

## ASTIMLI ÇOCUKLARIN VE ANNELERİNİN DEPRESYON VE KAYGI DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şehmus Sevinç, Ayfer Gözü Pirinççioğlu\*, Selvi Kelekçi, Velat Şen, Fuat Gürkan.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Tıp Fakültesi, Dicle Üniversitesi, 21280, Diyarbakır, Türkiye

Geliş: 10.04.2010, Onay: 05.05.2010

### ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Astım, sık hastane yatışlarından, uzun süreli ilaç tedavisi ve kısıtlanmış sosyal hayattan dolayı psikolojik problemlere sebep olan bir hastalıktır. Bu çalışmada astımlı çocuklarda ve annelerinde depresyon ve kaygı düzeylerinin saptanması amaçlandı.

**Materyal ve Metot:** Çalışmaya elli astımlı çocuk ve annesi, elli diyabetli, elli akut üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuk annesi, elli sağlıklı çocuk ve annesi alındı. Annelere Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ-Hospital Anxiety Depression Measure) uygulanırken çocuklara Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve Sürekli Kaygı envantörü (ÇSKE) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Depresyon puanı 7'nin üstünde ve anksiyete puanı 10'un üstünde olan hasta sayısı astımlı ve diyabetli çocukların annelerinde, üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren ve sağlıklı çocukların annelerinden daha yüksek saptandı. Astımlı çocukların depresyon ve kaygı düzeyleri de sağlıklı çocukların depresyon ve kaygı düzeylerinden yüksek olduğu saptandı ( $p=0,001, p=0,001$ ).

**Sonuç:** Astımlı çocuk ve annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek olduğu ve bu yönde destek verilmesi gerektiği saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Astım, Depresyon ve Anksiyete

### SUMMARY

**Introduction and Aim:** Asthma causes psychological problems due to frequent hospitalization, long-term medication use, and restricted social life. This study aims to observe the depression and anxiety levels in asthmatic children and their mothers.

**Cases and Methods:** The study included fifty asthmatic children and their mothers, fifty diabetic children's mothers, fifty mothers who had children with acute upper respiratory infection, fifty healthy children and their mothers. The Hospital Anxiety and Depression Scale was applied to the mothers while Depression Scale for Children and Continuous Anxiety Inventory Children were applied to children.

**Results:** The frequency of the mothers of asthmatic and diabetic children having the depression and anxiety scores over 7 and 10 was higher than those of upper respiratory infection and healthy ones. The depression and anxiety levels in asthmatic children were also higher than those in healthy ones ( $p=0,001, p=0,001$ ).

**Conclusion:** The study indicated that depression and anxiety levels in the asthmatic children and their mothers were elevated and hence they need psychologic support to overcome these problems.

**Key Words:** Asthma, Depression and Anxiety.

---

#### \* İletişim Adresi:

Dr. Ayfer Gözü Pirinççioğlu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Tıp Fakültesi, Dicle Üniversitesi, 21280, Diyarbakır, Türkiye, E-mail: ayfergozu@hotmail.com

## GİRİŞ

Astım dünyada en sık görülen kronik hastalıklardan biri olup artmış bronşial aşırı duyarlılığın eşlik ettiği, eozinofil ve mast hücrelerinin ön planda olduğu havayollarının kronik inflamatuvar hastalığıdır. Bütün ülkelerde rastlanan bir hastalık iken, prevalansı toplumlar ve aynı toplumun farklı kesimleri arasında değişiklik göstermektedir. Son yirmi yıldır özellikle çocuklar arasında görülme sıklığının arttığını gösteren veriler vardır (1,2,3,4,5). Hastaların %30'unda başlangıç 1 yaş civarında olup, %80-90'ında ilk belirtiler 4-5 yaşlarından önce ortaya çıkmaktadır (1). Bu yaşlarda astım prevalansının erkek çocuklarda kızlardakininin 2 katı olduğu gözlenmektedir. Bu oran adölesana doğru giderek küçülmemekte, erişkinde ise tersine dönmektedir (2).

