



**HASTANEDE YATAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANKSİYETE
VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Hacı Yusuf PARLAK
ÇOCUK GELİŞİMİ ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Oğuz EMRE**

Yüksek Lisans – 2020

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANEDE YATAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANKSİYETE VE
DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Hacı Yusuf PARLAK

**Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı
Yüksek Lisans**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Oğuz EMRE**

**MALATYA
2020**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Çocuk ve Hastalık	6
2.2. Kronik Hastalık ve Çocuk.....	6
2.3. Akut Hastalık ve Çocuk	10
2.4. Çocuğun Hastaneye Yatmaya İlişkin Tepkileri	10
2.5. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Yaşlarına Göre Gelişimsel Olarak İncelenmesi	11
2.5.1. Bebeklik Dönemi (0-3 Yaş)	11
2.5.2. Okul Öncesi Dönem (3-6 Yaş)	12
2.5.3. Okul Dönemi (6-12 Yaş)	14
2.5.4. Adölesan Dönem (13-18 Yaş)	15
2.6. Çocuğun Hastane Ortamına Hazırlanması.....	16
2.7. Çocukların Psikososyal Stresini Engelleyen ve Gelişimine Katkı Sağlayan Yaklaşımlar	17
2.7.1. Tedavi Edici Oyun	17
2.7.2. Çocuk Yaşam Hizmetleri.....	18
2.7.3. Eğitim Etkinlikleri	18
2.7.4. Ağrı Kontrolü.....	19
2.7.5. Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı	19
2.8. Depresyon	21
2.8.1. DSM-V'e Göre Tanı Ölçütleri.....	22
2.8.2. Depresyon Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar	23
2.8.3. Depresyonu Açıklayan Kuramsal Modeller	25
2.9. Anksiyete	27
2.9.1. Kuramlara Göre Anksiyete	29

3. MATERYAL VE METOT	32
3.1. Araştırmanın Modeli.....	32
3.2. Evren ve Örneklem	32
3.2.1. Çalışmaya Katılan Annelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	32
3.3. Veri Toplama Araçları	34
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	34
3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği	35
3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği	36
3.4. Verilerin Analizi	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
KAYNAKÇA.....	56
EKLER.....	65
EK-1. Özgeçmiş.....	65
EK-2. Etik Kurul Onayı	67
EK-3. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni 1	68
EK-4. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni 2.....	69
EK-5. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni 3.....	70
EK-6. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni 4.....	71
EK-7. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni 5.....	72
EK-8. Aile Bilgi Formu	73
EK-9. Beck Depresyon Ölçeği.....	74
EK-10 Beck Anksiyete Ölçeği.....	76

TEŞEKKÜR

Yürütmüş olduğum çalışmada yardımlarını ve desteğini esirgemeyen, çalışma sürecinde akademik bakış açısıyla doğru bir şekilde yorumlamayı öğreten, bilgi, beceri ve akademik çalışkanlığıyla örnek aldığım tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Oğuz EMRE' ye,

Lisans eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan başta Doç. Dr. Gözde AKOĞLU olmak üzere Çocuk Gelişimi bölümündeki tüm hocalarıma,

Hayatımın tüm alanlarında beni destekleyen, meslektaş olarak bana her konuda yardımcı olan, sevgisini ve saygısını her daim hissettiğim, uzun ve yorucu bu süreçte beni destekleyen, anlayış gösteren ve cesaretlendiren, bana benden daha çok inanan hem meslektaşım hem de sevgili eşim Ayşe Gül PARLAK'a,

Bu süreç ile birlikte hayatımıza katılan, varlığıyla bize güç veren, bize en güzel duyguları yaşatan, beraber eğlenip birlikte büyüdüğüm, güler yüzlü, sevgi dolu canım oğlum Kerem PARLAK'a

Beni yetiştirebilmek için türlü fedakârlıklar yapıp hayatım boyunca her zaman yanımda olan, bana destek veren, eğitim hayatım boyunca her zaman arkamda hissettiğim, maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen ve haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim başta babam Ahmet PARLAK' a, annem Fidan PARLAK' a özellikle kıymetli abim İdris PARLAK' a ve canım abilerime sonsuz teşekkürler.

ÖZET

Hastanede Yatan Çocukların Annelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma hastanede yatan çocukların annelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Materyal ve Metot: Araştırma, Gaziantep il merkezinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi çocuk servislerinde çocuğu yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 160 anne ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Aile Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Bir nicel araştırma tekniği olan tarama modeli kullanılarak yapılan çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde; Pearson Korelasyon analizi, Student t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastanede yatan çocuğa sahip annelerin yaşının, çocukların doğum sırasının ve ekonomik durumunun anksiyeteyi etkilemediği, hamilelik döneminde sorun yaşama durumunun depresyonu etkilemediği ve hastanede yatan çocuğun cinsiyetinin depresyon ve anksiyete üzerinde etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Gebeliği planlı olan annelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin düşük, hamilelikte sorun yaşayan annelerin sadece anksiyete düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Çocukların hastanede kalma süresi arttıkça annenin yaşadığı depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı ve ekonomik düzey düştükçe depresyon düzeyinin arttığı belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmada hastanede yatan çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete puanları arasında oldukça önemli düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir. Depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin de arttığı ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane, çocuk, anne, depresyon, anksiyete.

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Anxiety and Depression Levels of Mothers of Hospitalized Children

Objective: This study was carried out to investigate the relationship between anxiety and depression levels of mothers of hospitalized children.

Materials and Methods: The study was carried out with 160 mothers, whose children were hospitalized in the pediatric service of Cengiz Gökçek Maternity and Child's Hospital, which is affiliated to the Ministry of Health and located in the city center of Gaziantep, and agreed to participate in the study. Family Information Form, Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were used as data collection tools. Statistical analysis of the study conducted using the survey model, which is a quantitative research technique, was carried out using the SPSS software. In the analysis of the data, Pearson Correlation Analysis, Student's t-test and One-Way Analysis of Variance were used.

Results: It was determined that the age of the mothers whose children were hospitalized, the birth order of children and the economic conditions did not affect anxiety, experiencing problems during pregnancy did not affect depression, and the gender of the hospitalized child did not affect depression and anxiety. It was determined that the anxiety and depression levels of the mothers who had a planned pregnancy were low, and only the anxiety level of the mothers who experienced problems during pregnancy was low. It was determined that as the duration of hospitalization of the children increased, the level of depression and anxiety experienced by the mother increased, and as the economic level decreased, the level of depression by the mother increased.

Conclusion: In the study, it was determined that there was a significant positive correlation between the depression and anxiety scores of the mothers whose children were hospitalized. It was revealed that as the level of depression increased, the level of anxiety also increased.

Keywords: Hospital, child, mother, depression, anxiety.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
DSM	: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
TDK	: Türk Dil Kurumu



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 4.1. Planlı gebelik durumuna göre depresyon puanları	40
Şekil 4.2. Planlı gebelik durumuna göre anksiyete puanları	41
Şekil 4.3. Hamilelikte sorun yaşama durumuna göre anksiyete puanları.....	41
Şekil 4.4. Çocuğun doğum sırasına göre annelerin depresyon puanları.....	43
Şekil 4.5. Annelerin iş durumuna göre depresyon puanları	44
Şekil 4.6. Annelerin iş durumuna göre anksiyete puanları.....	44
Şekil 4.7. Çocukların hastane kalış süresine göre depresyon puanları.....	45
Şekil 4.8. Çocukların hastane kalış sürelerine göre anksiyete puanları.....	45
Şekil 4.9. Annelerin eğitim düzeyine göre depresyon puanları.....	46
Şekil 4.10. Annelerin eğitim düzeyine göre anksiyete puanları	47
Şekil 4.11. Katılımcı annelerin depresyon ve anksiyete grupları	48

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Katılımcıların demografik özellikleri	34
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri	37
Tablo 4.2. Depresyon ve anksiyete puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılması-1	39
Tablo 4.3. Depresyon ve anksiyete puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılması-2	42
Tablo 4.4. Depresyon ve anksiyete puanlarının annelerin eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması	46
Tablo 4.5. Katılımcıların depresyon ve anksiyete gruplarını gösteren çapraz tablo	47
Tablo 4.6. Katılımcıların depresyon, anksiyete ve yaşları arasındaki korelasyon değerleri	48

1. GİRİŞ

İnsanların en temel ihtiyaçları olan beslenme, barınma, korunma, eğitim-öğrenim görme ve sağlıklı yaşam sürme hakları çocuk dünyaya gelmeden önce ve geldiği andan itibaren toplumlarda çocuğun en temel hakları olarak kabul edilmiştir.

Çocuk doğduğu andan itibaren bakım veren kişiler tarafından temel ihtiyaçları karşılanır. Büyüme gerçekleştikçe çocuğun ihtiyaçlarında da değişiklikler görülmektedir. Yaşamın ilk dönemlerinde fizyolojik ihtiyaçları ön planda iken çocuğun zamanla sevgi, güven, ilgi, şefkat, oyun oynama ihtiyaçları arasına eklenmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimi çocuğun büyümesi ve gelişmesi ile birlikte değişmeyen tek konudur. Çocuk dünyaya geldiği andan itibaren sağlık hizmetlerinden düzenli olarak faydalanmalıdır (1).

Çocuklar her ne kadar normal bir gelişim sergiliyor olsalar bile çeşitli sebeplerden dolayı hasta olabilirler ve hastaneye yatabilirler. Bu durum her çocuğun başına gelebilecek en yaygın olan, aynı zamanda da en genel stres kaynaklarından biridir. Hayatlarına normal bir şekilde devam ederken birden kendilerini daha önce bilmedikleri, tanımadıkları bir durumun içinde bulabilirler. Bu durum çocuklar için son derece rahatsız edici ve hoş olmayan yaşantıları içermektedir (2).

Çocuğun tedavisi için hastalık sürecinde evinden, ailesinden, okulundan ve çevresinden ayrılarak hastaneye yatması gerekebilir. Bu durum çocukta büyük bir kaygıya ve strese sebep olabilir. Yetişkinler gibi belli bir olgunluğa erişmeyen çocuk için bu durum oldukça zordur. Bu zorluk çocukta psikolojik problemlere yol açabilmektedir.

Literatür incelendiğinde birçok araştırmacı depresyonu; kişide çevresel, kalıtsal ya da hormonal bozukluklar sonucunda oluşan çökkünlük olarak ifade etmektedir. Depresyona verilen tepkiler kişiden kişiye ve kültüre göre değişiklik gösterebilir. Örneğin bir çocuk ile yetişkinin, kadın ile erkeğin etkilenme düzeyi ve şiddeti aynı olmayacaktır.

Psikoloji temelli sorunlara baktığımızda cinsiyetlere göre depresyon yaşama durumlarında farklılıklar görülmektedir. Erkekler ve kadınların sorunlardan etkilenme düzeylerinin aynı olmadığı dikkat çekmektedir. Kadınların sosyal yaşam içerisinde

sorumluluklarının fazla olması, annelik, iş kadını gibi rollerinin çokluğu bu durumu tetiklemektedir. Ayrıca kadınlar, yoksulluk, cinsiyet ayrımcılığı, beslenme yetersizliği, açlık gibi sorunlarla da mücadele etmek zorunda da kalmaktadırlar. Tüm bunlara hasta çocuk, hastalık ve hastaneye yatma durumu da eklenince kadına yüklenen sorumluluk gittikçe ağırlaşmaktadır (3).

Alanyazın incelendiğinde düşük sosyoekonomik düzey, kendi başına yaşamını sürdürmek, gerekli sosyal desteğe sahip olamamak zihinsel ya da fiziksel bir rahatsızlığın olması ve günlük yaşamın gerekliliklerini yerine getirememek, kendi kendine yetememek gibi nedenlerin depresyona sebep olan etmenler arasında olduğu görülmüştür. Depresyondan en az etkilenilmesi için hastaneye yatan çocuğa, çocuğun anne ve babasına destek hizmet sunulması gerekmektedir. Bu destek hizmetin yetersiz kaldığı durumlar depresyon ortaya çıkabilmektedir.

Alanyazın incelendiğinde, çocuğu hastanede yatan annelerin depresyon düzeylerini çocuğun hastalığının, eşlerin yaşının ve bu süreçte sosyal destek alma durumunun etkili olduğu görülmüştür. Hastalığın kronik ya da akut olması annenin depresyon düzeyini etkilemektedir. Kronik hastalığa sahip çocukların annelerinin ciddi düzeyde depresyon yaşadığı görülmektedir. Eşinin yaşının yüksek olması ve çocuğunun rahatsızlığının kronik olması annelerin daha yoğun depresyon yaşamalarına sebep olduğu görülmüştür (4).

Çocukların hastalık süreci ebeveynler açısından korku sebebidir. Bu sebep ailenin hayatında planlanmayan değişikliklere neden olmaktadır. Hastalık ile birlikte aile de çocuk gibi kendini daha önce bilmediği bir sürecin içinde bulmaktadır. Çocuğun hastanede yatması aileyi ve çocuğu psikolojik olarak olumsuz etkilediği bir gerçektir. Bu durum sadece psikolojik olarak değil, aynı zamanda ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu süreç çocuğa bakım veren kişi olarak anne açısından oldukça zordur. Bu zorluk ile birlikte annelerin anksiyete düzeyinin artması beklenen bir gelişmedir (5).

Literatür incelendiğinde çocuk ile birincil dereceden ilgilenen kişinin anne olduğu görülmektedir. Annenin gerek hastanede gerekse taburcu edildikten sonraki süreçte çocuğun bakımını üstlenmesi sebebiyle bilgilendirilmesinin çocuğun tedavisini olumlu yönde etkileyeceği ve bu durumun annelere aktarıldığı takdirde endişelerinin azalacağı bildirilmektedir (6, 7).

Hastane ortamında çocuk ile birlikte kalan anne, çocuğun yaşadığı bu durum için kendini suçlayabilir. Aynı zamanda öfke, korku, kaygı ve küskünlük gibi olumsuz duygular barındırabilir. Annenin bu durumlar ile baş edebilmesi için psikolojik yardım alması gerekmektedir (8).

Problem Durumu

Annenin psikolojik durumunun tüm aile dinamiğini etkilediği ve psikolojinin hastalıklar üzerindeki önemi yadsınamayacak bir gerçektir. Buna karşın literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda daha çok akut ve/veya kronik rahatsızlığa sahip çocukların etkilenme düzeyi ve çocuklarda var olan depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelendiği görülmüştür. Birinci bakıcı olarak kabul edilen ve alanyazında da çocuğun bakımıyla ilgilenen kişi olarak vurgulanan anne ile ilgili çalışmalara olumlu katkı sağlanmak istenmektedir.

Bu araştırmanın temel problemi ‘Hastanede Yatan Çocukların Annelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki var mıdır?’ olmuştur.

Araştırmanın Amacı

Çalışma, Hastanede Yatan Çocukların Annelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Alt Amaçları

Hastanede yatan çocukların annelerinin;

- Depresyon düzeyleri; kaçınıcı çocuk olduğuna, planlı bir gebelik olup olmama durumuna, hamilelikte yaşanan bir problem olup olmama durumuna, çocukla kimin ilgilendiğine, hastanede kalma süresine, annenin yaşına, annenin eğitim durumuna, annenin işine ve evlilik durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Anksiyete düzeyleri; kaçınıcı çocuk olduğuna, planlı bir gebelik olup olmama durumuna, hamilelikte yaşanan bir problem olup olmama durumuna, çocukla kimin ilgilendiğine, hastanede kalma süresine, annenin yaşına, annenin eğitim durumuna, annenin işine ve evlilik durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

- Minimal, hafif, orta ve şiddetli depresyon düzeyleri ile hafif, orta ve şiddetli anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Araştırmanın Önemi

Hastalık ve hastaneye yatma tüm bireyleri bedensel ve zihinsel olarak etkileyen bir süreç olduğu bilinmektedir. Bu durum kişinin yaşı, cinsiyeti, sosyo-ekonomik durumu fark etmeksizin tüm bireylerde görülmektedir.

Hastalık çocuklar içinde kaçınılmaz bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalıklar, kaza sonucu oluşan tedavisi güç olmayan hastalıklar olabileceği gibi uzun tanı ve tedavi süreçleri olan daha güç hastalıklar olarak da karşımıza çıkmaktadır. Karşılaşılan hastalığa göre tedavi için gerekli müdahale ve işlemler hastanede yatarak mümkün olmaktadır. Hastanede kalma süresi hastalığa göre değişmektedir. Buna karşın hastanede kalma süresi ne olursa olsun çocuklarda stres düzeyinin arttırdığı bilinmektedir. Çocukların bilmedikleri ortamda ağırlı işlemlere mağruz kalmaları, olumsuz hastane deneyimlerinin olması bu stresi attırmaktadır. Çocuğa bu süreçte genellikle birincil bakım veren kişi olarak anne refakat etmektedir. Anne, çocuğun yaşadığı stres durumuna tüm süreçlerde tanıklık eden ve hastanede yatma sürecinde bakımını üstlenen çocukla birlikte en çok etkilen kişi olduğu bilinmektedir. Alanyazın incelendiğinde birçok araştırmacı da hastanede yatarak tedavi gören çocuğa sahip annelerin depresyon yaşadıkları görülmüştür (5).

Varsayımlar

1. Çalışmanın örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
2. Çalışmaya katılan annelerin verilerini toplamak amacıyla “Aile Bilgi Formu” nun annelerin sosyo-demografik özelliklerini, “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” ve “Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)” ile annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerini doğru ölçtüğü varsayılmıştır.
3. Çalışmaya katılan annelere uygulanan “Aile Bilgi Formu”, “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” ve “Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)” ndeki sorulara içtenlikle ve objektif cevaplar verdikleri varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

Bu araştırmada kullanılan veriler “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” ve “Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)” ile toplanan verilerle sınırlıdır.

Tanımlar

Hastalık: Kişiyi bedensel ve zihinsen olarak etkileyen, yakınma, işlev bozukluğuna sebep olan normal dışı rahatsızlıklardır.

Depresyon: Çökkünlük, üzüntü, suçluluk, değersizlik, enerji kaybı, yorgunluk ve ilgi kaybı ile kendini gösteren bir duygu durumudur

Anksiyete: İç sıkıntısı, bunaltı ve kaygı gibi kişinin yaşamını olumsuz etkileyen korku ve endişe duygusudur (9).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk ve Hastalık

Çocuk, aile ve toplum açısından oldukça önemli ve kıymetli bireydir. Ailenin en küçük üyelerinden biri olan çocuk, toplumun devamının sağlanması açısından da değerlidir. Tüm bu durumlar hastalık karşısında ailenin daha hassas olmasına sebep olmaktadır. Hastalık sürecinin etkileri bu hassasiyet düzeyiyle orantılıdır. Hastalığa ilişkin yaşanan deneyimler tüm aile bireylerini olumsuz etkilemektedir.

Çocuklar hastalığı gelişim düzeyine göre farklı şekillerde adlandırmaktadır. Hastalığın başlangıcı, sebebi ve süreç içindeki işlemleri kendi hayal dünyasına göre düşünen ve tasarlayan çocuklar dönem özellerine göre farklılık göstermektedir. Bunun yanında çocuğun yaşı, hastalığın süresi, hastalığın neden olduğu ağırlı işlemler, çocuğun yaş özelliklerine göre hareket kısıtlılığı, hastalığın türü, çocuğun hastane ve hastalığa dair daha önceki olumlu-olumsuz deneyimleri, çocuğun ve ailenin kaygı düzeyi, hastaneye gelmeden önce hazırlanma durumu gibi etkenler hastaneye yatmayla ilgili çocuğun tepkilerini etkileyen nedenlerdendir (10, 2).

Hastalığın niteliği ve yapısı çocuğun yaşadığı genel stres halini etkilemektedir. Hastalığın oluşum şekli, zamanı, şiddeti, devamlılığı hastalığın türünü belirtmektedir. Bu türler akut hastalıklar ve kronik hastalıklar olarak görülmektedir.

2.2. Kronik Hastalık ve Çocuk

Her türlü tedaviye karşın rahatsızlığın, engel ya da özel gereksiniminin giderilememe durumu hastalığın süreklilik kazanmasına sebep olmaktadır. Bu süreklilik durumu ise kronik hastalık/sürengen hastalık olarak ifade edilmektedir. Süreklilik durumu kişinin çalışma durumunu etkileyebileceği gibi çalışmasına da engel olabilmektedir (11).

Sürengen hastalık, normal durumun dışına çıkan, bozukluk meydana getiren, geriye dönüşünün mümkün olmadığı, kalıcı hasarlar bırakan ve hasta olan kişinin uyumu için kişiye özelleştirilmiş bir eğitim ihtiyacı doğuran bakımının, denetiminin ve gözetiminin uzun zaman gerektireceği bir durumdur (12).

Süreğen hastalık ile ilgili birçok tanım yapılmış olmasına rağmen, özellikleri bakımından en geniş ve yaygın olan tanım L. Mayo'ya (1956) aittir. Mayo tanımında:

1. Süreğen olması
2. Bireyde kalıcı rahatsızlıklar/sakatlıklar bırakması
3. Düzeltilmeyen, dönüşü mümkün olmayan patolojik rahatsızlıklara sebep olması
4. Tedavi ve bakımının uzun süre gerektirmesine değinmiştir (13).

Bu tanımlara alternatif olarak bilimsel literatürde kronik rahatsızlıkları ifade eden birçok tanım bulunmaktadır. “bozukluk”, “handikap” ve “sakatlık/yetersizlik” gibi ifadeler bu özel durumu ifade etmek amacıyla kullanılan özel terimsel ifadelerdir. Örneğin “Handikap” kelimesi kişinin var olan bozukluğundan dolayı ailesi ve toplum içindeki görevlerini yeterince yerine getirememesi sonucu sosyal çevresi tarafından tepkilere maruz kalmasıdır (14).

“Sakatlık/yetersizlik” kelimesinde yine var olan süreğen hastalığından dolayı kişinin faaliyetlerinde yetersiz olmasını ve buna bağlı olarak psikolojik tepkilerini ifade etmektedir.

“Bozukluk” kelimesi ise normalden sapan bir durumun, doğuştan gelen, hastalık ya da travma sonucu oluşan ve bireyde çeşitli sınırlılıklar ortaya çıkarma durumunu ifade etmektedir. Bu sınırlılıklar ise, bireyde bakımını yapma ve aktivitelerini gerçekleştirme gibi birçok sıkıntılara sebep olmaktadır (14).

