

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR

EDİRNE İLİ MERKEZİNDE 0-1 YAŞ ARASI BEBEĞİ

OLAN ANNELERİN

ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE YARDIM ARAMA

DAVRANIŞLARI

(Yüksek Lisans Tezi)

AYŞEGÜL (ÜZEN) PEKÖZ

EDİRNE-2009

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Yrd. Doç. Dr. İlknur Dindar'ın danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Ayşegül (Üzen) Peköz tarafından tez başlığı "Edirne İli Merkezinde 0-1 Yaş Arası Bebeği Olan Annelerin Anksiyete Düzeyleri ve Yardım Arama Davranışları" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 02/07/2009 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Yüksek Lisans Tezi**" olarak kabul edilmiştir.

İmza

Unvanı Adı Soyadı

JÜRİ BAŞKANI

Doç.Dr.Petek KAPLAN

İmza

Unvanı Adı Soyadı

Yrd.Doç.Dr.İlknur DİNDAR

İmza

Unvanı Adı Soyadı

Yrd.Doç.Dr.Ümmü YILDIZ FINDIK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. İsmet DÖKMECİ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmanın oluşturulması ve yürütülmesinin her aşamasında değerli katkıları ile tezimi yönlendiren ve beni sürekli motive eden Danışmanım Yrd. Doç. Dr. İlknur Dindar'a; tezin istatistik danışmanlığını büyük bir özveriyle yürüten Doç. Dr. Necdet Süt'e; araştırmanın örneklem oluşturulması aşamasında bana yardımcı olan Edirne Aile Sağlığı Merkezlerindeki Aile hekimleri ve hemşirelere; yüksekisans dönemi boyunca bana destek olan tüm dostlarıma; araştırmaya katılmayı kabul eden, evlerini bana açan tüm annelere; tezimin baş mimarları, bütün imkanlarını seferber eden; annem Hülya ve babam Mesut Üzen'e kardeşlerim Gülşah ve Yağmur'a; araştırma süresince ev ziyaretlerinde beni yalnız bırakmayan, hayatıma anlam katan sevgili eşim Güven Peköz'e ve ailesine TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	4
Anksiyete Bozuklukları.....	4
Doğum Sonrası Dönemde Görülen Diğer Ruhsal Bozukluklar.....	15
Yardım Arama.....	20
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	25
Çalışmanın Amacı.....	25
Evren ve Örneklem Seçimi.....	26
Veri Toplama Araçları.....	28
Verilerin Toplanması ve Uygulama.....	33
Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
BULGULAR.....	35
Anneleri Tanıtıcı Bilgiler.....	35
Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyine Yönelik Bulgular.....	41
Yardım Arama Davranışına Yönelik Bulgular.....	56
TARTIŞMA.....	70
Anneleri Tanımlayıcı Özellikler.....	70
Doğum Sonrası Anksiyete.....	72
Yardım Arama Davranışı.....	75
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	80
TÜRKÇE ÖZET.....	83
SUMMARY.....	85
KAYNAKLAR.....	87
RESİMLEMELER LİSTESİ.....	96
ÖZGEÇMİŞ.....	99
EKLER.....	101

SİMGE VE KISALTMALAR

DEB: Dikkat Eksikliği Bozukluğu
DKE: Durumluk Kaygı Envanteri
DSA: Doğum Sonrası Anksiyete
DSM IV: Disorders Diagnostic Criteria
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
EKT: Elektrokonvülsif Tedavi
HSQ: Help-Seeking Questionnaire
SED: Sosyoekonomik Düzey
SKE: Sürekli Kaygı Envanteri
YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YAÖ: Yardım Arama Ölçeği

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık verileri gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, Türkiye'de sağlık gereksinimlerinin karşılanmasının en yetersiz olduğu kesimin, üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınlar ile 0-5 yaş arası çocuklar olduğu ortaya çıkmaktadır (1).

Gebelik ve annelik rolüne geçiş, kadının yaşamının önemli bir evresi ve bazı durumlarda bir kriz dönemidir. Bir yandan anne olma sorumluluğu, diğer yandan bu rolle ilgili duygular kadının ruhsal uyumunu bozabilir (2).

Doğum sonrası dönem ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği önemli bir gelişimsel geçiş sürecidir. Bu süreçte aileye yeni bir üyenin katılımı nedeniyle anne ve babanın yeni rol ve sorumluluklara hazırlanması ve uyumu gerekir. Doğum sonu dönemde babanın ve annenin yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolü, bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması gerekir (3). Gebelik ve ilerideki dönem, ebeveyn olarak önemli psikolojik ve sosyal değişiklikleri içerir. Bu değişiklikler anksiyete ve depresyon semptomlarının artmasına bağlıdır (4).

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilecek postpartum blues, postpartum depresyon ve postpartum psikoz gibi bu döneme özgü psikiyatrik tablolar mevcuttur. Bunlardan biri de anksiyete bozukluklarıdır (2,5). Gebelik ve gebelik sonrası anksiyete bozuklukları, çok sayıda yeni anneyi etkilemektedir. Ancak araştırmaların önemli bir kısmı, doğum sonrası anksiyete vakalarının çoğunun yeni olmadığını, gebeliğin özellikle ikinci trimesterinden itibaren başladığını göstermektedir (6,7). Bu çarpıcı epidemiyolojik verilere karşın bu popülasyonda sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda zor bir depresif hastalık olarak tanımlanmasına rağmen doğum öncesi anksiyete de yüksek seviyededir (8).

Sıkıntısı olan kişinin sorunlarıyla baş etmek amacıyla yardım araması evrensel bir insan davranışıdır (9,10). Yardım arama, bireylerin içinde buldukları, üstesinden gelemedikleri sorunlardan kurtulmak amacıyla profesyonel ya da profesyonel olmayan bireylerden istediği yardım ve destektir (10).

Profesyonel yardım arayışı, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli olmakla birlikte bu konuda yapılmış araştırma sayısı da oldukça azdır (9).

Dünyada bugün yaşayan tüm insan toplulukları kuşaklar boyunca çok değişik sağlık sorunları ile karşılaşmışlar ve deneme/sınama yoluyla bu sorunlara çözüm aramışlardır. Bu süreçte hatalı tedaviler, yanlış tutumlar kültürel evrim içinde elenerek yerlerini daha sağlıklı ve uyumlu tepkilere bırakmıştır (11).

Psikiyatride yardım arama dendiğinde, ruhsal sıkıntısı olan kişi ve bu kişinin sıkıntısından etkilenen yakınlarının bu sıkıntı ile baş etme konusunda takındıkları tutumlar ve izledikleri yollar anlaşılır (12).

Bazı insanların hissedilir derecede desteğe ihtiyacı olmasına karşın diğerlerine göre daha az destek almalarının nedeni sosyal, ekonomik, politik konumlarıyla ilgili olabilir. Araştırmalar, yardıma ihtiyacı olduğu halde gönüllü olmadıkları ve ulaşamayacakları düşüncesi ile birçok kişinin yardımı alamadıklarını göstermiştir (10,13).

Jansson ve arkadaşları (14), farklı kùltùrlerden gelen yeni doğum yapmış annelerin, hemşirelerin sağlık bakımı ile ilgili rolünü bilmediğini ve bu nedenle hemşirenin yardımını istemediğini bildirmişlerdir. Gereksinimi olduğu zaman çocuk bakımı için aldıkları sosyal destek ve danışmanlığın işe yaradığını belirtmişlerdir.

Araştırmanın amacı, 0-12 ay arası bebeği olan annelerin anksiyete düzeylerini belirlemek, anksiyeteyi bebek bakımında yardım arama davranışları ile ilişkilendirerek hemşirelik süreci doğrultusunda hemşirelik uygulamalarına rehber olmaktır.

GENEL BİLGİLER

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

“Anksiyete” (endişe) kelimesinin Latince kökü “düğümlenmiş ip” anlamına gelir. Bu da anksiyete atağına yakalandığımız zaman hissettiklerimizi oldukça iyi anlatır (15).

Anksiyete her insanın hayatının bazı dönemlerinde bir biçimde yaşadığı, yakından tanıdığı bir yaşantıdır. Psikoloji ve psikiyatride bir emosyon olarak kavramlaştırılmıştır. İnsanların varoluşundan bu yana anksiyete ve korku her türlü tehlikeyi savuşturmak için sıklıkla kullanılan savunmalardır. Anksiyete, nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit olarak algılayan bir alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir (16,17).

Anksiyete strese karşı oluşan yanıtın önemli bir parçasıdır ve kişiyi bir tehlike anında eyleme geçmeye hazırlamaktadır. Dolayısıyla normal anksiyete mantıklı, gerekli hatta yaşamsaldır. Beklenenden fazla ya da şiddetli olan, gereğinden daha uzun süren ve en önemlisi kişinin günlük işlevlerini bozarak ya da yeti yitimi yaratarak yaşamı olumsuz etkileyen anksiyete patolojik olarak addedilmektedir (17).

Anksiyete Bozukluklarında Risk Etmenleri

Anksiyete ve üzüntü gibi duygular toplumda en sık karşılaşılan ruhsal belirtilerdir. Anksiyete bozuklukları toplumda yaygın görülmekle birlikte, bu belirtiler her zaman bir anksiyete bozukluğu ölçütlerini karşılayacak sayıda ve şiddette olmayabilir. Anksiyete bozukluklarıyla ilgili koruma çabalarını gözden geçirmek ve önerilerde bulunabilmek için, bu bozukluklarla ilgili bazı temel bilgilerin ve verilerin bilinmesi gerekir. Bunlar risk etmenleri olarak bilinen yatkınlaştırıcı (predisposing) ve ortaya çıkarıcı (precipitating) etmenlerle etiyolojik etmenlerdir. Bunların tümü kısaca ve anksiyete bozuklukları için genel olarak gözden geçirilecektir. Gerçekçi yaklaşımlar için bunların dışında sağlık sisteminin, sağlıkla ilgili kaynakların, toplumsal özelliklerin ve güçlerin de bilinmesi gerekir (18).

Risk Etmenleri:

1. Genetik etmenler: Anksiyete bozukluklarıyla ilgili çalışmalar genel olarak hemen tümünde ailesel bir yatkınlığın olduğunu, tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranlarının çift yumurta ikizlerinden daha yüksek olduğunu göstermiştir.

2. Biyolojik etmenler: Bu etmenler arasında en çok çalışılanlar GABA, benzodiazepin reseptörleri, serotonin, noradrenalin, beyin sapı, limbik sistem, prefrontal korteks, otonom sinir sistemi, anksiyeteyi kontrol eden inhibitör düzeneklerin yetersizliği, beyin kan akımındaki düzensizliklerdir.

3. Psikodinamik etmenler: Psikanalitik kurama göre anksiyete çözümlenmemiş bilinçdışı çatışmalara bağlıdır. Belirtiler kullanılan savunma düzenekleriyle ilgilidir. Özellikle yaşamın ilk üç dönemindeki yetersizlikler ve olumsuz yaşantılar önemlidir.

4. Öğrenme kuramları: Öğrenme kuramına göre anksiyete, bireyin algıladığı uyarılara/stresörlere uygun olmayan bir koşullu yanıt olarak görülebilir. Bunlar zamanla yerleşik bir yanıt biçimini alabilir.

5. Ayrılık anksiyesi ve anne-baba kaybı: Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında ayrılık anksiyetesinin ve anne-baba kaybının önemini gösteren çok sayıda çalışma vardır. Çocuklukta ayrılık anksiyesi, anne-baba kaybı ya da boşanma önemli risk etmenleri arasındadır.

6. Ailesel etmenler: Bu grupta aile içi iletişim bozuklukları, yetersiz destek sistemleri, çocuklukta ihmal ve kötüye kullanım, anne-babada nevrotik eğilimler/bozukluklar, madde bağımlılığı üzerinde çalışılmış ve çalışmalar bunların risk etmenleri olduğunu ortaya koymuştur.

7. Stresli yaşam olayları: Özellikle anksiyete bozukluklarının başlamasında ortaya çıkarıcı etmenler olarak stresli yaşam olaylarının önemli rol oynadığı kabul edilir. Bu konudaki çalışmalar, anksiyete bozukluğunun başlamasından önceki aylarda (1-12. aylar) stresli yaşam olaylarının daha yüksek oranda görüldüğünü göstermiştir. Stresli yaşam olaylarının sürmesi ise, bozukluğu kronikleştirebilmektedir.

8. Çocukluk yaşantıları: Anksiyete bozukluklarının görülmesiyle çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılar arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bunlar arasında fiziksel ya da cinsel saldırıya uğrama/kötüye kullanılma, davranışsal inhibisyon önemli yer tutar.

9. Kişilik: Strese verilen tepki ve strese dayanıklılık kişilik özelliklerine göre değişebilmektedir. Anksiyete bozukluklarına yakalananlarda anksiyeteye duyarlılık ve nörotisizm, stresle baş edememe skorları yüksek bulunmuştur. Hastalık öncesi kişilik yönünden en çok üzerinde durulanlar bağımlı, çekingen, obsesif, şizoid, borderline, paranoid ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır.

10. Madde bağımlılığı: Madde bağımlılığı ile anksiyete bozukluklarının bir arada görülmesi yaygındır. Alkol ve nikotin bağımlılığı en sık görülenlerdir. Alkol bağımlılarında

ve nikotin bağımlılarında anksiyete bozukluklarının yaygınlığı yüksek bulunmuştur. Ancak bunun bir neden mi, yoksa sonuç mu olduğu tartışmalıdır.

11. Cinsiyet: Anksiyete bozuklukları (obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal fobi dışında) genel olarak kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda görülmektedir.

12. Yaş: Anksiyete bozuklukları genellikle onlu ve yirmili yaşlarda başlamakla birlikte, her yaşta görülebilir.

13. Sosyoekonomik düzey (SED): Anksiyete bozuklukları her SED’de görülmekle birlikte, düşük SED’dekilerde daha yüksek oranda bulunmuştur. Düşük SED genellikle uygun yaşam koşulları ve ortam sağlayamama, çeşitli kişiler arası güçlük ve işsizlik ile birlikte.

14. İşle ilgili etmenler: İşsizlik, iş yükünün çok olması, işin stresli olması (askerlik gibi), işyerinin gürültülü olması, iş koşullarındaki değişiklikler gibi etmenler anksiyete bozukluklarının yaygınlığını artırmaktadır.

15. Dikkat eksikliği bozukluğu (DEB): DEB olanlarda anksiyete bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğünü gösteren bazı çalışmalar olduğu gibi, bu sonucu bulamayan bir çalışmada vardır. DEB olanların kardeşleri de anksiyete bozukluğu yönünden yüksek risk altındadır.

16. Fiziksel hastalıklar: Çeşitli araştırmalarda bir fiziksel hastalığı olan kişilerde anksiyete bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur. Çalışılan fiziksel hastalıklar arasında; kanser, alopecia areata, inme, kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, artrit, myastenia gravis, migren, kalp transplantasyonu, düşük (abortion), hiperlipidemi vardır.

17. Göç: Anksiyete bozukluklarında göç olgusunun etkisi yeterince araştırılmamıştır. Ancak göç etmenin yeni bir fiziksel, toplumsal ve kültürel çevre ile yeni koşullar demek olduğu düşünülürse, bir risk etmen olarak kabul edilebilir.

18. Medeni durum: Bu konuda önemli bir fark bulunmamakla birlikte, kadınlar arasında evli olanlarda anksiyete bozuklukları daha yüksek oranda görülmektedir.

19. Irk ve kültür: Anksiyete bozuklukları ırka ve kültüre göre farklılık göstermez. Ancak kültüre özgü anksiyete bozuklukları vardır.

Yukarıda kısaca gözden geçirilen etmenlerden de anlaşılacağı gibi, anksiyete bozuklukları için risk etmenleri çok çeşitlidir ve koruma çabalarında bunların dikkate alınması gerekir (18,19).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) gerçek sorunlarla orantısız bir biçimde yaşam koşulları hakkında gerçekçi olmayan aşırı endişe ile karakterizedir. Belirtiler en az altı aydır sürüyor olmalı ve hastanın yaşamını etkilemiş olmalıdır (Tablo 1). YAB'ın yaşam boyu görülme sıklığı %4.1 - %6.6 arasında değişmekle birlikte, hekime başvuran hastalar arasında genel popülasyona göre bu sıklık iki kat fazladır (20,21).

Tablo 1: DSM IV'e Göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri.

<p>A- En az altı aydır süren okul ya da iş performansı gibi çeşitli aktivitelerle ilgili aşırı anksiyete, endişe ve korku dolu bekleme hali</p> <p>B- Kişinin bu korku ve endişeyi kontrol etmekte güçlük çektiğini belirtmesi</p> <p>C- Anksiyete ve endişeye aşağıdaki altı belirtiden en az üçünün eşlik etmesi (en azından bazı belirtilerin son yedi aydan daha önce de bazı günler sürmüş olması) Not: Çocuklarda bu belirtilerin bir tanesinin bulunması yeterlidir:</p> <ol style="list-style-type: none">1- Yorgunluk, dinlenememişlik, sinirlilik ya da gerginlik hissi,2- Çabuk yorulma3- Konsantrasyon güçlüğü ya da zihninin boşaldığını hissetme,4- İritabilite,5- Kas gerginliği,6- Uyku bozukluğu (uykuya dalmada, uykuda kalmada ya da dinlenmiş ve uykusunu almış olarak uyanmada güçlük), <p>D- Anksiyete ve endişe, panik atak, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, ayrılık anksiyetesi, anoreksiya nervoza, somatizasyon bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu gibi bir eksen I bozukluğu bulgusu olarak tanımlanmamış olması,</p> <p>E- Anksiyete, endişe, korku ve fiziksel belirtilerin, sosyal, mesleki ve diğer önemli fonksiyonların yerine getirilmesinde belirgin güçlük ya da bozulmaya yol açması,</p> <p>F- Bozukluğun; bir madde, ilaç ya da tedavinin doğrudan fizyolojik etkileri ile hipertiroidi gibi başka bir hastalığa bağlı olarak ya da bir duygu-durum bozukluğu, psikotik bozukluk ya da yaygın gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmış olmaması.</p>
--

Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde ilaç olarak benzodiazepinler, buspiron ve antidepresanlar kullanılmaktadır. Bu ilaçların yaygın anksiyete bozukluğunda etkin olmalarına karşın anksiyolitik etkilerinin ortaya çıkma süreleri farklılık gösterir (21)

Doğum Sonrası Anksiyete (DSA) Bozuklukları

Anksiyete, iç ve dış çevreden kaynaklanan, temel gereksinimlerin karşılanmasını engelleyen, stabil dengeyi bozan ya da bozmak için tehdit eden bir olay olarak tanımlanır, olumlu ya da olumsuz olaylar nedeniyle gelişebilir. Sıklıkla planlanan ve mutluluk vermesi beklenen gebelik, doğum gibi olaylar rol değişikliğini gerektirdiği için bu durumu yaratır (8,22).

Epidemiyolojik çalışmalar gebelik ve doğum sonrası dönemin birçok ciddi psikiyatrik hastalık için özel bir risk oluşturduğunu göstermiştir (23,24,25).

