

BRONŞİYAL ASTİM TANISI ALAN ÇOCUKLAR ve ANNELERİNDE HASTALIK ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Meral Berkem*, Ayşe Arman**,
Elif Dağlı***, Osman Hayran****

ÖZET

Gözlemlerimize göre, bazı durumlarda ailenin kronik hastalığı algılayışı, etkilenmesi ve bu durumu çocuğa yansıttığı tarzı hastalığın şiddetiyle doğru orantılı olmamaktadır. Bu çalışmada amaç, kronik bir hastalık olan bronşiyal astım hakkında anne ve çocuğun bilgilerini araştırmak, hastalığın ruhsal durumları üzerindeki etkilerini ve hastalığı algılayış derecelerini değerlendirmektir. Bu amaçla, Marmara Üniversitesi Pediatrik Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne Haziran 93 - Ocak 94 tarihleri arasında başvuran ve bronşiyal astım tanısı alan 7 - 12 yaş arası 29 çocuk ve annelerine CDÖ (Çocuklar için Depresyon Ölçeği) ve BTL - 90 (Belirti Tarama Listesi - 90) uygulanmıştır. Sonuçta bronşiyal astım hastalığının asıl şiddeti arttıkça annenin pozitif belirti düzeyinde anlamlı artış gözlenmiştir.

Anahtar Sözcükler : Astım, çocuk, psikoloji.

SUMMARY : PERCEPTION OF ILLNESS AMONG CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA AND THEIR MOTHERS

Families' thoughts and the expression of the feelings about chronic illness are not always in proportion to the severity of the illness itself. The aim of this study is to examine the childrens' and their mothers' knowledge and thoughts about the severity of bronchial asthma. The relationship of bronchial asthma and the psychological states of the children and their mothers' is also examined. CDI and SCL - 90 - R are applied to 29 7 - 12 years old children and their mothers who applied to Marmara University Pediatric Chest Diseases Outpatient Clinic during June 93 - January 94. The results reveal that the mothers' positive symptom levels rise significantly as the severity of bronchial asthma increase.

Key words : Asthma, child, psychology.

GİRİŞ

Son yıllarda gelişen tanı ve tedavi olanaklarının yardımıyla, kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde, bu hastalıkların algılanması ve psiko-sosyal uyum süreçlerini incelemek mümkün olmuştur.

Kronik hastalık; "patolojik değişiklikler sonucu oluşan, kalıcı bozukluk gösteren, geriye dönüşü olmayan ve uzun süre bakım, gözetim ve kontrol gerektirecek durum" olarak tanımlanmaktadır. (Kim 1989).

Çocukların kronik hastalıkları, hem çocuğun hem de ailenin sosyal ve duygusal yaşantısını etkilemektedir (Nocon 1991).

Çocuğun kronik hastalığa uyumunu etkileyen etkenler arasında, sosyal yaşamının kısıtlanması, hastalığın uzun süreli olması, akut ataklarla seyrediyor olması ve uzun süreli tedavi gerektirmesi sayılabilir (Nocon 1991, Kim 1989). Kronik hastalığın etkilerinin yaygın olması normal

gelişimsel süreci etkileyebilir. Çocuğun tepkisel davranışları arasında bunaltı, regresyon, yadıma, sosyal yaşam ve okulda uyumsuzluk, depresyon, öfke, saldırganlık, konversiyon bozuklukları ve hipokondriyak uğraşlar sayılabilir (Kim 1989, Mitchell ve Dawson 1973). Çocuk ve ergenlerde, ağır ve kronik hastalıkların depresyonla ilişkili olduğu gözlenmiş ve kronik hastalıklar risk etkenleri arasında belirtilmiştir (Öy 1995).

