

# Çocuğu Hastanede Yatan Annelerde Anksiyete ve Depresif Belirtilerin Değerlendirilmesi

Ayfer Açıkgöz<sup>1</sup>, Merve Ezen<sup>1</sup>, Semra Söngüt<sup>2</sup>, Ahsen Ulukuş<sup>3</sup>, Büşra Emir<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

<sup>2</sup>Hittit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çorum, Türkiye

<sup>3</sup>Eskişehir Şehir Hastanesi, Hemşire, Eskişehir, Türkiye

<sup>4</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Ayfer Açıkgöz, Doç. Dr.  
Merve Ezen, Araş. Gör.  
Semra Söngüt, Öğr. Gör.  
Ahsen Ulukuş, Hemşire  
Büşra Emir, Araş. Gör.

## İletişim:

Araş. Gör. Merve Ezen  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye  
Tel: +90 222 239 37 50 / 1549  
E-Posta: ckrlm.mrv@gmail.com

Gönderilme Tarihi : 09 Haziran 2017  
Revizyon Tarihi : 20 Kasım 2017  
Kabul Tarihi : 21 Kasım 2017

## ÖZET

**Giriş:** Hastanede yatan çocuklarda birinci derecede bakım veren ve çocuğun hastalığından en fazla etkilenen kişi genellikle annedir. Annenin yaşadığı korku, huzursuzluk gibi olumsuz duyguların çocuğu etkilemesi ise kaçınılmazdır.

**Gereç-Yöntem:** Bu çalışma, Eskişehir Devlet Hastanesi'nde akut veya kronik hastalık nedeniyle yatmakta olan 7-12 yaş arası çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete (kaygı) düzeylerini belirlemek amacıyla, 28 Ekim 2014 ile 16 Ocak 2015 tarihleri arasında yapıldı.

Bu tarihlerde hastaneye yatışının 3. günü olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ilk 100 akut hastalık tanımlı ve ilk 100 kronik hastalık tanımlı çocukların anneleri çalışmaya dâhil edildi. Çalışma yapılmadan önce Hastane Etik Kurulu'ndan gerekli izin alındı. Tanımlayıcı özellikler, araştırmacılar tarafından oluşturulan "Tanımlayıcı Bilgi Formu" kullanılarak toplandı. Tüm annelere "Beck Depresyon Ölçeği" ve "Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği" uygulandı. Araştırma analizi IBM SPSS 21 paket programı ile yapıldı.

**Bulgular ve Sonuç:** Çalışma sonucunda annelerin depresyon puan ortalaması 21.58, durumluk anksiyete puan ortalaması 49.66, süreklilik anksiyete puan ortalaması ise 47.30 bulundu. Beck Depresyon Ölçeği puanları minimal-hafif-orta-şiddetli depresif belirtiler olmak üzere 4 kategoriye ayrıldığında, akut ve kronik hastalığı olan çocukların annelerinin puan dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli derecede farklılık bulundu ( $p=0.03^*$ ). Benzer şekilde Durumluk Kaygı Ölçeği puanları ve Süreklilik Kaygı Ölçeği puanları az-orta-yüksek düzeyde kaygı olmak üzere kategorilere ayrıldığında akut ve kronik hastalığı olan çocukların annelerinin puan dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli derecede farklılık bulundu ( $p=0.038^*$ ,  $p=0.004^{**}$ ). Önerimiz hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının, çocuğu hasta olan anneleri depresyon yönünden riskli grup olarak kabul etmeleri ve kaygılarını azaltmaya yönelik destek ve girişimde bulunmalarıdır.

**Anahtar sözcükler:** Anksiyete, anne, depresyon, hasta çocuk, hemşire

## EVALUATION OF ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN MOTHERS WHO HAVE A HOSPITALISED CHILD

### ABSTRACT

**Introduction:** The person who is giving the first-hand care to hospitalised children and mostly is being affected by the child's disease is generally the mother. It is inevitable for the children not to be affected by the fear and anxiety of their mothers.

**Materials and Methods:** This study has been carried out with the purpose of identifying the level of depression and anxiety of the mothers whose 7-12 years of age children hospitalised due to an acute or a chronic disease between 28 October 2014 and 16 January 2015 in the State Hospital of Eskişehir. The first 100 voluntary mothers whose children were diagnosed with an acute disease and the first 100 voluntary mothers whose children were diagnosed with a chronic disease and who were on the third day of hospitalization were all included in the study. The necessary approval from the Ethics Committee of the Hospital has been received before beginning the study. Descriptive features have been collected through the "Descriptive Information Form" which was developed by the researchers. All the mothers have been applied to "Beck's Depression Inventory (BDI)" and "State-Trait Anxiety Inventory (STAI)". The data have been analysed through IBM SPSS Version 21.

**Results and Conclusions:** At the end of the study, the mean depression score of mothers has been identified as 21.58, mean score of state anxiety has been 49.66, and mean score of trait anxiety has been identified as 47.30. When the scores of Beck's Depression Inventory have been grouped into 3 categories as mild, moderate, and severe, a considerable statistical significance has been found between the score distributions of mothers who have an acute and chronic disease ( $p=0.03^*$ ). Similarly, when the scores of State-Trait Anxiety Inventory have been grouped into 3 categories as lower, intermediate, and higher, a considerable statistical significance has been found between the score distributions of mothers who have an acute and chronic disease ( $p=0.038^*$ ,  $p=0.004^{**}$ ). It is recommended that nurses and other healthcare personnel should accept the mothers whose children have been hospitalised as risky groups and should carry out appropriate practices in order to alleviate the anxiety of mothers.

**Keywords:** Anxiety, mother, depression, sick child, nurse

**C**ocuklar tanı, tedavi ve rehabilitasyon amacı ile bazen hastaneye yatmak zorunda kalırlar (1,2). Hastane ortamı çocuklar için tanımadıkları insanlar, eşyalar, düzen anlamına gelir ve korku, anksiyete (kaygı) gibi olumsuz duygular yaşamalarına neden olabilir (3). Anksiyete, belirsiz bir tehlike hissi ile kendini gösteren ve kişiyi bu tehlike ile başa çıkması için önlem almaya iten, çoğunlukla otonom belirtilerle bir arada görülen bir duygudur. Hafif düzeyde yaşandığında bireyin spontan dikkatini, cesaretini ve atılganlığını artırırken, yüksek düzeyde yaşandığında algılama-kavrama ve karar verme yeteneğini azaltabilir (4). Depresyon ise kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozukluklar sonrasında gelişen bir duygu durum bozukluğudur. Kişide yorgunluk, iştah kaybı ve uyku düzeninde bozulma gibi durumlara sebep olabilir (5,6). Yapılan çalışmalar (7-9) anksiyete düzeyi yüksek bireylerde depresyon düzeyinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastane ortamı yalnızca çocuk için değil, refakatçisi için de yabancı bir ortamdır ve anksiyete kaynağıdır. Çocukların yanında refakatçi olarak kalan kişiler genellikle annelerdir. Bu nedenle çocuğun hastalığından ve hastane ortamından en fazla onlar etkilenir. Annenin yaşadığı olumsuz duyguların çocuğu etkilemesi ise kaçınılmazdır (1,10).