Hastalığın meydana gelme şekli ve ne zaman olunduğu çocuğun hastalık döneminde yaşayacağı sosyal değişiklikler ve psikolojik sıkıntılar açısından farklı şekilde etkileyecektir. Tedaviye, tedavi sürecine ve tedavi sırasında verilecek olan hizmetlere tepkilerini de değiştirecektir.

Çocukta var olan kronik rahatsızlıklar kazanım şekillerine göre ikiye ayrılmaktadır:

1. *Doğuştan olanlar:* Çocuk dünyaya geldiği andan itibaren bu rahatsızlık görülmektedir. Dünyaya gelmesinden kısa bir süre sonra rahatsızlık belirtileri görülmeye başlar.

Doğuştan getirilen hastalığa sahip olan çocuklarda hastalığın türü ve derecesine bağlı olarak bir takım değişiklikler olabilir. Örneğin çocukların bazıları gelişimsel olarak gecikmeler yaşarken (oturamama, yürüyememe, vb.) bazı çocuklar gelişimsel olarak normal düzeydedir fakat sürekli ilaç kullanmaya, aralıklı olarak hastaneye yatmaya ya da özel tıbbi ekipmanları kullanmaya ihtiyaçları vardır. Bu çocuklar için doktora gitmek ya da tedavi almak yaşamlarının bir parçası haline gelmiştir (15).

2. *Sonradan Kazanılan Hastalıklar:* Çocuklar gelişimleri ve hayatları normal seyrederken çeşitli kazalar ve hastalıklar sebebiyle kronik hastalığa sahip olabilirler. Yaşamları normal seyrinde giderken birden kendilerini hiç bilmedikleri, daha önce karşılaşmadıkları ve ağrılı, acı veren işlemlerin olduğu bir durumun içinde bulurlar. Bu çocuklardan bazıları daha önceki sağlıklı hayatlarına dönemeyeceklerdir.

Son zamanlarda tıp olanaklarının gelişmesiyle birlikte süregelen hastalığı olan kişilerin yaşam sürelerinde de uzamalar görülmektedir. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, hasta çocuk ve ailesi için bu durumla baş etme süresi de uzamaktadır. Bu durum ailenin psikolojik ve ekonomik olarak etkilenmesine neden olmaktadır. Ailenin bu etkilenme düzeyi birçok değişkene bağlı olarak farklılıklar göstermektedir (16).

Hastalık doğuştan ya da sonradan kazanılsa dahi erken müdahale ile ilişkili herkesi fazlasıyla etkilemektedir. Erken müdahalenin en önemli sebeplerinden biri hastalığın düzeyinin artmasının önüne geçilmesinde ve sorunların daha kolay bir şekilde atlatılmasında önemli bir rol oynamaktadır (15).

Çocuklar için erken müdahale;

- Hastalığın mümkün olan en kısa dönemde tespit edilmesi yani doğum öncesi, doğum ya da bebeklik döneminde tanınması
- Hastalık fark edildiğinden itibaren kontrol altına alınması, gereken müdahalelerin uygulanması ve tedavilere başlanması olarak ifade edilmektedir.

Mattson (1972)'a göre çocukluk döneminde sık karşılaşılan kronik hastalıklar;

- Genetik olarak anneden bebeğe geçen hastalıklar (daltonizm, albinoluk, orak hücre anemisi)

- Hamilelik dönemi teratojenik etkileri (dış enfeksiyonlar, sigara ve bağımlılık yapan diğer maddeler)
- Kromozomsal anomaliler ile ortaya çıkan hastalıklar (Trizomi 21, Trizomi 18, Trizomi 13).
- Doğumdan sonra meydana gelen enfeksiyonlar, fiziksel yaralanmalar/travmalar sebebiyle ortaya çıkan hastalıklar (kanser, böbrek hastalıkları).

Örnek verilen kronik hastalıklardan anlaşılacağı gibi kronik hastalıklar; zeka geriliğinden, kazalar, kalp hastalıkları, görme ve duyma sorunlarına kadar çeşitli alanlarda görülmektedir. En sık görülen kronik hastalıklar ise astım-bronşit gibi solunum sistemi hastalıkları, kas tonusu-iskelet hastalıkları vb'dir (17).

Özellikle kanser ve diğer uzun süren hastalıklar maddi ve manevi olarak ailenin tüm bireylerini olumsuz etkilemektedir. Bunun yanında uzun süre tedavi gerektiren kanser vb. gibi rahatsızlıklar çocuk açısından fiziksel ve zihinsel problemlere sebep olmaktadır (18, 19).

Kronik hastalığı olan çocukların hastalığın nüksetme evreleri sıklaştıkça ve uzadıkça, hastalık kötüye gittikçe çocukların ölüm ile ilgili korku ve kaygılarını doğal olarak artmaktadır. Bu hastalıklara ilişkin hasta olan çocukta bazı duygusal tepkiler ortaya çıkmaktadır. Bunlar; depresyon, korku, kaygı, çaresizlik ve ölüm korkusudur (20). Öz ailesiyle yaşamaması, çocuğun cinsiyetinin erkek olması, ailenin ekonomik düzeyinin düşük olması, annenin eğitim seviyesinin düşük olması ve annenin genç yaşta olması süregelen hastalığa sahip çocukların psikolojik sorun yaşamaları açısından risklidir (21).

Gortmaker ve arkadaşları(1990) süregelen hastalığı olan ergenlerin 5/1 inde bazı davranış bozukluklarının ortaya çıktığı, aynı zamanda anksiyete ve depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğunu ve süregelen hastalığı olan çocuklarda olmayanlara göre daha sık ruhsal sorunlarla karşılaşıldığını ifade etmişlerdir (21).

Alanyazın tarandığında uzun hastalık sürecine maruz kalan çocuklarda akranlarına göre daha fazla sorunla karşılaştıkları ve ruhsal olarak daha çok etkilendikleri görülmektedir. Bu durum zamanla daha ağır problemlere yol açabilmekte, çocuğun depresyona girmesine sebep olabilmektedir. Bu tip hastalıkların kalıcı bir etkisinin olması her çocukta aynı etkiyi göstermemektedir.

2.3. Akut Hastalık ve Çocuk

Akut hastalıklar hızlı başlayan ve hastalığın türüne göre değişiklik göstererek kısa süren daha sonra ortadan kalkan, çeşitli kazalar sonucunda ortaya çıkan yaralanmalar ya da kısa sürede tedavisi mümkün olan hastalıklar için kullanılan bir terimdir. Akut hastalıkların ortaya çıkan olayın ciddiyeti ve çocukta meydana gelebilecek bedensel ve fiziki problemlerin büyüklüklerine göre iyileşme süreci kestirilemeyen durumları ifade etmektedir (22).

Çocuk yaşamının özellikle ilk dönemlerinde bağışıklık sisteminin tam olarak gelişmediğinden akut hastalıklara daha fazla maruz kalır. Çocukluk çağlarında sık görülen akut anemi, akut ateş, kızamık, kızamıkçık, suçiçeği, kabakulak, ishal, üst solunum yolu enfeksiyonları hastalıklardan bazılarıdır (23).

Akut hastalığı olan çocuğun ev ortamında ilgilenilmesi ve tedavi edilme amacıyla bakılması her zaman uygun olmamakla birlikte güvenilir ve uygun değildir. Çocuğun iyileşmesi için hastanede yatarak tedavi edilmesi ve uzmanlardan yardım alınması gerekmektedir. Ev ortamında çocuğun tedavi edilmesinin mümkün olmadığı durumlarda, çocuğun hastalığı önemli olmasa bile hastanede yatarak iyileşme süreci kontrol altına alınmalıdır. Ertelenmesi mümkün olan tedaviler özellikle vücut imajının öneminin daha fazla olduğu dört-yedi yaş arasında yapılmamalıdır (16).

2.4. Çocuğun Hastaneye Yatmaya İlişkin Tepkileri

Çocuklar hastaneye yatış ve uygulanan işlemler nedeniyle;

- Anksiyete
- Regresyon
- Bağlanma ve ayrılma sorunları
- Hiperaktivite, içine kapanma
- Daha önce kazanmış olduğu bazı becerileri kaybetme tepkileri gösterebilmektedir.

Hastaneye yatma süreci bütün çocukları olumsuz etkilemektedir. Fakat bu olumsuzluktan ne kadar süre ile etkileneceği birçok değişkene bağlı olarak farklılık göstermektedir. Bu değişkenlerden en önemlisi hastanede kalma süresidir. Hastanede kalma süresi arttıkça, çocuğun bu durumdan etkilenme düzeyi de artmaktadır. Özellikle erken çocukluk dönemindeki çocukların verdiği tepkilerin, taburcu edildikten sonra bir

yıl kadar devam ettiği, bir haftadan fazla hastanede yatarak tedavi gören çocukların ise taburcu edildikten sonra on yıl kadar devam edebildiği belirlenmiştir (24).

Hastalığın ocuğun gelişimine olumsuz etkilerinin engellenebilmesi ya da azaltılabilmesinde hastalık ve olası olumsuz etkilerinin etkin tıbbi tedavisinin sağlanması gerekmektedir. Bu süreçte biyolojik stresi azaltmaya çalışmanın yanı sıra gelişen psikososyal stresle de baş edilmesi çocuğun gelişimi açısından önemlidir.

Hastalığın ocuğun gelişimine etkileri oldukça fazladır. Bu etkilerin en aza indirgenmesi ve engellenmesi amacıyla tıbbi tedavi işlemlerinin uygulanması gerekmektedir. Bu süreç içerisinde hasta çocuğa yaşadığı stres ve kaygı ile baş edebilmesi amacıyla psikososyal destek verilmesi çocuğun gelişimi açısından önemlidir.

Hastaneye yatma başlı başına ocuk için stres sebeplerinden biridir. Bu stresi ise; çocuğun içinde bulunduğu çevreden ayrılmış olması, yaşam aktivitelerinin değişmesi, hastane ortamında tanımadığı insanların varlığı, ağrılı ve acı veren işlemlerin uygulanması, sevdiklerinden uzaklaşmış olması, farklı sesler, ışıklar ve durumlara maruz kalması etkilemektedir (24).

Çocuklarda hastaneye yatmaya ilişkin tepkiler yaşlara göre değişmektedir. Aynı zamanda yaşlara göre çocukların hastalığı anlama, anlamlandırma, ifade etme, tepki gösterme ve kabullenme düzeyleri de değişiklik göstermektedir. Aşağıda ocuğun yaş dönemlerine göre hastalığı anlama ve anlatma durumlarına yer verilmiştir.

2.5. Kronik Hastalığı Olan ocukların Yaşlarına Göre Gelişimsel Olarak İncelenmesi

2.5.1. Bebeklik Dönemi (0-3 Yaş)

Temel güvenin kazanıldığı bu dönemde bebek anne karnından ayrılarak dış dünyaya uyum sağlamaya çalışır. Aynı uyum anne ve diğer aile yeleri içinde geçerlidir. Hamilelik boyunca fark edilemeyen bir rahatsızlık doğum ile ortaya çıkıyorsa bu durum ailenin de bazı psikolojik problem yaşamasına ya da ceza verildiği düşüncesine kapılmasına sebep olabilir. Ailede bu durumu kabullenmeme, inkar, yas gibi bazı durumlar meydana gelebilir. Bu sürecin sağlıklı bir şekilde atlatılması ve ailenin en yakın dönemde kabullenip bebekleriyle sağlıklı bir iletişime geçebilmesi oldukça önemlidir. Bu süreçte doğumdan hemen sonra hemşire/sağlık çalışanlarının

ailelere ulaşması, hastalık hakkında kısa, net, açık ve doğru bilgiler vermesi çok önemlidir. Gerekiyorsa psikolojik destek sunulmalıdır. Hastanelerin bünyesinde bulunan Çocuk Gelişimi Uzmanları da psikolojik destek ve anne-bebek arasındaki ilişkinin sağlamlaştırılması, güven duygusunun oluşturulması adına ailelere yardımcı olmaktadır. Çünkü anne ve bebeğin hastalık sebebiyle uzun süre ayrı kalması, aradaki bağın olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. Bebeğin gelişimin değerlendirilmesi, aile ile hastalık hakkında konuşulup gerekli yönlendirilmelerin yapılması, gerekli erken müdahale programlarının hazırlanarak aileye destek sunulması Çocuk Gelişim Uzmanlarının aileye sunduğu hizmetlerden bir kaçıdır. Özellikle bakım veren ile arasındaki bağın güçlenmesi açısından aileye destek olmak son derece önemlidir.

1-3 yaş döneminde ise bebek bağımsız ve sürekli keşfetme duygusu içerisinde meraklarını geliştirmektedir. Kronik rahatsızlığının olması bu çocuklarda otonomi duygularının gelişmesine engel olmaktadır. Hastaneye yatma, yatağa bağlı kalma çocukların motor becerilerini, hareket etme yeteneklerini ve çevresini tanıma gibi becerilerini kısıtlamakta ve engellemektedir. Bu durumla birlikte benlik duygusunun gelişmesinde ve kendini yeterli görmede zorluk yaşamaktadırlar (1, 25).

3 yaş öncesinde güvenli bağlanmanın temelli atılmaktadır. Çocuklar vücutlarına ilişkin fonksiyonları öğrenmeye başlarlar. Merak duyguları gelişmiş ve çevre ile ilişkileri artmıştır. Fakat hastalıktan kaynaklı acı ve ağrının olması sebebiyle bakım veren kişiye karşı tekrar bağımlı hale gelmektedirler. Bu dönem içerisinde beslenme düzeninde değişiklik ve uyku problemlerinin olması beklendik bir durumdur (26).

2.5.2. Okul Öncesi Dönem (3-6 Yaş)

Daha önceki dönemde bağımsızlaşma ve merak duygusuyla keşfetmeye başlayan çocuk bu dönemde sosyalleşme isteğini daha aktif hale getirir. Çocuğun sosyal hayat içerisinde arkadaşlarıyla/akranlarıyla etkileşim içinde olması gelişimi açısından ve ileriki dönemler için çok önemlidir. Fakat kronik rahatsızlığı olan çocuğa sahip bazı aileler çocukları üzerinde fazla korumacı bir tutum sergileyerek çocukların bu isteklerine ket vurabilmektedirler. Çocuğun sağlığını tehdit edecek durumlar dışında da arkadaşlarıyla görüşmesine ve dışarıya çıkmasına izin vermeyerek çocuğun sosyalleşmesini ve bu hastalıkla baş etmesini engelleyebilirler (1, 27).

Bu durum çocuğun gelişimini de olumsuz etkilemektedir. Zaten yaşamlarının büyük bir kısmını hastanede geçiren bu çocuklar aileleri tarafından da engellenince hem psikolojik olarak sorunlar yaşayabilmekte hem de gelişimsel olarak yaşlılarından geri kalabilmektedirler. Çocuğun sağlığı ön planda tutularak gelişimini desteklemek mümkündür. Çocuğun sağlığını tehdit etmeyen durumlarda aile kontrolü elinde tutarak çocuğun sosyalleşmesine, arkadaşlarıyla bir araya gelmesine, oyun ihtiyacını karşılamasına izin vermeli ve çocuğunu bu konuda desteklemelidir.

3-6 yaş dönemi çocuklarının anne ve babalarından ayrılarak bireyselleşmeyi istedikleri ve dili daha etkin olarak kullandıkları görülmektedir. Benmerkezciliğin ön planda olduğu bu dönemde hastalığı ve hastanede tedavi gören ya da yapılan acı veren tedavileri, çocuk yaptığı kötü davranışı sonucunda ceza verilmesi olarak görebilmektedir. Hasta olan çocuk, gerçekçi olmayan korkularla içinde bulunduğu durumu değerlendirebilir. Bu durumda anksiyete ve kafa karışıklığına sebep olabilir (28). Ayrılıkların üstesinden gelmekte güçlük çekmez fakat hala bakım verene ihtiyaç duymayı sürdürürler (29).

Bebeklik döneminden çıkan çocuk hastane ve hastalıkla baş ederken, çocukla bu süreç açık bir şekilde konuşulmalı yaşına uygun olarak anlatılmalıdır. Çocuğun yaşına uygun en iyi anlatılma şekli ise oyun ile mümkündür. Terapötik oyunla çocuğa yapılacak işlemler açık ve anlaşılır şekilde aktarılabilir. Çocuklara kendilerini ifade etmeleri için plastik enjektörler stetoskop, vb. gibi tıbbi araç-oyuncaklar verilerek destek sunulabilir (1, 2).

Okul öncesi döneminde olan çocukların, hastalık ile ilgili düşünceleri oldukça farklıdır. Hastalığı yaptıkları yanlış bir davranışın sonucunda verilen bir ceza olarak algılamaktadırlar. Hastalığı isminin çocuklar için önemi yoktur. Onlar için önemli olan durum, anne ve babasının sevgisinde değişimin olup olmadığı, anne ve babadan ayrı kalma ihtimalleri, hastanedeki acı veren tedavi işlemleri ile ilgili düşüncelerdir (20).

Daha küçük yaştaki çocuklara göre hastalığı uygun bir dil ile yaşına uygun bir şekilde anlatıldığı takdirde anlayabilir.

Hastalık beraberinde sıkıntı ve endişe, korku ve kaygıyı da getirmektedir. Bu durum çocukta daha önce kazanmış olduğu ve var olan becerilerinde gerilemeye yani regresyona sebep olabilir. Aynı zamanda ailelerin bu dönemde aşırı koruyucu bir tutum

içinde olmaları, çocukların aktivitelerini kısıtlamaları, çocukların kızgınlık ve öfke duymalarına sebep olabilir.

2.5.3. Okul Dönemi (6-12 Yaş)

Okul döneminde olan çocukların hastalığı anlama düzeylerinde artış bulunmaktadır. Bu çocukların yaşına uygun olarak, hastalık süreci ifade edildiği takdirde hastaneye yatmayı ve tedaviyi kabul ettikleri görülmektedir. Ancak her ne kadar hastalığı anlamış olsalar bile farklı yorumlamaları da mümkündür. Genel olarak hala hastalığın sebebinin yaptığı hatadan kaynaklandığı ve hastalığın bulaşıcı olduğu düşüncesine inanmaktadırlar (28).

Okula başlamasıyla birlikte çocuk, okul hayatında daha aktif aynı zamanda arkadaşlarıyla daha sosyal olabileceği bir döneme girmektedir. Dönem özelliği itibariyle de çalışkanlık ve girişkenlik ile birlikte başarı duygusu en üst noktaya çıkmaktadır. Rekabetle mümkün olan başarı sadece akranlarla bir arada bulunduğu sürece mümkündür. Fakat kronik hastalığa sahip okul dönemi çocuğunda bunları başarabilmek ne yazık ki söz konusu değildir (2).

Her çocuğun hastalığa verdiği tepki birbirinden farklıdır. Genel olarak tepkilerin çoğu hastalığın ilk dönemlerinde görülmektedir. Her ne kadar hastalık ile ilgili bilgiye sahip olsalar bile, okul dönemi çocuklarında da aileden ayrılma korkusu, tanımadığı ortam ve acı veren işlemler çocuk için endişe kaynağıdır. Bu endişe kaynakları okul öncesi çocukların verdiği tepkilere benzemektedir. Sağlıklı çocuklar için bu dönemin en önemli özelliği okul ve arkadaş ortamıdır. Fakat hasta çocuklar için hastaneye yatma ile birlikte, okul ve arkadaş ortamından uzaklaşma, başarısızlığı ve arkadaş ilişkilerini olumsuz etkilemektedir (20).

Ayrıca bu çocukların okuldan ayrı kalmaları dışında, okulda oldukları dönem içerisinde de rahatsızlıklarının arkadaşları tarafından bilinmesi ve arkadaşlarının rahatsızlıklarına şahit olması çocuk ve arkadaşları tarafından yanlış anlaşılmalara sebebiyet verebilmektedir. Örneğin astım krizi geçiren bir çocuğun okul ortamında kriz geçirmesi ve bu durumun birçok kez yaşanması diğer çocukların korku ve endişe duymalarına sebep olabilmektedir. Bu durum sağlıklı çocukların kronik rahatsızlığı olan çocuk ile iletişim kurmasını, oyun oynamasını reddetmelerine sebep olabilir. Bu sebeple

hastalık ve hasta olan çocuk, sağlıklı çocuklara da aktarılmalı bu konu ile ilgili gereken düzenlemeler yapılmalıdır.

Okula devam eden çocukların kavramsal olarak hastalık bilgileri okul öncesi çocuklara göre önemli derecede ilerlemiştir. Süreçle ilgili gerekli bilgileri talep ederler ve böylece hastalığı anlama düzeyleri artar (20).

2.5.4. Adölesan Dönem (13-18 Yaş)

Kimlik kazanımının ön planda olduğu, ergenlerin fiziki ve psikolojik birçok değişimi yaşadığı, gelecekle ilgili planlar yaptığı ve hem soyut fikirlerin hem de somut olguların kesiştiği bir dönemdir.

Bu dönemde ortaya çıkan kronik rahatsızlık bu gruptaki bireyleri olumsuz etkilemekte, gelecek ile ilgili planlarını değiştirmesine sebep olmakta bu durumda bireyin anksiyete-stres dönemine girmesini tetiklemektedir. Çünkü bu dönemde ortaya çıkan hastalık, kişinin bağımsızlık isteğinden cinselliğine, gelecek planlamasından eğitimlerine kadar her şeyin değişmesine sebep olabilmektedir (2, 30).

Hastalık ergenlere göre başlı başına bir problemdir. Ergenlerde hakim olan gelecekle ilgili planlar ve bağımsız hareket etme davranışlarını hastalıkla birlikte zarar gördüğü şeklinde düşünülür. Hastalık süreciyle birlikte vücuttaki değişimler ve maruz kalınan tedavi sonucunda oluşan farklılıklar ergenlik döneminde ruhsal sorunların görülmesine neden olmaktadır (31). Hastalık süresince sosyal çevre ve okulda da sorunlar oluşabilir. Yaşanan değişimler sonucunda okul yaşantısına geri dönüşler güç olmaktadır.