Doğum sonrası dönemde annelik rolünün kazanılması, annelik kimliğinin şekillenmesi sonucu ortaya çıkar. Bu rolün kazanılması dört dönemde gerçekleşir:

Geleceğe hazırlanma evresi; Kadın anneliğe ilişkin rol modellerini özellikle kendi annesini izlemesi ‘nasıl bir anneyim’ sorusunun cevabı için en iyi örnektir.

Formal, biçimsel evre; Çocuğun doğumu ile başlar. Anne rol modellerinin etkisi altında çevrenin kendisinden beklediği gibi davranmaya çalışır.

İnformal evre; Kadın, anneliğe ilişkin kendi seçeneklerini, kendi annelik stilini geliştirmeye başlar.

Kişisel evre; Annelik rolü kazanılmıştır. Bu döneme ulaşan anne, bir anne olarak rahatlamıştır. Annelik rolüne ilişkin kendine özgü fikir ve davranışlar kazanmıştır (2, 26).

Annelik rolünün kazanılması doğum sonrası 3-10 ay arasında gerçekleşir. Kadının sosyal desteği, yaş, kişisel özellikleri, yeni doğanın mizacı ve ailenin sosyoekonomik durumu annelik rolünü kazanmayı etkileyen faktörlerdir. Doğum sonu dönem aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu dönemdir. Bebeğine, doğum sonrası rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene uyum yapmak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur. Doğum sonrası ilk birkaç günde anne pasif ve bağımlıdır. Doğum süreci onu yormuştur. Uykuya eğilimlidir, ilgiye gereksinimi vardır. Doğumu izleyen dönemin, bazı kadınlarda psikolojik ya da ruhsal sorunları artırma riskini taşıdığı uzun zamandır bilinmektedir (27,28).

Doğum sonrası dönem ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği önemli bir gelişimsel geçiş sürecidir. Bu süreçte aileye yeni bir üyenin katılımı nedeniyle anne ve babanın yeni rol ve sorumluluklara hazırlanması ve uyumu gerekir. Doğum sonu dönemde babanın ve annenin yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolü, bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması gerekir (3,29). Gebelik ve ilerideki dönem, ebeveyn olarak önemli psikolojik ve sosyal değişiklikleri içerir. Bu değişiklikler anksiyete ve depresyon semptomlarının artmasına bağlıdır (4).

Doğum sonrası ilk birkaç günde anne alıcı konumdadır ve kendine dönüktür. İkinci günden sonra doğum sonrası sürece uyum sağlamaya başlar. İlgisi bebeğine yönelmiştir, endişeleri daha çok bebeği ile ilgilidir. Sütünün yetmeyeceği, ona yeterince bakamayacağı konusunda endişeleri olur. Bu dönemde daha çok verici konumundadır. Ancak bu dönemde artan ve değişen etkileşim aynı zamanda bir stres kaynağı da olabilir. Çünkü eşlerin ilişkilerindeki eski düzen bozulmuş, beklentileri değişmiş, rol ve sorumlulukları artmıştır. Annenin sosyal ve iş yaşamında da değişiklikler ortaya çıkmıştır (2,24). Loğusalık dönemindeki ritüeller (annenin beslenmesinin, dinlenmesinin sağlanması ve bebeğe ilişkin ritüeller gibi), annenin yeni sosyal rolüne daha kolay uyumunu sağlayarak doğum sonrası anksiyete gelişiminin önlenmesinde yardımcıdır (9).

Ebeveynler genellikle, eşlerini en iyi duygusal destek olarak nitelerler. Buna ek olarak; kendi ebeveynlerini, ailedeki diğer bireyleri ve arkadaşlarını da destek alabilecekleri insanlar olarak görmektedirler. Bu arkadaşların desteği, özellikle ebeveynler aileleri ile kopuk ilişkiler içindeyse önem kazanmaktadır. Ailenin içinde bulunduğu stresle baş etmede hemşireler tarafından, onlara yeterli bilginin verilmesinin önemi çok büyüktür. Çocuğu olan anneler kendini bilinmeyen veya belirsizlikle karşı karşıya kalan olarak bulmaktadırlar. Ebeveynler anksiyetelerini çeşitli davranışlarla ortaya koyarlar. Örneğin; çocuğa dokunmaktan ve onun bakımına yardım etmekten kaçan annenin bu davranışının temelinde, yanlış bir uygulama yaparak çocuğa zarar verme korkusu olabilir (9,22).

Hemen hemen hiç bir yaşam olayı, gebelik ve doğumun neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle kıyaslanamaz. İnfertilite, gebelik, düşük, ölü doğum ve doğum sonrası dönemdeki sosyal, ekonomik, biyolojik ve hormonal değişiklikler gibi durumların her biri kadının ruh sağlığını etkiler (24,30,31).

Son 10-15 yıldır özellikle bu konu üzerinde durulmakta ve mekanizmaları açıklanmaya çalışılmaktadır. Özellikle doğum sonrası dönemde psikoz ve duygu-durum bozukluklarının görülme sıklığının arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem ile anksiyete bozuklukları ilişkisine dair araştırma ise daha azdır (23).

Doğum Sonrası Anksiyete ve Hemşirelik Bakımı

Doğum sonu birincil, ikincil ve üçüncül koruma açısından önemli bir dönemdir. Annenin taşıdığı DSA risklerini belirleme, ruhsal durumunu değerlendirme, uygun tedavi edici müdahaleyi yapma hemşirenin sorumlulukları arasındadır (32,33,34). Beck, hemşirenin DSA yaşayan anne ile iletişimi sağlayan yedi temadan söz etmiştir. Bunlar: DSA'ye ilişkin yeterli bilgiye sahip olma, hızlı ve doğru tanı koymak için dikkatli gözlem yapma, annelere bu sorunun biteceğine ilişkin umut aşılama ve empati yapma, onlara zaman ayırma, gerektiğinde yönlendirme ve bakımın sürekliliğini sağlamadır (35) .

DSA'li kadının bakımında bütüncül ve aile merkezli bir yaklaşım en uygun olanıdır. Bu dönemdeki hemşirelik bakımı anne-bebek, diğer çocuklar ve ailenin güvenliğini sağlama ve ailenin bu durum ile baş etmesine odaklanmalıdır (32,36).

Hemşireler DSA'nın erken tanı ve tedavi sürecini başlatmada ve sevk etmede aktif rol almalıdır. Bunun için hemşireler annelere rutin olarak DSA tarama ölçekleri uygulamalı, onları dikkatle gözlemlemeli ve elde ettiği verileri kayıt etmelidir (35,36). Ayrıca hemşireler DSA'ya ilişkin belirtileri saptamak için uygun sorular da yönlendirebilirler. Bu sorular; yeni bir bebeğe sahip olduğunuz bu günlerde yaşamınız nasıl gidiyor?, Bebeğinizin doğumundan beri yaşamınızda çok fazla değişiklik oldu mu?, Bebeğinizin doğumundan beri ağlama davranışınızda bir değişiklik oldu mu? şeklinde olabilir (32).

Hemşire anksiyete belirtilerini fark ettiğinde, anne ve bebeğin güvenliğini sağlamak için annenin kendine ve bebeğine zarar verme düşüncesinin olup olmadığını araştırmalıdır (32). Doğum sonu, annelerin ev ziyareti aracılığı ile takip edilmeleri ve ruhsal hastalıklar bakımından değerlendirilmeleri çok önemlidir (36). Ev ziyaretleri DSA'nın görülme sıklığını ve komplikasyonlarını azaltabilir. Ayrıca annelerin sorunlarını bildirebilecekleri ve danışmanlık alabilecekleri telefon hatları oluşturulabilir. Haftada bir yapılacak kısa ev ziyaretleri ya da telefon görüşmesi anne ve bebeğin yaşamını güvencede tutabilir. Bu hizmete, her ikisinin de güvende olduğu hissedilene kadar devam edilebilir (37).

Hemşire, anne ile bu mevcut durum ve sorunların eşi için de çok zor olduğunu konuşabilmeli ve eşlerin birbirlerine duygularını açmaları, empati yapabilmeleri ve bu stresli durum ile başa çıkmada birlikte mücadele etmeleri konusunda destek olmalıdır. Hemşire, yargılamadan kocanın duygu ve endişelerini ifade etmesine fırsat vermeli, pozitif başa çıkma stratejilerini kullanmasına yardımcı olmalı ve eşini desteklemesi için cesaret kaynağı olmasını sağlamalıdır. Anne ve eşinin yargılanmadıkları bir ortamda duygu, düşünce, korku ve gereksinimlerini ifade etmeye ve paylaşmaya fırsat verilmesine ve uygun ortam hazırlanmasına gereksinimleri vardır (32,33,34). Hemşire aileye bu fırsatı sunacak ve ortamı hazırlayacak en uygun konumda olan bir ekip üyesidir.

Hemşirenin anne ile doğum öncesi ve sonrası dönemlerde destekleyici ilişkiler içinde bulunması, onun kontrol ve iyilik duygularını artırabilir ve DSA gelişimini önleyici olabilir (38).

Düzenli egzersiz yapma endorfin salınımını artırarak beynin immün sisteminin bir bölümünü oluşturan T-hücrelerini çoğaltır ve iyileşmeye katkı sağlayabilir. Bu nedenle annenin düzenli egzersiz yapmaya teşvik edilmesi ve bu sırada bebeğin bakımı için yakınlarından destek alınması sağlanmalıdır (33).

DSA'lı annenin iştahı azalmıştır. Ancak iyileşmek için yeterli besin almaya gereksinimi vardır. Bu nedenle annenin yeterli besin, bol sıvı, günlük vitamin alımı desteklenmeli ve beslenme sorunu ile ilgili diyetisyenden danışmanlık ve yakınlarından yardım alınmalıdır (39,40).

Bazı anneler yeterince dinlenebilmek, uyumak ve kendine zaman ayırmak için ev işlerine, yemek hazırlamaya, çocuk bakımına yardımcı olabilecek akraba, arkadaş ve yardımcı gibi bireylere gereksinim duyabilirler. Bazıları da kendi günlük rutinlerini, iyi anne olma kavramlarını ve ebeveyn olmaya ilişkin beklentilerini yeniden değerlendirmek için zamana gereksinim duyabilirler (41). Bu nedenle, hemşire anneye yardımcı olabilecek destek kaynaklarını bulmasına ve harekete geçirmesine yardımcı olmalıdır. Hemşire doğum sonrası destek gruplarının oluşturulmasına öncülük edebilir ya da destek grupları varsa, annenin katılmasını sağlayabilir (42).

Hemşire verdiği bakımın sonucunu değerlendirmelidir. DSA'lı anneye verilen bakımın değerlendirmesinde dikkate alınması gereken sonuç kriterleri; annenin ve bebeğin fiziksel iyilik durumunu sürdürmek, ailenin etkili bir şekilde baş etmesini, aile üyelerinin sağlıklı büyüme ve gelişmeyi sürdürmesini ve annenin anksiyetesinin uzun sürmemesini sağlamak şeklinde olabilir (32).

Sonuç olarak DSA yalnızca anne sağlığını değil, bebek ve ailenin tüm üyelerinin sağlığını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu sağlık sorununu önlemede, erken tanı

koymada, tedavi ve bakımında hemşirenin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler bu sorumluluklarını yerine getirerek kadın, aile ve toplum sağlığını geliştirebilirler.

DOĞUM SONRASI DÖNEMDE GÖRÜLEN DİĞER RUHSAL BOZUKLUKLAR

Panik Bozukluğu

Genel olarak anksiyete bozukluklarının doğum sonrası dönemdeki kadınlarda daha fazla görüldüğü, başlangıcın doğurganlık yaşlarında olduğu bildirilmektedir. Gebeliğin ve doğum sonrası dönemin panik bozukluğuna etkileri ile ilgili olarak gebeliğin koruyucu bir etkisi olduğunu, doğum sonrası dönemin ise panik bozukluğu riskini ve ciddiyetini arttırdığı bildirilmiştir. Panik bozukluğunun görülme sıklığı %2-3'tür ve yaklaşık olarak kadınların %70'inde 18 ile 35 yaşlar arasında ortaya çıkmaktadır (20,23).

Doğum sonrası dönemde panik belirtilerinin arttığı birçok kez bildirilmiştir. Literatürde panik bozukluğunun başlangıcının lohusalık döneminde olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (2,43,44). Gülpek'in (23) çalışmasında Sholomskas ve arkadaşlarının, 64 kadın hastanın %10,9'unun ilk kez doğum sonrası dönemde tanı aldığını saptadıkları bildirilmiştir.

Agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu:

Panik bozukluğu kronik, sekel bırakma potansiyeli olan ve birinci basamakta sık karşılaşılan psikiyatrik bir bozukluktur. Beklenmeyen iki ya da daha çok sayıda panik atak ve bunları izleyen yeni ataklar oluşacağı sabit fikrinin ya da panik ataklardan sakınmaya yönelik davranış değişikliklerinin ortaya çıkmasıyla karakterizedir. Panik ataklar, Tablo 2'de özetlenen çok sayıda fiziksel ve bilişsel belirtinin eşlik ettiği yoğun korku, endişe ve rahatsızlık duygusu ile karakterize epizodlardır. Belirtiler aniden ortaya çıkar ve 10-15 dakika içinde maksimum yoğunluğa ulaşır. Epizodlar ender olarak 30 dakikadan fazla sürebilir. Bu epizodları panik atak olarak tanımlayabilmek için, başka bir hastalık sonucunda ilaç ya da

madde bağımlılığı nedeniyle ya da başka bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olarak oluşmamış olması gerekir (Tablo 3) (45,46).

Tablo 2: Panik Atakta Sık Görülen Belirtiler.

Sistemler	Belirtiler
Otonom	Terleme, titreme, sıcak basması
Kardiyopulmoner	Göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, taşikardi
Gastrointestinal	Boğazı düğümlenmiş gibi hissetme, yutkunamama, bulantı
Nörolojik	Baş dönmesi, pareteziler, tremor
Psikiyatrik	Depersonalizasyon, derealizasyon, yoğun korku ve endişe

Tablo 3: DSM IV'e Göre Agorafobi Panik Bozukluğu Tanı Ölçütleri.

A- 1 ve 2 birlikte bulunmalı:

1- Beklenmeyen yineleyici panik atakları

2- Aşağıdaki durumlardan en az birinin, herhangi bir atağın sonrasında en az bir ay süreyle görülmüş olması:

a) Sürekli olarak yeni atak geçireceği korkusu duymak,

b) Ataklar sırasında ya da sonucunda kontrolünü kaybedeceği, kalp krizi geçireceği, delireceği gibi endişeler taşımak,

c) Ataklarla ilişkili olarak belirgin davranış değişiklikleri oluşması,

B- Agorafobi bulunması

C- Panik atakların bir ilaç, madde ya da tedavinin direkt fizyolojik etkisi ya da bir başka hastalığın (hipertiroidi gibi) sonucunda oluşmamış olması

D- Panik atakların, sosyal fobi (örneğin korku oluşturan sosyal olaylarla karşılaşınca), spesifik fobi (örneğin spesifik bir fobik duruma maruz kalınca), obsesif kompulsif bozukluk (örneğin kontamine olma obsesyonu olan bir kişinin kirlenmesi durumunda), posttravmatik stres bozukluğu (örneğin ağır stres oluşturan bir uyarıya karşı yanıt olarak) ya da ayrılık anksiyetesi (evden ya da yakınlarından ayrılmaya yanıt olarak) gibi başka bir mental bozukluk nedeniyle oluşmamış olması

Gülpek ve arkadaşlarının (23) bir araştırmasında, Cohen ve arkadaşlarının yaptıkları bir izlem çalışmasına göre panik bozukluğu olan kadınların % 90'ının doğum sonrası dönemin 1. ve 3. aylarında aktif olarak panik belirtileri gösterdiği ve bu kadınların büyük çoğunluğunun gebelik öncesinde kullandıkları ilaç dozlarını doğum sonrası dönemde arttırdıkları bulunduğu belirtilmiştir. Bunlara dayanarak lohusalık döneminde panik bozukluğunun şiddetinin gebelik öncesi döneme göre arttığı söylenebilir. Doğum sonrası dönemde panik bozukluğunun alevlenmesi çeşitli hipotezlerle açıklanmaya çalışılmıştır. Doğum çoğu kez stres yaratan bir durumdur ve bu nedenle doğum sonrası dönemde panik bozukluğun ortaya çıkmasına ya da alevlenmesine yol açabilir (23).

Panik bozukluğunun tedavisinde ilaçlar ve bilişsel davranışçı terapiler önemli yer tutmaktadır. Psikiyatrik ilaçların fetüs üzerindeki teratojenik etkilerine ilişkin bilgiler son derece yetersizdir. Doğumsal anomaliler ve yeni doğanda toksik etkilere ilişkin veriler bulunmakla birlikte, karmaşık nöro-davranışsal etkilerine ilişkin bilinenler çok daha azdır. Gebelik döneminde ilaç tedavisini sonlandırma ya da sınırlı uygulama yönünde doğal bir eğilim vardır. Bu durumda ilaçların son derece yavaş bir şekilde azaltılmasına dikkat edilmelidir. İlaçların ani kesilmesi durumunda bunaltı düzeyleri artabilir ve panik belirtileri ortaya çıkabilir (23).

Doğum Sonrası Hüzün

Doğum sonrası hüzün, normal çocuk doğurmuş kadınlarda kısa süren kolaylıkla sinirlenme epizodları, konsantrasyon güçlüğü, bebek için duygu eksikliği, baş ağrısı, yorgunluk, eşe karşı hostilite, bilinçte bulanıklık, depersonalizasyon, insomnia, bitkinlik, kayıp ve keder duyguları ile seyreden doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde meydana gelen ve kaybolan bir durumdur (5,9,47).

Genellikle doğum sonu 2-4. günlerde oluşur. Şiddetli ve yoğun olduğu dönem yaklaşık olarak 48 saat kadardır. Genellikle 10-15 gün içinde kaybolur, doğum sonrası, 3-4. günlerde kısa süren ağlamalarla başlar ve 5-10. günlerde maksimum düzeye ulaşır. Doğum yapan kadınlarda görülme oranı %50-%80 arasında değişmektedir (2,48,49).

Doğum Sonrası Depresyon

Doğum sonrası depresyonun etiyojisi biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel teoriler ile açıklanmaktadır. Biyolojik teoriye göre; beyin biyokimyasındaki rahatsızlıkların depresyonda önemli bir faktör olduğu gösterilmektedir. Nörotransmitter olarak bilinen beyine özel kimyasal maddelerdeki düzensizlikler diğer ruhsal hastalıklarda olduğu gibi depresyonda da görülmektedir. Psikolojik teorilere göre; postpartum depresyon gelişimini etkileyen psikolojik faktörler; evlilik ilişkisinin zayıf olması, stres oluşturan durumların varlığı, destek sistemlerinin yetersizliği, benlik saygısının düşük olması ve beden imgesinde değişiklikler olarak gösterilmektedir. Sosyokültürel teorilerde ise; ebeveynlik rolünün, bireyin işindeki konumunun, destek sistemlerinin, sosyokültürel düzeyin, stresin, bireyi etkileyen rol modellerinin postpartum depresyon gelişimine katkıda bulunduğu bildirilmektedir (2, 9, 39, 50, 51).