Buna karşın günümüze kadar yapılan araştırmalar genellikle çocuklarda hastaneye yatma veya hastalık sonucu gelişen anksiyete, korku, ajitasyon ve sinirlilik gibi olumsuz duygulara odaklanmıştır (11,12). Oysaki çocuğun yaşadığı sorunlarla birlikte, ailesinin yaşadığı sorunların da sağlık personeli tarafından bilinmesi ve önlem alınması çocuğun tedavi sürecini olumlu yönde etkileyecektir (13).

Tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma hastanede yatmakta olan 7-12 yaş arası çocukların annelerinin hastanede yaşadıkları sorunları, anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## Materyal ve metot

Bu çalışma, Eskişehir Devlet Hastanesi çocuk hastalıkları servisinde ve çocuk yoğun bakım ünitesinde 28 Ekim 2014 -16 Ocak 2015 tarihleri arasında, 7-12 yaş grubu yatarak tedavi gören akut ve kronik hastalığı olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı. Çalışmayı yürüttüğümüz hastanede yatış esnasında çocuk ve refakatçisine yalnızca kullanacakları alanlar (odası, tuvalet, hemşire odası... vb) tanıtılmakta, bunun dışında çocukların ve annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyebilecek herhangi bir hazırlık

yapılmamaktadır. Çalışma öncesi örneklem sayısı belirlenmemiş olup, çalışma bitiminde güç analizi ile çalışmanın gücüne bakılmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde hastaneye yatışının en az 3. günü olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ilk 100 akut hastalık tanılı ve ilk 100 kronik hastalık tanılı çocukların anneleri çalışmaya dâhil edildi. Çalışma bitiminde yapılan güç analizinde süreklilik kaygı ölçeği puanları 3 kategori olarak incelendiğinde ve akut kronik hastalık tanılı çocukların annelerine göre kıyaslandığında posterior güç analizi %84 olarak bulunmuştur. Çalışma yapılmadan önce Hastane Etik Kurulu'ndan gerekli izin alındı. Çalışma kapsamına alınan tüm annelere "Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)" ve "Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI)" uygulandı. Olguların sosyo-demografik verileri ise araştırmacılar tarafından oluşturulan "Tanımlayıcı Bilgi Formu" kullanılarak toplandı.

Tanımlayıcı Bilgi Formu: Annelere uygulanan bu form seçenekli ve açık uçlu olmak üzere toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Formda anneye, babaya, aileye ait tanımlayıcı özellikler ve çocuğun hastalığı ve hastaneye yatışı ile ilgili sorular yer almaktadır. Tüm sorular refakatçi annenin kendisi tarafından doldurulmuştur ve annenin görüşlerini yansıtmaktadır. Bir formun doldurulması ortalama 7 dakika sürmüştür.

Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI); 1970 yılında Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin cronbach alfa değeri Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.83 ile 0.92, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0.86 ile 0.92 arasında bulunmuştur (14). Durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen 20'şer ifadeli 2 alt ölçekten oluşmaktadır. Durumluk Kaygı, bireyin belli bir anda ve belli koşullarda kendini nasıl hissettiğini betimlerken; Sürekli Kaygı, bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini betimler. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir. Her bir alt ölçekten alınan yüksek puanlar, kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20) Sürekli kaygı ölçeğinde ise yedi tane (21,26,27,30,33,36 ve 39) tersine dönmüş ifade vardır. Ölçeğin, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1983 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği katsayısı 0.83 ile 0.87 arasında, test-tekrar test güvenilirliği 0.71 ile 0.86 arasında ve madde (Item Remainder) güvenilirliği 0.34 ile 0.72 arasında değişmektedir (15). Mevcut çalışmada ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı durumluk için 0.78, süreklilik için 0.58 olarak belirlenmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ); Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş cronbach alfası 0.86 olarak belirlenmiştir (16). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılan çalışmada ise güvenilirlik katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir. Ölçek, 21 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 0'dan 3'e kadar depresyonun ciddiyetine göre sıralanmıştır. Ölçeğin amacı depresyon tanısını koymak değil, belirtilerin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. 0-9 puan arası; minimal düzeyde depresif belirtiler, 10-16 puan arası; hafif düzeyde depresif belirtiler, 17-29 puan arası; orta düzeyde depresif belirtiler, 30-63 puan arası ise şiddetli düzeyde depresif belirtileri gösterir (17). Mevcut çalışmada ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak belirlenmiştir.

Araştırmamızın sınırlılığı; tüm soruların anne tarafından yanıtlanmış olması ve anne görüşlerini yansıtmasıdır. Bazı anneler bazı bilgileri saklamış olabilir. Bir diğer sınırlılığımız ise annede kronik hastalık varlığı ve psikiyatrik hastalık varlığının sadece var ve yok olarak istenmesi, hastalık tanısının sorgulanmamış olmasıdır.

Araştırma verileri IBM SPSS 21 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile araştırılmıştır. Nitel değişkenler, frekans ve yüzde olarak gösterilmiştir. Nitel değişkenler arasındaki ilişkiler, Pearson Ki Kare, Fisher Exact Test ve Continuity Correction Test ile incelenmiştir.  $p < 0.05$  olarak elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Normal dağılıma uyan nicel değişkenlerin özet gösterilimi ortalama  $\pm$  standart sapma, uymayanların ise medyan (Q1-Q3) olarak verilmiştir. Grupların karşılaştırılması sırasında, verilerin dağılımı normal olmadığı için iki kategoriden oluşan bağımsız grupların analizinde Mann Whitney U Test, ikiden fazla kategoriden oluşan bağımsız grupların analizinde Kruskal Wallis Test kullanılmıştır.

## Bulgular

Çalışmamız 100 akut hastalık ve 100 kronik hastalık tanılı çocuğun annesi olmak üzere toplam 200 anne ile tamamlandı. Çalışmamızda çocukların tanılara göre dağılımları incelendiğinde; akut hastalıklı çocukların önemli bir kısmının (%57) bronşit tanısıyla yattığı, bunu öksürük (%9), yüksek ateş/konvülsiyon (%9), kusma (%8), enfeksiyon (%9), ishal (%3) ve inmemiş testis tanılarının izlediği belirlendi. Kronik hastalık tanılı çocukların ise astım (%16), epilepsi (%12), tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu (%15), alerjik bronşit (%17), zatürre (%9), adenoit (%7), ürtiker

(%4), tekrarlayan öksürük (%16) ve bipolar bozukluk (%4) tanılarıyla hastanede yattıkları saptandı.

