



DERLEME  
REVIEW

CBU-SBED, 2019, 6(1):57-64

## Astımlı Çocuk ve Bakım Veren Anneleri Olmak: Biyopsikososyal Bağlamda Bir Sosyal Hizmet Değerlendirmesi

Buğra Yıldırım<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Manisa, Türkiye  
email:bugrayildirim58@gmail.com,  
ORCID:0000-0002-2840-3624

\*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Buğra Yıldırım

Gönderim Tarihi / Received: 28.03.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 30.07.2018

### Öz

Astım, çocukların günlük yaşamları üzerine belirgin etki yapabilen çocukluk çağı hastalıklarından biridir. Yüksek görülme sıklığına sahip olan astım hastalık grubu, doğal olarak çocuğun ve ailesinin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olacaktır. Astım sürecinin hasta ve ailesine sunduğu eşitsizliklerin altında çok fazla neden vardır. Kronik hastalığı bulunan çocukla birlikte yaşamaya her ailenin vereceği tepki ve bu tepkinin şiddeti farklılık gösterir. Aile çocuğun hastalığına karşı yapılandığı zaman hastalığın şiddetinin ortaya koyduğu zorluklar, karmaşık tıbbi ve sosyal rutinler ile daha kolay yüzleşebilir. Diğer taraftan astımlı çocuklarına bakım vermeye başladıkları ilk andan itibaren anneler bir takım sorunlar yaşarlar. Kronik bir hastanın bakım vereni olmak ya da hem bakım vereni hem akrabası hem annesi olmak oldukça zor ve karmaşık bir durumdur ancak astımın kişisel bir trajedi meselesi olmadığı da anlaşılmalıdır. Bu nedenle biyopsikososyal bileşenlere sahip nitelikli bir disiplinlerarası astım yönetim modeli oluşturmaya ihtiyaç vardır. Önceleri kronik hastalıklar konusunda tek gerçek “hastanın nasıl tedavi edileceği” iken, günümüzde yaşam süresinin uzaması, tekrarlanan hastane ve acil servis ziyaretleri nedeniyle tedavide ilgi psikososyal konulara yönelmiştir. Dolayısıyla astımlı çocuk olma deneyimini biyolojik, psikolojik ve sosyal açılardan betimleyerek astımlı çocuklara bakım veren annelerin psikososyal özellikleri ve karşılaştıkları güçlükleri biyopsikososyal bağlam bütünlüğü ile sosyal hizmet perspektifinden gözden geçirmek bu çalışmanın ana amacıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Astım, Astımlı Çocuk, Bakım Veren Anneler, Psikososyal Özellikler, Biyopsikososyal Bağlam, Sosyal Hizmet.

### Abstract

Asthma is one of the childhood diseases that can have a significant effect on children's daily lives. The asthma disease group with a high incidence will naturally cause a deterioration in the quality of life the child and his/her family. There are many reasons for the inequalities that the asthma process presents to the patient and his/her family. The reaction and the severity of this reaction that every family gives to living with a child with a chronic disease vary. When the family organizes against the child's disease, they can more easily face the difficulties presented by the severity of the disease and the complex medical and social routines. On the other hand, mothers experience some problems from the first moment they start to give care to their children with asthma. It is a very difficult and complex situation to be the caregiver or to be the caregiver, the relative, or the mother of a chronic patient, but it must be understood that asthma is not a personal tragedy issue. Therefore, it is necessary to establish a qualified interdisciplinary asthma management model with biopsychosocial components. While the only previously known fact about chronic diseases was “how to treat a patient”, nowadays, the interest in the treatment has been directed to psychosocial issues due to the extended lifespan and repeated hospital and emergency visits. Therefore, the main objective of this study is to describe the experience of being a child with asthma from biological, psychological, and social aspects and to examine the psychosocial characteristics of and difficulties faced by mothers who are caregivers of their asthmatic children from the perspective of social work with the integrity of biopsychosocial context.

**Keywords:** Asthma, Child With Asthma, Caregiver Mothers, Psychosocial Characteristics, Biopsychosocial Context, Social Work.

## 1.Giriş

Günümüzde karşılaştığımız sağlık sorunlarının çoğu, çevresel stres, biyolojik ve kalıtsal faktörler, psikolojik özellikler, sosyal adaletsizlik, güçsüzlük ve diğer sosyal ya da duygusal koşullardan kaynaklanmaktadır [1]. Biyopsikososyal, kültürel ve çevresel faktörlerin fiziksel yapı üzerine etkilerini başta sosyal hizmet uzmanları olmak üzere [2] sağlık alanında çalışan uygulayıcıların anlaması gerekir. Bu nedenle özellikle sağlığın teşviki konusu ve kronik hastalığın ekonomik yükü biyopsikososyal çerçeve çizilirken gündeme getirilmelidir.

Bandura'ya göre sağlığı teşvik etmek; insanların ve bakım verenlerin sağlık alışkanlıklarını değiştirip değiştiremeyecekleri ile ilgilidir. Sağlık alışkanlıklarını değiştirebilmeleri halinde motivasyonu ve başarıyı sürdürmek için gerekli olan azmi seferber edebilmek, fiziksel gerilemelerden ve nüksten kurtulma yeteneklerinin ne kadar iyi olabileceğini belirleyebilmektir [3]. Böylece insan sağlığı yalnızca bireysel değil toplumsal bir konu olarak ele alınır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için kapsamlı bir yaklaşım, insan sağlığı üzerinde yaygın etkileri olan sosyal sistemlerin uygulamalarını değiştirmeyi de gerektirir [3]. Örneğin bazı durumlarda astımlı çocukların bakım verenleri en çok acil servis hizmetlerinden yararlanabilirler [4]. Hastanelerin başta acil servis olmak üzere astımla alakalı bölümlerine astımlı çocukları için sık başvuran bakım verenler, tekrarlayıcı hastane ziyaretleri yapmış olur. Astım kökenli sık başvurular nedeniyle bakım verenler hastane kaynaklarından önemli bir pay alır. Sağlık hizmetlerinden tekrar tekrar yararlanma isteği ve talebi, çevre ve hastalığa özgü eşzamanlı faktörlerin karmaşık bir ürünü olmaya başlar. Bu davranışı gösteren bakım veren annelerin diğer hastalık nüfuslarına bakım verenlere göre daha ağır psikososyal sorunlarının bulunduğu düşünülmektedir.