Ülkemizde doğum sonu kontrol altıncı haftada yapıldığından bu zamanın postpartum depresyon belirtilerini saptamak için çok önemli bir fırsat olduğu düşünülmektedir. Bu fırsatın değerlendirilerek daha sonra ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi ve maliyetin azaltılması da önemlidir. Erken tanı koymada karşılaşılan en önemli sorunlardan biri sosyal damgalanma korkusudur. Bu korku nedeniyle anneler, profesyonel yardım aramayı geciktirebilirler ya da hiç başvuruda bulunmayabilirler (39,52).

Doğum Sonrası Psikoz

Doğum sonrası psikiyatrik hastalıkların en şiddetli formudur. Doğum sonrası ilk 4 hafta içinde ortaya çıkmaktadır ve her 1000 kadından 1'inde görüldüğü bildirilmiştir. Klinik tabloda dikkati çeken belirtiler; insomnia, yorgunluk, irritabilite, sanrılar, varsanılar ve emosyonel değişikliklerdir (2, 5, 9).

Doğum sonrası psikoz tedavisinde antipsikotiklerle ilaç tedavisi, EKT ve hastanede yatırarak tedavi genellikle gerekli olmaktadır (5, 9, 39). Hastanın değerlendirilmesinde

bebekle ilgili dūřünceleri önem taşır. Hastanede mümkünse anne ve ocuk birbirinden ayrılmamalıdır, ancak çocuğuna bakamayacak ya da zarar verecek durumda ise ocuk anneden ayrılmalıdır (9). Bir kez doğum sonrası psikoz geçiren bir kadının diğer gebeliklerinde tekrarlama olasılığı artar. Tamamen düzelme sağlanabileceği gibi belirtilerin 3-4 yıl devam etmesi de söz konusudur (5).

YARDIM ARAMA

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre yardım; “kendi gücünü ve imkanlarını başka birinin iyiliği için kullanma, muavenet” demektir (53). Büyük Larousse’e göre ise yardım; “bir kimseye destek olma, kendi gücünü olanaklarını onunkisi ile birleştirme, sorunlarını çözmeye, sıkıntılarını gidermeye çalışma”dır (54).

Dünyada bugün yaşayan tüm insan toplulukları kuşaklar boyunca çok değişik sağlık sorunları ile karşılaşmışlar ve deneme/sınama yoluyla bu sorunlara çözüm aramışlardır. Bu süreçte hatalı tedaviler, yanlış tutumlar kültürel evrim içinde elenerek yerlerini daha sağlıklı ve uyumlu tepkilere bırakmışlardır (11).

Bazı insanların hissedilir derecede desteğe ihtiyacı olmasına karşın diğerlerine göre daha az destek almalarının nedeni sosyal, ekonomik, politik konumlarıyla ilgili olabilir. Araştırmalar, yardıma ihtiyacı olduğu halde gönüllü olmadıkları ve ulaşamayacakları düşüncesi ile birçok kişinin yardımı alamadıklarını göstermiştir (10,13).

Yardım arama, bireylerin içinde buldukları, üstesinden gelemedikleri sorunlardan kurtulmak amacıyla yardım konusu ile ilgili profesyonel (formal kaynak) ya da profesyonel olmayan (informal kaynak) bireylerden istediği yardım ve destektir. Bireylerin ihtiyacı olduğunda profesyonel yardım alabilmeleri onların ruh sağlığının iyileşmesinde önemli rol oynamaktadır (9,10).

Yardım aramayı kavramak için yardım arayanların sorunlarını ve özelliklerini bilmek gerekir. Epidemiyolojik çalışmalar, yaşantılarında sıkıntı veren yaşam olaylarından söz eden insanların çoğunun, sorunları için yardım aradığını saptamıştır (9).

Yardım arama tutumu; kişi, problem ve yardım alınacak kaynak başta olmak üzere çok boyutlu bir fenomendir. Psikolojik yardım aramaya dönük davranışları etkileyen faktörler çok değişik olabilmektedir. Bazı kişiler kişisel korkuları, zaafıları, başarısızlıkları gibi nedenlerden

dolayı profesyonel yardım arama tutumunda bulunabilirken, bazıları ise temel problemleri ile ilgili bir danışmana rahatlıkla kendini açmakta gönüllü olabilmektedir (10).

Yardım arama tutumunda modern psikiyatrinin “ruhsal sıkıntı” diye tanımladığı durumların sıkıntıyı çeken tarafından ne olarak algılandığı önemlidir. Eğer sıkıntı bir sağlık sorunu olarak tanınıyorsa yardım aramanın yönü profesyonel yardım veren kişi ve kurumlara kayacaktır (10,12).

Psikiyatri de yardım arama dendiğinde, ruhsal sıkıntısı olan kişi ve bu kişinin sıkıntısından etkilenen yakınlarının bu sıkıntı ile baş etme konusunda takındıkları tutumlar ve izledikleri yollar anlaşılır (12).

Rahatsızlığı fark eden birey, psikiyatrik yardım isteme sürecine kadar birçok ara aşama geçirir. Bu normal dışı süreç üzerinde kontrol kazanabilmek, yeniden eski duruma dönmek için öncelikle nedensel bir açıklama geliştirir (11).

Yardım arama süreci birçok etmenle ilişkilidir. Bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, sosyoekonomik durumu, sağlık güvencesi gibi demografik etmenlerle belirtilerin gelişme hızı ve şiddeti gibi hastalığa özgü durumlar yardım arama sürecini oldukça etkiler. Ayrıca bireyin belirtiyi algılama şiddeti, sorunun bireyin sosyal etkinliklerini etkileme tarzı, oluşturduğu stres gibi ruhsal durumlar ve bireyin içinde yaşadığı kültürel yapılanma, toplumun farkındalık düzeyi, sosyal destek, ruh sağlığı uzmanlarının bu sorunu çözebileceğine dair inanç taşıma gibi sosyal etmenler de ruh sağlığı uzmanlarına başvuru düzeyine yansımaktadır (11, 55, 56).

Yardım arama ve isteme davranışı bağımlılığa karşı bağımsızlık konuları ile ilgilidir. Toplumdaki sosyal destek ihtiyacı olduğunda yönelme ile ilgili bireysel farklar, kültürel değerler ve normların bir tepkisi olabilir bu da bağımlılığa karşı bağımsızlık konularını gösterir. Son yıllarda kültürel yapılanmalar sosyal desteğin alınmasında önemli bir faktör olarak kullanılmıştır (10,57).

Davranış ise; insan varlığının başka biri tarafından gözlenebilir olan tüm faaliyetleri veya daha basitçe tüm motor faaliyetleridir. Davranışlarda değişikliğin olması bilgi, beceri ve tutum kazanmakla olacaktır (58).

Prososyal davranışı, diğerlerinin yararı için bir kişi tarafından yapılmış yardım, yardımı sunma eğilimini veya isteğini kapsar. Yaygın prososyal insan davranışı; iletişim, karşılıklı hareket etmek, bağlanma, altruizm ve karşılıklılık diye tanımlanmaktadır. İnsanlar stresli veya tehlikeli zamanlarda her biri diğerine yardım eder ve onlar gençliği, yaşlılığı, hastalığı, yaralanmaları ve ölümü birlikte paylaşırlar (10).

Prososyal davranışı açıklayan çok yaygın **üç model** vardır:

1- **Biyolojik model:** Genetik ve hormonal faktörlerle insan ve hayvan yardım davranışı olarak açıklanır. Biyolojik modeli, hayvanlarla yapılan çalışmalar ve gözlemler desteklemektedir. Birçok hayvan grubunun yaralanma, yiyecek bulma ve diğer konularda birbirlerine yardım ettikleri gözlenmiştir. Burada cinsiyete göre farklılıklar gözlemlendiği unutulmamalıdır. İletişim kooperasyon ve altruizm hayvanlarda da görülen bir davranıştır.

2- **Sosyalizasyon ve sosyal öğrenme modeli:** Buna göre bebek bakım verenin beslemesini pozitif bir şekilde ve erken yaştan itibaren mimiklerle deneyimler.

3- **Bilişsel gelişim modeli:** Biyolojik ve sosyalizasyon arasındaki uyuma olup diğer modellerin her birinin yansımaları içerir (10).

Jansson ve arkadaşları (14), farklı kültürlerden gelen yeni doğum yapmış annelerin, hemşirelerin sağlık bakımı ile ilgili rolünü bilmediğini ve bu nedenle hemşirenin yardımını istemediğini bildirmişlerdir. Gereksinimi olduğu zaman çocuk bakımı için aldıkları sosyal destek ve danışmanlığın işe yaradığını belirtmişlerdir.

Yardım arayan kişiler genellikle rahatlama, güven tazeleme ve öneri aramaktadırlar. Yardım arayan kişi başlangıçta aile ve arkadaşlarına yönelmekte, son çare olarak profesyonel hizmet sunan kişi ve kurumlarla ilişki kurmaktadır. Profesyonel hizmetlerin tek başına kullanımı, diğerlerine göre daha azdır. Profesyonel psikolojik yardım arama davranışını problemlerin yoğunluğu ve tipi de etkilemektedir (9).

Yardım Arama ve Hemşirelik Bakımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre gebelik, doğum ve doğum sonrasında önlenabilir nedenlerle ortaya çıkan anne ve neonatal ölümleri ve hastalıkları öncelikli olarak ele alınması gereken sağlık sorunlarıdır (59). DSÖ, anne - bebek ölümlerinin azaltılması için 21. yüzyıl sağlık hedefleri içinde üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması gerektiğini belirtmiştir. Son yıllarda üzerinde önemle durulan “üreme sağlığı” kapsamında da doğum sonrası bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (60). Bu kapsamda ebe ve hemşirelerin, doğum öncesi ve doğum anındaki bakım hizmetleri yanında doğum sonrası bakım, bebek bakımı ve emzirmeye yönelik hizmetleri de annelere sağlamaları gerekmektedir (59, 60).

Annelik rolü, anne-bebek ilişkileri, evdeki aktiviteleri ve işi ile ilgili bilgiler de alınmalıdır. Ülkemizde, annelerin bebek bakımı konusunda yardım arama davranışını inceleyen hemşirelerin yaptığı araştırma sayısı çok azdır (9). Araştırmalar, yurtdışında da hemşirelerin yaptığı yayınların daha çok yardım arama yolları ve sağlığın korunmasında sosyal desteğin rolü ile ilgili çalışmalar üzerinde yoğunlaştığını göstermektedir (9,10,61,62).

Anksiyeteye sahip bir annenin yardım aramasına neden olabilecek unsurlar:

- Yenidoğanın zarar görme riski ile ilgili; annenin anksiyetesi (bebeğin hijyen, beslenme ve güvenlik gibi gereksinimlerini karşılayamama) ve psikotropik ilaçların anne sütü ile bebeğe geçmesi,
- Ailenin etkisiz başa çıkması ile ilgili; anne ve bebeğin bakım gereksinimlerinin artması,

- Ebeveyn ilişkisinin değişme riski ile ilgili; anksiyeteli anne ile bebeğin arasında bağlanmanın olmaması,
- Bebeğin büyüme gelişmesi ile ilgili; uyaran eksikliği ve sevgisiz bakım, temel güven duygusunun zedelenmesi,
- Annedeki anksiyete ile ilgili; doğum sonrası hormonal değişme,
- Annedeki yetersiz benlik saygısı ile ilgili; rol değişimine ilişkin streslerdir (39).

Aileler toplumdaki değişikliklerden yüksek oranda etkilenmektedirler. İşsizlik oranı yükseldikçe, boşanmalar ve göçler arttıkça sosyal destek azalmakta, hem çocuklarda hem de ailelerinde stres ve anksiyete artmaktadır. Buna bağlı olarak da yardım arama konusunda hemşirenin rolünün önemi daha da artmaktadır (9,14).

Annenin bu aşamada bilgisinden yararlanabileceği kişi, hemşiredir (63). Hemşire, annenin fiziksel, psikososyal ve duygusal gereksinimlerini belirleyip güçlü yönlerini desteklemeli, yetersiz olduğu yönleri geliştirmesine yardımcı olacak girişimlerde bulunmalıdır (2).

Hemşireler bireylerin yardım arama ile ilgili gereksinim ve inançlarını saptayarak bunlara ilişkin girişimlerde bulunmalı ve bireylerin hangi konularda duygu yoğunluğu içinde olduğunu belirlemeli, sağlık bakım profesyonellerini de bu konularda bilgilendirmelidir (10).

Sonuç olarak, ülkemizde de annelerin doğum sonrası dönemdeki bakım gereksinimlerinin öncelikli olarak ele alınması ve bu kapsamda ruhsal durumunun değerlendirilmesi, anne-bebek sağlığının geliştirilmesine sağlayacağı yararlar açısından, oldukça önemli olacaktır (61).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ÇALIŞMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, 0-12 ay arası bebeği olan annelerin anksiyete düzeylerini belirlemek, anksiyeteyi bebek bakımında yardım arama davranışları ile ilişkilendirerek hemşirelik süreci doğrultusunda hemşirelik uygulamalarına rehber oluşturmaktır.

Araştırma soruları:

- 1- 0-12 ay arasında bebeği olan annelerin, bebeklerinin ve ailelerinin demografik ve sağlık ile ilgili özelliklerden hangileri anksiyete riskini en fazla arttırmaktadır?
- 2- Annelerin sürekli anksiyete düzeyleri mi, durumluk anksiyete düzeyleri mi daha yüksek seviyededir?
- 3- 0-12 ay arasında bebeği olan annelerin anksiyete düzeyleri ile yardım arama puanı arasında ilişki var mıdır?

4- 0-12 ay arasında bebeği olan annelerin, bebeklerinin ve ailelerinin demografik ve sağlık ile ilgili özelliklerinden hangileri yardım arama davranışı üzerinde etkilidir?

5- 0-12 ay arasında bebeği olan annelerin, bebeklerinin ve ailelerinin demografik ve sağlık ile ilgili özelliklerinden hangileri anksiyete düzeyi üzerinde etkilidir?

EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini, Edirne il merkezinde yer alan aile sağlığı merkezlerine kayıtlı ve 0-12 ay arası bebeğe sahip olan anneler oluşturdu (N=1551).

Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, doğum sonrası anksiyete (DSA) sıklığı (%5-25) ve randomize örnekleme yöntemi ile %95 güven aralığı dikkate alındı. Buna göre toplam 244 kadın örneklem grubunu oluşturdu. Örneklem kapsamına aile sağlığı merkezine kayıtlı, en az okuryazar, 0-12 ay arasında bebeği olan ve çalışmaya katılmaya istekli anneler alındı.

Araştırmanın örneklem grubu (244 anne), 1551 anne arasından kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezlerine göre tabakalı ve basit rastlantısal örnekleme yöntemi ile belirlendi. Randomizasyon rastgele sayılar tablosuna göre yapıldı (64). Annelerin araştırma yapılan aile sağlığı merkezlerine göre dağılımı Tablo 4'de gösterildi.

Tablo 4: Araştırmanın Yapıldığı Kurumlara Göre Annelerin Dağılımı (N=244).

Kurumun Adı	n	%
Ayşe Kadın A.S.M.	28	11.5
Binevler A.S.M.	17	7
Bostanpazarı A.S.M.	12	4.9
Gazi Mihal A.S.M.	24	9.8
Esentepe A.S.M.	11	4.5
İstasyon A.S.M.	6	2.5
Karaağaç A.S.M.	6	2.5
Kıyık A.S.M.	16	6.5
Kirişhane A.S.M.	12	4.9
Kutlutaş A.S.M.	12	4.9
Muradiye A.S.M.	28	11.5
Saraçhane A.S.M.	18	7.4
Şükrüpaşa A.S.M.	33	13.5
Yeni İmaret A.S.M.	6	2.5
Yıldırım A.S.M.	15	6.1
Toplam	244	100

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bilgi Formu (Ek I)

Bilgi formu, araştırmacı tarafından doğum sonrası anksiyetenin incelendiği çalışmalar (2,18,22,23,39), tez danışmanının görüşü, toplumsal değerler dikkate alınarak geliştirilmiş olup, toplam 53 sorudan oluşturuldu.

Bilgi formunun ilk bölümü anne ve yakınlarına özgü sosyodemografik ve ekonomik özellikleri (10 soru) ve eğitim durumunu (2 soru), ikinci bölümü DSA risklerini etkileyen faktörleri sorgulayan (41 soru) sorulardan oluşturuldu.

Sosyodemografik ve ekonomik zellikler

Sosyodemografik ve ekonomik özellikler (yaş, aile tipi, anne ve eşin çalışma durumu, annenin çalışma isteği, ailenin gelir düzeyi, anne ve eşin öğrenim durumu)1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 15. sorulardan oluşturuldu.

Doğum sonrası anksiyete görülme riskini etkileyebilecek zellikler

Doğum sonrası anksiyete görülme riskini etkileyebilecek özellikler (gebelik ve doğum, bebek ve diğer çocuklar, sosyal destek ve ilişkiler, kronik hastalık ve ruhsal durumu) 5, 6, 7, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49. 50, 51, 52 ve 53. sorulardan oluşturuldu.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trate Anxiety Inventory) (Ek III)

1964 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından normal ve normal olmayan bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen ölçek Türkçe'ye Öner ve Le Compte (1983) tarafından uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır.

Kısa ifadelerden oluşan, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Durumluk Kaygı Envanteri (DKE)'nin sadece o anda hissedilenler ile ilgili bilgi verirken, Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) son 7 gündür hissedilenleri ölçmek üzere geliştirilmiştir. SKE-DKE 20'şer maddeden oluşan ve 1-4 arası derecelenen Likert tipi bir ölçektir.

Envanter, her biri 20 maddeden oluşan ve 1-4 arası derecelenen Likert tipi 2 ayrı ölçeği kapsar.

1- **Durumluk Kaygı Envanteri:** Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2- **Sürekli Kaygı Envanteri:** Bireylerin genel olarak içinde bulunduğu durum ve koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

Her iki envanter için ayrı soru formu (yanıtlar bu formlar üzerine işaretlenir) ve yanıt anahtarı vardır.

DKE'nin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre 'hiç', 'biraz', 'çok' ve 'tamamıyla' şıklarının birinin seçilmesi ile işaretlenmesi istenmiştir. SKE'nin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre 'hemen hiçbir zaman', 'bazen', 'çok zaman', 'hemen her zaman' şıklarından birinin seçilmesi ile işaretlenmesi istenmiştir.

Puanlama

Envanterde doğrudan (düz) ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. DKE'de 10 madde (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'inci maddeler), SKE'de ise 7 madde (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiştir.

Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer DKE için 50, SKE için ise 35'dir.

Anksiyete Envanterindeki sınır değerlere göre bireylerin anksiyete düzeyleri durumluk ve sürekli olmak üzere iki dönemde incelendiğinde;

0-19	arası puan alanlar anksiyete	YOK
20-39	arası puan alanlar anksiyete	HAFİF
40-59	arası puan alanlar anksiyete	ORTA
60-79	arası puan alanlar anksiyete	AĞIR
80 ve üstü	arası puan alanlar anksiyete	PANİK

olarak yorumlanmıştır (22).

1964 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından, normal ve normal olmayan bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ölçülmesi için yapılan çalışmada güvenilirlik katsayılarının 0.82 ile 0.88 arasında olduğu bildirilmiştir. Ölçeği Türkçe'ye uyarlayan Öner ve LeCompte normal ve hasta örnekleriyle yapılan çalışmalar sonucu elde edilen güvenilirlik katsayılarının 0.83 ile 0.87 arasında değiştiğini bildirmişlerdir (65). Bu çalışmada Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak bulundu.