Akut ve kronik hastalığı olan çocukların anne ve babalarının tanımlayıcı özellikleri ve gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 1'de verilmiştir. Çalışmamızda anne yaşının medyan değerleri akut hasta çocuğu olanlarda 28, kronik hasta çocuğu olanlarda 33 olup istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0.001^{***}$ ). İki grup arasında anne yaşı benzer değildir. Bu nedenle anne yaşlarına göre depresyon ve anksiyete puanları değerlendirildi ve anne yaşının depresyon ve anksiyete puanlarını etkilemediği bulundu ( $p < 0.05$ ). Benzer şekilde, baba yaşı ise akut hasta çocuğu olanlarda 32 iken kronik hasta çocuğu olanlarda 37'dir ( $p < 0.001^{***}$ ). Anne ve baba yaşının dağılımları iki grup arasında farklılık göstermektedir (Tablo 1).

Anne ve baba eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, psikolojik hastalık varlığı, psikolojik tedavi alma durumu ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu yönünden iki grup benzer bulundu ( $p > 0.05$ ) (Tablo 1).

Annenin zararlı alışkanlıkları iki grup arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmaz iken ( $p > 0.05$ ), babanın zararlı alışkanlıkları iki grup arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ( $p < 0.05^*$ ) (Tablo 1).

Tablo 2'de çocuklara ait tanımlayıcı özellikler ve gruplar arası karşılaştırmalar verilmiştir. Çocuğun daha önce hastaneye yatma öyküsü ile akut ve kronik hastalık grupları arasında istatistiksel olarak önemli düzeyde farklılık bulundu ( $p < 0.001^{***}$ ). Tablo 2'de belirtilen diğer özellikler yönünden ise iki grup benzerdir ( $p > 0.05$ ). Akut hastalık grubunda 100 çocuktan 3'ünde (%3) zararlı alışkanlık olduğu tespit edildi. Bunlar 2 çocukta sigara kullanımı, 1 çocukta ise küfürlü konuşmadır. Kronik hastalık grubunda 100 çocuktan 11'inde (%11) zararlı alışkanlık olduğu belirlendi. Bunlar; 5 çocukta sigara, 3 çocukta alkol kullanımı, 1 çocukta yalan söyleme, 1 çocukta etrafındaki kişilere zarar verme eğilimi ve 1 çocukta da küfürlü konuşmadır.

Tablo 3'te aile özellikleri ve gruplar arası karşılaştırmalar verilmiştir. Aile tipi, eşlerin birlikte yaşama durumu, ailenin gelir düzeyi ve sağlık güvencesi yönünden iki grubun benzer olduğu bulundu ( $p > 0.05$ ). Akut hastalık ve kronik hastalık gruplarında toplam çocuk sayısı dağılımları farklılık göstermektedir ( $p < 0.001^{***}$ ) (Tablo 3). Annelere hasta çocukların kardeşlerinin etkilenme durumları sorulduğunda,

**Tablo 1.** Çocukların anne ve babalarının tanımlayıcı özellikleri ve gruplar arası karşılaştırma

	Akut Hastalık		Kronik Hastalık		p	Akut Hastalık		Kronik Hastalık		p	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
<b>Anne Eğitim Durumu</b>					<b>Baba Eğitim Durumu</b>						
Okur- Yazar Değil	1	1	1	1	0.407 +	Okur- Yazar Değil	1	1	2	2	0.090 +
Okur- Yazar	4	4	4	4		Okur- Yazar	1	1	6	6	
İlkokul Mezunu	26	26	34	34		İlkokul Mezunu	17	17	21	21	
Ortaokul Mezunu	27	27	22	22		Ortaokul Mezunu	19	19	19	19	
Lise Mezunu	25	25	22	22		Lise Mezunu	32	32	38	38	
Üniversite- Yüksekokul Mezunu	13	13	17	17		Üniversite- Yüksekokul Mezunu	27	27	12	12	
Yüksek Lisans-Doktora Mezunu	4	4	0	0		Yüksek Lisans-Doktora Mezunu	3	3	2	2	
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>					<b>Babanın Çalışma Durumu</b>						
Çalışmıyor	78	78	75	75	0.617 + +	Çalışmıyor	3	3	5	5	0.861 +
Çalışıyor	22	22	25	25		Çalışıyor	92	92	91	91	
Emekli	-	-	-	-		Emekli	5	5	4	4	
<b>Annenin Zararlı Alışkanlıkları !</b>					<b>Babanın Zararlı Alışkanlıkları!</b>						
Sigara Kullanımı	24	88.9	44	100	0.051b	Sigara Kullanımı	57	96.6	59	80.8	0.012* +
Alkol Kullanımı	3	11.1	0	0		Alkol Kullanımı	2	3.4	12	16.4	
Madde Kullanımı	0	0	0	0		Madde Kullanımı	0	0	2	2.7	
<b>Annede Kronik Hastalık Varlığı</b>					<b>Babada Kronik Hastalık Varlığı</b>						
Yok	85	85	74	74	0.080a	Yok	93	93	88	88	0.335 a
Var	15	15	26	26		Var	7	7	12	12	
<b>Annede Psikiyatrik Hastalık Varlığı</b>					<b>Babada Psikiyatrik Hastalık Varlığı</b>						
Yok	93	93	89	89	0.459a	Yok	98	98	95	95	0.445+
Var	7	7	11	11		Var	2	2	5	5	
<b>Annenin Psikolojik Tedavi Alma Durumu</b>					<b>Babanın Psikolojik Tedavi Alma Durumu</b>						
Hayır	95	95	90	90	0.283a	Hayır	99	99	96	96	0.369+
Evet	5	5	10	10		Evet	1	1	4	4	
<b>Annenin Psikolojik Desteğe İhtiyacının Olduğunu Düşünme Durumu</b>					<b>Anneye Göre Babanın Psikiyatrik Destek İhtiyacı</b>						
Hayır	82	82	73	73	0.176a	Hayır	92	92	84	84	0.128a
Evet	18	18	27	27		Evet	8	8	16	16	
TOPLAM	100	100	100	100			100	100	100	100	

\*Mann Whitney U Test

+ Pearson Ki-Kare Monte Carlo Test

++ Pearson Ki-Kare Test

°Fisher Exact Test

°Continuity Correction Test

°Sadece zararlı alışkanlığı olan anne ve babalar alındığı için n=100 değildir.