Birçok çalışma da gösterildiği gibi ailede kronik hastalığı olan bir çocuğun bulunması ebeveynlerde stres ve depresyona neden olmaktadır (6,7). Anneler hasta çocukların bakımında genellikle aktif roller üstlenirler ve hatta bunun için sevdikleri aktivitelerden veya işlerinden vazgeçebilirler. Bu yüzden babalara göre daha fazla stres altında oldukları, depresyon ve anksiyete risklerinin de daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8). Anksiyete, kaygı, bunaltı, boğulma hissi, sıkıntılı durum anlamına gelmektedir. Çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, boğuluyormuş gibi hissetme, kalp hızının artması, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri yanında sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacaktıymış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtileri vardır (9). Depresyon ise üzüntü kötümserlik, umutsuzluk ve yalnızlık hissi gibi yakınmalarla karakterize duygusal çökkünlük halidir. Bu klinik tablolar her yaş, cinsiyet ve ekonomik düzeyde görülebilir, ruh sağlığı alanında sık görülen bozukluklardandır. Anksiyete ve depresif duygu durumunun şiddetli veya uzun süreli olması kişiye acı verir, yaşam kalitesini düşürür, sosyal yaşantısını bozar, işgücü kaybına neden olur (10,11).

Kronik hastalığa sahip çocuklarda ve annelerinde ruhsal hastalıkların daha sık görüldüğü bilinse de bu konuyla ilgili sınırlı sayıda çalışma vardır. Sıklıkla depresyon ile anksiyete birlikte ve depresyon anksiyete belirtilerini de içerir. Anksiyete depresyonun en sık görülen belirtilerinden birisidir ve depresyonun düzelme veya kötüleşmesindeki en duyarlı belirtiler arasındadır. Bu çalışmada, Göğüs polikliniğinde kronik bir hastalık olan

bronşiyal astım nedeniyle takip edilmekte olan çocukların ve annelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amaçlandı.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs polikliniği, Çocuk Endokrin polikliniği ve Çocuk Genel polikliniğine 20.06.2009 ile 08.09.2009 tarihleri arasında başvuran 7-14 yaş arası elli astımlı çocuk ve annesi, elli diyabetli çocuk annesi, elli akut üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuk annesi hasta grubu olarak dahil edilirken, 7-14 yaş arası elli sağlıklı çocuk ve annesi kontrol grubu olarak çalışmaya alındı. Çalışmamız toplam iki yüz anneyi ve yüz çocuğu kapsamaktadır. Çalışmamıza alınan annelere Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ-Hospital Anxiety Depression Measure) uygulanırken çocuklara Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve Sürekli Kaygı envantörü (ÇSKE) uygulanmıştır.

Araştırmacılar tarafından anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirildiği bilimsel çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür taranarak çalışmaya katılan anneleri ve onların ailelerini tanıtıcı bilgilerin bulunduğu, yirmi altı sorudan oluşan görüşme formu hazırlanmıştır. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD); hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith (12) tarafından geliştirilen, dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Form, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik açısından Aydemir ve ark(13) tarafından araştırılmış olup, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Bu ölçeğe göre anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri olup, Türkiye'de yapılan çalışmalar sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. Çocuklar için Depresyon ölçeği (ÇDÖ): Kovacs (1980) tarafından Beck depresyon ölçeği esas alınarak hazırlanmış olan kendi kendini değerlendirme ölçeğidir (14) Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır. Depresif belirtilerin

şiddetini değerlendiren bu ölçek 6-17 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerde uygulanmaktadır. Yirmi altı maddeden oluşan ölçekte her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. En üst toplam puan 54' tür. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir (15).

Çocuklar için durumluluk sürekli kaygı envantörü (ÇDSKE): Spielberg (1973) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin durumluluk ve sürekli kaygı için 20'şer sorudan oluşan çoktan seçmeli iki alt ölçeği bulunmaktadır. Her madde belirtinin şiddetine göre 1, 2 veya 3 olarak puanlanmaktadır. Kaygı ölçeğinden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan ise 60 olup, 30 ve üzeri yüksek olarak kabul edilmiştir. Durumluluk kaygı; bireyin belirli bir zamanda, belirli şartlar dâhilinde hissettiği kaygıyı tanımlamakta ve dış etkenlere göre değişim gösterebilmektedir. Sürekli kaygı ölçeği ise bireyin genel olarak ne hissettiğini tanımlamakta, anksiyeteye yatkınlığının yanı sıra bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlamaktadır (16). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özusta (1993) tarafından yapılmıştır (17).