Normal gelişim gösteren ergenlerin içinde bulunduğu psikolojik durumun üstüne hastalığında gelmesiyle birlikte, hasta olan ergenlerin hastalıktan etkilenme düzeylerinde farklılıklar görülebilmektedir. Kimlik arayışında olan ergenleri hastalığın olumsuz etkileri daha fazla etkileyebilmekte ve bu durum ergen bireyleri depresyona sürükleyebilmektedir.

Her ergenin hastalığa verdiği tepkilerde birbirinden farklılık göstermektedir. Bağımsızlık duygusunun ön plana çıktığı ergenlerin bazıları için hastalık sebebiyle gelişen kısıtlamalar, yoğun ilaç kullanımları, hekim ziyaretleri ve ebeveynlerin

müdahale etmesi huzursuzluk yaşamalarına sebep olabilmektedir. Ergenlerin bazıları ise bu durumu kabullenerek ve tedavi sürecine katkıda bulunabilir (32).

2.6. Çocuğun Hastane Ortamına Hazırlanması

Çocuğun hastane ortamına hazırlanmasında ki asıl amaç çocuğun hastanedeki işlemlere, ortama maruz kaldığında oluşabilecek kaygıyı azaltmak ve iyileşme sürecini hızlandırmaktır.

Psikolojik hazırlık uygulamalarında en üst seviyede başarı elde edilmesi için geçmişteki hastaneye yatma ve hastalık öyküsünü bilmek, ebeveynlerin desteğini sağlamak ve problemlerle başa çıkabilmek için kullanacakları metotları saptamak önemlidir.

Çocuğun hastane ortamında yapılan işlemlere olumsuz tepki verme riskini etkileyen sebepler olarak; hastalık ve hastane öyküsünde gerekli bilgilere sahip olmama, tekrar eden tıbbi işlemlerde olumsuz tecrübeler, okul öncesi dönem çocuğu olması, problemlerin üstesinden gelmede güçlük yaşaması, ebeveynlerin baskıcı ve cezalandırıcı bir yapısının olması ve ebeveynlerin tedavi sürecindeki çocuğa acı ve ağrı veren işlemlere maruz kalması görülmektedir.

Çocuğun hastaneye hazırlanmasında, davranışsal ve bilgiye odaklı yöntemler kullanılmaktadır. Çocuğa dair bilgiler edinildikten sonra, çocuğun yaşına, bilişsel seviyesine, sosyo-ekonomik seviyesine göre tedavi biçimi dikkate alınarak, gerekli bilgilendirme yapılmalıdır. Çocuğun bilgilendirme biçimi, önceki yaşantıları dikkate alınarak yapılmalıdır. Böylelikle daha önce yaşanmış olumsuz bazı deneyimlerin tekrar edilme olasılığı en aza indirgenmiş olacaktır (16).

Çocuğun hastaneye hazırlanma sürecinde çocuk gelişimciler önemli görevler üstlenmektedir. Çocuk gelişimciler poliklinik ve yatan hasta servislerinde, çocuğun hastaneye yatma, tedavi görme ve gerekli durumlarda çocuğa psikolojik destek sunarak diğer sağlık personelleriyle iş birliği içerisinde. Özellikle ameliyat sürecinde çocuğun ve ailenin karşılaşabileceği zorlukları, çocuğa ve aileye önceden bilgi vererek sürecin şeffaf ve daha sağlıklı yürütülmesinde aktif rol oynamaktadır.

2.7. Çocukların Psikososyal Stresini Engelleyen ve Gelişimine Katkı Sağlayan Yaklaşımlar

2.7.1. Tedavi Edici Oyun

Çocuk oyuna hayatının tüm evresinde ihtiyaç duyar. Oyun hastanede yatan çocuk için rahatlatıcı ve kendini hastane ortamına bir miktarda olsa uyumunu sağlayan önemli bir unsurdur.

Çocuklar bazı dönemlerde yaşadığı kaygıyı, stresi yenmek için onları rahatlatan unsurlara ihtiyaç duyarlar buna en iyi örnek oyundur. Çocuklar gelişim dönemlerinin özelliklerinin de getirdiği imkânlar dâhilinde yaşamlarında yapabildiklerinin sınırlı olmasından dolayı kendi ellerinde olmayan deneyimlerle karşı karşıya gelirler. Oyunu başlatarak ve genişleterek devamında tecrübeleri tekrar canlandırabilir, bu sayede deneyime verimli bir şekilde dâhil olmayı sağlar böylelikle kendine güvenmesini ve kontrol etme becerisini oluşturarak maruz kaldığı kaygıyı azaltır (33).

Hasta olan, hastanede yatarak tedavi olması gereken çocuğun kendini daha iyi ifade edebilmesi, duygularını ve düşüncelerini aktarabilmesi için oyundan faydalanabilir.

Gelişmiş ülkelerde oyunun kaygı düzeyini etkilediği ve bununla baş edebildiği fark edilmiştir. Hastalık ile birlikte hastane sürecine girilmesi çocuğun tecrübe kazanmasına sebep olmaktadır. Bu tecrübeler ile stresi ve kaygı düzeyini azaltmak hastalığın başlaması, süreci ve hastane ortamı ile ilgili olumlu-olumsuz tecrübelerin ortaya çıkardığı kaygı ve stres düzeyini azaltmak, deneyimlediklerine ayak uydurmasını sağlamak ve hastalık sürecinde çocukların gelişiminin normal bir şekilde seyretmesine olanak sağlamak için “tedavi edici oyun (therapeuticplay)” uygulamaları yapılmıştır (34).

Tedavi Edici Oyunun nitelikleri;

- Çocuğun hayal dünyasını ifadeleri ile aktarabilmesi için yüreklendirilmesi,
- Hastane ortamında maruz kalacağı işlemler için gerekli bilgilerin verilmesi,
- Hastalığına dair faydalı bir etkinliği barındırması (örn. akciğer fonksiyonlarına fayda sağlaması için balon şişirmek, pipet üflemek) maddelerinden en az birisini kapsamalıdır (34).

Terapötik oyun hastaneye yatış işlemleri ve tedavinin başladığı ilk andan hastaneden tedavi edilip ayrıldığı aşamaya kadar her an uygulanılabilir. Bu sayede çocuk hastalığı ve tüm süreçleri daha net bir şekilde anlayabilir. Bu işlemlerin sebep olduğu bedensel ve psikolojik streslerle daha etkin baş etmeyi öğrenebilir. Bunun için hastane ortamında bulunan eldiven, maske, bone, ameliyat önlükleri gibi araç-gereçlerin maketleri ve tıbbi oyuncaklar kullanılabilir (35).

2.7.2. Çocuk Yaşam Hizmetleri

Çocuk yaşam hizmetleri çocukları etkileyebilecek kaygı ve olumsuz süreçlere maruz kalma durumlarında, olumsuz etkinin en aza indirgenmesi amacıyla;

- Özel kamplar
- Okullar
- Cenaze evlerinde hizmet vermektedir.

Bu hizmetlerin gelişmiş olduğu ülkelerde bu özel eğitimi almış “Çocuk Yaşam Hizmeti Uzmanı” sağlık kurumlarında organize bir şekilde bu hizmetleri yürütmektedir.

Çocuk yaşam hizmetleri kapsamında, tedavi edici oyun kullanılarak çocuğun kendini ifade etme becerisini ve eğitimi desteklenmektedir (36).

2.7.3. Eğitim Etkinlikleri

Kronik rahatsızlığa sahip olan çocuğun okul dönemi çocuğu olması, uzun süren tedavi ve tekrarlayan hastane yatışları sebebiyle okula devamını zorlaştırmaktadır. Okula devam edememek, sosyalleşme isteğinin ve arkadaş etkisinin yoğun olarak hissedildiği bu dönemde, hasta çocuğun gelişimsel ve psikolojik açıdan olumsuz bir şekilde etkilenmesine sebep olabilmektedir (37).

Ülkemizde ise Prof. Dr. Necate Baykoç Dönmez’in çalışmaları önderliğinde “Hastanede Yatan Çocukların Eğitimleri- Öğretimleri ve Hastane Okulları Şubesi” kurulmuştur. İlk Hastane İlköğretim Okulu Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi’nde kurulmuştur (38).

2.7.4. Ağrı Kontrolü

Hastalık ve tedavi sürecinde ağrı ve ağrı ile beraberinde gelen kaygının zaman içinde etkisini yitirmediği hatta yeterli ağrı kontrolünün yapılmadığı durumlarda giderek arttığı bilinmektedir (39).

Ağrının kontrolünün sağlanması, çocuğun gelişiminin desteklenmesi ve tedavinin olumlu bir şekilde yürütülebilmesi için önemlidir. Kontrolün sağlanamadığı durumlarda stres giderek artacak olarak çocuğu ve tedaviyi olumsuz etkileyecektir. Ağrının kontrol altına alınma yöntemleri arasında ilaçlı ya da ilaçsız tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (40).

Çocuklar da ağrı yaşa bağlı olarak ifade edilme bakımından farklılık gösterir.

- 0-2 yaş döneminde sözel olarak ifadenin mümkün olmamasından kaynaklı bebeğin fizyolojik ihtiyaçlarından ayırt edilebilmesi önemlidir. Açlık, alt ıslatma ile gerginlik ve sıkıntıdan oluşan ağlamaların fark edilmesi gerekmektedir
- 3-4 yaş dönemindeki çocuklar acı karşısında sessizliğe bürünebilir ya da tam tersi huzursuzlaşıp, hareketlenebilirler.
- Okul çağı dönemi çocukları ağrı ile ilgili daha fazla bilgi verebilir ve ağrıyı ifade edebilirler. Ağrının nerede olduğunu, birimler kullanarak puanlayabilirler.
- Ergenlik dönemindeki çocuklar ise ağrıyı daha açık bir şekilde ifade etmektedir. Bu dönemdeki çocukların ağrıyı ifade etme şekilleri, tedavinin hızlı ve etkin yapılması açısından önemlidir.

2.7.5. Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı

Aile ve sağlık çalışanlarının birlikte yürüttüğü işbirliği içerisinde çalıştıkları bir sağlık hizmeti yaklaşımıdır (41). Gelişmiş ülkelerde hastanın tedavi olmasının ve verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması amacıyla yapılması gerekenlerin en önemlisi aile merkezli yaklaşım olduğu belirtilmektedir (42).

Aile merkezli bakım yaklaşımı uygulamalarında aile sürecin bir bileşeni olarak görülmekte, tedavi işlemleri ya da tedavi sonrası bakım sürecinde aileler çocuklarıyla birlikte olup çocuğa destek sunması hem ailelerin kaygı düzeyini hem de ağrı kesici gereksinimini azaltmaktadır. Çocuk yaşam hizmeti uzmanları, aile ve çocukların

psikolojik problemlerini azaltmakta, hastaneye ve tedavi girişimlerine uyumlarını arttırmaya yardımcı olmaktadır. Bu durum hasta kişinin ve ailesinin hizmetinden memnun kalmalarını sağlamaktadır (41).

Ebeveynlerin hasta çocuklarının tedavi süreci ile ilgili;

- Tedavi ile ilgili karar aşamasına yeterli düzeyde katılamadıkları,
- Bedensel bakımlarına katılmasının daha çok olduğu,
- Hasta çocuklarının bakımları hakkında yeterli düzeyde bilgilendirilmedikleri,
- Çocuklarıyla ilgili kaygılarını paylaşabilecekleri ortamın olmadığı,
- Bireysel temel ihtiyaçlarını karşılayamadıkları bildirilmektedir (43, 44).

Aile Açısından

Ailenin herhangi bir üyesini ilgilendiren bir rahatsızlık, tüm aileyi etkilemektedir. Aile üyelerinden bir çocuğun hastaneye yatışı, tüm ailenin hayatında önemli değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Bu değişiklikler aile üyelerinin stres ve kriz yaşamasına da sebep olabilmektedir (2).

Çocuğun hastaneye yatışıyla birlikte yaşanan sorunlar;

- Çocuğun yaşına,
- Hastane deneyimlerine,
- Hastaneye yatma süreci hazırlığına
- Aile üyelerinin anksiyete düzeyine,
- Çocuk ve ebeveyn arasındaki iletişime bağlı olarak değişmektedir (2, 45).

Çocuğun hastaneye yattığı ilk gün çocuk ve aile açısından anksiyetenin yoğun bir şekilde hissedildiği zamandır. Ailenin anksiyete yaşaması birçok olumsuzluğu da beraberinde getirebilir. Çocuğu doğru anlamayı, olayları gerçekçi yorumlamayı, uygun ve doğru kararlar vermeyi ve çocuğun bakımına katılmayı olumsuz etkileyebilmektedir (35).

Ailenin tedavi sürecine aktif katılımı anksiyeteyi azaltacak ve çocuğun tedavi sürecine olumlu katkı sunacaktır.

Çocuk Açısından

Aile merkezli bakım yaklaşımı hem çocuk için hem de aile için en uygun yaklaşımlardan biridir. Çocuğun hastaneye yatmasıyla birlikte birçok değişiklik meydana gelmiştir. Bu süreç hem çocuk için hem aile için oldukça stresli bir durumdur.

Bu sürecin içerisinde;

- Çocuk ve ailenin yaşantısında maddi, manevi ve sosyal birçok değişiklik meydana gelmekte
- Hastalığa, hastane ortamına yabancı olmak ve yapılan işlemlerin acı vermesi,
- Yapılacak işlemler üzerinde kontrolünün olmadığı düşüncesi çocukların gelişimini olumsuz etkilemektedir.

Bu süreç içerisinde tanımadıkları kişilerin sağlığının daha iyi olması adına yaptığı tüm işlemler çocuklar için bir korku unsuru olmakta ve tedavinin uygulanmasını güçleştirmektedir. Aile ile işbirliği içinde uygulanan bu yaklaşım ile birlikte çocuğun kaygısı azaltmakta ve tedavinin uygulanmasını kolaylaştırmaktadır. Sonuç olarak çocuklar tarafından bilinmeyen süreç ve sürecin getirdikleri (ortam, tanımadıkları kişiler, acı veren işlemler, korkutucu sesler vb) çocukların farklı duygular yaşamasına ve bu durum çocuk için krize neden olabilmektedir (42). Aile merkezli yaklaşım ile sürecin daha sağlıklı geçirilmesi hedeflenmektedir.

2.8. Depresyon

Depresyon Latince'den “depressus” kelimesinden gelen ve aşağıya bastırmak, yorgun olmak, derli anlamlarına gelmektedir. Türkçede ise depresyon kelimesinin karşılığı çökkünlüktür. Önemli olmayan nedenlerden dolayı karamsarlık, özgüven yetersizliği, sosyal hayattan kopma, suçluluk hissine kapılma gibi ilgide azalma ile kendini gösteren psikolojik olarak kendini iyi hissetmemek olarak ifade edilebilir (46, 47).

Depresyon; çökkünlük, üzüntü, suçluluk, değersizlik, enerji kaybı, yorgunluk ve ilgi kaybı ile kendini gösteren bir duygu durumudur. Fizyolojik işlevlerde, düşünce ve konuşmada yavaşlama, değersizlik, yetersizlik duygu ve düşüncelerine sahip olma ile dikkat çeken bir sendromdur (48). Depresyon, bireylerde bilişsel olarak; kendisine ve geleceğe yönelik olumsuz düşüncelere sebep olabilmektedir (49). Depresyon aynı zamanda, “en az iki hafta süren, belirgin bir keyifsizlik durumu, hayattan zevk alamama

ve karamsarlık gibi duygularla seyreden karanlık bir ruh halidir” şeklinde tanımlanmaktadır (50).

Depresyon diğer psikolojik problemler gibi sadece bir sebebin varlığıyla değil de birçok sebep ile kendini gösteren psikolojik bir rahatsızlık olarak tanımlanan durumdur. Depresyonlu bireylerde en çok görülen belirtiler; kendini suçlama, bitkinlik, pişmanlık, çabuk yorulma, tedirginlik, yeme ve uyku sorunları, özgüvende azalma, pasiflik, fiziksel yakınmalar, kararsızlık, cinsel istekte azalma, konsantrasyon bozuklukları, vb.dir (46, 51).

Depresyon kişide davranış, düşünce ve duygusal olarak değişikliklere sebep olan bir durumdur. Bu değişikliklerin yanı sıra kişinin beden sağlığı ve işlevselliğini de etkilemektedir. Örneğin depresyonlu bireyler sosyal ilişkilerinde ve temel gereksinimlerini yerine getirmekte sorun yaşayabilmektedirler (52).

Depresyon psikolojik bozukluklar arasında karşılaşılmaması en çok görülen rahatsızlıklardan biridir (53). Depresif bozukluklar bütün dünyada önemli bir toplum sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (53). En sık orta yaşlarda ve 25-44 yaş arasında görülüyor olsa bile her yaşta görülebilmektedir. Daha önce aile bireylerinin birinin depresyon yaşamış olması, bireyin depresyon yaşama olasılığını arttırmaktadır (54).

2.8.1. DSM-V’e Göre Tanı Ölçütleri

Aşağıdaki belirtilerden en az beşinin iki hafta boyunca görülmesi ve işlevsellik durumunun etkilenmesidir. Bu belirtiler arasında ilgisini yitirme, zevk alamama ve çökkün duygudurum bulunmalıdır.

1. Hemen hemen her gün ve günün büyük bir bölümünü kapsayan çökkün duygudurum hali görülür. Bu kişinin kendini ifade etmesiyle ya da çevresindekiler tarafından bildirilir.
2. Hemen hemen her gün ve yapılan aktivitelerin büyük bir bölümüne karşı ilgide azalma veya zevk alamama hali bulunur.
3. Yeme isteğinde değişiklikler görülür. Herhangi bir çaba olmaksızın kiloda %5 azalma ve artma durumudur.
4. Hemen hemen her gün uyku ile ilgili ya aşırılık ya da uyuyamama durumu görülür.

5. Hemen hemen her gün psikodevinimsel çıkış veya ajitasyon hali görülür. Bu durum kişinin çevresindekiler tarafından fark edilebilir.
6. Hemen hemen her gün enerji düşüklüğü görülebilir.
7. Hemen hemen her gün suçluluk ve değersizlik duygusuna kapılabilir.
8. Hemen hemen her gün konsantrasyonda güçlük veya kararsızlık yaşanabilir.
9. Ölüm, intihar düşünceleri tekrarlayabilir veya girişimi yaşanabilir.

2.8.2. Depresyon Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar

Psikanalitik Yaklaşım

Kuramda kıymet verilen veya hoşlanılan bir oleden, uzaklaşma ya da ölüm nedeniyle kaybedilmesi ele alınmıştır. İfade edilen objeler ilk çocukluk döneminde çocuk için önemli bir yere sahip bireylerdir. Kişinin, geçmiş yaşantısında benzer bir durumla karşılaşması yetişkinlik döneminde de depresyon yaşamasına sebep olabilmektedir (55).

Psikanalitik görüşe göre ruhsal çökkünlük belirtileri, yas tutma belirtilerine benzemektedir. Freud'a göre var olan bir nesnenin kaybı yas ile söz konusu iken depresyon için herhangi bir kaybın olması gerekli değildir (56).

Freud'un 1917 yılında yaptığı araştırmada araştırma da melankoliyi ve depresyonu birbirinden ayırmamış ve melankolinin sevilen bir objenin kaybı sonrasında ortaya çıktığını savunmuştur. Freud, depresyonda olanlar melankolik diye tanımlamış ve melankoliğin kişinin kendisiyle ilgili saygısında azalmaya sebep olduğunu ortaya atmıştır (57).

Psikanalitik kuramın öncülerinden biri olan Carl Jung, libidonun engellenmesiyle depresyonun ortaya çıktığını ifade etmektedir. Libidonun engellenmesi eğlence ve enerji kaybına sebep olduğu düşünülmektedir. Jung ise bu durumu depresyon bireyin geçmiş yaşantısını tekrarlamasına neden olmakta ve geçmişteki düşünceleri tekrar bilinç yüzüne çıkarmak olarak tanımlamaktadır (58).

Davranışçı Kuram

Edimsel koşullanma ve ilkelerini B.F. Skinner, kendine güvenme eğitim yöntemini ise Wolpe geliştirmiştir. Bu yöntemlerin temelinde davranış bozukluklarının ortadan kalkması öğrenme yolu ve süreçleri bulunmaktadır. Öğrenme kavramları ile

kişinin rahatsızlık duyduğu sorunları ortadan kaldırmayı hedefleyen bu yöntemlerin birçok ismi vardır. Bu yöntemler arasında da edimsel koşullanma ve sistematik duyarsızlaştırma en sık kullanılan yöntemlerdir. Var olan asıl problemlere değil de kişinin davranışına, davranışçı terapi odaklanmaktadır (59).

Davranışçı yaklaşıma göre depresyon ile birlikte meydana gelen rahatsızlıklar pekiştiricilerin azalmasıyla meydana gelmektedir. Kişinin çevresinde ki koşullanmalardaki olumluluğun azalması olumsuzluğun çoğalması sebep olmaktadır. Skinner, sosyal çevredeki pekiştirici davranışların durdurulması sonucu davranışta meydana gelen zayıflamayı depresyon olarak tanımlamaktadır (60). Ayrıca oral dönemde anne ve çocuk arasında oluşan problemler depresyona yakınlık oluşturmaktadır. Gerçek ya da hayali bir nesne/obje kaybı ile baş edebilmek için kullanılan bir savunma mekanizmasıdır. Kayıp nesneye/objeye ilişkin sevgi ve nefret duygularını birey kendisine öfke olarak yöneltir ve hedeflerinin gerçekleşmeyeceğine yönelik farkındalığı kişinin depresyona girmesine sebep olmaktadır. Erken çocukluk döneminde bağlanmaya ilişkin yaşanan problemlerde depresyon yakınlığını arttıran bir unsur olarak görülmektedir (61).

Bilişsel Yaklaşım

Beck'in bilişsel kuramına göre depresyon oluşmasındaki en temel sorun bilişlerdeki bozulmadır. İnsanların kendisiyle ilgili algısı, çevresine bakış açısı, yorumlamada yaptığı yanlışlar, çarpıtma ve yanlış düşüncedir. Bu tarz düşünme biçimi insanların kendilerini çaresiz hissetmelerine sebep olabilmektedir. Depresyon terapi sürecinde de bu bilişsel çarpıtmalar üzerinde çalışılmakta ve düzeltilmektedir (62).