Ailelerin kronik hastalığa uyumu, çocuğun hastalığını öğrendikten sonra farklı şekillerde gelişmektedir. İlk dönemde korku ve bunaltı ön planda olup hastalığın yadsınması görülmekte, daha sonra kendini suçlama, kızgınlık ve sonuçta hastalığın kabulü izlenmektedir. Yapılan çalışmalarda, kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin iş düzenlerini değiştirmek zorunda kaldıkları, ev içi düzeni çocuğun hastalığına göre planladıkları gözlenmiştir. (Hookham 1985, Kim 1989). Bu durum çoğu zaman aile içi gerginlikleri ve tartışmaları arttırabilmektedir.

Bronşiyal astım, kronik hastalıkların başta gelenlerinden biridir. Amerikan Göğüs Hastalıkları Birliği (The American Thoracic Society)'nin tanımına göre; "solunum yollarının uyarılara karşı artmış duyarlılığı ve daralması" şeklinde

* Yrd. Doç. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul.

** Arş. Gör. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul.

*** Doç. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak. Pediatri Anabilim Dalı, İstanbul.

**** Doç. Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.

açıklanabilir. Bronşiyal hiperreaktivitenin oluşması birden çok uyarana bağlıdır. Allerjenler, farmakolojik ajanlar, enfeksiyonlar, egzersiz, soğuk hava ve psikolojik etkenler, ailesel allerji öyküsü, bağımlı - edilgen ve ambivalan kişilik öğeleri sık rastlanan özelliklerdir. (Vachan 1989, Ünal 1990). Mrazik (1994) 'in yaptığı bir çalışmada, erken dönemdeki aile yaklaşımı sorunlarını içeren psikolojik etkenler ve artmış genetik riskin hastalığın oluşumunda rol oynadığı bildirilmektedir.

Gürdal ve arkadaşlarının (1993) yapmış olduğu bir çalışmada, bronşiyal astımın başlangıcında psikososyal stres etkenlerinin varlığı, ailenin hastalık hakkındaki endişelerinin hastalığın sıklığını arttırdığı, duygusal uyarınların krizleri uyarıcı etkisi olduğu, bu çocuklarda ekzamanın sık görüldüğü, erken yaşlarda annenin yanı sıra başka bir bakıcının da varlığının eklendiği ve genel olarak psikomotor gelişimin normal olduğu ileri sürülmektedir.

Astım hastalığında çocuk aile içinde ayrıcalıklı bir konum kazanabilir. Yapılan bir çalışmada, astımlı çocuğun hastalığı ile aileyi yönlendirdiğinden ve hükümdarlığından söz edilmektedir (Nocon 1991).

AMAC :

Gözlemlerimize göre, bazı durumlarda ailenin hastalığı algılayışı, etkilenmesi ve bu durumu çocuğa yansıtış tarzı hastalığın şiddetiyle doğru orantıda olmamaktadır. Bu çalışmada amaç, kronik bir hastalık olan bronşiyal astım hakkında anne ve çocuğun bilgilerini araştırmak, hastalığın asıl ve algılanan şiddetinin ruhsal durumları üzerindeki etkisini, hastalığın nasıl algılandığı ve çocuğun okul yaşantısı ve davranışları üzerine olan etkilerini değerlendirmektir.

YÖNTEM :

Denekler : Haziran 1993 - Ocak 1994 tarihleri arasında, MÜTF Pediyatrik Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, bronşiyal astım tanısı alan, 7 - 12 (Yaş ortalaması : 9.4 ± 1.7) yaş arası 29 çocuk [Erkek : 25 (%86.2), Kız : 4 (%13.8)] ve anneleri basit seçkisiz örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Çocuklarda astımın gerçek ağırlık derecesi; "International Management Of Childhood Asthma Consensus Report"da (1992) belirtilen standartlara göre "hafif, orta, ağır" olarak, Pediyatrik Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde görevli uzman pediyatrist tarafından sınıflandırılmıştır.

Çalışmanın biçimi kesitsel olup, görüşmelerde anket tekniği kullanılmıştır.

Veri Toplama Araçları : Yukarıda belirtilen tanımlamaya göre bronşiyal astım tanısı alan çocuklara Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) uygulanmıştır. Bu ölçek, Kovacs (1981) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak hazırlanmış olan bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik güvenirlik çalışması Oy (1991) tarafından yapılmıştır.

