

T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ANKARA VE İSTANBUL'DAKİ HIV/AIDS MERKEZLERİNDE
TAKİPLİ HIV (+) OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN RUH
SAĞLIĞI VE BİLİŞSEL FONKSİYONLARI AÇISINDAN
İNCELENMESİ VE ORTA-AĞIR ŞİDDETLİ ASTIMLI
ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Burak KARAKÖK

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

ANKARA

2017

T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ANKARA VE İSTANBUL'DAKİ HIV/AIDS MERKEZLERİNDE
TAKİPLİ HIV (+) OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN RUH
SAĞLIĞI VE BİLİŞSEL FONKSİYONLARI AÇISINDAN
İNCELENMESİ VE ORTA-AĞIR ŞİDDETLİ ASTIMLI
ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Burak KARAKÖK

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Fatih ÜNAL

ANKARA

2017

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan büyük bir keyif ve mutluluk duyduğum, bu çalışmanın başlangıcından itibaren tüm aşamalarında bana her türlü desteği sağlayan, bilgisini, zamanını ve tecrübesini benden esirgemeyen, değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Fatih Ünal'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Mesleki kimliğimin oluşumunda ve gelişmesinde büyük katkıları olan, kendi bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür olmak üzere hocalarım , Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu Çetin, Prof. Dr. Psk. Ferhunde Öktem, Prof. Dr. Berna Özsungur, Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir, Doç. Dr. Devrim Akdemir, Doç. Dr. Psk. Gülin Evinç, Yrd. Doç. Dr. Halime Tuna Çak Esen'e teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmanın oluşum ve organizasyon aşamasında her türlü imkan ve yardımı sunan başta Prof. Dr. Ateş Kara'ya olmak üzere Prf. Dr. Ayper Somer'e, Doç. Dr. Özge Uysal Soyer'e, Yan Dal Araş. Gör. Sevgen Tanır Başaranoğlu'na ve Yan Dal Araş. Gör. Manolya Karaacar'a teşekkür ederim.

Çalışmanın hızlı bir şekilde başlaması için beni motive eden ve destekleyen Prof. Dr. Psk. Ferhunde Öktem ve Prof. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür'e de ayrıca teşekkür ederim.

WISC-IV uygulamalarını büyük bir sabır ve özenle gerçekleştiren Uzm. Psk. Şeniz Özusta'ya ve bu konuda İstanbul'da bana yol arkadaşı olan Psk. Arda Yamaç Karaboncuk'a teşekkür ederim.

Psikiyatri ve Çocuk Nörolojisi rotasyonlarım sırasında her zaman yakın ilgi ve desteklerini gördüğüm bütün hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Çalışma ortamını keyifli ve sıcak bir hale getiren, dostluklarını ve desteklerini unutamayacağım asistan arkadaşlarım başta olmak üzere tüm mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Yaşamımın her aşamasında yanımda olan, ilgi ve sevgileriyle beni her zaman destekleyen anneme, babama ve kardeşlerime teşekkür ederim.

Büyük bir sabır ve fedakarlıkla beni destekleyen, tezimin her aşamasında yardımını hiç esirgemeyen, sevgisini her zaman yanımda hissettiğim, hayatıma anlam katan eşim Taliha'ya teşekkür ederim.

ÖZET

Karakök, B.. Ankara ve İstanbul'daki HIV/AIDS Merkezlerinde Takipli HIV (+) Olan Çocuk ve Ergenlerin Ruh Sağlığı ve Bilişsel Fonksiyonları Açısından İncelenmesi ve Orta-Ağır Dereceli Astımlı Çocuklarla Karşılaştırılması, **Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2017.**

Yapılan son çalışmalarda HIV ile enfekte çocuklarda psikiyatrik sorunların sık görüldüğü bildirilmektedir. Bununla birlikte bu çocuklardaki psikopatoloji üzerine etkili olabilecek hasta ve hastalık ilişkili etkenler ile sosyodemografik etkenler henüz net bir şekilde aydınlatılmış değildir. Bu çalışmada, HIV (+) çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi, psikopatolojilerinin tespit edilmesi ve bilişsel değerlendirmelerinin yapılması ve bu öğelerle ilişkili olabilecek etkenlerin araştırılması amaçlanmıştır. Bulgular yine kronik bir hastalık olan astım tanısı almış çocuk ve ergen kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Çalışmada, 6-16 yaş arası 24 HIV+ çocuk ve ergen olguları ile kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş orta ve ağır dereceli 22 astım tanılı çocuk ve ergen olguları değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamındaki çocuk ve ergenlerle psikiyatrik rahatsızlıkları taramak amacıyla, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) kullanılarak klinik görüşme yapılmıştır. Bilişsel fonksiyonu değerlendirmek amacı ile WISC IV kullanılmıştır. Çalışmaya alınan çocuklar Çocuklar İçin Depresyon Ölçeğini (CDI), Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğini, Güçler Güçlükler Anketini(GGA) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğini (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSS) doldurmuşlardır. Çocukların ebeveynleri de, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğini (Anne-baba formu) ve Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formunu (GGA) doldurmuşlardır. Bu değerlendirmeler sonucunda, araştırma ve kontrol grubu arasında DSM-IV'e göre konulan psikiyatrik tanılar açısından istatistiksel bir fark saptanmamakla birlikte her iki grubun da toplum ortalamalarına göre daha yüksek oranda psikopatolojiye sahip oldukları görülmüştür. Bununla birlikte HIV + çocuklarda DEHB tanısının oldukça yüksek oranda olduğu bulunmuştur. WISC-IV test puanları, Sözel Kavrama, Algısal Akıl Yürütme, Çalışma Belleği, İşleme Hızı ve toplam IQ olarak 5 faktör altında incelenmiş ve HIV grubunun tüm test puan ortalamaları anlamlı olarak astım grubundan daha düşük saptanmıştır. Hastaların CD4 sayıları ve HIV RNA değerlerinin psikopatoloji varlığı ve zeka düzeyleri ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Her iki grup arasında Yaşam Kalitesi Ölçeği, Güçler Güçlükler Anketi, Depresyon Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Bu çalışmada HIV (+) çocukların oldukça yüksek oranda psikopatolojiye sahip olmalarına rağmen çocuk psikiyatristi tarafından değerlendirilme oranlarının çok düşük olduğu görülmüştür. Bu hastaları izleyen hekimlerin multidisipliner yaklaşım çerçevesinde hastaları değerlendirip tanı anında tüm çocukları psikiyatrik muayene için ilgili hekime yönlendirmesi oldukça önemlidir. HIV'in psikososyal ve nörogelişimsel etkilerinin prospektif araştırmalarla daha iyi aydınlatılması, HIV(+) çocuklara yönelik uygun önlemlerin alınması ve desteklerin sağlanması açısından gereklidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, astım, psikopatoloji, nörobilişsel fonksiyon, WISC-IV

ABSTRACT

Karakok, B., An investigation of psychopathology and cognitive functioning of HIV infected children and adolescents in Ankara and Istanbul and comparison with children with moderate and severe asthma, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2017.

Psychiatric problems among children with HIV infection have been described with recent studies. Yet disease, child, caregiver and socio-demographic factors associated with psychopathologies of these children are not fully understood. The aim of this research was to investigate psychopathologies and cognitive functions of HIV infected children and adolescents and factors associated with these objects. Results of HIV infected patients were compared with results of children and adolescents with asthma which was another chronic illness. 24 HIV + patients aged between 6-16 years old were assessed. Control group consisted of children with moderate and severe asthma who were similar in terms of age and gender. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) was used for assessing the psychopathologies of enrolled children. Wechsler Intelligence Scale for Children, Fourth Edition (WISC-IV) was used to evaluate the cognitive function. Children completed *Children's Depression Inventory (CDI)*, Pediatric Quality of Life Questionnaire (PedsQL), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Parents completed Parent SDQ and Parent PedsQL. The results revealed that both of groups had higher rates of psychopathology than general population. A significant difference was not found in rates of psychopathology between two groups. However, an increased rate of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in HIV infected children was seen in this study. Full Scale IQ, Verbal Comprehension, Perceptual Reasoning, Working Memory, and Processing Speed subscale scores for HIV infected children were all found to be significantly lower than children with asthma in WISC-IV evaluation. CD4 count and HIV RNA were not associated with both psychopathology and IQ scores. Scores of CDI, PedsQL, RSS, SDQ were not significantly different between two groups. A notable finding of the study was that although HIV infected children had high rates of psychopathology, none of these children had been evaluated for mental health problems by a specialist before the study. There is an urgent need for multidisciplinary approach to provide psychiatric examination of all HIV infected children at the time of primer HIV infection evaluation. Prospective researches are needed with a full understanding of psychosocial aspects of HIV and its effects on neurocognitive functions for interventions and preventions.

Key Words: HIV, asthma, psychopathology, neurocognitive function, WISC-IV

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-------------|
| TEŞEKKÜR | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | v |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | x |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | xii |
| TABLolar DİZİNİ | xiii |
| 1.GİRİŞ | 1 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1.HIV'in Tarihçesi | 3 |
| 2.2. Dünyada HIV/AIDS Epidemiyolojik Verileri | 3 |
| 2.3. Türkiye'de HIV/AIDS Epidemiyolojik Verileri | 5 |
| 2.4. HIV Enfeksiyonunun Bulaşma Yolları | 5 |
| 2.5. HIV-1 Enfeksiyonu | 7 |
| 2.5.1. Virüs Özelliği | 7 |
| 2.5.2. Patogenez | 8 |
| 2.5.3. HIV Klinik Seyir | 9 |
| 2.5.4. HIV Tanı ve Tedavi | 10 |
| 2.6. Pediatrik HIV Enfeksiyonu | 11 |
| 2.7. HIV ve Psikiyatrik Bozukluk | 12 |
| 2.8. HIV Enfeksiyonu ve Nörogelişimsel Bozukluklar | 15 |
| 2.9. HIV+ Çocuklarda Tedavi Uyumu | 19 |
| 2.10. HIV Tanısının Çocuğa Söylenmesi | 19 |
| 2.11. Astım | 20 |
| 2.11.1. Astım Epidemiyolojisi | 21 |
| 2.11.2. Astım Patogenezi | 21 |
| 2.11.3. Astım Tanısı | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 2.11.4. Astım Tedavisi | 22 |
| 2.11.5. Astım ve Psikopatoloji | 23 |
| 2.11.6. Astım ve Nörobilişsel Bozukluklar | 24 |
| 2.12. Çalışmanın Amacı ve Varsayımları | 24 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 26 |
| 3.1. Araştırmanın Örnekleme | 26 |
| 3.2. Araştırmanın Deseni | 26 |
| 3.3. Deneklerin Seçimi | 26 |
| 3.3.1. Araştırma Grubu | 26 |
| 3.3.2. Kontrol Grubu | 27 |
| 3.4. Kontrol Grubu Olarak Neden Astım? | 28 |
| 3.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler | 28 |
| 3.5.1. Görüşme Formu | 29 |
| 3.5.2. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV (WISC-IV) | 30 |
| 3.5.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) | 31 |
| 3.5.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) – Pediatric Quality Of Life Questionnaire | 31 |
| 3.5.5. Güçler Güçlükler Anketi (GGA) | 31 |
| 3.5.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSS) | 32 |
| 3.6. Uygulama | 32 |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler | 33 |
| 4.BULGULAR | 35 |
| 4.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri | 35 |
| 4.1.1. Araştırma ve Kontrol Grubu Çocukların Cinsiyet Dağılımı | 35 |
| 4.1.2. Araştırma ve Kontrol Grubu Çocukların Yaş Ortalaması | 35 |
| 4.2. Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi Dağılımı | 36 |
| 4.3. Ailenin Gelir Düzeyi | 36 |
| 4.4. HIV(+) Çocuklara Hastalığın Bulaş Yolları | 37 |

| | |
|---|----|
| 4.5. HIV(+) Hasta Grubunun Anne ve Babalarında HIV Enfeksiyonu | 37 |
| 4.6. Anne ve Babaya Hıv Bulaş Yolları | 37 |
| 4.7. Hastaların Anne ve Babalarında Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Sıklığı | 38 |
| 4.8. Hastaların Daha Önce Çocuk Ruh Sağlığı Bölümüne Başvuru Öyküleri | 38 |
| 4.9. Psikiyatrik İlaç Kullanım Öyküsü | 39 |
| 4.10. HIV(+) Grupta Ek Kronik Hastalık | 39 |
| 4.11. HIV(+) Çocukların Hastalıkları Hakkındaki Bilgileri ve Bilgi Kaynakları | 39 |
| 4.12. HIV Enfeksiyonunun Bulaş, Tanı ve Tedavi Başlanma Yaşları | 41 |
| 4.13. Tedavi Uyumu | 41 |
| 4.14. Yan Etki | 42 |
| 4.15. Ensefalit Öyküsü | 43 |
| 4.16. Hastalık Bilgisinin Başkaları İle Paylaşılması | 43 |
| 4.17. WISC-IV Profilleri | 44 |
| 4.18. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) Puanları | 47 |
| 4.19. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Puan Ortalamaları | 48 |
| 4.20. Güçler Güçlükler Anketi Puan Ortalamaları | 49 |
| 4.21. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanları | 53 |
| 4.22. Psikiyatrik Tanı Dağılımları | 54 |
| 4.22.1. Duygudurum Bozuklukları | 55 |
| 4.22.2. Anksiyete Bozuklukları | 55 |
| 4.22.3. Yıkıcı Davranış Bozuklukları | 56 |
| 4.22.4. Diğer Psikiyatrik Tanılar | 56 |
| 4.23. Tanı ve Ölçek Puanlarının İlişkisi | 58 |
| 4.24. Cinsiyete Göre Psikiyatrik Tanı | 60 |
| 4.25. Yaşa Göre Psikiyatrik Tanı | 61 |
| 4.26. Tedavi Uyumu Psikopatoloji İlişkisi | 62 |
| 4.27. Tedavi Uyumu-Zeka Düzeyi İlişkisi | 62 |

| | |
|--|-----------|
| 4.28. Hastalık Bilgisi-Tedavi Uyumu | 63 |
| 4.29. Hastalık Bilgisi-Psikopatoloji | 63 |
| 4.30. RNA-CD4 Sayısı-Psikopatoloji | 64 |
| 4.31. Anne ve Babanın Psikiyatrik Tanı Varlığı İle HIV(+) Çocukların Şimdiki Psikiyatrik Tanımları Arasındaki İlişki | 65 |
| 5.TARTIŞMA | 66 |
| 5.1. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları | 77 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 79 |
| 7. KAYNAKLAR | 81 |
| Sosyodemografik Veri Formu | |
| Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) | |
| Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) | |
| Güçler Güçlükler Anketi | |
| Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği | |

SİMGELER ve KISALTMALAR

| | |
|-----------|--|
| AIDS | Acquired Immun Deficiency Syndrom; Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu |
| ÇDÖ | Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği |
| ÇDŞG-ŞY-T | Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli |
| ÇİYKÖ | Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği |
| DEHB | Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu |
| DNA | Deoksiribo Nükleik Asit |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı |
| ELISA | Enzim Linked İmmunosorbent Assay |
| EN | Enürezis Nokturna |
| FEV1 | Forced Expiratory Volume 1 |
| GGA | Güçler Güçlükler Anketi |
| HAART | Highly Active Antiretroviral Treatment; Çok Etkin Antiretroviral Tedavi |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus; İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü |
| KOKGB | Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu |
| K-SADS | Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children; Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu |
| OKB | Obsesif Kompulsif Bozukluk |
| PedsQL | Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği |
| PEF | Peak Expiratory Flow |
| RNA | Ribo Nükleik Asit |
| RSS | Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği |
| SPSS | Sosyal Bilimler için İstatistik Programı |
| SSS | Santral Sinir Sistemi |
| UNAIDS | Birleşmiş Milletler HIV ve AIDS Ortak Programı |
| WB | Western Blot |
| WHO | Dünya Sağlık Örgütü |
| WISC-IV | Wechsler Intelligence Scale for Children – IV |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Şekil 1: Kıtalara Göre HIV Pozitif Kişi Sayıları | 4 |
| Şekil 2: 2010-2015 Yılları Arasında Dünya Genelinde ART Alan 15 Yaş Altı Çocuk Sayısı | 5 |
| Şekil 3: HIV enfeksiyonunun klinik seyri | 9 |
| Şekil 4: HIV Grubunda Anne Eğitim Süresi ile Çocukların Toplam IQ Puanları Arasındaki İlişki | 46 |
| Şekil 5: HIV Grubunda Baba Eğitim Süresi İle Çocukların Toplam IQ Puanları Arasındaki İlişki | 46 |
| Şekil 6: HIV Grubunda Yaş ve ÇDÖ Puanları Arasındaki İlişki | 48 |
| Şekil 7: HIV(+) Grupta Yaşa Göre Güçler Güçlükler Anketi Sosyal İlişki Puanı | 53 |

TABLOLAR DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Tablo 1: Türkiye’de Bildirilen Olası Bulaşma Yollarına Göre HIV/AIDS Olgularının Dağılımı | 6 |
| Tablo 2: HIV-1 ilişkili nörobilişsel disfonksiyonda klinik triad | 16 |
| Tablo 3: Astım Klinik Derecelendirme | 22 |
| Tablo 4: Araştırma ve kontrol grubu çocukların cinsiyet dağılımı | 35 |
| Tablo 5: Araştırma ve Kontrol Grubunda Çocukların Yaş Ortalamaları | 35 |
| Tablo 6: Araştırma ve Kontrol Grubunda Anne ve Babaların Ortalama Eğitim Süreleri | 36 |
| Tablo 7: Araştırma ve Kontrol Grubunda Ailelerin Aylık Ortalama Gelir Düzeyi Dağılımları | 36 |
| Tablo 8: HIV(+) Çocuklara Hastalığın Bulaş Yolları | 37 |
| Tablo 9: HIV(+) Anne ve Babalara Hastalığın Bulaş Yolları | 37 |
| Tablo 10: Araştırma ve Kontrol Grubunda Anne ve Babaların Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Oranları | 38 |
| Tablo 11: Araştırma ve Kontrol Grubunun Çocuk Ruh Sağlığı Bölümüne Başvuru Öyküsü | 39 |
| Tablo 12: Araştırma ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik ilaç Kullanım Öyküsü | 39 |
| Tablo 13: HIV(+) Çocukların Hastalıkları Hakkındaki Bilgileri ve Bilgi Kaynakları | 40 |
| Tablo 14: HIV(+) Grupta Hastalık Bilgisi-Yaş Ortalaması | 40 |
| Tablo 15: HIV(+) Grupta Cinsiyete Göre Hastalık Bilgisi | 41 |
| Tablo 16: Araştırma ve Kontrol Grubunun Tedavi Uyumları | 42 |
| Tablo 17: HIV(+) Çocuklarda Tedavi Uyumu-Yaş ilişkisi | 42 |
| Tablo 18: Araştırma ve Kontrol Grubunda ilaç Yan Etki Oranları | 43 |
| Tablo 19: HIV(+) Grupta Hastalık Bilgisinin Başkaları ile Paylaşılması | 43 |
| Tablo 20: Araştırma ve Kontrol Grubunun WISC-IV Profilleri | 44 |
| Tablo 21: Araştırma ve Kontrol Grubunda Mental Retardasyon Oranları | 45 |
| Tablo 22: Araştırma ve Kontrol Grubunun ÇDÖ Puan Ortalamaları | 47 |
| Tablo 23: HIV(+) Grupta Cinsiyete Göre ÇDÖ Puan Ortalamaları | 48 |
| Tablo 24: Araştırma ve Kontrol Grubu Çocukların ÇİYKÖ Puan Ortalamaları | 49 |

| | |
|---|----|
| Tablo 25: Araştırma ve Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi Puan Ortalamaları | 50 |
| Tablo 26: HIV(+) Grupta Cinsiyete Göre Güçler Güçlükler Anketi Puan Ortalamaları | 52 |
| Tablo 27: Araştırma ve Kontrol Grubunun Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamaları | 54 |
| Tablo 28: HIV(+) Grupta Cinsiyete Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamaları | 54 |
| Tablo 29: Araştırma ve Kontrol Grubunda şimdiki DSM-IV Tanı Dağılımları | 57 |
| Tablo 30: Araştırma ve Kontrol Grubunda Depresyon Tanısı Alanların ÇDÖ Puan Ortalamaları | 58 |
| Tablo 31: HIV(+) Grupta Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Çocukların Güçler | 58 |
| Tablo 32: HIV(+) Grupta Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Çocukların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı Ortalamaları | 59 |
| Tablo 33: HIV(+) Grupta Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Çocukların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanı Ortalamaları | 60 |
| Tablo 34: HIV(+) Grupta Cinsiyete göre Sosyal Fobi Oranları | 60 |
| Tablo 35: Araştırma ve Kontrol Grubunda Yaşa Göre Psikiyatrik Tanı | 61 |
| Tablo 36: HIV(+) Grupta Yaşa Göre Psikiyatrik Tanı | 61 |
| Tablo 37: HIV(+) Grupta Tedavi Uyumu - Psikopatoloji ilişkisi | 62 |
| Tablo 38: HIV(+) Grupta Tedavi Uyumu – Zeka Düzeyi ilişkisi | 62 |
| Tablo 39: HIV(+) Grupta Tedavi Uyumu – Hastalık Bilgisi ilişkisi | 63 |
| Tablo 40: HIV(+) Grupta Hastalık Bilgisi - Psikopatoloji ilişkisi | 63 |
| Tablo 41 : HIV(+) Grupta Hastalık Bilgisi – Anksiyete Bozukluğu ilişkisi | 64 |
| Tablo 42 : HIV(+) Grupta Hastalık Bilgisi –Depresyon ilişkisi | 64 |
| Tablo 43: HIV(+) Grupta Annenin Psikiyatrik Tanı Varlığı ile Çocukların şimdiki Psikiyatrik Tanı Varlığı Arasındaki ilişki | 65 |
| Tablo 44: HIV(+) Grupta Babanın Psikiyatrik Tanı Varlığı ile Çocukların şimdiki Psikiyatrik Tanı Varlığı Arasındaki ilişki | 65 |

1.GİRİŞ

İnsan İmmun Yetmezlik Virüsü (HIV) 1981’de tanımlanan ve insanlarda immün yetmezlik sendromu (AIDS) ile karakterize hastalığa neden olan bir virüstür. 1981’den bu yana milyonlarca kişi bölgelere ve ülkelere göre değişiklik göstermekle birlikte artan oranlarda bu virüsle karşılaşmakta ve önemli sağlık sorunları ile karşılaşmaktadırlar. Hastalığın ilk tanımlandığı dönemlerde cinsel yönelimi farklı olan erkeklerle sınırlı olması ve sonrasında yine cinsel yolla bulaşıcı özelliği ön planda olan bir hastalık olması nedeni ile virüs ile enfekte kişiler toplum içinde gizli kalmayı tercih ederek tanı ve tedavide geç kalabilmektedirler. Bu hem bireysel anlamda hem halk sağlığı anlamında büyük sorunlara yol açabilmekte ve hastalık ile dünya geneli savaşta engellere neden olmaktadır.

Birleşmiş Milletler HIV ve AIDS ortak programının (UNAIDS) hazırladığı raporda 2014 yılı sonu itibari ile dünyada yaklaşık 36.9 milyon kişinin HIV enfekte olduğu, bunun da 2.6 milyonunun çocuk olduğu belirtilmiştir[1]. Doğurganlık çağındaki kadınlar HIV pozitif olguların yaklaşık olarak yarısını oluşturmaktadır. Enfekte anne sayısı arttıkça bunun doğal bir sonucu olarak enfekte çocuk sayısı da artmaktadır.

Türkiye Dünya’daki HIV (+) kişi sayısı bakımından ‘düşük prevalanslı ülke’ konumunda olmakla birlikte 2004-2014 yılları arasında yeni HIV enfeksiyonu görülme oranına göre %467 artışla Avrupa genelinde en yüksek oranda artışa sahip ülkedir. Avrupa genelinde bu oran %81 ve orta Avrupa’da ise %175 tir[2]. 2015 Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de 10.475 HIV(+)kişi bulunmaktadır[2].

Birçok sistemin etkilendiği hastalıkta Sinir Sistemi en çok etkilenen sistemlerden biri olması itibari ile bu kişilerde nöropsikolojik bozukluklar sıklıkla görülmektedir. Bu bozukluklar hastalığın patogenezinin yanı sıra, hem sürecin kronik olması hem de enfeksiyonu olan kişilerle ilgili toplumsal damgalanma gibi hastalıktan farklı olarak birçok ailevi ve toplumsal tutumların etkisi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu kişilerde hastalığın düzenli takip ve tedavi gerektirmesi, ilaç yan etkileri ve yine kendi kendilerine olan suçluluk ve umutsuzluk hisleri de bu bozukluk ve uyumsuzlukları beslemektedir. Özellikle nöronal gelişim sürecinin devam ettiği çocuk ve ergen yaş grubunda bu etkilenme erişkinlere göre daha

belirgin olabilir. HIV pozitifliği, henüz sorun çözme becerisinin gelişmediği ve topluma kendini kabul ettirme kaygısının varlığı göz önüne alınacak olursa ciddi psikiyatrik ve nörogelişimsel sorunlara neden olabilir. Çocuk ve ergenlerde, HIV/AIDS' in bir kronik hastalık olarak psikopatolojiye etkisinin yanı sıra, virüsün merkezi sinir sistemi üzerindeki etkisi, bulaş yolu ilişkili etkenler, ebeveyn sağlığı, sosyokültürel ve ekonomik durum, hastalığın sık görüldüğü popülasyonun özellikleri, HIV ilişkili damgalanma gibi diğer kronik hastalıklardan farklı olarak hastalığa özgü etkileri de psikopatoloji gelişme sürecinde önemli rol oynar. HIV (+) çocukların psikiyatrik durum ve nörobilişsel gelişimlerinin bilinmesi bu çocukların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, damgalanmanın etkilerinden uzak sağlıklı benlik saygısı geliştirmeleri, gelecek planı yapmaları, tedaviye uyum sağlamaları, riskli davranışlardan kaçınmaları ve bulaştırıcılıklarının önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

HIV(+) çocuk ve ergenlerin ruh sağlıklarının, bilişsel fonksiyonlarının ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirildiği ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığı ülkemizde yapılmış bir çalışmaya rastlanmadığı gibi dünya genelinde de çok az sayıda çalışmanın yapıldığı görülmüştür. Bu çalışmada, HIV(+) çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi, olası psikopatolojilerinin saptanması, bilişsel değerlendirilmelerinin yapılması ve bulguların yine kronik bir hastalık olan astım tanısı almış çocuk ve ergen kontrol grubu ile karşılaştırılması planlanmıştır. Bu çalışma HIV (+) çocukların ve ailelerinin yaşadıkları zorlukları anlamak ve olası psikopatolojileri tespit ederek bu hastalara ruh sağlığı açısından gerekli müdahaleleri planlamak açısından önemlidir. Çalışma sonuçlarının bu çocukların ve ailelerin yaşam kalitelerinin ve tedaviye uyumlarının artırılmasında yol gösterici olabileceği düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

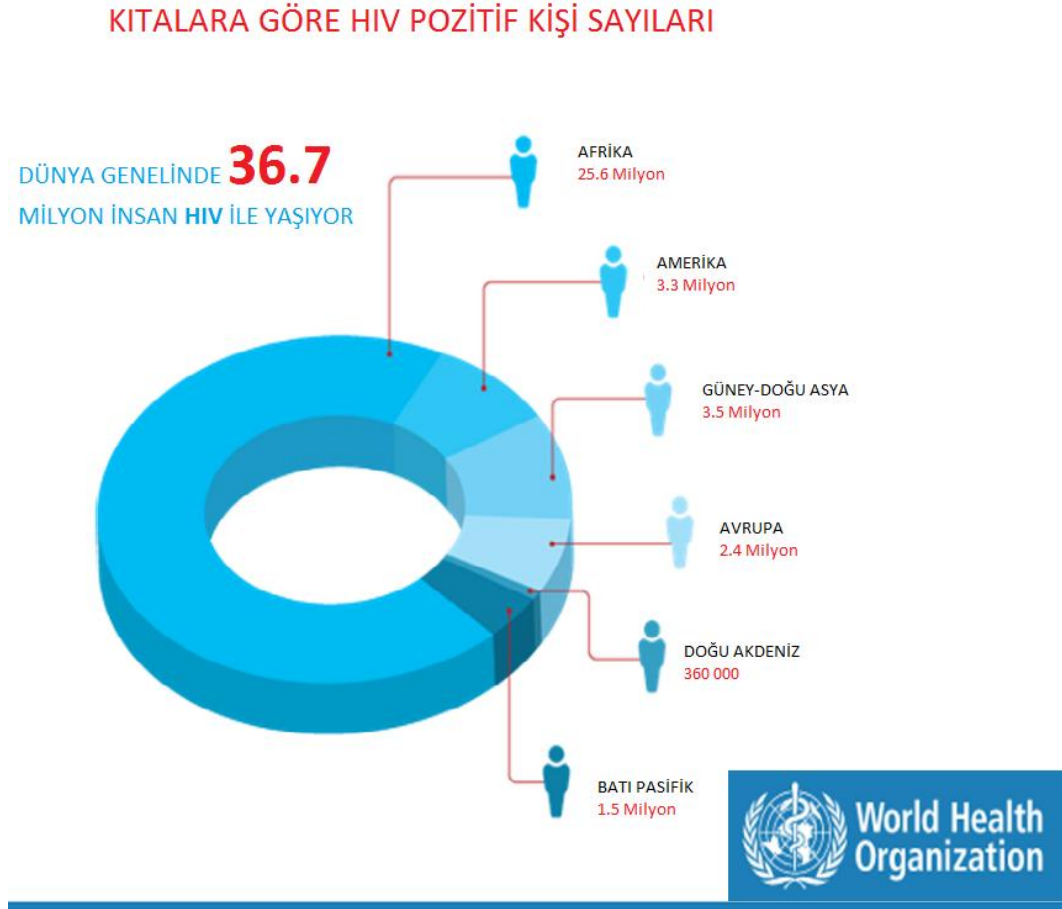
2.1. HIV'in Tarihçesi

HIV/AIDS hastalığı ilk defa 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ve Haiti'den gelen göçmenlerde tanımlanmıştır. 1981 yılında daha önce sağlıklı olduğu bilinen Kaposi Sarkomu ve *Pneumocystis carinii* pnömonisi nedeni ile izlenen 41 cinsel yönelimi farklı erkek hasta ABD'de Haftalık Morbidite ve Mortalite Dergisinde yayınlanmış ve sonrasında benzer olguların bildirilmesi üzerine hastalık ile ilgili çalışmalar başlatılmıştır. Bu hastalığın daha önce yazında tanımlanmayan yeni bir hastalık olduğu kanısına varılmış ve hastalığa Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu/AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrom) ismi verilmiştir. 1983 yılında ise hastalığa neden olan virüs 'HIV' izole edilmiştir. Virüsün günümüzde bilinmekte olan iki serotipi mevcuttur. Bunlar tüm dünyada dominant olan HIV-1 ve daha çok Batı Afrika ülkelerinde görülmekte olan HIV-2'dir[3].