Yardım Arama Ölçeği (YAÖ) (Help-Seeking Questionnaire-HSQ) (Ek II)

Doğum yapan annelerin bebeklerinin bakımı ve sağlıkları konusundaki yardım arama davranışını değerlendirmek üzere Kathleen May tarafından 1999 yılında geliştirilmiş, İlknur Dindar tarafından 2004 yılında Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. YAÖ, 36 maddeden oluşan bir ölçektir.

YAÖ'nde her biri ifade 1'den 5'e kadar puanlanmıştır. Her bir madde için; 1- 'Her zaman', 2- 'Genellikle', 3- 'Ara sıra', 4- 'Nadiren', 5- 'Hiçbir zaman' seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi gerekmektedir. Ölçekte 6. ve 28. maddelerde puanlama ters döndürülür. Ölçekten alınan toplam puan ortalamalarının yüksekliği bireyin yardım gereksinimi davranışını ve yardım kaynaklarını kullanma sıklığını gösterir. Anket yöntemiyle hazırlanan ve açık uçlu olan 34, 35 ve 36. sorular annelerin bebekleri ile ilgili ilk başvuru yaptıkları kişi, kurum ve kuruluşları sorgulamaktadır. Yanıtlar ölçeğin yönlendirdiği şekilde 4 grup içinde kodlanmıştır (Ek IV).

Öz değerlendirmeye dayalı ölçeğin uygulanması çok kolay olup, 10-20 dakika içinde tamamlayabilmektedir. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar;

I.boyut: "Yardım gereksinimi" 8 madde (likert) (1, 3, 7, 9, 17, 27. maddeler düz, 6, 28. maddeler ters çalışılır.)

II. boyut: "Yardım kaynaklarını kullanma" 25 madde (likert)

Dinlenme için: 2, 4, 10, 18, 21, 25, 30, 31

Sağlık bilgisi için: 5, 12, 15, 22, 23, 24, 32

Bakım bilgisi için: 8, 11, 13, 16, 19, 33

Destek bilgisi için: 14, 20, 26, 29

III. boyut: "Yardım tipi" 3 madde (açık uçlu-eşleştirme) (34, 35, 36) ile değerlendirilmiştir (9).

May'in (66) 1999 yılında geliştirdiği ölçek, 60 kadın üzerinde denenmiş ve orta derecede güvenilir bulunmuştur. Coronbach's Alpha güvenirlik katsayıları yardım gereksinimi için 0.40, yardım kaynaklarını kullanma için 0.58 bulunmuştur. Dindar'ın (9) alışmasında ise Coronbach's Alpha güvenirlik katsayıları yardım gereksinimi için 0.48, yardım kaynaklarını kullanma için 0.62 olarak bulunmuştur. Bu alışmada Coronbach's Alpha güvenirlik katsayıları yardım gereksinimi için 0.57, yardım kaynaklarını kullanma için 0.57 olarak bulundu.

VERİLERİN TOPLANMASI VE UYGULAMA

Ön Hazırlık

Edirne merkezindeki on beş aile sağlığı merkezinde görevli ebeler tarafından tespit edilerek gebe ve loğusa izlem kartlarına kayıt edilen 0-12 ay arasında bebeği olan annelerin sayısı, araştırmacı tarafından on beş aile sağlığı merkezine gidilerek belirlendi (N=1551) ve örnekleme grubu oluşturuldu (n=244).

Veri toplamak için Etik Kurul izni alındıktan sonra, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü ve Trakya Üniversitesi Rektörlüğü'nden de ilgili izinler alındı.

Uygulama

Araştırmadaki veriler sosyodemografik ve sağlık bilgi formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ve YAÖ formlarının belirlenen örnekleme grubuna (n=244) araştırmacı tarafından tek tek ev ziyareti planlanarak ve bir kez uygulanarak toplanmasıyla elde edildi.

Bu çalışmanın uygulama aşaması bir yıl içinde tamamlandı. Her anne ile yaklaşık bir saat görüşüldü. Ev ziyaretlerinde annelerle birebir ve aile bireylerinden etkilenmeyeceği bir ortamda görüşmeye özen gösterildi. Annelere çalışmanın amacı açıklandı, çalışmaya katılmayı kabul eden annelere bilgi formu ve ölçeklerin doldurulması ile ilgili açıklamalar yapıldı. Sosyodemografik bilgi formunun doldurulması yaklaşık 5-15 dakika, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin uygulaması 10-15 dakika, YAÖ'nin uygulaması 20-30 dakika sürdü. Okuma yazması yeterli düzeyde olmayan annelerde form araştırmacı tarafından okunarak işaretlendi.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayarda SPSS 13.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Bulguların değerlendirilmesinde; iç tutarlık analizi (coronbach's alpha) ile geçerlik ve güvenilirliği belirlendi. Annelerin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler sayı, yüzdeler, ortalama (standart sapma) ile değerlendirildi, bu özellikler ile ölçek alt boyut ilişkileri incelenmesinde; Student-t, one-way ANOVA, Spearman Korelasyon Analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann Whitney U testleri kullanıldı.

BULGULAR

Çalışma bulguları; (1) Anneleri tanıtıcı bilgiler, (2) Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerine yönelik bulgular, (3) Yardım arama davranışlarına yönelik bulgular olmak üzere toplam üç bölümde sunuldu.

ANNELERİ TANITICI BİLGİLER

Kişisel Özellikler

Çalışma kapsamına alınan annelerin (n=244), yaş ortalaması 28.00 ± 5.9 (min= 17, max=40), çoğunluğu 21-25 yaş grubunda idi (% 29.5). Anneler büyük oranda (% 50.4) lise mezunu, eşlerin de çoğunluğu (% 43.4) lise mezunu idi. Bu örneklemede aile tipi en fazla çekirdek aile idi (% 69.3). Annelerin % 28.3'ü (n=69) gelir getiren bir işte çalışıyordu. Eşlerin çalışma durumu ise % 94.7 olarak bulundu (n=231). Annelerin % 47.5'i gelir durumunu "iyi" olarak ifade etti (n=116) (Tablo 5)

Tablo 5: Aileyi Tanımlayıcı Özellikler (N= 244).

Sosyodemografik özellikler	n	%
Anne yaşı		
15-20	23	9.4
21-25	72	29.5
26-30	65	26.6
31-35	46	18.9
36 ve üstü	38	15.6
Anne eğitimi		
Okuryazar değil	2	0.8
Okuryazar	3	1.2
İlkokul	34	13.9
Ortaokul	43	17.6
Lise	123	50.4
Üniversite	39	16
Eş eğitimi		
Okuryazar değil	2	0.8
İlkokul	32	13.1
Ortaokul	35	14.3
Lise	106	43.4
Üniversite	69	28.3
Annenin işi		
Var	69	28.3
Yok	175	71.7
Eşin işi		
Var	231	94.7
Yok	10	4.1
Ekonomik durum (annenin ifadesi ile)		
İyi	116	47.5
Orta	111	45.5
Kötü	17	7
Aile tipi		
Çekirdek	169	69.3
Geniş	49	20.1
Parçalanmış	2	0.8
Destekli	24	9.8

Gebelik ve Doğum Öyküleri İle İlgili Özellikler:

Annelerin gebeliklerinin çoğu planlı (% 78.2) ve planlı olan bu gebeliklerin de çoğu 21-30 yaşları arasında (% 35.0) idi. Annelerin çoğunluğu (% 71.3) gebeliklerinde bebekleri ile ilgili endişe duyduklarını ifade ettiler, büyük kısmı (%38.1) ikinci gebeliğini yaşamıştı. Annelerin % 30.3'nün doğum aralığı üç yıl ve üstünde idi. Üç ve üzerinde gebeliği olan annelerin çocuk kaybı deneyimleri diğerlerine göre daha fazla idi (%13.5). Doğduktan sonraki bir ay içinde bebeğini kaybeden annelerin oranı % 0.4 (n=1) idi. Annelerin % 26.6'sının (n=65) düşük/kürtaj, % 12.7'sinin (n=31) erken doğum ve % 0.4'ünün (n=1) ölü doğum deneyimi vardı. Gebe kalmak için iki yıldan daha fazla bir süre beklediklerini ifade eden annelerin oranı % 13.5 idi (kıymetli gebelik). Sezaryen ile doğum fazla idi (% 74.6). Annelerin sezaryen ile doğum yapma nedeni ise % 69.6 ile (n=128) tıbbi nedenler, % 30.4 ile (n= 56) kendi isteği ile olarak bulundu (Tablo 6).

Tablo 6: Annelerin Gebelik ve Doğum Öyküsü İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=244).

Doğum öyküsü	n	%
Gebeliğe hazırlık		
Planlı	190	78.2
Planlı değil	53	21.8
Gebelikte endişe		
Evet	174	71.3
Hayır	70	28.7
Kıymetli gebelik		
Evet	33	13.5
Hayır	211	86.5
Gebelik sayısı		
1	89	36.5
2	93	38.1
3 ve üstü	62	25.4
Yaşayan çocuk sayısı		
1	112	45.9
2	98	40.2
3 ve üstü	34	13.9
Doğum şekli		
Normal	62	25.4
Sezaryen	182	74.6
Doğum aralığı		
1 yıl	3	1.2
2 yıl	58	23.8
3 yıl ve üstü	74	30.3
Düşük /kürtaj		
Evet	65	26.6
Hayır	179	73.4
Erken doğum		
Evet	31	12.7
Hayır	213	87.3
Ölü doğum		
Evet	1	0.4
Hayır	243	99.6
1 ay içinde ölen bebek		
Evet	1	0.4
Hayır	243	99.6

Gebelik sırasında ve halen sigara kullananların oranı % 42.2 bulundu. Annelerin % 3.7'si (n=9) bedensel hastalık öyküsü tanımladı. Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan anne oranı % 17.6 (n= 43) idi (Tablo 7).

Tablo 7: Anneler ve Yakın Çevresi İle İlişkili Hastalık Öykülerinin Dağılımı (n=244).

Özellikler	n	%
Gebelikte sigara kullanımı		
Evet	103	42.2
Hayır	141	57.8
Tanı konmuş hastalık		
Evet	9	3.7
Hayır	235	96.3
Ailede psikiyatrik öyküsü		
Var	43	17.6
Yok	201	82.4

Annelerin gebelik, doğum ve çocuğa yönelik değişkenler arasında en fazla eş desteği (% 67.6), çocuğun cinsiyeti (% 68.0) ve bağımsız karar alabilme durumundan (%70.5) etkilendiği görüldü. Yeni role uyumda zorlandığını ifade eden annelerin oranı % 24.6, anne ve /veya babasından 11 yaşından önce 1 aydan uzun süre ayrı kaldığını ifade eden annelerin oranı % 13.5 idi (Tablo 8).

Tablo 8: Annelerin Gebelik, Doğum ve Çocuğa Yönelik Bazı Değişkenlerden Etkilenme Durumları (N=244).

Değişkenler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Eş desteği	165	67.6	79	32.4
Bebeğin cinsiyeti	166	68.0	78	32.0
Rol değişimi				
Yeni role uyum	60	24.6	184	75.4
Bağımsız karar alabilme	172	70.5	72	29.5
11 yaşından önce anne/babadan ayrı kalma	33	13.5	211	86.5

Annelerin yakın çevresi ile ilişkilerinde en iyi kendi anneleri ile (% 75.4), en kötü kayınpeder (%15.2) ve kayınvalide (%.50.4) ile olduğu belirlendi. Arkadaş ile olan ilişkiler ise % 54.8’inde iyi %38.2’inde orta düzeyde idi (Tablo 9).

Tablo 9: Annelerin Yakın Çevreleri İle Olan İlişkilerinin/Paylaşımlarının Dağılımı (n=244).

Değişkenler	İyi		Orta		Kötü	
	n	%	n	%	n	%
Anne	184	75.4	59	24.2	1	0.4
Kayınvalide	109	44.7	113	46.3	22	9.0
Kayınpeder	84	34.4	123	50.4	37	15.2
Arkadaş	132	54.8	92	38.2	17	7.1

Bebekler cinsiyetine göre incelendiğinde, %55.3’nin kız bebek olduğu belirlendi. Bebeklerin % 86.1’i 2-12 ay arasında idi. Bebeklerin doğum ağırlıkları ortalaması 3298.4 ± 457.6 olarak belirlendi (min: 2200. max: 5000). Doğum kilolarına göre, bebeklerin % 1.2’si (n=3) düşük doğum ağırlığında idi. Altı bebek fiziksel olarak özürlü doğmuştu. Özürlülük nedenleri yarı damak ve yarı dudak idi. Annelerin çoğunun (% 97.5) bebeklerini anne sütü ile beslediği belirlendi (Tablo 10).

Tablo 10: Bebekleri Tanımlayıcı Özellikler (N=244).

Özellikler	n	%
Yaş (ay)		
0-1	34	13.9
2-6	114	46.7
7-12	96	39.4
Doğum kilosu (gr)		
2500 altı	3	1.2
2500 ve üstü	241	98.8
Cinsiyet		
Kız	135	55.3
Erkek	109	44.7
Anne sütü alma		
Evet	238	97.5
Hayır	6	2.5
Özür durumu		
Var	6	2.5
Yok	238	97.5

DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİNE YÖNELİK BULGULAR

Doğum sonrası anksiyete riski durumluk ve süreklilik olarak iki grup altında incelenirken her birinin alt grupları göz önüne alınırsa 214 annenin (% 87.3) durumluk, 230 annenin (% 94.3) süreklilik gösteren anksiyeteyi orta düzeyde yaşadıkları belirlendi. Ayrıca annelerin DKE puan ortalamaları ve SKE puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu gözlemlendi ($r=0.21$, $p=0.00$) (Tablo 11).

Tablo 11: Annelerin DKE ve SKE Puan Ortalamalarına Göre Anksiyete Dereceleri ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması.

	Anksiyete Seviyesi	n	%	ORT ± SD	r*, p
Durumluk	0-19 (Anksiyete yok)	-	-	48.59 ± 6.72	0.21, 0.00
	20-39 (Hafif anksiyete)	22	9.0		
	40-59 (Orta anksiyete)	214	87.3		
	60-79 (Ağır anksiyete)	8	3.3		
	80 ve üstü (Panik düzeyde anksiyete)	-	-		
Süreklilik	0-19 (Anksiyete yok)	-	-	49.33 ±5.56	
	20-39 (Hafif anksiyete)	7	2.9		
	40-59 (Orta anksiyete)	230	94.3		
	60-79 (Ağır anksiyete)	7	2.9		
	80 ve üstü (Panik düzeyde anksiyete)	-	-		

*Spearman Korelasyon Analizi

Annelerin yaş gruplarına göre DKE ve SKE puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, yaş gruplarına göre DKE ve SKE puan ortalamaları arasında fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan Ortalamalarının Yaşlara Göre Dağılımı (n=244).

Yaş	DKE						F*, p	SKE						F*, p				
	Hafif		Orta		Ağır			Ortalama DKE		Hafif		Orta			Ağır		Ortalama SKE	
	n	%	n	%	n	%		X	SD	n	%	n	%		n	%	X	SD
15-20 (n= 23)	5	21.7	17	73.9	1	4.4	45.73	9.2	0	-	22	95.7	1	4.3	49.73	5.6	5.38, 0.25	1.15, 0.88
21-25 (n= 72)	5	6.9	66	91.7	1	1.4	49.59	6.0	3	4.2	66	91.6	3	4.2	49.22	5.1		
26-30 (n= 65)	3	4.6	61	93.8	1	1.6	48.36	5.1	0	-	65	100.0	0	-	49.00	4.5		
31-35 (n= 46)	6	13.0	38	82.7	2	4.3	48.30	7.8	3	6.5	40	87.0	3	6.5	49.50	7.5		
36 ve üstü (n= 38)	3	7.9	32	84.2	3	7.9	49.15	6.9	1	2.6	37	97.4	0	-	49.65	5.2		

*Kruskal Wallis varyans analizi

Anne eğitimi, DKE puan ortalaması üniversite ve üstü olan grubun, SKE puan ortalaması ise lise olan grubun diğer gruplardan yüksek bulundu ($p<0.05$). Eş eğitimi DKE puan ortalaması üniversite ve üstü olan grubun diğer gruplardan yüksek bulundu ($p<0.05$), SKE puan ortalamasında ise anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 13A).

Bir işte çalışmayan (ev hanımı) annelerin DKE puan ortalaması diğer gruba göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$). SKE puan ortalamasında ise anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Eş çalışma durumuna göre DKE ve SKE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 13A).

Ekonomik duruma göre DKE ve SKE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptandı (sırasıyla $p<0.05$, $p=0.05$). Ekonomik durumu iyi olanların DKE ve SKE puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 13A)

Aile tipine göre DKE ve SKE puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark saptandı (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.05$). Destekli olan ailelerde DKE puan ortalamaları daha yüksek bulunurken, parçalanmış ailelerde SKE puan ortalamaları daha yüksek saptandı (Tablo 13B).

Tablo 13A: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.

Sosyodemografik Özellikler	DKE						İstatistiksel anlamlılık	SKE						İstatistiksel anlamlılık					
	Hafif		Orta		Ağır			Ortalama DKE	Hafif		Orta		Ağır		Ortalama SKE				
	n	%	n	%	n	%			X	SD	n	%	n			%	n	%	X
Anne Eğitimi (n=244)																			
Okuryazar (n= 5)	2	40.0	3	60.0	0	-	43.25	9.3		0	-	5	100	0	-	47.5	4.6	23.94*, 0.00	17.68*, 0.00
İlkokul (n= 34)	7	20.6	27	79.4	0	-	44.76	6,4	4	11.8	30	88.2	0	-	46,14	6,1			
Ortaokul (n= 43)	4	9.3	38	88.4	1	2.3	48.09	7,5	0		40	93.0	3	7.0	49,37	6,3			
Lise (n=123)	9	7.3	107	87.0	7	5.7	49.45	6,4	3	2.4	116	94.3	4	3.3	50,39	5,3			
Üniversite ve üstü (n=39)	0	-	39	100	0	-	50.58	4,6	0	-	39	100	0	-	48.94	4,1			
Eş Eğitimi (n=244)																			
Okuryazar değil (n=2)	0	-	2	100	0	-	45.00	1.4		0	-	2	100	0	-	51.00	2.8	21.30*, 0.00	7.12*, 0.13
İlkokul (n=32)	9	28.1	23	71.9	0	-	43.62	7.7	3	9.4	29	90.6	0	-	46.71	6.0			
Ortaokul (n=35)	4	11.4	30	85.7	1	2.9	47.40	6.9	1	2.9	31	88.6	3	8.6	50.00	6.9			
Lise (n=106)	7	6.6	95	89.6	4	3.8	49.69	6.0	2	1.9	101	95.3	3	2.8	49.85	5.0			
Üniversite (n=69)	2	2.9	64	92.8	3	4.3	49.91	6.1	1	1.4	67	97.1	1	1.4	49.34	5.2			
Annenin İşi (n=244)																			
Var (n= 69)	2	2.9	64	92.8	3	4.3	47.99	7.2		0	-	69	100	0	-	49.21	6.0	2.23**, 0.02	0.51**, 0.60
Yok (n= 175)	20	11.4	150	85.7	5	2.9	50.11	5.0	7	4.0	161	92.0	7	4.0	49.62	4.2			
Eşin İşi (n=241)																			
Var (n= 231)	19	8.2	205	88.7	8	3.5	45.20	9.9		7	3.0	221	95.4	4	1.6	51.70	7.5	942.50***, 0.31	953.50***, 0.34
Yok (n= 10)	3	30.0	7	70.0	0	-	48.73	6.5	0	-	7	70	3	30.0	49.19	5.4			

*Kruskal Wallis varyans analizi **Student-t testi ***Mann Whitney U testi

Tablo 13B: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=244).

