Long-term outcome of treatment of end stage renal failure, Archives of Diseases in Childhood, 63,35-40 p.
- 72- Herndon DN., LeMaster J., Beard S., Bernstein N., at. Lewis SR., 1986, The quality of life after major thermal injury in children, Journal of Trauma, 26, 609–619 s.
- 73- Hosper J.,1996, Human conduct problems of ethics “children’s rights”, 3. Edition, Printed in the United States of America, 228-232 p.
- 74- <http://www.bayar.edu.tr/~saykad/eseryasamkalite.pdf> (03.04.2012)-Eser E., Algılanan Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.
- 75- <http://www.fisek.org.tr/web-cocuk-7php> -Şengül Hablemitoğlu “Çocukların Hakları ve Çocukların Yaşam Kalitesi” (2010.01.27)
- 76- http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23b.html Çocuk hakları sözleşmesi,1989.
- 77- Işık A., ve Meriç M., 2010, Hayatın Kalitesi (Quality Of Life) Kavramının Felsefik Temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt, Ege Akademik Bakış / Ege Academic Review, 10 (1) , 421-434 s.
- 78- Juniper E.F., Guyatt G.H., Feeny D.H., Gerrie P.J., Griffith L.E., Townsend M., 1996, Measuring quality of life children with asthma, Qual Life Res, 5, 35-46 p.
- 79- Karatay A., 2007, Cumhuriyet Dönemi Korunmaya Muhtaç Çocuklara İlişkin Politikanın Oluşumu, Doktora Tezi ,Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Siyaset ve Sosyal Bilimler Bilim Dalı, İstanbul, (Yayınlanmamış), 93-97 s.

- 80- Keenaghan C., and Kilroe J., 2008, A Study on the Quality of Life Tool KIDSCREEN for children and adolescents in Ireland Results of the KIDSCREEN National Survey 2005, Published by The Stationery Office, Dublin, ISBN: 978 1 4064 2025 8, 6-10 p.
- 81- Kesgin Ç., 2006, Topuzoğlu A. Sağlık Tanımı: Başa Çıkma, Journal of Istanbul Kültür University, 3, 47-49 p.
- 82- Kesgin Ç., ve Topuzoğlu A.,2006, Sağlık Tanımı: Başa Çıkma, Journal of Istanbul Kültür University, 3, 47-49 s.
- 83- Kirimlioglu N., and Elcioglu O., 2002, Children's Health Rights in Turkey Eubios Journal of Asian and International Bioethics 12 , 221-3 p.
- 84- Klosky JL, Howell CR, Li Z, Foster RH, Mertens AC, Robison LL, Ness KK., 2012, Risky health behavior among adolescents in the childhood cancer survivor study cohort. J Pediatr Psychol. 37(6):634-46 p.
- 85- Landgraf JM., Maunsell E., Speechley KN., at., 1998, Canadian-French, German and UK versions of the child health questionnaire: Methodology and preliminary item scaling results: Qual Life Res, 7(5), 433-45 p.
- 86- Małkowska-Szkutnik A., Gajewski J., Mazur J., Gajewska K.,2012, Self-esteem predictors in adolescents with diabetes]. Med Wieku Rozwoj. , 16(1):35-46 p.
- 87- Martényi F, Treuer T, Gau SS., 2009, Attention-deficit/hyperactivity disorder diagnosis, co-morbidities, treatment patterns, and quality of life in a pediatric population in central and eastern Europe and Asia, Child Adolesc Psychopharmacol. 19(4):363-76 p.

- 88- Mollaoğlu M.,2007, Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Özet Kitabı, 9–10 p
- 89- Müezzinoğlu T.,2006, Ürolojide sağlıkta yaşam kalitesi, Sağlıkta Birikim, 1(2),83-93 s.
- 90- Orgilés M, Méndez X, Spence SH, at.,2012, Spanish validation of the Spence Children's Anxiety Scale. Child Psychiatry Hum Dev., 43(2):271–81 p.
- 91- Öğretmen T., 2006 , Uluslararası okuma becerilerinde gelişim projesi (PIRLS) 2001 testinin psikometrik özelliklerinin incelenmesi: Türkiye –Amerika Birleşik Devletler örneği, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Bilim Dalı, Doktora tezi, (yayınlanmamış)
- 92- Öksüz E., ve Malhan S., 2005, Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi: Kalitemetri, Başkent Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- 93- Özdoğan H., Ruperto N., Kasapçopur O., Bakkaloglu A., at. Arisoy N., 2001, The Turkish version of childhood assessment questionnaire (CHAQ) and the child health questionnaire (CHQ), Clin. Exp. Rheumatol, 19 (23),158–162 p.
- 94- Pais-Ribeiro J.L., 2004, Quality of life is a primary end-point in clinical settings , Clinical Nutrition , 23, 121–130 p.
- 95- Pınar R., 1997, Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, Sendrom Dergisi, 9(9),117-124 s.
- 96- Pieper A., 2012, Etiğe giriş,Çev: Gönül Özen Sezer/ Veysel Atayman , Ayrıntı Yayınları.

- 97- Piqueras JA, Orgilés M, Espada JP, 2012, Health-related quality of life across weight categories in childhood, *Gac Sanit.* 26(2):170-3 p.
- 98- Prasad S., Harpin V., Poole L., 2007, A multi-centre, randomised, open-label study of atomoxetine compared with standard current therapy in UK children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Curr Med Res Opin.* 23(2):379-94 p.
- 99- Pueyo M.J., Serra-Sutton V., Alonso J., Starfield B., at Rajmil L., 2007, Self-Reported Social Class in Adolescents: Validity and Relationship With Gradients in Self-Reported Health , *BMC Health Services Research*, 7, 151 p.
- 100- Raat H., Botterweck AM., Landgraf JM., at.,2005, Reliability and validity of the short form of the child health questionnaire for parents (CHQ-PF28) in large random school based and general population samples, *J Epidemiol Community Health*, 59(1),75-82 p.
- 101- Ravens-Sieberer U., Gosch A., Rajmil L., Erhart M., at. the European KIDSCREEN Group, 2005, KIDSCREEN–52 quality-of-life measure for children and adolescents, *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 5(3), 353–364 p.
- 102- Rebok G., Riley A.,Forrest C., 2001, Elementary school-aged children’s reports of their health : A cognitive interviewing study, *Quality of Life*, 10:59-70 p.
- 103- Rhee S., Chang J., Rhee J., 2003, Acculturation, communication patterns, and self-esteem among Asian and Caucasian American adolescents., *Adolescence.* , 38(152), 749-68 p.

- 104- Riaño-Galán I., Málaga S., Rajmil L., Ariceta G., Navarro M., Loris C., Vallo A., 2009, Quality of life of adolescents with end-stage renal disease and kidney transplant. *Pediatr Nephrol.*, 24(8):1561–8 p.
- 105- Riley A.W., Forrest C.F., Rebok G.W., Starfield B., Green B., Robertson J., Friello P., 2001, The Child Report Form of the CHIP-Child Edition. Reliability and validity, *Med Care* ,42,221-231 p.
- 106- Riley A.W., Forrest C.F., Starfield B., Rebok G.W., Robertson J., Green B., 2004, The parent report form of the CHIP-Child Edition. Reliability and validity. *Med Care*, 42, 210-220 p.
- 107- Riley A.W., Forrest C.F., Starfield B., Rebok G.W., Robertson J., Green B., 2004, The parent report form of the CHIP-Child Edition. Reliability and validity. *Med Care*, 42, 210-220 p.
- 108- Riley AW., Forrest C.B., Starfield B., Green B., at. Kang, M., 1998, Reliability And Validity Of The Adolescent Health Profile-Types, *Medical Care*, 36(8), 1237-1248 p.
- 109- Riley AW., Green B., Forrest C.B., Starfield B., at. Kang, M., 1998, A Taxonomy Of Adolescent Health: Development Of The Adolescent Health Profile-Types, *Med Care*, 36(8), 1228-36 p.
- 110- Riley AW., Coghill D., Forrest CB., Lorenzo MJ., 2006, Validity of the health-related quality of life assessment in the ADORE study: Parent Report Form of the CHIP-Child Edition. *Eur Child Adolesc Psychiatry.*, 15 Suppl 1:163-71 p.
- 111- Rodrigues M.A., Apóstolo J.L.A., 2010, Portuguese adaptation of the Child Health and Illness Profile, Child Edition (CHIP-CE) , *Revista de Enfermagem Referência III Série - n.º 2 - Dez.* 121-126 p.

- 112- Rousseau, J.J., Emile: Bir Çocuk Büyüyor,2003, (Çev.: Akgündüz Ü.), Selis Kitaplar Yayınevi,İstanbul, 11-141 s.
- 113- San Juan A.F., Chamorro-Viña C., Maté-Muñoz J.L., at., 2008, Functional capacity of children with leukemia, Int J Sports Med.,29(2):163-7 p.
- 114- Sanberk İ., ve İnanç B.Y., 2004, Yaşam kalitesinin sağlık denetim odağı, fiziksel belirti ve öz yeterlilik açısından incelenmesi, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3(36), 92-104 s.
- 115- Sanberk İ., ve İnanç B.Y., 2009, Yaşam kalitesinin sağlık denetim odağı, fiziksel belirti ve özyeterlik algısı açısından incelenmesi, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3 (36) , 92-104 s.
- 116- Sánchez-López M., Salcedo-Aguilar F., Solera-Martínez M., .at. 2009, Physical activity and quality of life in schoolchildren aged 11-13 years of Cuenca, Spain. Scand J Med Sci Sports. 19(6):879-84 p.
- 117- Sapanacalı F., 2009, Toplumsal açıdan yaşam kalitesi , Altın Nokta Basım Yayın Dağıtım, İzmir, 15-45 s.
- 118- Sapmazlı H., 1943, Çocuk Hakları ve Himaye Müesseseleri, Yeni Cezaevi,Ankara, 5-30 s.
- 119- Sarı N.,2007, “Tıp Etiği İlkeleri”, (Ed. Nil Sarı ve ark.) Tıp tarihi ve tıp etiği ders kitabı, İstanbul Üniversitesi: 4711, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları No: 00249, 140–158 s.