Ayrıca bu yaklaşıma göre depresyondaki bireyler kendini değersiz, aciz, yetersiz hisseder, başına gelen her türlü olumsuz durumun sebebini kendisi olarak görmekte ve diğer kişilerin kendisini sevmediğini hissetmekte ve düşünmektedir. Bu kişiler çevresindeki kişilerle iletişimlerini ve yaşantılarını olumsuz olarak görmekte her zaman başarısız olacağı düşüncesi içerisinde ümitsiz bir şekilde hayatlarını devam ettirirler (63).

Beck olumsuz düşünme biçimlerinin direkt olarak depresyonla ilişkili olduğunu ve bu durumun kaynağının stres olduğunu açıklamaktadır (64).

Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçuluk kendi hareketlerinin sorumluluğunu alarak bireyselliği, özgünlüğü, özgür olmayı ifade eder.

Kuramın en önemli temsilcilerinden olan M.Boss depresyonda olan bireyi, yaşamın beraberinde getirdiği sorumlulukların üstesinden gelmek noktasında başarılı olamayan ve bu sebeple özgür olamayan kimse olarak tanımlamıştır. Bireyi başkalarının onayını ve sempatisini kaybetmemek amacıyla diğer insanların isteklerini kendi isteklerinin önünde görmektedir. Depresyonda ki bireylerde ortaya çıkan suçluluk duyma nedeni bu varoluşsal suçluluktan kaynaklanmaktadır (65).

2.8.3. Depresyonu Açıklayan Kuramsal Modeller

Depresyon yaşamın her alanını etkileyen, gerilemelere neden olan ve hem bireyin kendisi için hem de yaşamında yüksek düzeyde olumsuzluk meydana getiren rahatsızlıktır (66). Depresyona sebep olan durumları araştıran modeller aşağıda açıklanmıştır (67).

Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli

İlk kez Seligman tarafından öğrenilmiş çaresizlik kavramı depresyonu açıklamak için kullanılmıştır (68).

Öğrenilmiş çaresizlik insanın yaşamına olumsuz etkileri olan bir kavramdır. Öğrenilmiş çaresizlik modeli uzun süredir acı veren uyaranlara maruz kalan kişinin bunlardan kurtulmayı bilememesi ve çaresizlik durumunu ifade etmektedir. Bu çaresizlik hali de kişiyi depresyona sürüklemektedir (69). Bu modele göre depresyondaki bireylere göre problemin sebebi kendileridir, bu durum değişmezdir ve geneldir (70).

Öğrenilmiş çaresizlik yaşayan kişi yapmış olduğu davranış ile davranışın beklendik sonucu arasında ilişki kuramadığı için yapması gereken davranıştan da uzak durmaktadır (69). Olumsuz olaylardan kaçılmayacağını düşünmek, olumsuz olaylar karşısında kişinin kendisiyle ilgili olumsuz çıkarımlarda bulunması ve bir olumsuzluğun ilerleyen zamanda daha farklı olumsuzluklara sebebiyet vereceği düşüncesi kişiyi depresyona sürüklemektedir (71).

Abrahamson, Metalsky ve Alloy (1989) depresyonu açıklamak amacıyla umutsuzluk kuramını ortaya atmışlardır. Bu kurama göre istenilmeyen olayların gerçekleşip istenilen olayların gerçekleşmeyeceği düşüncesi depresyona neden olmaktadır. İnsanlar olumsuz düşünmeye fırsat vermeyerek ya da travmatik durumlardan kaçınarak depresyon duygusundan kurtulabilmektedir. Umutsuz birey istediklerinin ve iyi şeylerin olmayacağına inanmaktadır. Bu durum acı veren olaylar içinde geçerlidir (72).

Beck'in Bilişsel-Davranışçı Modeli

Beck, depresyona eğilimli bireylerin, genel olarak olayları olumsuz yorumladıklarını ve kendini eleştiren bir bakış açısında olduklarını öne sürmektedir. Günümüzde depresyonun tanısı ve tedavisinde en yaygın şekilde kullanılan yaklaşım Beck'in geliştirmiş olduğu bilişsel modeldir (73). Beck (1979) modelinde üç farklı öğrenme türüne dikkat çekmiştir (74). Bu üç temel alandaki olumsuz düşünce tarzları depresyona sebep olmakta ve depresyonun seyrini etkilemektedir. Bunlar kişinin kendisi, diğer insanlar ve dünya hakkındaki olumsuz algısıdır. Bu olumsuz algılamının sebebi ise şemalardır. Şemalar erken yaşlardan itibaren bize ulaşan ve zihnimizde oluşan bilgiler ve bu bilgileri anlamlandırma şeklimizin tamamını ifade etmektedir. Kişi bazı işlerinde başarısızlığı tecrübe ettiği için 'yetersizlik' şeması geliştirebilmekte ve bu şema kişinin ileriki yaşantısında kendisini yetersiz olarak değerlendirmesine neden olmaktadır (49, 75, 76).

Bilişsel-Davranışçı Modeline göre ilk öğrenme türünde birey kendisini olumsuz olarak görmektedir. Kendisini kötü bir insan olarak görür ve bu sebepten başına kötü olayların geldiğini düşünmektedir (77).

Öğrenme türünün ikincisinde, kişinin kendi deneyimlerini yetersiz görmesi ön plana çıkmaktadır (78). Bu öğrenme türünde kişi, çevresindeki olayların sürekli devam etmesini kendi yetersizliğine, becerisizliğine bağlamaktadır (79).

Öğrenme türünün üçüncüsünde ise birey gelecek adına karamsardır, gelecekte her şeyin kötü olacağına dair düşünceye sahiptir. Beck'e (1979) göre, depresyondaki bireylerin davranışlarında, bu üç öğrenme modeli temel olmaktadır (80).

Umutsuzluk Modeli

Beck (1967) yaptığı gözlemlere dayanarak depresyondaki bireyleri intihar düşüncesinde olan hastaların durumlarını umutsuzluk kavramı ile belirtmiştir. Bunun nedenini ise ön yargılar olduğunu belirtmiştir. Beck kuramı geliştirirken depresyondaki kişilerde olumlu olarak görülmeyen düşüncelere neden olan umutsuzluğu ölçmek amacıyla çeşitli uygulamalar yapmıştır (81).

2.9. Anksiyete

Anksiyete, varlık açısından tehlike bulunduran tanımlanan veya tanımlanamayan bir olaya karşın yaşanan; saldırma, kaçınma, gerginlik hallerine sebep olan ve birey tarafından hoş olmayan bir duygu olarak ifade edilen bir emisyon olarak tanımlanmaktadır (82).

Anksiyete iç sıkıntısı, bunaltı, kaygı gibi yaşamı olumsuz etkileyen ve tedirgin eden korku ve endişe duygusudur (9).

Milattan öncesine kadar dayanan anksiyete, 18. Yüzyıla kadar fiziksel ve ruhsal belirtileri ayrı ayrı ele alınırken bu yüzyıldan itibaren aynı bozukluğun parçaları olarak görülmüş ve birlikte ele alınmıştır. Freud ise bu belirtileri bir araya getirerek ‘anksiyete nevrozu’ nu tanımlamıştır. Freud’un tanımına göre ‘baskı altında tutulan idin enerjisi’ anksiyeteyi ifade etmektedir. Buna göre ise güdüler tarafından devamlı doyum arayışı amacıyla yönetilen id, bireyin baskıları sebebiyle bireye rahatsızlık sebebi olabilmektedir. Bastırılan duygular, bireylerin yaşamı boyunca devam etmektedir. Bu tanıma göre Freud, anksiyeteyi biyolojik etkenlere dayandırmaktadır (83).

Araştırmacılara göre kaygı, kültürel ve sosyal etkenler ile ifade edilmektedir. Anksiyete, kişinin çevresi ile yaşadığı problemler ve sorunlar nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bu tanım doğrultusunda bireylerin aileleriyle, arkadaşlarıyla veya iş çevreleriyle bir problem yaşamaları durumunda, kaygı düzeylerinin arttığı söylenebilir (84).

Beck ve Emery (1985) anksiyetenin duygusal, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtilerinin olduğunu ve bu sistemlerin anksiyete durumuna göre etkilendiğini ifade etmektedir.

Duygusal İşaretler: Kaygının yüksek olması, çaresizlik, panik durumuna benzer hislerden meydana gelmektedir. Anksiyetenin meydana gelmesi sonucunda kontrol altına alınamayan diğer olumsuz duygularda yaşanmaktadır.

Bilişsel İşaretler: Genellikle olumsuz düşünme durumu hakimdir. Anksiyete seviyesinin yüksek olduğu bireylerde genel olarak diğer durumlarında olumsuz yönlerini görme eğilimi fazladır. Düşünce zorlukları ve kavramsal zorluk yaşayabilirler.

Davranışsal İşaretler: Kaçınma davranışı ortaya çıkmaktadır. Bireyin kendisini rahatsız ve hoş karşılanmayan olay ve kişilerden kaçış eğilimi vardır.

Fizyolojik İşaretler: Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinde ortaya çıkan değişiklikler sonucu kendini gösterir (9). Titreme, çarpıntı ve bulantı gibi bazı fiziksel belirtilerde gözlemlenmektedir.

Anksiyete ile baş edebilmek amacıyla kişinin gösterdiği bazı davranışlar şunlardır;

İçe Dönme: Kişinin yaşamış olduğu durumlar karşısında anksiyete sebep olan olayların psikolojik olarak tehlikeli görülmesi ve kişide içe kapanıklık durumu olarak ifade edilmektedir.

Dışa Vurma: Bireyin yaşamış olduğu anksiyete durumunu agresif davranışlar ile boşaltması durumudur.

Bedene Yansıtma: Anksiyetenin kişinin bedenindeki bir yere yansıtılması ve orada meydana gelen problem olarak ifade edilmesi durumudur.

Kaçınma: Yaşanılan anksiyetenin azaltılması ve kontrol altına alınması amacıyla kaçınma yaşanmasıdır.

Problem Çözme: Diğer maddelere göre problem çözme davranışı kişinin gelişimi açısından etkili bir davranış olarak görülmektedir. Anksiyete ile beraber ortaya çıkan olumsuz duyguları ve sorunları ortadan kaldırmak amacıyla uygun davranışların öğrenilmesi durumudur (85).

2.9.1. Kuramlara Göre Anksiyete

Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramda anksiyetenin açıklanmasına yönelik çalışmalar Freud ile başlamıştır. Freud kaygıyı dürtü ve içgüdülerin neden olduğu güçlerin bastırılmasıyla oluşan bir kavram olarak ifade etmektedir. Kaygı durumunu gidermek için de bastırma mekanizmasının (regresyon) gelişmiş olduğunu ifade etmiştir.

Freud, anksiyetenin tedavisini ve sebeplerini araştırırken ‘çatışma’ kavramının önemine değinmiş, anksiyeteyi ve çatışmayı anlama sürecinde topografik ve yapısal olmak üzere iki kuramın varlığından söz etmiştir (86).

Topografik kurama göre, haz ilkesiyle bağlantılı olarak doyum arayan dürtüler, bastırılarak bilinçaltına itilmektedir. Bastırılan bu dürtüler bilince çıkmanın yollarını aramakta ve dürtülerin doyum arama süreci çatışmanın temelini oluşturmaktadır.

Yapısal kuram ise, topografik kuramda var olan eksikleri tamamlamakta, çatışmanın yerinin belirlenmesinin de ötesinde, zihnin id, ego ve süper ego olmak üzere üç yapısal ögesi arasında oluşan uyuşmazlığın bir ürünü olarak çatışmanın meydana geldiğini ortaya koymaktadır.

Freud kaygıyı üçe ayırmaktadır. Bunlar:

1. *Objektif ve Gerçek Kaygı*: Bu kaygı biçimine göre tehlikenin kaynağı bireyden bağımsızdır (fobi, korku, vb.). Kişinin yaşamı boyunca tecrübe edilir.
2. *Nörotik Kaygı*: Tehlikenin kaynağının bireyin içinde olduğu kaygı biçimidir. Kişinin bastırdığı saldırganlık ve cinsellik dürtülerinden oluşmaktadır.
3. *Moral Kaygı*: Bu kaygı biçimine göre bireyin duygularında, düşüncelerinde ve belleğinde çelişki ve çatışma yaşanmasıyla birlikte meydana gelir. Kişinin hissettiği suçluluk, utanma, vicdan azabı, vb. gibi durumların meydana getirdiği huzursuzluk durumudur (87).

Bilişsel Davranışçı Kuram

Bilişsel yaklaşımçılar (Beck, Emery, Mathews), anksiyetenin nedeninin olaylardan kaynaklanmadığını, kişinin beklentisi sonucunda olaydan nasıl ve ne şekilde yorum çıkardıklarıyla ilgili olduğunu savunmaktadırlar.

Bilişsel kuramı ortaya koyan Beck, bilinçdışı kavramını saf dışı bırakarak, psikolojik hastalıkların sebebinin, bilinçte var olan durumlardan kaynaklandığını ifade etmiştir. Beck, kuramında kişiyi rahatsızlık eden düşüncelerin biçim değiştirmesi sonucu ortaya çıktığını, bilinçaltı süreçlerin önemli olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte psikolojik rahatsızlıkların kaynağında, birçok biyolojik ve fizyolojik rahatsızlık yatmaktadır. Beck'e göre; 'bilişsel işlev bozuklukları' psikolojik rahatsızlıkların ana sebebi kabul edilmektedir (88).

Davranışçı kuram anksiyeteyi, edimsel ve klasik koşullanmalar yoluyla öğrenilmesi şeklinde açıklamaktadır. Korkunun meydana gelmesinde, koşullu uyarıcının, koşullu uyaran ile sıkça karşılaşması sonucunda oluşan koşullu bir tepki vardır (86).

Karen Horney, anksiyetenin tehlikeye karşı bir cevap olduğunu söylemiş ve Freud'dan farklı olarak egonun değil kişinin güvenliğinin tehlikede olduğunu savunmuştur (89).

Adler, anksiyeteye aşağılık duygusunun sebep olduğunu öne sürmektedir. Birey, aşağılık duygusundan kurtulmak amacıyla güven ve üstünlük kazanmaya çalışır, bu amaç doğrultusunda da anksiyeteyi başkalarını kontrol etmek için bir araç olarak kullanır (89).

Sullivan (1953)'a göre ise kişiliğin oluşmasında temel nokta insanların birbiriyle olan ilişkisidir. Bu ilişkilerdeki bozukluk sonucu anksiyete oluşmaktadır (90).

Varoluşçu Kuram

Bu kurama göre anksiyete, insanın kendi varoluş sorumluluğunu üstlenme noktasında karşılaştığı sorunlarla açıklanmaktadır. Bu kuramın analistleri, anksiyeteyi insan olmanın temel vasfı olarak görmekte ve bu var olmadan kaynaklı 'var olma' korkusuna dikkat çekmektedirler.

Laing'e göre; bağımsız bir varlık olduğunu hissedemeyen kişi ne başka varlıklardan ayrı ne de onlarla ilişki içerisinde olma bilincinde olamayacaktır. Bu durumda kişi ya tamamen yalnızlık çekecek ya da tam bir karmaşanın içerisinde olacaktır. Bunun her ikisi de anksiyeteye sebep olmaktadır (91).

Heidegger'e göre ise kişi, kendinin ve başkalarının var oluşlarından haberdardır. Kendi var oluş sebebini arayan kişi, bu amaç doğrultusunda yalnız olduğunun farkına varmakta ve anksiyetesinin kaynağına ulaşmaktadır.

Davranışçı Kuram

Davranışça görüşe göre anksiyete öğrenilmiş durumlarla ifade edilmektedir. Acı veren, korku, tehlikeli bir uyaran karşısında verilen biyolojik temelli bir tepkidir. Birey normalde korku uyandırmayan bir nesneye bile karmaşık süreçlere koşullanarak kaçınma davranışı gösterebilir ve anksiyete geliştirebilir.

Anksiyete ile ilgili teorisinde kişiler arası ilişkilerin önemini vurgulayan Sullivan (1953)'a göre, kişiliğin oluşmasında temel nokta olan, kişiler arası ilişkilerdeki bozukluklar anksiyetin oluşmasına sebep olmaktadır. Sullivan'a göre çocukluk döneminden itibaren çocuğun ailesi ve eğitiminden sorumlu kişiler tarafından içinde yaşadığı kültürün değerlerini kazandırmak amacıyla çocuğun bazı davranışlarını onaylamama, memnuniyetsizlik gösterme, engellemelerde bulunma, cezalandırma, yasaklar koyma gibi çocuğu rahatsız edecek davranışların sonucunda oluşmaktadır.

3. MATERYAL VE METOT

Bu bölümde araştırma modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizine yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. İlişkisel tarama modelinde evrenle ilgili genel bir yargıya ulaşmak için evren içerisinde seçilecek örneklem üzerinde çalışma yapılır (92).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Gaziantep il merkezinde bulunan hastanelerde çocuğu hastanede yatan anneler oluşturmaktadır. Araştırma, örnekleme kolay ulaşılması açısından görev yapılan hastane seçilerek uygun (kolay) örneklemeyle, Gaziantep il merkezinde bulunan Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Ocak-Nisan 2020 tarihleri arasında yatarak tedavi gören çocukların anneleri oluşturmaktadır.

3.2.1. Çalışmaya Katılan Annelere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Çalışma öncesinde iki bağımsız grup için ölçülen değişkenin test öncesi güç analizi GPower 3.1 programı ile yapılmıştır. Güç değeri % 80, hata düzeyi 0,05 ve hipotez çift yönlü olarak belirlenmiştir. Yapılan güç analizinde daha önce yapılan çalışmalar referans alınmış ve etki büyüklüğünün 0,55 düzeyinde olduğu gözlenmiştir. Bu değerlere göre yapılan analizde her bir grupta en az 23 kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. Ancak çalışma süresi içerisinde gönüllülük esasına göre toplam 160 hasta annesine ulaşılarak çalışma tamamlanmıştır.

Annelerin hastanede yatan çocuklarının cinsiyet oranları birbirine yakın bulunmuştur. Kız çocuk annesi oranı %46,9 (n=75) olurken erkek çocuk annesi oranı %53,1 (n=85) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaş ortalaması $27,95 \pm 5,93$ yıl olurken en genç annenin 18, en ileri yaşta olan annenin ise 44 olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çocuk sayısı en yüksek oranda (%43,8) iki adet olarak belirlenmiştir. Tek çocuğu olan katılımcıların oranı %29,4 olurken üç çocuk sahibi

katılımcıların oranı %17,5 ve +4 çocuk sahibi olan katılımcıların oranı %9,4 olduğu görülmektedir.

Hastanede yatan çocuklarının planlı gebelik sonucu olma oranı oldukça yüksek bulunmuştur (%77,5).

Hamilelik döneminde sorun yaşayan katılımcıların oranı %27,5 (n=44) olarak belirlenmiştir. Hangi tür sorunlar yaşadıklarını belirten katılımcılar sırasıyla düşük riski (n=9), karaciğer sorunları (n=5), astım (n=3), epilepsi (n=3), nefes darlığı (n=2) ve diyabet (n=2) sorun veya hastalıkları olduğu görülmektedir.

Hasta olan çocukların büyük oranda anne tarafından ilgilenildiği gözlenmiştir (%98,1). Yalnızca üç çocuk bakıcı tarafından büyütülmekte olduğu görülmektedir.

Hastanede kalan çocukların kalış süreleri 1-3, 4-7 ve +8 gün şeklinde gruplandırılmıştır. Buna göre, en yüksek orana sahip kalım süresi %60,6 ile 1-3 gün iken 4-7 gün süre hastanede kalan çocukların oranı %26,9 ve 8 günden daha fazla hastanede yatış yapan çocukların oranı %12,5 olduğu bulunmuştur.

Annelerin büyük bölümünün (%452,5) ilkokul mezunu ve %18,8'inin ise ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Hatta okur-yazar olmayan (%10) anne oranının azımsanmayacak büyüklükte olduğu belirlenmiştir. Lise eğitim düzeyine sahip olan anne oranı %16,9 olurken eğitim düzeyi arttıkça oranların azaldığı görülmektedir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Özellikler	Kategoriler	N %
Cinsiyet	<i>Kız</i>	75 (%46,90)
	<i>Erkek</i>	85 (53,10)
Kaçıncı Çocuk	<i>1</i>	47 (%29,40)
	<i>2</i>	70 (%43,80)
	<i>3</i>	28 (%17,50)
	<i>4 ve daha fazla</i>	15 (%9,40)
Planlı Gebelik	<i>Evet</i>	124 (%77,50)
	<i>Hayır</i>	36 (%22,50)
Hamilelik Sorun	<i>Evet</i>	44 (%27,50)
	<i>Hayır</i>	116 (%72,50)
Kim İlgilendi	<i>Anne</i>	157 (%98,10)
	<i>Bakıcı</i>	3 (%1,90)
Hasta Kalım Süresi	<i>1-3 gün</i>	97 (%60,60)
	<i>4-7 gün</i>	43 (%26,90)
	<i>8+</i>	20 (%12,50)
Eğitim	<i>Lisansüstü</i>	10 (%6,30)
	<i>Lisans</i>	3 (%1,90)
	<i>Önlisans</i>	6 (%3,80)
	<i>Lise</i>	27 (%16,90)
	<i>İlköğretim</i>	30 (%18,80)
	<i>İlkokul</i>	68 (%42,50)
	<i>Okur-yazar değil</i>	16 (%10,00)

3.3. Veri Toplama Araçları

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulundan alınan karar no:2019/380 izin ve Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü’nden alınan izin ile veriler toplanmıştır (Ek-2, Ek-3, Ek-4, Ek-5, Ek-6 ve Ek-7). Araştırma kapsamında ulaşılan veriler, annelere uygulanan “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)”, “Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)” ve araştırmacı tarafından geliştirilen demografik verilere ilişkin soruların yer aldığı “Aile Bilgi Formu” bireysel olarak uygulanarak toplanmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Ailenin demografik bilgilerini elde edebilmek amacıyla “Aile Bilgi Formu” kullanılmıştır. Bu bilgi formunda annenin yaşı, iş durumu, eğitim durumu, ekonomik

durumu, çocuğun cinsiyeti, çocuğun kaçınıcı sırada doğduğu, gebeliğin planlı olup olmadığı, varsa hamilelikte yaşanan sağlık problemleri, çocukla kimin ilgilendiği, hastanede kalma süresi ve son olarakta evlilik durumuna ait bilgiler yer almaktadır (Ek-8).

3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin maddeleri klinik gözlemler ve veriler sonucuna dayanarak oluşturulmuştur (93).