Araştırmaya, daha önceden bilinen psikotik ya da bedensel bir hastalığı bulunan anne veya çocuklar, madde bağımlısı anneler ve psikolojik ölçekleri anlayamayacak, anket sorularına cevap veremeyecek düzeyde olan, iletişim kuramayan anneler ve çocuklar dâhil edilmemiştir.

## İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler SPSS for MS Windows (12.0) bilgisayar programı kullanılarak yapıldı. Veriler ortalama  $\pm$  standart sapma olarak sunuldu. Gruplar arası ölçümle elde edilen değerler toplu olarak tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve ikili karşılaştırmalar 'Post Hoc' Bonferroni testiyle yapıldı. Sayımla elde edilen değerlerin gruplara dağılımda farklılık olup olmadığı Chi-kare testiyle araştırıldı. Değişkenler arasında ilişki olup olmadığı Pearson korelasyon Analizi ile değerlendirildi. Depresyon ve anksiyete üzerine etkili risk faktörleri Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlı farklılık için  $p < 0,05$  değeri esas alındı.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan astımlı çocukların ortalama yaşı  $9,26 \pm 2,14$  olup 19'u kız (%38) 31'i erkek (%62), sağlıklı çocukların ortalama yaşı ise  $9,36 \pm 2,25$  olup 23'ü kız (%46) 27'si erkek (%54) idi. Çocuklar arasında yaş ve cinsiyet açısından bir fark görülmedi ( $p > 0,05$ ). Yine çalışma grupları ebeveynlerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ). Bu değerlendirmede astımlı çocukların babalarının % 2'si 20-29 yaş aralığında, %50'si 30-39 yaş aralığında, %40'ı 40-49 yaş aralığında ve %8'inin 50 yaş veya daha üstünde olduğu saptanırken astımlı çocukların annelerinin % 10'u 20-29, %70'i 30-39, %18'i 40-49 yaş aralığında ve %2'si ise 50 yaş veya daha üstünde olduğu saptanmıştır.

Astımlı çocukların 1. dereceden akrabalarında benzer hastalık oranı %28 olarak bulunmuştur. Astımlı çocukların yerleşim yerleri incelendiğinde 12'si (%24) köyde, 13'ü (%26) ilçede ve 25'i (%50) şehirde yaşadığı görülmüş ve astımlı çocukların %50 sinin takiplerine düzenli gelmediği saptanmıştır. Çalışmadaki astımlı çocukların 13'ünde (%26), diyabetli çocukların 11'inde (%22), üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların 14'ünde (%28) ve sağlıklı çocukların 11'inde (%22) sosyal güvence olmadığı tespit edildiği gibi astımlı çocukların 5'inin (%10), diyabetli çocukların 7'sinin (%14), üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların 3'ünün (%6) ve sağlıklı çocukların ise 3'ünün (%6) okula gitmediği saptandı. Çocukların sosyal güvence ve eğitim durumu açısından gruplar arasında bir fark görülmedi ( $p > 0,05$ ).

Gruplar ebeveynlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ). Astımlı çocukların babalarının % 4'ünün okur yazar olmadığı, %12'sinin sadece okur yazar olduğu, %20'sinin ilk okul mezunu, %22'sinin orta okul mezunu, %30'unun lise mezunu ve %12 sinin ise yüksek okul mezunu olduğu saptanmışken, astımlı çocukların annelerinin % 26'sinin okur yazar olmadığı, %6'sının sadece okur yazar, %32'sinin ilk okul mezunu, %12'sinin orta okul mezunu, %14'ünün lise mezunu ve %10'unun ise yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma grupları ebeveynlerin mesleğine göre karşılaştırıldığında bir fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ,  $p > 0,05$ ). Astımlı çocukların babalarının % 22'sinin işsiz olduğu, %8'inin memur olduğu, %14'ünün işçi olduğu, %54'ünün serbest meslekle uğraştığı ve %2'sinin ise emekli olduğu saptanmıştır. Astımlı çocukların annelerinin % 82'sinin ev hanımı

olduğu, %10'unun memur olduğu, %4'ünün işçi olduğu ve %4'ünün serbest meslekle uğraştığı saptanmıştır.