2.2. Dünyada HIV/AIDS Epidemiyolojik Verileri

2017 UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) raporuna göre 2016 yılında dünya genelinde HIV + saptanan 36.7 milyon kişi bildirilmiştir. Bunun 2.1 milyonunu çocuklar oluştururken 17.8 milyonunu 15 yaş üstü kadın oluşturmaktadır. 2016 yılında AIDS nedeni ile ölen kişilerin sayısı 1 milyon olarak bildirilmiştir. Yaklaşık %64'ü sahra altı Afrika ülkelerinde olmak üzere her gün 5000 yeni insan HIV ile enfekte olmaktadır.

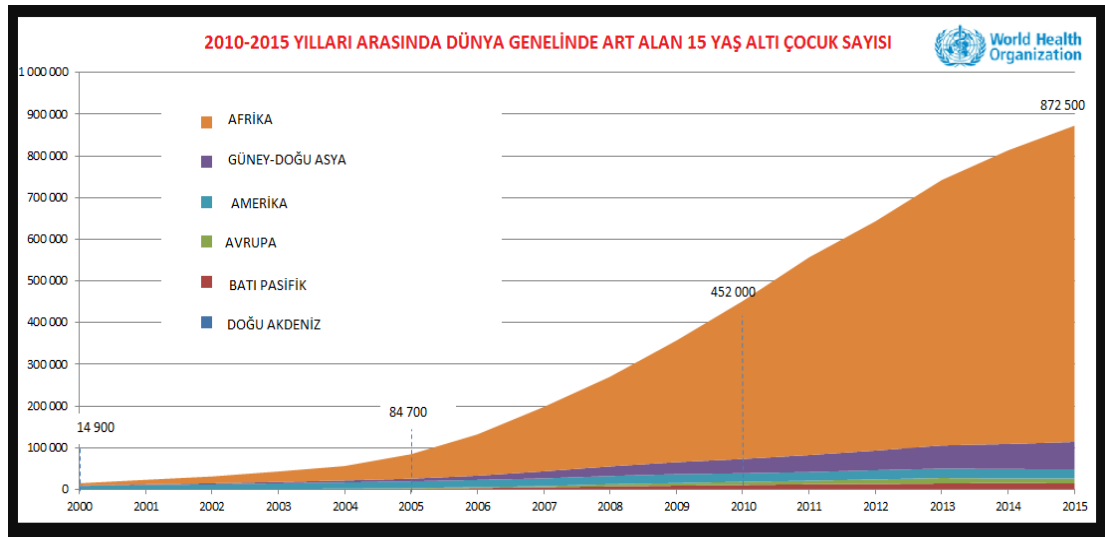
Şekil 1: Kıtalaraya Göre HIV Pozitif Kişi Sayıları



Yıllar içerisinde dünya genelinde HIV pozitif olgu sayısı artarken HIV ile yeni enfekte olan kişi sayısı azalmaktadır. 2010 yılından bu yana tüm yaşlar göz önüne alındığında yeni HIV enfeksiyonu sayısı %16 oranında azalmıştır. Bu azalma %47 lik oranla en belirgin şekilde çocuklarda olmuştur.

2005 yılında AIDS ilişkili ölüm ortalama 1.9 milyon iken etkin antiretroviral tedavi (HAART) ile birlikte bu sayı 2016'da 1 milyona inerek %48 lik bir azalma göstermiştir. HIV(+) insanların %51 inin kadın olmasına rağmen tedaviye uyumun erkeklere göre daha yüksek olması sebebi ile AIDS ilişkili ölüm oranının kadınlarda erkeklere göre %27 daha az olduğu kaydedilmiştir.

Şekil 2: 2010-2015 Yılları Arasında Dünya Geneline ART Alan 15 Yaş Altı Çocuk Sayısı



2.3. Türkiye’de HIV/AIDS Epidemiyolojik Verileri

Türkiye Dünya’daki HIV+ kişi sayısı bakımından ‘düşük prevalanslı ülke’ konumunda olmakla birlikte 2004-2014 yılları arasında yeni HIV enfeksiyonu görülme oranına göre %467 artışla Avrupa genelinde en yüksek orana sahip ülkedir. (Avrupa’da en yüksek %175) Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de 10.475 HIV+ kişi bulunmaktadır. Türkiye’de 1 Ocak 2015- 30 Haziran 2015 tarihleri arasında saptanmış HIV+ çocukluk çağı olgu sayısı 16’dir.

2.4.HIV Enfeksiyonunun Bulaşma Yolları

HIV enfeksiyonu üç yolla bulaşmaktadır:

1. Cinsel yolla bulaşma
2. Kan ve kan ürünleri ile bulaşma
3. Anneden bebeğe bulaşma

Virüs, en sık korunmasız cinsel ilişki ile bulaşmaktadır. HIV korunmasız yapılan vajinal, oral, anal her türlü cinsel temasta bulaşabilir. Diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların varlığı yaptıkları mukoza hasarı nedeni ile HIV geçişini kolaylaştırıcı etki gösterebilir[3, 5]. Kan ve kan ürünleri ile bulaşma enfekte kanın transfüzyonu, ortak enjektör kullanımı, kan ile temas riski olan tıraş aletleri gibi halka açık mekanlarda ortak malzemelerin kullanımı, kan ve ürünleri ile sağlık personelinin

teması gibi yollarla olabilir. Kandaki virüs yükü arttıkça bulaş için gerekli olan kan miktarı azalmaktadır. 1985 yılında HIV'e karşı antikor testlerinin bulunması ile tüm dünyada kan ve ürünlerinin hastaya vermeden önce test edilmesi zorunlu hale gelmiştir. Bu nedenle transfüzyon ilişkili bulaş zaman içinde azalmıştır.

HIV enfeksiyonu gebelikte, doğum sırasında ve emzirmeyle bebeğe geçebilir. Müdahale edilmediği takdirde, HIV pozitif annelerin bebeklerinin vertikal bulaşma ile infekte olma olasılığı % 20-30 dur. En önemli risk faktörü doğum anında annenin HIV-virüs yüküdür. 1995'den günümüzde yapılan müdahaleler (Antiretroviral tedavi, sezaryen doğum, yeni doğana verilen profilaksi ve anne sütünün yerine formül mama tedariği) ile vertikal bulaşma olasılığı % 1-2 düzeyine indirilmiştir[5-7]. Anne sütüyle virüsün geçişinin %14-29 oranında olduğu gösterildiğinden annenin bebeği emzirmesi önerilmez.

Tablo 1: Türkiye'de Bildirilen Olası Bulaşma Yollarına Göre HIV/AIDS Olgularının Dağılımı

| Türkiye'de Bildirilen Olası Bulaşma Yollarına Göre HIV/AIDS Olgularının Dağılımı (Sağlık Bakanlığı Verileri) |
|---|
| Heteroseksüel cinsel temas (%28) |
| Homoseksüel/biseksüel cinsel temas (%15) |
| Anneden bebeğe geçiş (%1) |
| Damar içi madde bağımlılığı (%0,7) |
| Nazokomiyel bulaş (%0,4) |
| İnfekte kan tranfüzyonu(%0,2) |
| Bilinmiyor (%53) |

HIV ile Bulaş Gösterilmeyen Durumlar:

- Aynı ev, iş yeri ve odada bulunma
- Sosyal öpüşme, dokunma, el sıkışma
- Telefon kulaklığı, kapı tokmağı
- Sigara paylaşma, giysilerin ortak kullanımı
- Tabak, çatal,kaşık, bıçak, bardak paylaşma
- Yüzme havuzu,banyo, duş, genel tuvalet, hamam, sauna paylaşımı
- Gözyaşı, ter, tükürük
- Sinek, böcek, arı sokması
- Evcil hayvanlarla aynı ortamda bulunmayla HIV bulaşmamaktadır[5].

2.5. HIV-1 Enfeksiyonu

2.5.1.Virüs Özelliği

HIV, çoğalabilmek için insan bağışıklık sistemi hücrelerine ihtiyaç duyan hücre içi parazit olarak nitelendirebileceğimiz, lentivirus ailesinden bir retrovirustur. Zarflı, pozitif iplikli bir RNA virüsüdür. Virüsün HIV-1 ve HIV-2 olmak üzere iki alt grubu vardır. HIV-2 Batı Afrika'da sık görülürken dünyanın diğer bölgelerinde ağırlıklı tip HIV-1 dir. İki alt tipin bulaş ve hastalık seyri açısından farklılıkları olmakla birlikte ikisi de AIDS'e neden olabilmektedir[8]. Bir retrovirus olan HIV'in ayırt ettirici özelliği Revers transkriptaz enzimleri ile genomlarının bir DNA kopyasını (cDNA) oluşturabilmeleridir. Revers transkripsiyon ile oluşan cDNA konak hücre DNA'sına entegre olur. Lentivirusların diğer retroviruslardan farkı ise klinik belirtilerin ortaya çıkmasına kadar çok uzun bir süre latent halde kalmaları ve daha karmaşık bir genomik yapıya sahip olmalarıdır[9, 10].

HIV'in replikasyonunda rol alan Revers Transkriptaz enziminin doğası gereği çok sık hata yapması ve üstelik DNA Polimeraz enziminin tamir mekanizmasından yoksun olması, günlük virus üretiminin çok fazla olması (1010-1012 partikül), HIV genomunun büyüklüğü (10.000 nükleotid), serbest virusun yarı ömrünün 30 dakika oluşu ve mutasyonların sık oluşması çok fazla sayıda ve farklı genetik yapıda

suşların oluşmasına yol açar[11]. Farklı genetik yapıda suşların olması da klinik seyir ve tedaviye direnç açısından önem taşımaktadır.

2.5.2. Patogenez

HIV-1 enfeksiyonunun patogenezini ve AIDS'e ilerlemesi enfeksiyon ajanı olan virüs suşunun özellikleri ve konağın virüse verdiği cevaba bağlı olarak değişiklik gösterir. HIV-1 ile enfekte olan kişiler hücrel ve humoral bağışıklık cevabı verirler ancak bu yanıt hastaların büyük çoğunluğunda hastalığın ilerlemesini durduramaz. Hücrel cevap CD4+ ve CD8+ T-Lenfositler aracılığı ile olur. Bu hücreler direk olarak enfekte hücreleri tanıyıp öldürerek, dolaylı yoldan ise çözünür antiviral kemokinler üreterek virüsün replikasyonunu önlemeye çalışır[12].

Virüs vücuda girdikten sonra özellikle T lenfositlerde olmak üzere immün sistemin diğer hücrelerinden saklanarak hızla üremeye başlar. Direk ve indirek mekanizmalar ile (apoptoz, süperantijen etkisi, bağışıklığın yarattığı harabiyet, sitokin üretimindeki düzensizlik) organ ve sistemler üzerinde patolojik süreçlere neden olur. Öncelikli olarak lenfosit disfonksiyonu ve sayısında azalmaya neden olduğu için hastalar enfeksiyonlara yatkın hale gelir. Zamanla diğer sistem hücreleri de etkilenerek enfeksiyonlarına ek olarak organ bazında fonksiyon bozuklukları görülebilir[13, 14].

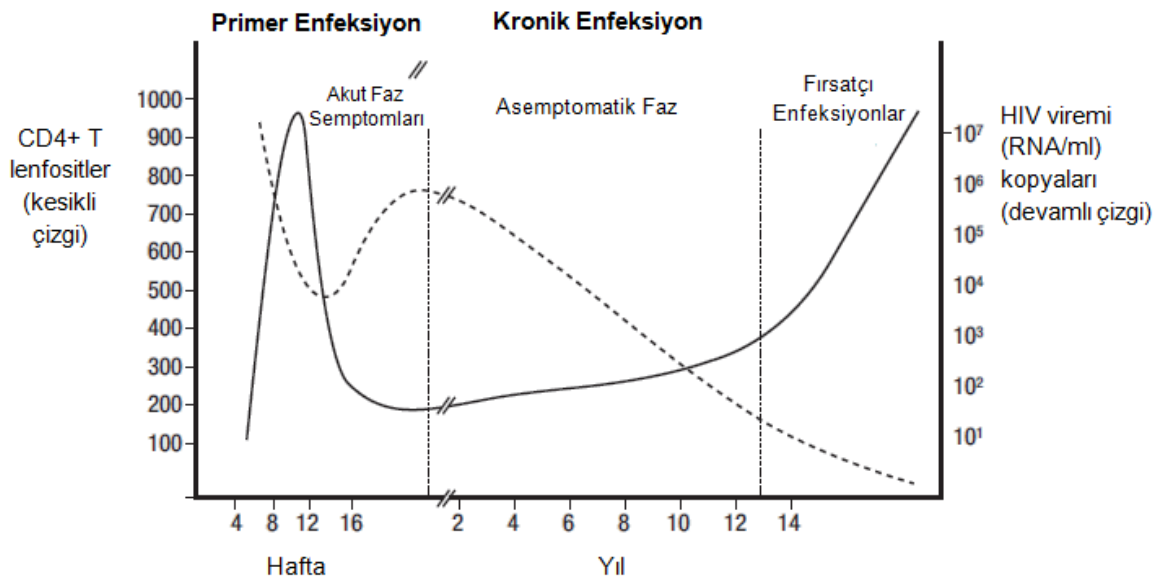
Hastalıkta en sık etkilenen organ bakteriyel pnömonilerle akciğer iken, ikinci sıklıkta viral ensefalit ile beyin gelmektedir. Bunu kalp, böbrek, bağırsaklar ve diğerleri takip etmektedir[15]. HAART ve profilaksi tedavileri ile birlikte özellikle fırsatçı enfeksiyonlarda olmak üzere birçok sistemde görülen hastalıklarda azalma olmuştur.

Sık etkilendiği bilinen santral sisteminde de tedavi sonrası özellikle toksoplazmoz, sitomegalovirüs ensefaliti ve kriptokokkosizde azalma olmuştur. Tedavi ile enfeksiyon dışı Santral Sinir Sistemi (SSS) tutulumu neden olan HIV-1 ensefalopatisi, SSS lenfoması, progresif multifokal lökoensefalopati gibi hastalıklarda da azalma olduğu bildirilmiştir[16, 17]. Psikiyatrik bozukluğun sık görüldüğü bilinen enfeksiyonda, HAART sırasında akut psikozda artış olduğu gösterilmiştir[17].

2.5.3. HIV Klinik Seyir

HIV, spesifik tedavi almayan kişilerde 3 evrede sınıflandırılan hastalığa neden olur:

- 1-Akut HIV Enfeksiyonu
- 2-Latens Dönemi
- 3-Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS)



Şekil 3: HIV enfeksiyonunun klinik seyri [18].

Birinci evre, Akut HIV Enfeksiyonu olarak tanımlanır. HIV ile enfekte olduktan sonraki 2-4 hafta içinde kişilerde birkaç hafta süren grip benzeri belirtiler ile karakterizedir. Bu evrede hastaların çoğu hastalığının farkında değildir ve bulaştırıcılıkları çok yüksektir.

İkinci evre Asemptomatik HIV Enfeksiyonu ya da Kronik HIV Enfeksiyonu olarak da bilinir. Bu evrede virüs kanda az miktarda üretilir ve hastaların hiçbir belirtisi olmayabilir. Hastanın tedavi alıp almamasına göre bu süreç 10 yıl ya da daha uzun sürebilir. Hasta bu dönemde hala bulaştırıcıdır. Bu evrenin sonlarına doğru hastanın CD4 hücre sayısı düşerken virüs yükü artmaya başlar ve hasta belirtiler göstermeye başlar.

Üçüncü evrede hastalık AIDS olarak tanımlanır. En ağır evredir. Kişinin immün sistemi harap olmuştur ve birçok enfeksiyona açık hale gelmiştir. Ateş, halsizlik, kilo kaybı, lenfadenopati ve diğer birçok yakınma ve bulgu bu evrede görülebilir. Tedavisiz hastalarda bu evrede ortalama yaşam süresi 3 yıldır. Bulaştırıcılık yüksektir[19].

2.5.4. .HIV Tanı ve Tedavi

Tanı

İnfeksiyonun başlangıcından sonra serokonversiyon süresi 3-4 haftadır. Bu süreden itibaren hastalığın son evresine kadar HIV'ı başta plazma olmak üzere hastanın çeşitli vücut sıvılarında saptamak mümkündür. Asemptomatik dönemde virüs; kandan, cinsel sıvılardan ve serviksten izole edilebilir. HIV antikorlarının tesbiti iki aşamalı yapılır. Tarama testi ile pozitif saptanan örnekler tekrar edildikten sonra doğrulama testine alınır. Tarama testi olarak öncelikle Enzim Linked İmmunosorbent Assay (ELISA) yöntemi kullanılmaktadır. Reaktif bir ELISA sonucu en yaygın olarak kullanılan doğrulama testi olan Western Blot (WB) ile doğrulanabilir. Reaktif ELISA sonucunun WB ile doğrulanması HIV enfeksiyonu tanısını kanıtlar. ELISA testi hastanın bulaştırıcı olduğu “pencere döneminde” negatif sonuç verebilir. Kalitatif HIV-DNA tayini pencere döneminde antikor testleriyle kesin sonuç alınamayan hastalarda uygulanabilir[20, 21].

Tedavi

Tanısı kesinleşen hastalarda hızla tedaviye başlanması hastalığın ilerlemesini yavaşlatır ve fırsatçı enfeksiyon gelişmesini önleyerek yaşam kalitesini artırır. Tedavinin iki ayağı vardır: HIV replikasyonunu durdurmak üzere kullanılan ilaçlar ile fırsatçı enfeksiyonların profilaksisi ve tedavisinde kullanılan ilaçlar. HIV replikasyonu üzerinde farklı basamaklarda inhibe edici etki gösterebilen antiretroviral ilaçlar geliştirilmiş olmakla birlikte HIV enfeksiyonunun eradikasyonu henüz sağlanamamıştır. Ancak antiretroviral ilaçların uygun kombinasyonları ile kullanıldığı bir tedavi rejimi olan ‘ Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART)’ HIV/AIDS in ölümcül bir hastalıktan tedavi ile kontrol altına alınabilir kronik bir hastalığa dönüşmesini sağlamıştır[22].

HAART ile viral baskılanma sağlanarak immünolojik ve klinik yanıt alma, morbidite ve mortalitede azalma ile beraber özellikle anneden bebeğe vertikal geçiş ile birlikte diğer bulaş yollarını da azaltma hedeflenmektedir. Bu rejimde birden fazla ilaç grubu (nükleozid ve nükleotid analogu revers transkriptaz inhibitörleri, non-nükleozid revers transkriptaz inhibitörleri, proteaz inhibitörleri, giriş inhibitörleri, integras inhibitörleri) değişik kombinasyonlarda hastaya uygun olacak şekilde planlanır. Tedavide ilaç yan etkileri ile beraber ilaç sayısının fazla olması ve ilaçların kronik süreçte sürekli kullanılacak olması tedaviye uyumu bozmaktadır. Bunlar göz önünde bulundurularak üretilen yeni ilaçlarda toksisite ve ilaç sayısının daha az olması hasta konforunu artırarak tedaviye uyumu artırmaktadır.

2.6.Pediyatrik HIV Enfeksiyonu

Dünyada 2.6 milyon çocuğun HIV pozitif olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağı HIV pozitif olgularının yaklaşık %90'ının anneden bebeğe geçiş şeklinde olduğu bildirilmiştir. Anneden bebeğe geçiş için hiçbir önlem alınmadığı takdirde geçiş oranı %13-48 arasında tahmin edilmektedir[23]. Kontrol önlemleri alındığında ise virüsün bebeğe geçiş oranı emzirmeyen annelerde %2'nin, emziren annelerde ise %5' in altına düşebilmektedir[24].

Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü çocukluk çağı HIV vakalarının azaltılmasında en etkili ve maliyet etkin yolun anneden bebeğe geçişi önlemek olduğunu vurgulamıştır. Bu nedenle anneden bebeğe geçişin 2020 yılında sıfır olması hedeflenmiş ve bu hedef için gebelik döneminde tarama ve etkin profilaksi uygulamasına önem verilmiştir. Bununla birlikte HIV in diğer bulaş yolları da göze alındığında günümüzde adolesan dönemde erken ve korunmasız cinsel ilişki sıklığının ve yine benzer şekilde damar içi madde kullanımının artması da çocukluk çağı HIV vakalarının artışına neden olabilir. Doğurganlık çağı kadınlarının bilgilendirilmesi ve düzenli gebelik takiplerinin yapılmasının yanı sıra adolesan dönemde farkındalık oluşturma ve sakınmanın sağlanması gereklidir.

Perinatal HIV geçiş riskinin arttığı durumlar[25]:

- Anne kanındaki viral yük
- Yüksek vajinal HIV yüküyle temas

- Düşük maternal CD4 düzeyi
- Yüksek maternal CD8 düzeyi
- Vajinal doğum

Anneden bebeğe bulaşın önlenmesi için gebelik saptandığında,

- Tüm gebelere HIV RNA ve CD4 sayılarından bağımsız olarak antiretroviral tedavi başlanmalıdır.
- 1000 kopya/ml üzerinde olan gebelerde 38. Haftada planlanmış sezaryan önerilir. HIV RNA 1000 kopya/ml altında olan gebelerde bulaş riski az olduğu için rutin sezaryan önerilmez.
- Doğum esnasında anneye zidovudin verilmelidir.
- Doğum sonrasında bebeğe doğumu takip eden 12 saat içinde oral zidovudin başlanmalı ve 6 hafta süre ile verilmeli, anne bebeği emzirmemelidir[26].

Virüsü alan çocukların büyük çoğunluğunda eğer profilaksi veya tedavi verilmezse ilk ay içerisinde lenfadenopatiyle başlayan klinik bulgular gelişmeye başlar. Enfekte çocukların yalnızca %19 u ilk yıl asemptomatik kalır. Enfeksiyon yetişkinlerdeki seyirden farklı seyir gösterebilir. Özellikle immünolojik değişiklikler, fırsatçı enfeksiyonlar, maligniteler iki grup arası farklılık gösterebilir.

2.7.HIV ve Psikiyatrik Bozukluk

HAART ile birlikte kronik bir hastalık haline gelen HIV'in psikososyal yönü, devamlı tedavi gerektirmesi, sık hastane ziyaretleri, kalıcı hayat değişiklikleri gibi birçok yönden diğer kronik hastalıklarla benzerlik gösterebilir. Bununla birlikte HIV'in diğer kronik hastalıklardan farklı bazı özellikleri bulunmaktadır. Hastalık tüm organ ve sistemleri tutabilmektedir. Ailede HIV varlığı ebeveyn ve kardeş ölümüne neden olabilir ve bu hastaları küçük yaşta zorlu yaşam koşulları ile karşı karşıya bırakabilir. Hastalıkla ilgili yüksek damgalanma oranları da bu hastalığın diğer birçok kronik hastalıktan farklı kılmaktadır. Hastalığın tanımlanmasından itibaren özellikle ilk tanımlanan grubun cinsel yönelimlerinin farklı olmasından ötürü HIV pozitif bireyler damgalanma sorunu ile karşı karşıya kalmışlardır. Bu durum

hastaların tanı ve tedavisinde gecikmelere ve hastalıkla ilgili bilgi birikimi artmasına rağmen hastalığın ciddi bir sorun olarak devam etmesine neden olabilmektedir.

Kronik hastalık takibinde hastalığın fiziksel etkilerini bilmek kadar psikolojik etkilerini bilmek de hastaların tedavi uyumu ve gerekli hayat tarzı değişikliklerini sağlamak için önemlidir. Dünya genelinde yürütülen HIV programlarında hastalara psikolojik ve sosyal destek verilmeden uygulanan medikal tedavilerin tek başına yetersiz olduğu görülmüştür[27]. Bu nedenle özellikle önünde uzun ve henüz şekillenmemiş bir hayat olan çocuklar için HIV'in psikolojik etkilerini, bunu etkileyen etkenlerin tanımlanması ve uygun psikososyal desteğin verilmesi oldukça önem arz etmektedir. Amerikan Psikiyatri Derneği HIV pozitif hastaların klinik izleminde;

- Hastaların tedavi ekibi ile uygun terapötik ilişkisinin sağlanması,
- Hastalıkla ilişkili muhtemel nöropsikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisinin yapılması,
- HIV yayılımının engellenmesi amacıyla hastalığın bulaş yolları hakkında bilgi verilmesi,
- Psikolojik ve sosyal olarak hastaların adaptasyonun ve karşılaşılabileceği zorluklar karşısında (fonksiyon kaybı, ölüm gibi) başetme becerilerinin geliştirilmesi,
- Ailelere uygun tutum ve davranış eğitimlerinin verilmesi açısından bu hastaların psikiyatrik takiplerinin düzenli yapılmasını önermektedir[28].

Dünyada HIV ve nöropsikolojik bozukluklar üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalarda HIV(+) erişkinlerde komorbid psikiyatrik hastalıkların, yaşam kalitesini düşürdüğü, hastalığın prognozunu kötü etkilediği ve mortaliteyi artırdığı gösterilmiştir[29, 30]. Psikiyatrik hastalıkların HIV(+) çocuk ve ergenleri de benzer şekilde etkileyebileceği düşünülmüş ve yapılan çalışmalarda psikiyatrik tanılarının normal yaş grubuna göre daha sık olduğu görülmüştür[31, 32].

Daha önceki araştırmalarda HIV(+) çocuklardaki en az bir psikiyatrik tanı oranları %55-69 arasında bildirilmiştir[33-35]. Bu hastalarda depresyon, anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite

Bozukluğunun (DEHB) topluma göre daha yüksek oranlarda görüldüğü değişik çalışmalarda bildirilmiştir. HIV(+) çocuk ve ergenlerin psikopatolojilerinin araştırıldığı çalışmalarda ortalama prevalanslar; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu için %18-29, Anksiyete bozuklukları için %10-40, Depresyon için %11-25 olarak bulunmuştur[33, 34, 36, 37]. Erişkin hastalarda HIV'e bağlı psikoz ve mani olgularının görülebileceği rapor edilmekle birlikte çocuklarda bu tanılar çok nadir bildirilmiştir[38, 39].

Çocuklarda psikopatoji gelişiminde birçok etken etkili olabilir. Bu etkenlerden biri virusun bulaş yoludur. Anneden vertikal yolla bulaşta, annenin HIV(+) olması ve buna bağlı olarak hem fiziksel hem ruhsal sağlığındaki bozulmaların çocuk üzerinde etkisi olabilir. Yine annenin çocuğa hastalığı bulaştırma nedeniyle duyduğu suçluluk hissi ve ailenin damgalanması gibi diğer bulaş yollarından farklı olan etkenlerin de psikopatoloji gelişimi üzerinde etkisi görülebilir.

Tranfüzyon ilişkili bulaşta hastanın primer hastalığının etkileri görülebilir. Madde kullanımına bağlı bulaşta madde kullanan çocuk ve ergenlerin sosyal ortamlarının psikopatoloji üzerindeki etkisi başlı başına önemli bir etkindir. Yapılan çalışmalar psikiyatrik hastalığı olan ergenlerin HIV açısından akranlarına göre artmış riski olduğunu göstermiştir. Nedeni olarak da bu gençlerde korunmasız cinsel ilişki, dürtüsellik, kendine zarar verme davranışları, bilişsel immatürite, madde kullanımı, kendini kesme davranışı ve cinsel istismar öyküsü oranlarının yüksek olduğu gösterilmiştir[40].