Beck Depresyon Ölçeği depresyon semptomlarının derecesini sayıya dökmektedir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler klinik gözlemler ve psikiyatri hastalarının tutum ve belirtileri sonucunda oluşturulmuştur (94, 95).

Maddeler azdan çoğa doğru giderek dört derecelik kendini değerlendirme cümlesini ifade etmektedir. Puanlardaki artış ile birlikte depresyon düzeylerinde de doğru orantılı bir şekilde artış bulunmaktadır. Buna göre 0-13 puan, depresyon olmadığını, 14-24 puan, orta derecede depresyonu ve 25> puan, ciddi depresyonu göstermektedir. Ölçeğin uygulanması sonucunda en düşük 0, en yüksek ise 63 puan alınmaktadır. Toplam puanın yükselmesi semptomların şiddetinin artmasını ifade etmektedir (93, 96, 97).

Beck Depresyon Ölçeğinin bu çalışma için geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Beck depresyon ölçeğine ait güvenirlik değeri Cronbach's alpha=0,803 bulunmuştur. Bu değer oldukça yüksek olduğu ve ölçek için verilen yanıtların güvenilir düzeyde olduğuna karar verilmiştir. Madde çıkarıldığında güvenirlik değeri analizinde bulunan alpha değerlerinin güvenirlik düzeyini artırmadığı veya azaltmadığı anlaşılmıştır. Alpha değerleri 0,775 ile 0,813 arasında değişim göstermiştir. Madde-toplam ölçek korelasyon değerleri incelendiğinde 10., 16. Ve 20. Maddeler için verilen cevapların genel ölçek puanı ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Geri kalan maddelerin toplam ölçek puanı ile ilişki değerleri yüksek bulunmuştur. Güvenirlik düzeyinin diğer bir göstergesi ise yarıya bölme yöntemi veya paralel testler yöntemi sonuçlarının kabule edilebilir düzeyde olmasıdır. Bu çalışmada yarıya bölme yöntemi kullanılmış ve birinci yarı için güvenirlik değeri 0,726, ikinci yarı için güvenirlik değeri 0,759 gibi oldukça yüksek değerler bulunmuştur.

3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği: Bireylerin yaşamış olduğu anksiyete belirtilerinin sıklık derecesini belirleyen bir özbebildirim ölçeğidir (Ek-10). 21 maddeden oluşmaktadır. Likert tipine sahip olan bu ölçek, 0-3 arası puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (98).

Beck Anksiyete Ölçeğinin bu çalışma için geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Beck anksiyete için bu çalışmada yapılan analizde Cronbach's $\alpha=0,893$ bulunmuştur. Madde silindiğinde ölçek güvenirlik düzeyinde belirgin artışa neden olacak madde belirlenmemiştir. Tüm maddeler için güvenirlik değerleri 0,883-0,895 arasında bulunmuştur. Madde-toplam ölçek korelasyonu tüm maddeler ait korelasyon değerinin en düşük 0,256 (Madde-20) en yüksek korelasyon değerinin ise 0,755 (Madde-15) olduğu gözlenmiştir. Anksiyete ölçeği için yarı bölme yöntemi sonuçları ise birinci yarı için 0,844, ikinci bölüm için güvenirlik değeri 0,793 bulunmuştur.

3.4. Verilerin Analizi

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 20.0) programı ile gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ölçüler sayısal veriler için ortalama $\pm$ SS, kategorik veriler için sıklık (yüzde oranı) şeklinde tablolar kullanılarak sunulmuştur. Anksiyete ve depresyon puanlarının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. İki bağımsız grup için Student t-testi, çoklu bağımsız gruplar için Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Anlamlı bulunan sonuçlar için Tukey HSD post-hoc testi ile ikili karşılaştırma sonuçları hesaplanmıştır. Farklı gruplar benzer üstel harfler ile tablolarda gösterilmiştir. Anlamlı bulunan sonuçların bir kısmı ilgili grafikler ile görselleştirilmiştir. Skorlar arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi için Pearson Korelasyon analizi, kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi için ki-kare analizi uygulanmıştır. Çalışmanın tamamında tip-I hata değeri %5 alınarak $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yatarak tedavi gören çocuğa sahip 160 anneye gönüllülük esasına bağlı kalınarak, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda açıklanmıştır.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Özellikler	Kategoriler	N %
Cinsiyet	Kız	75 (%46,90)
	Erkek	85 (53,10)
Kaçınıcı Çocuk	1	47 (%29,40)
	2	70 (%43,80)
	3	28 (%17,50)
	4 ve daha fazla	15 (%9,40)
Planlı Gebelik	Evet	124 (%77,50)
	Hayır	36 (%22,50)
Hamilelik Sorun	Evet	44 (%27,50)
	Hayır	116 (%72,50)
Kim İlgilendi	Anne	157 (%98,10)
	Bakıcı	3 (%1,90)
Hasta Kalım Süresi	1-3 gün	97 (%60,60)
	4-7 gün	43 (%26,90)
	8+	20 (%12,50)
Eğitim	Lisansüstü	10 (%6,30)
	Lisans	3 (%1,90)
	Önlisans	6 (%3,80)
	Lise	27 (%16,90)
	İlköğretim	30 (%18,80)
	İlkokul	68 (%42,50)
	Okur-yazar değil	16 (%10,00)
Meslek	Memur	12 (%7,50)
	İşçi	4 (%2,5)
	Çiftçi	3 (%1,90)
Gelir	Ev Hanımı	141 (%88,10)
	<1000	3 (%1,90)
	1000-2500	107 (%66,90)
	>2500	46 (%31,03)
Ekonomik Durum	Düşük	24 (%15,00)
	Orta	99 (%61,90)
	İyi	37 (%23,10)
Medeni Durum	Birlikte	147 (%91,90)
	Ayrı	13 (%8,10)

Annelerin hastanede yatan çocuklarının cinsiyet oranları birbirine yakın bulunmuştur. Kız çocuk annesi oranı %46,9 (n=75) olurken erkek çocuk annesi oranının %53,1 (n=85) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaş ortalaması $27,95 \pm 5,93$ yıl olurken en genç annenin 18, en ileri yaşta olan annenin ise 44 olduğu gözlenmektedir.

Katılımcıların çocuk sayısı en yüksek oranda (%43,8) iki adet olarak görülmektedir. Tek çocuğu olan katılımcıların oranı %29,4 olurken üç çocuk sahibi katılımcıların oranı %17,5 ve +4 çocuk sahibi olan katılımcıların oranının %9,4 olduğu görülmektedir.

Hastanede yatan çocuklarının planlı gebelik sonucu olma oranı oldukça yüksek bulunmuştur (%77,5).

Hamilelik döneminde sorun yaşayan katılımcıların oranı %27,5 (n=44) olarak belirlenmiştir. Hangi tür sorunlar yaşadıklarını belirten katılımcılar sırasıyla düşük riski (n=9), karaciğer sorunları (n=5), astım (n=3), epilepsi (n=3), nefes darlığı (n=2) ve diyabet (n=2) sorun veya hastalıklarının olduğu görülmektedir.

Hasta olan çocukların büyük oranda anne tarafından ilgilenildiği (%98,1), yalnızca üç çocuk bakıcı tarafından büyütüldüğü görülmektedir.

Hastanede kalan çocukların kalış süreleri 1-3, 4-7 ve +8 gün şeklinde gruplandırılmıştır. Buna göre, en yüksek orana sahip kalım süresi %60,6 ile 1-3 gün oldu. 4-7 gün süre hastanede kalan çocukların oranı %26,9 ve 8 günden daha fazla hastanede yatış yapan çocukların oranının %12,5 olduğu görülmektedir.

Annelerin büyük bölümünün (%45,5) ilkokul mezunu ve %18,8'inin ise ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Hatta okur-yazar olmayan (%10) anne oranının azımsanmayacak büyüklükte olduğu görülmüştür. Lise eğitim düzeyine sahip olan anne oranı %16,9 olurken eğitim düzeyi arttıkça oranların azaldığı gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan annelerin büyük bir bölümünün (%88,1) ev hanımı olduğu, geri kalanların memur (%7,5), işçi (%2,5) ve çiftçi (%1,9) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların gelir düzeylerinin düşük olduğu görülmekte, büyük oranda (%69,4) 1000-2500 TL arası gelire sahip olanların yanı sıra %28,8 oranında 2500 TL üzeri gelire sahip olan ailelerin bulunduğu izlenmiştir. Yalnızca üç ailenin gelir düzeyinin 1000 TL altında olduğu görülmektedir. Bu nedenle, ekonomik durum ile ilgili soruya %61,9 oranında orta düzey, %23,1 oranında iyi ve %15 oranında kötü yanıtları verilmiştir.

Çalışmaya katılan annelerin ekonomik durumlarını büyük oranda (%61,9) orta olarak gördüğü yanı sıra %23,10 iyi ve %15,00 düşük olarak değerlendirdiği görülmektedir.

Katılımcıların büyük oranda (%91,9) eşleri ile bir arada yaşadıkları gözlenmiş, yalnızca %8,1 oranına ayrı yaşayan ebeveyn olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Depresyon ve anksiyete puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılması-1

Skorlar	Ortalama±SS		
Cinsiyet	Kız (n=75)	Erkek (n=85)	p
Depresyon	37,06±9,22	36,82±7,41	0,854
Anksiyete	16,17±11,30	16,03±10,21	0,935
Planlı Gebelik	Evet (n=124)	Hayır (n=36)	
Depresyon	35,48±7,64	41,94±8,55	<0,001*
Anksiyete	14,59±10,44	21,27±10,09	0,001*
Hamilelik Sorun	Evet (n=44)	Hayır (n=116)	
Depresyon	37,31±10,13	36,79±10,13	0,722
Anksiyete	20,86±14,33	14,29±8,35	<0,001*
Çocuk ile İlgilenen	Anne (n=157)	Bakıcı (n=3)	
Depresyon	37,04±8,32	31,33±1,15	0,238
Anksiyete	16,27±10,73	7,00±0,00	0,138
Medeni Durum	Birlikte (n=147)	Ayrı (n=13)	
Depresyon	37,00±8,51	36,15±5,17	0,723
Anksiyete	16,08±10,86	16,30±9,12	0,942

*: 0,05 düzeyinde Student t-testine göre anlamlı

Çalışmaya katılan annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri demografik ve klinik özelliklere göre karşılaştırılmıştır. Öncelikle iki kategoriye sahip özelliklere göre karşılaştırmalar yapılmıştır (Tablo 4.2).

Hastanede kalan çocukların cinsiyetleri annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde etkili bulunmamaktadır. Kız çocukların annelerinde depresyon ortalaması 37,06 puan olurken erkek çocukların annelerinde 36,82 puan bulunmuştur (p=0,854). Benzer şekilde, anksiyete puanları kız çocuk anneleri için 16,17 puan olurken erkek çocuk annelerinin anksiyete düzeyleri 16,03 puan olarak hesaplanmıştır (p=0,935).

Gebeliği planlı olan annelerin depresyon düzeyi planlı olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir ($p<0,001$) (Şekil 4.1).

Planlı gebelik ile çocuk sahibi olan annelerin anksiyete puanı ($14,59\pm10,44$) plansız çocuk sahibi olan annelerin ortalamasından anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,001$) (Şekil 4.2).

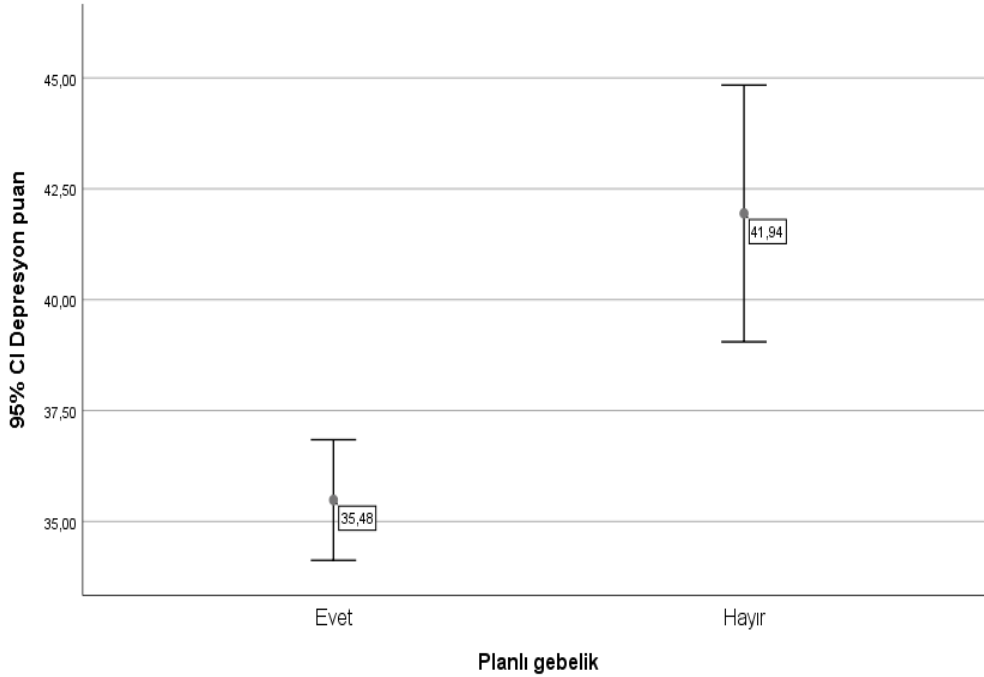
Hamilelik döneminde çeşitli sorunlar yaşayan annelerin depresyon puanları arasında anlamlı fark bulunmazken hamilelikte sorun yaşayan annelerin anksiyete düzeyi ($20,86\pm14,33$) daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Şekil 4.3).

Çocuklarına kendisi bakan annelerin depresyon ($p=0,238$) ve anksiyete ($p=0,138$) düzeyleri çocuklara bakıcıların baktığı annelerin düzeylerine göre farklı bulunmamıştır.

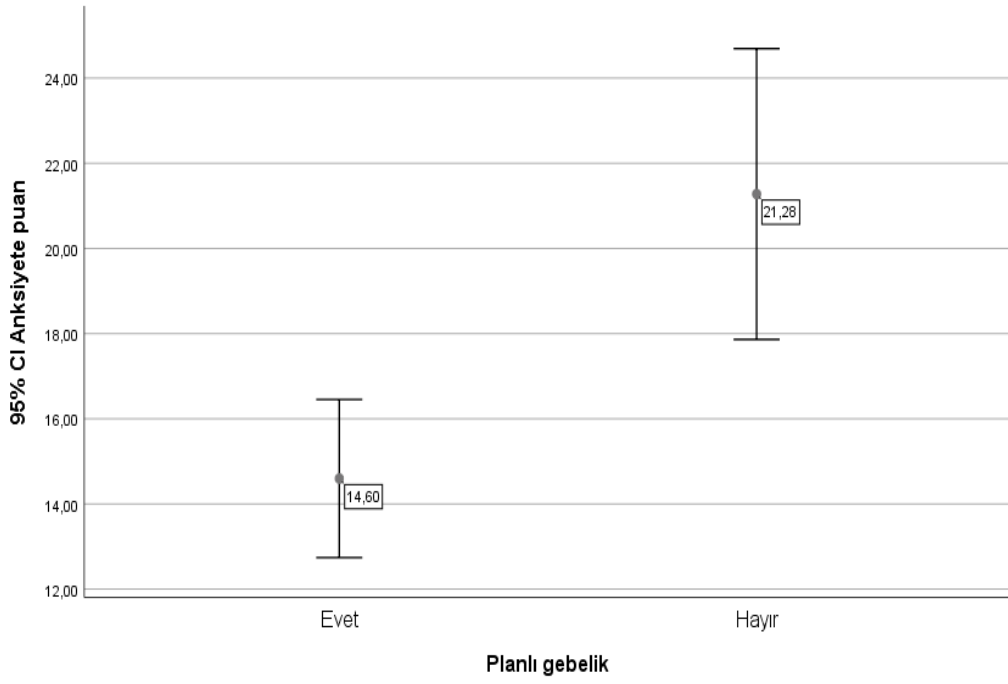
Annelerin medeni durumlarının depresyon ($p=0,723$) ile anksiyete ($p=0,942$) üzerinde etkisi olmadığı görülmektedir.

Anne-baba birlikte yaşayan ailelerin skorları ile anne-baba ayrı yaşayan ailelerin annelere ait skorlar anlamlı farklılığa sahip bulunmamıştır.

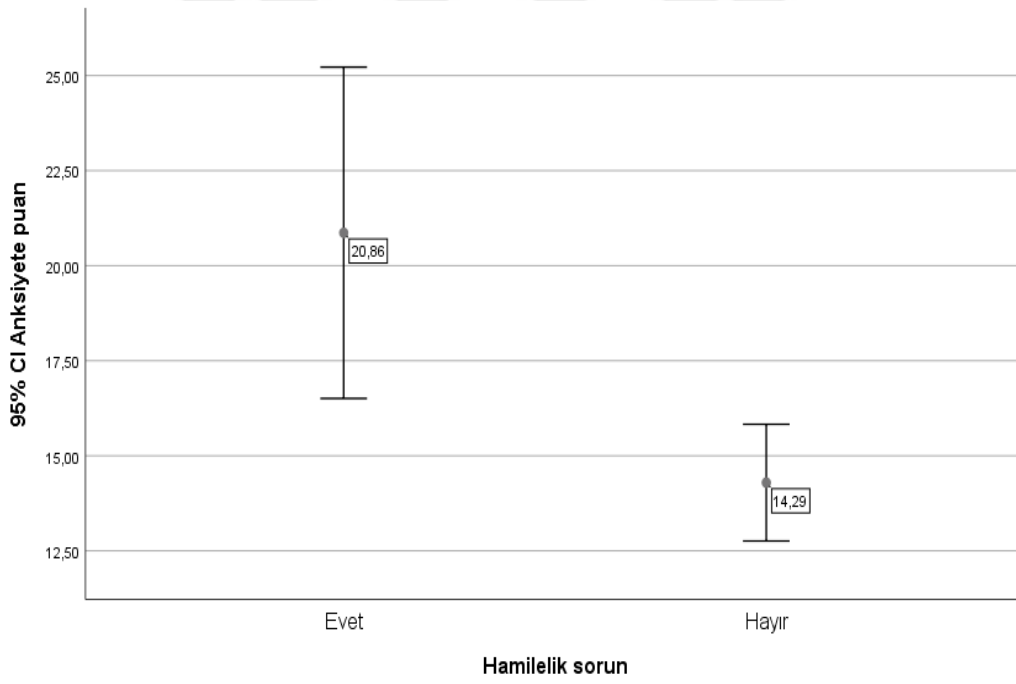
Depresyon ortalama değerleri incelendiğinde annelerin genel olarak 35-40 puan arasında klinik depresyon düzeylerine sahip oldukları görülmektedir. Anksiyete düzeylerinin orta düzeyde olduğu, yalnızca hamilelikte sorun yaşayan annelerde yüksek bulunmuştur.



Şekil 4.1. Planlı gebelik durumuna göre depresyon puanları



Şekil 4.2. Planlı gebelik durumuna göre anksiyete puanları



Şekil 4.3. Hamilelikte sorun yaşama durumuna göre anksiyete puanları

Tablo 4.3. Depresyon ve anksiyete puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılması-2

Skorlar	Ortalama±SS				
Kaçıncı Çocuk	1. (n=47)	2. (n=70)	3. (n=28)	4. ve daha fazla (n=15)	p
<i>Depresyon</i>	35,10±6,13 ^a	35,12±8,30 ^b	37,42±6,57 ^c	50,20±4,02 ^{a,b,c}	<0,001*
<i>Anksiyete</i>	17,55±11,61	14,85±11,72	14,75±5,30	19,86±9,65	0,251
Meslek Türü	Memur (n=12)	İşçi (n=4)	Çiftçi (n=3)	Ev Hanımı (n=141)	p
<i>Depresyon</i>	38,25±6,03 ^a	24,75±2,62 ^b	54,00±1,00 ^{a,b,c}	36,80±8,02 ^c	<0,001*
<i>Anksiyete</i>	22,91±14,84 ^a	6,75±1,89 ^{a,b}	13,33±2,08 ^b	15,84±10,29 ^c	0,041*
Hastane Kalım Süresi	1-3 gün (n=97)	4-7 gün (n=43)	8+ gün (n=20)		p
<i>Depresyon</i>	33,54±6,64 ^a	39,06±6,77	48,80±5,74 ^a		<0,001*
<i>Anksiyete</i>	12,36±9,33 ^a	19,58±9,37	26,75±10,31 ^a		<0,001*
Gelir Düzeyi	<1000 (n=3)	1000-2500 (n=111)	>2500 (n=46)		p
<i>Depresyon</i>	24,00±2,64 ^{a,b}	38,63±7,39 ^a	33,67±8,90 ^b		<0,001*
<i>Anksiyete</i>	4,00±1,00 ^{a,b}	18,44±10,09 ^a	11,23±10,41 ^b		<0,001*
Ekonomik Durum	Düşük (n=24)	Orta (n=99)	İyi (n=37)		p
<i>Depresyon</i>	40,50±5,83 ^a	36,75±8,09	35,10±9,55 ^a		0,042*
<i>Anksiyete</i>	15,12±8,81	15,96±10,19	17,08±13,11		0,772

*: 0,05 düzeyinde Tek Yönlü Varyans Analizine göre anlamlı

^{a,b,c}: Tukey HSD post-hoc testine göre aynı üstel küçük harfler bulunan kategoriler arasındaki fark 0,05 düzeyinde anlamlı

Kategori sayısı ikiden fazla olan özelliklere göre yapılan karşılaştırmalarda değişkenlerin hemen hemen tamamının depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından anlamlı farklılık gösterdikleri görülmektedir. Hastanede yatan çocukları dördüncü veya daha ileri sırada olan annelerin depresyon düzeyleri diğer sıradaki çocuğu hastanede yatan annelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,001$) (Şekil 4.4). Hastanede yatan çocuğun doğum sıralaması anksiyete puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmektedir ($p=0,251$).