- 120- Schacht A., Escobar R., Wagner T., Wehmeier PM.,2011, Psychometric properties of the quality of life scale Child Health and Illness Profile-Child Edition in a combined analysis of five atomoxetine trials. *Atten Defic Hyperact Disord.*, 3(4):335-49 p.
- 121- Sencer M., 1981, *Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğü/yöntem bilim terimleri sözlüğü*, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara.
- 122- Serozan, R., 2005, *Çocuk Hukuku*, Vedat Yayıncılık, İstanbul, 15-30 s.
- 123- Serra-Sutton V., Rajmil L., Alonso J., Riley A., Starfield B., 2003, Reference population values for the Spanish Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE) using a representative school-based sample, *Gac Sanit.* ;17(3):181-9 p.
- 124- Sharon W.D., 1999, Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going?, *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(4), 355-363 s.
- 125- Sibinga E.M., Kerrigan D., Stewart M., Johnson K., Magyari T., Ellen J.M., 2011, Mindfulness-based stress reduction for urban youth, *J Altern Complement Med.* , 17(3):, 213–218 p.
- 126- Song SH., Kim BN., Choi NH., at., 2012, A 30-month prospective follow-up study of psychological symptoms, psychiatric diagnoses, and their effects on quality of life in children witnessing a single incident of death at school. , *J Clin Psychiatry.*, 73(5) :e594-600 p.
- 127- Starfield B, Forrest CB, Ryan SA, Riley AW, Ensminger ME, Green BF.,1996,Health status of well vs ill adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* , 150(12):1249-56 p.

- 128- Starfield B, Riley AW, Green BF, Ensminger ME, Ryan SA, Kelleher K, Kim-Harris S, Johnston D, Vogel K., 1995, The adolescent child health and illness profile. A population-based measure of health. *Med Care.* ,33(5):553–66 p.
- 129- Starfield B., Ensminger M., Riley A., McGauhey P., at. A. Skinner., 1993, Adolescent Health Status Measurement: Development of the Child Health and Illness Profile *Pediatrics* ,91, 430-435 p.
- 130- Starfield B., Riley A.W., Witt W.P., Robertson J., 2002, Social Class Gradients İn Health During Adolescence, *J Epidemiol Community Health*, 56, 354–361 p.
- 131- Sümer N., (2000), Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar, *Türk Psikoloji Yazıları*, 3 (6), 49-74 s.
- 132- Svanborg P., Thernlund G., Gustafsson PA., 2009, Atomoxetine improves patient and family coping in attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study in Swedish children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.*, 18(12):725–35 p.
- 133- Şencan H., 2005, Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik, *Seçkin Yayınları* , Ankara, 686-688 s.
- 134- Şimşek M., 2012, İslâm hukuku ve pozitif hukuk açısından çocukta ceza ehliyeti. *İnsan ve Toplum*, 2 (3), 139–164 s.
- 135- Tan, M.,1994, “Çocukluk: Dün ve Bugün”, *Toplumsal Tarihte Çocuk*,Tarih Vakfı Yurt Yayınları, İstanbul, 11-30 s.
- 136- Tekeli İ.,2004, Yaşam kalitesi göstergeleri: Türkiye için bir veri sistemi önerisi, *TÜBA Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları*; Ankara.

- 137- Tiryakioğlu., 1991, Çocukların Korunmasına İlişkin Milletlerarası Sözleşmeler ve Türk Hukuku, Aile Araştırmaları Kurumu Yayınları, Ankara, 3-6 s.
- 138- Veenhoven R., 2003, Happiness, *The Psychologist*, 16(3), 128-9 p.
- 139- Ware JE., Harris WJ., Gandek B., at.1997, MAP-R for Windows: Multitrait/Multi-item Analysis Program-Revised User's Guide. Boston, MA: Health Assessment Lab.Sandra Shapshayj , Children's Rights And Children's Health *Journal Of Social Philosophy*, 39(4), 583-605 p.
- 140- Wehmeier PM., Schacht A., Escobar R., at.2010, Differences between children and adolescents in treatment response to atomoxetine and the correlation between health-related quality of life and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder core symptoms: Meta-analysis of five atomoxetine trials. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.*, 6(4):30 p.
- 141- Wehmeier PM., Schacht A., Escobar R., Hervas A., Dickson R.,2012, Health-related quality of life in ADHD: a pooled analysis of gender differences in five atomoxetine trials. *Atten Defic Hyperact Disord.* , 4(1):25–35 p.
- 142- WHOQOL Group., 1995, The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.' Special Issue on Health-Related Quality of Life: what is it and how should we measure it? *Social Science and Medicine*, 41,1403–1409 p.
- 143- Wong IC, Asherson P, Bilbow A, Clifford S, Coghill D, DeSoysa R, Hollis C, at.,2009,Cessation of attention deficit hyperactivity disorder drugs in the young (CADDY)--a pharmacoepidemiological and qualitative study. *Health Technol Assess.* 13(50):iii-iv, ix-xi, 1-120 p.

- 144- Young K.J., and Longman A.J., 1983, Quality of life and persons with melanoma: a pilot study, *Cancer Nursing*, 7 , 219–225 p.
- 145- Yurdakök M.,2004, Tuhfe-i Mubarizi'de çocuk hekimliği bilgileri, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*,47:233-236 s.
- 146- Yüksel H., Eser E., Çelik C., Akıncı G., ve Eser S., 2004, Çocukluk çağı için astım yaşam kalitesi ölçeğinin (PAQLQ) Türkçe çevirisinin güvenilirliği ve geçerliliği. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, İzmir, 77 s.

8.EKLER

8.1.Ek.1.

ID#.....

Gün

Yer



Cinsiyetiniz:

Senin için doğru olan seçeneği dairenin içine x işareti koyarak işaretle.



Erkek

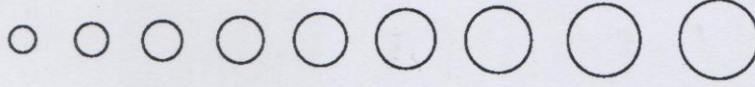


Kız



Kaç yaşındasın?

Senin için doğru olan seçeneği dairenin içine x işareti koyarak işaretle.



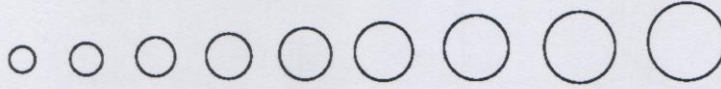
5 Yaşında 6 Yaşında 7 Yaşında 8 Yaşında 9 Yaşında 10 Yaşında 11 Yaşında 12 Yaşında Daha fazla



Kaçıncı sınıfa gidiyorsun?

(Yaz tatilinde isen gelecek okul yılında kaçıncı sınıfta olacaksın?)

Senin için doğru olan seçeneği dairenin içine x işareti koyarak işaretle.



K 1 2 3 4 5 6 7 Okula
Gitmiyorum



Ne zaman doğdun?

Ne zaman doğduğunu ay, gün, yıl olarak yaz .

_____ GÜN AY YIL

Örneğin:

16 EKİM 1995
GÜN AY YIL



Son 4 hafta içinde saçını sabahları ne sıklıkla taradın/fırçaladın?



Hiçbir
zaman



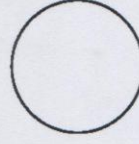
Neredeyse
Hiçbir
zaman



Bazen



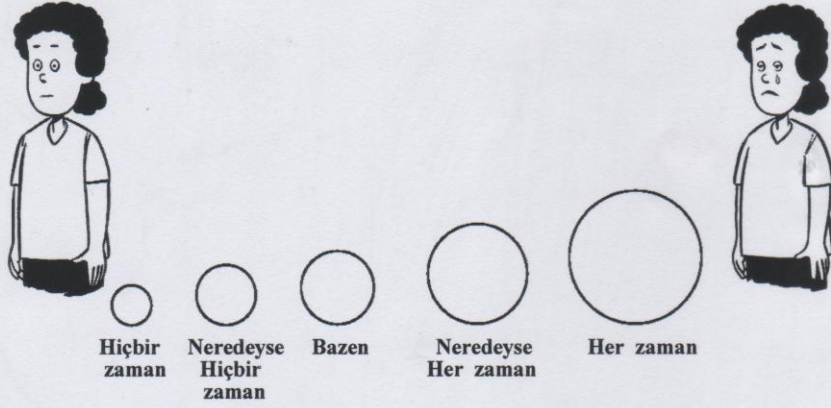
Neredeyse
Her zaman



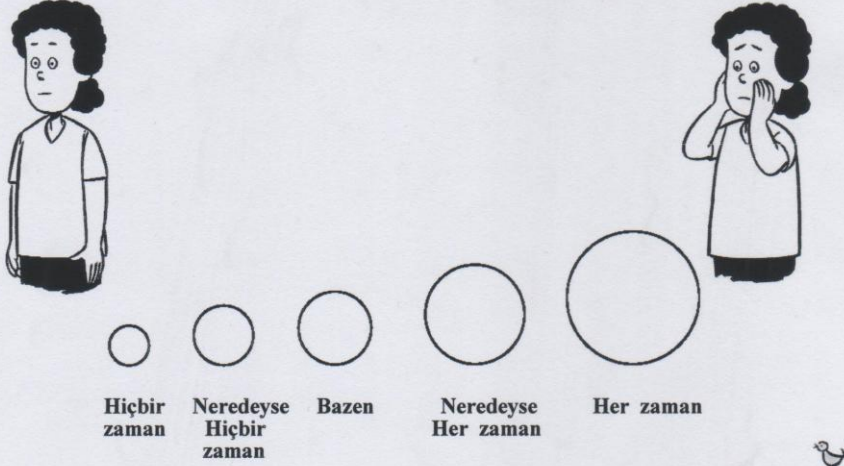
Her zaman



Son 4 hafta içinde ne sıklıkla çok ağladın?



Son 4 hafta içinde ne sıklıkla kendini gerçekten endişeli, hissettin?



Son 4 hafta içinde kendini ne sıklıkta korkmuş hissettin?



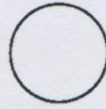
Hiçbir
zaman



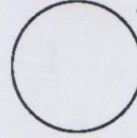
Neredeyse
Hiçbir
zaman



Bazen



Neredeyse
Her zaman



Her zaman



Son 4 hafta içinde kendini gerçekten üzgün / kederli hissettin mi?



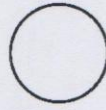
Hiçbir
zaman



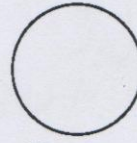
Neredeyse
Hiçbir
zaman



Bazen



Neredeyse
Her zaman



Her zaman



Son 4 hafta içinde ne sıklıkta arkadaşlarına sataştın?