Annelere ise Belirti Tarama Listesi (BTL- 90) verilmiştir. Bu ölçek Derogatis ve arkadaşları (1977) tarafından psikopatolojik belirtileri taramak amacıyla symptom Check List - 90 (SCL - 90) adıyla geliştirilmiştir. Somatizasyon, obsesyon ve kompülsiyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı ve düşmanlık, fobik kaygı, paranoid, psikotik ve diğer bulgulara yönelik alt gruplara ilişkin soruları içeren 90 maddeden oluşmaktadır. Türkiye için geçerlik güvenirlik çalışması Fidaner ve Fidaner (1984) ve Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. BTL -90'dan elde edilen Genel Belirti Düzeyi (GBD) (BTL - 90 toplam belirti puanı /90) ve Pozitif Belirti Düzeyi (PBD) (BTL - 90 toplam belirti puan / "hiç" seçeneği ile işaretlenen maddeler dışında, diğer maddelerin toplam sayısı) annenin genel zorlanma düzeyini tanımlamakta kullanılan parametrelerdir.

İşlem : Anneler BTL - 90'ı, çocuklar ÇDÖ'ni bağımsız olarak kendileri yanıtlamıştır. Daha sonra her iki gruba da bilim dalımızca hazırlanan anket formları verilmiştir. Anneler anketleri kendileri yanıtlamış, çocuklara ise yine aynı görüşmeci tarafından sorular sorularak anne ile çocuk birbirleri ile görüştürülmeksizin anket tamamlanmıştır. Ölçekler ve anketler aynı günde ve arka arkaya verilerek doldurulmuştur. Ankette, çocuğun ve annenin astım hastalığı ve tedavisi hakkındaki bilgileri, hastalığın şiddetinin algılanma derecesi, hastalığın süresi, şiddeti, çocuğun huy, davranış ve okul yaşamına etkileri, çocuğun tedaviye uyumu gibi parametreler değerlendirilmiştir.

Anketin Parametreleri : Anketteki hastalığın algılanan şiddeti (1: hafif, 2 : orta, 3: ağır) ve atakların sıklığı (1 : yılda 1 - 2 , 2 : yılda > 2, 3 : ayda <5, 4 : ayda >5) sorularına verilen yanıtlar yukarıda belirtildiği gibi 1 - 3 ve 1 - 4 arasında puanlanmıştır. Bu puanların toplanması sonucu, global bir puan elde edilmiş ve astım hastalığının anne ve çocuk tarafından algılanma derecesini ifade etmek amacıyla kullanılmıştır. Anne için

(anne astım algısı), çocuk için (çocuk astım algısı) bu puanı yansıtmaktadır. Anketteki, çocuğun huy, davranış (1: hayır, 2 : evet) ve okul yaşantısının etkilenmesi (1:hayır, 2:evet) puanlanarak; global bir puan elde edilmiştir. Bu toplam puan, çocuğun sosyal yaşantısının astım hastalığı nedeniyle etkilenmesinin, anne ve çocuk tarafından nasıl algılandığını tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Anneye göre çocuğun sosyal yaşantısının etkilenmesi (anne sosyal yaş. et.), çocuğa göre kendi sosyal yaşantısının etkilenmesi (çocuk sosyal yaş. et.) bu puanı yansıtmaktadır.

Anne ve çocuk tarafından hastalığın bundan sonraki beklenen süresi (1: 0-6 ay, 2:7 - 12 ay, 3 : 1 yıldan fazla) puanlanarak korelasyon analizinde değerlendirilmiştir. Anneye göre astımın beklenen süresi (anne astım süresi), çocuğa göre astımın beklenen süresi (çocuk astım süresi) puanları ayrı ayrı belirlenmiştir.