Sosyodemografik Özellikler	DKE						Ortalama DKE X SD	F*, p	SKE						Ortalama SKE X SD	F*, p		
	Hafif		Orta		Ağır				Hafif		Orta		Ağır					
	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%				
Ekonomik Durum (annenin ifadesi ile)																		
İyi (n= 116)	5	4.3	107	92.2	4	3.4	49.81	6.0	9.72*,	2	1.7	112	96.6	2	1.7	49.68	4.9	5.84*,
Orta (n= 111)	13	11.7	94	84.7	4	3.6	47.97	6.9	0.00	3	2.7	103	92.8	5	4.5	49.45	5.9	
Kötü (n=17)	4	23.5	13	76.5	0	-	44.35	7.7		2	11.8	15	88.2	0	-	46.05	6.5	0.05
Aile Tipi																		
Çekirdek (n=169)	11	6.5	153	90.5	5	3.0	48.66	6.3		5	3.0	163	96.4	1	0.6	48.97	5.0	
Geniş (n= 49)	11	22.4	36	73.5	2	4.1	46.57	8.3	9.17*,	2	4.1	45	91.8	2	4.1	48.87	6.7	7.99*,
Parçalanmış (n=2)	0	-	2	100.0	0	-	49.00	4.2	0.02	0	-	2	100.0	0		53.00	5.6	0.04
Destekli (n=24)	0	-	23	95.8	1	4.2	52.16	4.2		0	-	20	83.3	4	16.7	52.45	5.5	

*Kruskall Wallis varyans analizi

Gebeliği planlı olmayan annelerin DKE puan ortalamaları arasındaki fark diğerlerine göre ileri derecede yüksek bulundu ($p=0.00$). SKE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Bu gebeliğinin iki yıldan daha uzun bir çaba harcadıktan sonra gerçekteştiğini ve gebelikleri sırasında endişe yaşamadıklarını ifade eden annelerin DKE ve SKE puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 14A).

Gebelik sayısı ile annelerin DKE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p<0.05$), SKE puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 14A).

Annelerin yaşayan çocuk sayısına göre DKE ve SKE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 14A).

Annelerin doğum şekli, doğum aralığı, düşük/kürtaj, erken doğum, ölü doğum ve 1 ay içinde ölen bebeğe sahip olmaları durumuna göre DKE ve SKE puan ortalamalarına bakıldığında, aralarındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 14B).

Tablo 14A: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan Ortalamalarının Gebelik ve Doğum Öyküsü İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımı (n=244).

Doğum Öyküsü	DKE						Ortalama DKE X SD	İstatistiksel Anlamlılık	SKE						Ortalama SKE X SD	İstatistiksel Anlamlılık		
	Hafif		Orta		Ağır				Hafif		Orta		Ağır					
	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%				
Gebeliğe hazırlık																		
Planlı (n= 190)	8	15.1	40	76.0	5	9,3	47.83	8.6	6.03*,	1	1.5	50	95.0	2	3.5	49.16	5.9	1.61*,
Planlı değil(n= 53)	13	6.8	174	92.1	8	4.1	48.87	6.0	0.00	6	3.0	179	94.6	5	2.4	49.42	5.4	0.20
Gebelikte endişe																		
Evet (n=174)	17	9.8	152	87.3	5	2.9	48.55	6.4	0.15*,	6	3.4	164	94.3	4	2.3	49.20	5.3	0.55*,
Hayır (n=70)	5	7.1	62	88.6	3	4.3	48.70	7.4	0.87	1	1.4	66	94.3	3	4.3	49.64	6.0	0.58
Kıymetli gebelik																		
Evet (n= 33)	1	3.0	31	93.9	1	3.1	49.96	4.5	1.26*,	0	-	33	100.0	0	-	49.87	4.3	0.60*,
Hayır (n=211)	21	10.0	183	86.7	7	3.3	48.37	6.9	0.20	7	3.3	197	93.4	7	3.3	49.24	5.7	0.54
Gebelik sayısı																		
1 (n=89)	7	7.9	80	89.9	2	2.2	48.32	6.0	2.51**,	1	1.1	86	96.6	2	2.3	49.20	4.7	0.65**,
2 (n=93)	6	6.5	84	90.3	3	3.2	49.48	6.7	0.04	3	3.2	88	94.6	2	2.2	49.52	5.7	0.62
3 ve üstü (n=62)	9	14.5	50	80.6	3	4.9	46.47	5.7		3	4.8	56	90.4	3	4.8	49.00	5.6	
Yaşayan çocuk sayısı																		
1 (n=112)	9	8.0	100	89.3	3	2.7	48.70	6.4	2.45**,	1	0.9	108	96.4	3	2.7	49.28	4.7	0.42**,
2 (n=98)	8	8.2	86	87.8	4	4.0	49.25	6.6	0.08	5	5.1	89	90.8	4	4.1	49.63	6.2	0.65
3 ve üstü (n=34)	5	14.7	28	82.4	1	2.9	46.32	7.5		1	2.9	33	97.1	0	-	48.61	6.0	

* Student-t testi ** tek yönlü varyans analizi

Tablo 14B: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan Ortalamalarının Gebelik ve Doğum Öyküsü İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımı (n=244).

Doğum Öyküsü	DKE						Ortalama DKE		İstatistiksel Anlamlılık	SKE						Ortalama SKE		İstatistiksel Anlamlılık
	Hafif		Orta		Ağır		X	SD		Hafif		Orta		Ağır		X	SD	
	n	%	n	%	n	%				n	%	n	%	n	%			
Doğum şekli																		
Normal (n= 62)	7	11.3	53	85.5	2	3.2	47.64	7.5	1.28** ,	3	4.8	57	92.0	2	3.2	49.66	6.3	0.53** , 0.59
Sezaryen (n=182)	15	8.2	161	88.5	6	3.3	48.91	6.4	0.19	4	2.2	173	95.1	5	2.7	49.21	5.2	
Doğum aralığı																		
1 yıl (n= 3)	1	33.3	0	-	2	66.7	50.00	19.0	5.93*** ,	0		3	100.0	0		53.33	4.0	14.10*** , 0.00
2 yıl (n= 58)	5	8.6	50	86.2	3	5.2	49.48	6.9	0.11	2	3.4	52	89.7	4	6.9	51.37	6.1	
3 yıl ve üstü (n= 74)	10	13.5	64	86.5	0	-	46.87	7.2		4	5.4	70	94.6	0	-	47.51	5.7	
Düşük/Kürtaj																		
Var (n= 65)	5	7.7	57	87.7	3	4.6	49.23	6.5	0.89** ,	1	1.6	61	93.8	3	4.6	49.63	5.5	0.50** , 0.61
Yok (n= 179)	17	9.5	157	87.7	5	2.8	48.36	6.7	0.37	6	3.4	169	94.4	4	2.2	49.22	5.5	
Erken doğum																		
Var (n= 31)	4	13.0	27	87.0	0	-	47.09	8.8	1.32** ,	1	3.2	30	96.8	0	-	49.87	6.0	0.57** , 0.56
Yok (n= 213)	18	8.4	187	87.8	8	3.8	48.81	6.3	0.18	6	2.8	200	93.9	7	3.3	49.25	5.4	
Ölü doğum																		
Var (n=1)	0	-	1	100.0	0	-	53.00	-	54.00**** ,	0	-	1	100.0	0	-	44.00	-	38.50**** , 0.23
Yok (n= 243)	22	9.0	213	87.7	8	3.3	48.57	6.7	0.33	7	2.9	229	94.2	7	2.9	49.35	5.5	
1 ay içinde ölen bebek																		
Var (n= 1)	0	-	1	100.0	0	-	46.00	-	70.00**** ,	0	-	1	100.0	0	-	49.00	-	107.50**** , 0.84
Yok (n= 243)	22	9.0	213	87.7	8	3.3	48.60	6.7	0.46	7	2.9	229	94.2	7	2.9	49.33	5.5	

*tek yönlü varyans analizi **Student-t testi ***Kruskal Wallis varyans analizi ****Mann Withney U testi

Sigara kullanan annelerin DKE puan ortalamalarının diğ er gruba göre yüksek olduğ u saptandı (p<0.05). Ancak SKE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05). Annelerde tanı konmuş hastalık öyküsü olanların ve olmayanların DKE ve SKE puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı (p>0.05). Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan annelerin DKE ve SKE puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05) (Tablo 15).

Bebeğ in cinsiyetinin kendisi için önemsiz olduğ unu belirten annelerin DKE puan ortalamalarının ileri derecede anlamlı yüksek olduğ u bulundu (p=0.00), SKE puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05). Yeni role uyumda DKE ve SKE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05) (Tablo 16).

Annelerin bebek bakımında eş desteğ i, bağımsız karar alma ve 11 yaşından önce anne babasından bir aydan daha uzun bir süre ayrı kalma durumları ile DKE ve SKE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05) (Tablo 16).

Tablo 15: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan Ortalamalarının Kendi İle İlişkili Hastalık Öykülerine Göre Dağılımı (n=244).

Özellikler	DKE						Ortalama DKE		İstatistiksel Anlamlılık	SKE						Ortalama SKE		İstatistiksel Anlamlılık
	Hafif		Orta		Ağır					Hafif		Orta		Ağır				
	n	%	n	%	n	%	X	SD		n	%	n	%	n	%	X	SD	
Gebelikte sigara kullanımı																		
Evet (n= 103)	4	3.9	96	93.2	3	2.9	49.78	5.6	2.38*,	0	-	100	97.1	3	2.9	49.86	4.8	1.27*,
Hayır (n= 141)	18	12.8	118	83.7	5	3.5	47.72	7.2	0.01	7	5.0	130	92.2	4	2.8	48.94	5.9	0.20
Tanı konmuş hastalık																		
Evet (n= 9)	1	11.1	8	88.9	0	-	47.44	6.0	867.00**,	0	-	9	100.0	0	-	49.44	4.3	1014.50**,
Hayır (n= 235)	21	8.9	206	87.7	8	3.4	48.63	6.7	0.91	7	3.0	221	94.0	7	3.0	49.32	5.6	0.20
Ailede psikiyatrik öykü																		
Var (n= 43)	2	4.7	40	93.0	1	2.3	49.48	6.1	0.96*,	1	2.3	42	97.7	0	-	49.37	5.6	0.05*,
Yok (n= 201)	20	10.0	174	86.6	7	3.4	48.40	6.8	0.33	6	3.0	188	93.5	7	3.5	49.32	5.5	0.95

*Student-t testi **Mann Whitney U testi

Tablo 16: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan Ortalamalarının Gebelik, Doğum ve Çocuğa Yönelik Değişkenlerin Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı (n=244).

Değişkenler	DKE						Ortalama DKE		t*,p	SKE						Ortalama SKE		t*,p
	Hafif		Orta		Ağır					Hafif		Orta		Ağır				
	n	%	n	%	n	%	X	SD		n	%	n	%	n	%	X	SD	
Eş desteği																		
Evet (n= 165)	17	10.4	140	84.8	8	4.8	48.93	6.9	1.15,	4	2.4	157	95.2	4	2.4	49.55	5.5	0.91,
Hayır (n =79)	5	6.3	74	93.7	0	-	47.87	6.1	0.24	3	3.8	73	92.4	3	3.8	48.86	5.6	0.36
Bebeğin cinsiyeti																		
Evet (n= 166)	17	10.3	144	86.7	5	3.0	47.82	6.9	2.63,	6	3.6	155	93.4	5	3.0	49.24	5.8	0.37,
Hayır (n= 78)	5	6.4	70	89.8	3	3.8	50.23	5.9	0.00	1	1.3	75	96.1	2	2.6	49.52	4.9	0.71
Rol değişimi																		
Yeni role uyum																		
Evet (n= 60)	3	5.0	55	91.7	2	3.3	49.20	6.1	0.80,	0	-	59	98.3	1	1.7	49.96	4.5	1.01,
Hayır (n= 184)	19	10.3	159	86.4	6	3.3	48.39	6.9	0.42	7	3.7	175	95.1	6	3.2	49.12	5.8	0.31
Bağımsız karar alabilme																		
Evet (n=172)	18	10.5	148	86.0	6	3.5	48.26	6.7	1.17,	6	3.5	160	93.0	6	3.5	49.56	5.7	1.00,
Hayır (n= 72)	4	5.6	66	91.6	2	2.8	49.37	6.6	0.24	1	1.4	70	97.2	1	1.4	48.77	5.1	0.31
11 Yaşından önce anne-babadan ayrı kalma																		
Evet (n = 33)	3	9.1	29	87.9	1	3.0	48.18	8.3	0.37,	1	3.0	32	97.0	0	-	49.30	5.6	0.03,
Hayır (n= 211)	19	9.0	185	87.7	7	3.3	48.65	6.4	0.70	6	2.9	198	93.8	7	3.3	49.33	5.5	0.97

*Student-t testi

Annelerin kendi annesi ile ilişkileri ile DKE ve SKE puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Kayınvalideleri ile ilişkileri ile DKE ve SKE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte kayınvalideleri ile ilişkileri kötü olan annelerin DKE puan ortalamaları en yüksek bulundu ($p>0.05$) (Tablo 17).

Kayınpederi ile ilişkileri iyi olan annelerin DKE puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulunurken ($p<0.05$), SKE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 17).

Arkadaşları ile ilişkileri orta düzeyde olan annelerin DKE ve SKE puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 17).

Annelerin bebekleri emzirme durumları ile DKE ve SKE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan Ortalamalarının Yakın Çevreleri İle Olan İlişkilerine/ Paylaşımlarına Göre Dağılımı (n=244).

İlişkiler/Paylaşımlar	DKE						Ortalama DKE X SD	İstatistiksel Anlamlılık	SKE						Ortalama SKE X SD	İstatistiksel Anlamlılık		
	Hafif		Orta		Ağır				Hafif		Orta		Ağır					
	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%				
Anne																		
İyi (n= 184)	21	11.4	155	84.2	8	4.4	48.38	7.1	0.86*,	6	3.3	173	94.0	5	2.7	49.02	5.6	1.50*,
Orta (n= 60)	1	1.7	59	98.3	0	-	49.25	5.2	0.38	1	1.7	57	95.0	2	3.3	50.26	5.3	0.13
Kötü (n= 0)	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	
Kayınvalide																		
İyi (n= 109)	13	11.9	92	84.4	4	3.7	48.35	7.5	0.77*,	3	2.7	102	93.6	4	3.7	49.63	5.7	0.57*,
Orta (n= 113)	9	8.0	100	88.5	4	3.5	48.52	6.3	0.67	3	2.6	107	94.8	3	2.6	49.07	5.4	0.75
Kötü (n= 22)	0	-	22	100.0	0	-	50.13	4.0		1	4.5	21	95.5	0	-	49.13	5.0	
Kayınpeder																		
İyi (n= 84)	6	7.1	72	85.7	6	7.2	50.19	6.9	3.90***	2	2.3	78	92.9	4	4.8	49.55	5.9	0.20***
Orta (n= 123)	15	12.2	106	86.2	2	1.6	47.56	6.3	0.02	4	3.2	116	94.3	3	2.5	49.10	5.4	0.81
Kötü (n= 37)	1	2.7	36	97.3	0	-	48.37	6.8		1	2.7	36	97.3	0	-	49.56	5.0	
Arkadaş																		
İyi (n= 132)	10	7.6	121	91.6	1	0.8	48.42	6.3	9.47**,	5	3.9	123	93.1	4	3.0	49.39	5.7	7.42**,
Orta (n= 92)	5	5.5	91	98.9	6	6.6	49.87	5.9	0.00	0	-	90	97.8	2	2.2	49.95	5.0	0.02
Kötü (n= 17)	7	41.2	9	52.9	1	5.9	42.94	9.8		2	11.7	14	82.4	1	5.9	46.11	6.0	
Bebek (emzirme)																		
Evet (n=238)	21	8.8	209	87.8	8	3.4	48.71	6.5	496.50****	7	2.9	224	94.2	7	2.9	49.32	5.6	687.00****
Hayır (n=6)	1	16.7	5	83.3	0	-	44.00	10.5	0.20	0	-	6	100.0	0	-	49.50	3.0	0.87

*Student-t testi **Kruskal Wallis varyans analizi ***tek yönlü varyans analizi ****Mann Whitney U testi

Bebeklerin doğum kilolarına göre, doğum ağırlığı 2500 gr ve üstü bebeğe sahip olan annelerin SKE ve DKE puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksekti (sırasıyla $p=0.00$, $p<0.05$) (Tablo 18).

Bebeğin ayı ve cinsiyeti ile annelerin DKE ve SKE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan Ortalamalarının Bebeğin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=244).

Özellikler	DKE						Ortalama DKE X SD	İstatistiksel Anlamlılık	SKE						Ortalama SKE X SD	İstatistiksel Anlamlılık		
	Hafif		Orta		Ağır				Hafif		Orta		Ağır					
	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%			X	SD
Yaş (ay)																		
0-1 (n= 34)	1	2.9	33	97.1	0	-	49.17	4.3	2.70*,	0	-	32	94.1	2	5.9	50.70	4.7	1.86*,
2-6 (n= 114)	14	12.3	97	85.0	3	2.6	47.54	7.1	0.69	5	4.4	106	93.0	3	2.6	48.71	5.5	0.15
7-12 (n= 96)	7	7.3	84	97.5	5	5.2	49.63	6.7		2	2.1	92	95.8	2	2.1	49.58	5.7	
Doğum ağırlığı (gr)																		
2500 altı (n= 3)	3	100.0	0	-	0	-	36.66	1.5	37.00**,	0	-	3	100.0	0	-	43.33	3.0	109.50**,
2500 ve üstü (n= 241)	19	7.9	214	88.8	8	3.3	48.74	6.6	0.00	7	2.9	227	94.2	7	2.9	49.40	5.5	0.03
Cinsiyet																		
Kız (n= 135)	8	5.9	122	90.4	5	3.7	49.08	6.4	1.26***,	2	1.5	129	95.5	4	3.0	49.62	5.1	0.93***,
Erkek (n= 109)	14	12.8	92	84.4	3	2.8	47.99	7.0	0.20	5	4.6	101	92.7	3	2.7	48.96	6.0	0.35

* tek yönlü varyans analizi ** Mann-Whitney U testi ***Student-t testi

YARDIM ARAMA DAVRANIŞINA YÖNELİK BULGULAR

YAÖ'ne göre, annelerin yardım gereksinimi puan ortalaması 23.91 (SD= 3.63), yardım kaynaklarını kullanma puan ortalaması 72.28 (SD= 8.23) bulundu. Yardım kaynakları olarak sırasıyla dinlenme için 25.27 (SD= 3.84), sağlık kaynakları için 18.41 (SD= 3.59), bebek bakımı için 17.26 (SD= 3.39) ve destek kaynakları için 11.32 (SD= 2.10) puan ortalamaları elde edildi (Tablo 19).