Hastalığın fiziksel engel oluşturup oluşturmamasının psikopatoloji üzerine etkisi olabilir. Nitekim HIV (+) çocuk ve astım tanılı çocukların sosyal ilişkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada HIV (+) çocukların daha iyi ilişkiler kurduğu görülmüş ve bu durum HIV(+) çocukların astım tanılı çocuklara göre hastalığa bağlı fiziksel sorunlarının daha az olmasına bağlanmıştır[41].

Beyin gelişiminde bozulma, ilerleyici motor disfonksiyon ve gelişim basamaklarında duraklama ile karakterize progresif ensefalopati varlığı da psikopatoloji üzerine etkisi olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda depresyon ve DEHB'nin ensefalopati ve immün fonksiyonların bozukluğu ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir[42, 43].

Böyle birçok etken göz önüne alınarak HIV/AIDS’de psikopatoji gelişimini etkileyen etmenler üç başlık altında incelenmiştir[44].

Biyolojik etkenler:

- ✓ HIV’in santral sinir sistemini etkilemesi
- ✓ Beden algısı bozukluğuna yol açabilecek fiziksel etkilerin olabilmesi
- ✓ Antiretroviral tedavinin nöropsikiyatrik yan etkileri

Psikolojik etkenler:

- ✓ Tekrarlayan hastane yatışları ve buna bağlı sosyal ortamdan uzak kalınması
- ✓ Hastalığını bilme durumu
- ✓ Ölümden ve acı çekmekten korkma
- ✓ Hastalığa bağlı aile içi çatışmalar

Ailesel /Sosyal etkenler:

- ✓ AIDS nedeniyle ebeveyn ya da kardeş kaybı
- ✓ Ailelerin kendi hastalıkları nedeniyle hasta çocuklarına yeterli bakım verememesi
- ✓ Sosyal damgalanma

Bu hastaların multidisipliner tedavi planlarında bu etkenler dikkate alınmalıdır.

2.8.HIV Enfeksiyonu ve Nörogelişimsel Bozukluklar

Çocuk ve adolesanlarda beyinde hacimsel olarak büyüme görülmesi de düzenleyici sistemlerdeki reorganizasyon ve maturasyon ile nörobilişsel ve davranışsal gelişim devam etmektedir. Yine bu yaş grubunda özellikle bilişsel fonksiyonlardan ve davranıştan sorumlu olan frontal lob ve prefrontal kortekste miyelinizasyon ve sinaptogenezde artış görülür[45]. Gelişimin devam ettiği bu süreçte nöronal hasar nörobilişsel bozukluğa neden olabilir. HIV hastalarında da çeşitli hücrel ve humoral mekanizmalarla beyin hücrelerinin etkilendiği bilinmektedir[46]. HIV + çocukların nörobilişsel etkilenmesinin değerlendirildiği çalışmaların bir çoğunda hastaların kontrol grupları ya da toplum ortalamalarına

kıyasla nörobilişsel testlerde daha düşük puanlar aldıkları belirtilmiştir[47-49]. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda özellikle yürütücü işlevler, işleme hızı, çalışma belleği ve dikkat alanlarında bozulmanın daha fazla olduğu gösterilmiş ve bu bozukluklar HIV'in merkezi sinir sistemi üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri ile ilişkilendirilmiştir[50-52].

Yapılan bir araştırmada HIV ile enfekte çocukların % 13'ünde ciddi nörolojik bulguların olduğunu, AIDS tanımlayıcı hastalık varlığında ise bu oranın % 31'lere yükseldiği belirtilmiştir[53]. Yine başka bir araştırmada HIV (+) çocukların %23'ünün HIV-1 ensefalopati tanısı olduğu görülmüştür[54].

Nörogelişimsel etkilenme bu hastalarda hafif bir motor gecikme ve unutkanlıktan ağır bir ensefalopati tablosuna kadar değişebilen geniş bir şekilde olabilir. Nörobilişsel etkilenmenin erken dönem bulguları, HIV hastalığının ilerlemesinin ilk ipuçları olacak şekilde diğer birçok belirtiden önce çıkabilir [55]. Bu nedenle hastaların nörolojik ve bilişsel durumlarının takibi genel hastalık tablosunun takip ve tedavisinde büyük önem arz etmektedir.

AIDS demans kompleksi ya da HIV-1 ensefalopatisi olarak da adlandırılan HIV-1 ilişkili nörobilişsel disfonksiyon HIV'in sık görülen merkezi sinir sistemi komplikasyonları arasında yer alır ve AIDS evresindeki hastaların % 15'inde görülebilir[56]. Daha hafif formu HIV ilişkili minor kognitif-motor bozukluk olarak adlandırılır ve hastaların %20-25'inde görülür. Sublinik bozukluk saptanan hastalar ise asemptomatik nörobilişsel bozukluk olarak kategorize edilir[57, 58].

AIDS tanımlayıcı hastalık varlığı, ileri yaş, düşük CD4 hücre sayısı, yüksek HIV RNA sayısı bu disfonksiyon için risk faktörü olarak sayılır[59].

Bozukluk 3 başlık altında incelenebilir:

Tablo 2: HIV-1 ilişkili nörobilişsel disfonksiyonda klinik triad[60].

| Bilişsel | Davranışsal | Motor |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Unutkanlık | Apati | Yürüyüş bozukluğu |
| Zihinsel yavaşlama | Sosyal geri çekilme | Zayıflamış koordinasyon |
| Azalmış konsantrasyon | Spontan davranışlarda yavaşlama | Bacaklarda güçsüzlük |

Başlangıç belirtileri genellikle hafiftir ve ilk olarak bellekte zayıflama, düşünme hızında yavaşlama gibi bulgular ortaya çıkabilir. Konsantrasyon eksikliği, sosyal aktivitelere ilgisizlik, kompleks zihinsel çözümlerde zorlanma olabilir ve bunlar depresyon ile karıştırılabilir. Birçok hastada bilişsel ve davranışsal sorunlar baskın olmasına rağmen bazı hastalarda koordinasyon bozukluğu, denge bozukluğu, el yazısında bozulma gibi motor sorunlar öncelikli olabilir.

Mental durum muayenesinde minor psikomotor yavaşlama, bozulmuş yakın bellek, basit hesapları yapamama saptanabilir. Artmış derin tendon refleksleri, hafif postural tremor, yürüyüş bozukluğu yine bu hastalarda görülebilen diğer muayene bulgularıdır. Tedavi almayan hastalarda demans ilerleyerek oryantasyon bozukluğuna, kooperasyon bozukluğuna, bellek ve bilişsel durumda ileri derecede azalmaya neden olur. Beyinde yaygın etkilenme olmasına rağmen hastalığın son dönemi hariç genel olarak afazi apraksi ve diğer kortikal fonksiyonlarda bozulma sık görülmez. Bu yüzden bu sendrom frontal-subkortikal demans olarak sınıflandırılır.

Yapılan bazı çalışmalarda bilişsel disfonksiyonun antiretroviral tedaviye rağmen %61-77 oranında sabit kaldığı, %13-23 oranında azaldığı, %10-16 oranında ilerlediği gösterilmiştir[61, 62]. HIV-1 ilişkili nörobilişsel bozukluğu olan hastaların laboratuvar değerlendirmesinde spesifik bir marker ya da ölçüm saptanamamıştır. Beyin omurluk sıvısındaki CD4 hücreleri ve viral yük üzerinde yapılan çalışmalarda bu değerlerin yüksekliği ya da düşüklüğü beyin omurluk sıvısı bulgularını etkileyebilecek bir çok durumdan etkilendiği için nörobilişsel bozukluğa atfedilememiştir. Bu hastaların Manyetik Rezonans görüntülerinde subkortikal atrofi görülmüştür.

Postmortem çalışmalarda gözlenen bazı bulgular hastalığın patogenezi hakkında fikir verici olabilir. Nitekim bu hastaların beyin biyopsilerinde astrositozis, perivasküler mononükleer hücre infiltrasyonu ve multinükleer dev hücrelerle karakterize bir ensefalit tablosu görülmektedir. Enfekte endotel hücreleri ve yine enfekte makrofajların damar duvarında birikimi nedeniyle serebral mikrosirkülasyonda bozukluk gelişir. Yine erken dönemde bazal gangliyonlarda virüsün saptanması da patogenezi kan beyin bariyerinin bozulmuş olabileceğini düşündürür[46, 63]. Virus santral sinir sisteminde birçok hücreyi enfekte ederek

işleyişte bozukluğa neden olabilirken, nöronları enfekte etmez. Nörobilişsel bozukluğu olan bir hastada azalmış nöron sayısı ve hücre boyutu diğer hücrelerin enfeksiyonuna sekonder ya da immune aktivasyona bağlı olabilir[64, 65].

Çocukların yaklaşık %10'unda hastalığın ilk habercisi olabilen ilerleyici ensefalopati için yapılan çalışmalarda neden olarak SSS'nin doğrudan HIV ile enfekte olması gösterilse de yükselen Tümör Nekroz Faktör, Platelet Aktive Edici Faktör ve Araşidonik Asit metabolizma ürünlerinin de beyaz cevher üzerine yaptığı hasarın semptomlarda etkili olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan araştırmalarda HIV (+) çocuklardaki nörobilişsel bozulmanın bazı alanlarda daha belirgin olduğu görülmüştür. Bu çocukların yürütücü fonksiyonlarda ve işleme hızında normale göre daha yavaş ve düşük performans sergiledikleri gösterilmiştir. Yürütücü fonksiyonların ve dikkatin, tedavi süresinin uzunluğu ve antiretroviral tedavi (HAART) sonrası CD4 sayısındaki yükselme ile pozitif korelasyonu olduğu gösterilmiştir[51]. Klinik gözlemlerin yanı sıra yine semptomatik HIV (+) çocukların beyin Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans görüntülemelerindeki anormalliklerin (ventriküler genişleme, kortikal atrofi, bazal ganglionlarda kalsifikasyon, beyaz cevherde küçülme) genel bilişsel ve dil fonksiyonlarındaki düşüklük ile korele olduğu görülmüştür[66]. Yapılan bilişsel değerlendirmeler bu hastalarda sağlıklı gruplara göre değişiklik olduğunu göstermiştir. Bilişsel fonksiyonların değerlendirildiği birçok çalışmada; HIV (+) çocukların Sözel (Verbal) IQ, Performans IQ, Toplam IQ puanları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur[52, 67, 68]. Özellikle de vertikal olarak değil de ilaç kullanımı ve cinsel ilişki yoluyla enfekte olan ergenlerde nörobilişsel değişikliklerin erişkinlere benzer olduğu gösterilmiş. Genellikle motor bozulmaların (tremor, hiperferleksi, apraksi) ve davranışsal değişikliklerin (apati) eşlik ettiği ilerleyici progresif bir nörobilişsel bozulma (bellek kaybı, psikomotor yavaşlama) bu hastalarda dikkati çekmiştir[68].

2.9.HIV+ Çocuklarda Tedavi Uyumu

HIV(+) çocuk ve ergenlerin tedavi uyumu önemli bir klinik sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun altında birçok neden yatabileceği gibi özellikle tedaviye uyumda ani bir değişiklik görüldüğünde, depresyon, anksiyete ve diğer mental sorunlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu hastalarda tedaviye uyumsuzluk viral dirence neden olabileceğinden dolayı tedaviye başlamadan önce özellikle ergenlere ayrıntılı bilgilendirme yapılmalıdır. Yapılan bir çalışmada ayrıntılı bilgilendirmenin tedaviye uyumu artırdığı da gösterilmiştir[69]. Yine psikiyatrik tedavinin HIV enfeksiyonunun tedavisine olumlu etki sağlayabileceği belirtilmiştir[32].

2.10.HIV Tanısının Çocuğa Söylenmesi

HIV tanısının çocuğa söylenmesi, HIV pozitif bir çocuğun takibinde en önemli basamaklardan biridir. Diğer kronik ve ölümcül olabilecek hastalıklardan farklı olarak HIV damgalanma sorunu ebeveyleerin bu hastalığı çocuklarına söylemelerini ertelemelerine neden olabilir. Bununla birlikte bu durumun gizlenmesi aile hayatını, tedavi uyumunu olumsuz etkileyebilir. Dahası anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozuklukların varlığını kötüleştirebilir. Hastalık durumunun çocuğa açıklanması sonrası da hem çocuk hem aile hem de sağlık çalışanları için yeni sorunlar ortaya çıkabilir. Hastalığını öğrenen çocuğun ileriki hayatında sağlığının durumuna, ölümle erken yüzleşmeye, ailesinin ölmesi durumunda kendisine kimin bakacağına, hastalığın kendisine nasıl bulaştığına dair endişeleri ve soruları olabilir. Çocuklar damgalanma ve dışlanma ile karşı karşıya kalabilir. Bu yüzden hastalığın söylenmesi uzun süreçli, açıklayıcı ve geleceğe yönelik plan içerecek şekilde olmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 12 yaş altı çocuklara HIV durumunun söylenmesi üzerine hazırladığı rehberde önerilerini şu şekilde sıralamıştır:

- Okul çağı çocuklarına HIV pozitif oldukları söylenmeli, daha küçük yaştakilere ise bilişsel durumu ve duygusal olgunluğu gözetilerek aşamalı olarak söylenmelidir.

- Okul çağı çocuklarına ailesinin HIV durumları söylenmeli, daha küçük yaştakilere ise bilişsel durumu ve duygusal olgunluğu gözetilerek aşamalı olarak söylenmelidir.
- Çocuğa kimin söyleyeceğinin (ebeveyn, sağlık çalışanı, ebeveyn ve sağlık çalışanından oluşan bir ekip vb) belirlenmesinde çocuğun faydasına olacak ve ebeveynleri ile ilişki kalitesini bozmayacak şekilde karar verilmelidir.
- Bu hastalık ile yaşayan kişilerin kabul görmesi ve ayrımcılığa uğramaması açısından hasta gizliliği ilkesi korunmalı ve hasta hakları ile ilgili destek sağlanmalıdır[70].

2.11.Astım

Astım hava yollarının obstrüksiyonu, bronş hiperreaktivitesi ve inflamasyonu ile karakterize sık görülen kronik bir hastalıktır. Bu üç özellik hastalığın şiddetini ve tedaviye yanıtını belirler. Hastalık özellikle gece ya da sabah erken saatlerde hışıltılı solunum, nefessiz kalma ve öksürüğün olduğu nöbetlerle seyredir. Bu klinik tabloya akciğerlerde tekrarlayan erken aşırı duyarlılık ve geç faz reaksiyonları neden olur. Bu reaksiyonlar ara ara olan ve geri dönüşümlü hava yolu tıkanıklığına, eozinofillerin bulunduğu kronik hava yolu inflamasyonuna ve bronş duvarındaki düz kasların hipertrofisi ve hiperreaktivitesine yol açarlar. Astımın patogenezinin açıklanması konusunda önemli adımlar atılmış olmakla birlikte hastalığın değişik fenotiplerinin değerlendirilmesi ve altta yatan genetik paternlere göre klinik değişikliklerin araştırılması devam etmektedir[71].

Astım birçok ajan tarafından tetiklenen heterojen bir hastalık olduğu için tüm dünyaca kabul görmüş bir sınıflama şeması yoktur. Olguların %70 kadarı “ekstrinsik” ya da “atopik” olup bunlara, çevresel antijenlere karşı immunglobulin E ve Th2 nin yönlendirdiği immun yanıtlar neden olur. Geri kalan %30 hastada “intrinsik” ya da “nonatopik” astım görülür. Bunlar aspirin, pulmoner enfeksiyonlar, stres, soğuk, egzersiz ve inhale edilen iritanlar gibi immünolojik olmayan uyarıcılar tarafından tetiklenir[71].

2.11.1.Astım Epidemiyolojisi

Dünya genelinde yaklaşık 334 milyon kişinin astım tanısı olduğu tahmin edilmektedir. Yine dünya genelinde tüm çocukların %14'ünün astım tanısı olduğu bildirilmiştir[72]. Bir halk sağlığı sorunu olarak astımın yaygınlığı, dünyanın farklı ülkelerinde yaşayan toplumlarda %1 ile %18 arasında bulunmuştur. Ülkemizde ise çocukluk döneminde yapılan çalışmalarda kümülatif yaygınlık %14.7 olarak bildirilmiştir. Astım yaygınlığı dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de her 10 yılda bir %50 oranında artış göstermektedir[73].

2.11.2.Astım Patogenezi

Astımda klinik bulgulara yol açan en belirgin fizyolojik olay hava yolunun daralmasıdır. Astım nöbetlerinde allerjen ya da iritan gibi değişik uyarılara cevap olarak bronş düz kası hızlıca kasılarak hava yolunu daraltır. Düz kas kasılmasında mast hücrelerinden salınan histamin, triptaz, lökotrienler, prostoglandinler rol oynar[74].

Hastalığın ilerlemesi ile artan ödem, inflamasyon, mukus hipersekresyonu, hava yolu düz kaslarının hipertrofi ve hiperplazisi gibi diğer etkenlerde hava yolunun daha fazla daralmasına neden olmaktadır[75].

Tablo 3: Astım Klinik Derecelendirme

| | Günlük Semptom Sıklığı | Gecelik Semptom Sıklığı | Akciğer Fonksiyonları |
|--------------------------------|--|------------------------------|--|
| <i>Hafif İntermittan</i> | Haftada 2 gün veya daha az | Ayda 2 gece veya daha az | PEF veya FEV1: %80 veya daha fazla fonksiyon |
| <i>Hafif Persistan</i> | Haftada 2 günden fazla, fakat günde 1 kezden daha az | Ayda 2 geceden daha fazla | PEF veya FEV1: %80 veya daha fazla fonksiyon |
| <i>Orta Derecede Persistan</i> | Her gün | Haftada 1 geceden daha fazla | PEF veya FEV1: %60-80 arasında fonksiyon |
| <i>Şiddetli Persistan</i> | Sürekli | Sık | PEF veya FEV1: %60 veya daha az fonksiyon |

PEF: Peak Expiratory Flow, FEV1: Forced Expiratory Volume 1

2.11.3.Astım Tanısı

Astım tanısı, anamnez, özgeçmiş, soygeçmiş, fizik muayene, laboratuvar bulgular, spirometrik inceleme, PEF ölçümü, hava yolu aşırı duyarlılığının ölçümü hasta bazında değerlendirilerek konulur. Hışıltılı solunum, nefes darlığı, öksürük, göğüste sıkışma hissi gibi solunumsal belirtilerin karakteristik seyrinin ve değişken hava akımı kısıtlanmasının gösterilmesi gereklidir.

2.11.4.Astım Tedavisi

Astım tedavisinin 4 temel amacı,

- Belirtilerin ve akciğer fonksiyonlarının yakından takibi,
- Hasta eğitimi,
- Astım şiddetine etki eden çevresel etkenleri ve komorbid durumların kontrol altına alınması
- Medikal tedavidir[76].

Bu nedenle hastalığın şiddeti ve ileri dönem risk değerlendirilmesi yapılmalı, hasta hastalığı ve özellikle iritanlar başta olmak üzere diğer çevresel etmenler hakkında bilgilendirilmeli, tedaviye uyumu bozabilecek durumların ortadan

kaldırılması sağlanmalı ve şiddetine göre gerekli medikal tedavi başlanmalıdır. Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar kontrol edici ve rahatlatıcı (semptom giderici) ilaçlar olarak ikiye ayrılır[77]. Kontrol edici ilaçlar esas olarak antiinflamatuvar etkileri yoluyla astımın kontrol altında tutulmasını sağlamak üzere her gün ve uzun süre kullanılan ilaçlardır. Bu grup; inhale ve sistemik steroidleri, inhale steroidler ile birlikte kullanılan uzun etkili inhale beta2-agonistleri, lökotrien antagonistlerini, yavaş salınan teofilini, uzun etkili antikolinerjikleri, anti-IgE'yi ve sistemik steroid dozunun azaltılmasını sağlayan diğer tedavileri içerir. İnhal steroidler günümüzde kullanılan en etkili kontrol edici ilaçlardır. Rahatlatıcı ilaçlar hızla etki ederek bronkokonstrüksiyonu düzelter, semptomları gideren ve gerektiğinde kullanılan ilaçlardır. Bu grup hızlı etkili inhale beta2-agonistleri, inhale kısa etkili antikolinerjik ilaçları, kısa etkili teofilini, kısa etkili oral beta2-agonistleri, acil durum tedavisi kapsamında bunlara ilave olarak magnezyum ve sistemik steroidleri içerir[78].

2.11.5.Astım ve Psikopatoloji

Astım, kronik seyirli, hastanın günlük yaşantısında hayatı tehdit edebilecek derecede ani ataklarla seyredabilen, sürekli tedavi ve takip gerektiren bir hastalıktır. Özellikle nefes darlığı gibi hastada ölüm korkusu oluşturabilecek ve yoğun kaygıya neden olabilecek ağır fiziksel belirtilerle seyredebilir. Bu gibi nedenlerden dolayı hastalarda psikopatoloji gelişme riski yüksektir. Nitekim astım hastalarındaki psikopatolojiyi araştıran yayınların çoğunda hem çocuk-ergenlerde hem de erişkinlerde özellikle depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu riskinin artmış olduğu gösterilmiştir[74, 79].

Bu hastalarda psikopatolojinin kadın cinsiyet, tek ebeveyn ile yaşama, artmış dışavuruk davranışlar, yeni konmuş astım tanısı, düşük ebeveyn eğitim seviyesi, düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkili olduğu bilinmektedir[80]. Bu hastalarda psikiyatrik mortalite varlığı hastaların tedavi uyumunda bozuklukla, hastalığın kontrol altına alınamaması ile steroid gerektiren kriz sıklığında artışla ilişkili bulunmuştur[81]. Özellikle steroid kullanan hastalarda psikiyatrik morbiditenin daha yüksek bulunması iki şekilde açıklanabilir. Steroid kullanan hastalarda hastalığın ağır seyirli olması kişinin psikopatolojisine neden olmuş olabilir ya da astım ile birlikte

psikopatolojisi olan kişilerin tedavi uyumu düşük olduğu için steroid kullanmasını gerektirir tıbbi durum oluşmuş olabilir[82].

2.11.6.Astım ve Nörobilişsel Bozukluklar

Kronik akciğer hastalıklarının erişkinlerde kronik hipoksemiye bağlı olarak bilişsel fonksiyonları bozduğu bilinmektedir[83, 84]. Çocukluk dönemi kronik akciğer hastalıklarından öncelikli olarak astımın görüldüğü göz önüne alınacak olursa bu hastalarda kronik hipokseminin yanı sıra erken yaşta kronik bir hastalıkla yaşamının verdiği stres ve neden olduğu mental sorunlar ve yine hastalık kaynaklı okul devamsızlığı gibi nedenlerle öğrenme güçlükleri görülebilir[85]. Bununla birlikte bu çocuklarda hastalığın nörobilişsel bozukluk ile ilişkili olmadığı bilinmektedir ve zekalarının da yaşlılarıyla aynı olduğu görülmüştür[86-88].

2.12.Çalışmanın Amacı ve Varsayımları

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de hızla artan HIV(+) çocuk ve ergenlerin ruh sağlıklarının, nörobilişsel fonksiyonlarının ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirildiği ülkemizde yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dünya genelinde de HIV (+) çocuklarda psikiyatrik tanılarını yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler ile belirlendiği, bilişsel değerlendirme için Wechsler Intelligence Scale for Children IV (WISC-IV)’un kullanıldığı ve kontrol grubu olarak bir başka kronik hastalığın seçildiği çok az sayıda çalışmanın yapıldığı görülmüştür. Yazında şimdiye kadar yapılan çalışmalarda genellikle HIV (+) çocuklarda sadece belli psikiyatrik hastalıkları araştıran ölçekler ile klinik değerlendirme yapılmış ve araştırma bulguları birbirini destekler şekilde olmamıştır. Bu durum, araştırmalarda kullanılan yöntem farklılıklarından, psikolojik sorunları etkileyen diğer değişkenlerin etkisinden kaynaklanabilmektedir. Bu çalışmada, HIV(+) çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi, olası psikopatolojilerinin yarı yapılandırılmış klinik görüşme (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- ÇDŞG-ŞY-T) ile saptanması, WISC-IV ile bilişsel değerlendirilmelerinin yapılması ve bulguların astım tanısı almış çocuk ve ergen kontrol grubu ile karşılaştırılması planlanmıştır. Bu çalışma HIV (+) çocukların ve ailelerinin yaşadıkları zorlukları anlamak ve olası psikopatolojileri tespit ederek bu hastalara ruh sağlığı açısından

gerekli müdahaleleri planlamak açısından önemlidir. Çalışma sonuçlarının bu çocukların ve ailelerin yaşam kalitelerinin ve tedaviye uyumlarının artırılmasında yol gösterici olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızın amacına yönelik varsayımları şunlardır:

- 1) HIV (+) grubun topluma ve kontrol grubuna göre psikopatoji oranlarının daha yüksek olması beklenmektedir.
- 2) HIV (+) grubun kontrol grubuna göre WISC IV puanlarının daha düşük olması beklenmektedir.
- 3) HIV (+) grubun toplam zeka puanları ile psikopatolojileri arasında negatif yönde bir ilişkinin olması beklenmektedir.
- 4) HIV (+) çocuklarda, hastalığın klinik olarak şiddetini belirten yüksek HIV RNA ve düşük CD4 sayılarının psikopatoloji ile pozitif, bilişsel fonksiyonlar ile negatif yönde ilişkili olacağı beklenmektedir.
- 5) HIV (+) grupta hastalığını bilmenin psikopatolojiyi artıracığı ve tedavi uyumunu bozacağı beklenmektedir.
- 6) HIV (+) grupta psikopatolojisi olan çocukların tedavi uyumlarının daha bozuk olması beklenmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmamızın evreni, Ankara ve İstanbul'daki HIV/AIDS merkezi olarak çalışan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'nda takipli tüm 6-16 yaş arası ulaşılabilen HIV(+) çocuk ve ergen olgularından ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Alerji Hastalıkları Bilim Dalı'nda takipli aynı yaş ve cinsiyette orta ve ağır dereceli astım tanılı çocuk ve ergenler oluşmaktadır.

- Hacettepe Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'nda kayıtlı 6-16 yaş arası toplam 27 HIV(+) çocuk ve ergen olgularından 24'üne ulaşılmış ve araştırma grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.
- Kontrol grubu, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Alerji Hastalıkları Bilim Dalı'nda takipli, araştırma grubuna yaş ve cinsiyet yönünden eş olacak şekilde araştırmanın yapıldığı tarihlerde polikliniğe başvuran orta ve ağır dereceli 22 astım tanılı çocuk ve ergen olgularından oluşmuştur.

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 11.04.2017 tarihinde GO17/342-04 karar no ile onaylanmış ve tüm katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Deseni

Araştırma karşılaştırmalı ve kesitsel bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

3.3. Deneklerin Seçimi

3.3.1. Araştırma Grubu

Değerlendirmeye alınan çocuklar Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'nda takipli 27 HIV(+) çocuk ve ergen olgularından ulaşılabilen tüm HIV(+), 6-16 yaş ve çalışmaya katılma ölçütlerine uyan ve katılmaya gönüllü olan hastalar arasından seçilmiştir.

Araştırmaya hasta seçimi aşağıdaki ölçütlere göre yapılmıştır;

- 6-16 yaş arasında olmak
- HIV (+) olmak
- Çalışmanın amacı ve yapılacak işlemler açıklandıktan sonra, hem çocuk ya da gencin hem de ailesinin çalışmaya katılmayı kabul etmesi

Araştırmada hasta seçiminde dışlama ölçütleri;

- Çalışmada kullanılacak psikiyatrik değerlendirmeler için gerekli işbirliğine engel olacak düzeyde zihinsel geriliğinin bulunması (Klinik değerlendirmede ağır düzeyde zeka geriliğinin bulunması)
- Çalışmada kullanılacak psikiyatrik değerlendirmeler için gerekli işbirliğine engel olacak bilinç ve yönelim bozukluğu gibi tıbbi bir soruna sahip olması

3.3.2.Kontrol Grubu

Kontrol grubu, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Alerji Hastalıkları Bilim Dalı'nda takipli orta ve ağır dereceli astım tanılı, yaşları 6-16 arasında değişen, yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş, çalışmaya katılma ölçütlerine uyan ve katılmaya gönüllü, araştırmanın yapıldığı tarihlerde polikliniğe başvuran hastalar arasından seçilmiştir.

Astım kontrol grubu için aşağıdaki özellikler çalışmaya alınma ölçütü olarak belirlenmiştir:

- 6-16 yaş arasında olmak
- Orta ve ağır astım tanısı almış olmak
- Astım dışında kronik bir hastalığının olmaması
- Kendilerinin ve anne babalarının çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeleri
- Çalışmanın amacı ve yapılacak işlemler açıklandıktan sonra, hem çocuk ya da gencin hem de ailesinin çalışmaya katılmayı kabul etmesi

3.4.Kontrol Grubu Olarak Neden Astım?

Orta ve ağır Astımlı çocuklar, HIV pozitif çocuklarla benzer şekilde günlük sürekli ilaç kullanımlarının olması, düzenli aralıklarla doktor kontrolüne gitmeleri ve ciddi bir kronik hastalık ile yaşıyor olma bilincinde olmalarından dolayı karşılaştırma grubu olarak örnekleme dahil edilmiştir.