Astımlı çocukların ailelerinin aylık gelirlerine bakıldığında %22'sinin çok kötü, %20'sinin kötü, %32'sinin orta ve %26'sının iyi olduğu saptanmış olup aylık gelirlerine göre gruplar arasında bir fark saptanmamıştır. Astımlı çocukların annelerinin akraba ilişkileri yönünden incelendiğinde %2'lik kısmın akraba ilişkisinin çok kötü, %4'nün kötü, %22'sinin orta, %62'sinin iyi ve %10'unun çok iyi olduğu saptanmıştır. Yine astımlı çocukların anneleri arkadaş ilişkileri yönünden incelendiğinde %10'luk kısmın arkadaş ilişkisinin orta, %80'inin iyi ve %10'unun çok iyi olduğu saptanmıştır.

Gruplar ailelerin evlilik dayanışma kalitesine göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Astımlı çocukların ailelerinin evlilik dayanışma kalitesine bakıldığında %4'ünün çok kötü, %16'sının kötü, %20'sinin orta, %42'sinin iyi, %16'sının ise çok iyi olduğu saptanmıştır. Gruplar ailelerin sigara kullanımına göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık tespit edilmedi ( $p>0,05$ ). Astımlı çocukların annelerinin sigara kullanımına bakıldığında %58'sinin hiç sigara kullanmadığı, %20'sinin ara sıra kullandığı, %22'sinin ise her gün kullanmakta olduğu saptanmıştır.

**Tablo 1:** Çalışma grubundaki annelerin depresyon puanları.

GRUP	Depresyon puanı > 7		Depresyon puanı ≤ 7		p
	n	%	n	%	
ASTİM	26	52	24	48	>0,05
DİYABET	25	50	25	50	
ÜSYE	14	28	36	72	=0,002
SAĞLIKLI	11	22	39	78	

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine göre yapılan değerlendirmede astımlı çocukların annelerinin %52'sinde, diyabetli çocukların annelerinin %50'sinde, üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların annelerinin %28'inde, sağlıklı çocukların annelerinin %22'sinde depresyon puanı 7'nin üstünde olup anlamlı çıkmıştır. (Tablo 1). Çalışma grupları annelerin depresyon puanına göre değerlendirildiğinde, astımlı çocukların anneleri ile diyabetli çocukların anneleri arasında anlamlı farklılık saptanmazken ( $p>0,05$ ), astımlı çocukların anneleri ile üst solunum yolu enfeksi-

yonu geçiren çocukların anneleri ve sağlıklı çocukların anneleri arasında fark saptandı ( $p=0,002$ ). Ayrıca, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine göre yapılan değerlendirmede astımlı çocukların annelerinin %46'sında, diyabet çocukların annelerinin %44'ünde, üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların annelerinin %26'sında, sağlıklı çocukların annelerinin %24'ünde anksiyete puanı 10'un üstünde olup anlamlı çıkmıştır (Tablo2). Çalışma grupları annelerin anksiyete puanına göre değerlendirildiğinde astımlı çocukların anneleri ile diyabetli çocukların anneleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmez iken ( $p>0,05$ ), astımlı çocukların anneleri ile üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların anneleri ve sağlıklı çocukların anneleri arasında fark tespit edildi ( $p=0,031$ ).

**Tablo 2:** Çalışma grubundaki annelerin anksiyete puanları.

GRUP	Anksiyete puanı > 10		Anksiyete puanı ≤ 10		p
	n	%	n	%	
ASTİM	23	46	27	54	>0,05
DİYABET	22	44	28	56	
ÜSYE	13	26	37	74	=0,031
SAĞLIKLI	12	24	38	76	

Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanterü (ÇSKE) uygulanarak yapılan çalışmada astımlı çocukların %48'inde ve sağlıklı çocukların ise %18'inde anksiyete puanı  $\geq 30$  olup, astımlı çocukların kaygı düzeyleri sağlıklı çocukların kaygı düzeylerinden yüksek saptandı ( $p=0,001$ ) (Tablo 3). Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) uygulanarak yapılan çalışmada astımlı çocukların %40'ında ve sağlıklı çocukların ise %22'sinde depresyon puanı  $\geq 19$  olup astımlı çocukların depresyon düzeyleri sağlıklı çocukların depresyon düzeylerinden yüksek saptandı ( $p=0,001$ ) (Tablo 4).