\*p&lt;0.05 İstatistiksel anlamlılık

her iki grupta da kardeşlerin tamamının bu durumdan etkilediği saptandı. Kardeşlerin yaşadığı duygular yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ). Her iki grupta da kardeşlerde en fazla yaşanan duygunun üzüntü olduğu, bunu endişelenme ve kıskanmanın izlediği görüldü (Tablo 3).

Çalışma sonucunda annelerin tümünün (akut ve kronik hastalık grubunun tamamı) depresyon puan ortalaması 21.58, durumluk kaygı puan ortalaması 49.66, süreklilik kaygı puan ortalaması ise 47.30 olarak bulundu. Beck depresyon ölçeği puanları hafif-orta-şiddetli depresif belirtiler olmak üzere 3 kategoriye ayrıldığında, akut ve kronik

**Tablo 2.** Çocuklara ait tanımlayıcı özellikler

	Akut hastalık		Kronik hastalık		p
	n	%	n	%	
<b>Daha önce hastaneye yatma öyküsü</b>					
Hayır	64	64	38	38	0.000****+
Evet	36	36	62	62	
<b>Çocuğun başka bir sağlık probleminin olup olmama durumu</b>					
Hayır	94	94	92	92	0.782 <sup>a</sup>
Evet	6	6	8	8	
<b>Çocuğun psikiyatrik hastalık durumu</b>					
Hayır	100	100	95	95	0.059 <sup>b</sup>
Evet	0	0	5	5	
<b>Çocuğun psikiyatrik hastalıktan dolayı tedavi görme durumu</b>					
Hayır	100	100	97	97	0.330 <sup>a</sup>
Evet	0	0	3	3	
<b>Çocuğun zararlı alışkanlık durumu</b>					
Hayır	97	97	89	89	0.637 <sup>++</sup>
Evet	3	3	11	11	
<b>TOPLAM</b>	100	100	100	100	

++ Pearson Ki-Kare

<sup>b</sup> Fisher Exact Test<sup>a</sup> Continuity Correction

\*\*\*p&lt;0.001 Çok yüksek istatistiksel anlamlılık

**Tablo 3.** Çocukların ailelerine ait özellikler ve gruplar arası karşılaştırma

	Akut hastalık		Kronik hastalık		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek aile	76	76	83	83	0.293 <sup>a</sup>
Geniş aile	24	24	17	17	
<b>Eş ile birliktelik durumu</b>					
Evli	96	96	95	95	1.000 <sup>++</sup>
Boşanmış	1	1	0	0	
Eşi vefat etmiş	1	1	2	2	
Boşanmamışlar ancak ayrı yaşıyorlar	2	2	3	3	
<b>Ailenin gelir düzeyi</b>					
Gelir giderine eşit	49	49	35	35	0.133 <sup>++</sup>
Gelir giderden fazla	9	9	12	12	
Gider gelirden fazla	42	42	53	53	
<b>Toplam çocuk sayısı</b>					
1	38	38	19	19	0.000****+
2	47	47	45	45	
3	12	12	24	24	
4	0	0	12	12	
5	3	3	0	0	
<b>Sağlık güvencesi</b>					
Yok	12	12	10	10	0.821 <sup>a</sup>
Var	88	88	90	90	
Hayır	38	38	19	19	
<b>TOPLAM</b>	100	100	100	100	

<sup>a</sup>Yalnızca etkilenen kardeşleri kapsadığı için n sayısı akut hastalık tanılı çocukların grubunda 60, kronik hastalık tanılı çocukların grubunda ise 81 kişidir. <sup>a</sup> Continuity Correction, <sup>+</sup> Pearson Ki-Kare Monte Carlo, <sup>++</sup> Pearson Ki-Kare, <sup>b</sup> Fisher Exact Test

\*\*\*p&lt;0.001 Çok yüksek istatistiksel anlamlılık

hastalığı olan çocukların annelerinin puan dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli derecede farklılık bulundu ( $p=0.03^*$ ). Benzer şekilde Durumluk kaygı ölçeği puanları ve Süreklilik kaygı ölçeği puanları az-orta-yüksek düzeyde kaygı olmak üzere kategorilendirilene ayrıldığında da akut ve kronik hastalığı olan çocukların annelerinin puan dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli derecede farklılık bulundu ( $p=0.038^*$ ,  $p=0.004^{**}$ ) (Tablo 4).

Annelerin gruplara ayrılmadan depresyon ve anksiyete düzeyleri incelendiğinde, annelerin eğitim durumu, iş durumu ve toplam çocuk sayısı ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ). Buna karşın depresyon düzeyleri ve süreklilik anksiyete düzeyleri ile annede psikiyatrik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ( $p<0.05^*$ ) (Tablo 5). Annede psikiyatrik hastalık olması durumunda depresyon düzeyi ve süreklilik anksiyete düzeyi medyan değerleri daha yüksek bulundu. Tablo 5'te verilen diğer özellikler ile annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Çocuğu hastanede yatan 200 anneden sadece 50'sinin destek aldığı belirlendi. Bunlar; arkadaşlarından psikolojik destek ( $n=20$ ), akrabalarından diğer çocuklara bakım desteği ( $n=11$ ), iş yerinden izin konusunda destek ( $n=11$ ) ve devletten maddi destek ( $n=8$ ) olarak belirtildi.

## Tartışma

Çocukların hastalık durumları, çocuk ve ailesi üzerinde önemli değişikliklere yol açar. Bunu etkileyen bazı faktörler; maddi giderlerin artması, tedavi sürecinin yarattığı gerginlik gibi sebeplerdir. Özellikle de hastaneye yatma ile birlikte ailenin daha önceki yaşantısı tamamen değişir (13).

Hastanede yatan çocuklarda birinci derecede bakım veren kişi genellikle anne olduğu için aile bireyleri arasında çocuğun hastalığından en fazla etkilenen kişi de genellikle annedir. Annenin yaşadığı korku, huzursuzluk gibi olumsuz duyguların çocuğu etkilemesi ise kaçınılmazdır. Yapılan çalışmalarda (18-21) kronik hastalığı olan çocukların anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeylerine bakıldığında annelerdeki düzeyin babalarınkinden daha yüksek çıkması da bu görüşümüzü destekler niteliktedir.