3.5.Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırmaya katılan ailelerin meslek, eğitim süresi, çocuğun eğitim süresi, yaşı, cinsiyeti gibi bilgiler ve kronik hastalığa ilişkin bilgilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan bir görüşme formu kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki tüm çocuk ve ergenlerle psikiyatrik rahatsızlıkları taramak amacıyla, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) kullanılarak klinik görüşme yapılmıştır.

Psikiyatrik belirti alanlarını değerlendirmek amacıyla çalışmaya dahil edilen tüm çocukların ebeveynlerinden, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğini (Anne-baba formu), Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formunu (GGA) doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm çocuklardan da kendilerinin dolduracağı Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇIYKÖ), Güçler Güçlükler Anketi (GGA), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğini (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSS) doldurmaları istenmiştir.

6-7 yaş aralığındaki okuma yazma bilmeyen ve özbildirim ölçeği dolduramayacak olan hastalara özbildirim ölçekleri verilmemiş, bu çocuklar, Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, klinisyenin yapacağı yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi ve WISC-IV zeka testi, ebeveynlerinin dolduracağı Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğini (Anne-baba formu), Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu ile değerlendirilmiştir.

3.5.1.Görüşme Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Aile ve çocukla ilişkili bilgileri içermektedir. Form ailenin demografik bilgilerini, çocuğun özgeçmiş bilgilerini ve ayrıntılı tıbbi öyküsünü içermektedir. Tıbbi öyküde özellikle HIV enfeksiyonuna yönelik önem arzeden hastalığın bulaş yolu, bulaş zamanı, tanı yaşı, tedavi başlanma zamanı, verilen tedaviler, yan etkiler, laboratuvar sonuçları (CD4/HIV RNA), geçirilmiş ensefalit öyküsü, geçmiş psikiyatri başvurusu ve psikotrop ilaç klanıp kullanmadığı gibi bilgiler sorgulanmıştır (Bkz EK 1).

3.5.2.Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-T) Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version - K-SADS-PL)

ÇDŞG-ŞY-T, çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur[89]. Formun Türkçe'ye çeviri-geri çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalında çalışan bir ekip tarafından yapılmıştır[90].

Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm yapılandırılmamış bir başlangıç görüşmesidir ve bu bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi onu genel olarak tanımaya yarayan bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm psikiyatrik tanıları değerlendirmek amacıyla özgül belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY-T ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun

değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır. Tüm görüşme 45-120 dakika sürer.

ÇDŞG-ŞY-T anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul) alınan bilgilerin doğrultusunda puanlama yapılır. Ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa, klinisyen kendi klinik yargısını kullanır.

Araştırmada hasta grubundaki 24 ve kontrol grubundaki 22 çocuk ve ergene bu ölçek uygulanarak yaşam boyu psikopatoloji taranmıştır.

3.5.3. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV (WISC-IV)

2003 yılında Amerika’da yeniden düzenlemesi yapılan ve kullanıma sunulan Wechsler Zekâ Ölçeklerinin en son sürümü WISC-IV’ün ülkemizdeki standardizasyonu ve norm çalışmaları Türk Psikologlar Derneği bünyesinde 2007-2011 yılları arasında yapılmıştır.

WISC-IV, önceki ölçeklerden farklı olarak dört etken altında belirginleştirilmiştir. Bunlar: Sözel Kavrama, Algısal Akıl Yürütme, Çalışma Belleği ve İşleme Hızı olarak anılmaktadır.

WISC-IV, 10 ana alt test ve 5 ek alt testten oluşmaktadır. Ana alt testler Benzerlikler, Sayı dizisi, Kelime Dağarcığı, Kavrama, Küplerle Desen, Resim Kavramları, Mantık Yürütme Kareleri, Harf-Rakam dizisi, Şifre ve Simge Aramadır. Beş ek alt test ise Genel Bilgi, Sözcük Bulma, Resim Tamamlama, Aritmetik ve Çiz Çıkar olarak sıralanmaktadır[91]. Testin normal örneklem ile ortalama 65- 80 dakika arasında sürdüğü belirtilmektedir.

3.5.4.Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Öğrencilerin depresyon düzeylerini ölçmek için Kovacs tarafından geliştirilen “Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği” kullanılacaktır[92]. Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Örneğin; 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim. 2. Kendimi sık sık üzgün hissederim. 3. Kendimi her zaman üzgün hissederim. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54’ tür. Kesim puanı 19 olarak önerilir. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğine işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy tarafından yapılmıştır[93].

3.5.5.Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) – Pediatric Quality of Life Questionnaire

Varni ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilen ölçek 2-18 yaş grubunda genel yaşam kalitesini ölçmeyi amaçlamaktadır[94]. Ölçeğin 2-4, 5-7, 8-12 ve 13- 18 yaş grubu için, yaş grubu özelliklerine göre düzenlenmiş dört ayrı formu bulunmaktadır.2-4 yaş grubu dışındaki gruplar için hem anne baba, hem de çocuk formları olan ölçeğin, 2-4 yaş grubu için yalnız anne-baba formu vardır. Ölçek fiziksel, duygusal, sosyal ve okul ile ilgili işlevselliğin sorgulandığı dört alt bölümden oluşmaktadır. Fiziksel işlevsellik bölümünde sekiz, duygusal işlevsellik bölümünde beş, sosyal işlevsellik bölümünde beş ve okul ile ilgili sorunlar bölümünde 2-4 yaş grubunda üç madde, diğer yaş gruplarında beş madde yer almaktadır. ÇİYKO’ nun 2-18 yaş grubu için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır[95].

3.5.6.Güçler Güçlükler Anketi (GGA)

Çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılması için 1997 yılında Robert Goodman tarafından Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)/ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) geliştirilmiştir[96]. Bu anketin, 4-16 yaşlar için ebeveyn formu ve öğretmen formu ile 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Anketin hem elle işaretlenen hem de bilgisayarda doldurulabilen formları mevcuttur. GGA bazıları olumlu bazıları

olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmıştır bu başlıklar davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlardır. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı ‘toplam güçlük puanı’ nı vermektedir. Sosyal davranıştaki yüksek puanlar bireyin sosyal alandaki güçlü yönlerini yansıtırken; diğer dört alandaki (davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları) yüksek puanlar sorun alanlarının şiddetli olduğunu yansıtmaktadır. Bunun yanında bireyin ruhsal güçlüklerle ilgili etkilenme düzeyini belirleyen etkilenme puanları da ölçekten hesaplanabilmektedir. Etkilenme puanlarının yüksek olması ruhsal güçlüklerin bireyi daha fazla etkilediğini bildirmektedir. Türkçeye uyarlanan ölçeğin tutarlı ve güvenilir olduğu gözlenmiştir[97].

3.5.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSS)

Rosenberg (1965) tarafından geliştirilen ölçek, bireylerin benlik saygısı düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Çoktan seçmeli 12 alt kategoriden oluşan ölçekte 63 madde yer almaktadır. Bu çalışmada 10 maddeden oluşan Benlik Saygısı alt kategorisi kullanılmıştır. Çuhadaroğlu tarafından 1986’da Türkçe’ye uyarlanan ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda geçerlik katsayısı .71 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısının .75 olduğu rapor edilmektedir[98].

3.6. Uygulama

Hacettepe Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı’nda kayıtlı 6-16 yaş arası tüm HIV(+) çocuk ve ergen olgularına öncelikle telefon ile ulaşılmaya çalışılmış, planlanan çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Katılmayı kabul eden hastaların rutin hastane kontrollerine geldiklerinde aynı gün çalışma kapsamında değerlendirmeye alınacakları hastanın ve ailesinin onayıyla kararlaştırılmıştır. Ayrıca hastaların araştırma için farklı bir günde kuruma gelmeleri istenmemiştir.

Kontrol grubunu oluşturan orta ve ağır astımlı hastalar ve aileleri Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Alerji Hastalıkları Bilim Dalı polikliniğinden Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Bölümüne yönlendirildiklerinde araştırmada bilgi kaynağı olan tüm aile üyelerine araştırmanın amacı, yararlı olabilecek sonuçları, değerlendirme sürecinde yapılacak işlemler anlatılarak onay alındıktan sonra randevu verilmiştir.

Değerlendirme sırasında anne-babalar görüşmeye çocuklardan önce alınmıştır. Bu süreçte, ergenlerle anne-babadan önce görüşülmüştür. Araştırmacının hazırladığı bir form ile demografik bilgiler, gelişim öyküsü, özgeçmiş bilgileri sorgulanmıştır. Değerlendirme sürecinde hem çocuk/ergen hem aile ile yarı yapılandırılmış klinik görüşme ve tecrübeli klinik psikolog tarafından WISC-IV zeka testi yapılmıştır. Çocuk/genç ve anne babalar ile yapılan görüşme ve öz bildirim ölçeklerinin uygulanması yaklaşık iki buçuk saatte gerçekleşmiştir. Verilerin elde edilmesi büyük çoğunlukla bir görüşmede tamamlanmıştır.

6-7 yaş aralığındaki okuma yazma bilmeyen ve öz bildirim ölçeği dolduramayacak olan hastalara öz bildirim ölçekleri verilmemiştir. Bu çocuklar, Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, klinisyenin yapacağı yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi (ÇDŞG-ŞY-T) ve WISC-IV zeka testi, ebeveynlerinin dolduracağı Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Anne-baba formu) ve Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu ile değerlendirilmiştir.

Ayrıca araştırma kapsamında değerlendirilen, psikiyatrik tedavi ve takip ihtiyacı olan hastaların terapötik müdahale planı yapılmış olup, bölümümüzce takipleri devam etmektedir. Başka şehirlerde yaşayan ve takibe gelemeyecek hastaların buldukları şehirde tedavilerine devam etmeleri önerilmiş ve ilgili hekimlere gerekli bilgilendirme yapılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler

Verilerin istatistiksel analizi için Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences; SPSS) 22.0 sürümü kullanılmıştır.

İşlemlerde, sayımla belirtilen verilerin değerlendirilmesinde ki-kare (χ^2) testi veya Fisher'in kesin ki-kare testi yapılmıştır. Pearson ki-kare değerine göre anlamlılık düzeyi belirlenmiştir. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirmesinde parametrik test varsayımları karşılandığında t-testi (iki ortalama arasındaki farkın

önemlilik testi) ve F-testi uygulanmıştır. Gruplar arası değerlendirmelerde tek yönlü varyans analizi ki kare; grup içi değerlendirmelerde de t-testi ki kare uygulanmıştır. Bağımlı değişkenin üzerindeki bağımsız değişkenin etkisini kontrol etmek amacıyla regresyon analizinden yararlanılmıştır. Yaşla ölçek puanlarının ilişkisi ve ebeveyn ile çocuğun yaşam kalitesi ölçeği puanlarının ilişkisi için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Bütün istatistiksel testlerde en düşük anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1.Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

4.1.1.Araştırma ve Kontrol Grubu Çocukların Cinsiyet Dağılımı

Yapılan çalışmaya toplam 46 hasta alınmış, bunlardan 24'ü HIV enfekte çocuk, 22'si astım tanılı çocuklar olmak üzere 2 grup oluşturulmuştur. HIV (+) grubu 10 kız (%41,7), 14 erkek (%58,3) hastadan, astım grubu 9 kız (%40,9), 13 erkek (%59,1) hastadan oluşmaktadır.(Bkz Tablo 4)

Tablo 4: Araştırma ve kontrol grubu çocukların cinsiyet dağılımı

| Cinsiyet | HIV(+) s (%) | Astım s (%) | İstatistik |
|----------|-----------------|----------------|-----------------------|
| Kız | 10 (41,7) | 9 (40,9) | $\chi^2 = 0,003^{AD}$ |
| Erkek | 14 (58,3) | 13 (59,1) | |
| Toplam | 24 (100.0) | 22 (100.0) | |

AD: Anlamlı Değil ($p > 0.05$)

4.1.2. Araştırma ve Kontrol Grubu Çocukların Yaş Ortalaması

HIV (+) hasta grubunun yaş ortalaması 11,2, astım grubununki 11 olarak saptanmıştır.

Tablo 5: Araştırma ve Kontrol Grubunda Çocukların Yaş Ortalamaları

| | HIV(+) (Ort \pm ss) | Astım (Ort \pm ss) | İstatistik |
|-----------|--------------------------|-------------------------|------------------|
| Yaş (yıl) | 11,27 \pm 3.27 | 11 \pm 2.89 | $t = 0,296^{AD}$ |

AD: Anlamlı Değil ($p > 0.05$) SS: Standart Sapma

4.2.Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi Dağılımı

Hem annelerin hem de babaların ortalama eğitim sürelerinin, HIV grubunda astım grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. Anne-babaların eğitim düzeyi ortalamaları ve istatistik Tabloda verilmiştir.

Tablo 6: Araştırma ve Kontrol Grubunda Anne ve Babaların Ortalama Eğitim Süreleri

| | HIV(+) (Ort ± ss) | ASTİM (Ort ± ss) | İSTATİSTİK |
|-------------------|----------------------|---------------------|------------------|
| Anne Eğitim (yıl) | 7,37± 4,45 | 10,22 ± 4,17 | t = 2,23* |
| Baba Eğitim (yıl) | 8,33±3,34 | 10,72± 3,10 | t = 2.50* |

* **p<0.05** SS: Standart Sapma

4.3.Ailenin Gelir Düzeyi

Araştırma ve kontrol gruplarında ailelerin aylık ortalama gelir düzeyi dağılımları tabloda verilmiştir. Araştırma ve kontrol grupları ailelerin aylık ortalama gelir düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 7: Araştırma ve Kontrol Grubunda Ailelerin Aylık Ortalama Gelir Düzeyi Dağılımları

| GELİR | HASTALIK | | İSTATİSTİK |
|-----------|----------|------------|-----------------------|
| | HIV s(%) | ASTİM s(%) | |
| <1500 | 3 (12,5) | 2 (9,1) | $\chi^2 = 0,775^{AD}$ |
| 1500-3000 | 7 (29,2) | 9 (40,9) | |
| 3000-5000 | 7 (29,2) | 6 (27,3) | |
| >5000 | 7 (29,2) | 5 (22,7) | |

AD: Anlamlı Değil ($p>0.05$)

4.4.HIV(+) Çocuklara Hastalığın Bulaş Yolları

HIV(+) çocuklara hastalığın bulaş yolları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. HIV(+) çocukların 19'u (%79,2) anneden doğum yoluyla, 5'i (%20,8) enjeksiyon/tranfözyon/ameliyat yoluyla enfekte oldukları saptanmıştır.

Tablo 8: HIV(+) Çocuklara Hastalığın Bulaş Yolları

| BULAŞ YOLU | SAYI | YÜZDE |
|---|------|-------|
| Doğum veya emzirme Yoluyla | 19 | %79,2 |
| Enjeksiyon/Transfüzyon/Ameliyat Yoluyla | 5 | %20,8 |
| Toplam | 24 | %100 |

4.5.HIV(+) Hasta Grubunun Anne ve Babalarında HIV Enfeksiyonu

HIV(+) çocukların 19'unun annesi (%79,2), 16'sının da babası (%66,7) HIV enfekte olduğu saptanmıştır.

4.6.Anne ve Babaya HIV Bulaş Yolları

HIV(+) anne ve babalara hastalığın bulaş yolları tabloda gösterilmiştir.

Tablo 9: HIV(+) Anne ve Babalara Hastalığın Bulaş Yolları

| BULAŞ YOLU | ANNE | | BABA | |
|--------------------------------|------|-------|------|-------|
| | SAYI | YÜZDE | SAYI | YÜZDE |
| Cinsel yolla | 9 | 37,5 | 8 | 33,3 |
| Enjeksiyon/transfüzyon Yoluyla | 3 | 12,5 | 1 | 4,2 |
| Bilinmiyor | 12 | 50 | 15 | 62,5 |
| Toplam | 24 | 100 | 24 | 100 |

4.7.Hastaların Anne ve Babalarında Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Sıklığı

HIV grubunda 5 (%20,8), astım grubunda 5 (%22,7.) annenin psikiyatrik bir hastalığı mevcutken, HIV grubunda 4(%16,7), astım grubunda 3(%13,6) babanın psikiyatrik bir hastalığının olduğu saptanmıştır. Her iki grubun anne ve babalarının tanı konmuş psikiyatrik hastalık görülme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 10: Araştırma ve Kontrol Grubunda Anne ve Babaların Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Oranları

| EBEVEYN | HIV Grubu Psikiyatrik Hastalık | | Astım Grubu Psikiyatrik Hastalık | | İSTATİSTİK |
|---------|-----------------------------------|--------------|-------------------------------------|--------------|----------------------|
| | VAR (s/%) | YOK (s/%) | VAR (s/%) | YOK (s/%) | |
| ANNE | 5 (20,8) | 19 (79,2) | 5 (22,7) | 17 (77,3) | $\chi^2 = 0,02^{AD}$ |
| BABA | 4 (16,7) | 20(83,3) | 3 (13,6) | 19 (86,4) | $\chi^2 = 0,08^{AD}$ |

AD: Anlamlı Değil (p>0.05)

4.8.Hastaların Daha Önce Çocuk Ruh Sağlığı Bölümüne Başvuru Öyküleri

HIV(+) toplam 24 çocuktan 1 kişinin (%4,2), astım hastası toplam 22 çocuktan 5 kişinin (%22,7) daha önce çocuk ruh sağlığı bölümüne başvurularının olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında çocuk ruh sağlığı bölümüne başvuru öyküsü açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 11: Araştırma ve Kontrol Grubunun Çocuk Ruh Sağlığı Bölümüne Başvuru Öyküsü

| Çocuk Ruh Sağlığına Başvuru | HASTALIK | | İSTATİSTİK |
|-----------------------------|-----------|------------|----------------------|
| | HIV s(%) | ASTİM s(%) | |
| VAR | 1 (%4,2) | 5 (%22,7) | $\chi^2 = 3,48^{AD}$ |
| YOK | 23(%95,8) | 17 (%77,3) | |

AD: Anlamli Değil ($p > 0.05$)

4.9.Psikiyatrik İlaç Kullanım Öyküsü

HIV grubundan hiçbir hasta psikotrop ilaç kullanmazken, astım grubundan 3 hasta psikotrop ilaç kullanmaktadır. İstatistiksel olarak iki grup arasında psikotrop ilaç kullanımı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 12: Araştırma ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik İlaç Kullanım Öyküsü

| Psikiyatrik İlaç Kullanımı | HASTALIK | | İSTATİSTİK |
|----------------------------|----------|------------|----------------------|
| | HIV s(%) | ASTİM s(%) | |
| VAR | 0 (%0) | 3 (%13,6) | $\chi^2 = 3,50^{AD}$ |
| YOK | 24(%100) | 19 (%86,4) | |

AD: Anlamli Değil ($p > 0.05$)

4.10.Ek Kronik Hastalık

HIV grubundan 3 (%12,5) hastanın ek kronik hastalığının olduğu saptanmıştır. Astım grubunda hiçbir hastada ek kronik hastalık bulunmamaktadır.

4.11.HIV(+) Çocukların Hastalıkları Hakkındaki Bilgileri ve Bilgi Kaynakları

24 HIV(+) çocuğun 15'i (%62,5) hastalığını bilmediği, 9'unun (%37,5) hastalığını bildiği saptanmıştır. Bilenlerin 2'sine doktorunun, 3'üne ailesinin

hastalıkları hakkında bilgi verdiği, 4 hastanın da kendisi bir şekilde duymuş veya araştırarak hastalığını öğrenmiş olduğu saptanmıştır.

Tablo 13 : HIV(+) Çocukların Hastalıkları Hakkındaki Bilgileri ve Bilgi Kaynakları

| | | SAYI | YÜZDE |
|-----------------|---|------|-------|
| BİLMİYOR | Hiçbiri hastalığının ismini bilmiyor. Genellikle sağlıklı olmak veya hasta olmamak için tedaviye geldikleri şeklinde bilgileri mevcut | 15 | %62,5 |
| BİLİYOR | Doktorundan öğrenmiş (2 kişi) | 9 | %37,5 |
| | Ailesi söylemiş (3 kişi) | | |
| | Kendisi bir şekilde duymuş veya araştırmış (4 kişi) | | |

Hastalık bilgisinin yaşla ilişkisine bakıldığında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastalığını bilenlerin yaş ortalaması 14,1 iken bilmeyenlerin yaş ortalaması 9,5 olarak saptanmıştır.

Tablo 14 : HIV(+) Grupta Hastalık Bilgisi-Yaş Ortalaması

| Hastalık Bilgisi | Biliyor (Ort ± ss) | Bilmiyor (Ort ± ss) | İstatistik |
|------------------|--------------------|---------------------|-------------------|
| Yaş (yıl) | 14,1± 2,39 | 9,5 ± 2,38 | t = 4,59** |

**p<0.001 SS: Standart Sapma

HIV grubunda hastalık bilgisi - cinsiyet ilişkisine bakıldığında cinsiyetler arası anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($\chi^2=0,41^{AD}$)

Tablo 15 : HIV(+) Grupta Cinsiyete Göre Hastalık Bilgisi

| HASTALIK BİLGİSİ | CİNSİYET | | İSTATİSTİK |
|------------------|------------|----------|-------------------------------|
| | ERKEK s(%) | KIZ s(%) | |
| BİLİYOR | 6 (%42,9) | 3 (%30) | $\chi^2 = 0,41$ ^{AD} |
| BİLMİYOR | 8 (%57,1) | 7 (%70) | |

4.12.HIV Enfeksiyonunun Bulaş, Tanı ve Tedavi Başlanma Yaşları

HIV(+) çocuklarda enfeksiyonun bulaş yaşına baktığımızda, 19 hastaya doğum yoluyla bulaş olmuştur. Diğer 5 hastanın bulaş yaşları, minimum yaş 1, maksimum yaş 5 ve ortanca yaş 3 olarak saptanmıştır.

Hastaların tanı yaşı ortanca değeri 3, minimum 0, maksimum 12, tedavi başlanma yaşı ortanca değeri 3, minimum 0, maksimum 12 olarak saptanmıştır. Hastaların tanı aldıkları aynı yıl düzenli tedavilerine de başlanmış olduğu görülmüştür.

4.13.Tedavi Uyumu

Tedavi uyumu, hastaların günlük alması gereken ilaçları düzenli alıp almadıkları ve dikkat etmesi gereken genel kurallara uyup uymadıkları konularında hastaların kendisinden ve ailelerinden alınan bilgilere göre değerlendirilmiştir. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz olmak üzere 2 grup şeklinde değerlendirilmiştir. HIV(+) grupta 18 (%75) hasta tedaviye uyumlu, 6 (%25) hasta uyumsuz olarak saptanmıştır. Astım grubunda 21 (%95,5) hasta uyumlu, 1 (%4,5) hasta uyumsuz olarak saptanmıştır. Her iki grup arasında tedavi uyumu açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 16 : Araştırma ve Kontrol Grubunun Tedavi Uyumları

| TEDAVİ UYUMU | HASTALIK | | İSTATİSTİK |
|--------------|----------|------------|-------------------------------|
| | HIV s(%) | ASTİM s(%) | |
| Uyumlu | 18 (%75) | 21 (%95,5) | $\chi^2 = 3,81$ ^{AD} |
| Uyumsuz | 6 (%25) | 1 (%4,5) | |

AD: Anlamlı Değil ($p > 0.05$)

HIV grubunda tedavi uyumu- cinsiyet ilişkisine bakıldığında cinsiyetler arası anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($\chi^2 = 1,46$ ^{AD})

HIV grubunda tedavi uyumu-yaş ilişkisine bakıldığında tedaviye uyumlu hastaların yaş ortalaması 10,5, tedaviye uyumsuz hastaların yaş ortalaması 13,9'dur. İstatistiksel olarak yaş ve tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 17 : HIV(+) Çocuklarda Tedavi Uyumu-Yaş İlişkisi

| Tedavi Uyumu | Uyumlu (Ort ± ss) | Uyumsuz (Ort ± ss) | İstatistik |
|--------------|-------------------|--------------------|------------------|
| Yaş (yıl) | 10,5 ± 3,16 | 13,9 ± 2,74 | t = 2,17* |

* $p < 0.05$ SS: Standart Sapma

4.14. Yan Etki

Çalışmada hastalardan ve ebeveynlerinden bilgi alınarak ilaç yan etkisinin olup olmadığı sorgulanmıştır. HIV grubunda 24 hastanın 6'sında (%25) yan etkinin olduğu, astım grubunda 22 hastanın 6'sında (%27,3) yan etkinin olduğu saptanmıştır. Her iki grup İlaç yan etkisi açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 18 : Araştırma ve Kontrol Grubunda İlaç Yan Etki Oranları

| YAN ETKİ | HASTALIK | | İSTATİSTİK |
|------------|----------|------------|-----------------------------|
| | HIV s(%) | ASTİM s(%) | |
| VAR | 6 (%25) | 6 (%27,3) | $\chi^2=0,03$ ^{AD} |
| YOK | 18 (%75) | 16 (%72,7) | |

AD: Anlamlı Değil ($p>0.05$)

4.15.Ensefalit Öyküsü

HIV grubunda ensefalit geçirmiş 2 (%8,3) hastanın olduğu saptanmıştır.

4.16.Hastalık Bilgisinin Başkaları İle Paylaşılması

Hastalık bilgisinin başkaları ile paylaşılması hakkında bilgi hastaların ebeveynlerine sorularak alınmıştır. Sadece anne ve babanın bilmesi, bu bilginin yakın akrabalarla paylaşılması, ek olarak bazı öğretmen ve arkadaşlar ile paylaşılması ve bu bilginin çevreden saklanmıyor olması olarak 4 grup oluşturulmuştur. HIV grubunda (n=24), 1 (%4,2) hastada sadece anne ve babanın biliyor olduğu, 19 (%79,2) hastada bu bilginin bazı yakın akrabalarla paylaşılması olduğu, 3 (%12,5) hastada çocuğun bazı öğretmen ve arkadaşlarıyla paylaştığı, 1 (%4,2) hastanın da bu bilgiyi çevresinden saklamadığı saptanmıştır.

Astım grubunda hastaların tamamının hastalık bilgilerini çevrelerinden saklamadıkları saptanmıştır.