**Tablo 3:** Çalışma grubundaki çocukların anksiyete puanları.

GRUP	Anksiyete puanı $\geq 30$		Anksiyete puanı < 30		p
	n	%	n	%	
ASTİM	24	48	26	52	0,001
SAĞLIKLI	9	18	41	82	

Yaptığımız çalışmada astımlı çocukların annelerinin anksiyete puanı üzerine sosyal güvencenin

( $p=0,0029$ ), takip düzeninin ( $p=0,001$ ), 1.derece akrabada benzer hastalık olmasının ( $p=0,003$ ), ikamet edilen yerin ( $p=0,001$ ), evlilik dayanışma kalitesinin ( $p<0,001$ ), ekonomik durumun ( $p<0,001$ ) etkili olduğu saptanmıştır. Bunun aksine annenin sigara alışkanlığının, çocuğun cinsiyetinin, 1. derece yakınlarında mental motor rahatsızlığın olmasının, kardeş sayısının, anne baba karşılaştırıldığında da farklılık tespit edilmedi ( $p>0,05$ ). Anne baba yaşının, eğitiminin, mesleğinin ve çocuktaki anksiyete düzeyinin annenin anksiyete puanı üzerine etkili olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4:** Çalışma grubundaki çocukların depresyon puanları.

GRUP	Depresyon puanı $\geq 19$		Depresyon puanı $< 19$		p
	n	%	n	%	
ASTIM	20	40	30	60	0,001
SAĞLIKLI	11	22	39	78	

Astımlı çocukların annelerinin depresyon puanı üzerinde sosyal güvencenin ( $p=0,0023$ ), takip düzeninin ( $p=0,001$ ), 1.derece akrabada benzer hastalık olmasının ( $p=0,011$ ), ikamet edilen yerin ( $p=0,001$ ), evlilik dayanışma kalitesinin ( $p=0,001$ ), ekonomik durumun ( $p<0,001$ ), kardeş sayısının ( $p<0,003$ ) etkili olduğu saptanmıştır. Bunun aksine annenin sigara alışkanlığının, çocuğunun cinsiyetinin, 1. derece yakınlarında mental motor rahatsızlığın, anne baba yaşının, eğitiminin, mesleğinin ve çocuktaki depresyon düzeyinin annenin depresyon puanı üzerine etkili olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

## TARTIŞMA

Sağlıklı olmak yaşamın sürdürülmesinde temel unsurdur. Sağlıklı olmayan bir çocuğa sahip yetişkinlere en iyi yaşam koşulları sağlansa da, bu olanaklardan yararlanmaları mümkün olmayabilir (18). Bunun en etkin sebebi hastalığın ailenin üzerinde yarattığı psikolojik travmadır. Fiziksel hastalık, yaşam krizidir. Kişinin fizyolojik ve psikolojik bütünlüğüne karşı tehdit oluşturur. Bu durum, hasta bir çocuk ise psikolojik kaygılar yaratarak ebeveynleri daha çok etkiler. Ebeveynler bu durumun ne kadar süreceği ve çocuklarının normal yaşamına ne zaman geri döneceği ile ilgili kaygılar duyar (19).

Astım nöbetlerle karakterize bir hastalık olduğundan çocuklar sık sık hastaneye getirilmekte ve bazen de yatırılarak tedavi edilmeleri gerekmektedir. Çocuklar kendi öz bakımlarını gerçekleştiremediklerinden bakımlarından ebeveynler, özellikle de anne sorumludur (20, 21). Bundan dolayı çocuğun bakımından sorumlu olan anne için çocuğun hastaneye yatırılması, tehlikeli görünen bir durumdur ve duruma bağlı bir kaygı oluşturur. Eğer çocuğun durumu bilinmiyorsa kaygı düzeyi daha yüksek olur. Aşırı kaygı halinde ebeveynlerin algılama alanları daralır, ebeveynlik rollerinde değişiklikler yaşanır. Kaygı seviyesi yüksek ebeveynler çocuklarının bakımına katılmakta ve sağlık ekibi ile işbirliği yapmakta güçlük yaşayabilirler. Bunun sonucunda yaşamın erken dönemlerinde gerçekleşmesi beklenen ebeveyn çocuk ilişkisinin gelişimi gecikebilir (22, 23, 24).