Astım krizi sırasındaki düşüncelere verilen yanıtlar (1: Gececek, 2: Daha kötüleşecek, 3: İyileşemeyecek) anne ve çocuk için puanlanmıştır. Annenin kriz sırasındaki düşüncesi (Anne kriz düşün.) ve çocuğun kriz sırasındaki düşüncesi (Çocuk kriz düşün.) puanları korelasyon tablosunda kullanılmıştır.

Korelasyon tablosundaki diğer parametrelerden biri de, çocuğa göre astım hastalığının annenin kendisine karşı davranışlarına etkisini (Anne davran. etkisi) yansıtmaktadır ve bu soruya verilen yanıtlar (1: Etkilemiyor, 2: Etkiliyor) şeklinde puanlanmıştır. Yine çocuğa göre annesinin, kendisinin hastalığından etkilenmesi (Anne hast. etkil.) sorusuna verilen yanıt, (1: Etkilenmiyor, 2 : Etkileniyor) olarak puanlanmıştır. Çocuğun kendi hastalığı hakkındaki bilgisinin (Çocuk hast. bilgisi) araştırıldığı soruya (1: Biliyor, 2: Bilmiyor) şeklinde puan verilmiştir.

Tabloların değerlendirilmesinde, ki kare testi, "Fisher's Exact Test"i ve t- testi kullanılmıştır. Anketin parametreleri, ÇDÖ ve BTL - 90 sonuçları arasındaki korelasyon ilişkisi ise "Pearson Momentler Katsayısı" testi ile araştırılmıştır.

BULGULAR

Çocuklarda hastalık hakkında konuşulması ile, tedaviye gelmek istemesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastalık hakkında konuşulmuş olması tedaviye gelmeyi olumlu yönde etkilemektedir (Tablo 1).

Tablo 1 : Çocukla Hastalık Hakkında Konuşulması -Tedaviye Gelmek İsteme İlişkisi

	Tedaviye Gelmek (+)	Tedaviye Gelmek (-)	Toplam
Hastalık Hakkında (+) Konuşma	17 (%59)	1 (%3)	18 (%62)
Hastalık Hakkında (-) Konuşma	6(%21)	5 (%17)	11 (%38)
Toplam	23 (%79)	6 (%21)	29 (%100)

$$p = 0.0185$$

Çocukla hastalık hakkında konuşulmuş olması ile ilaç kullanmayı istemesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 2).

Tablo 2 : Çocukla Hastalık Hakkında Konuşulması - İlaç Kullanmayı İsteme İlişkisi

	İlaç Kullanmayı İsteme (+)	İlaç Kullanmayı İsteme (-)	Toplam
Hastalık Hakkında (+) Konuşma	14 (%48)	4 (%14)	18 (%62)
Hastalık Hakkında (-) Konuşma	9(%31)	2 (%7)	11 (%38)
Toplam	23 (%79)	6 (%21)	29 (%100)

$$p = 1.00$$

Cinsiyet faktörünün astımın asıl şiddeti üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi gözlenmemektedir (Tablo 3).

Tablo 3 : Çocuğun Cinsiyeti - Astım Şiddeti ile Karşılaştırılması

	Hafif Orta	Ağır	Toplam
Kız	3 (%10.3)	1 (%3.5)	4 (%13.8)
Erkek	15 (%51.7)	10 (%34.5)	25 (%86.2)
Toplam	18 (%62)	11 (%38)	29 (%100)

$$p = 0.95$$

Astımın asıl şiddeti açısından ÇDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir (Tablo 4).

Tablo 4: ÇDÖ Puan Ortalamaları ile Astımın Asıl Şiddetinin İlişkisi

Astımın Asıl Şiddeti	ÇDÖ Puan Ort.
Hafif - Orta (n:18)	8.5 ± 1.01
Ağır (n: 11)	8.8 ± 0.7
Toplam (n: 29)	8.6 ± 0.7

t = 0.18 p > 0.05

Astımın asıl şiddeti açısından annelerin GBD puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Annelerin GBD Puan Ortalamaları ile Astımın Asıl Şiddetinin İlişkisi

Astımın Asıl Şiddeti	Annelerin GBD Puan Ort.
Hafif - Orta (n:18)	0.7 ± 0.04
Ağır (n: 11)	0.6 ± 0.18
Toplam (n: 29)	0.7 ± 0.06

t = 0.27 p > 0.05

Astımın asıl şiddeti açısından annelerin PBD puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmektedir. Astımın şiddeti arttıkça annelerin Pozitif Belirti Puan ortalamaları artış göstermektedir (Tablo 6).