Tablo 19 : HIV(+) Grupta Hastalık Bilgisinin Başkaları İle Paylaşılması

| Hastalık Bilgisinin Başkaları ile Paylaşımı | HIV | |
|---|------|---------|
| | SAYI | YÜZDE % |
| Sadece anne-baba | 1 | 4,2 |
| Akraba | 19 | 79,2 |
| Akraba+bazı arkadaş/öğretmen | 3 | 12,5 |
| Saklamıyor | 1 | 4,2 |

4.17.WISC-IV Profilleri

Hastaların bilişsel fonksiyonları WISC-IV ile değerlendirilmiştir. Test puanları, Sözel Kavrama, Algısal Akıl Yürütme, Çalışma Belleği, İşleme Hızı ve toplam IQ olarak 5 etken altında incelenmiştir. Her iki grubun test puanları tabloda verilmiştir. HIV grubu tüm test puanlarında ortalama olarak astım grubundan daha düşük puanlar almışlardır. İstatistiksel olarak tüm test puanlarında her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 20 : Araştırma ve Kontrol Grubunun WISC-IV Profilleri

| HASTALIK | HIV | ASTIM | İSTATİSTİK |
|---|-------------|-------------|-------------------|
| Sözel Kavrama (Ort Puan+SS) | 87,33±16,33 | 98,09±13,9 | t = 2,32* |
| Algısal Akıl Yürütme (Ort Puan+SS) | 80,95±15,41 | 94,23±14,93 | t = 2,86* |
| Çalışma Belleği (Ort Puan+SS) | 79,14±15,74 | 92,27±13,28 | t = 2,96* |
| İşleme Hızı (Ort Puan+SS) | 79,14±12,87 | 96,50±11,49 | t = 4,66** |
| Total IQ (Ort Puan+SS) | 76,19±15,66 | 94,00±13,78 | t = 3,96** |

**p<0.01, * p<0.05 SS: Standart Sapma

Mental retardasyon açısından bakıldığında HIV grubunda 8 çocuğun toplam IQ'su 70'in altında saptanmışken astım grubunda toplam IQ'su 70'in altında olan çocuk bulunmamıştır. Mental retardasyon açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Tablo 21: Araştırma ve Kontrol Grubunda Mental Retardasyon Oranları

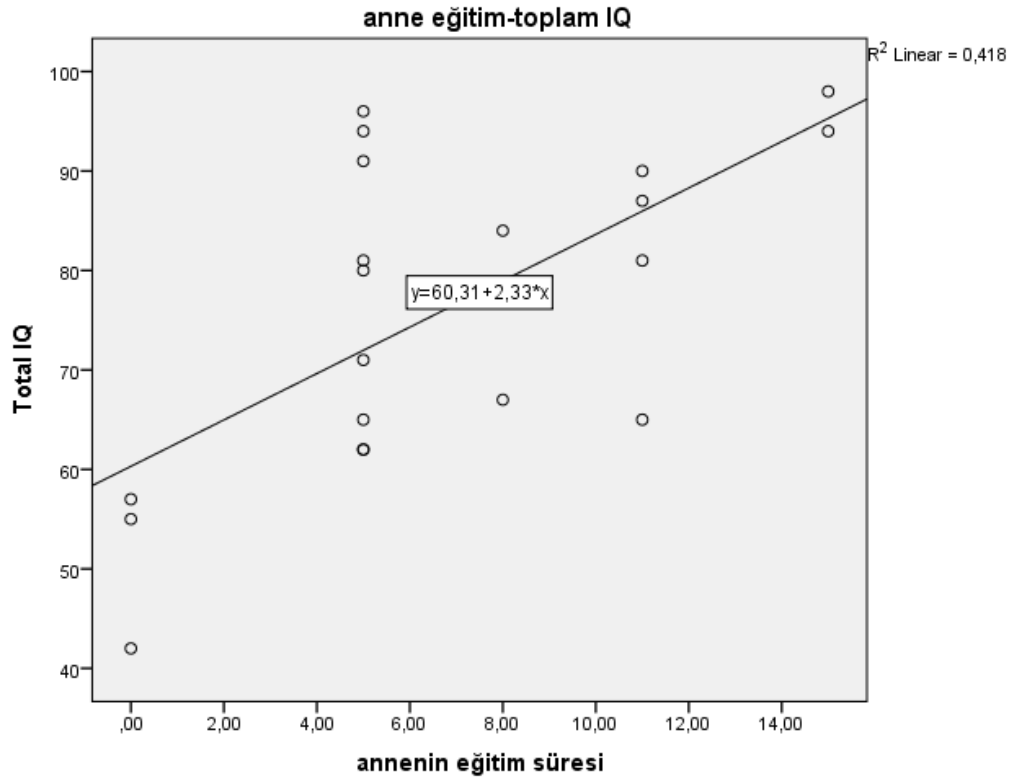
| MENTAL RETARDASYON | HIV s(%) | | ASTİM s(%) | | İstatistik |
|--------------------|-----------|------------|------------|------------|--------------------|
| | VAR | YOK | VAR | YOK | |
| | 8 (%33,3) | 24 (%66,7) | 0 (%0) | 22 % (100) | $\chi^2=8,87^{**}$ |

**p<0.01

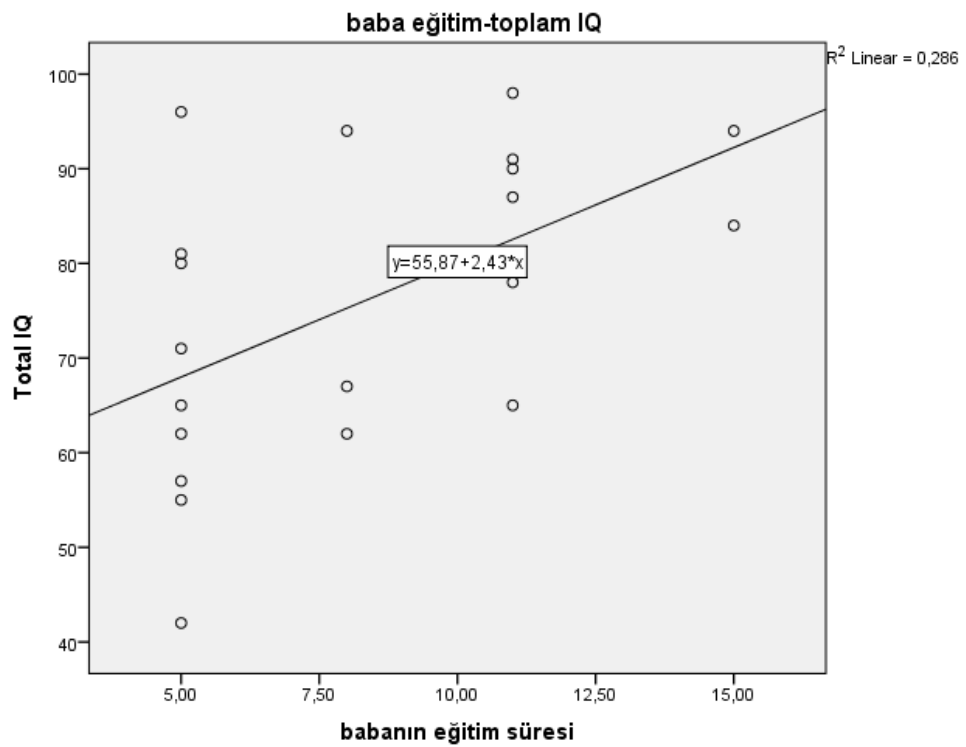
Ayrıca HIV grubunda cinsiyet, yaş, hastalığın bulaş yaşı, tedavi başlangıç yaşı ve CD4 / RNA sayıları ile WISC-IV puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

HIV grubunda anne ve babanın eğitim süreleri ile çocukların toplam IQ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, hem annenin hem de babanın eğitim süresi ile çocukların IQ puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. (**p<0.01)

Şekil 4: HIV Grubunda Anne Eğitim Süresi İle Çocukların Toplam IQ Puanları Arasındaki İlişki



Şekil 5: HIV Grubunda Baba Eğitim Süresi İle Çocukların Toplam IQ Puanları Arasındaki İlişki



4.18.Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) Puanları

Hastaların kendilerinin doldurdıkları Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği puanlarına bakıldığında, HIV grubunun ortalama 7,19 puan, astım grubunun ortalama 10,27 puan aldığı ve her iki grubun CDI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p= ,14$). Bu ölçeğin patolojik kesim puanı 19 dur. Her iki grubun puan ortalaması patolojik kesim noktasının altında kalmıştır.

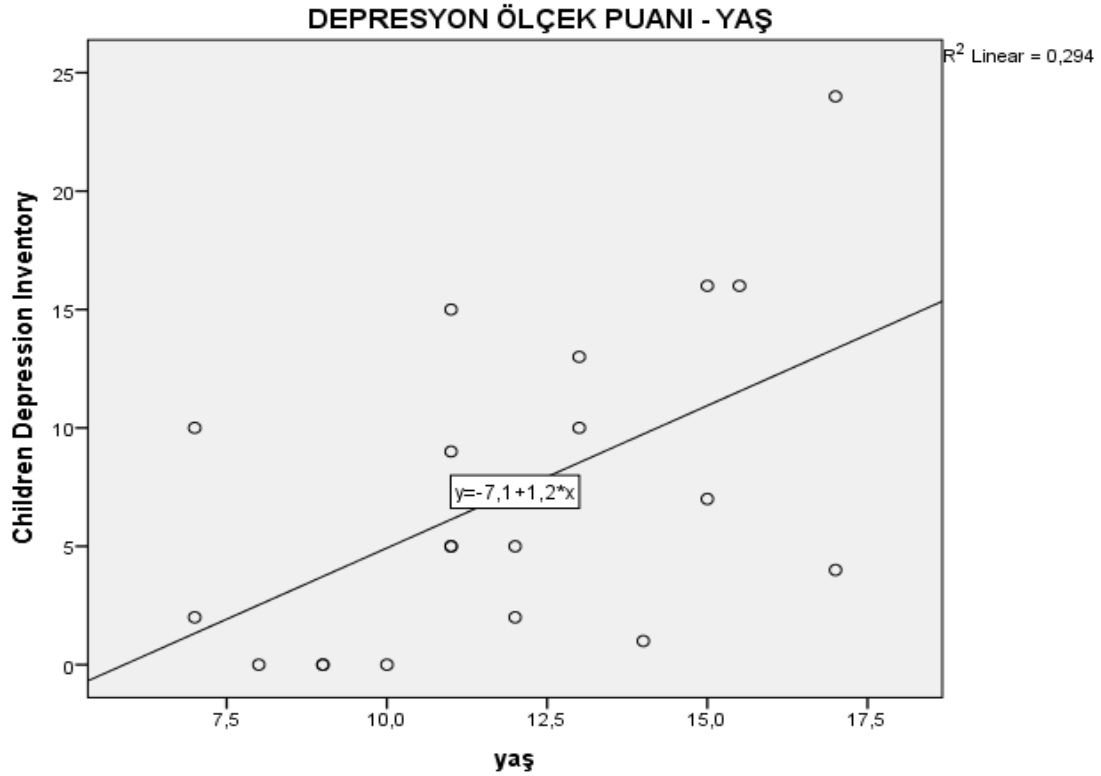
Tablo 22 : Araştırma ve Kontrol Grubunun ÇDÖ Puan Ortalamaları

| HASTALIK | HIV | ASTIM | İSTATİSTİK |
|----------------------|-------------|--------------|-----------------------|
| ÇDÖ (Ort Puan+SS) | 7,19 ± 6,61 | 10,27 ± 6,80 | t= 1,50 ^{AD} |

AD: Anlamlı Değil ($p>0.05$) SS: Standart Sapma

HIV grubunda yaş ve ÇDÖ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, yaşla birlikte ÇDÖ puanlarında da anlamlı olarak artış olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır. (Pearson $r^2=0,54$, $p=0,01$)

Şekil 6: HIV Grubunda Yaş ve ÇDÖ Puanları Arasındaki İlişki



HIV grubunda, ÇDÖ puan ortalamaları cinsiyete göre değerlendirildiği zaman erkekler ve kızlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 23 : HIV(+) Grupta Cinsiyete Göre ÇDÖ Puan Ortalamaları

| | HASTALIK (HIV(+)) | | İSTATİSTİK |
|-----------------------------|-------------------|--------------|-----------------|
| | ERKEK | KIZ | |
| ÇDÖ (Ort Puan+SS) | 5,23 ± 4,76 | 10,38 ± 8,21 | $t = 1,82^{AD}$ |

SS: Standart Sapma

4.19.Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Puan Ortalamaları

Hem annelerin hem de çocukların doldurduğu ölçeklerde ölçek toplam puanı (ÖTP), fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP) ve psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmıştır. HIV ve astımlı çocukların yaşam kalitesi ölçeği tüm puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır. Annelerin doldurduğu

yaşam kalitesi ölçeklerinde fiziksel sağlık puanlarında astımlı çocuklar HIV(+) çocuklara göre anlamlı olarak düşük puanlar almışlardır.

Tablo 24 : Araştırma ve Kontrol Grubu Çocukların ÇİYKÖ Puan Ortalamaları

| ÇİYKÖ | | HIV(+) Ort. ± ss | Astım Ort. ± ss | İstatistik P=. (2-tailed) |
|-------|--------------------------|---------------------|--------------------|------------------------------|
| ANNE | Ölçek Toplam Puanı | 79,55±13,61 | 72,52±14,76 | t= 1,62 ^{AD} |
| | Fiziksel Sağlık Puanı | 83,48±18,49 | 67,75±14,85 | t= 3,08 ^{**} |
| | Psikososyal Sağlık Puanı | 77,46±16,43 | 75,90±18,91 | t= 0,28 ^{AD} |
| ÇOCUK | Ölçek Toplam Puanı | 75,90±13,98 | 72,92±11,38 | t= 0,78 ^{AD} |
| | Fiziksel Sağlık Puanı | 79,81±18,24 | 71,73±15,26 | t= 1,62 ^{AD} |
| | Psikososyal Sağlık Puanı | 73,81±14,02 | 73,56±12,02 | t= 0,06 ^{AD} |

AD: Anlamlı Değil (p>0.05) ******p<0.01, **SS:** Standart Sapma

Yaşa ve cinsiyete göre yaşam kalitesi puanlarında her iki grupta da anlamlı bir fark saptanmamıştır.

4.20.Güçler Güçlükler Anketi Puan Ortalamaları

Hem annelerin hem de çocukların doldurduğu güçler güçlükler anketi davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlar olmak üzere 5 alandaki olumlu ve olumsuz davranış özelliklerini sorgulamaktadır. Sosyal davranıştaki yüksek puanlar bireyin sosyal alandaki güçlü yönlerini yansıtırken; diğer dört alandaki (davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları) yüksek puanlar sorun alanlarının şiddetli olduğunu yansıtmaktadır.

HIV ve Astımlı çocukların hem kendilerinin hem de ailelerinin doldurdıkları güçler güçlükler anketinin tüm alanlarından aldıkları ortalama puanlarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır.

Tablo 25: Araştırma ve Kontrol Grubunun Güçler Güçlükler Anketi Puan Ortalamaları

| Güçler Güçlükler Anketi | Hastalık | N | Ort Puan+ss | İstatistik |
|--|----------|----|-------------|----------------------|
| Toplam Stres (Hasta) | HIV | 14 | 12,79±6,54 | t=0,45 ^{AD} |
| | ASTIM | 12 | 11,75±4,82 | |
| Duygusal Sorunlar (Hasta) | HIV | 14 | 2,64±2,76 | t=0,50 ^{AD} |
| | ASTIM | 12 | 3,17±2,44 | |
| Davranış Sorunları, (Hasta) | HIV | 14 | 2,21±1,92 | t=0,73 ^{AD} |
| | ASTIM | 12 | 1,75±1,13 | |
| Dikkat Eksikliği Ve Aşırı Hareketlilik (Hasta) | HIV | 14 | 4,36±2,13 | t=0,07 ^{AD} |
| | ASTIM | 12 | 4,42±2,02 | |
| Akran Sorunları (Hasta) | HIV | 14 | 2,86±1,61 | t=0,72 ^{AD} |
| | ASTIM | 12 | 2,42±1,44 | |
| Sosyal Davranışlar (Hasta) | HIV | 14 | 7,79±2,04 | t=0,69 ^{AD} |
| | ASTIM | 12 | 8,33±1,96 | |
| Zorluklardan Etkilenme (Hasta) | HIV | 14 | 0,57±1,01 | t=0,02 ^{AD} |
| | ASTIM | 12 | 0,58±1,24 | |
| Toplam Stres (Aile) | HIV | 21 | 9,57±5,77 | t=1,25 ^{AD} |
| | ASTIM | 22 | 11,91±6,44 | |
| Duygusal Sorunlar (Aile) | HIV | 21 | 2,19±2,15 | t=1,81 ^{AD} |
| | ASTIM | 22 | 3,45±2,38 | |
| Davranış Sorunları (Aile) | HIV | 21 | 1,33±1,59 | t=0,97 ^{AD} |
| | ASTIM | 22 | 1,82±1,68 | |
| Dikkat Eksikliği Ve Aşırı Hareketlilik (Aile) | HIV | 21 | 4,00±2,56 | t=0,23 ^{AD} |
| | ASTIM | 22 | 3,82±2,44 | |
| Akran Sorunları (Aile) | HIV | 21 | 2,05±1,43 | t=1,42 ^{AD} |
| | ASTIM | 22 | 2,82±2,03 | |
| Sosyal Davranışlar (Aile) | HIV | 21 | 9,00±1,34 | t=1,35 ^{AD} |
| | ASTIM | 22 | 8,45±1,29 | |
| Zorluklardan Etkilenme (Aile) | HIV | 20 | 0,30±0,80 | t=0,91 ^{AD} |
| | ASTIM | 21 | 0,76±2,11 | |

AD: Anlamlı Değil (p>0.05)

HIV(+) grupta cinsiyete göre güçler güçlükler anket puanlarına bakıldığında hastaların kendilerinin doldurduğu anketlerde dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanlarında (erkek ort puan: 3,13, kız ort puan: 6,00) ve duygusal sorunlar (erkek ort puan:1,00 kız ort puan: 4,83) puanlarında her iki cinsiyet arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Kızlar erkeklere göre anketin bu alanlarından daha yüksek puanlar almışlardır. (daha fazla güçlük yaşamaktalar)

HIV(+) grupta cinsiyete göre güçler güçlükler anket puanlarına bakıldığında hastaların ebeveynlerinin doldurduğu anketlerde toplam stres puanlarında (erkek ort puan:7,23, kız ort puan:13,38) ve duygusal sorunlar (erkek ort puan:1,23 kız ort puan:3,75) puanlarında her iki cinsiyet arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Kızlar erkeklere göre bu alanlarda daha yüksek puanlar almışlardır. (daha fazla güçlük yaşamaktalar)

Tablo 26: HIV(+) Grupta Cinsiyete Göre Güçler Güçlükler Anketi Puan Ortalamaları

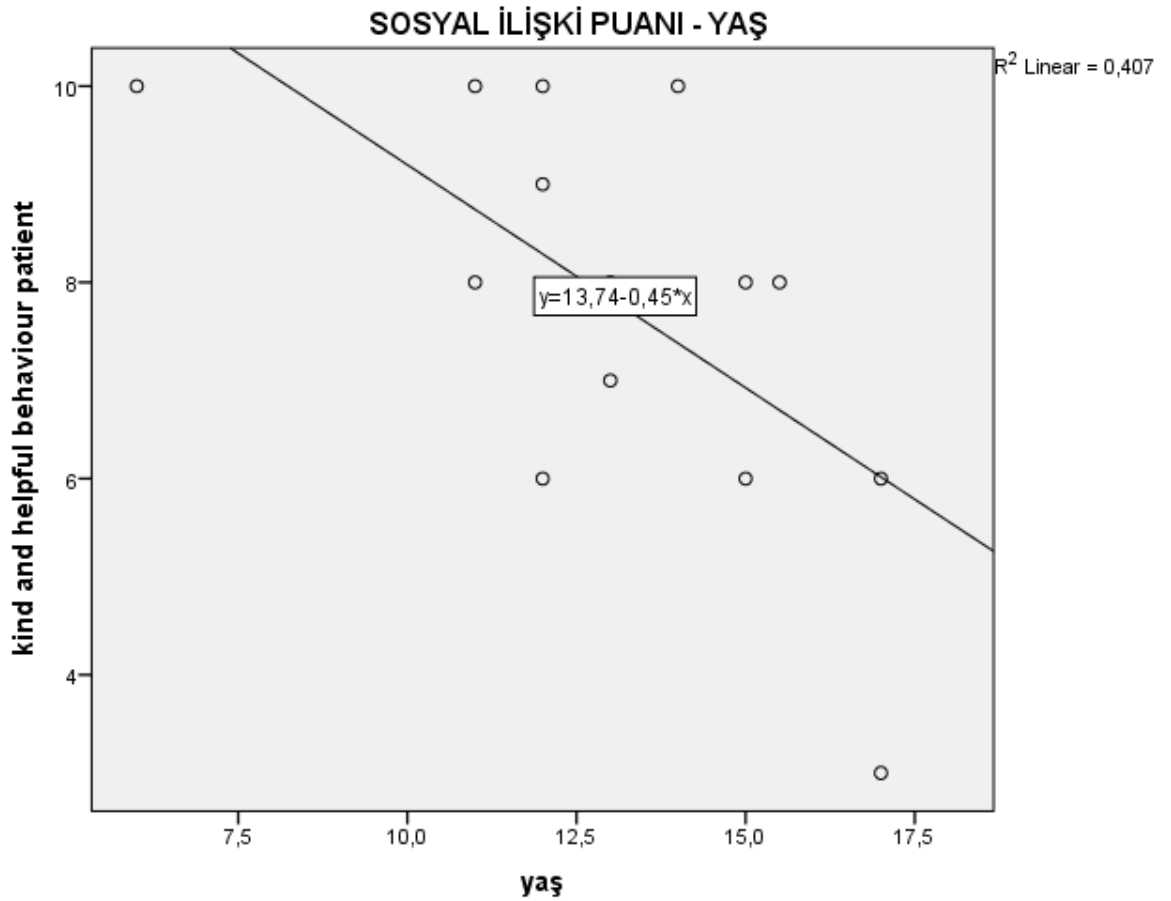
HIV(+) GRUP

| Güçler Güçlükler Anketi | Cinsiyet | N | Ort Puan+ss | İstatistik |
|--|----------|----|-------------|----------------------|
| Toplam Stres (Hasta) | Erkek | 8 | 9,88±4,42 | t=2,18 ^{AD} |
| | Kadın | 6 | 16,67±7,23 | |
| Duygusal Sorunlar (Hasta) | Erkek | 8 | 1,00±1,60 | t=3,51** |
| | Kadın | 6 | 4,83±2,48 | |
| Davranış Sorunları, (Hasta) | Erkek | 8 | 1,75±1,28 | t=1,04 ^{AD} |
| | Kadın | 6 | 2,83±2,56 | |
| Dikkat Eksikliği Ve Aşırı Hareketlilik (Hasta) | Erkek | 8 | 3,13±1,12 | t=3,31** |
| | Kadın | 6 | 6,00±2,09 | |
| Akran Sorunları (Hasta) | Erkek | 8 | 2,75±1,66 | t=0,27 ^{AD} |
| | Kadın | 6 | 3,00±1,67 | |
| Sosyal Davranışlar (Hasta) | Erkek | 8 | 8,00±1,60 | t=0,43 ^{AD} |
| | Kadın | 6 | 7,50±2,66 | |
| Zorluklardan Etkilenme (Hasta) | Erkek | 8 | 0,25±0,70 | t=1,41 ^{AD} |
| | Kadın | 6 | 1,00±1,26 | |
| Toplam Stres (Aile) | Erkek | 13 | 7,23±3,91 | t=2,72* |
| | Kadın | 8 | 13,38±6,50 | |
| Duygusal Sorunlar (Aile) | Erkek | 13 | 1,23±1,53 | t=3,10** |
| | Kadın | 8 | 3,75±2,18 | |
| Davranış Sorunları (Aile) | Erkek | 13 | 0,85±0,89 | t=1,90 ^{AD} |
| | Kadın | 8 | 2,13±2,16 | |
| Dikkat Eksikliği Ve Aşırı Hareketlilik (Aile) | Erkek | 13 | 3,46±2,57 | t=1,24 ^{AD} |
| | Kadın | 8 | 4,88±2,47 | |
| Akran Sorunları (Aile) | Erkek | 13 | 1,69±1,18 | t=1,49 ^{AD} |
| | Kadın | 8 | 2,63±1,68 | |
| Sosyal Davranışlar (Aile) | Erkek | 13 | 9,00±1,41 | t<0,00 ^{AD} |
| | Kadın | 8 | 9,00±1,30 | |
| Zorluklardan Etkilenme (Aile) | Erkek | 13 | 0,31±0,85 | t=0,05 ^{AD} |
| | Kadın | 7 | 0,29±0,75 | |

AD: Anlamlı Değil (p>0.05) **p<0.01, * p<0.05

HIV(+) grupta yaşa göre güçler güçlükler anket puanlarına bakıldığında sadece hastaların doldurduğu anketlerde yaşla birlikte sosyal alandaki puanlarının anlamlı olarak azaldığı, diğer alanlarda herhangi bir anlamlı değişikliğin olmadığı saptanmıştır. (sosyal alandaki güçlüğün arttığı anlamına gelmektedir.) (Pearson $r^2=0,63$, $p=0,01$)

Şekil 7: HIV(+) Grupta Yaşa Göre Güçler Güçlükler Anketi Sosyal İlişki Puanı



4.21. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanları

HIV grubunda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanı ortalama 2,42, astım grubunda 2,13 puan olup iki grup arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır.

Tablo 27 : Araştırma ve Kontrol Grubunun Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamaları

| | HASTALIK | | İSTATİSTİK |
|--|-------------|-------------|-----------------------|
| | HIV | ASTİM | |
| Rosenberg Ölçeği (Ort Puan+SS) | 2,42 ± 1,01 | 2,13 ± 1,03 | t= 0,83 ^{AD} |

SS: Standart Sapma

HIV grubunda yaş ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (Pearson $r^2=0,27$, $p=0,33$)

HIV grubunda cinsiyet ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 28 : HIV(+) Grupta Cinsiyete Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamaları

| | HASTALIK (HIV+) | | İSTATİSTİK |
|--|-----------------|----------|-----------------------|
| | ERKEK | KIZ | |
| Rosenberg Ölçeği (Ort Puan+SS) | 2± 0,92 | 3 ± 0,89 | t= 2,02 ^{AD} |

SS: Standart Sapma

4.22.Psikiyatrik Tanı Dağılımları

DSM-IV ölçütlerine göre, şimdiki tanılar açısından değerlendirildiğinde HIV(+) grupta astım grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0,13^{AD}$). Her iki grubun toplam IQ puanları arasında anlamlı fark olduğundan ve zekanın psikopatoloji üzerinde etkisi olabileceği düşünülerek, psikiyatrik tanı alma açısından regresyon analizleri yapılmıştır. Zeka düzeyleri kontrol edilerek psikiyatrik tanı alma oranları tekrar karşılaştırıldığında iki grup arasında yine anlamlı bir fark saptanmamıştır (RR=0,39 %95GA=0,08-1,83, $p=0,23$). Araştırma ve kontrol

gruplarında DSM-IV tanı dağılımları Tablo 29’da gösterilmiştir. Araştırma grubunda 10 çocukta (%41,7), kontrol grubunda 4 çocukta (%18,2) birden çok tanı olduğundan oranlar kümülatif olarak verilmiştir.

4.22.1.Duygudurum Bozuklukları

HIV(+) grupta 2 çocuk (%8,3), astım grubunda 2 çocuk (%9,1) klinik olarak depresyon tanısı almıştır. İki grup depresyon tanısı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($x^2= 0,03^{AD}$). Geçmiş depresyon tanıları da dahil edildiğinde yaşam boyu klinik olarak en az 1 kez depresyon tanısı olan HIV(+) grupta 6 çocuk (%25), astım grubunda 5 çocuk (%22,7) saptanmıştır ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($x^2= 0,03^{AD}$).

Her iki grubun şimdiki depresyon tanıları regresyon analizi ile zeka kontrol edilerek yeniden karşılaştırıldığında da anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (RR=0,23 %95GA=0,01-5,19, p=0,35).

4.22.2.Anksiyete Bozuklukları

HIV(+) grupta 9 çocukta (%37,5) en az bir anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Bu 9 çocuğun özgül anksiyete bozuklukları tanılarına bakıldığında, 2 çocuk (%8,3) klinik olarak ayrılık kaygısı bozukluğu, 7 çocuk (%29,2) basit fobi, 3 çocuk yaygın anksiyete bozukluğu, ve 3 çocuk sosyal fobi tanısı almıştır. Astım grubunda 10 çocuk (%45,5) anksiyete bozukluğu tanısı almıştır. Bu 10 çocuğun özgül anksiyete bozuklukları tanılarına bakıldığında 4 çocuk (%18,2) ayrılık kaygısı bozukluğu, 3 çocuk (%13,6) basit fobi, 5 çocuk yaygın anksiyete bozukluğu (%22,7), 3 çocuk (%13,6) obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve 1 çocuk (%4,5) sosyal fobi tanısı almıştır. İki grup herhangi bir anksiyete bozukluğunun var olma durumu açısından karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($x^2= 0,30^{AD}$). Ayrı ayrı özgül anksiyete bozukluğu tanıları karşılaştırıldığında da 2 grup arasında istatistiksel anlamlılığa ulaşılmamıştır.

Her iki grubun şimdiki anksiyete bozukluğu tanıları regresyon analizi ile zeka kontrol edilerek yeniden karşılaştırıldığında da anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (RR=0,58 %95GA=0,13-2,48 , p=0,46).

4.22.3.Yıkıcı Davranış Bozuklukları

HIV(+) grupta klinik olarak 9 çocukta (%37,5), subklinik olarak 2 çocukta (%8,3) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, DEHB olan çocukların 2 'sinde (%8.3) aynı zamanda karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) bulunmaktadır. Astım grubunda 4 (%18,2) DEHB tanılı çocuk bulunmaktayken, KOKGB olan çocuk saptanmamıştır. İki grup arasında yıkıcı davranış bozuklukları açısından fark anlamlılığa yaklaşmıştır. ($x^2=2,11$)

Her iki grubun şimdiki yıkıcı davranış bozukluğu tanıları regresyon analizi ile zeka kontrol edilerek yeniden karşılaştırıldığında HIV tanısının astıma göre yıkıcı davranış bozukluğu riskini yaklaşık 4 kat artırdığı saptanmıştır.(RR=4,72, %95GA=0,89-24,9, p=0,06)

4.22.4.Diğer Psikiyatrik Tanılar

Enürezis Nokturna HIV(+) grupta 2 çocukta (%8,3) görülüp, astım grubunda hiç görülmezken, geçmiş Enürezis Nokturna (EN) tanıları da dahil edildiğinde toplamda HIV grubunda 3 çocukta (%12,5), astım grubunda 4 çocukta (%18,2) geçmiş EN tanısı saptanmıştır. Enürezis nokturna tanısı açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($x^2=1,91^{AD}$). Klinik görüşme ile Özgül öğrenme güçlüğü tanısı HIV(+) grupta 4 çocukta (%16,7), astım grubunda 1 çocukta (%4,5) saptanmıştır. Ancak iki grup arasında Özgül öğrenme güçlüğü açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($x^2=1,74^{AD}$). Tik bozukluğu açısından gruplar arasında istatistiksel fark gözlenmemiştir ($x^2=0,93^{AD}$).

Aynı analizler her iki grubun geçmişte tanı alma durumu açısından yeniden yapıldığında HIV ve astım grubu arasında geçmişte psikopatoloji bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($x^2= 0,69$).