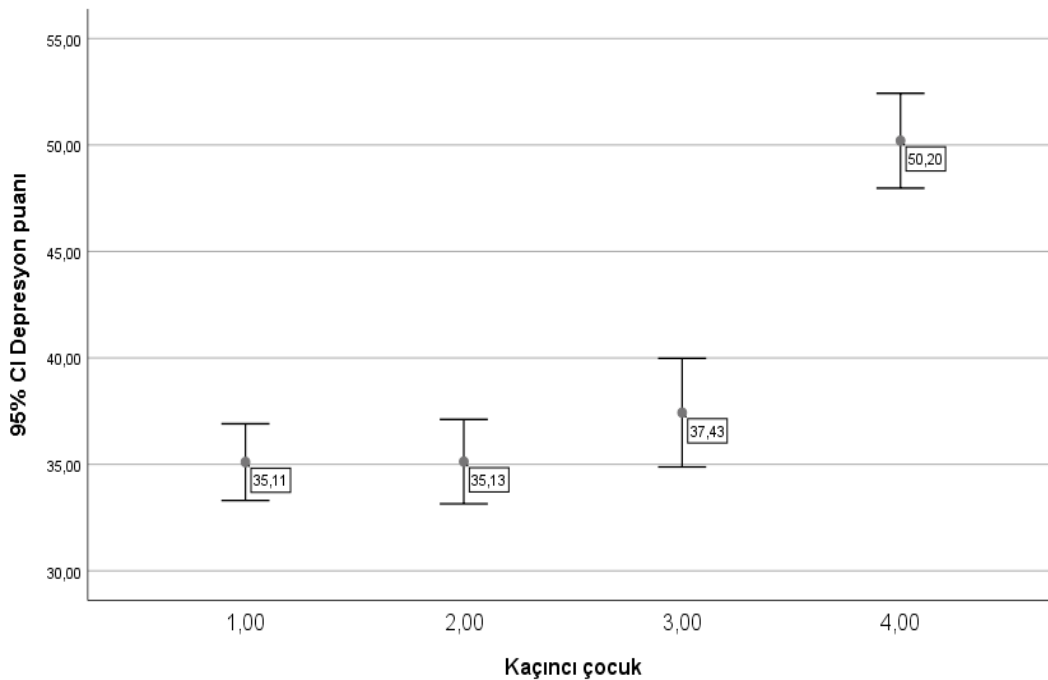
Annelerin meslek türü depresyon puanları üzerinde etkili bulunmuştur ($p<0,001$). Çiftçilikle meşgul olan annelerin depresyon puanı diğer mesleklere göre önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (54,00±1,00). Ancak çiftçilik ile uğraşan anne sayısı az olduğundan bu düzeyin yanıltıcı olabileceği düşünülmektedir. İşçi olan

annelerin depresyon düzeyi düşük iken memur ve ev hanımlarının depresyon düzeyleri birbirine yakın bulunmuştur (Şekil 4.5).

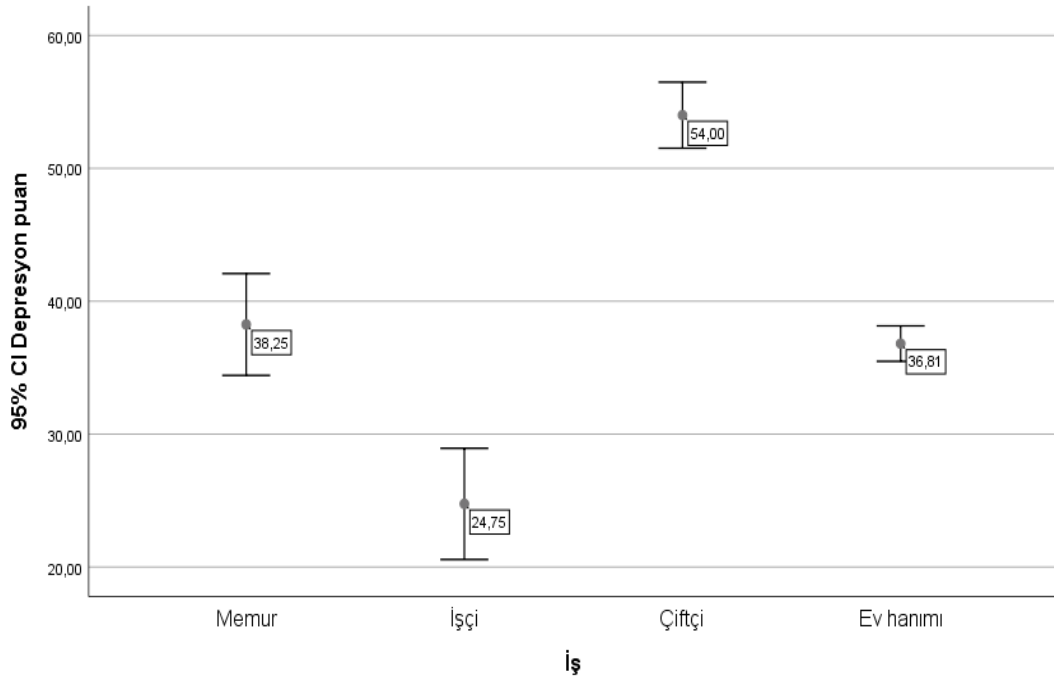
Annelerin mesleklerine göre anksiyete puanlarının da farklılık gösterdiği görülmektedir ($p=0,042$). İşçi olan annelerin anksiyete düzeyi oldukça düşük iken memur olan annelerin anksiyete düzeyi diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur (Şekil 4.6).

Çocukların hastanede kalım süreleri arttıkça hem depresyon hem de anksiyete skorlarının önemli düzeyde arttığı görülmektedir ($p<0,001$). Çocuğu hastanede 1-3 gün arasında kalan annelerin depresyon puanı $33,54\pm6,64$ ve anksiyete puanı $12,36\pm9,33$ olurken 8 gün veya daha fazla hastane kalış süresi olan çocukların annelerine ait depresyon $48,80\pm5,74$ puana ve anksiyete $26,75\pm10,31$ puana kadar yükseldiği görülmektedir (Şekil 4.7; 4.8).

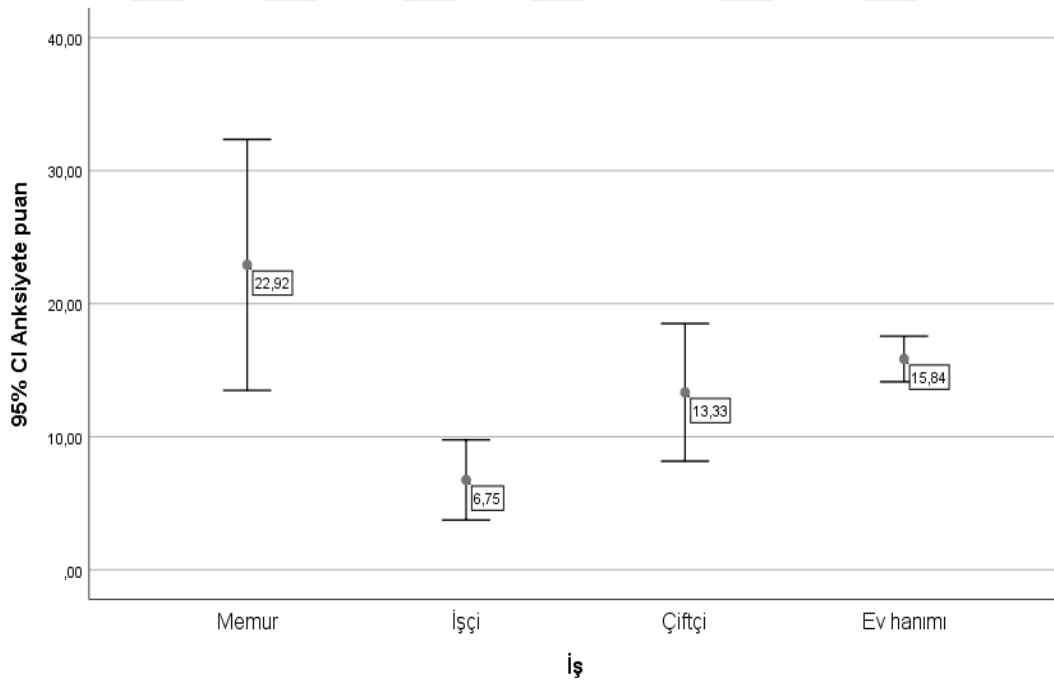
Depresyon ve ekonomik durum arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. Ekonomik durum kötüleştikçe depresyon puanının arttığı görülmüştür ($p=0,042$). Ekonomik durum kötü iken depresyon puanı $40,50\pm5,83$ iken iyi olanlarda $35,10\pm9,55$ puana kadar düşüş göstermiştir. Ancak anksiyete puanları ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir (Tablo 4.3).



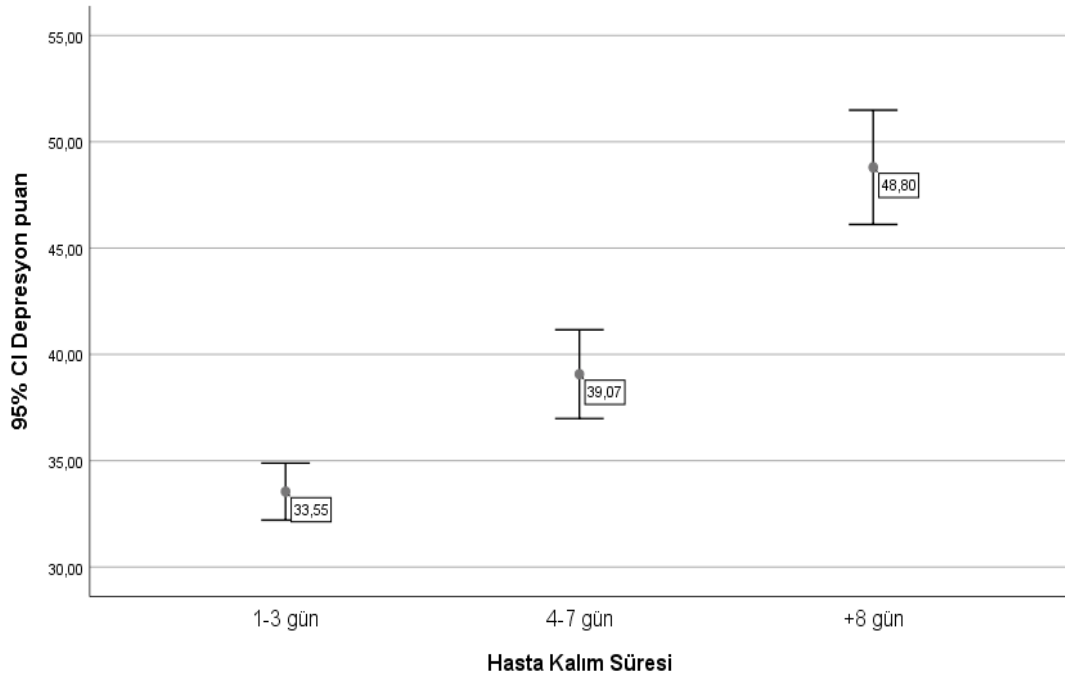
Şekil 4.4. Çocuğun doğum sırasına göre annelerin depresyon puanları



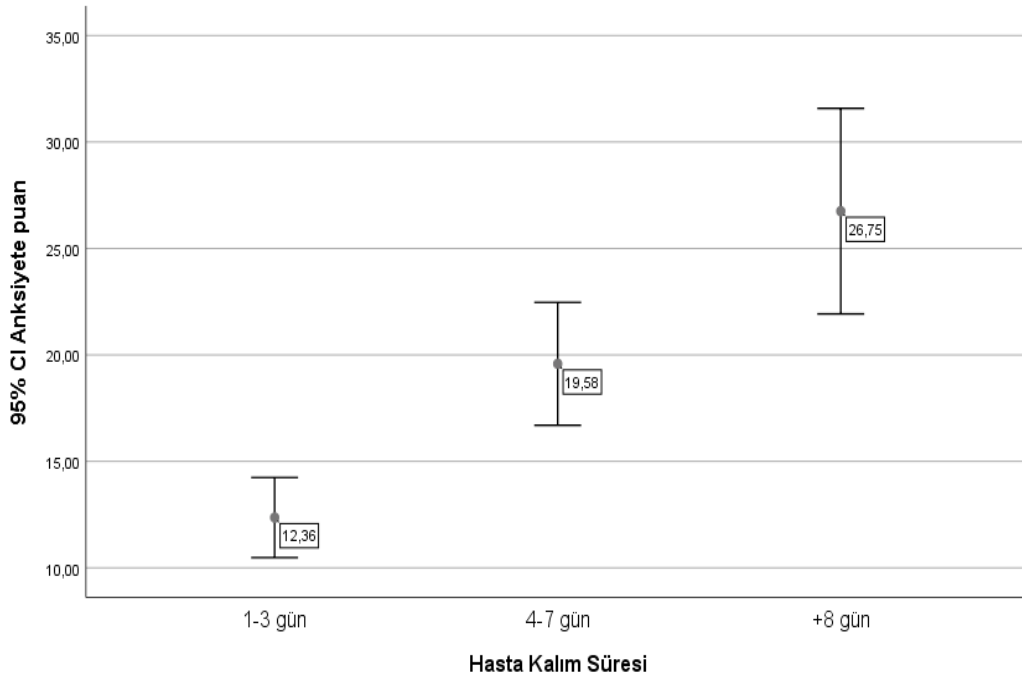
Şekil 4.5. Annelerin iş durumuna göre depresyon puanları



Şekil 4.6. Annelerin iş durumuna göre anksiyete puanları



Şekil 4.7. Çocukların hastane kalış süresine göre depresyon puanları



Şekil 4.8. Çocukların hastane kalış sürelerine göre anksiyete puanları

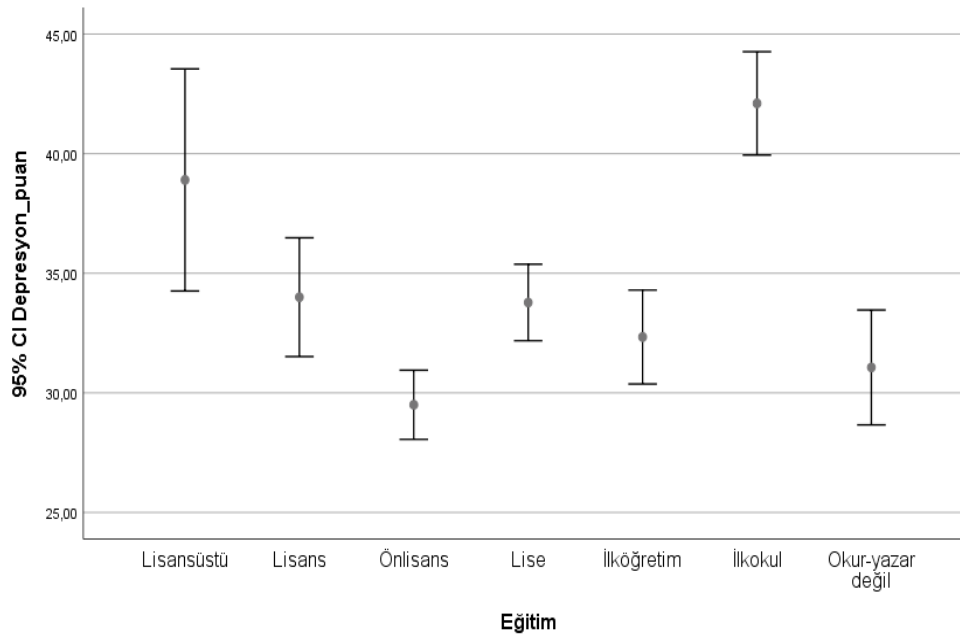
Tablo 4.4. Depresyon ve anksiyete puanlarının annelerin eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması

	Ortalama±SS	
Eğitim Düzeyi	Depresyon	Anksiyete
Lisansüstü (n=10)	38,90±6,48	25,00±15,56 ^{a,b}
Lisans (n=3)	34,00±1,00	10,66±1,15 ^b
Önlisans (n=6)	29,50±1,37 ^a	4,50±2,16 ^{a,c}
Lise (n=27)	33,77±4,04	13,74±10,33
İlköğretim (n=30)	32,33±5,25	11,03±5,61
İlkokul (n=68)	42,10±8,92 ^{a,b}	20,20±10,94 ^c
Okur-Yazar olmayan (n=15)	31,06±4,50 ^b	11,93±4,29
P	<0,001*	<0,001*

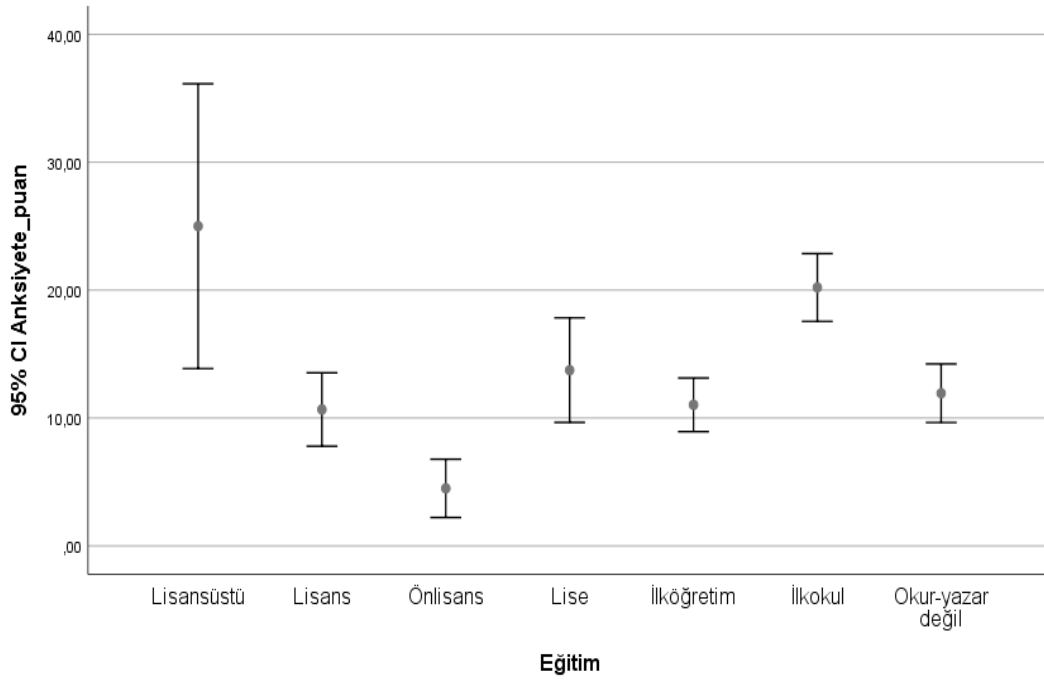
*: 0,05 düzeyinde Tek Yönlü Varyans Analizine göre anlamlı

^{a,b,c}: Tukey HSD post-hoc testine göre aynı üstel küçük harfler bulunan kategoriler arasındaki fark 0,05 düzeyinde anlamlı

Çalışmaya katılan annelerin eğitim düzeyleri arasında depresyon ve anksiyete puanları anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 4.5). Önlisans mezunlarının depresyon puanları 29,50±1,37 olurken ilkokul mezunlarının depresyon skorları 42,10±8,92 puan olarak hesaplanmıştır (p<0,001). Buna karşın lisansüstü mezunlarının puanı daha yüksek, ilköğretim mezunu ve okur-yazar olmayan annelerin puanları düşük olduğu gözlenmiştir (Şekil 4.9). Önlisans mezunlarının anksiyete puanı oldukça düşük iken (4,50±2,16) lisansüstü mezunlarında yüksek (25,00±15,56) bulunmuştur. Lise ve ilkokul mezunlarında da yüksek anksiyete düzeyi hesaplanmıştır (Şekil 4.10).



Şekil 4.9. Annelerin eğitim düzeyine göre depresyon puanları



Şekil 4.10. Annelerin eğitim düzeyine göre anksiyete puanları

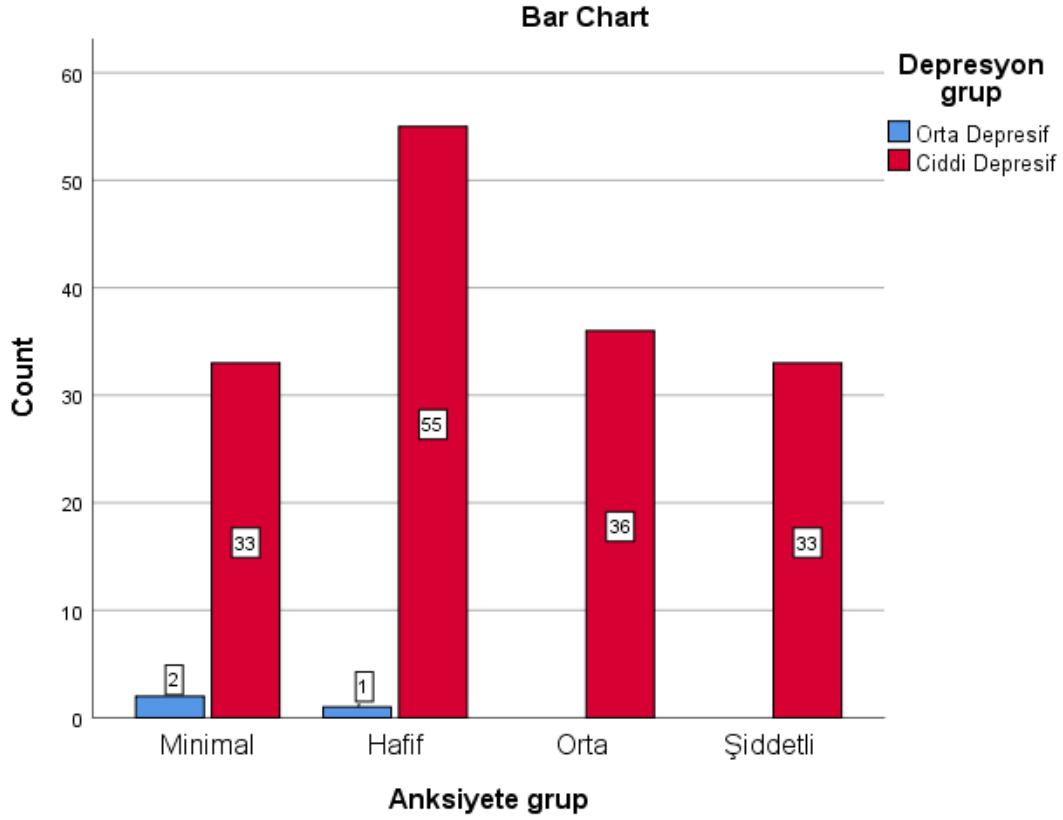
Tablo 4.5. Katılımcıların depresyon ve anksiyete gruplarını gösteren çapraz tablo

N (%)		Depresyon Grup		p
		Orta Depresif	Ciddi Depresif	
Anksiyete Grup	Minimal	2 (66,70)	33 (21,00)	0,344
	Hafif	1 (33,30)	55 (35,00)	
	Orta	0 (0,00)	36 (22,90)	
	Şiddetli	0 (0,00)	33 (21,00)	

Çalışmaya katılan annelerin depresyon ve anksiyete puanları kaynaklarda belirtilen sınır değerlerine göre kategorize edilmiştir.