Hiçbir
zaman



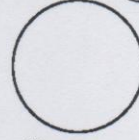
Neredeyse
Hiçbir
zaman



Bazen



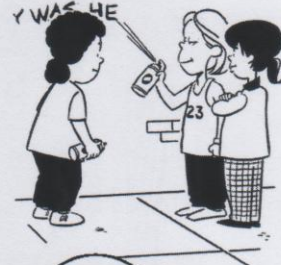
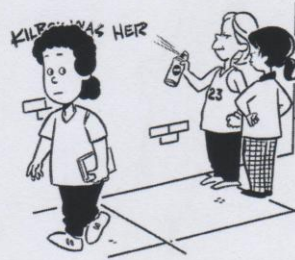
Neredeyse
Her zaman



Her zaman



Son 4 hafta içinde ne sıklıkla sorun yaşadığın çocuklarla zaman geçirdin?



Hiçbir
zaman



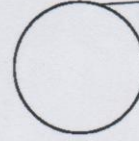
Neredeyse
Hiçbir
zaman



Bazen



Neredeyse
Her zaman



Her zaman



Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde matematikte nasıldın?



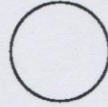
Yeterince
İyi Değil



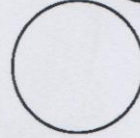
Biraz
İyi



İyi



Çok İyi



Mükemmel



Okulda olduğun son 4 hafta içinde ödevlerini nasıl yaptın?



Hiçte
İyi Değil



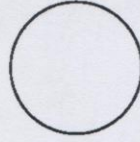
Kısmen
İyi



İyi



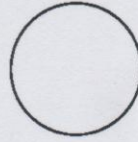
Çok İyi



Mükemmel



Okulda geçirdiğin son 4 hafta içinde okumada nasıldın?



Yeterince
İyi Değil

Biraz
İyi

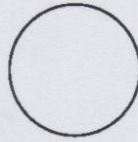
İyi

Çok İyi

Mükemmel



Okulda geçirdiğin son 4 haftada öğrendiğin şeyleri hatırlamada nasıldın?



Yeterince
İyi Değil

Biraz
İyi

İyi

Çok İyi

Mükemmel



Son 4 hafta içinde anne banan ne sıklıkla seninle birlikte yemek yedi?



Hiç bir
Gün



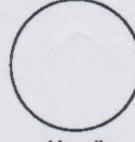
Çok az
Gün



Bazı
Günler



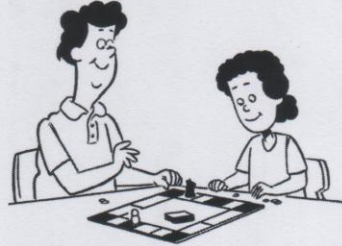
Neredeyse
Hergün



Hergün



Son 4 hafta içinde anne banan ne sıklıkta seninle eğlenceli bir şeyler yaparak zaman geçirdi?



Hiç bir
Gün



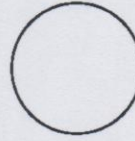
Çok az
Gün



Bazı
Günler



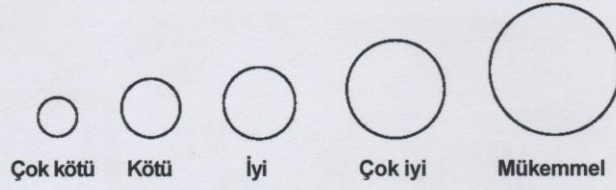
Neredeyse
Hergün



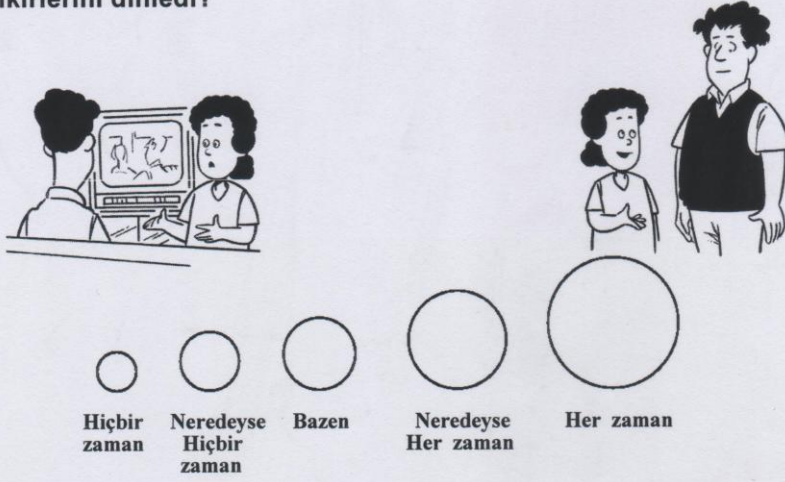
Hergün



Sağlığın nasıl?



Son 4 hafta içinde anne baban ne sıklıkla senin fikirlerini dinledi?



Ne sıklıkla kendinden hoşnutsundur?



Hiçbir
Zaman



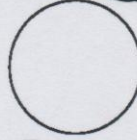
Neredeyse
Hiçbir
Zaman



Bazen



Neredeyse
Her zaman



Her zaman



Ne sıklıkla kendini mutlu hissedersin?



Hiçbir
Zaman



Neredeyse
Hiçbir
Zaman



Bazen



Neredeyse
Her zaman



Her zaman



Ne sıklıkla kendin ile gurur duyarsın?



Hiçbir
Zaman

Neredeyse
Hiçbir
Zaman

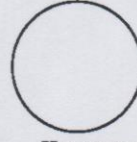
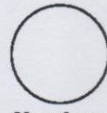
Bazen

Neredeyse
Her zaman

Her zaman



Ne sıklıkla sevildiğini ve istendiğini hissedersin?



Hiçbir
Zaman

Neredeyse
Hiçbir
Zaman

Bazen

Neredeyse
Her zaman

Her zaman



Geçtiğimiz 4 hafta içinde anne babanla ne sıklıkla bir sonraki günde ne yapacağın hakkında konuştun?



Hiç bir
Gün



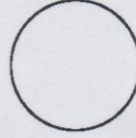
Çok az
Günler



Bazı
Günler

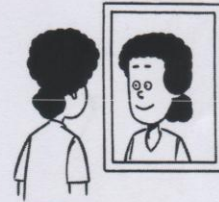


Neredeyse
Hergün



Hergün

Ne sıklıkla kendini beğenirsin?



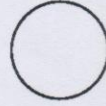
Hiçbir
Zaman



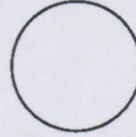
Neredeyse
Hiçbir
Zaman



Bazen



Neredeyse
Her zaman



Her zaman

Nerede oturuyorsunuz?

- Müstakil (tek katlı bahçeli ev) Apartman

Evinizi nasıl ısıtıyorsunuz?

- Soba Merkezi Sistem kalorifer Kat kaloriferi -kombi

Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsun?

- 1 2 3 4 5
Kötü Orta İyi

Evde kendine ait odan var mı? Evet Hayır

Evde Kendine ait yatağın var mı? Evet Hayır

Evde Kendine ait havlun var mı? Evet Hayır

Evde Kendine ait su bardağın var mı? Evet Hayır

Evde Kendine ait diş fırçası var mı? Evet Hayır

Evinde en çok neyin olmasını istersin?.....

Yemek yeme alışkanlığın nasıldır?

- Yemek seçer herşeyi yemem
 Dışarda yemek yemeği çok severim
 Dışarda yemek yemeği sevmez , evde yerim.
 Hiç yemek seçmem herşeyi yerim.
 Sebze yemeklerini daha çok severim.
 Kırmızı et ve türevi yemekleri çok severim.
 Tavuk ve türevi yemekleri çok severim.
 Diğer.....

Hasta olduğun için yiyemediğin bir şey var mı? Evet..... Hayır

Hasta olmasaydın en çok ne yemek isterdin?.....

Uyku durumun nasıldır?

- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
 Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
 Oldukça iyi uyurum.
 Annem/Babam olmadan uyuyamam.
 Diğer

Banyo yapmaktan hoşlanır mısın? Evet Hayır

Hafta kaç kez banyo yaparsın?.....

Tuvalette girmeden önce ellerini yıkar mısın? Evet Hayır

Tuvaletten çıktıktan sonra ellerini yıkar mısın? Evet Hayır

Tuvalet temizliğini ne ile yaparsın?

Su Tuvalet kağıdı Islak mendil Diğer.....

Yemeklerden önce ellerini yıkar mısın? Evet Hayır

Yemeklerden sonra ellerini yıkar mısın? Evet Hayır

Gün içinde ellerini kaç kez yıkarsın?.....

Günde kaç kez dişlerini fırçalarsın?.....

8.2. Ek 2.

ID# _____


Gün _____


Yer _____

GENÇ SAĞLIK PROFİLİ

AÇIKLAMALAR

Lütfen bu sayfayı okuyun!

Sağlıkla ilgili anketimizi eksiksiz tamamlamak üzere kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz. Lütfen, anketimizde soruları cevaplamaadan önce açıklamaları dikkatlice okuyun. Bu sembolü  gördüğünüz her yerde soruları cevaplamaadan önce mutlaka açıklamaları dikkatlice okuyun. Eğer "ok" işaretini → görürseniz bunun anlamı kutulardan birini işaretlediğinde işaretin gösterdiği soruyu takip ederek cevaplamaaya devam etmen gerektiği ile ilgilidir. Aşağıda bahsi geçen konularla ilgili olarak soruların yanıtlanması konusunda farklı örnek yollar göreceksin.

 Bazı soruları cevaplamak için Kutucuğun içine işaret (✓) koyacaksın, Bunun gibi:

ÖRNEK 1:


Son 4 hafta içinde kaç gün kendini gerçekten...

	Hiçbir gün	1 - 3 gün	4 - 6 gün	7 - 14 gün	15 - 28 gün
1.Kendini gerçekten hasta hissettin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÖRNEK 2:

2.Evde çoğu zaman İngilizce konuşabiliyor musun?

- No
 Yes

 Bazı sorular için, çizginin üzerine cevabını rakamla yazacaksın, Bunun gibi: Örneğin

3. **GEÇTİĞİMİZ AY** kaç gün egzersiz yaptın?