Tablo 29 : Araştırma ve Kontrol Grubunda Şimdiki DSM-IV Tanı Dağılımları.

| TANI | HIV(+) s (%) | Astım s (%) | İstatistik |
|---|-----------------|----------------|---------------------|
| Tanı Almayan | 10 (41,7) | 8 (36,4) | $\chi^2=0,136^{AD}$ |
| Tanı Alan | 14 (58,3) | 14 (63,6) | |
| Çoklu Tanı Alan | 10 (41,7) | 4 (18,2) | |
| Depresif Bozukluklar | 2 (8,3) | 2 (9,1) | $\chi^2= 0,03^{AD}$ |
| Duygudurum boz top(geçmiş+şimdi) | 6 (25) | 5 (22,7) | $\chi^2= 0,03^{AD}$ |
| Ayrılık Kaygısı Bozukluğu | 2 (8,3) | 4 (18,2) | $\chi^2=0,98^{AD}$ |
| Basit Fobi | 7 (29,2) | 3(13,6) | $\chi^2=1,62^{AD}$ |
| Yaygın Anksiyete Bozukluğu | 3 (12,5) | 5 (22,7) | $\chi^2=0,836^{AD}$ |
| OKB | 0 (0) | 3 (13,6) | $\chi^2=3,50^{AD}$ |
| Sosyal Fobi | 3 (12,5) | 1 (4,5) | $\chi^2=0,91^{AD}$ |
| Anksiyete bozukluğu(toplam) | 9 (37,5) | 10 (45,5) | $\chi^2= 0,30^{AD}$ |
| Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu | 9 (37,5) | 4(18,2) | $\chi^2=2,11^{AD}$ |
| Karşı Gelme Bozukluğu | 2 (8,3) | 0 (0) | $\chi^2=1,91^{AD}$ |
| Yıkıcı Davranış Bozukluğu | 9 (37,5) | 4 (18,2) | $\chi^2=2,11^{AD}$ |
| Özgül öğrenme güçlüğü ^a | 4 (16,7) | 1 (4,5) | $\chi^2= 1,74^{AD}$ |
| Tik Bozukluğu | 1(4,2) | 0 (0) | $\chi^2=0,93^{AD}$ |
| Enürezis Nokturna | 2 (8,3) | 0 (0) | $\chi^2=1,91^{AD}$ |
| Enürezis Nokturna (geçmiş+şimdi) | 3 (12,5) | 4 (18,2) | $\chi^2=0,287^{AD}$ |
| Mental Retardasyon ^a | 8 (33,3) | 0(0) | $\chi^2=8,87^{**}$ |

($p>0.05$) ** $p<0.01$, * $p<0.05$

^a Bu tanı yapılandırılmış görüşme sırasında klinik izlenim sonucu DSM-IV'e göre konmuştur.

4.23.Tanı ve Ölçek Puanlarının İlişkisi

Depresyon tanısı alanların ölçek puanlarıyla ilişkisine bakıldığında depresyon tanısı alanların depresyon ölçeği puanları ortalama 21,25 iken depresyon tanısı almayanların ortalaması 7,49 bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır.

Tablo 30 : Araştırma ve Kontrol Grubunda Depresyon Tanısı Alanların ÇDÖ Puan Ortalamaları

| Depresyon Tanısı (tüm hastalar) | HASTA SAYISI | ÇDÖ PUAN (ORT) | İSTATİSTİK |
|------------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| VAR (subklinik dahil) | 4 | 21,25 | t=4,72** |
| YOK | 39 | 7,49 | |

**p<0.01

HIV(+) grupta psikiyatrik tanı alan çocuklar almayan çocuklara göre güçler güçlükler anketi toplam stres puanlarında anlamlı olarak yüksek (hem hasta hem aile formlarında) puanlar aldıkları bulunmuştur.

Tablo 31 : HIV(+) Grupta Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Çocukların Güçler

| GÜÇLER GÜÇLÜKLER ANKETİ (HIV grubu) | TANI | | İSTATİSTİK |
|--|--------------------------|------|-----------------|
| | VAR (subklinik dahil) | YOK | |
| Toplam Stres (Hasta) (Ort Puan) | 15,78 | 7,40 | t=2,86* |
| Toplam Stres (Aile) (Ort Puan) | 12,50 | 5,67 | t=3,26** |

Güçlükler Anketi Toplam Stres Puanı Ortalamaları

**p<0.01, * p<0.05

HIV(+) grupta psikiyatrik tanı alan çocuklar almayan çocuklara göre çocukların kendilerinin doldurduğu yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık puanı,

psikososyal sağlık puanı ve toplam ölçek puanlarında anlamlı olarak düşük puan aldıkları saptanmıştır.

Tablo 32 : HIV(+) Grupta Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Çocukların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı Ortalamaları

| | | PSİKİYATRİK TANI | | |
|--------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------|--------------------------------------|
| ÇİYKÖ (HIV) | | VAR | YOK | İstatistik P=. (2-tailed) |
| ANNE | Ölçek Toplam Puanı | 79,54 | 79,56 | t=0,003 ^{AD} |
| | Fiziksel Sağlık Puanı | 83,52 | 83,43 | t=0,01 ^{AD} |
| | Psikososyal Sağlık Puanı | 77,42 | 77,50 | t=0,01 ^{AD} |
| ÇOCUK | Ölçek Toplam Puanı | 69,56 | 84,78 | t=3,07** |
| | Fiziksel Sağlık Puanı | 73,66 | 88,43 | t=2,09* |
| | Psikososyal Sağlık Puanı | 67,38 | 82,83 | t=3,12* |

**p<0.01, * p<0.05

Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanları açısından tanı alan ve almayan HIV(+) çocuklar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 33 : HIV(+) Grupta Psikiyatrik Tanı Alan ve Almayan Çocukların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanı Ortalamaları

| TANI (HIV) | HASTA SAYISI | ROSENBERG PUAN (ORT) | İSTATİSTİK |
|-----------------------|--------------|----------------------|----------------------|
| VAR (subklinik dahil) | 8 | 2,50 | t=0,29 ^{AD} |
| YOK | 6 | 2,33 | |

AD: Anlamlı Değil (p>0.05)

Astım grubunda psikiyatrik tanı alan çocukların almayan çocuklara göre güçler güçlükler anketi toplam stres puanlarında anlamlı bir farklılık yokken, yaşam kalitesi toplam puan (sadece aile formunda) ve psikososyal puanlarında (hem hasta hem aile formlarında) anlamlı olarak düşük puan aldıkları saptanmıştır.

4.24.Cinsiyete Göre Psikiyatrik Tanı

Cinsiyet ile psikiyatrik tanı bulunması arasındaki ilişki tüm örneklem dahil edilerek değerlendirildiğinde kızlar ve erkekler arasında psikiyatrik tanı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=0,07$). Yalnızca HIV grubunda kızlar ve erkekler arasında psikiyatrik tanı varlığı açısından yine anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2=0,02$).

HIV grubunda kızlar ve erkekler arasındaki tüm psikiyatrik hastalıkların dağılımına bakıldığında sadece sosyal fobi tanısının kızlarda erkeklerden anlamlı olarak yüksek çıktığı saptanmıştır. ($\chi^2=4,80^*$)

Tablo 34 : HIV(+) Grupta Cinsiyete göre Sosyal Fobi Oranları

| SOSYAL FOBİ | HASTALIK (HIV+) | | İSTATİSTİK |
|-------------|-----------------|-----------|-----------------|
| | ERKEK s(%) | KIZ s(%) | |
| VAR | 0 (%0) | 3 (%30) | $\chi^2=4,80^*$ |
| YOK | 14 (%100) | 7 (%70) | |
| TOPLAM | 14 (%100) | 10 (%100) | |

HIV grubunda enürezis nokturna tanısını yalnızca erkekler almıştır (n:3) ancak sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2=2,44^{AD}$)

4.25.Yaşa Göre Psikiyatrik Tanı

Yaş ile psikiyatrik tanı bulunması arasındaki ilişki tüm örneklem dahil edilerek değerlendirildiğinde yaş ve psikiyatrik tanı varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($t=1,34$). Yalnızca HIV grubunda yaş ve psikiyatrik tanı alma arasındaki ilişkiye bakıldığında yine anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($t=0,33$).

Tablo 35 : Araştırma ve Kontrol Grubunda Yaşa Göre Psikiyatrik Tanı

| Psikiyatrik Tanı (Tüm örneklem) | VAR (Ort ± ss) | YOK (Ort ± ss) | İstatistik |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|
| Yaş (yıl) | 11,63± 3.34 | 10,39 ± 2.47 | t = 1,34 ^{AD} |

Tablo 36 : HIV(+) Grupta Yaşa Göre Psikiyatrik Tanı

| Psikiyatrik Tanı (HIV Grubu) | VAR (Ort ± ss) | YOK (Ort ± ss) | İstatistik |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|
| Yaş (yıl) | 11,46± 3.89 | 11 ± 2.30 | t = 0,33 ^{AD} |

Çocuk ve ergenler arasındaki depresyonun dağılımına bakıldığında HIV(+) grupta depresyon tanısı almış 2 hastanın yaş ortalaması 15 (hastalar 13 ve 17 yaşında) iken almayanların yaş ortalaması 10,93 bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=1,75^{AD}$). Yaş ile diğer psikiyatrik tanıları arasındaki ilişki ayrı ayrı bakıldığında hem HIV hem de astım grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

4.26.Tedavi Uyumu Psikopatoloji İlişkisi

HIV(+) grupta 18 (%75) hasta tedaviye uyumlu, 6 (%25) hasta uyumsuz olarak, astım grubunda ise 21 (%95,5) hasta uyumlu, 1 (%4,5) hasta uyumsuz olarak bulunmuştur.

HIV(+) grupta tedavi uyumu ve psikopatoloji arasındaki ilişki hem tanı alan ve almayanlar arasında hem de ayrı ayrı psikiyatrik tanılar için değerlendirildiğinde tedavi uyumu ile psikopatoloji ilişkisi açısından anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır.

Tablo 37 : HIV(+) Grupta Tedavi Uyumu - Psikopatoloji İlişkisi

| | TANI (ŞİMDİ) | | İSTATİSTİK |
|-------------------------|--------------|-----------|--------------------|
| | VAR | YOK | |
| TEDAVİYE UYUMLU | 10 (%71,4) | 8 (%80) | $\chi^2=0,22^{AD}$ |
| TEDAVİYE UYUMSUZ | 4 (%28,6) | 2 (%20) | |
| TOPLAM | 14 (%100) | 10 (%100) | |

AD: Anlamlı Değil ($p>0.05$)

4.27.Tedavi Uyumu-Zeka Düzeyi İlişkisi

HIV grubunda tedavi uyumu ile hastaların toplam IQ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir sonuç saptanmamıştır.

Tablo 38 : HIV(+) Grupta Tedavi Uyumu – Zeka Düzeyi İlişkisi

| | HASTALIK (HIV+) | | İSTATİSTİK |
|------------------------|-----------------|------------------|----------------|
| | TEDAVİYE UYUMLU | TEDAVİYE UYUMSUZ | |
| TOPLAM IQ PUANI | 74,88 ± 13,75 | 76 ± 22,84 | $t= 0,12^{AD}$ |

4.28.Hastalık Bilgisi-Tedavi Uyumu

HIV(+) grupta hastalığını bilmeyen 15 çocuktan 2'si (%13,3) tedaviye uyumsuzken, hastalığını bilen 9 çocuktan 4'ü (%44,4) tedaviye uyumsuz olduğu bulunmuştur. Hastalığını bilenler ve bilmeyenler arasında tedavi uyumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 39 : HIV(+) Grupta Tedavi Uyumu – Hastalık Bilgisi İlişkisi

| TEDAVİYE UYUMLU | HASTALIK BİLGİSİ | | İSTATİSTİK |
|------------------|------------------|------------|------------------|
| | BİLİYOR | BİLMİYOR | |
| | 5 (%55,6) | 13 (%86,7) | $x^2= 2,90^{AD}$ |
| TEDAVİYE UYUMSUZ | 4 (%44,4) | 2 (% 13,3) | |
| TOPLAM | 9 (% 100) | 15 (% 100) | |

AD: Anlamlı Değil ($p>0.05$)

4.29.Hastalık Bilgisi-Psikopatoloji

HIV grubunda hastalığını bilmeyen 15 hastanın 9'unda (%60) psikiyatrik bir tanı saptanmışken, hastalığını bilen 9 hastanın 5'inde (%55,6) psikiyatrik bir tanı saptanmıştır.

Hastalık bilgisi ile psikopatoloji varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 40 : HIV(+) Grupta Hastalık Bilgisi - Psikopatoloji İlişkisi

| HASTALIK BİLGİSİ | PSİKİYATRİK TANI | | TOPLAM | İSTATİSTİK |
|------------------|------------------|-----------|------------|-----------------|
| | VAR | YOK | | |
| BİLİYOR | 5 (%55,6) | 4 (%44,4) | 9 (% 100) | $x^2=0,04^{AD}$ |
| BİLMİYOR | 9 (% 60) | 6 (%40) | 15 (% 100) | |

AD: Anlamlı Değil ($p>0.05$)

Depresyon ve anksiyete bozuklukları ile hastalık bilgisi ilişkisine ayrı ayrı bakıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 41 : HIV(+) Grupta Hastalık Bilgisi – Anksiyete Bozukluğu İlişkisi

| HASTALIK BİLGİSİ | ANKSİYETE BOZUKLUĞU | | TOPLAM | İSTATİSTİK |
|------------------|---------------------|------------|-----------|--------------------|
| | VAR | YOK | | |
| BİLİYOR | 4 (%44,4) | 5 (%55,6) | 9 (%100) | $\chi^2=0,29^{AD}$ |
| BİLMİYOR | 5 (%33,3) | 10 (%66,7) | 15 (%100) | |

AD: Anlamlı Değil ($p>0.05$)

Tablo 42 : HIV(+) Grupta Hastalık Bilgisi –Depresyon İlişkisi

| HASTALIK BİLGİSİ | DEPRESYON | | TOPLAM | İSTATİSTİK |
|------------------|-----------|------------|-----------|--------------------|
| | VAR | YOK | | |
| BİLİYOR | 1 (%11,1) | 8 (%88,9) | 9 (%100) | $\chi^2=0,14^{AD}$ |
| BİLMİYOR | 1 (%6,7) | 14 (%93,3) | 15 (%100) | |

AD: Anlamlı Değil ($p>0.05$)

4.30.RNA-CD4 Sayısı-Psikopatoloji

HIV RNA sayılarına bakıldığında 24 HIV(+) hastanın 16'sının HIV RNA sayısı ≤ 20 olarak saptanmıştır. (min:0, max:11575, ortanca:0)

Hastaların CD4 sayıları, min:13, max:41 ve ortalama 30 olarak saptanmıştır.

Hastaların HIV RNA ve CD4 sayıları ile psikiyatrik tanı varlığı arasındaki ilişki Mann Whitney Testi ile değerlendirilmiştir. Hem RNA sayısı hem de CD4 sayıları ile psikopatoloji arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (RNA-Psikiyatrik tanı varlığı ilişkisi: $u=49,00^{AD}$, CD4- Psikiyatrik tanı varlığı ilişkisi: $u=64,50^{AD}$)

4.31. Anne ve Babanın Psikiyatrik Tanı Varlığı İle HIV(+) Çocukların Şimdiki Psikiyatrik Tanı Arasındaki İlişki

Anne ve babanın tanı almış psikiyatrik hastalık varlığı ile çocukların şimdiki tanı varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 43 : HIV(+) Grupta Annenin Psikiyatrik Tanı Varlığı İle Çocukların Şimdiki Psikiyatrik Tanı Varlığı Arasındaki İlişki

| (HIV Grubunda) ANNE PSKİYATRİK TANI | TANI (ŞİMDİ) | | İSTATİSTİK |
|--|--------------|-----------|-----------------|
| | VAR | YOK | |
| VAR | 4 (%28,6) | 1 (%10) | $x^2=1,22^{AD}$ |
| YOK | 10 (%71,4) | 9 (%90) | |
| TOPLAM | 14 (%100) | 10 (%100) | |

Tablo 44 : HIV(+) Grupta Babanın Psikiyatrik Tanı Varlığı İle Çocukların Şimdiki Psikiyatrik Tanı Varlığı Arasındaki İlişki

| (HIV Grubunda) BABA PSKİYATRİK TANI | TANI (ŞİMDİ) | | İSTATİSTİK |
|--|--------------|-----------|-----------------|
| | VAR | YOK | |
| VAR | 4 (%28,6) | 0 (%10) | $x^2=3,42^{AD}$ |
| YOK | 10 (%71,4) | 10 (%90) | |
| TOPLAM | 14 (%100) | 10 (%100) | |

5.TARTIŞMA

Araştırmamız 6-16 yaş arası HIV (+) çocuklar ile yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş orta ve ağır şiddetli astımlı çocukların sosyodemografik özellikleri, psikopatolojileri ve bilişsel fonksiyonlarının incelendiği ve karşılaştırıldığı kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Değerlendirilmeler yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler ve ölçekler kullanılarak yapılmıştır.

Bu çalışmada DSM-IV ölçütlerine göre konulan psikiyatrik tanı oranları değerlendirildiğinde HIV(+) grupta astım grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte her iki grubun da topluma göre daha yüksek psikopatoloji oranlarına sahip oldukları görülmüştür. Her iki grubun toplam IQ puanları arasında anlamlı fark olduğundan ve zekanın psikopatoloji üzerinde etkisi olabileceği düşünülerek, psikiyatrik tanı alma açısından regresyon analizleri yapılmıştır. Zeka düzeyleri kontrol edilerek psikiyatrik tanı alma oranları tekrar karşılaştırıldığında iki grup arasında yine anlamlı bir fark saptanmamıştır. Daha önceki araştırmalarda HIV(+) çocuklardaki en az bir psikiyatrik tanı oranları %55-69 arasında bildirilmiştir[33-35]. Bizim araştırmamızda da yazında bildirilenle benzer oranda (%58.3) psikopatoloji saptanmıştır. Astım için yapılan çalışmalarda en az bir psikiyatrik tanı oranları ise %11-85 gibi geniş bir aralıkta değişmektedir[99-101]. Türkiye’de astımlı çocuklarda yapılan bir psikopatoloji araştırma çalışmasında astım tanılı çocukların en az bir psikiyatrik tanı alma oranı %60.6 bulunmuş ve bu verinin bizim çalışmamızdaki psikopatoloji oranı (%63.6) ile benzer olduğu görülmüştür[102]. Yazında HIV ve astım tanılı çocukların psikopatolojilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte HIV tanılı çocukların psikopatolojilerine yönelik yapılan çalışmalarda kontrol grubu olarak diğer kronik hastalıklardan çok HIV ile karşılaşmış fakat enfekte olmamış çocukların ya da sağlıklı çocukların alındığı dikkati çekmiştir. Bu nedenle çalışmamızdaki veriler ancak bu çalışmalar ile kıyaslanabilmiştir. Bizim çalışmamızla benzer şekilde bu çalışmalarda da HIV (+) hasta grubunun genel popülasyona göre daha yüksek oranlarda psikopatoloji gösterdikleri fakat benzer çevresel etkenlere sahip HIV ile karşılaşmış ama enfekte olmamış çocuklarla karşılaştırıldığında psikopatoloji

açısından benzer oranlar gösterdikleri bulunmuştur[103-105]. Bu sonuçlar bize HIV (+) çocukların, virüsün merkezi sinir sistemi üzerindeki primer etkisinden bağımsız olarak da psikopatoloji açısından yüksek risk altında olduklarını göstermektedir. Buna neden olabilecek potansiyel çevresel etkenler ve risklerin tanımlanması etiyojolojiyi aydınlatmak ve çözmek açısından önem taşımaktadır.

HIV(+) çocuk ve ergenlerin psikopatolojilerinin araştırıldığı çalışmalarda ortalama prevalanslar; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu için %18-29, Anksiyete bozuklukları için %10-40, Depresyon için %11-25 olarak bulunmuştur[33, 34, 36, 37]. Bizim çalışmamızda HIV(+) grupta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu prevalansı %37.5, anksiyete bozukluğu 37.5, depresyon %8.3 olarak bulunmuştur. Oranlar astımlı çocukların verileri ile kıyaslandığında anksiyete, depresyon ve diğer tanılar açısından iki grup arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte her iki grubun DEHB tanıları regresyon analizi ile zeka kontrol edilerek yeniden karşılaştırıldığında, çocuklarda HIV tanısının astıma göre DEHB riskini yaklaşık 4 kat artırdığı görülmüştür. Yazında HIV (+) çocukların yüksek DEHB riski ile ilişkili olduğunu savunan çalışmalar olmasına karşın böyle bir ilişkinin olmadığını savunan çalışmalar da mevcuttur[105-107]. Çalışmamızda HIV (+) çocuklarda depresyon oranının şimdiki tanı olarak bakıldığında (%8.3) diğer çalışmalardaki verilere kıyasla daha düşük ancak yaşam boyu depresyon tanısı olarak bakıldığında (%25) benzer oranda olduğu görülmüştür. Çalışmamızla benzer olarak Gadow ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HIV (+) çocukların şimdiki tanı olarak akranlarına göre benzer psikopatoloji oranlarına sahip olduğu fakat bu hastaların bir kısmının daha önce psikiyatrik rahatsızlık açısından davranışsal ve medikal tedavi almış oldukları göz önünde bulundurulacak olursa yaşam boyu psikiyatrik tanı alma oranı olarak değerlendirildiğinde akranlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Tanılar ayrı ayrı değerlendirildiğinde çalışmalar arası farklı sonuçlar bulunmasının birden fazla nedeni olabilir. Çalışmaların bazılarında psikiyatrik tanıların DSM-IV'e göre değerlendirilmemesi ve dökümanente edilmiş tanılarının olmaması, ya sadece öz bildirim ölçekleri ve ebeveyn ölçekleri kullanılmış ya da yapılandırılmamış klinik görüşmeler yapılmış olması da bu farklılığa neden olmuş olabilir. Yine çalışmaların yetersiz örneklem sayısı, coğrafi ve kültürel açıdan farklı bölgelerde yapılması, uygun olmayan karşılaştırma grubu seçimi, retrospektif veri kullanımı da buna neden

olmuş olabilir. Yine bazı çalışmaların sadece HAART öncesi dönemi değerlendirmesi de HAART ile hastalarda gözlenen değişimlerin ve psikolojilerine etkilerinin gözden kaçırılmasına neden olmuş olabilir.

Hastaların HIV RNA ve CD4 sayıları ile psikiyatrik tanı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yazında çalışmamızın verileri ile benzer şekilde anlamlı ilişki saptamayan çalışmalar varken hastalık ağırlık dereceleri ile psikiyatrik belirti arasında ilişki olduğunu savunan çalışmalar da bulunmaktadır[36, 108, 109]. Nachman ve arkadaşları yaptığı çalışmada yüksek HIV RNA sayısını şiddetli depresyon ile ilişkili bulurken bununla çelişkili olarak düşük CD4 sayısının daha az şiddetli depresyonla ilişkili olduğuna dair veri elde etmiş ve bu sonuçları yorumlamakta zorlanmışlardır. Mellins ve arkadaşlarının yapmış olduğu, hastaların çoğunun CD4 seviyesinin 500 üzerinde ve viral yükün 100.000 in altında olduğu 166 kişilik çalışmada da bu belirteçler ile psikiyatrik belirti arasında ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmalarda ve bizim çalışmamızda hastaların çoğunluğunun daha iyi bir klinik seyirin göstergesi olan CD4 düzeylerinin yüksek ve viral yüklerinin düşük olması böyle bir ilişkinin istatistiki açıdan anlamlı çıkmamasına neden olmuş olabilir. Farklı CD4 ve viral yük değerlerine sahip yüksek hasta sayısında bu analizin farklı çıkabileceği düşünülmeyle birlikte daha önce de değinildiği gibi HIV (+) çocuklarda psikiyatrik belirti varlığının hastalığın primer mekanizmasından bağımsız olarak sosyokültürel ve medikal birçok farklı etkene bağlı olabileceği akılda tutulmalıdır.

Kızlar ve erkekler arasında psikiyatrik tanı alma oranı açısından HIV ve astım grubu için değerlendirildiğinde her iki grupta da istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. HIV grubunda kızlar ve erkekler arasındaki tüm psikiyatrik hastalıkların dağılımına bakıldığında sadece sosyal fobi tanısının kızlarda erkeklerden anlamlı olarak yüksek çıktığı saptanmıştır. Toplum genelinde de sosyal fobi tanısının kızlarda daha fazla olduğu göz önüne alınarak bu verinin HIV ile ilişkili olduğu düşünülmemiştir[110].

Yaş ve psikiyatrik tanı alma oranı arasındaki ilişki HIV ve astım grubu için değerlendirildiğinde her iki grupta istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. HIV (+) grupta depresyon tanısı almış iki hastanın da ergen yaşlarda (13 ve 17 yaş) olduğu görülmüştür. Mellins ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 13 yaş ve üzeri ergenlerin

daha küçük yaş grubu çocuklara göre daha yüksek oranda duygudurum bozuklukları ve davranış sorunları gösterdikleri belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç çıkmasa da depresyon tanısı alan iki hastanın da ergen yaşlarda olması yaşla birlikte özellikle duygudurum bozukluklarının artabileceğini göstermektedir. Örnekleminizin küçüklüğü istatistiksel açıdan anlamlılığa ulaşılmasına engel olmuş olabilir.

HIV (+) hasta grubunda psikiyatrik tanı alan ve almayan çocuklar, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından değerlendirildiğinde her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Buna karşın yazında aile üyelerinde psikiyatrik hastalık bulunmasının çocukta ruhsal hastalık gelişme riskini arttırdığı gösterilmiştir[111, 112]. Birçok araştırma anne babadaki ruhsal hastalığın sadece genetik yatkınlık yaratarak değil, daha fazla anne-baba çatışması ve daha kötü ebeveyn-çocuk ilişkisi nedeniyle çocukta ruhsal sorunlara neden olduğunu göstermiştir[113]. Çalışmamızda anne ve babanın psikiyatrik hastalık öyküsü ile çocuklardaki psikopatoloji varlığı arasındaki ilişkinin anlamsız çıkmasında, anne ve babaların psikiyatrik değerlendirmelerinin yapılandırılmış psikiyatrik muayene ile değil de sadece kendi beyanları doğrultusunda yapılmış olması neden olmuş olabilir.

Çocuk ve adolesanlarda beyinde hacimsel olarak büyüme görülmesi de düzenleyici sistemlerdeki reorganizasyon ve maturasyon ile nörobilişsel ve davranışsal gelişim devam etmektedir. Yine bu yaş grubunda özellikle bilişsel fonksiyonlardan ve davranıştan sorumlu olan frontal lob ve prefrontal kortekste miyelinizasyon ve sinaptogenezde artış görülür[45]. Gelişimin devam ettiği bu süreçte nöronal hasar nörobilişsel bozukluğa neden olabilir. HIV hastalarında da çeşitli hücrel ve humoral mekanizmalarla beyin hücrelerinin etkilendiği bilinmektedir[46]. HIV (+) çocukların nörobilişsel etkilenmesinin değerlendirildiği çalışmaların bir çoğunda hastaların kontrol grupları ya da toplum ortalamalarına kıyasla nörobilişsel testlerde daha düşük puanlar aldıkları belirtilmiştir[47-49]. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda özellikle yürütücü işlevler, işleme hızı, çalışma belleği ve dikkat alanlarında bozulmanın daha fazla olduğu gösterilmiştir[51, 52].

Bizim çalışmamızda hastaların bilişsel fonksiyonları WISC-4 ile değerlendirilmiştir. HIV(+) çocukların toplam IQ puanı ortalama 76 olarak saptanmış olup bu puanın toplum ortalamasının altında olduğu görülmüştür. Yazında da HIV(+) çocuk ve ergenlerin yapılan çalışmalarda toplam IQ puanlarında topluma göre düşük puanlar aldıklarını gösteren çalışmalar mevcuttur[47, 114, 115]. Çalışmamızda HIV grubunda 8 (%33,3) hastanın toplam IQ puanlarının 70'in altı olduğu saptanmıştır. Ensefalopatisi olan yalnızca 2 hastaya karşın 8 hastanın (%33) mental retardasyonunun olması, HAART ile birlikte HIV ensefalopati oranlarındaki düşüğe rağmen nörobilişsel bozulmanın yüksek oranlarda olduğunu gösteren çalışmaları destekler niteliktedir[116]. Ayrıca araştırma grubunda mental retardasyonun yüksek oranlarda olmasına karşın bu hastaların çalışma öncesinde herhangi bir bilişsel değerlendirilmelerinin yapılmadığı ve gerekli özel eğitim desteğini almadıkları görülmüştür. Bu da bize HIV (+) çocukların tanı anında nörobilişsel değerlendirmelerinin de yapılmasının gerekliliğini göstermektedir.

Yazında HIV(+) çocukların başka bir kronik hastalıkla nörobilişsel olarak karşılaştırıldığı bir başka çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda WISC-4 test puanları, Sözel Kavrama, Algısal Akıl Yürütme, Çalışma Belleği, İşleme Hızı ve toplam IQ olarak 5 etken altında incelenmiştir ve HIV grubu tüm test puanlarında ortalama olarak astım grubundan daha düşük puanlar almışlardır. Bu sonuçlar HIV (+) çocuk ve ergenlerde bilişsel bir bozulmanın olduğunu göstermektedir. HIV (+) çocukların toplum ortalamasına göre daha düşük puanlar almalarının yanı sıra kontrol grubuyla karşılaştırıldıklarında da düşük puanlar almaları, hastalığın kronik hastalık etkilerinden bağımsız olarak nörobilişsel bozulmaya neden olabileceğini düşündürmüştür.

HIV(+) hastalarda, virüsün merkezi sinir sistemi üzerine etkilerinin yanı sıra nörobilişsel bozulmada ailenin sosyokültürel ve ekonomik durumu, ebeveynlerin bilişsel düzeyi, beslenme kaynakları, tedaviye erişim olanakları, ebeveyn kaybı ve hastalık derecesi gibi birçok çevresel ve genetik etkenin de etkili olduğu gösterilmiştir[117].