Çocuğun kronik durumu, ailenin yaşamına etki eder ve yeni duruma uyum sağlamayı zorunlu kılar. Ülkemizde, kültürel yapımız gereği kronik hastalığı olan çocukların durumları ile özellikle anneler daha yakından ilgilenmekte, daha fazla sorumluluk almaktadır. Bu durum, annelerin diğer aile bireylerine yeterince zaman ayıramamalarına ve sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Kronik hastalığı olan çocuklar bütün aileye yük getirmekle birlikte, anneler bu hastalıklardan daha fazla etkilenmektedir. Çocuk bakımında birinci derecede sorumluluk anneye ait olduğundan bizim çalışmamız da anneler üzerinde yapılmıştır. Çocukların sahip olduğu kronik hastalıkların, aile üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalar anneler üzerine yoğunlaştırılmıştır. Bu annelerin, sağlıklı çocuklara sahip annelere göre daha depresif ve nörotik olduğundan söz edilmektedir(25). Koninjenberg ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kronik hastalığı olan çocukları olan ebeveynlerin psikopatolojilerini araştırdıkları çalışmada, kronik ağrı çeken 132 çocuğun anne ve babalarının katıldıkları çalışma sonucunda, anne ve babalarda düşük düzeyde bazı psikopatolojilere rastlanmıştır (26).

Kronik hastalığı olan çocuğa sahip annelerde somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (27, 28, 29). Literatür bilgisine göre ebeveynlerde gözlenen kaygının nedenleri şunları içerir; çocuğun iyileşmesine ilişkin endişelerinin olması, hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları korkutucu araçlarla karşılaşmaları, çocuğun

bakımında sağlık ekibi üyelerine göre kendilerini daha önemsiz hissetmeleri, çocuğun hastalığı nedeniyle suçluluk duymaları, evdeki diğer aile üeleri için endişe etmeleri ve mali endişeler olarak belirtilmiştir (23, 30, 31). Çocuğun kronik hastalığının ailede ilişkilerin bozulmasına, yüksek düzeyde boşanma oranlarına, aile içinde çelişkili tutum ve davranışlara neden olduğu belirtilmektedir (32, 33). Bizim yaptığımız çalışmada da astımlı çocukların ailelerinin evlilik dayanışma kalitesine bakıldığında %4'ünün çok kötü, %16'sının kötü, %20'sinin orta, %42'sinin iyi, %16'sının çok iyi olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığa sahip çocukların ailelerinin karşı karşıya kaldığı sorunların arasında gerginlik, ekonomik stres, kısıtlanmış sosyalizasyon, iletişim zorlukları gibi durumlar gelmektedir (34).

Brown ve South'un (35) yaptıkları çalışmada küçük yaşta çocuğa sahip anne babaların daha büyük yaşta çocuğu olan anne babalara göre daha fazla çaba sarf ettikleri, buna bağlı olarak da daha stresli oldukları bildirilmektedir. Bizim yaptığımız çalışmada ise annelerin anksiyete ve depresyon düzeylerine çocukların yaşlarının etkisiz olduğu saptandı. Literatürde ebeveyn yaşı küçüldükçe anksiyete seviyesinde artma olabileceği bildirilmektedir(36). Çocuğun sorumluluğunu alma ve bakımı ile ilgilenme konularında deneyimsizliğin yaşça küçük ebeveynlerin anksiyetelerini artırabileceği düşünülebilir. Yaşça büyük olan anne-babalar çocuk bakımı konusunda daha tecrübeli olacaklarından anksiyete seviyeleri daha düşük olabilir. Bizim çalışmamızda ise anne-babaların yaş grupları ile anksiyete ve depresyon puanları yönünden anlamlı bir fark görülmemiştir ve bu bulgumuz Arıkan ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmanın bulguları ile benzerdir (37).