Kronik hastalıklar hasta ve ailelerinde çeşitli ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Astımın bireyin verimliliğinin kaybı, bakım verenin iş veriminde düşmeye bağlı ücret kaybı gibi dolaylı maliyetlerinin yanı sıra hastaneye yatış sıklığı, doktor ziyaretleri ve ilaçlar doğrudan maliyetleri olarak ifade edilebilir. Küresel ölçekte bakıldığında zaman, astım gibi bulaşıcı olmayan bir hastalığın muazzam ekonomik yük oluşturduğu görülmektedir [5]. Astımın dolaylı ve doğrudan maliyetleri nedeniyle kronik hastalıklar arasında hastalığa ilişkin en yüksek maddi harcamaların yapıldığı rahatsızlıklardan biri olması beklenmektedir [6]. Aslında astımın bu özelliği hastaların ve bakım verenlerin fiziksel, duygusal, sosyal ve mesleki yaşamlarına olan en zararlı etkisidir [7].

Astımın ABD'ye yıllık maliyeti 56 milyon doların üzerinde, Avrupa'ya yıllık maliyeti 19.3 milyon euronun üzerinde ve sadece Türkiye'ye yıllık maliyeti ise 9 milyar lirayı aşmaktadır [8-10]. Halk sağlığı

alanında yapılan maliyet analizlerinde, dolaylı ve doğrudan maliyetler arasındaki dengenin doğrudan maliyetler lehine değişiminin hastalığın toplam maliyetini azaltarak etkilediği bilinir. Astımın yönetimi ve kontrolü standardın altında olduğunda sağlık hizmetlerinden yararlanma ve maliyetler artabilir [11]. Hastalığın iyi yönetimi, dolaylı maliyetleri önleyebilir ve astımın getirdiği ekonomik yükü hafifletebilir [12]. Açıkça astımın kendi ekonomik yüküne hastanın ve bakım veren annelerin diğer ihtiyaçları da eklendiği zaman, astımın neden bir halk sağlığı önceliği olarak ele alınması gerektiği vurgulanmış olur.

Önceleri kronik hastalıklar konusunda tek gerçek “hastanın nasıl tedavi edileceği” iken, günümüzde yaşam süresinin uzaması, tekrarlanan hastane ve acil servis ziyaretleri nedeniyle tedavide ilgi psikososyal konulara yönelmiştir [13,14]. Psikososyal konular hastaların ve bakım verenlerin özellikleri olarak ikiye ayrılabilir çünkü pediatrik hastalar ile çalışırken bakım veren annelerin psikososyal özellikleri bakım sürecinde göz ardı edilmemelidir. Dahası astımlı çocuklarına bakım veren annelerin psikososyal özellikleri her kronik hastalıkta olduğu gibi sosyal hizmet uzmanının dikkatini çeken kilit değişkenlerdir. Dolayısıyla bu çalışma astımlı çocuk olma deneyimini biyolojik, psikolojik ve sosyal açılardan betimleyerek astımlı çocuklara bakım veren annelerin psikososyal özellikleri ve karşılaştıkları güçlükleri biyopsikososyal bağlam bütünlüğü ile sosyal hizmet perspektifinden gözden geçirmektedir.

## 2. Biyopsikososyal Bağlamda Astımlı Çocuk Olmak

Astımın biyolojik faktörleri arasında alt solunum yolu enfeksiyonları; “özellikle gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerde beş yaş altındaki çocukların ölüm nedenleri arasında önemli yer tutar” [15]. Prospektif epidemiyolojik çalışmalarda ise çocukluk çağındaki astım ataklarının %80'inin üst hava yolunun viral enfeksiyonları ile birlikteliği gösterilmiştir [16]. “Allerjik astımlılarda saptanan en yaygın allerjenler akarlar ve polenler” [17] olurken günümüzdeki hava kirliliği düzeyleri çocuklarda astımın ortaya çıkışı ve çocukların hastalığa yakalanma oranı ile doğrudan ilişkilidir [18]. Sigara dumanının da çocukluk çağı astımına etkisi yadsınamaz [19]. Okul öncesi dönemde çok sık karşılaşılan, ataklar halinde gelen, tekrarlayan öksürük, nefes darlığı ve hışıltısı olan çocuklarda astım en başta düşünülecek tanılar arasındadır [20]. Özellikle öksürük astımlı çocuk yatar durumdayken ya da sabah kalktığı ilk saatlerde artar ve astımlı çocuklar genellikle gece öksürüğünden yakınır. Astım bütün yaş gruplarında kronik öksürüğün en sık nedenlerindedir [21]. Hayatın erken yıllarındaki çevresel temaslar ve bu zaman diliminde gerçekleşen solunum yolları tıkanması, genetik yatkınlık ile birlikte çocukluk çağında kalıcı astım için önemli risk faktörleridir. Bazı çocuklarda astım hayat boyu aktif göstergeler ve düşük akciğer fonksiyonları ile devam ederken, bazılarında da adolesan dönemde astım belirtileri söner, hastalık remisyonuna girer [22].

Öte yandan astım ve obezite arasındaki ilişkinin varlığı da kabul edilmekte, obezitenin astım semptomlarını kötüleştirdiği bilinmektedir. Astımlı obez çocukların, “obez olmayanlarla aynı fiziksel aktiviteleri yapabilmelerine karşın fiziksel aktivitelerinde daha çok kısıtlanma hissettikleri” açıklanmaktadır [23]. Biyopsikosozyal değişimlerin yaşandığı çocukluk döneminde “yapılandırılmış ortam ve programlar doğrultusunda, belli bir amaca yönelik aktiviteler ve organize sporlara katılmanın; aerobik kapasite, vücut kompozisyonu, esneklik, kas kuvveti ve genel sağlık durumu ile astımlı çocuğun ruh sağlığı üzerine olumlu etkilerinin bulunduğu” belirtilmiştir [24]. Ancak ailelerin nezdinde astımlı çocuk olmak bu programlara katılmamak ve grup etkinliklerinden uzak tutulmak ile eşdeğer olabilir.

Astım, çocukların günlük yaşamları üzerine belirgin etki yapabilen çocukluk çağı hastalıklarından biridir. Yüksek görülme sıklığına sahip olan astım hastalık grubu, doğal olarak çocuğun ve ailesinin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olacaktır [25]. Ayrıca astımlı çocuklarda psikiyatrik tanı alma yoğunluğu ve davranış sorunları sık görülmektedir. Astım varlığı ile birlikte ortaya çıkan bu komorbid durumlar; astımlı çocuğun benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır [26]. Astımlı çocukların astımlı olmayanlara ya da daha az astım şiddeti gösterenlere göre birden fazla psikolojik sıkıntıyı yaşama, daha yüksek kaygı ve depresyon düzeyine sahip olma durumu bulunmaktadır [27]. Diğer taraftan birçok çalışmanın astım etiyojisi ve tedavisini incelediği fakat astımın sosyal etkileri konusunda çok az çalışma yapıldığı bilinmektedir. [28]. Tıbbi boyutunun yanı sıra herhangi bir hastalık gibi astım da sosyal boyuta sahiptir ve giderek bu iki boyutun birbirine bağlı olduğu anlaşılmaktadır. Astımlı çocuklar ve bakım verenleri istihdam, okullaşma, fiziksel aktiviteler, sosyal etkileşim, kişisel ilişkiler ve duygusal iyilik hali gibi konularda astımdan çok farklı şekillerde etkilenir. Artık astımın genel sosyal etkisinin; şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür [29]. Okul öncesi çocukluk çağından sonra okul çağında da gelişim göstermeye devam eden astımın sosyal boyutunda bilhassa okul devamsızlıkları ve çocuklarda önemli miktarda aktivite sınırlaması oluşturması ele alınabilir. Bu, astımlı çocukların kişisel beceri alanlarında zorlanmalar sergilerken aileye mali yük getiren, sosyal ve ailesel izolasyona sebebiyet veren bir hastalığa yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde de sahip olacaklarının göstergesidir [29].