Tablo 6: Annelerin PBD Puan Ortalamaları ile Astımın Asıl Şiddetinin İlişkisi

Astımın Asıl Şiddeti	Annelerin PBD Puan Ort.
Hafif - Orta (n:18)	0.8 ± 0.02
Ağır (n: 11)	1.5 ± 0.06
Toplam (n: 29)	1.48 ± 0.03

t = 11.6 p < 0.05

Çocuğun algıladığı astım şiddeti açısından ÇDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir (Tablo 7).

Tablo 7: ÇDÖ Puan Ortalamaları ile Çocuğun Algıladığı Astım Şiddetinin İlişkisi

Çocuğun Algıladığı Astım Şiddeti	ÇDÖ Puan Ort.
Hafif - Orta (n:23)	8.3 ± 3.9
Ağır (n: 26)	9.6 ± 5.2
Toplam (n: 29)	8.6 ± 4.2

t = 0.6 p > 0.05

Annenin algıladığı astım şiddeti açısından PBD puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir (Tablo 8).

Tablo 8: Annenin PBD Puan Ortalamaları ile Annenin Algıladığı Astım Şiddetinin İlişkisi

Annenin Algıladığı Astım Şiddeti	Annelerin Pbd Puan Ort.
Hafif - Orta (n:20)	1.5 ± 0.45
Ağır (n: 9)	1.37 ± 0.3
Toplam (n: 29)	1.44 ± 0.3

t = 0.97 p > 0.05

Tablo 9 incelendiğinde ise şu bulgular gözlenmektedir: Çocuğun ve annenin astım krizi sırasındaki düşünceleri ile annenin çocuğa davranışının etkilenmesi arasında önemli korelasyon gözlenmektedir. Annenin, çocuğun krizi sırasındaki düşünceleri, kriz geçecek (%41.3), öleceğinden korkuyor (%37.9) ve diğer üzülü-yor, çaresizlik duyuyor, çocuk sarsılıyor düşünceleri (% 20.6) şeklindedir. Çocuğun kriz sırasındaki düşünceleri, kriz geçecek (%75.8), öleceğinden korkuyor (%20.6) ve diğer (%3.4) şeklindedir. Anneye göre çocuğun huy ve davranışlarının, okul yaşantısının astım nedeniyle etkilenmesi ile annenin astım algısı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. Buna göre, çocuğun sosyal uyumu etkilendikçe, anne hastalığı daha

**Türkiye
Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği**

**PROF. DR. MUALLA ÖZTÜRK
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ**

1996

1. "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü" her yıl ülkemizde çocuk ruh sağlığı alanında yapılmış en başarılı çalışmaya verilmektedir.
2. Ödül miktarı 1996 yılı için 12.000.000 TL. dir.
3. Çalışmanın bilimsel koşullara uygun olarak yazılmış (basılmış veya basılmamış) altı kopyası en geç 31 Aralık 1995 tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese gönderilmiş ya da elden verilmiş olmalıdır.
4. Ödül, seçici kurul tarafından değerlendirilecek en başarılı çalışmaya 1996 Baharı'nda "Çocuk Psikiyatrisi Kongresi" nde verilecektir.