Tablo 19: Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=244).

Ölçek alt boyutları	X	SD	Min	Max	Madde Sayısı
Yardım gereksinimi	23.91	3.63	13	38	8
Yardım kaynaklarını kullanma (toplam)	72.28	8.23	50	96	25
Dinlenme	25.27	3.84	13	37	8
Sağlık	18.41	3.59	8	28	7
Bebek bakımı	17.26	3.39	9	26	6
Destek	11.32	2.10	6	20	4

YAÖ'nin alt boyut madde ortalamaları dağılımı 3.97 ± 1.08 ile 2.88 ± 1.17 arasında bulundu (Tablo 20).

Tablo 20: Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Madde Ortalamaları (n=244).

Ölçek alt boyutları	X	SD	Min	Max	Madde Sayısı
Yardım gereksinimi	3.97	1.08	1	5	8
Yardım kaynaklarını kullanma (toplam)	2.88	1.09	1	5	25
Dinlenme	3.14	1.17	1	5	8
Sağlık	2.67	1.09	1	5	7
Bebek bakımı	2.88	1.13	1	5	6
Destek	2.83	0.97	1	5	4

Annelerin DKE ve SKE puan ortalamaları YAÖ alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulundu ve bu ilişki DKE’de yardım gereksinimi, yardım kaynaklarının kullanımı (toplam), dinlenme ve bebek bakımı kaynaklarını kullanma, SKE’de bebek bakımı alt boyutlarında anlamlı idi ($p<0.05$) (Tablo 21).

Buna göre;

- Annelerin yardım gereksinimi puan ortalaması azaldıkça DKE puan ortalaması yükselmektedir.
- Annelerin dinlenme kaynaklarını kullanma puan ortalaması azaldıkça DKE puan ortalaması yükselmektedir.
- Annelerin bebek bakımı ile ilgili kaynaklarını kullanma puan ortalaması azaldıkça DKE ve SKE puan ortalaması yükselmektedir.
- Annelerin toplam olarak yardım kaynaklarını kullanma puan ortalaması azaldıkça DKE puan ortalaması yükselmektedir.

Tablo 21: DKE-SKE Puan Ortalamaları İle Yardım Arama Ölçeği Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=244).

Ölçekler	DKE		SKE	
	r*	p	r*	p
Yardım gereksinimi	-0.17	0.00	0.03	0.54
Yardım kaynaklarını kullanma (toplam)	-0.14	0.02	0.06	0.28
YAÖ Dinlenme	-0.19	0.00	0.03	0.64
Sağlık	0.05	0.42	0.03	0.61
Bebek bakımı	-0.25	0.00	0.14	-0.02
Destek	0.03	0.60	0.05	0.40

*Sperman korelasyon analizi

DSA riski taşıyan annelerin DKE ve SKE puan ortalamalarına göre YAÖ'nin bebek bakımı ve destek kaynaklarını kullanma alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 22).

25 yaş üzerindeki anneler destek kaynaklarını daha fazla kullanıyordu ($p<0.05$). Yardım kaynaklarını kullanma-toplam puan ortalamaları ise yaş ile ilişkili olarak değişmiyordu ($p>0.05$) (Tablo 23).

İlkokul eğitimi olan annelerin yardım gereksinimleri diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0.00$). Bu gruptaki annelerin destek kaynaklarını kullanma puan ortalamaları da diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p<0.05$). Okuryazar olan annelerin yardım kaynaklarını kullanma-toplam puan ortalamaları daha yüksek bulundu ($p=0.00$). Bu gruptaki annelerin dinlenme ve bebek bakımı kaynaklarını kullanma puan ortalamaları da daha yüksek bulundu ($p=0.00$) (Tablo 24)

Çalışan annelerin yardım kaynaklarını kullanma-toplam puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek bulundu ($p=0.05$). Çalışmayan annelerin ise yardım gereksinimi, dinlenme ve bebek bakımı kaynaklarını kullanma puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p=0.00$) (Tablo 24).

Ekonomik durumlarını kötü olarak ifade eden annelerin daha fazla yardıma gereksinimleri olduğu ($p<0.05$) ve bu gruptaki annelerin özellikle yardım kaynaklarını kullanma-toplam, dinlenme ve bebek bakımı kaynaklarını daha iyi kullandıkları belirlendi ($p=0.00$) (Tablo 24).

Tablo 22: Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının DKE ve SKE Risk Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması (n=244).

Ölçek alt boyutları	DKE						SKE							
	Hafif (n=23)		Orta (n=213)		Ağır (n=8)		F* , p	Hafif (n=7)		Orta (n=230)		Ağır (n=7)		F* , p
	X	SD	X	SD	X	SD		X	SD	X	SD	X	SD	
Yardım gereksinimi	24.73	4.84	23.83	3.50	23.75	3.24	2.12, 0.34	26.85	4.87	23.88	3.58	22.14	2.91	4.71, 0.09
Yardım kaynaklarını kullanma (toplam)	75.21	7.14	71.92	8.32	73.50	7.78	4.38, 0.11	77.71	6.26	71.13	8.28	71.85	7.15	3.50, 0.17
Dinlenme	25.13	4.20	25.27	3.85	25.50	2.50	0.17, 0.91	23.57	4.46	25.35	3.85	24.14	2.54	1.86, 0.39
Sağlık	18.30	3.58	18.40	3.56	19.12	4.73	0.42, 0.81	19.57	2.50	18.33	3.62	19.85	3.67	1.69, 0.42
Bebek bakımı	19.39	2.75	17.06	3.41	16.62	2.55	11.01, 0.00	21.28	2.92	17.18	3.36	16.00	2.51	9.62, 0.00
Destek	12.39	2.72	11.17	2.01	12.25	1.48	9.08, 0.01	13.28	1.97	11.25	2.10	11.85	1.21	7.15, 0.02

*Kruskall Wallis varyans analizi

Tablo 23: Yaş Gruplarına Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=244).

Ölçek alt boyutları	Yaş grupları										F,	p
	15-20 (n= 23)		21-25 (n= 72)		26-30 (n= 65)		31-35 (n= 46)		36 ve üstü (n= 38)			
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD		
Yardım gereksinimi	22.26	5.26	23.83	3.07	24.47	3.69	24.39	3.89	23.55	2.75	1.90,	0.11
Yardım kaynaklarını kullanma (toplam)	73.43	8.65	71.41	8.47	72.93	8.50	70.80	7.51	73.89	7.79	1.15,	0.33
Dinlenme	26.17	3.35	24.40	4.24	25.73	3.87	25.41	3.76	25.23	3.2	1.33,	0.25
Sağlık	18.21	3.56	18.55	3.42	18.61	3.61	17.45	3.57	19.10	3.87	1.26,	0.28
Bebek bakımı	17.52	3.40	17.09	3.28	17.75	3.33	16.65	3.79	17.34	3.24	0.79,	0.28
Destek	11.52	2.01	11.27	1.95	10.83	2.16	11.28	2.22	12.21	1.98	2.70,	0.03

*tek yönlü varyans analizi

Tablo 24: Aileyi Tanımlayıcı Özelliklere Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları (n=244).

Sosyodemografik Özellikler	Yardım gereksinimi		Yardım Kaynaklarını Kullanma (Toplam)		Yardım Kaynaklarını Kullanma							
					Dinlenme		Sağlık		Bebek Bakımı		Destek	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Anne eğitimi												
Okuryazar (n= 5)	25.60	5.68	80.60	7.12	28.40	5.31	20.60	1.51	19.60	2.50	12.00	4.30
İlkokul (n= 34)	25.64	3.58	76.08	7.97	26.85	3.52	18.00	3.76	19.20	3.43	12.02	1.89
Ortaokul (n= 43)	24.46	3.96	72.53	6.99	26.20	3.17	18.09	3.96	17.00	3.33	11.23	1.98
Lise (n=123)	23.42	3.38	72.17	7.80	25.16	3.44	18.52	3.31	17.12	3.33	11.36	2.10
Üniversite ve üstü (n=39)	23.15	3.33	67.97	9.05	22.79	4.53	18.53	4.07	16.02	3.01	10.61	1.91
F*, p	17.76, 0.00		20.84, 0.00		21.54, 0.00		3.37, 0.49		19.32, 0.00		10.00, 0.04	
Anne işi												
Var (n= 69)	23.31	3.71	73.50	7.49	23.49	4.35	18.39	3.56	16.57	3.49	10.71	2.15
Yok (n= 175)	24.15	3.59	69.17	9.21	25.97	3.38	18.42	3.62	17.53	3.32	11.57	2.04
t**, p	3.57, 0.00		3.80, 0.00		7.76, 0.00		0.69, 0.59		5.10, 0.00		2.26, 0.06	
Ekonomik Durum												
İyi (n= 116)	23.45	3.56	70.13	8.35	24.29	3.87	18.29	3.50	16.42	3.23	11.12	1.98
Orta (n= 111)	24.28	3.67	73.88	7.25	26.08	3.57	18.60	3.60	17.73	3.36	11.45	2.04
Kötü (n=17)	24.64	3.69	76.47	9.81	26.64	3.82	18.05	4.29	19.94	2.83	11.82	3.12
F*, p	6.13, 0.04		16.07, 0.00		12.70, 0.00		0.44, 0.80		20.38, 0.00		2.11, 0.34	

*Kruskall Wallis varyans analizi **Student-t testi

Üç ve üstü çocuğa sahip olan annelerin yardım gereksinimlerini kullanmaları diğer gruplara göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Diğer yardım arama puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 25).

Doğum aralığı üç yıl ve üstünde olan annelerin yardım gereksinimlerini kullanma puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek bulundu ($p=0.00$). Doğum aralığı 1 yıl olan annelerin ise bebek bakımı kaynaklarını kullanma puan ortalaması diğerlerine göre anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 25).

Zamanında doğum yapan annelerin dinlenme kaynaklarını kullanma puan ortalamaları daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Diğer yardım arama puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 25).

Gebelikte sigara kullanmayan annelerin yardım gereksinimlerini kullanma puan ortalaması diğer gruba göre yüksek bulundu ($p<0.05$). Diğer yardım arama puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 26).

Annelerin tanı konmuş hastalık ve ailedeki hastalık öyküsüne bakıldığında yardım arama puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 26).

Tablo 25: Annelerin Doğum Öyküsü ile İlgili Özelliklerine Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları (n=244).

Doğum Öyküsü	Yardım Gereksinimi		Yardım Kaynaklarını Kullanma (Toplam)		Yardım Kaynaklarını Kullanma							
					Dinlenme		Sağlık		Bebek Bakımı		Destek	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Yaşayan çocuk sayısı												
1 (n=112)	23.25	3.61	71.26	8.37	24.78	4.09	18.47	3.54	16.91	3.12	11.08	1.85
2 (n=98)	24.21	3.62	72.62	8.01	25.60	3.76	18.36	3.66	17.28	3.58	11.36	2.23
3 ve üstü (n= 34)	24.89	4.15	76.92	7.24	28.29	3.47	16.79	5.92	19.59	2.50	12.23	1.40
F*, p	3.02, 0.03		1.82, 0.14		2.43, 0.06		0.64, 0.59		2.00, 0.11		1.69, 0.16	
Doğum aralığı												
1 yıl (n= 3)	24.33	4.16	74.33	10.50	25.33	7.50	19.66	1.15	18.33	0.57	11.00	1.73
2 yıl (n= 58)	23.53	3.49	72.17	7.66	25.15	3.39	18.68	3.42	16.63	3.32	11.68	1.66
3 yıl ve üstü (n= 74)	25.36	3.53	73.70	8.21	26.02	3.61	18.00	3.84	18.28	3.66	11.39	2.68
F**, p	15.53, 0.00		2.84, 0.41		2.15, 0.54		0.94, 0.81		9.01, 0.02		3.92, 0.27	
Erken doğum												
Evet (n=31)	24.83	3.92	71.80	8.88	24.00	4.29	18.50	3.21	18.03	3.50	11.32	2.31
Hayır (n= 213)	23.78	3.58	72.57	8.19	25.44	3.73	18.65	3.42	17.18	3.39	11.32	2.08
t***, p	1.51, 0.13		0.47, 0.63		1.97, 0.04		0.23, 0.81		1.28, 0.19		0.00, 0.99	

*Tek yönlü varyans analizi **Kruskall Wallis varyans analizi ***Student-t testi

Tablo 26: Annelerin Hastalık Öyküleri İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları (n=244).

Özellikler	Yardım gereksinimi		Yardım Kaynaklarını Kullanma (Toplam)		Yardım Kaynaklarını Kullanma							
					Dinlenme		Sağlık		Bebek Bakımı		Destek	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Gebelikte sigara kullanımı												
Evet (n= 103)	23.34	3.60	72.21	9.00	24.96	3.80	19.04	3.46	16.98	3.60	11.32	2.25
Hayır (n= 141)	24.33	3.62	72.66	7.70	25.48	3.84	18.34	3.31	17.52	3.25	11.32	2.01
t*,	2.10,		0.41,		1.04,		1.56,		1.23,		0.03,	
p	0.03		0.67		0.29		0.11		0.22		0.97	
Tanı konmuş hastalık												
Evet (n= 9)	24.44	2.18	77.12	5.19	26.88	2.36	20.66	3.70	18.11	2.20	11.75	2.86
Hayır (n= 235)	23.89	3.68	72.30	8.31	25.19	3.86	18.55	3.36	17.26	3.44	11.31	2.08
t**,	915.50,		736.00,		667.00,		854.00,		823.00,		559.00,	
p	0.49		0.13		0.07		0.37		0.54		0.07	
Ailede psikiyatrik öykü												
Var (n= 43)	23.44	3.55	72.17	8.75	25.34	3.95	18.52	3.02	17.33	3.61	11.28	2.46
Yok (n= 201)	24.01	3.65	72.53	8.19	25.24	3.81	18.65	3.47	17.28	3.37	11.33	2.03
t*,	0.94,		0.23,		0.16,		0.22,		0.07,		0.13,	
p	0.34		0.80		0.86		0.81		0.94		0.89	

*Student-t testi

**Mann Whitney U testi

Annelerin eş desteği, yeni role uyum, bağımsız karar alabilme ve bebeğin istediği cinsiyette olması ile yardım arama puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 27).

11 yaşından önce anne-babasından ayrı kalan annelerin yardım gereksinimlerini kullanmaları diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p=0.00$). Bu gruptaki annelerin dinlenme kaynaklarını kullanma puan ortalamaları da diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 27).

Kendi anneleri ile ilişkileri iyi olan annelerin yardım kaynaklarını kullanma-toplam, bebek bakımı puan ortalamaları daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 28).

Kayınpederi ile ilişkileri orta düzeyde olan annelerin dinlenme kaynaklarını kullanma puan ortalamaları yüksek bulundu ($p<0.05$). Kayınvalideler ile annelerin ilişkileri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 28).

Arkadaşları ile ilişkileri kötü düzeyde olan annelerin yardım gereksinimi ($p<0.05$), bebek bakımı ($p=0.05$) ve destek kaynaklarını kullanma ($p<0.05$) diğer gruplara göre yüksek bulunurken, ilişkileri iyi olan annelerin yardım kaynaklarını kullanma-toplam puan ortalaması yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 28).

0-1 ay arasında bebeği olan annelerin destek kaynaklarını kullanma puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 29).

Bebeğin doğum kilosu ile annelerin yardım arama puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 29).

Tablo 27: Annelerin Gebelik, Doğum ve Çocuğa Yönelik Değişkenlerin Etkilenme Durumuna Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları(n=244).

Değişkenler	Yardım gereksinimi		Yardım Kaynaklarını Kullanma (Toplam)		Yardım Kaynaklarını Kullanma							
					Dinlenme		Sağlık		Bebek Bakımı		Destek	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Eş desteği												
Evet (n= 165)	23.81	3.39	72.80	7.97	25.11	3.68	18.83	3.42	17.32	3.27	11.39	2.10
Hayır (n =79)	24.12	4.11	71.78	8.86	25.55	4.11	18.21	3.29	17.23	3.69	11.17	2.14
t* ,	0.61,		0.87,		0.83,		1.33,		0.20,		0.73,	
p	0.53		0.38		0.40		0.18		0.83		0.46	
Rol değişimi												
Yeni role uyum												
Evet (n= 60)	23.46	3.87	70.96	8.25	25.10	3.40	18.15	3.52	16.82	3.35	10.91	1.99
Hayır (n= 184)	24.06	3.55	72.97	8.23	25.31	3.97	18.79	3.34	17.44	3.42	11.45	2.13
t* ,	1.10,		1.60,		0.37,		1.24,		1.20,		1.73,	
p	0.26		0.10		0.70		0.21		0.22		0.08	
Bağımsız karar alabilme												
Evet (n=172)	23.82	3.56	72.40	7.92	25.18	3.65	18.63	3.38	17.26	3.27	11.34	2.04
Hayır (n= 72)	24.13	3.83	72.64	9.00	25.45	4.25	18.65	3.42	17.36	3.74	11.26	2.27
t* ,	0.61,		0.19,		0.49,		0.04,		0.20,		0.27,	
p	0.54		0.84		0.62		0.96		0.83		0.78	
Bebegin cinsiyeti												
Evet (n= 166)	24.16	3.91	72.95	7.50	25.57	3.89	18.61	3.26	17.54	3.30	11.29	2.20
Hayır (n= 78)	23.39	2.92	71.50	9.60	24.60	3.61	18.68	3.66	16.78	3.58	11.38	1.90
t* ,	1.53,		1.25,		1.85,		0.16,		1.63,		0.30,	
p	0.12		0.21		0.06		0.87		0.10		0.76	
11 Yaşından önce anne-babadan ayrı kalma												
Evet (n = 33)	25.45	4.50	75.07	7.95	26.71	3.41	18.29	3.26	18.16	3.51	11.46	3.03
Hayır (n= 211)	23.67	3.43	72.11	8.26	25.03	3.84	18.68	3.41	17.16	3.38	11.30	1.94
t* ,	2.64,		1.78,		2.33,		0.61,		1.51,		0.41,	
p	0.00		0.07		0.02		0.54		0.13		0.68	

*Student-t testi

Tablo 28: Annelerin Yakın Çevreleri İle Olan İlişkilerine/ Paylaşımlarına Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları (n=244).