Gün sayısı: 9

Diğer sayfaya geç ve cevapla

BÖLÜM A

☞ Aşağıdaki ifadelerin herbiri için, kutucuğu işaretle ya da cevabını yaz.

1. Bugünün tarihi nedir?

____ / ____ / ____
Ay Gün Yıl

2. Kaç yaşındasın?

Yaş : _____

3. Doğum tarihin nedir, ay, gün ve yıl olarak?

____ / ____ / ____
Ay Gün Yıl

4. Cinsiyetin nedir?

Erkek

Kız

Bölüm A

7. Şuanda kaçınıcı sınıfta olduğunu gösteren sayıyı daire içine al:

5 6 7 8 9 10 11 12 Okula gitmiyorum

8. Evinizde kaç kişi yaşıyor?

☞ Bu sayıya kendini de dâhil et.

Kişi sayısı: _____

9. Evde yaşıyanlar kimlerdir?


☞ Evde yaşıyan kişileri aşağıdaki kutucuklara işaretle.

- Anne
- Baba
- Büyükanne
- Büyükbaba
- Üvey anne
- Üvey baba
- Erkek kardeş
- Kız kardeş
- Diğer akrabalar
- Seninle bağlantısı olmayan diğer kişiler
- Başka.....

10. Annenin eğitim durumu nedir?

- Hiç okula gitmedi
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Fakülte
- Lisans Üstü
- Bilmiyorum

11. Annenin şu anki iş durumu nedir...

 Tüm kutulardan uygun düşeni işaretle.


- Tam gün çalışıyor
- Yarım zamanlı çalışıyor
- Çalışmıyor, iş arıyor
- Engelli ve çalışmıyor
- Çalışmıyor ve iş aramıyor
- Emekli
- Tam zamanlı öğrenci
- Yarım zamanlı öğrenci
- Bilmiyorum

12. Babanın eğitim durumu nedir?

- Hiç okula gitmedi
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Fakülte
- Lisans Üstü
- Bilmiyorum

Bölüm A

13. Babanın şuan ki iş durumu nedir...

 Tüm kutulardan uygun düşeni işaretle.

- Tam gün çalışıyor
- Yarım zamanlı çalışıyor
- Çalışmıyor, iş arıyor
- Engelli ve çalışmıyor
- Çalışmıyor ve iş aramıyor
- Emekli
- Tam zamanlı öğrenci
- Yarım zamanlı öğrenci
- Bilmiyorum

14. Ailenin sağlık güvencesi varmı?

- Hayır
- Evet
- Bilmiyorum

15. Ailen yiyecek desteği alıyor mu?

- Hayır
- Evet
- Bilmiyorum

16. Kardeşlerin okul yemeklerini ücretsiz veya düşük ücretle alıyor mu?

- Hayır
- Evet
- Bilmiyorum

BÖLÜM B

1.-11. Tablolar için, Aşağıdaki ifadelere; eğer tamamen katılıyorum, çoğunlukla katılıyorum, kısmen katılıyorum ya da katılmıyorum tanımlamalarından en uygun olanı kutucuğa işaretle.


	Tamamen Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum
2. Hastalığa karşı çok dirençliyim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ne zaman hasta olsam çabucak iyileşirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bir çok iyi özelliğim var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fiziksel olarak formda görünüyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gurur duyacağım çok şeyim var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Şuan ki halimden memnunum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hayatı yaşayış şeklim beni tatmin ediyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kaslarımın esnekliği çok iyidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sosyal olarak kabul edildiğimi hissedirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Genel olarak sağlığın nasıl?

- Mükemmel
 Çok iyi
 İyi
 Vasat
 Zayıf / Yetersiz

Bölüm A

13. Babanın şuan ki iş durumu nedir...

 Tüm kutulardan uygun düşeni işaretle.

- Tam gün çalışıyor
- Yarım zamanlı çalışıyor
- Çalışmıyor, iş arıyor
- Engelli ve çalışmıyor
- Çalışmıyor ve iş aramıyor
- Emekli
- Tam zamanlı öğrenci
- Yarım zamanlı öğrenci
- Bilmiyorum

14. Ailenin sağlık güvencesi varmı?

- Hayır
- Evet
- Bilmiyorum

15. Ailen yiyecek desteği alıyor mu?

- Hayır
- Evet
- Bilmiyorum

16. Kardeşlerin okul yemeklerini ücretsiz veya düşük ücretle alıyor mu?

- Hayır
- Evet
- Bilmiyorum

Bölüm C

SON 4 HAFTA içinde kaç gün bir sağlık yada duygusal problem nedeniyle ...

	Hiç Gün	1-3 Gün	4-6 Gün	7-10 Gün	15-28 Gün
37. genelde yaptığın diğer şeyleri azalttın ama uyumayı yada okula gitmeni engellemedi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. yürümede zorluk çektin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. koşmakta zorlandın?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bölüm D

BÖLÜM D

1. **SON 4 HAFTA içinde, kaç gün 20 dakikadan çok seni nefes nefese bırakacak terletecek, kalbini çarptırarak kadar çok spor yaptın yada oyun oynadın?**

- Hiç bir gün
- 1- 9 Gün
- 10- 13 Gün
- 14- 20 Gün
- 21 Günden daha fazla

4. **SON 4 HAFTA içinde, durmadan en uzun ne kadar koştu?**

- Koşmadım
- 1- 10 Dakika
- 11- 19 Dakika
- 20- 29 Dakika
- 30 dakika ya da daha fazla

5. SON 12 AY içinde, beden eğitimi dersi haricinde ne sıklıkla antrönörü olan bir takımda oynadın?

- Hiç
 1 ya da 2 ay
 Bir kaç ay

Bölüm E

Bunları en son ne zaman yaptın?

	Hiç	Bir yıldan çok önce	Geçen yıl içinde	Geçen ay içinde	Geçen hafta içinde
27. Evden kaçtın?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Birini incitmekle tehdit ettin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Birine fiziksel olarak saldırdın?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bölüm E

☞ Sonraki sorular sıkça rastlanan bir problem ile nasıl baş ettiğinle ilgilidir.


MESELA:

Sen yakın bir arkadaşınla büyük bir kavga ettin ve bu kız yada erkek arkadaşın senin ne düşündüğünü anlamıyor ve senin ne söylediğini dinlemiyor.

Herbir anlatım için aşağıda verilen yolların ne kadar mümkün olduğunu işaretle....

	Çok Mümkün Değil	Kısmen Mümkün Değil	Kısmen Mümkün	Çok Mümkün
43. Fikir almak için başkaları ile konuşurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Olayların iyi yönlerini görmeye çalışırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Durum için kimi suçlayacağımı bilirim Kendimi, onu yada onları suçlarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Doğrudan problemi çözmeye çalışırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Nasıl hissettiğim hakkında arkadaşlarımla konuşurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Kendimi sakinleştirmeye çalışırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Bunun hiç olmamış olmasını isterim ve öyle düşünürüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BÖLÜM F

 Bu bölüm SON 12 AY içinde yaşadığın sağlık problemleri hakkındadır.

SON 12 AY içinde, ne kadar sıklıkla aşağıdaki hastalıkları yaşadın...

	Hiç	Birkez	2 kez	3 kez	4 yada daha fazla
1. Soğuk algınlığı ya da grip?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinüzit ya da sinüs problemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tonsilit ya da boğaz ağrısı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kulak enfeksiyonu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diyare, ateş veya kusma ile mide bulantısı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bronşit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Deri enfeksiyonu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Zatürre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. İdrar torbası enfeksiyonu veya idrar yolu enfeksiyonu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sporcuların ayaklarında olduğu gibi herhangi bir mantar hastalığı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mononucleosis enfeksiyonu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ŞUAN neyin var ...

	Hayır	Evet
12. Pelteklik, kekeleme gibi konuşma problemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bedeninde herhangi bir sakatlık ve deformasyon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Görme problemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. İşitme problemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bölüm F

Hiç bir doktor sana...

	Hayır, asla	Evet, fakat son 12 ayda bununla ilgili PROBLEM YOK	Evet, ve son 12 aydır bu konuyla ilgili PROBLEMLER OLDU
16. Ciddi, sivilce, egzama ya da diğer allerjik isilikler geçirdiğini söyledi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Diş eti hastalığı (diş eti çekilmeleri hariç)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Astım?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Diyabet / Şeker Hastalığı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hepatit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Orak hücreli anemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Anemi, yorgunluk / Hemofili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ateşli romatizma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Kalp hastalığı yada rahatsızlığı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Migren/baş ağrısı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Epilepsi (nöbet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Eklem ağrısı (artrit) eklem hastalığı yada eklem rahatsızlığı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Omurga eğriliği ya da skolyoz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Kemik, kırıldak, kas ya da tendonları, etkileyen diğer rahatsızlıklar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Duygusal / Akıl ya da davranışsal problemler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Öğrenme yetersizliği ya da dikkat eksikliği hastalıkları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bölüm F

Hiç bir doktor sana...

	Hayır, asla	Evet, fakat son 12 ayda bununla ilgili PROBLEM YOK	Evet , ve son 12 aydır bu konuyla ilgili PROBLEMLER OLDU
32. Anoreksiya veya Bulimia gibi yeme bozuklukları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Kurşun zehirlenmesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Bahar nezlesi yada allerji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Gonore, sfiliz,genital siğil,genital enfeksiyon gibi cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Bunlardan başka ciddi bir hastalık?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Eğer evet ise lütfen açıklayın:			
37. YALNIZCA KIZLAR İÇİN: Pelvik Enflamatuar Hastalık (PID)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Kaç tane çürük dişin var?


- Hiç
- 1 yada 2
- 3 yada 4
- 5 yada daha fazla
- Bilmiyorum

Bölüm F

SON 12 AY içinde, aşağıdaki yaralanmalara maruz kaldın mı...?

	Hayır , Asla	Evet, Fakat bir Hemşire ya da doktor GÖRMEDİ	Evet, ve bir hemşire ya da doktor GÖRDÜ
39. Kötü bir çizik ya da kesik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Kötü bir burkulma ya da bağ yırtılması?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Kemik kırığı, eklem çıkığı, ya da burun kırığı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Kötü bir kafa yaralanması ya da beyin sasıntısı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Kurşun yaralanması ya da bıçak yaralanması?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Bir insan ya da hayvan tarafından ısırılmak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Kötü bir şekilde yanmak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. SON 12 AY boyunca, kaç kez biri seni kasıtlı ve fiziksel olarak incitti?