Tablo 1, 2 ve 3'te bazı özellikler yönünden her iki grup arasında benzerlik bakılmıştır. Anne ve babanın eğitim durumu, çalışma durumları, kronik hastalık varlığı, annenin zararlı alışkanlıkları, aile tipi, eş ile birliktelik, ailenin gelir düzeyi ve sağlık güvencesi yönünden iki grup birbirine

**Tablo 4.** Annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ve gruplar arası karşılaştırma

	<i>Akut Hastalık Tanılı Çocukların Anneleri</i>			<i>Kronik Hastalık Tanılı Çocukların Anneleri</i>			<i>p</i>
	<i>Ortalama</i>	<i>Standart Sapma</i>	<i>n %</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Standart Sapma</i>	<i>n %</i>	
<b>Depresyon Ölçeği Puanları</b>							
0-9 puan (minimal düzeyde depresif belirtiler)	7.10	1.45	20 20.0	4.94	2.49	16 16.0	
10-16 puan (hafif düzeyde depresif belirtiler)	12.79	1.93	19 19.0	13.00	2.30	24 24.0	
17-29 puan=orta düzeyde depresif belirtiler	22.04	4.14	25 25.0	21.74	3.41	39 39.0	<b>0.045* ++</b>
30-63 puan= Şiddetli depresif belirtiler	38.05	4.77	36 36.0	36.71	5.71	21 21.0	
<b>TOPLAM</b>	23.06	12.92	100 100.0	20.10	11.05	100 100.0	
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları</b>							
20-35 puan (Az kaygı)	-	-	1 1.0	32.00	3.16	7 7.0	
36-41 puan (Orta düzeyde kaygı)	38.25	1.71	4 4.0	38.00	1.93	8 8.0	
42-80 puan (Yüksek düzeyde kaygı)	50.22	4.13	95 95.0	52.31	6.90	85 85.0	<b>0.038* ++</b>
<b>TOPLAM</b>	49.58	4.93	100 100.0	49.75	8.96	100 100.0	
<b>Süreklilik Kaygı Ölçeği Puanları</b>							
20-35 puan (Az kaygı)	33.67	1.50	6 6.0	33.00	2.20	8 8.0	
36-41 puan (Orta düzeyde kaygı)	38.57	0.53	7 7.0	39.22	1.83	23 23.0	
42-80 puan (Yüksek düzeyde kaygı)	49.85	4.94	87 87.0	50.51	4.84	69 69.0	<b>0.004** ++</b>
<b>TOPLAM</b>	48.09	6.57	100 100.0	46.51	7.45	100 100.0	

++ Pearson Ki-Kare Test  
\*p<0.05 İstatistiksel anlamlılık  
\*\*0.001 <= p < 0.01 Yüksek düzeyde istatistiksel anlamlılık

benzerdir. Buna karşın anne ve baba yaşının dağılımları, babada zararlı alışkanlıklar ve toplam çocuk sayısı yönünden iki grup arasında farklılık bulunmuştur. Bulunan farklılık nedeniyle çalışma grubumuz olan annelerin yaşlarına göre depresyon ve anksiyete puanları değerlendirilmiş ve anne yaşının depresyon ve anksiyete puanlarını etkilemediği görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Literatürde çalışma sonucumuzu destekleyen ve desteklemeyen bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalarda anne- baba yaşının durumluk-sürekli kaygı düzeyleri (22,23) ve depresyon (24) üzerinde etkisi olmadığı belirtilirken, bazı çalışmalarda (25,26) annelerin yaşı arttıkça kaygı düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise (27) farklı olarak babanın yaşı arttıkça anksiyete puanlarının düştüğü bulunmuştur.

Çalışmamızda çocukların kardeşlerinin etkilenme durumu annenin görüşlerini yansıtmaktadır ve kardeşi olan çocuklar arasında her iki grupta da kardeşlerin tümünün etkilenmediği bulunmuştur (Tablo 3). Genellikle hasta çocuk üzerine yoğunlaşan anneler sağlıklı çocuklarını ihmal edebilirler. Bu süreçte sağlıklı kardeşlerin sadece fiziksel ihtiyaçları ile ilgilenip duygusal ihtiyaçları atlanabilmektedir (28). Bu nedenle sağlıklı kardeşler hem hasta kardeşinin durumundan hem de üzerinde azalan ilgiden dolayı olumsuz etkilenebilirler. Çakan ve Sezer'in (2010) yapmış olduğu bir çalışmada annelerin kronik hastalıklı çocuğu nedeniyle diğer çocuklarıyla yeterince ilgilenemediği, diğer çocuklarından uzaklaştığı bulunmuştur (28). Karakavak ve Çırak araştırmalarında (2006) annelere hastalığın aileyi nasıl

**Tablo 5.** Bazı özelliklerin annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi

		<i>Depresyon Düzeyi</i>	<i>Süreklilik Anksiyete Düzeyi</i>	<i>Durumluk Anksiyete Düzeyi</i>
	<i>n (%)</i>	<i>Medyan (Q1-Q3)</i>	<i>Medyan (Q1-Q3)</i>	<i>Medyan (Q1-Q3)</i>
<b>Annede Kronik Hastalık Varlığı</b>		$p = 0.246+$	$p = 0.664+$	$p = 0.080+$
Yok	159	19.00 (10.00-31.00)	48.00 (42.00-52.00)	50.00 (45.00-53.00)
Var	41	20.00 (15.50-30.00)	48.00 (43.00-52.00)	52.00 (48.00-55.00)
<b>Annede Psikiyatrik Hastalık Varlığı</b>		$p = 0.014* +$	$p = 0.018* +$	$p = 0.276+$
Yok	182	19.00 (11.00-31.00)	48.00 (42.00-51.25)	50.00 (45.00-53.00)
Var	18	29.00 (16.50-41.25)	51.00 (47.00-55.75)	51.50 (45.75-56.75)
<b>Eş ile Birlikte Durumu</b>		$p = 0.193x$	$p = 0.414x$	$p = 0.547x$
Evli	191	19.00 (11.00-31.00)	48.00 (43.00-52.00)	50.00 (45.00-53.00)
Boşanmış	1	-	-	-
Eşi Vefat Etmiş	3	19.00 (17.50-20.00)	41.00 (38.00-44.50)	48.00 (45.50-50.00)
Ayrı Yaşıyorlar	5	14.00 (7.50-18.00)	49.00 (39.00-56.00)	50.00 (45.00-56.50)
<b>Ailenin Gelir Düzeyi</b>		$p = 0.647x$	$p = 0.149x$	$p = 0.733x$
Gelir Giderine Eşit	84	20.00 (13.00 -32.75)	49.50 (44.25-53.00)	50.00 (46.00 -54.00)
Gelir Giderden Fazla	21	19.00 (10.00 -33.00)	47.00 (44.00 -49.50)	51.00 (43.50-54.50)
Gider Gelirden Fazla	95	19.00 (11.00 -29.00)	48.00 (41.00 -51.00)	50.00 (45.00 -53.00)
<b>Destek alma durumu</b>		$p = 0.363+$	$p = 0.842+$	$p = 0.066+$
Hayır	150	19.00 (11.00-31.00)	48.00 (42.00-52.00)	50.50 (46.00-54.00)
Evet	50	20.00 (13.75-33.25)	48.00 (42.75-52.00)	50.00 (42.75-52.25)
<b>TOPLAM</b>	200			