Seçici Kurul :

Prof. Dr. Ayhan Çavdar
Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu
Prof. Dr. Işık Savaşır
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu
Doç. Dr. Birsen Sonuvar

Başvuru Adresi :

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Bölümü
06100 – ANKARA



Tablo 9: Anketin Parametreleri, ÇDÖ ve BTL-90 Korelasyon Tablosu

	Anne astım algısı	Çocuk astım algısı	Genel belirti düzeyi	Çocuk dep.öl. puanı	Anne sosyal yaş.et.	Çocuk sosyal yaş.et.	Anne astım süresi	Çocuk astım süresi	Anne kriz düşün.	Çocuk kriz düşün.	Anne davr. etkisi	Anne hast. etkisi.	Çocuk hast. bilgisi	Pozitif belirti düzeyi	Astımın asıl şiddeti
Anne astım algısı	1.00														
Çocuk astım algısı	.006	1.00													
Genel belirti düzeyi	.246	-.061	1.00												
Çocuk dep.öl. puanı	-.007	-.036	-.305	1.00											
Anne sosyal yaş. et.	.417*	-.240	.136	.043	1.00										
Çocuk sosyal yaş.et.	.361	.207	.125	.078	.239	1.00									
Anne astım süresi	-.181	.054	.350	.168	-.107	-.118	1.00								
Çocuk astım süresi	.041	.226	.042	-.096	.034	.073	.191	1.00							
Anne kriz düşün.	.217	-.135	.217	.018	.064	-.163	-.150	-.309	1.00						
Çocuk kriz düşün.	.379*	.250	.129	.065	-.021	.103	-.132	-.023	.232	1.00					
Anne hast. etkilen.	-.011	.251	-.078	-.231	-.102	-.057	.060	.277	-.042	-.275	1.00				
Anne davr. etkisi	-.176	-.156	-.252	-.199	.096	.024	-.104	.347	.337*	.417*	.130	1.00			
Çocuk hast. bilgisi	.302	.097	.116	.104	.136	.117	.285	.113	.067	-.347	-.279	-.266	1.00		
Pozitif belirti düzeyi	-.022	.134	.329**	-.263	-.137	.033	.355	.018	.171	.134	-.122	-.172	-.071	1.00	
Astımın asıl şiddeti	.498*	.030	.159	.076	.102	-.198	.190	.162	.065	-.054	-.075	-.226	.229	.257	1.00

olumsuz algılamaktadır. Hastalık ortaya çıktıktan sonra, huy ve davranış değişiklikleri, okul başarısına etkisi annelere göre %34.4, çocuklara göre %13.7 oranlarında saptanmıştır. Annenin astım algısı ile astımın gerçek ağırlığı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. Çocuğun astım krizi sırasında ne düşündüğü ile annenin astım algısı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. Anne ve çocuğa kriz

sirasındaki düşünceleri sorulduğunda annelerin %41.3'ü, çocukların %75.8'i krizin geçebileceğini düşünmektedirler. Annelerin çocuklarıyla hastalık hakkında konuşmasına verilen yanıt "%89.6 konuşuluyor" şeklinde iken, çocuğa hastalığı hakkında annenin konuşup konuşmadığına verilen yanıt "%62.1 konuşuluyor" olmuştur. Annelerin hastalık hakkında çocuklarıyla neyi nasıl konuştuğu ve çocukların bu konuşmaları na-

sıl anladığının netleştirilmesi, bu farklılığı anlayabilmek açısından yararlı olabilirdi. Çalışmamızda, çocuklara astım hastalığının nedeni sorulduğunda %34.4'ü bilmediklerini, %27'si koşma, terleme, %17.2'si soğuk ve üşümenin neden olduğunu söylemişlerdir. Sadece %13.7'si astımın ev tozu nedeni ile olabileceğini, %3.4'ü doğuştan, %3.4'ü doktorun verdiği antibiyotikten olduğunu belirtmişlerdir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda, çocukla astım hastalığı hakkında konuşulması ve bilgilendirilmesinin tedaviye gelmeyi olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Buna karşın, çocukla konuşmanın ilaç kullanmak istemesini etkilemediği bulunmuştur. Tedaviye gelmekle, ilaç kullanımı birbirinden farklı kavramlardır. Çocuğun ilaç kullanımını ve medikal tedaviye uyumunda, hastalığın süresi tedavinin şekli gibi diğer etkenlerin de rolü olabilir. Çalışmamızda çocuklara hastalıklarının nedeni sorulmuştur. Bir kısmı bilmediklerini belirtmişler ya da farklı tahminlerde bulunmuşlardır. Kaynaklara göre çocuğun hastalıktan etkilenmesi, belirtilerin kontrol edilebilir olmasıyla yakından ilişkilidir (Nocon 1991). Bu ise, hastanın krizler ve tedavi konusunda yeterince bilgilendirilmesi ile gerçekleşmektedir.