- Hiç  Bölüm G git
- 1 kez
- 2 kez
- 3 kez
- 4 ve daha fazla

A. Biri seni incittiğinde...

	Hayır	Evet
(1) Duyularında bir değişikliğe neden oldu mu?(Korku veya depresyon gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Yaptıklarında bir değişikliğe neden oldu mu (Nereye gittiğin ve nasıl davrandığın gibi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Fiziksel bir hasara neden oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Tıbbi tedavi almana neden oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Seni inciten insanları biliyor musun?

- Hayır
- Evet

BÖLÜM G

Bu bölüm ailen hakkındaki düşünceler ile ilgilidir.


SON 4 HAFTA içinde kaç gün ailen ya da ailende diğer yetişkinler...

	Hiçbir gün	1 - 3 gün	4 - 6 gün	7 - 14 gün	15 -28 gün
1. Seninle eğlenceli bir şeyler yaparak vakit geçirdiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seninle konuştular veya fikirlerini ve önerilerini dinlediler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SON 4 HAFTA içinde, kaç gün...

	Hiçbir gün	1 - 3 gün	4 - 6 gün	7 -14 gün	15 - 28 gün
4. Ailenin bir üyesi olmaktan hoşlandın?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Aşağıdakilerden hangisi senin **SON 4 HAFTADA** okulda nasıl olduğunu en iyi açıklıyor?

 Şuan okulda değilsen okulda olduğun **son 4 haftanı** düşün.

- Mükemmel bir öğrenci
- İyi bir öğrenci
- Orta düzeyde bir öğrenci
- Ortanın altında bir öğrenci

Aşağıdakilerden **OKULDA SON 2 YILDA** yaptığın/yaptıkların oldu mu? (Bu yıl dahil)

	Hayır	Evet
16. Onur listesindeydim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Okulda bir ödül ya da mükâfat aldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bir organizasyonun yada okul kulübünün Sorumlusu oldum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Bölüm G

Sen hiç hissettin mi...?

Hayır Evet

29. Okulun güvenilir olduğunu?

30. Çevrenin güvenilir olduğunu?

 Sağlığın hakkında bir şeyler bilmek istiyorsan eğer lütfen neler olduğunu yazar mısın?

8.3. Ek 3.

EBEVEYN RAPORU FORMU – 76

Çocuğunuzun sağlığıyla ilgili bu anketi doldurmayı kabul ettiğiniz için **teşekkür ederiz**.

Soruları yanıtlamadan önce yönergeleri lütfen dikkatlice okuyunuz. Soruların büyük bir kısmı belli bir süre boyunca çocuğunuzun nasıl hissettiği veya hangi faaliyetleri yaptığıyla ilgilidir. Bazı sorular çocuğunuzun son dört haftadaki, bazıları son 12 aydaki, bazılarıysa genel duygu ve faaliyetlerine yöneliktir.

Soruların birçoğunu yanıtlamak için küçük bir yuvarlağın içini doldurmanız gerekecektir. Yanıtınızı değiştirmek isterseniz, lütfen eski yanıtınızı tamamen siliniz. Teşekkürler.

İki temel soru türü bulunmaktadır:

1. Yuvarlağın içini doldurarak yanıtlanacak sorular:

Örneğin: Çocuğunuz erkek mi kız mı?

Erkek

Kız

2. Sayı yazarak yanıtlanacak sorular:

Örneğin: Çocuğunuz kaç yaşında? __10__

SİZ VE ÇOCUĞUNUZ

Aşağıdaki her bir soru için yanıtınızı yazın veya yuvarlağı doldurun.

1. Çocukla ilişkinizi tanımlayınız.

- Öz (Biyolojik) anne
- Evlat edinmiş anne
- Üvey anne
- Koruyucu anne
- Büyükanne
- Öz (Biyolojik) baba
- Üvey baba
- Büyükbaba
- Diğer – *Lütfen belirtiniz:*

2. Hangi tarihte doğdunuz? Gün, ay ve yıl olarak belirtiniz.

____ / ____ / _____

Gün Ay Yıl

3. Cinsiyetiniz nedir?

- Erkek
 - Kadın
-

4. Çocuğunuz kaç yaşında? Yaş: _____

5. Çocuğunuz hangi ay, gün, yılda doğdu?

____ / ____ / _____

Gün Ay Yıl

6. Çocuğunuz erkek mi kız mı?

- Erkek
- Kız

7. Çocuğunuz kaçınıcı sınıfta? Yaz tatilindeyseniz, önümüzdeki akademik yılda hangi sınıfa başlayacak _____ sınıf

ÇOCUĞUNUZUN SAĞLIĞI

Aşağıdaki her bir ifade çocuğunuz için ne sıklıkta geçerlidir?	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Neredeyse Her Zaman	Her Zaman
1. Çocuğunuz ne sıklıkta çok eğlenir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Çocuğunuz ne sıklıkta kendisini gerçekten sağlıklı hisseder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Çocuğunuz ne sıklıkta kendisini gerçekten güçlü hisseder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Çocuğunuz ne sıklıkta kendisini mutlu hisseder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Çocuğunuz ne sıklıkta hastalanır?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aşağıdaki her bir ifadeye ne ölçüde katılıyorsunuz?	Katılmıyorum	Az Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
6. Çocuğum kendisiyle gerçekten gurur duyar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Çocuğum kendisini gerçekten sever.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Çocuğum dış görünüşünü gerçekten beğenir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Çocuğum sevildiğini ve istendiğini hisseder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Çocuğum fiziksel açıdan formdadır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Çocuğum düzenlidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Çocuğunuzun sağlığı nasıldır?	Kötü <input type="radio"/>	Fena Değil <input type="radio"/>	İyi <input type="radio"/>	Çok İyi <input type="radio"/>	Mükemmel <input type="radio"/>

ÇOCUĞUNUZ NASIL HİSSEDİYOR?

Aşağıdaki sorular çocuğunuzun **SON 4 HAFTA SÜRESİNCEKİ** sağlık durumuyla ilgilidir.

SON 4 HAFTA İÇİNDE, çocuğunuz ne sıklıkta...	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Neredeyse Her Zaman	Her Zaman
1. gün boyu kaşıntıya neden olan bir cilt sorunu yaşadı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. öksürdü?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. kulak ağrısı çekti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. boğaz ağrısı çekti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. nefes alma güçlüğü çekti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. kendisini gerçekten rahatsız eden bir ağrı çekti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. baş ağrısı çekti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ciddi bir karın ağrısı yaşadı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. uyumakta zorluk çekti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. gerçekten üzüntü hissetti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. rahatlamakta zorluk çekti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. gerginlik yaşadı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. değişken ruh hali gösterdi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. huysuzluk yaptı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. çok ağladı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ciddi şekilde kaygılı hissetti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. korku hissetti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. sağlık sorunu veya ruhsal bir sorun nedeniyle yarım günden fazla okula gitmezlik etti? (Çocuğunuz okula gitmiyorsa, boş bırakınız.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. iki cadde arasını yürümekte zorlandı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. bir kat merdiven çıkmakta zorlandı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. koşmakta zorlandı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. evde oynayamayacak kadar hasta hissetti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. okula gidemeyecek kadar hasta hissetti? (Çocuğunuz okula gitmiyorsa, boş bırakınız.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. dışarıda oynayamayacak kadar hasta hissetti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ÇOCUĞUNUZ EVDE

SON 4 HAFTA İÇİNDE, siz ve sizinle yaşayan başka bir yetişkin ne sıklıkta...	Hiçbir Zaman	Birkaç Gün	Bazı Günler	Neredeyse Her Gün	Her Gün
1. eğlenceli bir şeyler yaparak çocuğunuzla zaman geçirdi(niz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. çocuğunuzla kitap okudu(nuz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. çocuğunuzla yemek yedi(niz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. çocuğunuzun fikirlerini dinledi(niz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. çocuğunuzla iyi geçindi(niz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. çocuğunuzun ertesi gün ne yapacağı konusunda onunla konuştu(nuz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. çocuğunuzun nasıl hissettiği konusunda onunla konuştu(nuz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SON 4 HAFTA İÇİNDE, çocuğunuz ne sıklıkta...	Hiçbir Zaman	Birkaç Gün	Bazı Günler	Neredeyse Her Gün	Her Gün
8. hareketli oyunlar oynadı veya spor yaptı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. terlemeye veya nefes zorluğu yaşamaya başlayacak kadar çok oynadı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. oynarken veya spor yaparken hızlı koştu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Çocuğunuz ne sıklıkta...	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Neredeyse Her Zaman	Her Zaman
11. gerçek bir sorunla karşılaştığında bir yetiştikinden yardım isteyebilir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. caddeyi geçmeden önce sağına ve soluna bakmayı unutur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. tehlikeli şeyler yapar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. kendi güvenliği konusunda dikkatsizce davranır?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. hiç kimseye haber vermeden dışarı çıkar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ÇOCUĞUNUZUN ARKADAŞLARI VE FAALİYETLERİ

1. Çocuğunuz arkadaş edinmede ne kadar iyidir?

- Hiç iyi değildir
- Biraz iyidir
- İyidir
- Çok iyidir
- Mükemmeldir

2. Çocuğunuzun kaç arkadaşı var?

- Hiç yok
- Çok az
- Birkaç tane
- Çok
- Pek çok

Çocuğunuz ne sıklıkta...	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Neredeyse Her Zaman	Her Zaman
3. arkadaşlarıyla iyi anlaşır?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. hiç kimse onunla oynamak istemediği için yalnız başına oynar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. birisini ona zarar vermekle tehdit eder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. bir şeyler çalar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. başkasına ait bir şeye zarar verir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. sadece cezadan kurtulup kurtulamayacağını görmek için kurallara karşı gelir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. diğer çocuklar ne sıklıkta çocuğunuza sataşır?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ÇOCUĞUNUZUN ARKADAŞLARI VE FAALİYETLERİ (devamı)

SON 4 HAFTA İÇİNDE, çocuğunuz ne sıklıkta...	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Neredeyse Her Zaman	Her Zaman
10. yalan söyledi veya kandırdı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. başını belaya sokan çocuklarla zaman geçirdi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. diğer çocuklara sataştı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Çocuğunuz iyi bir arkadaşıyla büyük bir sorun yaşarsa veya kavga ederse ve bu sorundan dolayı ciddi bir üzüntü hissederse, çocuğunuzun aşağıdakileri yapma ihtimali nedir?