Literatüre göre, astımlı çocukların annelerinde depresyon yaygın olarak görülmektedir (38,39). Bu durum astım tedavisine uyumu olumsuz yönde etkilemekte, astımlı çocuğun hastane acil bölümlerine başvuru sayısını artırmakta ve astımlı çocuklarda hastalık morbiditesinin daha yüksek olmasına neden olmaktadır (40, 41, 42).

Akçakaya ve çalışma arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hafif orta ve şiddetli astım olan çocukların anneleri ve sağlıklı çocukların anneleri depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırıldığında astım şiddeti ve maternal anksiyete skorları arasında anlamlı bir fark bulunmazken hastalığın şiddeti ile depresyon skoru arasında korelasyon

gösterilmiştir (43). Bizim çalışmamızda ise astımlı ve diyabetli çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyi sağlıklı ve üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların annelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çocuklardaki tekrarlayan hastane yatışları, sürekli ilaç kullanımı, tekrarlayan genel durum bozuklukları, poliklinik ziyaret sayısının fazla olması ve annelerin hastane ortamında daha uzun süre geçirmek zorunda olmasından kaynaklanabildiğini düşündürmüştür.

Ekonomik durumun psikolojik sorunlar üzerindeki etkisini gösteren çalışmalarla uyumlu olarak bu çalışma sonucunda annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ailenin ekonomik durumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı (44).

## SONUÇ

Sonuç olarak astım gibi kronik hastalığa sahip çocuklarda ve annelerinde depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozukluklar normal popülasyona göre daha sık görülmekte olup astımlı çocuğun takip ve tedavisinde ailelere bu yönde verilecek destek, astımlı çocuğun tedavisinin astım tedavisine uyumu kolaylaştırıp daha efektif olmasını sağlayacağı gibi, daha sağlıklı bir toplum oluşumuna katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