Kronik hastalıklı çocuklar, hastalıkları ve hastalığın toplumsal ilişkilerine etkisi konusunda yeterli bilgiye gereksinim duyarlar. Bu bilgilendirme, belirsizliği ve buna bağlı bunalıntıyı büyük olasılıkla azaltacaktır. Bilgilendirme, kişinin bulunduğu durum karşısında güçlenmesini sağlar ve sorunların çözümünde önemli bir faktördür (Baysal 1993).

Astımın asıl şiddeti arttıkça, annelerin BTL - 90'dan elde edilen pozitif belirti düzeyleri de artmaktadır. Ailelerle ilgili çalışmalarda anne odak noktası olarak alınmıştır. Kronik hastalıkları olan çocukların annelerinde depresyon ve bunalıntı; araştırmacılar, klinisyenler ve annelerin kendileri tarafından sıkça bildirilmiştir (Perrin, Mac Lean 1988). Çalışmada genel zorlanma düzeyini yansıtan pozitif belirli puanında, hastalığın şiddetine göre anlamlı bir artışın olması tanımlanmış bir psikopatolojiyi ifade etmemektedir. Bununla birlikte, hastalığın annenin genel psikolojik durumu üzerinde etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Çocuğun ve annenin astım kri-

zi sırasındaki "geçmeyecek, kötüleşecek" gibi düşünceleri ile annenin, çocuğunun hastalığından olumsuz yönde etkilenmesi birlikte görülmektedir. Çocuğun astım krizi sırasındaki "geçmeyecek, kötüleşecek" gibi düşünceleri ile, annenin astımı daha şiddetli olarak algılaması da birlikte izlenmektedir. Anneler çocuklarının hastalığının şiddetini doğru olarak algılamaktadırlar. Çalışmamızda, annelere astımın şiddeti sorulduğunda, "International Management Of Childhood Asthma Consensus Report'da (1992) belirtilen standartlara göre "hafif, orta, ağır" olan astım şiddetinin derecelendirilmesine yakın değerlendirmeler yapmışlardır. Çalışmalarda da belirtildiği gibi, çocuğun rahatsızlığı ve kriz sırasında yaşadıkları aileyi olumsuz yönde etkilemektedir (Nocon 1991, Hooham 1985). Çalışmada anneye göre astım ağırlığının artması, çocuğunun davranışları ve okul yaşantısını olumsuz yönde etkilemektedir. Kronik hastalıklarda okul dönemi çocuklarının akademik başarı ve yaşlıları ile ilişkileri etkilenir (Baysal 1993). Bir çalışmada, aileler astımlı çocuklarında kendine acıma, olumsuz benlik algısı ve arkadaş ilişkilerinde zorlanma durumunu gözlemlemişlerdir (Nocon 1991). Astımın başarılı bir biçimde ele alınması, hastanın ve ailenin tedaviye aktif olarak katılımıyla bağlantılıdır (Kim 1989). Bunun için hastalığın öneminin anlaşılması ve tedavinin uygulanabilir olması önemlidir (Mrazek 1994).

Öte yandan, yazında, astımın birçok aile için biraraya getirici bir faktör olduğu ve aktivitelerde daha çok bir arada buldukları belirtilmiştir (Nocon 1991).