Çocuğum	Çok Zayıf İhtimalle	Zayıf İhtimalle	Bir İhtimal	Muhtemelen	Büyük İhtimalle
13. yardım veya tavsiye almak için başkalarıyla konuşur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. sorunu çözmek için farklı yollar dener.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. nasıl hissettiğini paylaşmak için bir arkadaşıyla konuşur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. daha iyi hissetmesine yardımcı olmaları için ailesiyle konuşur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. sorunlar fazla büyümeden yardım alır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ÇOCUĞUNUZUN OKUL DURUMU

Çocuğunuz okulda geçirdiği SON 4 HAFTA İÇİNDE, aşağıdaki konularda nasıldı?	Hiç İyi Değildi	Biraz İyiydi	İyiydi	Çok İyiydi	Mükemmeldi
1. Ödevlerini yapma konusunda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Matematikte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Okumada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Okulda öğrendiklerini hatırlama konusunda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Çocuğunuz okulda geçirdiği SON 4 HAFTA İÇİNDE, ne sıklıkta...	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Neredeyse Her Zaman	Her Zaman
5. başını belaya soktu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. öğretmeniyle iyi geçindi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ev ödevlerinin tamamını yaptı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. okulda dikkatini toparlamakta zorluk yaşadı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SİZ, ÇOCUĞUNUZ VE AİLENİZ HAKKINDA DAHA FAZLA BİLGİ

Aşağıdaki her bir soru için yanıtınızı yazın veya yuvarlağı doldurun.

1. Evinizde siz de dahil olmak üzere kaç kişi yaşamaktadır?

Kişi sayısı: _____

2. Evinizde aşağıdaki yetişkinlerden hangileri yaşamaktadır? *Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyiniz.*

- Çocuğun annesi
- Çocuğun babası
- Çocuğun abisi-ablası-kardeşi
- Çocuğun büyükannesi
- Çocuğun büyükbabası
- Çocuğun üvey annesi
- Çocuğun üvey babası
- Çocuğun koruyucu ebeveyni
- Çocukla (akrabalık) bağı olan başka yetişkinler
- Çocukla (akrabalık) bağı olmayan başka yetişkinler

3. Evde aileniz çoğunlukla hangi dili konuşmaktadır?

- Türkçe
- Diğer – *Lütfen belirtiniz:* _____

4. Çocuğun annesi/kadın velisi hangi düzeyde eğitim almıştır?

- Hiç Okula gitmedi
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Fakülte
- Lisansüstü
- Bilmiyorum

SİZ, ÇOCUĞUNUZ VE AİLENİZ HAKKINDA DAHA FAZLA BİLGİ (devamı)

5. Çocuğun annesi/kadın velisi şu an çalışıyor mu? *Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyiniz.*

- Tam zamanlı çalışıyor
- Yarı zamanlı çalışıyor
- Çalışmıyor, iş arıyor
- Engelli ve çalışmıyor
- Çalışmıyor ve iş aramıyor(Ev hanımı)
- Emekli
- Tam zamanlı öğrenci
- Yarı zamanlı öğrenci
- Bilinmiyor
- Anne/kadın veli yok

6. Çocuğun babası/erkek velisi hangi düzeyde eğitim almıştır?

- Hiç Okula gitmedi
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Fakülte
- Lisansüstü
- Bilmiyorum

7. Çocuğun babası/erkek velisi şu an çalışıyor mu? *Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyiniz.*

- Tam zamanlı çalışıyor
- Yarı zamanlı çalışıyor
- Çalışmıyor, iş arıyor
- Engelli ve çalışmıyor
- Çalışmıyor ve iş aramıyor
- Emekli
- Tam zamanlı öğrenci
- Yarı zamanlı öğrenci
- Bilinmiyor

- Baba/erkek veli yok

SİZ, ÇOCUĞUNUZ VE AİLENİZ HAKKINDA DAHA FAZLA BİLGİ (devamı)

8. Lütfen çocuğunuzun ailesinin genel olarak ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?



9. Çocuğunuzun yaşadığı evde ne sıklıkla sigara içiliyor?

- Hiçbir zaman
- Birkaç gün
- Bazı günler
- Neredeyse her gün
- Her gün

10. SON 4 HAFTA İÇİNDE çocuğunuz araba veya diğer taşıtlarla yolculuk yaptı mı?

- Hayır, (Yanıtınız hayırsa, 14. soruya gidin.)
- Evet

10a. Yanıtınız evetse, SON 4 HAFTA İÇİNDE, çocuğunuz araba veya diğer taşıtlarda ne sıklıkla emniyet kemerini taktı?

- Hiçbir zaman
- Neredeyse hiçbir zaman
- Bazen
- Neredeyse her zaman
- Her zaman

11. Çocuğunuz okulda geçirdiği **SON 4 HAFTA İÇİNDE** okul günlerinde kaç saat TV programı veya film izledi?

- Hiç
- 1 saatten az
- 1–2 saat
- 3–4 saat
- 4 saatten fazla

12. Çocuğunuz hiç okuldan uzaklaştırma cezası aldı mı?

- Hayır
- Evet

HASTALIKLAR, YARALANMALAR VE SAĞLIK DURUMU

Son 12 ayda çocuğunuz kaç defa aşağıdaki sorunları yaşadı?	Hiç	Bir Defa	İki Defa	Üç Defa	4 Defa veya Daha Fazla
1. soğuk algınlığı veya grip	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. sinüslerde sorun sorunu veya sinüzit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. bademcik iltihabı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. kulak iltihabı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. karın ağrısıyla birlikte kusma, ishal veya ateş	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. bronşit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. deri iltihabı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. zatürre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. mesane iltihaplanması veya idrar yolları iltihaplanması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. sporcu ayağı veya saçkıran gibi bir mantar hastalığı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. zehirli sarmaşık (bir tür deri iltihabı)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. siğil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çocuğunuz ŞU ANDA...		Hayır			Evet
13. pelteklik, kekeleme veya pepeleme gibi bir konuşma sorunu yaşıyor mu?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
14. bedensel bir engel veya deformasyon yaşıyor mu?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
15. okulda tahtayı görmekte zorluk yaşıyor mu?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
16. insanların söylediklerini duymakta zorluk yaşıyor mu?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>

HASTALIKLAR, YARALANMALAR VE SAĞLIK DURUMU (devamı)

Çocuğunuza bir doktor tarafından aşağıdaki sorunlarla ilgili tanı koyuldu mu?	HAYIR, Hiçbir Zaman	EVET, ama son 12 ayda SORUN YAŞANMADI	EVET ve son 12 ayda SORUN YAŞANDI
17. ciddi egzama veya başka bir alerjik döküntü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. diş eti çekilmesi (diş çürümesi değil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. astım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. diyabet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. orak hücre anemisi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. anemi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. kalp hastalığı veya kalp rahatsızlığı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. migren kaynaklı baş ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. epilepsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. eklem iltihabı veya herhangi bir eklem rahatsızlığı veya eklemlerle ilgili bir sorun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. omurga eğriliği veya skolyoz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. kemik, kırık, kıkırdak, kas veya tendonları etkileyen başka bir rahatsızlık	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. duygusal, zihinsel veya davranışsal bir sorun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. öğrenme güçlüğü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. dikkat eksikliği (ve hiperaktivite) bozukluğu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. kurşun zehirlenmesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. saman nezlesi veya alerji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. başka ciddi bir hastalık veya rahatsızlık	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Yanıtınız evetse, lütfen belirtiniz:

35. Çocuğunuzun dışında bugüne kadar kaç çürük oldu?

- Hiç
- 1 veya 2 çürük
- 3 veya 4 çürük
- 5 veya daha fazla çürük
- Bilmiyorum

HASTALIKLAR, YARALANMALAR VE SAĞLIK DURUMU (devamı)

SON 12 AY İÇİNDE çocuğunuz aşağıdaki yaralanmalardan herhangi birini yaşadı mı?	HAYIR	EVET, ama doktora/hemşireye GİTMEDİ	EVET ve doktora/hemşireye GİTTİ
36. ciddi bir kesik veya sıyrık	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. ciddi bir burkulma veya bağ yırtılması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. kemik kırılması, eklemden çıkma veya burun kırığı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. ciddi bir baş yaralanması veya beyin sarsıntısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. silahla veya bıçakla yaralanma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. başka bir kişi veya bir hayvan tarafından ısırılma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. ciddi bir yanık	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. başka bir tür yaralanma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Yanıtınız evetse, lütfen belirtiniz:

44. SON 12 AY İÇİNDE kaç defa bir yetişkin kasıtlı olarak çocuğunuza fiziksel zarar verdi?

- Hiç *Hiç böyle bir durum yaşanmadıysa, bir sonraki sayfaya geçiniz.*
- Bir defa
- İki defa
- Üç defa
- Dört defa veya daha fazla

44A. Çocuğunuza bir yetişkin tarafından zarar verildiyse,

Verilen zarar	Hayır	Evet
(1) çocuğunuzun duygularında (korku ve depresyon gibi) değişikliğe neden oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(2) çocuğunuzun yaptıklarında (örneğin gittiği yerlerde veya nasıl davrandığı konusunda) değişikliğe neden oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(3) fiziksel bir yaralanmaya neden oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(4) çocuğunuzun tıbbi tedavi almasına neden oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ÇOCUĞUNUZUN TIBBİ BAKIMI VE DİŞ BAKIMI

1. Çocuğunuza en son ne zaman check-up (düzenli fiziksel muayene) yapıldı?
 - Geçtiğimiz yıl içinde (son 12 ayda)
 - 1 yıldan uzun bir süre önce, ama geçtiğimiz 2 yıl içinde
 - 2 yıldan uzun bir süre önce, ama geçtiğimiz 3 yıl içinde
 - 3 yıldan uzun bir süre önce, ama geçtiğimiz 4 yıl içinde
 - 4 yıldan uzun bir süre önce
 - Hiç yapılmadı

2. **Son üç ay içinde** çocuğunuz kaç defa herhangi bir nedenle, bir sağlık sorunu nedeniyle veya check-up için doktor veya hemşireye gitti?
 - Bir defa
 - İki defa
 - Üç defa
 - Dört defa
 - Beş – altı defa
 - Altıdan fazla

3. Çocuğunuz en son ne zaman diş hekimine gitti (diş teli için gidilenler hariç)?
 - Geçtiğimiz yıl içinde (son 12 ayda)
 - 1 yıldan uzun bir süre önce, ama geçtiğimiz 2 yıl içinde
 - 2 yıldan uzun bir süre önce, ama geçtiğimiz 3 yıl içinde
 - 3 yıldan uzun bir süre önce, ama geçtiğimiz 4 yıl içinde
 - 4 yıldan uzun bir süre önce
 - Hiç gitmedi

4. **Geçtiğimiz yıl** çocuğunuz kaç defa kişisel, duygusal veya davranışsal sorunlar konusunda bir profesyonelden yardım aldı?
 - Hiç veya geçtiğimiz yıl hiç
 - Bir defa
 - İki - üç defa
 - Dört - beş defa
 - Beşten fazla

5. **Son üç ay içinde** çocuğunuz herhangi ciddi bir kişisel, duygusal, davranışsal veya ruhsal sorun için yardıma gereksinim duydu mu?
 - Evet ve profesyonel yardım aldı

- Evet ama henüz profesyonel yardım almadı
- Evet ama şimdi profesyonel yardıma ihtiyacı yok
- Hayır, bu tür ciddi bir sorunu yok

Ek Soru Formu

Çocuğunuz okula gidiyorsa hastalığı nedeniyle okula gidemediği gün sayısı:.....