Depresyon değerleri hafif, orta ve ciddi olarak üç sınıfa; anksiyete ise minimal, hafif, orta ve şiddetli olarak dört sınıfa ayrılmıştır. Ancak katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek bulunduğundan hafif depresyon sınıfında bulunan katılımcının, orta depresif sınıfta olan katılımcıların sayısı oldukça az (n=3) olduğundan orta ve şiddetli anksiyete sınıflarında katılımcının olmadığı görülmektedir. Depresyon ve anksiyete grupları arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Tablo 4.6). Depresyon ve anksiyete grupları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p=0,344). Minimal anksiyete

grubundaki orta depresif katılımcı oranı ciddi depresif gruba göre daha yüksek bulunmuş, ancak aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Hafif anksiyete gruptaki orta ve ciddi depresyon oranları birbirine benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Orta ve şiddetli anksiyete gruplarında yalnızca ciddi depresif katılımcılar bulunmaktadır (Şekil 4.11).



Şekil 4.11. Katılımcı annelerin depresyon ve anksiyete grupları

Tablo 4.6. Katılımcıların depresyon, anksiyete ve yaşları arasındaki korelasyon değerleri

Pearson Korelasyon		Depresyon Puan	Anksiyete Puan	Yaş
Depresyon Puan	r		0,707	0,350
	p		<0,001*	<0,001*
Anksiyete Puan	r	0,707		-0,057
	p	<0,001*		0,470
Yaş	r	0,350	-0,057	
	p	<0,001*	0,470	

*: Pearson korelasyon analizine göre 0,05 düzeyinde anlamlı

Çalışmaya katılan annelerin depresyon ve anksiyete puanları ile yaşları arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Tablo 4.7). Depresyon ve anksiyete puanları arasında oldukça önemli düzeyde pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0,707$; $p<0,001$). Depresyon ve katılımcıların yaşı arasında düşük düzeyde ve pozitif yönlü ($r=0,35$; $p<0,001$) korelasyon hesaplanmıştır. Anksiyete puanı ve yaş arasında anlamlı korelasyon tespit edilmemiştir.



5. TARTIŞMA

Çalışma hastanede yatan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın ana ve alt amaçları yapılan araştırma ve bulgular doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya hastanede yatan çocuğa sahip 160 anne gönüllülük esasına bağlı olarak katılmıştır. Annelerin sahip oldukları çocukların cinsiyet oranları birbirine yakın bulunmuştur (75 kız ve 85 erkek). Çalışmaya katılan en genç annenin 18 yaşında, en yaşlı annenin ise 44 yaşında olduğu görülmüştür. Çocuk sahibi olma duruma göre planlı gebelik olma oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Hamilelik döneminde genel olarak sorun yaşanmadığı fakat sorun yaşayan annelerin sırasıyla düşük riski, karaciğer sorunları, astım, epilepsi, nefes darlığı ve diyabet gibi hastalıklar yaşadıkları görülmüştür. Hasta olan çocukların genellikle anne tarafından ilgilenildiği görülmüştür. Bu çocukların hastanede kalım süreleri ise 3 kategoriye ayrılmaktadır. 1. Kategori 1-3 gün şeklinde, 2. Kategori, 4-7 gün şeklinde ve 3. Kategori ise 8 gün ve daha fazla kalan çocuklardan oluşmaktadır. Buna göre, en yüksek kalım süresi 1. Kategori iken, en az kalım süresi 3. Kategoriden oluşmaktadır. Annelerin çoğunun ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Hatta okur-yazar olmayan (%10) anne oranının azımsanmayacak büyüklükte olduğu görülmüştür. Buna paralel olarak katılımcıların çoğunun ev hanımı olduğu bulunmuştur. Katılımcıların büyük oranda (%91,9) eşleri ile bir arada yaşadıkları görülmüştür.

Çalışmaya katılan annelerin depresyon ortalama değerleri incelendiğinde genel olarak 35-40 puan arasında klinik depresyon düzeylerine sahip oldukları tespit edilmiştir. Yüzer ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada çocuğu hastanede yatan annelerin orta ve ciddi düzeyde depresyon yaşadıklarını belirtmiştir (4). Bir diğer çalışmada ise süregelen hastalığı sahip çocukların ebeveynlerinde anksiyete, depresyon ve stres bozukluğunun görülme sıklığının daha fazla olduğu belirtilmiştir (99, 100). Bu duruma neden olarak, hastane deneyimlerinin fazla olması ve tedavi süreçlerindeki ağırlı işlemlerin uzun sürmesi düşünülebilir.

Araştırmanın bulgularına göre hastanede yatan çocuğun cinsiyetinin anksiyete ve depresyon üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur. Çalışmayı destekler şekilde Erdim ve ark. (2006)'nın hastanede çocuğu yatan annelerin, bu süreçten etkilenme

durumlarının incelenmesi amacıyla yapmış olduğu araştırmada da annelerin anksiyetesinin çocuklarının cinsiyetine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Toplumlarda çocukların cinsiyetleri üzerinde değişik fikirler olsa da hastalık durumunda cinsiyete bakış açısının farklı olmadığı görülmüştür (101).

Araştırmaya göre, gebeliği planlı olan annelerin, olmayan annelere göre depresyon düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Aynı şekilde araştırmada anksiyete düzeyinin de düşük olduğu dikkat çekmektedir. Hastanede çocuğu yatan annelerin gebeliğinin planlı olanların planla olmayanlara göre depresyon ve anksiyete düzeyinin düşük olmasına sebep olarak annelik duygularına hazır olması, sorunlarla baş edebilme becerilerinin oluşması, sorumluluk bilincine sahip olması olarak düşünülebilir.

Hamilelik döneminde sorun yaşama değişkenine göre ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında sorun yaşayan annelerin anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastalık ile ilgili olumsuz bir deneyimin varlığı, anksiyete düzeyinin daha yüksek çıkmasını etkilediği düşünülmektedir.

Hastanede yatan çocukların sırasına göre; çocuğu 4 ve daha ileri sırada olan annelerin depresyon düzeyleri diğer sırada çocuğu hastanede yatan annelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma esnasında anneden alınan bilgiler doğrultusunda, 4 ve daha ileri sırada çocuğa sahip annelerin depresyon düzeylerinin yüksek çıkmasında, evde bekleyen diğer çocuklarında olduğu, onların kaygı ve stresinin anneyi etkileyerek depresyon düzeyini arttırdığı düşünülmektedir.

Hastanede kalma süresine ilişkin değişkene göre, kalım süresi arttıkça depresyon ve anksiyete skorları da arttığı görülmüştür. Çocuğu hastanede 1-3 gün arasında kalan annelerin depresyon puanı $33,54 \pm 6,64$ ve anksiyete puanı $12,36 \pm 9,33$ olurken 8 gün veya daha fazla hastane kalış süresi olan çocukların annelerine ait depresyon $48,80 \pm 5,74$ puana ve anksiyete $26,75 \pm 10,31$ puana kadar yükseldiği dikkat çekmektedir. Buna göre hastaneye yatma her durumda anneyi etkilemektedir. Fakat hastane yatma süresi arttıkça etkilenme düzeyi de doğru orantılı şekilde artmaktadır.

Yapılan bazı çalışmalarda, kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynlerinde anksiyete, depresyon ve stres bozukluğunun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (99, 100).

Hastanede yatma aileyi özellikle de hem birincil bakım veren hem de hastanede refakat eden olması sebebiyle anneyi daha fazla etkilemektedir. Bu durum anne için büyük bir stres kaynağıdır. Bu sebeple, çocuğun hastanede kalım süresi uzadıkça annenin depresyon ve anksiyetesinin artması beklenen bir durumdur.

Alanyazında lösemili çocukların ailelerinde tedavi sürecinde kaygı düzeylerinin incelendiği çalışmada; çocuğun hastanede yatarak tedavi görme süresi uzadıkça pahalı ilaç, tetkik ve işlemler aile için hem psikolojik, hem de sosyal açıdan zorlayıcı olacağı belirtilmiştir (102).

Polikliniğe başvuran çocukların anneleri üzerinde yapılan yurtdışındaki bir araştırmada, durumluk anksiyete puanı ortalaması sürekli anksiyete puanı ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. (103). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise sürekli anksiyete puanı yurtdışındaki araştırmadan daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi olarak, hastalığın yatışa neden olmasının sürekli anksiyeteyi oldukça yüksek oranda artırdığı söylenebilir (5).

Annelerin ekonomik durumlarını yorumlamalarına göre, ekonomik durum iyileştikçe depresyon düzeyi azaldığı görülmüştür. Hastaneye yatma birçok sorunu da beraberinde getirir. Sağlık ile ilgili harcamalar kişileri psikolojik ve ekonomik olarak olumsuz etkileyebilir. Ekonomik durumun iyiliği, psikolojik olarak kişinin kendisini daha iyi hissetmesine yardımcı olacağından depresyon düzeyini de olumlu yönde etkileyecektir. Hastalık ile birlikte sağlık giderleri de artacaktır. Bu yüzden gelir düzeyi düştükçe, ailelerin etkilenme düzeylerinin ve kaygılarının arttığı ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (104-106). Nitekim bu araştırmanın sonucu da bu düşüncüyü doğrulamaktadır.

Çocuk ile ilgilenen kişinin anksiyete ve depresyon üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur. Genel olarak çocuk ile ilgilenen kişinin annelerden oluşmasının ve yeterli sayıda diğer bakım veren kişilerin olmamasının sonucu bu şekilde etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışma doğrultusunda araştırmaya dahil edilen annelerin yaş değişkenine göre yaş ilerledikçe depresyonun arttığı görülmüştür. Benzer şekilde Spina-Bifida gibi kronik hastalığı olan çocukların annelerinde zihinsel sağlığa yönelik yapılan araştırmada; sosyodemografik faktörler arasında, yaş ve ekonomik durumun stres ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu belirtilmiştir (107). Literatürde bu çalışmanın sonucunu destekleyen

ve desteklemeyen çalışmalar mevcuttur. Bazı çalışmalara göre ebeveynin yaşı anksiyete düzeyini (108, 109) ve depresyonu etkilemediği belirtilirken, bazı çalışmalarda (110, 111) yapılan çalışmayı destekler nitelikte yaş arttıkça anksiyete düzeylerinin arttığı bulunmuştur.

Annelerin eğitim düzeylerine göre, ilkokul mezunu annelerin depresyon düzeyi puanları daha yüksek iken lisansüstü annelerin anksiyete düzeyi puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bu bulguları destekleyen veya desteklemeyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmanın bulgularına göre annenin medeni durumunun anksiyete ve depresyon üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur. Anksiyete ve depresyonun medeni durum ile ilişkisinin olmama sebebi olarak, hastanede yatan çocuğa sahip annelerin genel olarak eşyle birlikte yaşayan, evli kişilerden oluşması, eşyle ayrılan anne sayısının az olması düşünülmektedir. Yeterli sayıda eşinden ayrı annenin olmaması araştırmanın sonucunun bu bulgusunu etkilediği düşünülmektedir.

Alanyazında incelendiğinde çocuğu hastanede yatarak tedavi gören anneler ile yapılan bir araştırmada; annenin yaşı ve mesleği ile çocuğun yaşının, annenin anksiyete düzeyini önemli ölçüde etkilediği belirlenmiştir (112).

Araştırmaya katılan annelerin depresyon ve anksiyete puanları arasında oldukça önemli düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Hastanede yatan çocuklara bakım veren kişi genellikle anne olduğundan aile bireyleri arasında da en çok etkilenen kişinin genellikle anne olduğu bilinmektedir. Literatür incelendiğinde de yapılan çalışmalarda (113, 114) depresyon ve anksiyete düzeylerinin anne ve babadaki durumuna bakıldığında, annenin babadan daha çok etkilendiği ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada bu bulguları destekler niteliktedir. Depresyon düzeyinin artması beraberinde anksiyete düzeyini de arttırdığı görülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma hastanede yatan çocukların annelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonucunda hastanede yatan çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete puanları arasında oldukça önemli düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu ortaya çıkmıştır(Tablo 4.6). Gebeliği planlı olan annelerin planlı olmayan annelere göre depresyon düzeyinin düşük olduğu aynı şekilde anksiyete düzeyinin de düşük olduğu ortaya çıkmıştır(Tablo 4.2). Hamilelik döneminde sorunlar yaşanan annelerde depresyon puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, hamilelikte sorun yaşanan annelerin anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır(Tablo 4.2). Hastanede kalan çocukların cinsiyetleri annelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde etkili bulunmadığı belirlenmiştir(Tablo 4.2). Hastanede yatan çocukları dördüncü veya daha ileri sırada olan annelerin depresyon düzeyleri diğer sıradaki çocuğu hastanede yatan annelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu fakat anksiyete puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı ortaya çıkmıştır(Tablo 4.3). Çocukların hastanede kalım süreleri arttıkça hem depresyon hem de anksiyete skorlarının önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir(Tablo 4.3). Hastanede yatan çocuğa sahip annelerin anksiyete puanları ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermezken depresyon ve ekonomik durum arasında ters yönlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Hastanede yatan çocuğa sahip annelerin eğitim düzeyleri arasında depresyon ve anksiyete puanları anlamlı farklılık olduğu ortaya çıkmıştır(Tablo 4.4). Depresyon ve annelerin yaşı arasında düşük düzeyde ve pozitif yönlü olduğu gösterirken anksiyete puanı ve annelerin yaşı arasında anlamlı ilişki tespit edilmediği ortaya çıkmıştır(Tablo 4.6).

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara dayanılarak aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- Bu araştırmadaki depresyon ve anksiyeteye ilişkin veriler, nicel bir araştırmanın ürünüdür. Bu konuda yapılan araştırma nitel verilerle desteklenerek ve uygun görüşmeler sağlanarak, sonuçların altta yatan sebepleri araştırılabilir.
- Alanyazında ki araştırmalar incelendiğinde genellikle hastanede yatan çocuğun annesine yönelik çalışmalar görülmektedir bu bağlamda araştırmalara babanın ve kardeşlerin de dahil edilerek araştırılması faydalı olacaktır.
- Hastanede yatan çocuğa sahip annelere yönelik psiko-sosyal destek

uygulamalarıyla hastane sürecindeki depresyon, anksiyete düzeylerinin değişimiyle ilgili çalışmalar yürütülebilir.

- Hastanede çalışan çocuk gelişimciler; hastanede yatarak tedavi görecekle ameliyat sürecinde bulunacak çocuklara ve çocukların ailelerine bu süreçte psikolojik destek sunabilir. Özellikle ameliyat sürecinde çocuğun göreceği ağırlı işlemleri çocuğun yaşına uygun bir dil ile ifade edebilir. Birincil bakım veren annenin bu süreçte depresyon ve anksiyete düzeyini minimum seviyede tutmak, aileyi de çocuğun bakım ve tedavi sürecine dahil etmek için eğitim verebilir.
- Hastanede çalışan çocuk gelişimciler tarafından ameliyat sürecine dair tanıtıcı video, broşür, poster vb hazırlayarak bu sürece dahil olan ailelere ve çocuklara psikososyal destek sağlayabilir.
- Hastanede çalışan çocuk gelişimciler tarafından uzun süreli tedavi gören çocuklar için çocuğun gelişim düzeyi referans alınarak gelişimi destek programı hazırlayabilir. Çocuğun hastanedeki kalım süresi boyunca gelişimi takip altında tutabilir.

KAYNAKÇA

1. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006, 49: 155-68.
2. Çavuşoğlu, H. *Çocuk Hemşireliği*, 12. Baskı. Cilt I-II. Ankara, Sistem Ofset Basımevi, 2016: 180-96.
3. Karataş H, Kaya ÖK, Aksoy Ş, Çelik P, Erenler F. Çocuk polikliniklerine başvuran ailelerin beklentileri ve bu beklentilerinin hasta hakları açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2004, 12(1): 10-5.
4. Yüzer S, Yiğit R, Taşdelen B. Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2006, 9(4): 54-62.
5. Günay O, Sevinç N, Arslantaş EE. Hastanede yatan çocukların annelerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi ve ilişkili faktörler. *TJPH* 2017, 15(3): 160-76.
6. Kuru KS. Hastanede Yatan 3-6 Yaş Grubu Anneli ve Annesiz Çocukların Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1993.
7. Yazıcı S. Akut Lenfoblastik Lösemili Çocukların Annelerinde Anksiyete Düzeyi, Kemoterapi ve Hemşirelik Etkileşiminin İlişkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1989.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. İçinde: *Çocukların Hastalık ve Hastaneye Yatırılmaya Tepkileri*, Aydın H, Bozkurt A, (Çeviri editörleri). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Drell MJ, Hanson White TJ. Cilt 4, Ankara, Güneş Kitapevi, 2007: 3425-33.
9. Işık E, Taner Y. *Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. Asimetrik Paralel Kitabevi, 2006: 110-2.
10. Çelebi A, Aytekin A, Küçüköğlü S, Çelebioğlu A. Hastanede yatan çocuklar ve oyun. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi* 2015, 5 (3): 156-60.
11. Başkanlığı, TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, and TC Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası*. No. 2913. ISBN 975-19-3596-2. Yayın, 2004.

12. Grant M. Toplum sağlığı el kitabı. *Mesleki ve Çevresel Tıp Dergisi* 1981, 23 (8): 532-4.
13. Mayo L. Problem and challenge. *Guides to action on chronic illness* 1956, 9-13.
14. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, ... & Gaemperli O. Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult the taskf force for the diagnosis and treatment of aortic diseases of the European society of cardiology (ESC). *EHJ* 2014, 35(41): 2873-2926.
15. Kirk SA. Educating Exceptional Children. Children with physical disabilities and health impairments, (10th ed). Boston: H. Mifflin Company College Division, 2002: 492-534.
16. Er M. Hastanede Yatan Çocuklar Ve Ailelerinin Kaygı Düzeyini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1998.
17. Dahlquist LM, Power TG, Cox CN, & Fernbach DJ. Parenting and child distress during cancer procedures: A multidimensional assessment. *Children's Health Care* 1994, 23(3): 149-66.
18. Ekşi A. *Çocuklarda Ölüm Algısı ve Terminal Dönemde Hasta Çocuk, Ben Hasta Değilim*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri, 1999: 476-98.
19. Dongen-Melman J. V, Sanders-Woudstra J. A. R. Psychosocial aspects of childhood cancer: A review of the literature. *JCPP* 1986, 27(2): 145-80.
20. Gökler B. Ölümcül hastalık karşısında çocuk, aile ve hekim. *Katkı Pediatri Dergisi* 1996, 17: 921-4.
21. Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M. Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavi oral problems in children and adolescents. *Pediatrics* 1990, 85: 267-76.
22. Gürsoy F. ve Mercanoğlu, SH. Akut ve Kronik Hastalığı Olan Çocuklar. İçinde: Bütün Ayhan A (editör). *Hasta Çocukların Gelişimi ve Eğitimi*, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2015: 2-24.
23. Pinhas-Hamiel O,& Zeitler P. Acute and chronic complications of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *The Lancet* 2007, 369(9575): 1823-31.

24. Cimete G, Kuğuoğlu S, Çınar NS. Çocuk, Hastalık, Hastane Ortamı. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B (editörler), *Pediatric Hemşireliği*. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2013: 248-56.
25. Emiroğlu İnal FN, Pekcanlar A. *Kronik Hastalıklar, hastaneye yatış ve çocuk*. 2008.
26. Baykara A, Güvenir T, Miral S. Ben Hasta Değilim-Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. İçinde: Ekşi A (editör). *Hastalık ve Hastaneye Yatışın Çocuk Üzerine Etkisi*. İstanbul, Nobel Kitapevleri, 1999: 374-8.
27. Alotaibi T. Combating anxiety and depression among school children and adolescents through student counselling in Saudi Arabia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2015, 205: 18-29.
28. Schonfeld DJ. A Comprehensive Textbook. In: Lewis M (ed). *The child's Cognitive Understanding of Illness*. Child and Adolescent Psychiatry: Williams and Wilkins, Baltimore, 1996: 943-7.
29. LeBlanc LA, Goldsmith T, Patel DR. Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America* 2003, 50: 859-878.
30. Brage DG. Adolescent depression: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing* 1995, 9(1): 45-55.
31. Drell MJ, Hanson White TJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. İçinde: Kaplan HI, Sadock BJ (eds), H Aydın, A Bozkurt (çeviri editörleri). *Çocukların Hastalık ve Hastaneye Yatırılmaya Tepkileri*, Cilt 4. Ankara, Güneş Kitabevi, 2007: 3425-33.
32. Britto MT, Garrett JM, Dugliss MA, Daeschner CW, Johnson CA, Leigh MW, Konrad TR. Risky behavior in teens with cystic fibrosis or sickle cell disease: a multicenter study. *Pediatrics* 1998, 101(2), 250-6.
33. Oremland EK. Mastering developmental and critical experiences through play and other expressive behaviors in childhood. *Children's Health Care* 1988, 16(3): 150-6.
34. Zahr LK. Therapeutic play for hospitalized preschoolers in Lebanon. *Pediatric Nursing* 1998, 24(5): 449.