xKruskal Wallis Test

+Mann Whitney U Test

\* $p < 0.05$  İstatistiksel anlamlılık

etkilediğini sorduklarında; genel olarak anneler çocuklarının hastalığına ilişkin duygu ve gereksinimlerinin, eşi ve çocukları tarafından paylaşıldığını ve birbirlerine duygusal yardımda bulduklarını ifade etmişlerdir. Annelerin bir kısmı ise, hastaneye yatışların tekrarlanması nedeniyle, diğer çocuklarına karşı ilginin azaldığını, çocuklarının hastalığına ilişkin sıkıntı ve korkularını, eşine ve çocuklarına yansıttığını, kızgınlığını onlardan çıkardığını söylemişlerdir (29). Çalışmamızda kardeşlerin yaşadıkları duygular incelendiğinde her iki grupta da en fazla yaşanan duygunun üzüntü olduğu, bunu endişelenme ve kıskanmanın izlediği görülmüştür. Kardeşlerin yaşadığı duygular yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3). Yapılan bir çalışmada

da benzer şekilde hasta kardeşe sahip çocukların yarısından fazlasının öfke/kıskançlık ve üzüntü-mutsuzluk yaşadığı bulunmuştur (30). Gül ve Bayat (2005) diyabetli çocukların sağlıklı kardeşleriyle yaptıkları bir çalışmada, bu çocukların %19,6'sı kardeşinin hastalığı nedeniyle hastaneye yatma durumunda annesinden ve kardeşinden ayrı kalmanın kendisini zorladığını, %65,3'ü kardeşine bir şey olacak endişesi yaşadığını, % 36,6'sı yaşantısında değişiklik olduğunu ifade etmiştir (31). Goudie ve ark. da (2013) özürlü çocukların kardeşlerinin, kontrol grubuna göre kişiler arası ilişkiler, psikopatolojik işlevler ve boş zaman kullanımıyla ilgili sorun yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (32). McHale ve Gamble (1989) ise yapmış oldukları bir çalışma sonucu kardeşlerin yaşamış

olduğu duyguların her zaman olumsuz olmadığını belirtmişlerdir. Özürlü kardeşle geçirilen yaşantıların ve bu rolleri üstlenmelerinin normal kardeşlerin, yeterlilik, kendine güven, duyarlılık ve sorumluluk duygularının gelişmesine, insanlara karşı daha fazla anlayış ve kabul geliştirmelerine katkısı olabileceğini vurgulamışlardır (33).

Çalışma sonucumuzda annelerin tümünün (akut ve kronik hastalık grubunun tamamı) depresyon puan ortalaması 21.58, durumluk anksiyete puan ortalaması 49.66, süreklilik anksiyete puan ortalaması ise 47.30 bulundu. Beck depresyon ölçeği puanları minimal-hafif-orta-şiddetli depresif belirtiler olmak üzere 4 kategoriye ayrıldığında, akut ve kronik hastalığı olan çocukların annelerinin puan dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli derecede farklılık bulundu ( $p=0.03^*$ ). Akut hastalık tanısı ile hastaneye yatan çocukların annelerinde şiddetli depresif belirtilerin diğer kategorilere oranla fazla olduğu belirlendi. Buna karşın kronik hastalık tanılı çocukların annelerinde depresyon puan kategorileri arasında homojen bir dağılım olduğu görüldü. Benzer şekilde durumluk kaygı ölçeği puanları ve süreklilik kaygı ölçeği puanları az-orta-yüksek düzeyde kaygı olmak üzere kategorilere ayrıldığında da akut ve kronik hastalığı olan çocukların annelerinin puan dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli derecede farklılık bulundu ( $p=0.038^*$ ,  $p=0.004^{**}$ ) (Tablo 4). Akut hastalık tanılı çocukların annelerinin büyük kısmının yüksek düzeyde durumluk ve süreklilik kaygı yaşadığı saptandı. Kronik hastalık tanılı çocukların annelerinde ise diğer gruba benzer şekilde durumluk kaygı yüksek düzeyde belirlendi. Ancak süreklilik kaygı ölçeği puanlarında az kaygı kategorisinde akut ve kronik hastalık tanılı çocukların annelerinde benzerlik olduğu buna karşın orta düzeyde kaygı kategorisinde yer alan kişi sayısının kronik hastalık tanılı çocukların annelerinde daha fazla, yüksek düzeyde kaygı kategorisinde yer alan kişi sayısının ise akut hastalık tanılı çocukların annelerinde daha fazla olduğu bulundu. Durumluk anksiyete kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği korkudur ve stresin yoğun olduğu zamanlarda yükselir. Stres yaratan durum ortadan kalktığında kaygı da sona erer (27). Süreklilik anksiyete ise bireyin anksiyete yaşantısına yatkınlığıdır (2). Literatürde akut ve kronik hastalık varlığına göre annelerin anksiyete ve depresyonlarını belirlemeye yönelik bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Çalışmalar (21,34-36) daha çok sağlıklı çocuk ve hasta çocuk ebeveynlerinde yapılmış ve hasta çocukların ebeveynlerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Akut hastalıklar, aniden gelişen hastalıkları tanımladığı için yaşamlarını alışkın oldukları şekilde kendi düzenleri içinde yaşamakta olan aileler, yaşanan bir kaza veya beklenmedik bir belirti ile kendilerini aniden