İlişkiler/Paylaşımlar	Yardım gereksinimi		Yardım Kaynaklarını Kullanma (Toplam)		Yardım Kaynaklarını Kullanma							
					Dinlenme		Sağlık		Bebek Bakımı		Destek	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Anne												
İyi (n= 184)	23.93	3.63	73.04	8.13	25.31	3.87	18.86	3.45	17.55	3.31	11.41	1.98
Orta (n= 60)	23.86	3.67	70.67	8.52	25.08	3.71	17.94	3.10	16.52	3.59	11.05	2.47
Kötü (n= 0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
t*, p	0.00, 0.94		3.98, 0.04		0.38, 0.53		2.85, 0.09		4.47, 0.03		2.84, 0.09	
Kayınvalide												
İyi (n= 109)	23.91	3.81	72.91	8.11	25.32	3.94	19.05	3.25	17.51	3.01	11.17	1.97
Orta (n= 113)	24.18	3.63	72.34	8.05	25.41	3.77	18.28	3.51	17.17	3.68	11.38	2.28
Kötü (n= 22)	22.54	2.36	70.90	10.31	24.13	3.49	18.38	3.33	16.86	3.83	11.76	1.81
F**, p	4.58, 0.10		1.28, 0.52		1.72, 0.42		3.18, 0.20		1.17, 0.55		1.68, 0.43	
Kayınpeder												
İyi (n= 84)	23.70	3.62	73.08	8.28	25.09	3.78	19.26	3.35	17.21	3.08	11.51	1.89
Orta (n= 123)	24.09	3.42	72.37	8.14	25.45	4.07	18.53	3.38	17.37	3.57	11.17	2.26
Kötü (n= 37)	23.81	4.37	71.27	8.75	25.00	3.08	17.48	3.27	17.24	3.65	11.38	2.08
F***, p	0.31, 0.73		0.31, 0.73		3.57, 0.03		0.05, 0.94		0.63, 0.52		0.58, 0.55	
Arkadaş (n=241)												
İyi (n= 132)	24.03	3.58	76.92	7.37	24.99	3.24	18.37	3.40	16.81	3.31	10.96	1.93
Orta (n= 92)	23.34	3.68	73.11	7.87	25.23	3.12	18.93	3.35	17.39	3.29	11.64	2.06
Kötü (n= 17)	25.76	3.54	71.14	8.09	26.41	4.23	18.46	3.24	20.12	3.15	11.68	2.41
F**, p	7.89, 0.01		8.39, 0.01		2.93, 0.23		1.19, 0.54		15.13, 0.00		8.53, 0.01	

*Student-t testi **Kruskall Wallis varyans analizi ***tek yönlü varyans analizi

Tablo 29: Bebekleri Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları (n=244).

Özellikler	Yardım gereksinimi		Yardım Kaynaklarını Kullanma (Toplam)		Yardım Kaynaklarını Kullanma							
					Dinlenme		Sağlık		Bebek Bakımı		Destek	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Yaş (ay)												
0-1 (n=34)	23.50	3.59	73.52	8.58	24.85	4.25	18.79	4.17	17.79	3.46	12.08	2.07
2-6 (n= 114)	23.97	3.49	72.57	7.93	25.55	3.62	18.54	3.69	17.42	3.25	11.05	1.94
7-12 (n=96)	24.00	3.84	71.50	8.46	25.08	3.95	18.13	3.25	16.89	3.53	11.38	2.25
F*,	0.26,		0.89,		0.62,		0.55,		1.10,		3.28,	
p	0.77		0.41		0.53		0.57		0.33		0.03	
Doğum kilosu (gr)												
2500 altı (n=3)	23.93	3.62	72.24	8.24	25.25	3.85	18.40	3.61	17.24	3.40	11.33	2.11
2500 ve üstü (n=241)	22.33	5.50	75.33	8.50	26.66	2.88	19.33	1.52	18.66	3.05	10.66	1.52
t**,	336.00,		277.00,		288.50,		259.50,		293.00,		290.50,	
p	0.83		0.50		0.59		0.42		0.57		0.64	

*tek yönlü varyans analizi **Mann Whitney U testi

Bu bölümde YAÖ kapsamında annelerin yardım alma tipleri tanımlandı. Bebeğin bakımı, sağlık sorunları için başvuru yapılan yardım tipleri Tablo 30’da gösterildi.

Annelerin, bebek bakımı ile ilgili yardıma gereksinimleri için birinci sırada sağlıkla ilişkisi olmayan yakın çevresine (% 80.7), ikinci sırada ise sağlık profesyonellerine (% 16.8) başvurdukları belirlendi (Tablo 30).

Annelerin bebeklerinde ciddi boyutta olmayan sağlık problemleri için öncelikle yine sağlıkla ilişkisi olmayan yakın çevresine (% 52.5), ikinci öncelikle sağlık profesyoneline (% 35.2) başvurdukları belirlendi (Tablo 30).

Annelerin bebeklerinin ciddi sağlık problemleri için ise öncelikle sağlık profesyoneline (% 100) başvurdukları belirlendi (Tablo 30).

Tablo 30: Annelerin Bebeklerinin Bakım/Sağlık Gereksinimlerinde Kullandıkları Yardım Tipleri

Yardım tipleri	Problemler					
	Bebek bakımı ile ilgili		Sağlıkla ilgili ciddi boyutta olmayan		Sağlıkla ilgili ciddi boyutta	
	n	%	n	%	n	%
Sağlık dışı	194	80.7	128	52.5	-	-
Sağlık profesyoneli	41	16.8	86	35.2	242	100
Medya	6	2.5	30	12.3	-	-
TOPLAM	244	100	244	100	242	100

TARTIŞMA

Bu bölümde; (1) Araştırmaya alınan annelerin özellikleri, (2) DKE ve SKE'yi etkileyen etmenler ile anksiyete risk puan ortalamaları arasındaki ilişkiler ve (3) Annelerin yardım arama davranışları ve bu yardım arama davranışları ile DKE ve SKE arasındaki ilişkiler tartışılmıştır.

ANNELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde, annelerin yaşı, eşinin ve kendisinin eğitim ve çalışma durumu, ailenin aylık geliri, aile tipi, annenin gebelik ve doğum öyküsü, kendisinin ve ailesini hastalık öyküleri, annenin yakın çevresi ile ilişkileri ve bebekle ilgili veriler tartışıldı.

Araştırma grubunu, yaş ortalaması 28.00 ± 5.9 , çoğunluğu lise mezunu (%50.4), herhangi bir işte çalışmayan (%28.3), eşleri lise mezunu (%43.4) olan, ekonomik durumlarını “iyi” olarak ifade eden (%47.5) ve çekirdek aile tipine sahip (%69.3) anneler oluşturdu (Tablo 5).

Annelerin çoğu (%38.1) ikinci gebeliğini yaşamıştı. Sezeryanla doğum oranı yüksek bulundu (%74.6). % 0.4'ünde ölü doğum (n=1), % 0.4'ünde ise doğumdan sonraki 1 ay içinde

bebek kaybı deneyimleri saptandı (Tablo 6). Değişik araştırmalarda sezeryanla doğum oranı % 36 (24), %28.3 (63), ölü doğum oranı ise % 36.7 (63) olarak bildirilirken, Durat'ın (2) araştırmasında ölü doğum oranı bu çalışma ile benzer şekilde düşük bulunmuştur (% 2.4).

Annelerin ifadelerine göre %78.2'sinin gebelikleri planlı idi (Tablo 6) ve % 67.6'sı bebek bakımında eşlerinden destek görmekteydiler (Tablo 8). Annelerin gebeliklerinin planlı olması Akansel'in (63) araştırmasındaki sonuç ile yakın bulunurken (% 80), Durat'ın (2) araştırmasında annelerin gebeliklerinin planlı olması daha yüksek olarak (% 97), Cebeci'nin (24) araştırmasında da % 81 olarak bildirilmiştir. Durat (2) ve Dindar'ın (9) araştırmalarında da, görölen desteğin yeterli olması ile DSA puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yetersiz destek alanların ve ilişkileri kötü olan annelerin daha fazla anksiyete yaşadığı bildirilmiştir. Annelerdeki kronik hastalık öyküsü % 3.7 bulundu (Tablo 7).

Annelerin çoğu (%65) anne, kayınvalide-kayınpeder ve arkadaş ilişkilerini "iyi" olarak tanımladı (Tablo 9). Balcı'nın (67) araştırmasında annelerin çoğu kendi anneleri ile daha sonra büyükanneleri, babaları, akrabaları ve arkadaşları ile daha fazla iletişim kurduklarını bildirmişlerdir. Özellikle aile büyüklerinin ilk sırada yer alması, toplumumuzun geleneksel aile yapısından ve aile ilişkilerinin daha yoğun olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çoğu normal doğum ağırlığında (%98.8) olan bebeklerin yaklaşık yarısı (%55.3) kız ve 2-6 ay arasında bulundu (%46.7) (Tablo 10).

DOĞUM SONRASI ANKSİYETE

DSA riski durumluk ve süreklilik olarak iki grup altında incelendiğinde, annelerin durumluk gösteren anksiyete ortalaması 48.59 ± 6.72 , süreklilik gösteren anksiyete ortalaması 49.33 ± 5.56 olarak bulundu (Tablo 11). Cebeci'nin (24) araştırmasında annelerin durumluk gösteren anksiyete ortalaması 39.98 ± 5.71 , süreklilik gösteren anksiyete ortalaması 46.27 ± 6.24 , Yıldız'ın (68) araştırmasında ise durumluk gösteren anksiyete ortalaması $36,2 \pm 10,8$, süreklilik gösteren anksiyete ortalaması $41,8 \pm 8,7$ olarak bulunmuştur. Bu araştırmada, durumluk anksiyete düzeyi arttıkça süreklilik gösteren anksiyete düzeyinin de arttığı bulundu ($p=0.00$) (Tablo 11). Bu sonuç Yıldız'ın (68) araştırması ile de benzerlik göstermektedir.

21-25 yaş grubunda olan annelerin DKE, 15-20 yaş grubunda olan annelerin ise SKE puan ortalamalarına göre DSA riski diğer gruplardan yüksek olmakla birlikte anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 12). Dindar, Pek, Dünder, Ekuklu ve ark. araştırmalarında da yaş gruplarının DSA'yi etkilemediği bildirilmiştir (9,69,70,71).

Eğitimi, üniversite ve üstü olan annelerin DKE puan ortalaması, lise olan annelerin ise SKE puan ortalaması diğer gruplardan yüksek bulundu ($p<0.05$). Eş eğitimi üniversite ve üstü olan grubun DKE puan ortalaması diğer gruplardan yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 13A). Bir işte çalışmayan annenin, DKE puan ortalaması anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 13A). Durat'ın araştırmasında (2) eğitim düzeyi yüksek olanların anksiyeteleri yüksek olmasına rağmen sonucun anlamlı olmadığı bildirilmiş olup, Kara ve arkadaşları (72), risk etmenleri arasında kadının ya da eşinin işsizliğini göstermişler, O'Hara (73) ekonomik durumun DSA üzerinde az etkili olan faktörler arasında bulunduğunu ifade etmiştir. Balcı'nın (67) araştırmasında lise ve üniversite mezunu olan annelerin durumluk ve sürekli anksiyeteleri daha fazla olarak bildirilmiştir. Dindar'ın (9) araştırmasında anne ve eş eğitimi düştükçe doğum sonrası anksiyetenin yükseldiği bildirilmiştir.

Ekonomik duruma göre DKE ve SKE puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p<0.05$, $p=0.05$). Ekonomik durumu iyi olanların DKE ve SKE puan ortalamaları

daha yüksek bulundu (Tablo 13A) Durat'ın (2) araştırmasında ise bu araştırmanın tam tersi ekonomik durumu düşük olanların anksiyete durumları yüksek olarak bildirilmiştir. Bizdeki bu farkın Balcı'nın (67) araştırması ile uyumlu olarak bebek bakımı ile ilgili durumluk anksiyetesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Aile tipine göre DKE ve SKE puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark saptandı (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.05$). Destekli ailelerde DKE puan ortalamaları daha yüksek bulunurken, parçalanmış ailelerde SKE puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 13B). Vural'ın (74) araştırmasında aile yapısı ile anksiyete arasında ilişki olmadığı bildirilirken, aynı çalışmada Price ve Adams'a göre aile yapısının, anneyi destekleme açısından duygusal sorunların gelişiminde önemli olduğu ve bu destek sonucu daha az anksiyete yaşandığı ifade edilmiştir.

Gebeliği planlı olmayan annelerin DKE puan ortalamaları arasındaki fark diğer gruplara göre ileri derecede yüksek bulundu ($p=0.00$) (Tablo 14A). Durat'ın (2) araştırmasında gebeliği planlı olmayan annelerin doğum sonrası durumluk anksiyeteleri daha yüksek bildirilirken anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Dindar'ın (9) araştırmasında, bu çalışmaya benzer gebeliği planlı olmayan annelerin anksiyete riski yüksek bulunmuştur.

Gebelik sayısı ile annelerin DKE puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu. İkinci gebeliği olan annelerde DKE puan ortalaması diğer gruplara göre en yüksek idi ($p<0.05$) (Tablo 14A). Durat'ın (2) araştırmasında gebelik sayısının anksiyeteyi etkilemediği bildirilirken, Dindar'ın (9) araştırmasında ise gebelik sayısı arttıkça annelerin anksiyete puan ortalamasının arttığı bulunmuştur. Kırkpınar (27), Giffin ve Pasnou'un araştırmasından yaptığı alıntıya göre ise primipar kadınların daha fazla anksiyete riski taşıdığını bildirmiştir.

Annelerin doğum şekli, doğum aralığı, düşük/kürtaj, erken doğum, ölü doğum ve 1 ay içinde ölen bebeğe sahip olmaları durumuna bakıldığında DSA'yi etkilemediği bulundu (Tablo 14B). Ekuklu ve arkadaşlarının (71) araştırmasında da bu çalışma ile benzer sonuçlar bulunmuştur.

Sigara kullanan annelerin DKE puan ortalamalarının kullanmayan annelere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 15). Dindar (9) ve Durukan'ın (75) araştırmalarında

da destekler şekilde bir sonuç bulunmuştur. Doğan (18) makalesinde, sigara kullanımının anksiyete bozukluklarını yaygınlaştırdığını bildirmiştir.

Anneler bebeklerin cinsiyetinin kendileri için önemli olmadığını belirtse de, bu annelerin DKE puan ortalamaları diğer gruba göre ileri derecede yüksek bulundu ($p=0.00$) (Tablo 16). Lee ve Yip (76) bir çalışmada, kadının eşi yenidoğan cinsiyetinden memnun değilse DSA görülme olasılığının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Türkistanlı ve arkadaşları (77) ile Dündar'ın (70) araştırmalarında doğan bebeğin cinsiyeti ile anksiyete riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kayınvalideleri ile ilişkileri ile DKE ve SKE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte kayınvalideleri ile ilişkileri kötü olan annelerin DKE puan ortalamaları en yüksek bulundu ($p>0.05$). Kayınpederleri ile ilişkileri iyi olan annelerin DKE puan ortalamaları, arkadaşları ile ilişkileri orta düzeyde olan annelerin ise DKE ve SKE puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 17). Bu farkın, destekli aile yapısına sahip olan annelerin kayınpeder ile ilişkilerini iyi devam ettirme endişesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Benzer şekilde Dindar'ın (9) çalışmasında da kayınpeder ve arkadaş ilişkileri ile DSA arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bebeklerin doğum kilolarına göre DKE ve SKE puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0.00$, $p<0.05$). Doğum ağırlığı 2500 gr ve üstü bebeğe sahip olan annelerin SKE ve DKE puan ortalamalarının yüksek bulunması, 2500 gr altı bebeğe sahip olan annelerinin oranının çok düşük olmasından (%1.2) (Tablo 10) kaynaklandığını düşündürmektedir (Tablo 18). Litaratüre bakıldığında da düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip annelerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (63,67).

YARDIM ARAMA DAVRANIŞI

Bu çalışmada doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımında yardım arama durumlarının belirlemek için, May tarafından geliştirilen ve Dindar tarafından Türkçeye uyarlanan YA kullanıldı. Bu lek, annelerin bebek bakımı için yardım gereksinimlerini ve kullanılan yardım kaynaklarını ortaya koyan tek ölçektir. Orijinal yapısında geçerlik ve güvenirliği orta düzeyde bulunan ölçek ($r=0.40-0.62$), Türkçeye uyarlanan çalışmada geçerlik ve güvenirliği de orta düzeyde bulundu ($r=0.48-0.62$). YA ile ilgili bulgular 2 bölüm halinde tartışıldı.

1.Bölüm

Bu bölümde YA ile elde edilen veriler DKE ve SKE puan ortalamaları ile karşılaştırıldı. Türkiye’de yardım arama davranışları sadece psikiyatrik hastalıklar/bozukluklar için araŐtırılmıŐ olup, ocuk bakımı ve diğer konularda yardım arama davranışlarını inceleyen çalıŐmalara az sayıda rastlanmaktadır. Bu nedenle tartışma sınırlı sayıda kaynakla yapıldı.

YA alt boyut puan ortalamalarına göre annelerin yardım kaynaklarını kullanma-toplam puan ortalaması (72.28 ± 8.23) (Tablo 19) ve YA alt boyut madde ortalamaları ele alındığında ise yardım gereksinimi puan ortalaması en yüksek idi (3.97 ± 1.08) (Tablo 20).

Annelerin DKE puan ortalaması yükseldikçe yardım gereksinimi azalmakta idi ($p=0.00$) ve dinlenme kaynaklarını da daha fazla kullanmakta idiler ($p=0.00$). Benzer Şekilde annelerin DKE puan ortalaması arttığıya yardım kaynaklarını kullanma-toplam puan ortalamaları da azalmıŐtı ($p<0.05$). Anneler DKE ve SKE puan ortalamaları yükseldikçe bebek bakımı kaynaklarını daha fazla kullanmıŐlardı (sırasıyla $p=0.00$, $p<0.05$) (Tablo 21). Buna karşın DKE puan ortalamalarına göre DSA riski orta düzeyde olan annelerin bebek bakımı düşük bulunurken ($p=0.00$), SKE puan ortalamalarına göre DSA riski orta düzeyde olan annelerin de bebek bakımı kaynaklarını kullanımı düşük bulundu. Yine DKE puan

ortalamalarına göre DSA riski hafif düzeyde olan annelerin destek kaynaklarını kullanması düşük bulunurken ($p<0.05$), SKE puan ortalamalarına göre DSA riski orta düzeyde olan annelerin destek kaynaklarını kullanımı düşük bulundu ($p<0.05$) (Tablo 22). Amato (78) araştırmasında benzer şekilde, yardım gereksinimi az olan annelerin yardım kaynaklarını daha fazla kullandıklarını belirtmiştir. Dindar (9) araştırmasında, annelerin kaygıları yükseldikçe yardım gereksiniminin azaldığını ve sağlık kaynaklarını daha fazla kullandıklarını, DSA riski taşıyan annelerin yardım gereksinimi daha az iken, sağlık ve bebek bakımı kaynaklarını daha fazla kullandıklarını bildirmiştir.

2. Bölüm

Bu bölümde annelerin, bebeklerinin ve ailelerinin demografik ve sağlık özellikleri YAÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldı.

25 yaş üzerindeki annelerin, destek kaynağını daha fazla kullandıkları bulundu ($p<0.05$) (Tablo 23). Dindar (9), Ünal (11), McGarry ve arkadaşları (79), 25 yaş üstündeki annelerin bebek bakımı kaynaklarını kullanımının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada, yaşla birlikte destek kaynağını daha fazla kullanmaları annelerin yarıya yakınının (%49.3) ($n=120$) iki ve üzerinde çocuk sahibi olması ile ilişkilendirilebilir.

İlkokul eğitimi olan annelerin yardım gereksinimleri diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p=0.00$). Bu gruptaki annelerin destek kaynaklarını kullanma puan ortalamaları da diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p<0.05$). Okuryazar olan annelerin yardım kaynaklarını kullanma-toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunurken ($p=0.00$), bu gruptaki annelerin dinlenme ve bebek bakımı kaynaklarını kullanma puan ortalamaları da daha fazla bulundu ($p=0.00$) (Tablo 24). Arslantaş'ın (10) araştırmasında da, ruhsal bozukluklar için yardım arayanların daha çok ilköğretim eğitimi olan annelerde diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Dindar'ın (9) araştırmasında, ileri düzeyde eğitimi olan annelerin yardıma gereksinimi ve yardım kaynaklarını daha fazla kullandıkları bildirmiştir.