35. Cimete G, Akşit S. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeylerine etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001, 5(2): 25-36.
36. Wilson JM. Child life services. *Pediatrics* 2006, 118(4): 1757-63.
37. Butler RW, Copeland DR, Fairclough DL, Mulhern RK, Katz ER, Kazak AE, Sahler OJZ. A multicenter, randomized clinical trial of a cognitive remediation program for childhood survivors of a pediatric malignancy. *JCCP* 2008, 76(3): 367.
38. Baykoç Dönmez N. *Hastane, Çocuk Ve Genç*, 1. Baskı. Ankara. Gazi Kitabevi/Akademik Dizi, 2006.
39. Katz ER, Kellerman J, Siegel SE. Behavioral distress in children with leukemia undergoing bone marrow aspirations. *J Clin Psychol* 1980, 48: 356.
40. Hockenberry MJ, McCarthy K, Taylor O, Scarberry M, Franklin Q, Louis CU, et al. Managing painful procedures in children with cancer. *Pediatr Hematol Oncol* 2011, 33(2): 119-27.
41. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhltau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J* 2011, DOI: 10.1007/s10995-011-0751-7.
42. Atay G, Eras Z, Ertem İ. Çocuk Hastaların Hastane Yatışları Sırasında Gelişimlerinin Desteklenmesi. *Çocuk Dergisi* 2011, 11(1): 1-4.
43. Karabudak SS, Ak B, Başbakkal Z. Girişimler sırasında aile üyeleri nerede olmalı? *Türk Pediatri Arşivi* 2010, 45: 53-60.
44. Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009: 11-24.
45. Yiğit R. Hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerine etkileri. *Türk Hemşireler Dergisi* 1997, 17(1): 21-8.
46. Köknel Ö. *Depresyon*. İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi, 1989: 76-8.
47. Budak S. *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları, 2005: 23-9.
48. Sütölük Z, Nazlıcan E, Azizoğlu A, Akbaba M. Yüreğir çıraklık eğitim merkezi öğrencilerinde depresyon sıklığı ve nedenleri. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* 2005, 23-6.
49. Beck, JS. Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi. Şahin NH(Çeviren). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2001: 112-28.

50. Evren C, Kültegin Ögel K. Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003, 4: 30-7.
51. Türkçapar H. Depresyon, bilişsel ve davranışçı terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırma Dergisi* 2013, 2(3): 173-81.
52. Köroğlu E. *Umut Kapısı Psikiyatri*, 1.Baskı. Ankara, Hekimler Birliği Yayınları, 2010: 138-46.
53. Küey L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası* 1998, 1: 5-12.
54. Yıldırım F. Majör Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmasının Dürtüsellik, Öfke ve İntihar Davranışı ile İlişkisi. Psikiyatri Anabilim Dalı. Psikiyatrik Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. Ve Arş. Hastanesi, 2010.
55. Clay D, Wayne A, Wayne D. Relationship between anger expression and stres in predict depression, *JCD* 1993, 91-4.
56. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 10. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004: 82-7.
57. Sidney B. Parental representations and depression in normal young adults, *JAP* 1979, 376-88.
58. Carl GJ. Psycho-physical investigations with the galvanometer and pneumograph in normal and insane individuals. *Brain Journal* 1907, 153-218.
59. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı*, 7. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1997: 342-68.
60. Florence L. *Depresyonu Yenmek*. İstanbul, Sistem Yayıncılık, 2000: 135.
61. Yazıcı O, Çakır S. Duygudurum Bozuklukları. İçinde: Tükel R, Çakır S (editörler). *Psikiyatri*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Yayınevleri, 2013: 43-54.
62. Yemez B, Alptekin K. Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası* 1998, 1: 21-5.
63. Çisem U. Anne-Babası Boşanmış ve Boşanmamış Çocuklarda Depresyon ve Sosyal Becerilerin Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Arel Üniversitesi, 2013.
64. Bozkurt N. Depresyonda bilişsel davranışçı yaklaşımlar: Beck'in bilişsel kuramı. *Ege Eğitim Dergisi* 2003, 3.2: 59-64.
65. Alper Y. *Depresyon psikoterapisi*. Alfa Yayınevi, 2001: 46-8.
66. Karaca S, Aşkın R. Depresyonda bilişsel ve davranışçı yaklaşım. *Depresyon Dergisi* 1996, 1(1): 21-7.

67. Mustafa A, Murad A, İsmet D. Distimi tamim hastalarda kliniğe eklenen majör depresif epizodun yaşam boyu birlikteliği, 33.Ulusal Psikiyatri Kongresi 1997, 27.
68. Martin S. *Öğrenilmiş Çaresizlik*. Ankara, HYB Yayıncılık, 2007: 19.
69. Seligman MEP. *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. New York: W.H. Freeman and Company, 1992: 96.
70. Abramson Ly, Seligman Me, Teasdale Jd. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *JAP* 1978, 87(1): 49.
71. Metalsky GI, Joiner TE. Vulnerability to depressive symptomatology: A prospective test of the diathesis-stress and causal mediation components of the hopelessness theory of depression. *JPSP* 1992, 63(4): 667.
72. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review* 1989, 96(2): 358.
73. Savaşır I, Şahin N. *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997: 1-20.
74. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression: a Treatment Manual*. New York, Guilford Press, 1979: 34.
75. Bootzin RR, Acocella JR, Alloy LB. *Abnormal Psychology: Current Perspectives*. 6th Edition. New York, Mc Graw-Hill, Inc, 1993: 48.
76. Davison GC, Neale JM. Duygudurum Bozuklukları. Savaşır I (Çeviren). 2004: 56.
77. Güleç C. *Psikoterapiler*. Ankara, Medikomat Basım-Yayınevi, 1993: 60.
78. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression: a Treatment Manual*. New York, Guilford Press, 1979: 46.
79. Türkoğlu I, Arslan A, İlkay E. An expert system for diagnosis of the heart valve diseases. *Expert Systems with Applications* 2002, 23(3): 229-36.
80. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression: a Treatment Manual*. New York, Guilford Press, 1979: 50.
81. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression: a Treatment Manual*. New York, Guilford Press, 1979: 52.
82. Tezcan AE. *Depresyonda*. Elma Yayınevi, Ankara, 2011: 64-8.
83. Burger JM. Kişilik. Erguvan Sarıoğlu İD (Çeviren). 1. Baskı, İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2006: 77.
84. Corey G. Psikolojik Danışma Kuram ve Uygulamaları. Ergene T (Çeviren). Ankara: Mentis Yayıncılık, 2008: 65-72.

85. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Yenilenmiş 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık Basın ve Yayıncılık, 2010: 136-46.
86. Köroğlu E. Majör Depresif Bozukluk. İçinde: Güleç C, Köroğlu E (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 1. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997: 116-28.
87. Yayıcı L. Düşük Benlik Saygısı Gösteren Border Zeka Düzeyindeki Cerebral Palsy'li Ergen ve Erken Erişkinlerde Yapılan Grupla Psikolojik Danışmanın Benlik Saygısı ve Anksiyete Düzeyine Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2000.
88. Işık E. *Duygulanım ve Depresyon Bozuklukları: Depresyon ve Mani*, 1. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Matbaası, 1991: 96.
89. Geçtan, E. *Çağdaş Yaşam ve Normaldışı Davranışlar*, 1. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1988: 145.
90. Sullivan, HS. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, New York, W. W. Norton & Company, 1953: 58.
91. Yemlihaoğlu, AG. Güvenlik Hizmeti Veren Elemanlara İşe Alım Esnasında Uygulanan Psikoteknik Yöntemin İş Tatmini ve Anksiyeteye Olan Etkisi. Yüksek Lisans tezi, İstanbul, 1999.
92. Karasar N. *Bilimsel araştırma yöntemi*, 14. Baskı. Ankara, Nobel Yayınları, 2007: 112.
93. Ceylan R. Entegre Eğitime Katılan Ve Katılmayan Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2004.
94. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961, 4(6): 561–71.
95. Demirci K, Demirci S, Akpınar A, Demirdaş A, Atay İM. Migren hastalarında yeme tutumunun değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2015, 52(4): 367–70.
96. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005, 16(2): 90–6.
97. Jackson-Koku G. Beck depression inventory. *Occupational Medicine* 2016, 66(2): 174–5.
98. Ulusoy M. Beck Anksiyete Envanteri Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Yüksek Lisans tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1993.

99. Meleksi DD. Families with chronically ill children: a literature review examines approaches to helping them cope. *AJN The American Journal of Nursing* 2002, 102(5): 47-54.
100. Black D. Psychological reactions to life-threatening and terminal illnesses and bereavement. *Child and adolescent psychiatry: Modern Approaches* 1994, 776-93.
101. Erdim L, Bozkurt G, İnal S. Annelerin çocuklarının hastaneye yatışından etkilenme durumlarının araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 9(3): 36-43.
102. Çolak G. Lösemili Çocukların Ailelerinde Teşhis- Tedavi Sürecinin Meydana Getirdiği Yapısal Değişiklikler ve Kaygı Düzeylerinin Psikososyal Açıdan İncelenmesi. Onkoloji Enstitüsü. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1992.
103. Ueki S, Niionomi K, Tahashima Y, et al. Predictors of maternal state anxiety on arrival at a Japanese hospital outpatient clinic: a cross-sectional study. *J Clin Nurs* 2015, 24(17-18): 2383 – 91.
104. Adams-Greenly M. Psychological staging of pediatric cancer patients and their families. *Cancer* 1986, 58: 449-53.
105. Darling RB. The economic and psychosocial consequences of disability: Family society relationships. In: Ferrari M, Sussman MB (eds). *Marriage and Family Review-Childhood Disability and Family System*, The Haworth Press 1987, 11(1/2): 45-61.
106. Koocher GP. Psychosocial issues during the acute treatment of pediatric cancer. *Cancer* 1986, 58: 468-72.
107. Malm-Buatsi E, Aston CE, Ryan J, Tao Y, Palmer BW, Kropp BP, Klein J, Wisniewski AB, Frimberger D. Mental health and parenting characteristics of caregivers of children with spina bifida. *JPU* 2015, 11(2): 65.
108. Doğru SS, Arslan E. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyi ile durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2008, 19: 543-53.
109. Keskin G, Bilge A, Engin E, Dülgerler Ş. The evaluation of anxiety, parental attitude and coping strategy in parents of children with mental retardation. *AJP* 2010, 11: 30-7.

110. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009, 10: 213-27.
111. Bahar A, Bahar G, Savaş HA, Parlar S. Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009, 4: 97-112.
112. Tehrani TH. Haghighi M, Bazmamoun H. Effects of stress on mothers of hospitalized children in a hospital in Iran. *Iranian Journal of Child Neurology* 2012, 6(4): 39.
113. Bilgin Ş. Ağır Ve Orta Düzeyde Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Anne-Babalarının Algıladıkları Sosyal Destek Kaygı Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp-Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin) Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2012.
114. Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne Ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri* 2002, 5: 240-7.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

EĞİTİM

Lisans: Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü (2011-2015)

Yüksek Lisans : İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı (2017-)

Düzenlenen Ve Katkıda Bulunulan Projeler

- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü II. Ulusal Çocuk Gelişimi Öğrenci Kongresi Kongre Başkanlığı
- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü I. Ulusal Çocuk Gelişimi Öğrenci Kongresi düzenleme kurulu üyeliği
- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü I. Ulusal Çocuk Gelişimi Öğrenci Kongresi ‘ 4 Yaş Çocuklarının Okula Hazırbulunuşluk Düzeylerinin Değerlendirilmesi’ başlıklı bildiri sunumu.
- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü II. Ulusal Çocuk Gelişimi Öğrenci Kongresi ‘5-6 Yaş Arası Normal Gelişim Gösteren Çocuklarda Sesbilgisel Farkındalık, Sözel Çalışma Belleği Ve Dil Ölçümleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ başlıklı bildirinin sunulması.
- Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen‘Lösemili Çocuklarda Sanatla Terapi Projesi’.

Yetenekler

İngilizce : B-2

Bilgisayar : Microsoft Ofis 2010, Excel, Word, PowerPoint,

İlgi Alanları: Özel eğitim, Dil Ve Konuşma Bozuklukları, Otizm Spektrum Bozukluğu.

Uygulama yeterliliği olan gelişimsel tarama testleri :

- DenverII gelişimsel tarama testi
- Uluslararası Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi

- Metropolitan Okul Olgunluğu Testi
- Peabody Resim Kelime Testi
- Gessel Gelişim Testi
- Ankara Gelişim Tarama Envanteri
- Benton Grsel Bellek Testi
- Bender/Deştald Testleri
- Porteus Labirent Testi
- WISC-R Uygulayıcısı

İş DENEYİMİ

-Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi 2015-2020

-Bursa Dörtçelik ocuk Hastalıkları Hastanesi 2020-

EK-2. Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
15.10.2019	16	2019/380	
Karar No: 2019/380: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 15.10.2019 tarihinde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Toplantı Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Dr. Öğr. Üyesi Oğuz EMRE'nin sorumlu araştırmacı olduğu; Sağlık Bakanlığı-Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Çocuk Gelişimcisi Hacı Yusuf PARLAK'ın yardımcı araştırmacı olduğu; "Hastanede Yatan Çocukların Annelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi" başlıklı çalışması üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.			
ASLI GİBİDİR 25.12.2019 Kadriye YÜKSEL Etik Kurul Sekreteryası			
<i>O. Celil</i>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI		

EK-3. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni 1



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 87825162-774.99
Konu : Hacı Yusuf PARLAK'ın Araştırma
İzni Hk.

KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA

İlgi : Hacı Yusuf PARLAK'ın 02/01/2020 tarihli dilekçesi.

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü 2. sınıf öğrencisi Hacı Yusuf PARLAK, Müdürlüğümüze bağlı Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde "**Hastanede Yatan Çocukların Annelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi**" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak veri çalışması için izin taleplerine ilişkin dosyası yazımız ekinde sunulmuştur. Başvuru dosyasının, Başkanlığınız tarafından incelenmesi ve Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, Sağlık Hizmetleri Birimine görüş bildirilmesi hususunda ;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.

Uzm.Dr. Mehmet Emin BİNDAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:

Hacı Yusuf PARLAK'ın dilekçesi.

Kayaönü Mahallesi, 42035. Sk., 27500 Şehitkamil/Gaziantep

Telefon: Faks No:

e-Posta: halime.yakut@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a3d30908-f89c-4ad3-b2d8-f2289676e5c8 kodu ile eri şebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: F-halime YAKUT

MEMUR

Telefon No: (0 342) 220 96 14

EK-4. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni 2

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih ve Sayı : 14.01.2019 / 42

Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi :

Hacı Yusuf PARLAK

Çalışma Adları :

"Hastanede Yatan Çocukların Annelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi"

(Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde)

Komisyon Kararı :

Gerçekleşecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dahil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile devam etmekte olan veri toplamaya yönelik veri çalışmasını belirtilen sağlık tesisinde yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.


KOMİSYON BAŞKANI
Uzm. Dr. Davut Vecdi ERSÖZ
Kamu Hastaneleri
Hizmetleri Başkanı


ÜYE
Dr. Mehmet Emin İNCE
Halk Sağlığı
Hizmetleri Başkanı

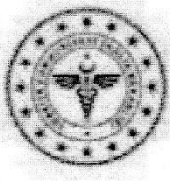

ÜYE
Uzm. Dr. Mehmet Emin BİNDAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

15 Ocak 2019
.../01/2020

OLUR

Uzm. Dr. Serdar SARIFAKI
İl Sağlık Müdürü


EK-5. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni 3



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 87825162-774.99
Konu : Hacı Yusuf PARLAK'ın Araştırma
İzni Hk.

Sayın HACI YUSUF PARLAK

• Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü 2. sınıf öğrencisi Hacı Yusuf PARLAK, "**Hastanede Yatan Çocukların Annelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi**" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak veri çalışmasını Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.

Uzm.Dr. Mehmet Emin BİNDAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

T.C. GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
EVRAK KAYIT BİRİMİ
MEHMET BALIKÇI
17.01/2020

Kayaönü Mahallesi, 42035. Sk., 27500 Şehitkamil/Gaziantep

Bilgi için: Halime YAKUT

Telefon: Faks No:

MEMUR

e-Posta: halime.yakut@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon No: (0 342) 220 96 14

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden eb9fed21-05ad-438a-9810-e37c477b6db8 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni 4



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 87825162-774.99
Konu : Hacı Yusuf PARLAK'ın Araştırma
İzni Hk.

CENGİZ GÖKÇEK KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü 2. sınıf öğrencisi Hacı Yusuf PARLAK, "**Hastanede Yatan Çocukların Annelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi**" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak veri çalışmasını Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.

Uzm.Dr. Mehmet Emin BİNDAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:

Hacı Yusuf PARLAK' ın Uygunluk Yazısı.

Kayaönü Mahallesi, 42035. Sk., 27500 Şehitkamil/Gaziantep

Bilgi için: Halime YAKUT

Telefon: Faks No:

MEMUR

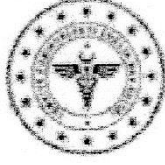
e-Posta: halime.yakut@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon No: (0 342) 220 96 14

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bd3e12a5-dc39-4907-ac35-52c7df9f6a17 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni 5



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 48230018-774.99
Konu : Hacı Yusuf PARLAK'ın Araştırma
İzni

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA

İlgi : 06/01/2020 tarihli ve 87825162-774.99-52 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Bilimsel Araştırma için başvuruda bulunan ; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü 2. sınıf öğrencisi Hacı Yusuf PARLAK 'ın Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde "**Hastanede Yatan Çocukların Annelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi**" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak veri çalışması için izin talebi Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığımızca uygun görüldüğü hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Davut Vecdi ERSÖZ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

Ek: İlgili Yazı ve Ekleri (30 sayfa)

Telefon: Faks No:

e-Posta: emel.pazarli@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6b7db02e-68c9-4b43-b8c4-49f076040fe3 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Emel PAZARLI

HEMŞİRE

Telefon No: (0 342) 338 26 00

EK-8. Aile Bilgi Formu

Tarih:

1. Yaşınız:
2. Çocuğunuzun cinsiyeti: ☐ Kız ☐ Erkek
3. Kaçınıcı çocuğunuz: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ve üstü
4. Planlı bir gebelik mi: ☐ Evet ☐ Hayır
5. Hamilelikte yaşanan sağlık problemi: Evet ise açıklayınız ☐ Hayır ☐
6. Çocukla kimin ilgilendiği: ☐ Anne ☐ Bakıcı ☐ Anneanne ☐ Yakın Akraba
7. Hastanede kalma süresi: ☐ 1-3 gün ☐ 4-7 gün ☐ 8 ve daha fazla gün
8. Eğitim durumunuz: ☐ Lisansüstü ☐ Lisans ☐ Ön lisans ☐ Lise
☐ İlköğretim ☐ İlkokul Mezunu ☐ Okur Yazar Değil
9. İş Durumunuz: ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Çiftçi ☐ Serbest Meslek
☐ Ev Hanımı ☐ Emekli ☐ Diğer
10. Ailenizin toplam aylık gelirini aşağıdaki seçeneklere göre işaretleyiniz.
☐ 1000 TL'nin altında ☐ 1000-2500 TL arasında
☐ 2500 TL'nin üstünde
11. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz.
☐ Düşük ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi
12. Evlilik Durumu: ☐ Eşimle yaşıyoruz ☐ Ayrı yaşıyoruz ☐ Boşandık
☐ Diğer-belirtiniz

EK-9. Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatlice okuyunuz. **Son bir hafta içindeki (şu an da dahil)** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra lütfen, o maddenin yanında bulunan harfin üzerinde (X) işareti koyunuz.

1.	A	Kendimi üzgün hissetmiyorum.
	B	Kendimi üzgün hissediyorum.
	C	Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
	D	Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.	A	Gelecekte umutsuz değilim.
	B	Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
	C	Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
	D	Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3.	A	Kendimi başarısız görmüyorum.
	B	Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım oldu sayılır.
	C	Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
	D	Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4.	A	Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
	B	Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
	C	Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
	D	Bana zevk veren hiçbir şey yok.
5.	A	Kendimi suçlu hissetmiyorum.
	B	Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
	C	Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
	D	Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6.	A	Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
	B	Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
	C	Cezalandırılmayı bekliyorum.
	D	Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7.	A	Kendimden hoşnudum.
	B	Kendimden pek hoşnut değilim.
	C	Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
	D	Kendimden nefret ediyorum.
8.	A	Kendimi diğer insanlardan daha güçlü görmüyorum.
	B	Kendimi zayıflıklarım ve hastalıklarım için eleştiriyorum.
	C	Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
	D	Kendimi her an suçlu hissediyorum.
9.	A	Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
	B	Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
	C	Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
	D	Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10.	A	Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
	B	Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
	C	Şu sıralarda her an ağlıyorum.
	D	Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11.	A	Her zamankinden daha sinirli değilim.
	B	Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve ağlıyorum.
	C	Çoğu zaman sinirliyim.
	D	Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12.	A	Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
	B	Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
	C	Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
	D	Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13.	A	Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
	B	Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
	C	Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
	D	Artık hiç karar veremiyorum.
14.	A	Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
	B	Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
	C	Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
	D	Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15.	A	Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
	B	Bir işe başlayabilmek için eskisine göre, kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
	C	Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi zorluyorum.
	D	Hiçbir iş yapamıyorum.
16.	A	Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
	B	Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
	C	Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
	D	Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17.	A	Eskisine kıyasla daha çok yorulduğumu sanmıyorum.
	B	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
	C	Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
	D	Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
18.	A	İştahım eskisinden pek farklı değil.
	B	İştahım eskisi kadar iyi değil.
	C	Şu sıralarda iştahım epey kötü.
	D	Artık hiç iştahım yok.
19.	A	Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
	B	Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
	C	Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
	D	Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
20.	A	Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
	B	Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu kabızlık gibi sorunlarım var.
	C	Ağrı, sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
	D	Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki.
21.	A	Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
	B	Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
	C	Şu sıralar cinsellikle pek ilgili değilim.
	D	Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK-10 Beck Anksiyete Ölçeği

		Hiç (0)	Hafif Derecede (1)	Orta Derecede (2)	Ciddi Derecede (3)
1.	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.	Sıcak/ateş basmaları				
3.	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.	Gevşeyememe				
5.	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.	Baş dönmesi veya sersemlik				
7.	Kalp çarpıntısı				
8.	Dengeyi kaybetme korkusu				
9.	Dehşete kapılma				
10.	Sinirlilik				
11.	Boğuluyormuş gibi olma korkusu				
12.	Ellerde titreme				
13.	Titreklik				
14.	Kontrolünü kaybetme korkusu				
15.	Nefes almada güçlük				
16.	Ölüm korkusu				
17.	Korkuya kapılma				
18.	Midede hazımsızlık/rahatsızlık hissi				
19.	Baygınlık				
20.	Yüzün kızarması				
21.	Terleme				