Çocuğunuzun hastalığı nedeniyle işe gidemediğiniz gün sayısı:.....

Çocuğunuz daha önce herhangi bir cerrahi operasyon geçirdi mi?

Evet Yanıtınız Evet ise hangi operasyon?.....

Hayır

Şuan yaşadığınız yerleşim yeri:

Köy Kasaba /ilçe İl

Eviniz size mi aittir?

Kendi evim Kira Lojman Diğer

Nerede oturuyorsunuz?

Müstakil Apartman

Evinizi nasıl ısıtıyorsunuz?

Soba Merkezi Sistem kalorifer Kat kaloriferi -kombi

Yaşadığınız evin koşullarını nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5

Kötü Orta İyi

Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

Çocuğun hasta olduğu için yiyemediğin bir Şey var mı?

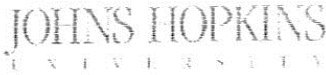
Evet..... Hayır

Çocuğunuz hasta olmasaydı en çok ne yemek isterdi?.....

Çocuğunuzun uyku durumu nasıldır?

- Her gece uyumakta zorluk çeker.
- Birçok gece uyumakta zorluk çeker.
- Oldukça iyi uyur.
- Anne/ Baba olmadan uyuyamaz

8.4. Ek 4



CHILD HEALTH AND ILLNESS PROFILE (CHIP)
CHILD EDITION (CHIP-CE) & ADOLESCENT EDITION (CHIP-AE)

ORDER FORM

Please check the item(s) that you would like and return with a check, money order, or purchase order payable to JOHNS HOPKINS UNIVERSITY.

CHIP-CE Child and Parent Instruments, Manual, Data Entry, and Scoring Programs

FEE
\$

CHIP-AE Instrument, Manual, Data Entry, and Scoring Programs

\$

TOTAL ENCLOSED:

\$

Licensing fee – Please check applicable box. (Price is per instrument for single use.)

For-profit companies

\$ 1,500.00 US

Academic/non-profit research/evaluation

FREE

For-profit companies should contact Normalie Barton () directly so that a contract can be set up.

Please fill in mailing address for materials:

nilufer_p2@hotmail.com

Eskisehir Osmangazi Univ.
Medical Department, History of
Medical and Ethics Department
Eskisehir/TURKEY

Send order form to:

Normalie Barton
Johns Hopkins University
624 North Broadway, Room 452
Baltimore, MD 21205
nbarton@jhsph.edu

or email to:

Thank you for your interest in the CHIP health status instruments.

February 2009



JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG
SCHOOL of PUBLIC HEALTH

Department of Population, Family and Reproductive Health

Enclosed is the information you requested. Should you need any additional information, please visit the

CHIP website at <http://www.childhealthprofile.org>.

Protecting Health, Saving Lives—*Millions at a Time*

615 North Wolfe Street • Baltimore, Maryland 21205 • Fax: 410-955-2303 • <http://www.childhealthprofile.org>

8.5. Ek 5


Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)
Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Klinisyen Doktor (Başkan Yardımcısı)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı
Tel: +90. 222. 239 29 79 / 1380 - 2709
Tel & Faks: +90. 222. 229 00 64
E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr
E-Mail: maaksit@hotmail.com

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Klinisyen Doktor
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı
Biyokimya Anabilim Dalı
E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBABALIK
Klinisyen Doktor
Nöroloji Anabilim Dalı
E-Mail: demeis@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap İŞIKSOY
Patoloji Uzmanı
Patoloji Anabilim Dalı
E-Mail: bdesi@superonline.com

Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı (Raportör)
Farmakoloji Anabilim Dalı
E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı
Deontoloji Anabilim Dalı
E-Mail: elcioğlu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER
Eczacı
Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi
E-Mail: eczaltug@yahoo.com

Sayı: 2010/ 239
Konu:

04 EKİM 2010

Sayın, Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Tarafınızdan yürütülmekte olan “6-17 yaş grubu çocuklarda “Child Health and Illness Profile-CHIP” Yaşam Kalitesi Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması” başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.


Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ömür Elçioğlu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tel: +222. 239 37 70 – 239 29 79 / 4690
Faks: +222. 239 37 72

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu
Meşelik Kampüsü (Yerleşkesi)
26480 ESKİŞEHİR

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL (DANISMA KOMİSYONU) KARARI

23 EYLÜL 2010 4) KONU BAŞLIK	(PR-10-09-23-04): "6-17 yaş grubu çocuklarda "Child Health and Illness Profile-CHIP" Yaşam Kalitesi Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması"
23 EYLÜL 2010 GÖRÜŞ: 4	23.09.2010 tarihli görüş dikkate alınmıştır.
23 EYLÜL 2010 KARAR: 4	Görüş temelinde çalışma olumlu olarak nitelendirilmiştir.

Prof. Dr. M. A. AKŞİT
Pedatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı


Prof. Dr. D. ÖZBABALIK
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY
Patoloji Uzmanı

Doç. Dr. F. S. KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö.ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı

Ecz. Ö. ALTUĞER
Eczacı


Aşkın Ayındır
Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
EĞİTİM, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

SAYI : B.30.2.OGÜ.0.BZ.00.00/46
KONU :


ESKİŞEHİR
03.02.2011

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İlgi: Tıp tarihi ve etik ABD Başkanlığı' nın 17.01.2011 tarih ve 4 sayılı yazısı.

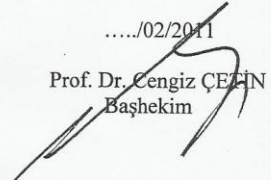
Tıp tarihi ve Etik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Nilüfer DEMİRSOY 'un " 6-17 yaş grubu çocuklarda " Child Health and Illness Profile-CHIP Yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik güvenilirliği'nin araştırılması" konulu doktora tezi çalışmasını Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı kliniğinde yatan hastalara uygulama talebini içeren dilekçesi yazımız ekinde sunulmuştur. Gönüllülük esaslı katılım koşulu ile anılan kişinin anketinin uygulamaya alınabilmesi hususunda;

Müsaadelerinize arz ederim.


Yrd. Doç. Dr. Yaşar ODACIOĞLU
Başmüdür

OLUR

...../02/2011


Prof. Dr. Cengiz ÇETİN
Başhekim

Eki:

- 1 Adet Bölümün uygun görüş yazısı
- 1 Adet Anket
- 1 Adet Yazı



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Eskişehir

Sayı: Pediatri/ 92
Konu

02.02.2011

T.C. ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EĞİTİM, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE,

İLGİ: 27.01.2011 tarih ve B.30.2.OGÜ.0.H1.00.00-804.01-781

İlgi yazınızda Araştırma görevlisi Nilüfer DEMİRSOY'un 6-17 Yaş Grubu Çocuklarda Child Health And illness profile –CHIP Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik Güvenilirliği'nin Araştırması başlıklı doktora tezi ile ilgili olarak hazırlanan anket formunun uyumluluk çalışması için planlanan çalışmanın servisimizde yatarak tedavi gören ve polikliniğimizde izlenen 6-17 yaş grubu çocuklarda uygulanması uygun görülmüştür.

Ah. Kocak
Prof.Dr.A.Kadir KOÇAK

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

T.C. ESK. OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
GELEN EVRAKIN
Geliş Tarihi: 02 Şubat 2011
Geliş Saati: 16:00
Geliş No: 420
Eki: —

1. - Oku. Kocak 5/7p.
2. Balıca Eylül

16-5



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.OGÜ.0.70.00.00.1 914 - 2941

05.05.2011

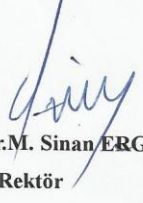
KONU:

TIP FAKÜLTESİ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ : 05.05.2011 tarih ve 32 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız Araştırma Görevlisi Nilüfer DEMİRSOY'un "6-17 Yaş Grubu Çocuklarla "Child Health and Illness Profile – CHIP" Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik Güvenilirliği'nin Araştırılması" başlıklı tez çalışması için Üniversitemiz Anaokulunun 6 yaş grubuna anket çalışması yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.M. Sinan ERGİNEL

Rektör

Rektör Yardımcısı

Bilgi için :

-Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı

Adres: Meşelik Yerleşkesi
26480 Eskişehir

Tel : 0 222 239 37 50 (10 hat)
Fax: 0 222 229 14 18

9. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Nilüfer DEMİR SOY
Doğum tarihi ve yeri : 05.08.1978
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Evli
İletişim adresleri : ESOĞÜ Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik
Anabilim Dalı Meşelik Kampüsü / ESKİŞEHİR

Eğitim Durumu

İlköğretim : Nurettin Ersin İlköğretim Okulu (1987-1995)
Lise : Anıttepe Lisesi (1992-1995)
Lisans : Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü (1996-2000)

Yüksek Lisans : Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Programı (2002-2005)

Doktora : ESOĞÜ Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Programı (2006-)

Yabancı Dil : İngilizce

Mesleki Deneyim

2001-2002 İzmir Atakalp Özel Hastanesi
2002-2003 ESOĞÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis
2003- ESOĞÜ Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

- 1- Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği 2005-
- 2- BiyoTıp Etiği Derneği 2005-
- 3- Türk Hemşireler Derneği 2001-