hiç bilmedikleri bir ortamda, yabancı oldukları terimler ve kişilerin içinde, hastalıkla iç içe olunan bir sürecin içinde bulurlar. Dolayısıyla bu süreç aile bireylerinde beklenmedik şekilde yaşamlarının değişmesine ve pek çok başka etkene bağlı olarak depresyon ve anksiyeteye neden olabilir (37). Akut hastalıklı çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmalarda (38-39) hastaneye yatışın ebeveynlerde psikolojik etkilenmeye sebep olduğu ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Taşdelen (2006) tezinde akut bir nedenle hastaneye yatırılan çocukların ve ailelerin durumluk anksiyete düzeylerinin kronik hastalık sebebiyle hastaneye yatırılan çocuklar ve ailelerinin anksiyete düzeylerinden daha yüksek olacağını belirtmiştir (40). Yapılan çalışmalarda (41,42) tekrarlayan hastane yatışlarının kronik hastalıklı çocukların annelerindeki stres durumlarını artıracaklarını savunmuştur. Ayrıca çocuklardaki kronik hastalıkların annelerin zihinsel sağlığını daha fazla etkilediğini gösteren bir çalışma da vardır (43). Bizim çalışmamızda ise akut hastalıklı çocukların annelerinde kronik hastalıklı çocukların annelerine göre anksiyete ve depresyonun daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 5'te depresyon ve anksiyeteyi artıran faktörlerin belirlenmesi amacıyla gruplara ayrılmadan annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile bazı özellikler arasındaki ilişki incelenmiştir. Annelerin tanı konulmuş bir psikiyatrik rahatsızlığının olması ile depresyon düzeyleri ve süreklilik anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli düzeyde farklılık saptanmıştır ( $p<0.05^*$ ). Psikiyatrik rahatsızlık olması durumunda depresyon düzeyi ve süreklilik anksiyete düzeyi medyan değerleri daha yüksek bulunmuştur. Araştırmalar (44-46) kronik hastalığı olan çocukların annelerinin kronik hastalığı olmayan çocukların annelerine göre daha çok ruhsal bozukluk tanısı aldıklarını göstermiş olmasına rağmen ruhsal bozukluk tanısı almış olmanın çocuğu hasta olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerini ne derecede etkilediğine dair bir sonuca ulaşılamamıştır. Ancak psikiyatrik rahatsızlık durumlarında anksiyete ve depresyonun yüksek olması beklenen bir durumdur. Anne yaşı, anne eğitim durumu, iş durumu, kronik hastalık bulgusu, eş ile birliktelik durumu, ailenin gelir düzeyi, toplam çocuk sayısı, diğer çocukların sağlık durumu, annenin destek alma durumu ve alınan desteğin şekli ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Çalışma sonucumuzda 200 anneden sadece 50'sinin destek aldığı ve desteğin şeklinin devletten maddi, arkadaşlarından psikolojik, iş yerinden izin konusunda ve akrabalarından da diğer çocuklara bakım konusunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Karakavak ve Çırak'ın çalışmasında, çocuğun tedavisi süresince alınan desteklerle ilgili olarak anneler; eşlerinden, çocuklarından



ve yakın çevrelerinden, hastalığa ilişkin duygularının paylaşılması, çocuklarının hastaneye yatışlarında yakın çevrelerindeki bireylerin hastanede çocuğa refakat etmesi ve tedavi ücretine yardımda bulunma gibi destekler aldıklarını ifade etmişlerdir (29). Araştırmalarda (DuHamel et al. 1999; Gortmaker et al. 1990; Ersoy ve Çürük 2009; Coşkun ve Akkaş 2009) annelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek ya da düşük oluştunda; dışardan desteğin olmasının önemli olduğu vurgulanmıştır (47-50). Ancak bizim çalışma sonucumuz destek alma durumu ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki bulunmaması yönüyle literatürden (DuHamel et al. 1999; Gortmaker et al. 1990; Ersoy ve Çürük 2009; Coşkun ve Akkaş 2009) farklıdır.

Çalışmamızda annelere anksiyete ve depresyonlarını azaltmaya yönelik herhangi bir hospitalizasyon hazırlığı yapılmamıştır. Ancak yapılan çalışmalar, aileler yeterince bilgilendirildiğinde, yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklama yapıldığında (45), hemşireler ebeveynlere stresle başa çıkma teknikleri uyguladıklarında (51,52) diğer hasta çocukların aileleriyle iletişim sağlandığında (53) ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermiştir.

## Sonuç ve öneriler

Çalışma sonuçlarımız annelerin tümünde farklı düzeylerde anksiyete ve depresif belirtilerin bulunduğunu

göstermiştir. Akut hastalıklı çocuğu olan annelerin %36'sı, kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin ise %21'i şiddetli depresif belirtiler yaşamaktadır. Yine akut hastalık tanılı çocuğu olan annelerin %95'inin durumluk anksiyete düzeyi, %87'sinin süreklilik anksiyete düzeyi, kronik hastalık tanılı çocuğu olan annelerin ise %87'sinin durumluk anksiyete düzeyi, %69'unun süreklilik anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda önerimiz; hastaneye yatan çocukların annelerinde oluşan depresyon ve anksiyeteyi önleme açısından sağlık personelinin duyarlı hale getirilmesidir. Hastalığın çocuk ve anneler üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için, sağlık kuruluşlarında sosyal, psikolojik ve eğitsel yönden destekleyecek programlar hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Sadece hasta çocuğu değil bakım verici olan annenin gereksinimlerini de karşılayabilme noktasında gerekli yaklaşım ve beceriler sergilenmelidir. Bu durumlarda hemşire ve diğer sağlık personelleri annelerin tepkilerini anlayışla karşılayabilmelidir. Literatürde sadece kronik hastalıklı çocuklar ve anneleriyle yapılmış çalışmalara rastlanmıştır. Çalışma sonucumuzda akut hastalıklı çocuğu olan annelerin kronik hastalıklı çocuğu olan annelere göre daha yüksek düzeylerde süreklilik anksiyete ve depresif belirtiler yaşadıkları görülmüştür. Bu nedenle akut hastalıklı çocuk annelerinin de göz ardı edilmeyerek riskli gruplar arasında görülmeleri önerilmektedir.

## Kaynaklar

1. Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara, Tasarım Ofset Ltd Şti, 2001, 98-136.
2. Özusta H. Ş, Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 1995; 10: 32-44.
3. Baykara A, Güvenir T, Miral S. Hastalık Ve Hastaneye Yatışın Çocuk Üzerinde Etkisi. Ekşi A, Ed. (Genişletilmiş 2. Baskı), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011;398-402.
4. Gökalp P. G, Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Anksiyete Bozuklukları. Tükel R, (Ed), Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2000;137-56.
5. Upton D, Tabak R. S. (Çev. Ed.), Hemşireler Ve Sağlık Profesyonelleri İçin Psikolojiye Giriş. Palme Yayıncılık, 2017, Ankara, 272.
6. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. (Yenilenmiş 2. Baskı), Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti., 2010, Ankara, 195.
7. Bozkurt N. Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiler. Eğitim ve Bilim, 2004;29:52-9.
8. Deniz M E, Yorgancı Z, Özyeşil Z. Öğrenme Güçlüğü Görülen Çocukların Sürekli Kaygı Ve Depresyon Düzeylerinin "İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. İlköğretim Online, 2009; 8: 694-708.
9. Zeytin A M. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012.
10. Yardakçı R, Akyolcu N. Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2004; 1:7-14.
11. Başbakkal Z, Sönmez S, Celasin N Ş, Esenay F. 3-6 Yaş Grubu Çocuğun Akut Bir Hastalık Nedeniyle Hastaneye Yatışa Karşı Davranışsal Tepkilerinin Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2010;7:1. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>.
12. Thompson RH, Venon DT, Research on Children's Behavior After Hospitalization: a review and synthesis. J Dev Behav Pediatr, 1993;14:28-35.
13. Er DM. Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar Ve Kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2006;49:155-68.
14. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Test Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists, 1970.
15. Öner L, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2. Baskı, 1998, İstanbul.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression, Arch Gen Psychiatry, 1961;4:561-71.
17. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi, 1989;6:3-13.
18. Bilgin Ş. Ağır Ve Orta Düzeyde Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Anne - Babalarının Algıladıkları Sosyal Destek Kaygı Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp- Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
19. Öztürk S. Zihinsel Engelli Ve Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanılı Çocuk Ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Stresle Başa Çıkma Tutumları Ve Evlilik Uyumuna Etkisi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2017.