Erken çocuklukta astımın bir dereceye kadar kalıtımla ilgili olduğu, astım tanısının çocuğun cinsiyetine, ırk ve etnik kökenine bağlı olarak değişebildiği (erkeklerde kızlara oranla iki kat, siyahi çocuklarda beyazlara oranla 3 kat daha yaygın görülmekte) ve diğer alerjik hastalık formlarıyla karmaşık bir etkileşime sahip olduğu sonucuna varılmıştır [30]. Dolayısıyla astımlı çocuk olmak demek alerjik etmenlere maruz kalma, ırk, etnik köken ve cinsiyete göre risk altında bulunma, okul

öncesi, okul çağı ve sonrası dönemde hassasiyet gösterilmesi gereken bireyler grubunun bir üyesi olmak demektir.

Astımlı çocuklar genelde sağlıksız konutlarda yaşayan çocuklardır ve bu konutlarda kaynağı belirlenemeyen astım tetikleyicileri bulunabilir [31]. Sağlıksız konutlarda yaşayan çocuklarda astım ve solunum sistemi hastalıklarının görülme sıklığı yüksektir. İlâveten, astımlı çocuğun ailesi ile çalışırken hastalık sürecinde ilaç kullanımını denetlemek ve astımdan etkilenen çocuğu doktora götürüp getirmek gibi zaman ayırmaya yönelik bakım faaliyetlerinin gerektiği bilinmelidir [32]. Aileler sıklıkla yerleşim yerlerini çocuğun hastalığı nedeniyle tıbbi müdahaleye daha yakın olmak için değiştirirler ya da yakınında bulunan bakım hizmetlerine veya çocuğu için gerekli tıbbi hizmetlere bağımlı olmalarından dolayı belirli bir muhitte kısıtlı kalırlar (32). Ayrıca çalışan bir bakım veren anne çalışma yaşamındaki rollerine ve çocuğunun hastalığı nedeniyle geçirdiği stresli süreçleri anlamayan meslektaşlarına da dikkat etmek zorundadır [32]. Bu nedenle astımlı çocuklar bakım veren anneleri ile birlikte tıbbi tedavileri gereği hastane yollarını arşınlayan, sağlıksız ortamlarda ve koşullarda yaşayan, annelerinin diğer bireysel sorumluluklarını öteleyerek özel ilgi ve duygulanım gösterdiği çocuklardır. Astımlı çocuk olmak ya sağlıksız, dar bir sosyal çevrede kısıtlı kalmak ya da hastalıktan ötürü mobilizasyon nedeniyle bir yerden başka bir yere savrulmak demektir.

### **3.Astımlı Çocuğa Bakım Verme Sürecinde Psikosozyal Boyut**

Astımlı çocuklarına bakım vermeye başladıkları ilk andan itibaren anneler bir takım sorunlar yaşarlar. Hastalığın süresi, hastaneye yatma sıklığı, tedavi ekibi ve tutumları hakkındaki düşünceler, astım hakkındaki bilgi edinme ya da bilgilendirilme durumları, mevcut sağlık sistemiyle bütünleşebilme çabaları, annelerin tecrübe ettiği iş gücü kayıpları ve hastalık eksenli ekonomik sıkıntılar bu sorunların başındadır. Tüm bu sorunlar hastalık sürecini oluşturur. Hastalık sürecinin yoğunluğu astımın ne kadar ciddi bir sağlık sorunu olduğunu gözler önüne sermektedir. Dünyada her yaşta çocuk kontrol edilemeyen, günlük yaşam üzerine ciddi sınırlar koyan ve “bazen ölümcül olabilen, bu kronik hava yolu hastalığından” etkilenir.

Astım sürecinin hasta ve ailesine sunduğu eşitsizliklerin altında çok fazla neden vardır. Yoksulluk, kültürel farklar, sağlık hizmetlerine erişim, hizmetlerin kalitesi ve alerjenlere maruz kalma arasındaki ilişkilerden kaynaklanan sorunları aileler tedavi rejimlerine bağı kalarak aşabilir [33]. Kronik hastalıkların tedavisinde ailenin tedaviye etkin biçimde katılması gerekliliği ve ailelerin sağlığının korunmasının önemi belirtilmektedir [34]. Nitekim ailedeki çatışmalar kronik hastalığın gelişimine olumsuz etki etmektedir [35]. İlâveten aile içi çatışmalar gibi önemli yaşam olayları hastalık sürecinin psikososyal boyutu içinde yer alan bakım yükünü, algılanan sosyal desteği ve aile işlevlerini etkileyebilir.

### 3.1 Bakım Verme ve Annelerin Bakım Yükü

Bakım verme; yakın ilişkilerin gelişmesi, samimiyet ve sevginin artması, elde edilen deneyim sayesinde yaşamı anlamlandırma, kişisel gelişim, başka bireylerden sosyal destek sağlama, kişisel doyuma ulaşma ve bakım verenin kendine saygı duyması gibi olumlu durumların yanı sıra pek çok zorluğun da yaşanmasına neden olabilmektedir [36]. Öncül bakım veren, hastanın günlük yaşantısının merkezindedir ve çoğunlukla hem hastanın hem de kendi sosyal ağlarıyla temas halindedir. “Bakım verme sorumluluğu arttıkça bakım sunma-bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, uzun dönemli, yoğun, bağımlı ve tek yönlü bir zorunluluğa dönüştürebilmektedir.” Genellikle ailede bakım verme rolü bakım verenin yaşamındaki (sosyal yaşam, aile hayatı, iş gibi) diğer taleplerden kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince bakım veren yüküne yol açabilmektedir [37]. Bakım verene yük olarak geri dönen bir başka durum ise “kronik bir hastalığı olup sürekli bakım gereksinimi olan hasta bireyin” aile işlevlerini bozmasıdır. Yük, bakımın ortaya çıkardığı, bakım verenlerin üstlendiği, sosyal problemler, ekonomik problemler, fiziksel sağlık problemleri, aile ilişkilerinin bozulması, psikolojik sıkıntı ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi “olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar” olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın ortaya çıkardığı güçlüklerin aile üyelerine yansması ve istenmeyen olaylar; “evde bakım verme desteğinin tehlikeye girmesine ve evde bakımın önemli bileşeni olan bakım verenin üzerindeki yükün artmasına” yol açmaktadır. Bu yükün belirlenmesi, ortaya çıkarılması ve çözüm önerilerinin getirilmesi hem bakım alanların hem de bakım verenlerin ihtiyaçlarının karşılanmasını ve dolayısıyla her iki grubun yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır [38,39].