Yayımlar

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- 1- **Demirsoy N, Elcioglu O, Yildiz Z.** “Telling the truth: Turkish patients' and nurses' views.” Nursing Science Quarterly, Jan;21(1):75-79, 2008 (SCI)

- 2- **Demirsoy N**, Elcioglu Ö. “Tanı ve Tedaviye İlişkin Doğruyu Bilme ve Yaşlı Hastalar” Turkish Journal of Geriatrics, 14(4):311-320,2011. (SCI)

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

- 1- **Demirsoy N.**, Elçioğlu Ö. “Ahlaki, Dini, Kültürel Değerler: Doğruyu Söylemede Hangisi Daha Önemlidir?” Türkiye Klinikler J Med Ethics, 14:61-71, 2006.
- 2- **Demirsoy N**, Değirmen N, Kırımlioğlu N. “Holizm Kavramının Sağlık Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi” Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 19(3):164-74,2011.
- 3- **Demirsoy N**, Yılmaz A. "Kornea Transplantasyonu'nun Tıp, Etik Ve Hukuk Açısından Önemi" Türkiye Klinikleri Oftalmoloji Dergisi”21(3):171-184,2012

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

- 1- **Demirsoy N**, Elçioğlu Ö. “ Hekim ve Sağlık Teknisyeni Adaylarının Organ Nakline Karşı Tutumları” I.Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi Bildiri Kitabı, s:583, 2007
- 2- **Demirsoy N**, Kırımlioğlu N. “Kabusnâme’nin 33. Bab’i ; Tabipler Âyinin Beyan Eder”Üzerine Bir İnceleme” I. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongre Kitabı, s:1459-1471, 2008
- 3- **Demirsoy N**, Meriç M. “Cumhuriyetin İlk Yıllarında Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla Mücadeleye İlişkin Bir Rapor’un İncelenmesi” I. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongre Kitabı, s:1483-1493, 2008
- 4- Elçioğlu Ö, Kırımlioğlu N, **Demirsoy N**, Akşit MA. “Çehar Makalenin “İlmi Tib Ve Hidayeti Tabib Beyanındadır” Başlıklı 4. Makalesi Üzerine Bir Değerlendirme” I. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongre Kitabı, s:1493-1505, 2008
- 5- Kırımlioğlu N, **Demirsoy N**, Elçioğlu Ö. “Müntahabi Şifa ve Sağlıklı Yaşam” I. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongre Kitabı, s:1471-1483, 2008
- 6- **Demirsoy N**.İntern Doktorların Hastaya Doğru Tanının Söylenmesine İlişkin Görüşleri. 2.Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi- Bildiri Kitabı,s:281-292,2009.
- 7- **Demirsoy N**, Elcioglu O,Unluoglu I. Assessment of Communication Skills of 1st Class Students of Nursing Bachelor’s Degree Program Under the Scope of Course Named as “Interpersonal Relations in Nursing Services” 1st International Congress on Nursing Education, Research&Practice, Thessaloniki, Greece, p:273, 2009.
- 8- **Demirsoy N**,Kokcu AT, Hamdi Suat Aknar (1873-1936): Türkiye’de Patoloji’nin Kurucusu. Geçmişten Günümüze İstanbul’da Sağlık-Health in Istanbul From Past to Present, Kongre Bildiri Kitabı,s:606-611, İstanbul Ekim 2010.

- 9- Öztürk H, Elçioğlu Ö, **Demirsoy N.** “Evliya Çelebi ve Onun Gözüyle Belgrat Vilayeti”, 5. Balkan Tıp Tarihi ve Etiği Kongre Özet Bildiri Kitabı, 11-15 Ekim 2011, 304-310 s.
- 10- **Demirsoy N.** “21. yüzyıl hemşirelik kuramcısı Jean Watson’ın Bakım Teorisi: Bakım Etiği Çerçevesinde bir değerlendirme”, 5. Balkan Tıp Tarihi ve Etiği Kongre Özet Bildiri Kitabı, 11-15 Ekim 2011, 531-541s.
- 11- **Demirsoy N.** “Etik Açısından Çocuklarda Yaşam Kalitesi”, 5. Balkan Tıp Tarihi ve Etiği Kongre Özet Bildiri Kitabı, 11-15 Ekim 2011, 587-594s.
- 12- Öztürk H, **Demirsoy N,** Elçioğlu Ö. “Medical Science in Mesopotamian Legal Documents”, VI. Meeting of the International Society for the History of Medicine, Barcelona 7-10 September 2011, s:88.
- 13- Değirmen N, **Demirsoy N.** “One Bath as Health Source From Anatolian Seljuk Period to the Present” 43rd Congress of the International Society for the History of Medicine” 12-16 September 2012, Padua-Italy, Abstract Book, p:48.
- 14- **Demirsoy N,** Elçioğlu Ö. “Hasta Çocukların Eğitimlerinin Desteklendiği Çocuk Yaşam Merkezleri: Bir Öneri”, V. Uluslararası Eğitim Araştırmaları Kongresi, Çanakkale, 6-9 Haziran 2013.
- 15- **Demirsoy N.** “Çocuklarda Yaşam Kalitesi: Literatür Özeti Genelinde Hastanede Yatan Çocuklar İçin “Hasta Çocuk Kitabı” Önerisi” V. Uluslararası Eğitim Araştırmaları Kongresi, Çanakkale, 6-9 Haziran 2013.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Poster Bildiri Olarak Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler.

- 1- **Demirsoy N,** Kokcu AT., Elcioglu O, Unalacak M. Importance of Geriatric Patients’ Informed Consent in Primary Care Physician Performance. 2nd Congress of Association of General Practice / Family Medicine of South East Europe (AGP/FM SEE) Abstract’Book, s:220, Antalya, April 22-25, 2010
- 2- Kırımlıoğlu N, Kokcu AT, **Demirsoy N,** Unluoglu I.: Importance of Acknowledgement of patient in primary care physician performance in term of value of humanity. 2nd Congress of Association of General Practice / Family Medicine of South East Europe (AGP/FM SEE) Abstract’Book, s:219, Antalya, April 22-25, 2010
- 3- **Demirsoy N.** Arrangements About Patients Confined to Bed at the Enderun Palace Hospital and Arrangements About Services. 5th International Congress of the International Society for the History of Islamic Medicine Abstract Book, Istanbul, p:218, 2010
- 4- **Demirsoy N.** “Extraordinary Cases in Terms of Ethics, the Health Legislation in Turkey and Recommendations”, VI. Meeting of the International Society for the History of Medicine, Barcelona 7-10 September 2011, s:143.
- 5- **Demirsoy N.** “Issues About “Head” in Hazainü’s-Saadat” 43rd Congress of the International Society for the History of Medicine” 12-16 September 2012, Padua-Italy, Abstract Book, p:80.
- 6- Özden H, **Demirsoy N,** Kabay S. “An Evaluation on Epilepsy in the Ottoman Medicine” 43rd Congress of the International Society for the History of Medicine” 12-16 September 2012, Padua-Italy, Abstract Book, p:8

- 7- Metintaş M, **Demirsoy N.** “Heybeliada Sanitarium: a center providing a successful fight against tuberculosis” 43rd Congress of the International Society for the History of Medicine” 12-16 September 2012, Padua-Italy, Abstract Book,p:85.
- 8- Metintaş M, Ay H, **Demirsoy N.** “The founder of first aid: Friedrich Esmarch, his life and works” 43rd Congress of the International Society for the History of Medicine” 12-16 September 2012, Padua-Italy, Abstract Book,p:95.
- 9- **Demirsoy N**,Değirmen N. “Development in the Field of Prosthetics and orthotics in the ottoman period” 43rd Congress of the International Society for the History of Medicine” 12-16 September 2012, Padua-Italy, Abstract Book,p:82.

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sözlü Bildiri Olarak Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler.

- 1- Elçioğlu Ö, **Poyraz N.** “ Ninnilerimizde Geleneksel Çocuk Mekanlarından Biri: Beşik, I.Halkbilim Sempozyumu Bildiriler Kitabı, s: 63-71, 2004
- 2- **Demirsoy N.** “Sütüne Kimdir? Nasıl Olmalıdır? Sorularına Dr.Şükrü Kamil’den Yanıtlar, VI.Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, Mersin 11-14 Mayıs 2011.
- 3- **Demirsoy N**, Öztürk H, Elçioğlu Ö. “ 1908 Devrimi Öncesi Osmanlı Kadın Dergilerinden “Şüküfezar” Üzerine Bir Değerlendirme” , I.Kadın Araştırmaları Sempozyumu(6-8 Mart 2012,Eskişehir) Bildiriler Kitabı
- 4- **Demirsoy N.** “ Dünya Tabipler Birliği’nin Sağlıkla İlgili Uluslara arası Belgeleri ve Kadın Konusuna Odaklı Bildirileri” , I.Kadın Araştırmaları Sempozyumu(6-8 Mart 2012,Eskişehir) Bildiriler Kitabı
- 5- **Demirsoy N.** “Eski Uygarlıklardan Günümüze Yansıyan Holistik Tıp Uygulamalar”, VII.Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, Gaziantep 22-25 Mayıs 2013.

Destek Verilen Dersler

- 1- 2007–2008 Öğretim Yılı Bahar Döneminde Eskişehir Sağlık Okulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Teorik ve Stajı
- 2- 2008–2009 Öğretim Yılı Güz Döneminde Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu Kişilerarası İlişkiler Dersi
- 3–2008–2009 Öğretim Yılı Bahar Döneminde Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Teorik ve Stajı

Bilimsel Etkinlikler

Katılınan kurslar ve eğitim

Programları

:

- 1- Klinik Araştırmalarda Etik Yaklaşım Kursu, 27 Haziran 2009, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü.

2- Hizmet İçi Eğitim Kapsamında Katılımcı ve Etkin Öğrenme Kursu 15 Eylül 2010, ESOGÜ

3- Hizmet İçi Eğitim Kapsamında Öğretim Elemanı Öğrenci İletişimi; Öğrenciler arası İşbirliği Becerileri Kursu 14 Eylül 2010, ESOGÜ

4- Hizmet İçi Eğitim Kapsamında Öğrenci İlgisi ve Öğrenme; Öğretim Tasarımı Eğitim Programı Kursu 13 Eylül 2010, ESOGÜ

5- Tübitak “Bilgilendirme ve Eğitim Semineri” 09.01.2012

6- İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurul Üyeliği 2012-