HIV grubunun zeka düzeyi ile hem anne hem baba eğitim süreleri ile arasında istatistiksel olarak pozitif ilişki saptanmıştır. Ebeveynlerin bilişsel durumunun

çocukların zeka düzeyleri üzerine etkisinin olduğu bilinmektedir[114]. Çalışmamızda ebeveynlerin bilişsel durumları değerlendirilmemekle birlikte eğitim sürelerinin genel bilişsel işlevlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Yazında düşük CD4, yüksek viral yük ve AIDS tanımlayıcı hastalık varlığı gibi hastalığın şiddetini gösteren bulgular ile nörobilişsel bozulma arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur[48, 114, 118]. Çalışmamızda hastaların CD4 sayıları ve HIV RNA değerleri ile zeka düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sonuçlarımız ile yazın bilgisi arasındaki farklılık çalışmamızdaki hastaların sayısal olarak azlığı ve çoğunluğunun klinik olarak stabil seyretmelerine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Genel popülasyonda bilişsel geriliği olan çocukların psikopatoloji oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir[119-121]. Bu ilişki, bilişsel durumun stresli yaşam olayları karşısında çocuğun dayanıklılığı ve kırılganlığını belirleyici etkisine ve de bilişsel geriliğin sosyal dezavantajlarına bağlı olabilir[122, 123]. Aynı zamanda bilişsel bozukluğa neden olan biyolojik durumun kendisi de psikopatoloji gelişimine neden oluyor olabilir. Bu bilgiler ışığında çalışmamızda hastaların zeka düzeyleri ile psikopatolojileri arasındaki ilişki araştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgumuzun yazın ile uyumlu olmaması hasta sayısının azlığına bağlı olabilir. Yine bu çocukların hem kronik hastalıkları hem de bilişsel zorluklarından ötürü aile ve öğretmenlerinin daha koruyucu tutum ve davranışları da psikopatoloji gelişimine karşı koruyucu olmuş olabilir.

HIV(+) toplam 24 çocuktan 1'inin (%4,2), astım hastası toplam 22 çocuktan 5'inin daha önce çocuk ruh sağlığı bölümüne başvurularının olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında çocuk ruh sağlığı bölümüne başvuru öyküsü açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte HIV (+) olan hasta grubunda sadece 1 hastanın çalışma öncesinde psikiyatrik muayene ve takibinin olması dikkat çekicidir. Buna ek olarak çalışmamızda HIV (+) hasta grubunda hiçbir hastanın psikiyatrik ilaç kullanmadığı görülmüştür. Dünya genelinde yapılan bazı çalışmalarda psikiyatrik ilaç kullanım oranlarının %18 ve %45 gibi yüksek oranlarda olduğu ve en çok kullanılan ilaçların da antidepresan ve stimülan ilaç grubu olduğu belirtilmiştir[124, 125]. Yazın ile karşılaştırıldığında psikiyatrik takibin örneklemimizde oldukça düşük

olduğu görülmüştür. Halbuki HIV hastalarının tanı anında genel psikiyatrik muayene çerçevesinde değerlendirilmesi önerilmektedir[126]. Amerikan Psikiyatri Derneği, nöropsikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisinin yapılması, hastaların karşılaşılabileceği zorluklar karşısında başetme becerilerinin geliştirilmesi ve ailelere uygun tutum ve davranış eğitimlerinin verilmesi açısından HIV pozitif hastaların psikiyatrik takiplerinin düzenli yapılmasını önermektedir[28].

Çalışmamızda HIV hastalarının psikiyatriye başvuru oranlarının düşük olması bu özel hasta grubunun psikiyatrik değerlendirmesinin öneminin yeterince bilinmemesi, multidisipliner yaklaşımda çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümünün yeterince sürece dahil edilmemesi, ailelerin ihmali, damgalanma endişesi ve birçok şehirde çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanına erişimin kısıtlı olması gibi nedenlere bağlı olabilir.

WHO ve Amerikan Pediatri Derneği net bir zaman belirtmemekle birlikte hastalık durumunun çocuklara söylenmesine, yaş, psikososyal gelişim, kültürel ve etnik durum gözönünde bulundurularak karar verilmesini önermektedir[70, 127]. Yapılan bazı çalışmalarda çocuğun hastalığını bilme durumunun olumsuz psikososyal etkisinin olmadığı hatta başetme becerilerinde ve benlik saygısında artış, hastalığa ve tedaviye uyum gibi pozitif etkilerinin olabileceği belirtilmiştir[128-131]. Çalışmamızda 24 HIV(+) çocuğun 15'inin (%62,5) hastalığını bilmediği, 9'unun (%37,5) hastalığını bildiği saptanmıştır. HIV (+) çocukların hastalıklarını bilme durumları ve bu durumun ruhsal sağlığa etkisinin araştırıldığı bir gözden geçirme çalışmasında bu oranın %0-69.2 gibi geniş bir aralıkta olduğu bildirilmiştir. Oranın geniş olması öncelikle yaş olmak üzere, çocukların hastalığı anlayabilecek zihinsel yeterlilik durumu, ailelerin eğitimi ve kendi HIV durumları ile çocukları hakkındaki endişeleri gibi birçok etkene bağlanmıştır. Çocuklara bu durumun açıklanmasındaki en önemli engelin, çocuğun hastalığını başkaları ile paylaşması ve bunun sonucunda toplumsal etiketlenmeye maruz kalarak ruhsal sağlığının olumsuz etkilenmesi endişesi olarak ifade edilmiştir[132]. Bu çalışmada da hastalık bilgisi ile psikopatoloji varlığı arasında ilişki araştırılmış ve hastalığını bilmenin psikopatoloji riskini artırmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda hastalık bilgisinin yaşla ilişkisine bakıldığında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastalığını bilenlerin yaş ortalaması 14,1 iken bilmeyenlerin yaş ortalaması 9,5 olarak saptanmıştır ve bu ortalamalar diğer çalışmalar ile benzer bulunmuştur[133, 134].

Hastalık bilgisinin tedaviye uyumu artırdığını savunan çalışmalar olmakla birlikte tersini savunan çalışmalar da mevcuttur[128-131]. HIV(+) grupta hastalığını bilmeyen 15 çocuktan 2'sinin (%13,3) tedaviye uyumsuzken, hastalığını bilen 9 çocuktan 4'ünün (%44,4) tedaviye uyumsuz olduğu bulunmuştur. Hastalığını bilenlerin tedavi uyumunun daha düşük olduğu görülmekle beraber bilenler ve bilmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu veriyi yazın ile kıyaslamak için hasta sayısının yetersiz olduğu düşünülmüştür.

HIV(+) çocuk ve ergenlerin tedavi uyumu önemli bir klinik sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun altında birçok neden yatabileceği gibi özellikle tedaviye uyumda ani bir değişiklik görüldüğünde, depresyon, anksiyete ve diğer mental sorunlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu hastalarda tedaviye uyumsuzluk viral dirence neden olabileceğinden dolayı tedaviye başlamadan önce özellikle ergenlere ayrıntılı bilgilendirme yapılmalıdır. Tedavi uyumu ve davranış sorunları arasındaki ilişkiyi araştıran 3-17 yaş arası 1134 hastada yapılan bir çalışmada hastaların %86 sının tedaviye uyumlu olduğu görülmüş. Aynı çalışmada bir ya da birden fazla davranım bozukluğu olan çocuklarda tedavi uyumunun anlamlı derecede daha düşük olduğu belirtilmiştir[135]. Orta ve düşük gelirli ülkelerde tedavi uyumunu değerlendiren bir gözden geçirme çalışmasında oranın %20 ile %100 arasında değişmekle birlikte ortalama olarak %75 in üzerinde olduğu vurgulanmıştır[136]. Yüksek gelirli ülkelerdeki tedavi uyumunu değerlendiren bir diğer gözden geçirme çalışmasında da yine oranın %20 ile %100 gibi geniş bir aralıkta olduğu fakat genel ortalama olarak %75 in üzerinde olduğu ifade edilmiştir. Bizim çalışmamızda HIV(+) grupta 18 (%75) hasta tedaviye uyumlu, 6 (%25) hasta uyumsuz olarak saptanmıştır. Bu verinin dünya verileri ile kıyaslandığında benzer olduğu görülmüştür. Çocuklarda tedavi uyumunun tartışıldığı bir makalede uyumun yaş, nörobilişsel durum, tedaviden yorulma ve tedavi reddi, hastalığını bilme, psikososyal durum, ebeveyn özellikleri, sosyoekonomik durum gibi birçok etkene bağlı olabileceği vurgulanmıştır[137]. Çalışmamızda bu etkenlerin hepsi

değerlendirilmemekle birlikte tedaviye uyum ile ilişkili olabileceği bazı parametrelere bakılmıştır. HIV(+) grupta tedavi uyumu ve psikopatoloji arasındaki ilişkiye bakılmış ancak anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır. Yazında çocuklarda, geç ergen ve erişkinlerde psikopatoloji ile tedavi uyumu arasında ilişki olduğunu savunan makaleler olmasına karşın bizim çalışmamızda anlamlı bir ilişki bulunmaması hasta sayısının azlığına bağlanabilir[135, 138, 139]. Tedavi uyumu ile hastaların toplam IQ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir sonuç saptanmamıştır. Tedavi uyumunun çocukların bilişsel fonksiyonları ile ilişkisine bakılan bir çalışmada da erişkin HIV hastalarının aksine çocuklarda bilişsel fonksiyonların tedavi uyumuna etkisinin olmadığı bulunmuştur[140, 141]. Bu durumun özellikle bilişsel geriliği olan çocukların tedavi süreciyle primer olarak ebeveylelerinin ilgileniyor olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle bilişsel geriliği olan çocukların erişkin olduklarında da tedavi uyumlarının sağlanması için sosyal desteklerinin devam etmesi çok önemlidir. Çalışmamızda tedavi uyumu ile hastalığını bilme, tedavi uyumu ile cinsiyet arasındaki ilişki değerlendirilmiş her iki değerlendirme için de anlamlı fark bulunmamıştır. HIV grubunda tedaviye uyumlu hastaların yaş ortalaması 10,5 iken tedaviye uyumsuz hastaların yaş ortalaması 13,9'dur. İstatistiksel olarak ileri yaş ile tedavi uyumunun bozuk olduğu sonucuna varılmıştır. Yazında da yaş ile tedavi uyumu arasında ters ilişki gösteren benzer çalışmalar değerlendirildiğinde bu durum, daha küçük yaşlarda tedavi yönetiminin ailenin elinde olması ve ergenlikle birlikte diğer birçok süreç gibi çocuğun yönetimi ele almak istemesi, kontrol edilmekten hoşlanmaması gibi etkenlere bağlanabilir[131, 142]. HIV (+) çocuklar ve astımlı çocuklar tedavi uyumu açısından kıyaslandığında arada anlamlı fark bulunmamıştır. Yazında tedavi uyumu açısından bu iki hasta grubunun değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte yapılan bir gözden geçirme çalışmasında HIV (+) hastaların ART'ye uyumunun diğer pediatrik hasta tedavi uyumu yazını ile kıyaslandığında suboptimal olduğu belirtilmiştir. Fakat yine aynı çalışmada uygun karşılaştırma grubu ile ve tedavi uyumunun benzer şekilde değerlendirildiği çalışma sayısının yetersiz olduğuna da değinilmiştir[143].

WHO tarafından yaşam kalitesi 'kişinin yaşadığı toplumda ve değerler sisteminde kendi durumunun algısı' olarak tanımlanmıştır[144]. Kronik fiziksel hastalığı olan çocuklarda psikososyal uyumun ve yaşam kalitesinin düşük olduğu

bilinmektedir[145]. Kronik hastalığı olan kişilerde hastanın hastalığı ve tedavi süreci ile ilişkili birçok algısı bu durumu etkileyebilir. Çalışmamızda HIV ve astımlı çocukların yaşam kalitesi ölçeği, ölçek toplam puanı (ÖTP), fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP) ve psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) olmak üzere hesaplanmış olup çocukların doldurduğu ölçeğe göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmasa da HIV (+) grubun astım grubuna göre tüm puan türlerinde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Annelerin doldurduğu yaşam kalitesi ölçeklerinde fiziksel sağlık puanlarında astımlı çocuklar HIV(+) çocuklara göre anlamlı olarak daha düşük puanlar almışlardır. Sebi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada HIV (+) çocuklar ile kistik fibrozis tanısı olan çocukların yaşam kaliteleri karşılaştırılmış ve çocukların doldurduğu ölçeğe göre fiziksel sağlık alanında HIV (+) grubun kistik fibrozisli hasta grubuna göre daha iyi puanlar aldığı sonucuna varılmıştır. Yine aynı çalışmada ailelerin doldurduğu ölçeğe göre HIV (+) hasta grubunun kistik fibrozisli çocuklara göre hem toplamda hem psikososyal ve fiziksel alanda daha iyi puanlar aldığı görülmüştür[145]. Byrne ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada HIV (+) çocukların puanları toplum normalleri ile kıyaslanmış ve bu çocukların yaşam kalitesini birçok alanda sağlıklı çocuklar ile benzer puanlar aldıkları görülmüştür[146]. Çalışmamızda HIV (+) hasta grubunun puanlarının astımlı hasta grubu ile benzer bulunması hatta HIV grubunun astımlı hasta grubuna kıyasla fiziksel sağlık puanında daha iyi puanlar alması bu çalışmalarını destekler niteliktedir. Bu durum örneklemimizdeki HIV (+) hasta grubunun çoğunluğunun tedavi altında ve klinik olarak stabil olmasına bağlı olarak hastalıkla ilişkili fiziksel zorluklarının olmaması ile açıklanabilir. Aynı zamanda hastaların bir kısmının tanılarını bilmemesi de hastalığın psikososyal etkileri açısından koruyucu olmuş olabilir.

Kronik hastalığı olan çocuklar ile yapılan çalışmalarda nörolojik belirtili hastalığı olan çocukların diğer kronik hastalığa sahip çocuklara göre psikolojik bozulmalarının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur[147, 148]. Hysing ve arkadaşları nörolojik hastalığı olan bir grup hasta ile astımlı ve sağlıklı kontroller üzerinde Güçler Güçlükler Anketi uygulamış ve kronik hastalığı olan hastaların sağlıklı çocuklara göre daha yüksek puan aldıklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada nörolojik hastalığı olan hastaların astımlı ve diğer kronik hastalığı olan çocuklara göre de daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır[149].

Çalışmamızda da nörolojik tutulum gösterebilen HIV(+) çocuklar ile astımlı çocukların GGA puanları karşılaştırılmıştır. HIV(+) ve astımlı çocukların hem kendilerinin hem de ailelerinin doldurdıkları Güçler Güçlükler Anketinin tüm alanlarında aldıkları ortalama puanlarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Anketin toplam ve alt gruplarına bakıldığında her iki grubun da puan ortalamalarının normal sınırlarda olduğu görülmüştür. HIV (+) hasta grubunun başka bir kronik hastalık olan astımla karşılaştırıldığında sonuçların benzer bulunması, HIV (+) hasta grubunda belirgin nörolojik bulgusu olan hastaların görece az olması, ensefalit öyküsü olan sadece 2 hastanın olmasına bağlı olabilir.

Benlik saygısı kişinin kendilik değeri ve kendisiyle ilgili duygusal algı ve değerlendirmesini ifade eder[150]. Yani bireyin kendisini nasıl algıladığı ile olmak istediği benliği arasındaki farktır. Bu süreçte bireyin bu farkı nasıl değerlendirdiği ve bu farkın onu duygusal açıdan nasıl etkilediği önemlidir. Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde benlik saygısının daha düşük olduğu gösterilmiştir[151, 152]. Çalışmamızda kullandığımız Rosenberg Benlik Saygısı alt ölçeğinde 0-1 puan alanların 'yüksek', 2-4 puan alanların 'orta', 5-6 puan alanların ise 'düşük' benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir. HIV grubunda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanı ortalama 2,42, astım grubunda 2,13 puan olup her iki grubun da orta düzey benlik saygısına sahip oldukları ve gruplar arasında istatistiksel olarak farkın olmadığı bulunmuştur. HIV (+) hastalarda özellikle sosyal damgalanmanın kişilerin benlik saygılarında düşmeye neden olabileceği bilinmektedir. Çalışmamızda hastaların çoğunun hem kendisinin hem de sosyal çevresinin hastalık bilgisine sahip olmaması, bu hastaları damgalanmadan ve damgalanmanın benlik saygısı üzerindeki olumsuz etkisinden korumuş olabilir. Yine bu hastaların kronik hastalığa bağlı fiziksel görünümünde bozulmanın olmaması da diğer birçok kronik hastalığa göre daha az etkilenmelerine neden olmuş olabilir. Ayrıca kronik ve ağır bir hastalığı olan çocuklarda, hem aile hem öğretmenlerin okulla ilgili beklentileri azalmakta, ailelerin çocuklara olumsuz eleştirilerde bulunmaktan ve çeşitli sorumlulukları vermekten kaçındığı bilinmektedir. Nörobilişsel geriliğe ve ders başarısının düşük olmasına rağmen bu çocukların benlik saygısının ciddi etkilenmemesinin bu durumla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

5.1.Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın çeşitli açılardan güçlü yanları bulunmaktadır. Araştırma grubunun verilerinin yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilerek oluşturulmuş bir diğer kronik hastalık olan astım ile karşılaştırılması çalışmamızın güçlü yanlarından. Hastaların psikopatolojilerinin belirlenmesinde hastalar ile yarı yapılandırılmış klinik görüşmenin yapılmış olması, bilişsel değerlendirmeleri için güncel bir test olan WISC-IV'ün kullanılmış olması ve hastaların Ankara ve İstanbul'daki HIV(+) çocukların takip edildiği iki ana merkezden çalışmaya dahil edilmesi güçlü yanlarından.

Yazında HIV ve astım tanılı çocukların psikopatolojilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamış olması, çalışmamızı özgün kılan bir diğer güçlü yandır.

Çalışmamızda araştırma ve kontrol gruplarının zeka düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bilişsel işlevlerdeki bu fark özellikle psikopatoloji üzerine olabilecek etkisinden dolayı regresyon analizi ile kontrol edilmiştir. Zeka kontrol edilerek yapılan analizlerde de her iki grup arasında psikopatoloji oranlarında anlamlı bir fark saptanmaması çalışmamızın güçlü yanlarından.

Çalışmanın en önemli kısıtlılığı örneklem grubunun küçük olmasıdır. Özellikle araştırma grubundaki çocuklarda, psikopatoloji gelişimi üzerinde etkili olabileceği düşünülen bazı klinik değişkenlerin araştırılması sırasında gruplara düşen denek sayısının az olması, çalışma sonuçlarının genellenebilirliğini azaltmaktadır.

Pediyatrik HIV enfeksiyonu için ideal kontrol grubunu seçmek hastalığın klinik seyri, tedavisi, sosyokültürel çevre, yaş aralığı, ebeveyn sağlığı, aile dinamikleri gibi birçok etmeni eşitlemeyi gerektirdiği için oldukça zor görünmektedir. Diğer birçok kronik hastalıktan farklı olarak HIV damgalanma durumu ve benzer psikososyal süreçlerle aynı zamanda ebeveynlerin de yüzleşmesi ideal kontrol grubu karşılaştırmasına engel olmaktadır.

Çocuklar üzerinde etkisi düşünülen anne ve babanın psikiyatrik durumunun objektif olarak değerlendirilmemesi bir diğer kısıtlılıktır. Bu çalışmada

damgalanmanın çocuklar üzerinde etkisinin araştırılmamış olması da çalışmanın eksiklerindedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, HIV(+) çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri incelenmiş, psikopatolojileri saptanmış ve bilişsel değerlendirilmeleri yapılmıştır. Bulgular astım tanısı almış çocuk ve ergen kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve araştırma grubunda psikopatoloji gelişimi ile nörobilişsel gelişim üzerinde etkili olabileceği düşünülen bazı değişkenler incelenmiştir.

Bu çalışmada DSM-IV ölçütlerine göre, hastalar en az bir psikiyatrik tanı alma oranı açısından değerlendirildiğinde HIV(+) grupta astım grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte her iki grubun da topluma göre yüksek psikopatoloji oranlarına sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuçlar bize HIV (+) çocukların, virüsün merkezi sinir sistemi üzerinde primer etkisinden bağımsız olarak da psikopatoloji açısından yüksek risk altında olduklarını göstermektedir. Buna neden olabilecek potansiyel çevresel etkenler ve risklerin tanımlanması etiyolojiyi aydınlatmak ve çözmek açısından önem taşımaktadır.

Psikiyatrik tanıları ayrı ayrı değerlendirildiğinde de yine iki grup arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte HIV (+) çocuklarda DEHB tanısının oldukça yüksek oranda olduğu ve HIV'in astıma göre DEHB riskini yaklaşık 4 kat artırdığı görülmüştür. HIV'in moleküler ve nöronal etkilerinin daha iyi açıklanması HIV'in DEHB ile ilişkisini daha iyi aydınlatılabilir.

HIV(+) hasta grubunda yaş, cinsiyet, CD4 ve RNA sayıları, hastalık bilgisi, tedavi uyumu, anne ve babanın psikiyatrik tanı varlığı gibi etkenlerin çocukların psikopatolojileri ile ilişkisi araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu etkenlerin daha geniş popülasyonda ve daha ayrıntılı değerlendirmelerle psikopatoloji ile ilişkisinin araştırılması konuya ışık tutacaktır.

HIV (+) çocukların bilişsel değerlendirmelerinde hem astım grubuna göre hem de toplum ortalamalarına göre gerilik saptanmıştır. Bu hastaların nörobilişsel durumlarının bilinmesi, onların yaşam kaliteleri, eğitim gereksinimleri, meslek seçimi, tedaviye uyum, riskli davranışların engellenmesi ve aile ilişkileri gibi birçok alanda destek verilmesine olanak sağlar. Bu değerlendirmenin tanı anında yapılması hastalığın nörobilişsel etkilerinin takip edilmesi ve gerekli desteğin sağlanması

açısından çok önemlidir. Ayrıca bu hastaların takiplerinde nörogörüntüleme tekniklerinin de araştırmalara objektif veri sağlaması açısından ve patofizyolojinin aydınlatılması açısından katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

Bu araştırmada HIV (+) çocukların oldukça yüksek oranda psikopatolojiye sahip olmalarına rağmen çocuk psikiyatrisi merkezlerine başvuru oranlarının çok düşük olduğu görölmüştür. Bu hastaları değerlendiren ya da izleyen hekimlerin multidisipliner yaklaşım çerçevesinde hastaları değerlendirip tanı anında psikiyatrik yakınmanın olup olmamasına bakılmaksızın tüm çocukları psikiyatrik muayene için ilgili hekime yönlendirmesi önerilir.

Çalışmamızda hastalık bilgisi ile psikopatoloji varlığı arasında ilişki araştırılmış ve hastalığını bilmenin psikopatoloji riskini artırmadığı görölmüştür. HIV(+) çocuklara yaş, psikososyal gelişim, kültürel ve etnik durumları göz önünde bulundurularak belirlenecek uygun zamanda hastalık bilgisinin verilmesi uygun olacaktır.

Çalışmamızda tedavi uyumu ile psikopatoloji ve bilişsel fonksiyonlar arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yine de özellikle tedaviye uyumda ani bir değerşiklik göröldüğünde, depresyon, anksiyete ve diğer mental sorunlar göz önünde bulundurulmalıdır. İncelenen etkenler arasında sadece yaşla birlikte tedavi uyumun azaldığı görölmüştür. Bu hastalarda tedaviye uyumsuzluk viral dirence neden olabileceğinden dolayı tedaviye başlamadan önce özellikle ergenlere ayrıntılı bilgilendirme yapılmalıdır.

Etkin antiretroviral tedavilerle birlikte kronik bir hastalık haline gelen HIV'in psikososyal ve nörogelişimsel etkilerinin gelecek prospektif araştırmalarla daha iyi aydınlatılması gerekli önlemlerin alınması ve desteklerin sağlanması açısından ölkemiz ve tüm dünyadaki HIV(+) çocuklar için oldukça önem arz etmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_en.pdf. 2015.
2. Prof.Dr. Serhat Ünal, *Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara 2016, s. 10.*
3. Adler, M.W., *ABC of Aids: Development of the epidemic*. BMJ: British Medical Journal, 2001. **322**(7296): p. 1226.
4. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf.
5. Prof. Dr. Serhat Ünal, *Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara 2016, s.14.*
6. Altfeld, M., et al., *HIV 2012/2013. Hoffman C, Rockstroh JK, editors. Hamburg. 2012, Germany: Medizin Fokus Verlag.*
7. Hoffmann, C. and J.R. *HIV, Medizin Fokus Verlag. Hamburg, 2011. 2011: p. 461-469.*
8. Ayşe Wilke Topçu, *Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi Cilt2, Nobel Tıp Kitabevi, 2008, s.1845.*
9. Rubbert, A., G. Behrens, and M. Ostrowski, *Pathogenesis of HIV-1 infection. HIV medicine, 2007. 3: p. 59-63.*
10. Hoffmann, C., B.S. Kamps, and J. Rockstroh, *HIV. net 2008. 2008: Steinhäuser Verlag.*
11. Markowitz, M., et al., *A novel antiviral intervention results in more accurate assessment of human immunodeficiency virus type 1 replication dynamics and T-cell decay in vivo. Journal of virology, 2003. 77(8): p. 5037-5038.*
12. *1986-2013 Tarihleri Arasında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi Tarafından Takip Edilmiş HIV/ AIDS Olgularının İncelenmesi* 2013: p. 16.
13. Bailey, J., et al., *Mechanisms of HIV-1 escape from immune responses and antiretroviral drugs. Current opinion in immunology, 2004. 16(4): p. 470-476.*
14. Ayşe Wilke Topçu, *Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi Cilt2, Nobel Tıp Kitabevi, 2008, s.1850.*
15. Torre, D., F. Speranza, and R. Martegani, *Impact of highly active antiretroviral therapy on organ-specific manifestations of HIV-1 infection. HIV medicine, 2005. 6(2): p. 66-78.*
16. Neuenburg, J.K., et al., *HIV-related neuropathology, 1985 to 1999: rising prevalence of HIV encephalopathy in the era of highly active antiretroviral therapy. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999), 2002. 31(2): p. 171-177.*
17. Masliah, E., et al., *Changes in pathological findings at autopsy in AIDS cases for the last 15 years. Aids, 2000. 14(1): p. 69-74.*
18. *1986-2013 Tarihleri Arasında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi Tarafından Takip Edilmiş HIV/ AIDS Olgularının İncelenmesi* 2013: p. 18.
19. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>.

20. Yılmaz, G., *Diagnosis of HIV infection and laboratory monitoring of its therapy*. Journal of clinical virology, 2001. **21**(3): p. 187-196.
21. <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/klinik.shtml>.
22. Prof. Dr. Serhat Ünal, *Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara 2016, s.233*.
23. De Cock, K.M., et al., *Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice*. Jama, 2000. **283**(9): p. 1175-1182.
24. Organization, W.H., *PMTCT strategic vision 2010-2015: preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals*. PMTCT strategic vision 2010-2015: preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals., 2010.
25. Prof. Dr. Serhat Ünal, *Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara 2016, s.212*.
26. Force, U.P.H.S.T., *Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States*. National Institutes of Health, Bethesda, MD: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf>, 2013.
27. Johnson, R.L., et al., *The utilization of treatment and case management services by HIV-infected youth*. Journal of Adolescent Health, 2003. **33**(2): p. 31-38.
28. Mcdaniel, J.S., J. Chung, and L. Brown, *Practice guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS*. Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health, 2002. **2002**(1): p. 294-295.
29. van Luenen, S., et al., *The Benefits of Psychosocial Interventions for Mental Health in People Living with HIV: A Systematic Review and Meta-analysis*. AIDS and Behavior, 2017: p. 1-34.
30. Pence, B.W., et al., *Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the Southeastern United States*. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2006. **42**(3): p. 298-306.
31. Gaughan, D.M., et al., *Psychiatric hospitalizations among children and youths with human immunodeficiency virus infection*. Pediatrics, 2004. **113**(6): p. e544-e551.
32. Martinez, J., S.G. Hosek, and R.A. Carleton, *Screening and assessing violence and mental health disorders in a cohort of inner city HIV-positive youth between 1998–2006*. AIDS patient care and STDs, 2009. **23**(6): p. 469-475.
33. Mellins, C.A., et al., *Psychiatric disorders in youth with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection*. The Pediatric infectious disease journal, 2006. **25**(5): p. 432-437.
34. Kapetanovic, S., et al., *Associations of medically documented psychiatric diagnoses and risky health behaviors in highly active antiretroviral therapy-experienced perinatally HIV-infected youth*. AIDS patient care and STDs, 2011. **25**(8): p. 493-501.