Bir kişi ciddi bir şekilde rahatsızlandığında, kronik bir hastalığa yakalandığında ya da ölüme yaklaştığında ailesindeki normal ilişkiler genellikle çarpıtılmış ve asimetrik olur. Bu aynı zamanda ebeveynler, eşler ve akraba grubu ilişkilerini içermektedir. Günden güne aile içinde hasta bireyi takip etmek zor olabileceği [40] gibi hastanın bakım yükü tek bir kişinin örneğin bakım veren annenin üzerine de yıkılmış olabilir. Anneler bu duruma ses çıkarmayabilirler çünkü kadınlar eski sorumluluklarının devamı olarak bakım vermeyi görmekte iken erkekler bakım verme sorumluluklarına yabancıdır [37]. Aile üyeleri arasında genellikle bakım verenin kadın olmasının, sağlık personelinin ve akrabalarından yeterince destek alamamanın, ailenin ekonomik durumunun kötü olmasının, bakım verenin yaşının ilerlemesinin, hastaya olan yakınlığının, başatme yeteneklerinin, inançlarının, sosyal desteğinin, sağlık sorunları ve depresif belirtilerinin, uzun soluklu bakım verme saatinin ve uzun dönem bakımda aile içi rollerin değişmesinin, yaşadığı toplumun kültürel özelliklerinin ve bakım vermeye gönüllü olup olmamasının bakım yükünü arttıran özellikler olduğu bulunmuştur [41-44].

Kronik bir hastanın bakım vereni olmak ya da hem bakım vereni hem akrabası hem annesi olmak oldukça zor ve karmaşık bir durumdur. Bakım verenin eş ya da anne olmasının daha fazla üzüntü yaşamaya, duygusal düşkünlüğe hatta strese neden olduğu belirtilmektedir [45]. Pek çok bakım veren için hastanın ihtiyaçlarının temini kolaylıkla mümkün olabilir ve ihtiyaç temini konusu bakım vereni iyi hissettirebilir. Hastanın bakım vereni annesi olduğu zaman ise bu durum büyük fedakârlıklar içerebilir. Bakım veren kendi üzüntüsü ve sorumlu olduğu görevler dışında çok sayıda soruna pratik çözümler aramak zorunda kalacak, varoluşsal sorgulamalara başvuracaktır [46]. Bakım veren anne bu tarz varoluşsal sorgulamalara başvurduğunda, anne ve profesyoneller arasında bakım verme süreci ile ilgili görüşmeler yapılmalıdır. Annenin varoluşsal sorgulamaları, kültürel ve ekonomik şartlarının değişmesi bakım verme rolünü zorlaştırdığı için hastalarla birlikte bakım veren anneler de tedavi programlarına dâhil edilmeli, hasta kadar annesinin de sağlık durumuyla ilgilenilmeli ve sorunlarını ifade etmesine yardımcı olunmalıdır [47]. Bu bireyler yardım alabilecekleri kişi ve kurumlara yönlendirilmeli ve onların uyum süreçleri mutlaka izlenmelidir [47].

### 3.2 Bakım Veren Annelerin Aile İşlevselliği

Astım gibi kronik hastalığı olan çocuklarda ailenin işleyişi ve ailenin bağlamsal faktörleri son zamanlarda daha sık incelenmeye başlamıştır. Aile optimal astım bakımını sürdürmede önemli bir rol oynar [48]. Astım tedavisi güçlendirilmiş aile rutinlerinin etkili yapısı ile sorun çözmeye dayanır [49]. Araştırmalar iyi işleyen aile yapısının astımlı çocuklarda hastalığı yönetmek ya da astımla başatme konusunda etkili olduğunu göstermiştir [49-51]. Kronik hastalıktan sonra çocuğun bakımı aileye ciddi sorumluluklar getirmekte ve ailedeki esnekliği ortadan kaldırmaktadır [52]. Aile yapısı aynı zamanda çocuklara verilen astım bakımının niteliğini etkileyebilir. Ailenin astım bakım yeterliliği ile çocuktaki astımın içsel şiddeti arasında tanımlanamayan bir birliktelik bulmuştur [53].

Hastalık aile yapısına nüfuz ettiğinde her gün yaşamımızın temel taşları; sürekli değişimi ve belirsizliği yönetme ile olasılıkları ve sonuçları üstlenme sorumluluğunu yerine getirmeye çalışır [2] ancak çatışma, saldırgan davranışlar ve beslenme yetersizliği ile karakterize olan aile ortamlarında bazı çocukların astıma yakalanma riski de artmaktadır [54]. Aile içinde etkisiz iletişim kalıplarına başvurulduğunda üyeler muhtemelen birbirinden kaçınma eğilimi gösterir. Üyeler birlikte olduklarında ve ailede etkili iletişim algısı oluştuğunda sorunları inkâr edip tartışmaktan, düşmanca ve çatışmalı etkileşimlere girmekten kaçınırlar [55]. Sonuçta bu şekilde hareket etmek hastalığın aile yapısına bağlı olarak ilerlemesini engeller.

Astımlı çocukla birlikte yaşamaya her ailenin vereceği tepki ve bu tepkinin şiddeti farklılık gösterir. “Astımlı

çocuğa sahip aileler, böyle bir sorunla karşı karşıya olmayan ailelere oranla astımın getirdiği sıkıntılara meydan okuyup, zorluklara göğüs germektedir fakat yine de uzmanlar ailenin astımla yaşama durumuna uyum sağlaması konusunda” tam anlamıyla başarılı olduklarını söyleyemez [56]. Kronik bir hastalığa karşı aileler çoğu zaman bakım verme rolünü herhangi bir destek almadan yerine getirmektedirler [57]. Aile üyelerinin günlük yaşamlarında hasta bir bireyin bulunmasından dolayı yüzleştiği olaylar, sorunlar ve zorluklar hastalığın aileye etkisini tanımlar [44]. Okula gidilemeyen günlerin ve gece uyanmalarının sıklığı, fiziksel aktivitelerin kısıtlılığı, acil müdahale gerektiren ve yaşamı tehdit eden atakların varlığı ile ekonomik sorunlar ailenin işlevlerini etkiler [58]. Ruh sağlığı uzmanlarından yeterli yardımı da alamayan ailelerin [59] hastalığı yönetememesi beklendik bir sonuçtur. Hastalığın aileye olan etkilerinin aile üyeleri tarafından fark edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerekir.