ÖNERİLER

Sonuç olarak kronik bir hastalık olan astımın şiddetinin artması ile, annelerin ruhsal durumları olumsuz yönde etkilenmektedir. Astım hastalığı olan çocuklar ve ailelerinin, yaşadıkları zorlanmaları, sıkıntıları, belirsizlikleri kendi doktorlarına ya da çocuk psikiyatristine anlatmaları konusunda destekleyici olunması gerekmektedir. Hastalık hakkında açıklayıcı bilgilere geçmeden önce, çocukla ve anneye hastalık hakkındaki duyguların konuşulması uygun olacaktır. Araştırma sonuçları içinde anneler, çocuklarıyla hastalık hakkında konuştuğunu ifade ederken, çocukların bir kısmının kendileriyle konuşmadığı düşüncesinde olduğu görülmektedir. Anne ile çocuk arasında, açık belirtilerle giden

bronşiyal astım gibi bir hastalıkta da net ve doğru iletişim olamayabileceği gözlenmektedir. Bu nedenle doktorların hastalık hakkında bilgi verirken anneye olduğu kadar çocuklara yönelik açıklamalarda da bulunmaları önerilmektedir.

Krizler, hastalığın süresi ve tedavisi hakkında çocuğa ve aileye sağlıklı, açıklayıcı bilgi vermek, çocuk ve ailenin hastalığa bakış açısını değiştirecek; hem onlar, hem de tedavi ekibi açısından, tedaviye uyum kolaylaşacaktır.

KAYNAKLAR

Baysal ZB (1993) Çocukluk çağındaki kronik hastalıkların psikososyal etkileri. *Psikiyatri Bülteni* 2 : (3) : 127 - 130.

Dağ İ (1991) Belirti tarama listesi (SCL - 90 - R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2 : (1) : 5 - 12.

Derogatis LR- Lipman RS- Coft L (1977) SCL - 90 : An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 9 : 13.

Fidaner H, Fidaner C (1984) SCL - 90 ruh sağlığı testinin uygulanması ve metodolojik sorunlar. XX. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi'nde sunulmuş bildiri, Bursa.*

Gürdal A, Tanman Ç, Özmer M (1993) Çocukluk astımında psikososyal faktörler. 3. *Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresi'nde sunulmuş bildiri, Sapanca.*

Hookham V (1985) Family constellations in relation to asthma. *J Asthma* 22 : 99 - 144.

International Concensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma (1992) National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Mental Health. Bethesda, Maryland 20892 Publ. No : 92 - 3091 s : 4.

Kim P (1989) Childrens, reactions to illness, hospitalization and surgery. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th ed. içinde. HI Kaplan ve BJ Sadock (ed). Williams and Wilkins, Baltimore, s : 1970 - 1974.*

Kovacs (1981) Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiat* 46 : 305 - 315.

Mitchell RG, Dawson B (1973) Educational and social characteristics of children with asthma. *Arch Dis Child* 48 : 467 - 471.

Mrazek D (1994) Psychiatric aspects of somatic diseases and disorders. *Child and Adolescent Psychiatry, 3rd ed. içinde. M Rutter, E Taylor, L Hershow (ed). Blackwell Science Publ, London s: 701 - 702.*

Nocon A (1991) Social and emotional aspects of childhood asthma. *Arch Dis Child* 66 (4) : 458- 460 .

Öy B (1991) Çocuklar için Depresyon Ölçeği : Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2 : (2) : 132 - 136.

Öy B (1995) Çocuk ve ergenlerde depresyon epidemiyolojisi ve risk etkenleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2 : (1) : 40 - 45.

Perrin JM, Mac Lean WE (1988) Children with chronic illness. *Pediatr Clin North Am* 35 (6) : 1325 - 1335.

Ünal M (1990) Stres ve psikosomatik tıp. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1 : (3) : 190 - 196.

Vachan L (1989) Respiratory disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th ed. içinde. HI Kaplan ve BJ Sadock (ed). Williams and Wilkins, Baltimore, s : 1198 - 1207.*