- 1) Tomaç N, Saraçlar Y. Astım epidemiyolojisi. Klinik Çocuk Forumu Pediatrik Allerji Özel Sayısı 2, 2003; 3 (4): 6-16.
- 2) Tuncer A. Çocukluk çağında bronşial astım tanısı ve ayırıcı tanısı. Katkı Pediatri Dergisi 1997; 18 (6): 712-23.
- 3) Leung Y.M. Allergic disorders. In: Behrman R.E, Kliegman R.M, Jenson H.B. Nelson Textbook of Pediatrics, 17 th edition. Philadelphia: WB Saunders Comp, 2004; 130: 743-792.
- 4) Georgen P.J, Weiss K.B. Epidemiology of asma. In Busse W.W, Holgate S.T.eds. Asthma and Rhinitis. USA: Blackwell Scientific Publication, 1995: 15-28.
- 5) Von Mutius E. The rising trend in asthma and allergic disease. Clin Exp Allergy 1998; 28 (5): 45-9.
- 6) Mu PF. Paternal reactions to a child with epilepsy: uncertainty, coping strategies, and depression. Journal of Advanced Nursing. 2000;49: 367-376
- 7) Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 2001;45:535-543.
- 8) Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği. 3. Baskı, 1. Cilt, s. 69- 86, Ankara, 1997
- 9) Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999.p.36-37
- 10) Çuhadaroğlu F: Adelenanlarda depresyon ve anksiyetenin birlikte görülmesi: Gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1993;4:183-188
- 11) Ceyhun B: Depresyon monografı serisi-5. Ankara, Hekimler Yayın Birliđi, 1993
- 12) Zigmund AS, Snaith PR: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-70
- 13) Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliliđi Türk Psikiyatri Dergisi 1977;8:280-287.
- 14) Kovacs M. Rating scales to assess depression in schools age children. Acta Paedopsychiatr, 1980; 46:305-315.
- 15) Öy B. Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçeği: Sağlıklı ve Çocuk Ruh Sağlığı Kliniđine Başvuran Çocuklarda Uygulanması. Türk Psikiyatri Derg, 1991; 2:137-140
- 16) Spielberger CD. The measurement of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. Monogr, 1976;2:713-715
- 17) Özusta Ş (1993). Çocuklar İçin Durumlu Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarılma, Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- 18) Gültekin G, Gülen B, "Hastalık ve Çocuk". Aile ve Toplum Dergisi. 2005;8(2):184-192
- 19) kan M. Kronik Hastalıkların Aileler üzerindeki psikiyatrik ve psikososyal etkileri Türk Psikiyatri Dergisi 1999;11:68-81
- 20) Veliöđlü P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul. Alaş Ofset, 1999:323- 343
- 21) Marinner A. Nursing Theorists and their work. St.Louis. The Mosby Company, 1986.
- 22) La Montagne LL, Jhonson BD, Hepworth JT 1995. Evolution of parental stress and coping process: A framework for critical care practice. Journal of Pediatric Nursing 1995; 10(4): 212-218
- 23) Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği Cilt I. Ankara. Bizim basımevi, 1996
- 24) Akşit S, Cimete G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5 (2)25- 36
- 25) Mastroyannopovlov K, Stakkard P, Lewis M The impact of childhood non-malignant life threatening illness on parents: Gender differences and prediction of parental adjustment. J Child Psychol Psychiatry, 1997;38(7):823-829.
- 26) Konijnnenber A.Y, Uiterwaal C. S. P. M, Kimpen J. L. L, Van der Hoveven J, Buitelaar J. K, Graeff-Meeder E. R. Parental psychopathology in children with chronic pain of unknown origin, European Child & Psychiatry 2003; Supplement 2, 12, and 127.
- 27) Hanson MJ, Hanline MF Parenting a child with a disabilities: a longitudinal study of parental stress and adaptation. J Early Intervent. 1994; 14:234-248.
- 28) Miller AC, Gordon RM, Daniele RJ ve ark. Stress, appraisal and coping in mothers of disabled and nondisabled children. J Pediatr Psychol. 1992;17:587-605.
- 29) Hanson MJ, Hanline MF. Parenting a child with a disabilities: a longitudinal study of parental stress and adaptation. J Early Intervent 1994; 14:234-248.
- 30) Miles MS, Carlson J, Brunssen S. Nurse parent support tool. Journal of Pediatric Nursing 2001; 14 (1):44-50
- 31) Hannon RP, Willis SK, Scrimshaw SC. Persistence of maternal concern surrounding neonatal jaundice. Arch Pediatr Adolesc Med 2001;155:1357-1363
- 32) Lovchuk N.M. The rehabilitative help for family with mentally ill Child. European Child & Psychiatry. 2003; Supplement 2, 12, 63.
- 33) Kyngas H, Hentinen M. Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. J Clin Nurs. 1998;7(4):316-24
- 34) Kurnat EL, Moore CM. The impact of a chronic condition on the families of children with asthma. Pediatric Nursing 1999;25:288-92.
- 35) Brown D C, South M. Çocukluk çağı astımında hastanede kalış süresini azaltıcı önlemler. Literatür 2000;31:58-60.

- 36) Güneş P. Açık Kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Sivas, 2001
- 37) Arıkan D, Çelebioğlu A. Kanserli çocuğu olan anne babaların durumluluk ve süreklilik anksiyete düzeyinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg 1999;2: 95-103.
- 38) Bartlett SJ, Kolodner K, Butz AM ve ark. Maternal depressive symptoms and emergency department use among inner-city children with asthma. Arch Pediatr Adolesc Med 2001;155:347-53.
- 39) linnert MD. Psychosocial influences on asthma among innercity children. Pediatr Pulmonol 1997; 24:234-6.
- 40) American Academy of Pediatrics Committee on Children With Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health:Psychosocial Risks of Chronic Health Conditions in Childhood and Adolescence, Pediatrics 1993; 92: 876- 878
- 41) Yılmaz O, Söğüt A, Gülle S, Can D, Ertan P, Yüksel H. Sleep quality and depression- anxiety in mothers of children with two chronic respiratory diseases: asthma and cystic fibrosis. J Cyst Fibros. 2008;7(6):495-500.
- 42) Potoczek A, Nizankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. Links between panic disorder, depression, defence mechanisms, coherence and family functioning in patients suffering from severe asthma. Psychiatr Pol. 2006;40(6):1097-116.
- 43) Rudolph M, Rosanowski F, Eysholdt U, Kummer P. Anxiety and depression in mothers of speech impaired children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2003; 67(12): 1337- 1341
- 44) Smoller JW, Otto MW. Panic, dispne and asthma. Curr Opin Pulm Med. 1998;4(1):40-45