Aile çocuğun hastalığına karşı yapılandığı zaman hastalığın şiddetinin ortaya koyduğu zorluklar, karmaşık tıbbi ve sosyal rutinler ile daha kolay yüzleşebilir. Aile üyeleri arasında her konuda etkili işbölümü hastalığın duygusal ve pratik zorluklarını yönetmede bakım verene kolaylık sağlayabilir. Hastalık nedeniyle aile yeni deneyimlere açık olduğu zaman hastalık tablosuna daha erken müdahalede bulunmak ve çocuğun belirli klinik zorluklar karşısındaki hassasiyetinin önüne geçmek zor bir uğraş olmaktan çıkabilir [60]. Bilinmesi gereken şey tıpkı bireylerde olduğu gibi ailenin de medikal ve psikososyal alanlarının sonsuza dek birbirine bağlı olmasıdır. Ailenin dinamikleri ve günlük rutinleri anlaşıldığı zaman çocuğun tedavisi ve hastalığı hakkında konuşmak daha kolay olabilir [61]. Astımla mücadelede aile hastalık deneyimi için normatif bir bağlam oluşturmak zorundadır. Bu bağlamda aile şu durumlara vakıf olmalıdır: Aile kronik hastalığın talepleriyle ilişkili olarak aile birimi ve bireysel üyeleri için yaşam döngüsü değişimlerini değerlendirmelidir [62]. Aile bakım verenler sistemine rehberlik eden kültürel, tinsel ve cinsiyete dayalı inançları anlamalıdır. Ailelerin kendilerini sistemik bir işlevsel birim olarak algılamaları gerekir [62]. Böylece aile üyeleri bakım verilen çocuğun yaşadığı zorluklar ile bakım veren annelerin yaşamında nelerin değiştiğini anlamaya çalışabilir.

Bakım verme eyleminin sadece anne üzerinden yürütülmesi, annenin duygu ve düşünce dünyasının aile üyelerince anlaşılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu anlayış ile bakım veren annenin desteklenmesi sağlanabilir. Bakım veren annelerin üstünde bulunan diğer sorumlulukları aksatmaya başlaması ailenin yaşantısına, alışkanlıklarına ve döngüsüne yeni zorluklar ekleyeceği için annenin işlev kaybı aslında ailenin işlev kaybı olabilir. “Aile içinde her bireye bakımla ilgili eşit sorumluluk vermek ve aile üyeleri ile bakım yükünü paylaşmak” anneye düşen yükü hafifletebilir, sıkıntılarını azaltabilir, astımın kolaylıkla yönetilmesine

yardımcı olabilir, işlevsel aileyi bakım verme ve hastalık süreçlerinde tekrar ortaya çıkarabilir.

**3.3 Bakım Veren Annelerin Algıladığı Sosyal Destek**  
Sosyal destek, diğerlerinin vereceği desteği kabul etme ve bireyin yakın çevresinden yardım isteme ile ilgili olup “fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde olumlu etkilere” sahiptir [63]. Sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerine olumlu etkileri araştırmalar ile de desteklenmiştir. Sosyal destek strese karşı tampon görevinde bulunur [64] ve sosyal desteğe sahip olan bireylerin daha sağlıklı oldukları saptamıştır [65]. Astım gibi kronik hastalıklarda çocuğun ataklarında azalma görülme oranı bakım vereninin sosyal destek mekanizmalarını yeterince kullanması ile olumlu yönde ilişkilendirilir [66].

“Sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin kendi gözlemleri de tartışılmaktadır” [67]. Buna algılanan sosyal destek denir. Algılanan sosyal destek; “diğer insanlardan gelen desteğin varlığının ve yeterliliğinin bilişsel olarak değerlendirilmesi” [68] ve bu destek ağının varlığından bireylerin farkında olup olmadıkları ile memnun olma durumlarını içerir [69]. “Tanımlarından ve işlevlerinden de anlaşılacağı gibi sosyal destek çok boyutlu bir yapı olup, farklı destek kaynaklarından doyum almanın yanı sıra, aile için gerekli olan destek kaynaklarının sayısını da ifade etmektedir” [70].

Bakım veren annelerin en önemli sosyal destek kaynağı pek çok toplumda olduğu gibi aile üyeleridir. Bakım veren anneler sosyal desteği eşlerinden sağlayabileceği gibi kendi kök ailesindeki bireylerden, annelerinden, babalarından ve kardeşlerinden de temin edebilirler. Dolayısıyla bakım veren annelere aileleri tarafından sunulan sosyal destek aile dinamikleri ve ilişkilerini etkileyecektir.

Bakım veren anneler, bakım verme sürecinde astımlı çocuğu ile birlikte hastane, okul çevresi ve iş yaşamında, sağlık profesyonelleri, diğer hastalar ve bakım verenleri ile etkileşime girer. Bakım verme sorumluluğu bu etkileşimler sonucunda yeni bir kültürün doğmasına neden olur. Bu yeni kültür, astımdan kaynaklı astımla alakalı diğer ortam ve insanlarla etkileşimler, bakım veren anneyi olumsuz yönde etkileyebilir. Bakım veren annenin bütün çabalarına rağmen astımın kontrol edilememesi, yönetilememesi ve daha iyi durumdaki astımlı çocuklarla kendi çocuğunu kıyaslama hem anne de hem de astımlı çocuk üzerinde yoğun stres oluşturur. Aile üyelerinde kültürel etkileşim sonucunda oluşan bu yoğun stres ile çocuktaki astım ataklarının artışı arasında bir bağ olduğu vurgulanır [71]. Ailede kültürel etkileşim sonucunda oluşan stresi önleyebilmek için bakım veren anneler sosyal destek mekanizmalarından yararlanabilir. Bakım veren annelerin sosyal ve psikolojik sağlığını yükseltmek amacıyla sosyal destek sistemleri ailelerinin ve arkadaşlarının katkısıyla güçlendirilebilir. Ancak ailelerinden ve arkadaşlarından

yeterli destek göremeyen bakım veren annelerin hastane çevresinde sosyal destek sağlayabileceği mekanizmalar da bulunmalıdır. Sosyal servisler ya da profesyoneller bu mekanizmaların başında yer almalıdır. Böylece sosyal hizmet, bir yandan bakım veren annenin sosyal destek mekanizmalarını güçlendirebilir öte yandan anneye profesyonel sosyal destek sağlayabilir. En azından sosyal servisler ya da profesyoneller aracılığıyla sağlanacak olan sosyal desteğin algılanma durumu, bakım veren annelerin ailelerini değerlendirme düzeyleri ve bakım yükleri arasında işbirliği ortamı yaratılabilir.