35. Gadow, K.D., et al., *Longitudinal study of emerging mental health concerns in youth perinatally infected with HIV and peer comparisons*. Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP, 2012. **33**(6): p. 456.
36. Nachman, S., et al., *Human immunodeficiency virus disease severity, psychiatric symptoms, and functional outcomes in perinatally infected youth*. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 2012. **166**(6): p. 528-535.
37. Williams, P.L., et al., *Substance use and its association with psychiatric symptoms in perinatally HIV-infected and HIV-affected adolescents*. AIDS and Behavior, 2010. **14**(5): p. 1072-1082.
38. Ellen, S.R., et al., *Secondary mania in patients with HIV infection*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 1999. **33**(3): p. 353-360.
39. Harris, M.J., et al., *New-onset psychosis in HIV-infected patients*. The Journal of clinical psychiatry, 1991.
40. Brown, L.K., et al., *Adolescents with psychiatric disorders and the risk of HIV*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. **36**(11): p. 1609-1617.
41. Baker, S.E., L.N. Niec, and J. Meade, *A comparison of friendship quality and social functioning among children with perinatally acquired HIV, children with persistent asthma, and healthy children of HIV-positive mothers*. Journal of pediatric psychology, 2012. **37**(5): p. 580-590.
42. Misdrahi, D., et al., *DSM-IV mental disorders and neurological complications in children and adolescents with human immunodeficiency virus type 1 infection (HIV-1)*. European Psychiatry, 2004. **19**(3): p. 182-184.
43. Moss, H.A., et al., *The development of a Q-sort behavioral rating procedure for pediatric HIV patients*. Journal of pediatric psychology, 1994. **19**(1): p. 27-46.
44. Rao, R., et al., *Psychiatric morbidity in HIV-infected children*. AIDS care, 2007. **19**(6): p. 828-833.
45. Steinberg, L., *Cognitive and affective development in adolescence*. Trends in cognitive sciences, 2005. **9**(2): p. 69-74.
46. An, S.F., et al., *Early entry and widespread cellular involvement of HIV-1 DNA in brains of HIV-1 positive asymptomatic individuals*. Journal of neuropathology and experimental neurology, 1999. **58**(11): p. 1156-1162.
47. Puthanakit, T., et al., *Poor cognitive functioning of school-aged children in Thailand with perinatally acquired HIV infection taking antiretroviral therapy*. AIDS patient care and STDs, 2010. **24**(3): p. 141-146.
48. Ruel, T.D., et al., *Neurocognitive and motor deficits in HIV-infected Ugandan children with high CD4 cell counts*. Clinical Infectious Diseases, 2012. **54**(7): p. 1001-1009.
49. Hoare, J., *A diffusion tensor imaging and neurocognitive study of ART-naïve and ART-treated children in Cape Town*. 2015, University of Cape Town.
50. Chase, C., et al., *Early neurodevelopmental growth in children with vertically transmitted human immunodeficiency virus infection*. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 1995. **149**(8): p. 850-855.
51. Koekkoek, S., et al., *Neurocognitive function profile in HIV-infected school-age children*. European Journal of Paediatric Neurology, 2008. **12**(4): p. 290-297.

52. Hoare, J., et al., *A diffusion tensor imaging and neurocognitive study of HIV-positive children who are HAART-naïve “slow progressors”*. Journal of neurovirology, 2012. **18**(3): p. 205-212.
53. Cogo, P., et al., *Neurologic signs in young children with human immunodeficiency virus infection*. Pediatric Infectious Disease Journal, 1990. **9**(6): p. 402-406.
54. Lobato, M.N., et al., *Encephalopathy in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection*. The Journal of pediatrics, 1995. **126**(5): p. 710-715.
55. Chase, C., et al., *Early cognitive and motor development among infants born to women infected with human immunodeficiency virus*. Pediatrics, 2000. **106**(2): p. e25-e25.
56. McArthur, J.C., et al., *Dementia in AIDS patients incidence and risk factors*. Neurology, 1993. **43**(11): p. 2245-2245.
57. Antinori, A., et al., *Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders*. Neurology, 2007. **69**(18): p. 1789-1799.
58. McArthur, J.C., et al., *Human immunodeficiency virus-associated neurocognitive disorders: mind the gap*. Annals of neurology, 2010. **67**(6): p. 699-714.
59. McCombe, J., et al., *Predictors of symptomatic HIV-associated neurocognitive disorders in universal health care*. HIV medicine, 2013. **14**(2): p. 99-107.
60. Bennett, J.E., R. Dolin, and M.J. Blaser, *Principles and practice of infectious diseases*. 2014: Elsevier Health Sciences. 1576.
61. Heaton, R.K., et al., *Neurocognitive change in the era of HIV combination antiretroviral therapy: the longitudinal CHARTER study*. Clinical Infectious Diseases, 2014. **60**(3): p. 473-480.
62. Sacktor, N., et al., *Prevalence of HIV-associated neurocognitive disorders in the Multicenter AIDS Cohort Study*. Neurology, 2016. **86**(4): p. 334-340.
63. Smith, T., et al., *Human immunodeficiency virus (HIV) leukoencephalopathy and the microcirculation*. Journal of neuropathology and experimental neurology, 1990. **49**(4): p. 357-370.
64. Everall, I., et al., *Cortical synaptic density is reduced in mild to moderate human immunodeficiency virus neurocognitive disorder*. Brain Pathology, 1999. **9**(2): p. 209-217.
65. Spudich, S., et al., *Central nervous system immune activation characterizes primary human immunodeficiency virus 1 infection even in participants with minimal cerebrospinal fluid viral burden*. Journal of Infectious Diseases, 2011. **204**(5): p. 753-760.
66. Wolters, P.L., et al., *Differential receptive and expressive language functioning of children with symptomatic HIV disease and relation to CT scan brain abnormalities*. Pediatrics, 1995. **95**(1): p. 112-119.
67. James, A.N. and M. Ittyerah, *An assessment of WISC-IIIUK on children with HIV infection*. Journal of health psychology, 2016. **21**(10): p. 2386-2397.
68. Willen, E.J., *Neurocognitive outcomes in pediatric HIV*. Developmental Disabilities Research Reviews, 2006. **12**(3): p. 223-228.

69. Wiener, L.S. and H.B. Battles, *Untangling the web: a close look at diagnosis disclosure among HIV-infected adolescents*. Journal of Adolescent Health, 2006. **38**(3): p. 307-309.
70. Organization, W.H., *Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age*. 2011.
71. Kumar, Vinay, Abul K. Abbas, and Jon C. Aster. *Robbins Basic Pathology Book*. Elsevier Health Sciences, 2008, p. 489.
72. Masoli, M., et al., *The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report*. Allergy, 2004. **59**(5): p. 469-478.
73. GE, Ç., *Astım epidemiyolojisi ve risk faktörleri*. Astım tanım ve tedavi, 2004. **1**: p. 9-37.
74. Buss, W., R. Lemanski, and N. Asthma, *Engl. J Med*, 2001. **344**: p. 350-362.
75. www.nhlbi.nih.gov.
76. https://www.uptodate.com/contents/an-overview-of-asthma-management?source=search_result&search=asthma%20treatment&selectedTitle=1~150.
77. Beasley, R., *The Global Burden of Asthma Report, Global Initiative for Asthma (GINA)*. 2004. Rezhim dostupa: <http://www.ginasthma.org>, 2015.
78. DERNEĞİ, T.T., *ASTİM*. Official Journal of the Turkish Thoracic Society, 2016. **17**.
79. Feldman, J.M., et al., *Psychiatric disorders and asthma outcomes among high-risk inner-city patients*. Psychosomatic medicine, 2005. **67**(6): p. 989-996.
80. Katon, W., et al., *The prevalence of DSM-IV anxiety and depressive disorders in youth with asthma compared with controls*. Journal of Adolescent Health, 2007. **41**(5): p. 455-463.
81. Amelink, M., et al., *Anxiety, depression and personality traits in severe, prednisone-dependent asthma*. Respiratory medicine, 2014. **108**(3): p. 438-444.
82. Patten, S.B. and C.I. Neutel, *Corticosteroid-induced adverse psychiatric effects*. Drug safety, 2000. **22**(2): p. 111-122.
83. Liesker, J.J., et al., *Cognitive performance in patients with COPD*. Respiratory medicine, 2004. **98**(4): p. 351-356.
84. Zhou, G., et al., *Association of chronic obstructive pulmonary disease with cognitive decline in very elderly men*. Dementia and geriatric cognitive disorders extra, 2012. **2**(1): p. 219-228.
85. Gutstadt, L.B., et al., *Determinants of school performance in children with chronic asthma*. American Journal of Diseases of Children, 1989. **143**(4): p. 471-475.
86. Daramola, O., O. Ayoola, and A. Ogunbiyi, *The comparison of intelligence quotients of atopic and nonatopic children in Ibadan, Nigeria*. Indian journal of dermatology, 2010. **55**(3): p. 221.
87. Ghaffari, J., A. Abbaskhanian, and M. Jalili, *IQ scores of children with moderate asthma: a comparison with healthy children*. Oman medical journal, 2014. **29**(1): p. 71.
88. Annett, R.D., et al., *Neurocognitive functioning in children with mild and moderate asthma in the Childhood Asthma Management Program*. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2000. **105**(4): p. 717-724.

89. Kaufman, J., et al., *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. **36**(7): p. 980-988.
90. Gökler, B., et al., *Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2004.
91. Chen, H.-Y., et al., *What Does the WISC-IV Measure?-Validation of the Scoring and CHC-based Interpretative Approaches*. 教育科學研究期刊, 2009. **54**(3): p. 85-108.
92. Kovacs, M., *Rating scales to assess depression in school-aged children*. Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry, 1981.
93. Öy, B., *Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Türk Psikiyatri Dergisi, 1991. **2**(2): p. 132-136.
94. Varni, J.W., M. Seid, and C.A. Rode, *The PedsQL™: measurement model for the pediatric quality of life inventory*. Medical care, 1999. **37**(2): p. 126-139.
95. Memik, N., et al., *Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007. **18**(4): p. 353-363.
96. Goodman, R., H. Meltzer, and V. Bailey, *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version*. European child & adolescent psychiatry, 1998. **7**(3): p. 125-130.
97. Güvenir, T., et al., *Psychometric properties of the Turkish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 2008. **15**(2): p. 65-74.
98. Testi, O.N.B.L., *Icinde: Turkiye'de kullanılan psikolojik testler: Bir basvuru kaynagi*. Istanbul: Bogazici Universitesi matbaasi, 1994: p. 161-2.
99. Vila, G., et al., *Prevalence of DSM IV anxiety and affective disorders in a pediatric population of asthmatic children and adolescents*. Journal of affective disorders, 2000. **58**(3): p. 223-231.
100. Rockhill, C.M., et al., *Agreement between parents and children regarding anxiety and depression diagnoses in children with asthma*. The Journal of nervous and mental disease, 2007. **195**(11): p. 897-904.
101. Ross, C.J., T.M. Davis, and D. Hogg, *Screening and assessing adolescent asthmatics for anxiety disorders*. Clinical nursing research, 2007. **16**(1): p. 5-24.
102. TÜRKOĞLU, S. and E. KERİMOĞLU, *Bronşial Astması Olan Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluk ve Belirtiler*. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 2012. **49**(3).
103. Gadow, K.D., et al., *Co-occurring psychiatric symptoms in children perinatally infected with HIV and peer comparison sample*. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 2010. **31**(2): p. 116.
104. Mellins, C.A., et al., *High rates of behavioral problems in perinatally HIV-infected children are not linked to HIV disease*. Pediatrics, 2003. **111**(2): p. 384-393.

105. Malee, K.M., et al., *Mental health functioning among children and adolescents with perinatal HIV infection and perinatal HIV exposure*. AIDS care, 2011. **23**(12): p. 1533-1544.
106. Mellins, C.A. and K.M. Malee, *Understanding the mental health of youth living with perinatal HIV infection: lessons learned and current challenges*. Journal of the International AIDS Society, 2013. **16**(1).
107. Stiffman, A.R., et al., *The influence of mental health problems on AIDS-related risk behaviors in young adults*. The Journal of nervous and mental disease, 1992. **180**(5): p. 314-320.
108. Moss, H., et al., *A preliminary study of factors associated with psychological adjustment and disease course in school-age children infected with the human immunodeficiency virus*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 1998. **19**(1): p. 18-25.
109. Mellins, C.A., et al., *Rates and types of psychiatric disorders in perinatally human immunodeficiency virus-infected youth and seroreverters*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2009. **50**(9): p. 1131-1138.
110. Lewinsohn, P.M., et al., *Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents*. Journal of abnormal psychology, 1998. **107**(1): p. 109.
111. Ohannessian, C.M., et al., *The relationship between parental psychopathology and adolescent psychopathology: An examination of gender patterns*. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 2005. **13**(2): p. 67-76.
112. Bijl, R.V., P. Cuijpers, and F. Smit, *Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2002. **37**(1): p. 7-12.
113. Öç, Ö.Y., et al., *Anne-babalarında ruhsal bozukluk olan çocukların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi*. Klinik Psikiyatri, 2006. **9**(1): p. 123-30.
114. Smith, R., et al., *Impact of human immunodeficiency virus severity on cognitive and adaptive functioning during childhood and adolescence*. The Pediatric infectious disease journal, 2012. **31**(6).
115. Nozyce, M.L., et al., *A behavioral and cognitive profile of clinically stable HIV-infected children*. Pediatrics, 2006. **117**(3): p. 763-770.
116. Chiriboga, C.A., et al., *Incidence and prevalence of HIV encephalopathy in children with HIV infection receiving highly active anti-retroviral therapy (HAART)*. The Journal of pediatrics, 2005. **146**(3): p. 402-407.
117. Laughton, B., et al., *Neurodevelopment in perinatally HIV-infected children: a concern for adolescence*. Journal of the International AIDS Society, 2013. **16**(1).
118. Martin, S.C., et al., *Cognitive functioning in school-aged children with vertically acquired HIV infection being treated with highly active antiretroviral therapy (HAART)*. Developmental neuropsychology, 2006. **30**(2): p. 633-657.
119. Baker, B.L., et al., *Pre-school children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time*. Journal of Intellectual Disability Research, 2003. **47**(4-5): p. 217-230.

120. Dykens, E.M., *Annotation: Psychopathology in children with intellectual disability*. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 2000. **41**(4): p. 407-417.
121. Emerson, E. and C. Hatton, *Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain*. The British Journal of Psychiatry, 2007. **191**(6): p. 493-499.
122. Luthar, S.S. and L.B. Zelazo, *Research on resilience: An integrative review. Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 2003. **2**: p. 510-549.
123. Bradley, R.H. and R.F. Corwyn, *Socioeconomic status and child development*. Annual review of psychology, 2002. **53**(1): p. 371-399.
124. Wiener, L., et al., *Psychotropic medication use in human immunodeficiency virus-infected youth receiving treatment at a single institution*. Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology, 2006. **16**(6): p. 747-753.
125. Chernoff, M., et al., *Mental health treatment patterns in perinatally HIV-infected youth and controls*. Pediatrics, 2009. **124**(2): p. 627-636.
126. <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/36/baseline-evaluation>.
127. Brown, S.D., et al., *Disclosure of Illness Status to Children and Adolescents With HIV Infection*. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatrics AIDS.
128. Bachanas, P.J., et al., *Predictors of psychological adjustment in school-age children infected with HIV*. Journal of pediatric psychology, 2001. **26**(6): p. 343-352.
129. Blasini, I., et al., *Disclosure model for pediatric patients living with HIV in Puerto Rico: design, implementation, and evaluation*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 2004. **25**(3): p. 181-189.
130. Ferris, M., et al., *The influence of disclosure of HIV diagnosis on time to disease progression in a cohort of Romanian children and teens*. AIDS care, 2007. **19**(9): p. 1088-1094.
131. Mellins, C.A., et al., *The role of psychosocial and family factors in adherence to antiretroviral treatment in human immunodeficiency virus-infected children*. The Pediatric infectious disease journal, 2004. **23**(11): p. 1035-1041.
132. Vreeman, R.C., et al., *Disclosure of HIV status to children in resource-limited settings: a systematic review*. Journal of the International AIDS Society, 2013. **16**(1).
133. Biadgilign, S., et al., *Factors associated with HIV/AIDS diagnostic disclosure to HIV infected children receiving HAART: a multi-center study in Addis Ababa, Ethiopia*. PloS one, 2011. **6**(3): p. e17572.
134. Feinstein, L., et al. *EFFECT OF DISCLOSURE OF HIV STATUS TO CHILDREN RECEIVING ART ON SIX-MONTH VIROLOGIC SUPPRESSION*. in *American Journal of Epidemiology*. 2010. OXFORD UNIV PRESS INC JOURNALS DEPT, 2001 EVANS RD, CARY, NC 27513 USA.
135. Malee, K., et al., *Medication adherence in children and adolescents with HIV infection: associations with behavioral impairment*. AIDS patient care and STDs, 2011. **25**(3): p. 191-200.

136. Vreeman, R.C., et al., *A systematic review of pediatric adherence to antiretroviral therapy in low-and middle-income countries*. The Pediatric infectious disease journal, 2008. **27**(8): p. 686-691.
137. Steele, R.G., T.D. Nelson, and B.P. Cole, *Psychosocial functioning of children with AIDS and HIV infection: review of the literature from a socioecological framework*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 2007. **28**(1): p. 58-69.
138. Catz, S.L., et al., *Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease*. Health Psychology, 2000. **19**(2): p. 124.
139. Williams, P.L., et al., *Predictors of adherence to antiretroviral medications in children and adolescents with HIV infection*. Pediatrics, 2006. **118**(6): p. e1745-e1757.
140. Malee, K., et al., *The role of cognitive functioning in medication adherence of children and adolescents with HIV infection*. Journal of pediatric psychology, 2008. **34**(2): p. 164-175.
141. Hinkin, C.H., et al., *Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse*. AIDS (London, England), 2004. **18**(Suppl 1): p. S19.
142. Elise, A., et al., *Assessment of adherence to highly active antiretroviral therapy in a cohort of African HIV-infected children in Abidjan, Cote d'Ivoire*. J aids Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2005. **40**(4): p. 498-500.
143. Steele, R.G. and D. Grauer, *Adherence to antiretroviral therapy for pediatric HIV infection: review of the literature and recommendations for research*. Clinical child and family psychology review, 2003. **6**(1): p. 17-30.
144. Group, W., *The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)*, in *Quality of life assessment: International perspectives*. 1994, Springer. p. 41-57.
145. Das, S., et al., *Quality of life and psychosocial functioning of HIV infected children*. Indian journal of pediatrics, 2010. **77**(6): p. 633-637.
146. Byrne, M.W. and J. Honig, *Health-related quality of life of HIV-infected children on complex antiretroviral therapy at home*. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 2006. **17**(2): p. 27-35.
147. Rodenburg, R., et al., *Psychopathology in children with epilepsy: a meta-analysis*. Journal of pediatric psychology, 2005. **30**(6): p. 453-468.
148. Boni, L.C., et al., *Social information processing and magnetic resonance imaging in children with sickle cell disease*. Journal of Pediatric Psychology, 2001. **26**(5): p. 309-319.
149. Hysing, M., et al., *Emotional and behavioural problems in subgroups of children with chronic illness: Results from a large-scale population study*. Child: care, health and development, 2009. **35**(4): p. 527-533.
150. Rosenberg, M., C. Schooler, and C. Schoenbach, *Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects*. American sociological review, 1989: p. 1004-1018.
151. Pinquart, M., *Self-esteem of children and adolescents with chronic illness: a meta-analysis*. Child: care, health and development, 2013. **39**(2): p. 153-161.

152. Seigel, W.M., et al., *Depression, self-esteem, and life events in adolescents with chronic diseases*. *Journal of Adolescent Health Care*, 1990. **11**(6): p. 501-504.

Hasta Kodu:

| | |
|---|---------------------------------------|
| Yaş | |
| Cinsiyet | Erkek / kız |
| Yaşadığı şehir | |
| Gittiği okul | |
| Anne Eğitim Durumu | Üniversite / lise/ ortaokul / ilkokul |
| Baba Eğitim Durumu | |
| Kardeşler yaş/cinsiyet/kronik hastalık varlığı: | |
| Aile geliri: | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| A-B'nin kronik hastalığı (HIV?) | |
| A-B'ya bulaş yolu | |
| A-B'nin psikiyatrik hastalık öyküsü | |

| | |
|--|--|
| Çocuk /ergen hastalığını biliyor mu? | |
| Bulaş yolu: | |
| Tanı yaşı/yılı | |
| Biliniyorsa bulaş zamanı: | |
| Aldığı tedavi (tedaviye başlanma yaşı): | |
| Düzenli ART kullanma (tedavi uyumu): | |
| Tedavinin yan etkileri: | |
| RNA ve CD4 sayısı: | |
| Ensefalit öyküsü: | |
| Varsa Nöroradyolojik görüntüleme bulgusu | |
| Hastalığı Başkaları ile Paylaşma Durumu | |
| Paylaşılan Kişi : | |
| Psikiyatri başvurusu? İlk başvuru zamanı ? | |
| Psikiyatrik ilaç kullanımı | |
| Bilinen Ek hastalık | |

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz.

Her grup içinden, bugün de dahil olmak üzere, son iki haftadır yaşadıklarınızı en iyi şekilde tanımlayan cümleyi seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.

A. 0. Kendimi arada sırada üzgün hissederim.

1. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
2. Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B. 0. İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.

1. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
2. İşlerim yolunda gidecek.

C. 0. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.

1. İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
2. Her şeyi yanlış yaparım.

D. 0. Birçok şeyden hoşlanırım.

1. Bazı şeylerden hoşlanırım.
2. Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E. 0. Her zaman kötü bir çocuğum.

1. Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
2. Arada sırada kötü bir çocuğum.

F. 0. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.

1. Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
2. Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G. 0. Kendimden nefret ederim.

1. Kendimi beğenmem.

2. Kendimi beğenirim.

H. 0. Bütün kötü şeyler benim hatam.

1. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.

2. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I. 0. Kendimi öldürmeyi düşünmem.

1. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.

2. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ. 0. Her gün içimden ağlamak gelir.

1. Birçok günler içimden ağlamak gelir.

2. Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J. 0. Her şey her zaman beni sıkır.

1. Her şey sık sık beni sıkır.

2. Her şey arada sırada beni sıkır.

K. 0. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.

1. Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

2. Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

L. 0. Herhangi bir şey hakkında karar veremem.

1. Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.

2. Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

M. 0. Güzel, yakışıklı sayılırım.

1. Güzel, yakışıklı olmayan yanlarım var

2. Çirkinim.

N. 0. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.

1. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.

2. Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

O. 0. Her gece uyumakta zorluk çekerim.

1. Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.

2. Oldukça iyi uyurum.

Ö. 0. Arada sırada kendimi yorgun hissederim.

1. Bir çok gün kendimi yorgun hissederim.

2. Her zaman kendimi yorgun hissederim.

P. 0. Hemen her gün canım yemek yemek istemez.

1. Çoğu gün canım yemek istemez.

2. Oldukça iyi yemek yerim.

R. 0. Ağrı ve sızılardan endişe etmem.

1. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

2. Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S. 0. Kendimi yalnız hissetmem.

1. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.

2. Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş. 0. Okuldan hiç hoşlanmam.

1. Arada sırada okuldan hoşlanırım.

2. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T. 0. Birçok arkadaşım var.

1. Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.

2. Hiç arkadaşım yok.

U. 0. Okul başarıml iyi.

1. Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.

2. Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

Ü. 0. Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.

1. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.

2. Diğer çocuklar kadar iyiyim.

V. 0. Kimse beni sevmez.

1. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.

2. Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y. 0. Bana söyleneni genellikle yaparım.

1. Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.

2. Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z. 0. İnsanlarla iyi geçinirim.

1. İnsanlarla sık sık kavga ederim.

2. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU (8-12 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin senin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirt.

| | |
|---|----------|
| Eğer senin için hiçbir zaman sorun değilse | 0 |
| Eğer senin için nadiren sorun oluyorsa | 1 |
| Eğer senin için bazen sorun oluyorsa | 2 |
| Eğer senin için sıklıkla sorun oluyorsa | 3 |
| Eğer senin için hemen her zaman sorun oluyorsa | 4 |

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım iste.

Son bir ay içinde aşağıdakiler senin için ne kadar sorun yarattı?

| Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|---|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Koşmak bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Bir yerim acır ya da ağrır | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Enerjim azdır | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Duygularım ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|--|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Öfkeli hissedirim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Uyumakta zorluk çekerim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Başkaları ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|--|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Yaşıtlarım benimle alay eder | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Okul ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|---|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Bazı şeyleri unuturum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (8-12 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

| | |
|---|----------|
| Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse | 0 |
| Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa | 1 |
| Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa | 2 |
| Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa | 3 |
| Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa | 4 |

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

| Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|---|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Bir bloktan fazla yürümek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Koşmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Spor ya da egzersiz yapmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Ağır bir şey kaldırmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Evdeki günlük işleri yapmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Acısının ya da ağrısının olması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Düşük enerji düzeyi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|---|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Öfkeli hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Uyku ile ilgili zorluklar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|---|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Yaşlıları ile geçimi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Yaşlıları ile oyun oynarken geri kalması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Okul ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|--|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Sınıfta dikkatini toplayamaması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Bazı şeyleri unutması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Derslerinden geri kalması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU (13-18 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

| | |
|---|----------|
| Eğer sizin için hiçbir zaman sorun değilse | 0 |
| Eğer sizin için nadiren sorun oluyorsa | 1 |
| Eğer sizin için bazen sorun oluyorsa | 2 |
| Eğer sizin için sıklıkla sorun oluyorsa | 3 |
| Eğer sizin için hemen her zaman sorun oluyorsa | 4 |

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

| Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|---|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Koşmak bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Bir yerim acır ya da ağrır | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Enerjim azdır | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Duygularıyla ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|--|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Öfkeli hissedirim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Uyumakta zorluk çekerim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Başkaları ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|--|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Yaşıtlarım benimle alay eder | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Okul ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|---|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Bazı şeyleri unuturum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (13-18 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

| | |
|---|----------|
| Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse | 0 |
| Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa | 1 |
| Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa | 2 |
| Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa | 3 |
| Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa | 4 |

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

| Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|---|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Bir bloktan fazla yürümek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Koşmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Spor ya da egzersiz yapmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Ağır bir şey kaldırmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Evdeki günlük işleri yapmak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Acısının ya da ağrısının olması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Düşük enerji düzeyi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|---|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Öfkeli hissetmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Uyku ile ilgili zorluklar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|---|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Yaşlıları ile geçimi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Yaşlılarına ayak uyduramaması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Okul ile ilgili sorunlar | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Hemen her zaman |
|--|---------------------|----------------|--------------|-----------------|------------------------|
| 1. Sınıfta dikkatini toplayamaması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Bazı şeyleri unutması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Derslerinden geri kalması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

| | Doğru Değil | Kısmen Doğru | Kesinlikle Doğru |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genellikle bana söyleneni yaparım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Çok endişelenirim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En az bir yakın arkadaşım var. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yaşıtlarım genelde beni sever. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kendimden küçüklere iyi davranırım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz:
Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

| Hayır | Evet-Biraz | Evet-Oldukça Ciddi | Evet-Çok Ciddi |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

| 1 aydan az | 1 - 5 ay | 6 - 12 ay | Bir yıldan fazla |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Bu güçlükler seni ne kadar sıkıntıya sokuyor ya da ne kadar moralini bozuyor mu?

| Kesinlikle Hayır | Biraz | Oldukça Fazla | Çok Fazla |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu?

| | Kesinlikle Hayır | Biraz | Oldukça Fazla | Çok Fazla |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ev yaşamı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arkadaş ilişkileri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sınıf içi öğrenme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Boş zaman etkinlikleri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Bu güçlükler çevrendeki insanların(aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) hayatını zorlaştırıyor mu?

| Kesinlikle Hayır | Biraz | Oldukça Fazla | Çok Fazla |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

İmza:

Tarih:

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

| | Doğru Değil | Kısmen Doğru | Kesinlikle Doğru |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diğer insanların duygularını önemser. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınıır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En az bir yakın arkadaşı vardır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaktadır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kendinden küçükler iyi davranır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça yalan söyler yada hile yapar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bir şeyi yapmadan önce düşünür. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ev, okul yada başka yerlerden çalar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pek çok korkusu var. Kolayca ürker. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranış yada başkaları ile geçinebilme?

| Hayır | Evet-Biraz | Evet-Oldukça Ciddi | Evet-Çok Ciddi |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

| 1 aydan az | 1 - 5 ay | 6 - 12 ay | Bir yıldan fazla |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

| Kesinlikle Hayır | Biraz | Oldukça Fazla | Çok Fazla |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

| | Kesinlikle Hayır | Biraz | Oldukça Fazla | Çok Fazla |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ev yaşamı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arkadaş ilişkileri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sınıf içi öğrenme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Boş zaman etkinlikleri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

| Kesinlikle Hayır | Biraz | Oldukça Fazla | Çok Fazla |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

İmza:

Tarih:

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardımanız için teşekkür ederiz

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddeler, kendiniz hakkında ne düşünüp genel olarak nasıl hissettiğinize ilişkin olarak hazırlanmıştır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyun ve kendiniz hakkında nasıl hissettiğinizi karşılardaki bölmelerden uygun olanını işaretleyerek belirtiniz.

(A) Hiç katılmıyorum (B) Katılıyorum (C) Katılmıyorum (D) Tamamen katılıyorum

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum A() B() C() D()

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum A() B() C() D()

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim. A() B() C() D()

4. Ben de diğer insanların bir çoğunun yapabileceği kadar bir şeyler yapabilirim. A() B() C() D()

5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum. A() B() C() D()

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim A() B() C() D()

7. Genel olarak kendimden memnunum A() B() C() D()

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim A() B() C() D()

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum. A() B() C() D()

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum. A() B() C() D()