20. Azeem MW, Dogar IA, Shah S, Cheema MA, Asmat A, Akbar M, Kousar S, Haider II. Anxiety and Depression Among Parents of Children With Intellectual Disability in Pakistan. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2013;22: 290-5.
21. Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne Ve Babalarındaki Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 2002; 5:240-7.
22. Doğru SS, Arslan E. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyi İle Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2008;19:543-53.
23. Keskin G, Bilge A, Engin E, Dülgerler Ş. The Evaluation of Anxiety, Parental Attitude and Coping Strategy in Parents of Children with Mental Retardation. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2010;11:30-7.
24. Yıldırım Sarı H, Başbakkal Z. Depression Among Mothers of Children and Adults with an Intellectual Disability in Turkey. *International Journal Of Nursing Practice*, 2010;16:248-53. [CrossRef]
25. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009;10: 213- 27.
26. Bahar A, Bahar G, Savaş Ha, Parlar S. Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009;4: 97-112.
27. Çalbayram N Ç, Altundağ S, Aydın B. The Anxiety States of Fathers of Hospitalized Children and its Causes. *Health Science Journal*, 2016;10:1-6. [CrossRef]
28. Çakan P, Sezer Ö. Süreğen Hastalığı Olan Çocuklara Sahip Annelerin Tutumları, Kaygı Düzeyleri ve Diğer Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2010;20:161-80.
29. Karakavak G, Çırak Y. Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Annelerin Yaşadığı Duygular. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006; 7: 95-112.
30. Güney R. Kronik Hastalıklı Kardeşe Sahip Çocukların Sosyal Yeterlilikleri Ve Problem Davranışları. *Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2005.
31. Gül E, Bayat M. Diyabetli Çocukların Kardeşlerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 14(Hemşirelik Özel Sayısı), 7-12.
32. Goudie A, Havercamp S, Jamieson B, Sahr T. Assessing Functional Impairment in Siblings Living With Children With Disability. *Pediatrics*, 2013; 132: 476-83. [CrossRef]
33. McHale SM, Gamble WC. Sibling Relationships of Children with Disabled and Non-Disabled Brothers and Sisters. *Dev Psychol*; 1989;25: 421-9. [CrossRef]
34. Olsson MB, Hwang CP. Depression in Mothers and Fathers of Children with Intellectual Disability. *J Intellect Disabil Res*, 2001;45: 535-43.
35. Powers SW, Byars KC, Mitchell MJ, Patton SR et al. Parent Report of Mealtime Behavior and Parenting Stress in Young Children with Type 1 Diabetes and in Healthy Control Subjects. *Diabetes Care*; Alexandria, 2002;25:313-8. [CrossRef]
36. Pekcanlar Akay A, Hiz Kurul S, Ozek H, Cengizhan S, Emiroglu N, Ellidokuz H. Maternal Reactions to a Child With Epilepsy: Depression, Anxiety, Parental Attitudes And Family Functions. *Epilepsy Research*, 2011;3:213-20. [CrossRef]
37. Yıldız S. Acile Başvuran Çocuk Ve Aileye Psikososyal Yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006;9:69-77.
38. Kesgin T C. Akut Hastalıklı Çocuklarda Ebeveynlerin Sorunları Ve Etkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2012.
39. Commodari E. Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers. *Ital J Pediatr*, 2010;36:40. [CrossRef]
40. Taşdelen M. Hastaneye Yatan Çocukların Ebeveynlerinin İhtiyaçlarını Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi. *Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi*, 2006.
41. Burke SO, Harrison MB, Kauffmann E, Wong C. Effects of stress-point intervention with families of repeatedly hospitalized children. *J Fam Nurs*, 2001;7:128-58.
42. Kauffmann E, Harrison M B, Sharon O B, Wong C. Stress-Point Intervention For Parents Of Children Hospitalized With Chronic Conditions. *Pediatric Nursing*; Pitman, 1998;24:362-6.
43. Tomlinson P S, Harbaugh B L, Kotchevar J, Swanson L. Caregiver Mental Health Outcome Following Critical Hospitalization Of A Child. *Issues Ment Health Nurs*, 1995;16:533-45.
44. Yeh CH, Lee TT, Chen ML. Adaptational Process Of Parents Of Pediatric Oncology Patients. *Pediatr Hematol Oncol*, 2000;17:119-31. [CrossRef]
45. Van Dongen-Melman JE. Developing Psychosocial After Care For Children Surviving Cancer And Their Families. *Acta Oncol*, 2000;39:23-31.
46. Brown RT, Kaslow NJ, Madan-Swain A et al. Parental Psychopathology And Children's Adjustment To Leukemia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993;32:554-61. [CrossRef]
47. Duhamel KN, William HR, Vickberg MJ. Behavioral Interventions In The Diagnosis, Treatment And Rehabilitation Of Children With Cancer. *Acta Oncol*, 1999;38:719-34.
48. Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M et al. Chronic Conditions, Socioeconomic Risks, And Behavioral Problems In Children And Adolescents. *Pediatrics*, 1990; 85: 267-76.
49. Ersoy Ö, Çürük N. Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Annelerde Sosyal Desteğin Önemi. *Aile Ve Toplum Eğitim-Kültür Ve Araştırma Dergisi*, 2009; 17:104-10.
50. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009;10:213- 27.
51. Segre LS, Chuffo-Siewert R, Brock RL, O'Hara MW. Emotional distress in mothers of preterm hospitalized infants: a feasibility trial of nursedelivered treatment. *J Perinatol*. 2013;33:924-8. [CrossRef]
52. Manne S, Mee L, Bartell A, Sands S, Kashy DA. A randomized clinical trial of a parent-focused social-cognitive processing intervention for caregivers of children undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84:389-401. [CrossRef]
53. Curley MAQ, Meyer EC. Caring Practices: The Impact Of The Critical Care Experience On The Family. *Critical Care Nursing Of Infants And Children Martha AQC, Patricia A, Moloney-Harmon, Saunders, 2nd Eds, Philadelphia*, 2001; 47-67.