#### 4. Değerlendirme ve Sonuç

Astımlı çocuğa bakım vermek annelerin yaşamını çok yönlü etkilemekte, yardım ve destek gereksinimlerinin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca bir annenin bakım veren sıfatına sahip olmaksızın astımlı çocuğunu önemseyemediğini fark etmek önemlidir. Bu gereksinimleri karşılamak amacıyla bakım veren anneler psikososyal açıdan güçlendirilmelidir. Bakım veren anne aynı zamanda sosyal hizmet uzmanının müracaatçısıdır. Astımlı çocuğa bakım verme sürecinde tıbbi tedavi ekibinin hasta ve bakım vereni ile birlikte hareket etmesi hastalıkla mücadele noktasında asıl öznenin anne olduğunun kabul edilmesini sağlar. Genelde hassas guruplardan müracaatçılar özelde ise bakım veren anneler ile birlikte hareket ederken yani müracaatçılara yeni beceriler kazandırılırken sosyal hizmet uzmanları onların kişisel saygısını inşa etmesine yardımcı olmalı, kendine olan güvenini zedelememeli ve bu güven duygusunun artırılması için yardım edici-yol acıci roller üstlenmelidir. Sosyal hizmet uzmanının astımlı çocuk ve bakım verenine yardım edebilmesi demek; mesleki tecrübesini psikososyal bileşenlerle yekpare sunabilmesi ve bakım verme sürecinde annelerin tecrübe ettiği duygusal deneyimler hakkında bilgi sahibi olması demektir.

Bakım veren annelerin özelliklerinin bilinmesi; sağlık politikalarının oluşturulması, sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi, sunulacak hizmetin planlanmasında kaynakların saptanması, güçlük yaşama yönünden risk altındaki grubun belirlenmesi ve destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması açısından önemlidir. Sağlık profesyonelleri tarafından bakım veren annelerin eğitim ve bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması önerilir [72]. Annelerin bakım verme rolünün bir sonucu olarak fiziksel, duygusal ve ekonomik deneyimleri sağlık alanında çalışan profesyonellere ilerleyen yıllarda ne yapılması gerektiği yönünde kanıtlar sunar. Hangi faktörlerin bakım yüküne aracılık ettiğini ya da bu yükü azalttığını anlamak sağlık bakım ilkeleri ve politikalarının yanı sıra bakım veren annelerle sosyal hizmet uygulamasının içeriğinin şekillendirilmesine de yardımcı olur [73].

Diğer taraftan astımlı çocukların pediatrik değerlendirmesinde somatizasyona teşvik eden bir aile organizasyonu, çocuğun ebeveyn çatışmalarına tanık

olması ve fizyolojik açıdan kırgınlık [74] gibi biyopsikososyal değişkenlerin varlığı tanımlanmıştır. Astımlı çocuk hastalığının kendi belirtileri, akut dönemleri ve hastalığı yönetebilmek amacıyla gereken günlük tıbbi tedavi ve rejim nedeniyle stres yaşar [75]. Astım atakları ya da aile yapısında kırılma gibi akut müdahale gerektiren durumlarda aile merkezli yatan hasta bakımının yanı sıra astımlı çocuğa diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte etkili ve kapsamlı bir hasta bakımı sunmak temel ihtiyaçtır. Üst düzey profesyonel standartları karşılayan, teknoloji destekli, çocuğun hastalığı ile ilgili karar verme ve tedaviye katılım hakkını odağına alan, çocuğu, çocuğun sorunlarını ve durumunu anlayan etik açıdan doğru sağlık hizmet sunumu astımlı çocuğa verilmelidir [76] çünkü çocuk astım nedeniyle akut ataklara karşı durmaya çalışırken onun maruz kaldığı stres doğrudan ruh sağlığını, bakım verenlerinin ise duygusal refahını etkilemektedir [75]. Şehirlerde yaşayan pek çok astımlı çocuk ve bakım veren annenin düzenli aralıklarla tıbbi tedavi ekibi tarafından ziyaret edilmesi ile astım rehberleri tabanlı bakım sayesinde sahip oldukları hastalık kısa vadede kontrol altına alınabilir. Uzun vadeli kontrol ise çocukların ataklarının şiddetine ve bakım veren annelerin gereksinimlerine göre son derece değişken olabilir. Tedaviyi bireyselleştirmek ve değişkenleri belirlemek amacıyla astımlı çocukları ve bakım verenleri izleme sistemi gereklidir. Tedavinin bireyselleştirilmesi, her bireyin kendine özgü olduğu gerçeğinin kabul edilmesiyle uyumludur. Sosyal hizmet bakış açısı her astımlı çocuğun ve bakım veren annenin biricik olduğu inancını taşır.

Hastalık yükü pediatrik astım konusunda toplumsal kaygıyı tetikleyebilir. Sosyal hizmet uzmanları toplumun kaygısına eleştirel biçimde projeksiyon tutabilir [77]. Onlar, ön saflarda yer alarak kullandığı yeniliklerle birlikte sağlık alanında sosyal eşitsizlikler tarafından tehdit edilen farklı grupların ihtiyaçlarına cevap verir. Annelerin bir yandan kendi yaşamlarına devam etme bir yandan da bakım verme sürecinde iyilik hallerini sürdürebilmesi ve astımlı çocuğa nitelikli psikososyal bakım sağlanabilmesi için sosyal hizmet uzmanları uyanık olmalıdır. Sonuçta astımın kişisel bir trajedi meselesi olmadığı anlaşılmalıdır. Sağlıksız yaşam tarzları, yoksulluk, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluklar, etkili bir tedaviden ve sosyal destekten yoksunluk, başarılı bir pediatrik astım yönetimi anlayışının gelişmemesi, aile işlevselliğinde kayıplar ile annelerin bakım yükü gibi faktörlerin hepsi aslında astımı biyopsikososyal sorun haline getiren unsurlardır. Sosyal hizmetin insan hayatına dokunan bilgi birikiminden de yararlanarak biyopsikososyal bileşenlere sahip nitelikli bir disiplinlerarası astım yönetim modeli oluşturmaya ihtiyaç vardır.

#### 5. Referanslar

1. Cowles L.A.F, Social Work in The Health Field: A Care Perspective; 2nd Edition, Routledge: New York, 2010.
2. Price L, Walker, L, Chronic Illness, Vulnerability and Social Work: Autoimmunity and The Contemporary Disease Experience; 1st Edition, Routledge: London, 2015.

3. Bandura, A, Health promotion by social cognitive means, *Health Education & Behavior*, 2004, 31(2),143-164.
4. Coffey, J, Cloutier, M, Meadows-Oliver, Terrazos, C, Puerto Rican families' experiences of asthma and use of the emergency department for asthma care, *Journal of Pediatric Health Care*, 2012, 26(5), 356-363.
5. The Global Asthma Network, The global asthma report 2014. [http://www.globalasthmareport.org/resources/Global\\_Asthma\\_Report\\_2014.pdf](http://www.globalasthmareport.org/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf), 2014 (Erişim Tarihi: 24.09.2015).
6. Bahadori, K, Doyle-Waters, M.M, Marra, C, Lynd, L, Alasaly, K, Swiston, J, FitzGerald, J.M, Economic burden of asthma: A systematic review, *BMC Pulmonary Medicine*, 2009, 9(1), 9-24.
7. Braman, S.S, The global burden of asthma, *CHEST Journal*, 2006, 130(1 Suppl.), S4-S12.
8. Accordini S, Corsico, A.G, Braggion, M, Gerbase, M.W, Gislason, D, Gulsvik, A, Joachim, H, et al., The cost of persistent asthma in Europe: An international population-based study in adults, *International Archives of Allergy and Immunology*, 2013, 160(1), 93-101.
9. A.A, Astımın Türkiye'ye maliyeti 9 milyar lirayı aştı. <http://www.aa.com.tr/tr/saglik/astimin-turkiyeye-maliyeti-9-milyar-lirayi-asti/43786>, 2015 (Erişim Tarihi: 26.10.2015).
10. AAFA, Cost of asthma. <https://www.aafa.org/display.cfm?id=6&sub=63>, 2015 (Erişim Tarihi: 26.10.2015).
11. Ismaila, S.A, Sayani, P.A, Marin, M, Su, Z, Clinical, economic, and humanistic burden of asthma in canada: A systematic review, *BMC Pulmonary Medicine*, 2013, 13(70), 1-23.
12. Beasley, R, The burden of asthma with specific reference to the United States, *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2002, 109(5 Suppl.), S482-S489.
13. Van Dongen-Melman, J.E.W.M, Van Zuuren, F.J, Verhulst, F.C, Experiences of parents of childhood cancer survivors: A qualitative analysis, *Patient Education and Counseling*, 1998, 34(3), 185-200.
14. James, K, Keegan-Wells, D, Hinds, P.S, Kelly, K.P, Bond, D, Hall, B, Mahan, R, et al., The care of my child with cancer: Parents' perceptions of caregiving demands, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2002, 19(6), 218-228.
15. Alkan, S, Yılmaz Ö, Yüksel H, Çocukluk çağı alt solunum yolu enfeksiyonlarında yeni etkenler. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2010, 4(3), 187-192.
16. Uyan, A.P, Özyürek, H, Kocabay, K, Çocukluk çağı astımı ile solunum yolu viral enfeksiyonlarının ilişkisi, *Türkiye Klinikleri Journal of Allergy & Asthma*, 2001, 3(2), 94-98.
17. Talay, F, Kurt, B, Tuğ, T. Allerjik ve allerjik olmayan astımlı hastaların klinik özellikleri ve solunum fonksiyonlarının karşılaştırılması, *Düzece Tıp Dergisi*, 2008, 3, 15-20.
18. Patel, M.M, Miller, R.L. Hava kirliliği ve çocukluk çağı astımı: Son gelişmeler ve geleceğe yönelik talimatlar, *Current Opinion in Pediatrics*, 2009, 3(2), 74-83.
19. Çapan, N, Astım ve sigara içimi, *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 2011, 22(2), 73-75.
20. Yavuz, S.T, Şekerel, B.E, Çocukluk çağı astımında tanı: Her hışıltılı çocuk astım mıdır?. *Türkiye Klinikleri Journal of Immunology Allergy-Special Topics*, 2010, 3(2), 1-7.
21. Öner, N, Yolsal, G.E, Şimşek, A, Çocuklarda kronik öksürüğe yaklaşım, *STED*, 2003, 12(7), 258-260.
22. İnal, A, Karakoç, G.B, Çocukluk çağı astımı gelişimindeki risk faktörleri, *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Sciences*, 2009, 5(3), 22-32.
23. Özbek, Ö.Y, Astım ve obezite, *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Sciences*, 2009, 5(3), 50-54.
24. Alpaslan, A.H, Ergen ruh sağlığı ve spor, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2012, 13(3), 181-185.
25. Yüksel, H, Yılmaz Ö, Çocukluk çağı astımı ve yaşam kalitesi, *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Sciences*, 2009, 5(3), 85-90.
26. Ölçer, S, Fiş, N.P, Berkem, M, Karadağ, B, Astımlı çocukların benlik saygıları ve annelerinin duygu dışavurum düzeylerinin değerlendirilmesi, *Türk Pediatri Arşivi*, 2010, 45(2), 144-149.
27. Gillaspay, S.R, Hoff, A.L, Mullins, L.L, Van Pelt J.C, Chaney, J.M, Psychological distress in high-risk youth with asthma, *Journal of Pediatric Psychology*, 2002, 27(4), 363-71.
28. Andrew, N, Booth, T, The social impact of asthma, *Family Practice*, 1991, 8(1), 37-41.
29. Mailick, M.D, Holden, G, Walther, V.N. Coping with childhood asthma: Caretakers' views, *Health & Social Work*, 1994, 19(2), 103-111.
30. Akinbami, L.J, Schoendorf, K.C, Trends in childhood asthma: Prevalence, health care utilization, and mortality, *Pediatrics*, 2002, 110(2), 315-322.
31. Williams, D.R, Sternthal, M, Wright, R.J. Social determinants: Taking the social context of asthma seriously, *Pediatrics*, 2009, 123(3 Suppl.), S174-S184.
32. Vickers, M.H, Working And Caring For A Child With Chronic Illness: Disconnected And Doing It All; 1st Edition, New York: Palgrave Macmillan, 2006.
33. Swartz, M.K, Banasiak, N.C, Meadows-Oliver, M, Barriers to effective pediatric asthma care. *Journal of Pediatric Health Care*, 2005, 19(2), 71-79.
34. Doğan, O, Doğan, S, Tel, H, Çoker, F, Polatöz, Ö, Başeğmez, F.D, Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002, 3, 133-139.
35. Tüzer, V, Zincir, S, Başterzi, A.D, Aydemir, Ç, Kısa, C, Göka, E, Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi, *Klinik Psikiyatri*, 2003, 6, 198-203.
36. Chapman, D.G, Toseland, R.W, Effectiveness of advanced illness care teams for nursing home residents with dementia, *Social Work*, 2007, 52(4), 321-329.
37. Atagün, İ.M, Balaban, D.Ö, Atagün, Z, Elagöz, M, Yılmaz Özpolat, A, Kronik hastalıklarda bakım veren yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3(3), 513-552.
38. Küçükgüçlü, Ö, Esen, A, Yener, G, Bakımverenlerin yükü envanterinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi, *Journal of Neurological Sciences*, 2009, 26(1), 60-73.
39. Özer, S, Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2010, 1(1), 3-7.
40. Öhlen, J, Andershed, B, Berg, C, Frid, I, Palm, C.A, Ternstedt, B.M, Segesten, K, Relatives in end-of-life care-part 2: A theory for enabling safety, *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16(2), 382-390.
41. Cain, C.J, Wicks, M.N, Caregiver attributes as correlates of burden in family caregivers coping with chronic obstructive pulmonary disease, *Journal of Family Nursing*, 2000, 6(1), 46-68.
42. Nabors, N, Seacat, J, Rosenthal, M, Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury, *Brain Injury*, 2002, 16(12), 1039-1050.
43. Saunders, M.M, Factors associated with caregiver burden in heart failure family caregivers, *Western Journal of Nursing Research*, 2008, 30(8), 943-959.
44. Gülseren, L, Çam, B, Karakoç, B, Yiğit, T, Esen Danacı, A, Çubukçuoğlu, Z, Taş, C, Gülseren, Ş, Mete, L, Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21(3), 203-212.
45. Karancı, A.N, İnandılar, H, Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 2002 37(2), 80-88.
46. Tuncay, T, Işıkhhan, V, Psychological symptoms, illness-related concerns and characteristics of relatives of Turkish patients with cancer, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2010, 11(6), 1659-1667.
47. Zarit, S.H, Family care and burden at the end of life, *CAMJ*, 2004, 170(12), 1811-1812.
48. Rhee H, Belyea, M.J, Brasch, J, Family support and asthma outcomes in adolescents: Barriers to adherence as a mediator, *Journal of Adolescent Health*, 2010, 47(5), 472-478.
49. Fiese, B, Winter, M, Anbar, R, Howell, K, Poltrock, S, Family climate of routine asthma care: Associating perceived burden and mother-child interaction patterns to child well-being, *Family Process*, 2008, 47(1), 63-79.
50. Downey, D.B, Number of siblings and intellectual development: The resource dilution explanation, *American Psychologist*, 2001, (6-7), 497-504.
51. Wood, B.L, Lim, J, Miller, B.D, Cheah, P.A, Simmens, S, Stern, T, Waxmonsky, J, Ballow, M, Family emotional

- climate, depression, emotional triggering of asthma, and disease severity in pediatric asthma: Examination of pathways of effect, *Journal of Pediatric Psychology*, 2007, 32(5), 542-551.
52. Gustafsson, D, Olofsson, N, Andersson, F, Lindberg, B, Schollin, J, Effect of asthma in childhood on psycho-social problems in the family, *Journal of Psychosomatic Research*, 2002, 53(6), 1071-1075.
  53. Chen, A.Y, Escarce, J. Family structure and the treatment of childhood asthma, *Medical Care*, 2008, 46(2), 174-184.
  54. Kaugars, A.S, Klinnert, M.D, Bender, B.G. Family influences on pediatric asthma, *Journal of Pediatric Psychology*, 2004, 29(7), 475-491.
  55. Blechman, E.A, Delamater, A.M, Family communication and Type1 Diabetes: A window on the social environment of chronically ill children. In: Cole R.E, Reiss D (eds.) *How do families cope with chronic illness*, 1st ed. Routledge, New York, 1993, ss. 1-24.
  56. Er, M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2006, 49(2), 155-168.
  57. Pickett-Schenk, S.A, Lippincott, R.C, Bennett, C, Steigman, P.J, Improving knowledge about mental illness through family-led education: The journey of hope, *Psychiatric Services*, 2008, 59(1), 49-56.
  58. Karaman, Ö, Babayiğit, A, Ölmez D, Çocukluk çağında astım, *Journal of Current Pediatric*, 2006, 3, 56-62.
  59. Duman, Z.Ç, Bademli, K, Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistematik bir inceleme, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 5(1), 78-84.
  60. Reiss, D, Steinglass, P, Howe, G, The family's organization around the illness. In: Cole R.E, Reiss D, (eds.) *How do families cope with chronic illness*, 1st ed. Routledge, New York, 1993, ss. 173-213.
  61. Carranza CMG. *Social Work In The Hospital Setting Interventions*, 1st Edition. USA: Trafford Publishing, 2013.
  62. Rolland JS. Families, health and illness. In: Gehlert S, Browne T, Eds.. *Handbook of health and social work*. 2nd ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2012; 318-42.
  63. Doğan, T. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali, *Türk PDR Dergisi*, 2008, 3(30), 30-34.
  64. Myers, J.E, Sweeney, T.J, Witmer, J.M, The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning, *Journal of Counseling & Development*, 2000, 78(3), 251-266.
  65. Pahl, R. Some sceptical comments on the relationship between social support and well-being, *Leisure Studies*, 2003, 22(4), 357-368.
  66. Sin, M.K, Kang, D.H, Weaver, M, Relationships of asthma knowledge, self-management, and social support in African American adolescents with asthma, *International Journal of Nursing Studies*, 2005, 42(3), 307-313.
  67. Eker, D, Arkar, H, Yıldız, H, Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu'nun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12(1), 17-25.
  68. Park, H.S. Effects of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, Mastery, And Religiosity On The Relationship Between Stress And Depression Among Korean Immigrants In The United States: Structural Equation Modeling, Unpublished Doctoral Dissertation. USA State of Texas: The University of Texas at Austin, 2007.
  69. Çiçek, Z. Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.
  70. Coşkun, Y, Akkaş, G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki, Ahi Evran Üniversitesi KEFAD, 2009, 10(1), 213-227.
  71. Feldman, J.M, Ortega, A.N, Koinis-Mitchell, D, Kuo, A.A, Canino, G, Child and family psychiatric and psychological factors associated with child physical health problems: Results from the Boricua youth study, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2010, 198(4), 272-279.
  72. Orak, O.S, Sezgin S, Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi, *Journal of Psychiatric Nursing*, 2015, 6(1), 33-39.
  73. Morano, C.L, King, D. Religiosity as a mediator of caregiver weil-being: Does ethnicity make a difference?, *Journal of Gerontological Social Work*, 2005, 45(1-2) 69-84.
  74. Minuchin, S, Baker, L, Rosman, B.L, Liebman, R, Milman, L, Todd, T.C. A conceptual model of psychosomatic illness in children, *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32(8), 1031-1038.
  75. Egan, M. *Evidence-based Interventions For Social Work In Health Care*. 1st Edition, Routledge: New York, 2010.
  76. Dhooper, S.S, *Social Work In Health Care: Its Past And Future*, 2nd Edition, SAGE Publication: USA, 2012.
  77. Taylor, H, Beckett, C, McKeigue, B. Judgements of Solomon: Anxieties and defences of social workers involved in care proceedings, *Child & Family Social Work*, 2008, 13(1), 23-31.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