Çalışan annelerin yardım kaynaklarını kullanma-toplam puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek bulunurken ($p=0.05$), ekonomik durumlarını kötü olarak ifade eden annelerin de daha fazla yardıma gereksinimleri olduğu ($p<0.05$) ve bu gruptaki annelerin özellikle yardım kaynaklarını kullanma-toplam, dinlenme ve bebek bakımı kaynaklarını daha iyi kullandıkları belirlendi ($p=0.00$). Çalışmayan annelerin ise yardım gereksinimi, dinlenme ve bebek bakımı kaynaklarını kullanma puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p=0.00$) (Tablo 24). Dindar'ın (9) çalışmasında, bir işi olan ve ekonomik durumlarını "iyi" olarak belirten annelerin yardım kaynaklarını daha fazla kullandıkları, Arslantaş'ın (10) çalışmasında, insanların ekonomik durumları yükseldikçe yardım arama konusunda zorlanmadıkları ve profesyonel yardım aramaya olan inançlarının olumlu yönde arttığı, Baker'in (80) araştırmasında ise, duygusal distres altında olan insanların gelirinin sağlık kurumlarını kullanma ile ilişkisinin olmadığı belirtilmiştir.

Doğum aralığı üç yıl ve üstünde olan annelerin yardım gereksinimlerini kullanma puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek bulunurken ($p=0.00$), doğum aralığı 1 yıl olan annelerin ise bebek bakımı kaynaklarını kullanma puan ortalaması diğerlerine göre daha fazla bulundu ($p<0.05$). Zamanında doğum yapan annelerin dinlenme kaynaklarını daha fazla kullandıkları saptandı ($p<0.05$) (Tablo 25). 0-1ay arasında bebeği olan annelerin destek kaynaklarını kullanmaları yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 29). Dindar'ın (9) araştırmasında da 0-1 ay arasında bebeği olan annelerin sağlık kaynaklarını daha fazla kullandıkları bildirilmiştir. Bu durum, ülkemizin sağlık politikaları ile ve annelerin özellikle ilk aylarda bebeklerinin bakımı için sağlık kaynaklarını kullanma fırsatları ile ilişkilendirilebilir. Avustralya'da yapılan bir çalışmada annelerin düşük ya da doğumu takip eden ilk 12 ay içinde tekrar hamile kalma durumunda daha fazla yardıma gereksinimleri olduğu bildirilmiştir (2).

Gebelikte sigara kullanmayan annelerin yardım gereksinimlerini kullanma puan ortalaması diğer gruba göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 26). Doğum sonrası anksiyete yaşayan ve sigara kullanmayan anneler anksiyete durumunda sigara kullanımı yerine daha çok yardım gereksinimi arayışı içine girmektedirler (81). Bir kaynaktan ise tam tersi, gebelik esnasında sigara kullanan annelerin bebeklerinde düşük doğum kilosu, ani ölüm sendromu, bebeğin anne karnında ölmesi, ileriki dönemlerde davranışsal sorunlar görülmesi

gibi pek çok sorun ortaya çıkabileceği için annelerin daha çok yardıma ihtiyaçları olacağı ifade edilmektedir (82).

11 yaşından önce anne-babasından ayrı kalan annelerin yardım gereksinimlerini kullanmaları diğer gruplara göre yüksek bulundu ($p=0.00$). Bu gruptaki annelerin dinlenme kaynaklarını daha sık kullandıkları belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 27). Kumar ve Robson (83), Unterman ve Posner (84) Ayvaz ve arkadaşlarının (86) makalelerinde de, çocukluğunda anne ve babasından ayrı kalan ya da ebeveyn kaybı yaşayan annelerin risk grubunu oluşturduklarını vurgulamışlardır.

Kendi anneleri ile ilişkileri iyi olan annelerin yardım kaynaklarını kullanma-toplam ve bebek bakımı puan ortalamaları daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Kayınpederi ile ilişkileri orta düzeyde olan annelerin dinlenme kaynaklarını kullanma puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı bulundu ($p<0.05$). Arkadaşları ile ilişkileri kötü düzeyde olan annelerin yardım gereksinimi ($p<0.05$), bebek bakımı ($p=0.05$) ve destek kaynaklarını kullanma ($p<0.05$) diğer gruplara göre yüksek bulunurken, ilişkileri iyi olan annelerin yardım kaynaklarını daha fazla kullandıkları tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 28). Arslantaş (10) araştırmasında, kişilerin ailesiyle daha sık görüşmesinin yardım istemesi ve içinde olduğu durumu kabul etmesi üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu ve informal kaynak olan aile üyelerinden ve arkadaşlarından daha fazla yardım gördüklerini bildirmiştir. Danacı ve arkadaşlarının (85) çalışmasında, kayınvalide ve kayınpederiyle iyi ilişkisi olmayan annelerde yardım gereksiniminin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Anneler genellikle eşlerini en iyi duygusal destek olarak nitelendirirler ve kendi ebeveynlerini, ailedeki diğer bireyleri ve arkadaşlarını ile iyi ilişki içinde oldukları insanlar olarak görmektedirler (22).

Annelerin, bebek bakımı ile ilgili yardıma gereksinimleri için birinci sırada sağlıklı ilişkisi olmayan yakın çevresine (% 80.7), ikinci sırada ise sağlık profesyonellerine (% 16.8) başvurdukları belirlendi. Annelerin bebeklerinde ciddi boyutta olmayan sağlık problemleri için öncelikle yine sağlıklı ilişkisi olmayan yakın çevresine (% 52.5), ikinci öncelikle sağlık profesyoneline (% 35.2) başvurdukları belirlendi. Annelerin bebeklerinin ciddi sağlık problemleri için ise öncelikle sağlık profesyoneline (% 100) başvurdukları belirlendi (Tablo 30). Arslantaş'ın (10) araştırmasında da bireylerin çoğu sağlık profesyonelinen yardım

almadıklarını ve sıkıntılarını aileleri ve akrabaları ile paylaştıklarını ifade etmişlerdir. Ünal'ın (11) araştırmasında, yardım arayışında psikiyatri ve psikiyatri dışı hekimlere başvurma oranı %32.5 ile aynı sıklıkta iken, geleneksel yöntemlere başvuru sıklığı %12.3 olarak bildirilmiştir. Dindar (9) araştırmasında, bebek bakımı, ciddi sağlık problemleri ve bebeklerin sağlık problemleri için annelerin öncelikle sağlık profesyoneline başvurduklarını bildirmiştir. Bulamacı çalışmasında, annelerin öncelikle yakın çevrelerinden destek aldıklarını bildirmiştir. Gaurash (87) araştırmasında, yardım arayan kişinin başlangıçta aile ve arkadaşlarına, daha sonra profesyonel hizmet sunan kişi ve kurumlarla ilişki kurduklarını bildirmiştir. Literatür çeşitli etnik ve sosyoekonomik grupların farklı yardım arama davranışları olduğunu, ruh sağlığı hizmetlerine karşı farklı tutum takındıklarını göstermektedir (40).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Edirne merkezinde 0-12 ay arası bebeği olan annelerin anksiyete düzeyleri ve yardım arama davranışlarını incelemek üzere planlanan tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bu araştırma sonuçları şöyle sıralanabilir:

I- Sosyodemografik Bulgular

- Çalışmanın örneklemini
 - Yaş ortalaması 28.0 ± 5.9 (min=17, max=40), çoğunluğu lise mezunu, ev hanımı, gelirleri “iyi” düzeyde olan,
 - Çoğunluğu planlı ve sezeryanla doğum yapmış, % 97.5’i sağlıklı bebeği olan, yakın çevresi ile ilişkileri çoğunlukla iyi olan,
 - Doğum ağırlığı ortalaması 3298 ± 457.6 (min=2200, max= 5000), Çoğunluğu kız ve 2-12 ay arasında bebeği olan anneler oluşturdu.

II- DKE ve SKE Puan Ortalamaları

- Annelerin yaş gruplarına göre DKE ve SKE puan ortalamaları arasında fark olmadığı, anne ve eş eğitimi üniversite ve üstü olan grubun DKE puan ortalaması, anne eğitimi lise olan grubun ise SKE puan ortalaması diğer

gruplara göre yüksek olduğu, ekonomik durumunu “iyi” ifade eden annelerin DKE ve SKE puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulundu.

- Destekli aile tipinde DKE puan ortalamaları, parçalanmış aile tipinde ise SKE puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek olduğu, gebeliği planlı olmayan, gebelik sayısı iki olan, sigara kullanan, kayınpederi ile ilişkileri iyi olan, arkadaşları ile ilişkileri orta düzeyde olan ve bebeğin cinsiyetinin kendisi için önemsiz olduğunu belirten annelerin DKE puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulundu.

III- YAÖ'nin Annelerin Yardım Kaynaklarını Kullanma Durumu

- 25 yaş üstünde, eğitim düzeyleri orta seviyede, ekonomik durumlarını “kötü” olarak ifade eden annelerin yardım gereksinimlerinin daha fazla olduğu ve yardım kaynaklarını daha fazla kullandığı, çalışan annelerin yardım gereksinimlerinin daha fazla olduğu ve çalışmayan annelerin yardım kaynaklarını daha fazla kullandıkları bulundu.
- Sık aralıklarla doğum yapan annelerin bebek bakımı kaynaklarını, doğum aralığı üç yıl ve üstü olan annelerin ise yardım gereksinimleri, zamanında doğum yapan annelerin dinlenme kaynaklarını diğer gruplara göre daha fazla kullandıkları bulundu.
- Gebelikte sigara kullanmayan anneler ve 11 yaşından önce anne-babasından ayrı kalan annelerin yardım gereksinimlerinin fazla olduğu ve yardım kaynaklarını daha fazla kullandıkları bulundu. Kendi anneleri ile ilişkisi iyi olan annelerin ise bebek bakımını, kayınpederi ile ilişkileri “orta” düzeyde olan annelerin dinlenme kaynaklarını, arkadaşları ile ilişkileri “kötü” olanların da yardım gereksinimi, bebek bakımı ve destek kaynaklarını kullanma diğer gruplara göre fazla iken “iyi” olanların yardım kaynaklarını daha fazla kullandıkları bulundu.

- Anneler, bebeklerinin bakımı ile ilgili sorunla karşılaştıkları zaman çoğunlukla yakın çevresinden birine (% 80.7) ve sağlık profesyoneline (% 16.8) başvurumaktadırlar. Bebeklerde ciddi boyutta olmayan sağlık problemleri için annelerin yarısından çoğu (% 52.5) yakın çevresinden destek alırken sağlık profesyonellerinden daha azı (% 35.2) destek almaktadırlar. Anneler, bebeklerinin ciddi sağlık problemlerinde ise sağlık profesyonellerine (% 100) başvurumaktadırlar.

Öneriler

Bu sonuçlar ve sınırlılıklar çerçevesinde:

- Psikolojik danışma hizmetlerinin planlanmasında ve yapılandırılmasında hemşireler ve tüm sağlık personelleri tarafından yardım arama davranışlarının göz önünde bulundurulması ve doğum yapan annelerin sağlık kaynaklarını kullanımlarının artırılması,
- Bireylere anksiyete ile baş etmede, hemşireler tarafından verilecek topluma yönelik eğitimler ile daha pozitif baş etme yöntemleri kazandırılmaya çalışılması,
- Annelerin sorunlarını bildirebilecekleri ve danışmanlık alabilecekleri telefon hatları oluşturulması,
- Doğumdan sonra sağlık merkezlerinde ya da evde izlenen annelerin aynı zamanda DKE ve SKE açısından değerlendirilmesi önerilmektedir.

ÖZET

Edirne İli Merkezindeki 0-1 Yaş Arası Bebeği Olan Annelerin Anksiyete Düzeyleri ve Yardım Arama Davranışları

Bu araştırma; doğum sonrası anksiyetenin görülme sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek, bu faktörler ile yardım arama davranışları arasındaki ilişkiyi tanımlamak amacıyla tanımlayıcı tipte planlandı.

Araştırmanın örneklemini, Edirne il merkezindeki on beş aile sağlığı merkezine kayıtlı 0-12 ay arasında bebeği olan anneler arasından randomize örnekleme yöntemi ile seçilen 244 anne oluşturdu (N=1551).

Araştırma verileri, anne ve yakınlarına özgü sosyodemografik ve doğumsal özellikleri sorgulayan bilgi formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Yardım Arama Ölçeği ile toplandı.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesi SPSS 13.0 paket programı kullanılarak yapıldı.

Araştırma grubunu yaş ortalaması 28.0 ± 5.9 , çoğunluğu lise mezunu (% 50.4), ekonomik durumlarını “iyi” olarak ifade eden (% 47.5) ve çekirdek aile tipinde olan (% 69.3)

anneler oluşturdu. Annelerin % 38.1'i ikinci gebeliğini yaşamış idi. Sezeryanla doğum oranı (% 74.6), gebelikte sigara kullanımı (% 42.2), planlı gebelik (% 78.2) ve bebek bakımında eşlerinden destek görme (% 67.6) oranları yüksek bulundu.

Annelerin yaklaşık yarısı anne-kayınvalide-kayınpeder ve arkadaş ilişkilerini “iyi” olarak tanımladı.

DKE ve SKE puanına göre 214 annenin (% 87.3) durumluk, 230 annenin (% 94.3) süreklilik gösteren anksiyeteyi orta düzeyde yaşadıkları belirlendi.

Bu çalışmada eğitimi ve ekonomik durumu iyi olan annelerin DKE puan ortalamaları parçalanmış aile tipinde olan annelerin ise SKE puan ortalamaları yüksek bulundu ($p<0.05$). Bu gebeliği planlı olmayan, çevresi ile ilişkileri orta ve iyi düzeyde olan annelerin DKE puan ortalamaları yüksek bulundu ($p<0.05$).

Annelerin DKE puan ortalamaları arttıkça SKE puan ortalamalarının da arttığı bulundu ($p=0.00$).

Eğitim düzeyi düşük ekonomik durumu kötü olan annelerin daha fazla yardım gereksinimi içinde olduğu ve yardım kaynaklarını kullanma-toplam, bebek bakımı ve dinlenme kaynaklarını daha fazla kullandıkları bulundu ($p<0.05$). İlişkileri iyi olan annelerin yardım kaynaklarını kullanmaları daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Zamanında doğum yapan annelerin dinlenme kaynağını, sık doğum yapan annelerin bebek bakımı kaynağını daha fazla kullandıkları bulundu ($p<0.05$).

Annelerin, bebek bakımı ile ilgili yardıma gereksinimleri için birinci sırada sağlıkla ilişkisi olmayan yakın çevresine (% 80.7), bebeklerinin ciddi sağlık problemleri için ancak öncelikle sağlık profesyoneline (% 100) başvurdukları bulundu.

Anahtar kelimeler: Doğum sonrası anksiyete, yardım arama, risk faktörleri

SUMMARY

Edirne İli Merkezindeki 0-1 Yaş Arası Bebeği Olan Annelerin Anksiyete Düzeyleri ve Yardım Arama Davranışları

Anxiety Levels Of Mothers Who Have 0-1 Year Babies In The Center Of Edirne City And Their Attitudes Towards Help Seeking.

This research has been designed to identify the incidence of the postpartum anxiety and effective factors for the postpartum anxiety with the aim of investigating the relationship between these factors and mother's attitudes towards seeking help in descriptive way.

The sample of this research includes 244 mothers who were selected with random sampling technique from the mothers who have babies of 0-12 months and are registered to 15 Family Health Centers of Edirne City (N = 1551).

The research data were collected by applying the information form which examines socio-demographic and congenital characteristics inherent in mothers and their kins, and administrating State Trait Anxiety Inventory (STAI) and Help Seeking Questionnaire (HSQ).

Research data were evaluated with SPSS 13.0 package programme.

The research group was constituted by mothers whose average of age is 28.0 ± 5.9 , most of whom are high school graduates (% 50.4), who indicate their economic conditions "well" (% 47.5) and who are from nuclear family (% 69.3). % 38.1 of mothers have

experienced their second pregnancy. The ratios of caesarean birth (% 74.6), smoking during the pregnancy (% 42.2), planned pregnancy (% 78.2), husband's support of their pregnant wives (% 67.6) were found high.

Approximately half of the mothers defined the relationship with mothers, mothers in low, fathers in low and friends as "good".

According to the DKE and SKE scores it was identified that 214 mothers with state anxiety (% 87.3) and 230 mothers with trait anxiety (% 94.3) live the anxiety at the middle level.

At this study it was found that the mothers whose educational and economical conditions are well have high DKE scores and also mothers who are from separated family have high SKE scores ($p < 0.05$). The mothers whose current pregnancy is not planned, and whose relationship between their environment are in the middle or good level have high DKE score average ($p < 0.05$).

It was found that when DKE average scores of mothers increase, their SKE average scores increase, too ($p = 0.00$).

It was found that mothers whose educational and economical conditions are not good need more help and use help resources, baby care and resting resources ($p < 0.05$). The mothers whose relationship is better use help resources ($p < 0.05$). The mothers who give a birth in time use resting resources more whereas mothers who give a frequent birth use baby care resources more ($p < 0.05$).

When they are in need of advice on baby care, the mothers primarily consult those around them who have nothing to do with health care (% 80.7). However they seek medical advice for serious health problems primarily with professional health personnel (% 100).

Key words: Postpartum anxiety, help seeking, risk factors.

KAYNAKLAR

- 1- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003.
- 2- Durat G. Sakarya ilindeki gebe kadınlarda doğum sonrası depresyon riskinin belirlenmesi ve yüksek riskli kadınlarda hemşirelik uygulamalarının etkinliği (tez). İstanbul: İ.Ü. Hemşirelik Anabilim Dalı;2003.
- 3- Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı):54-58.
- 4- Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. J Aff Disor 2009;10(1016).
- 5- Deveci A. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri 2003;2(3): 42-46.
- 6- Altınay S. Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi (tez). Ankara: Ankara Hastanesi Aile Hekimliği;1999.

- 7- Llevvellyn AM, Stovve ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. J Clin Psy 1997; 58(supp 15):26-32.
- 8- Bussel JCH, Spitz B, Demyttenaere K. Anxiety in pregnant and postpartum women. an exploratory study of the role of maternal orientations. J Aff Disor 2009; 114: 232-242.
- 9- Dindar İ. Edirne il merkezindeki kadınlarda doğum sonrası depresyon tanılması, risk analizleri ve yardım arama davranışları (tez). İstanbul: İ.Ü. Hemşirelik Anabilim Dalı;2004.
- 10- Arslantaş H. Yetişkinlerde profesyonel psikolojik yardım arama tutumu ve bunu etkileyen faktörler (tez). İstanbul: İ.Ü. Hemşirelik Anabilim Dalı;2003.
- 11- Ünal S, Özcan Y, Emul HM, Çekem AB, Elbozan HB, Sezer Ö. Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(4):222-229.
- 12- Bekaroğlu M. Çare arama davranışı ve kültür. IV. Anadolu Psikiyatri Günleri, Bilimsel çalışmalar. Konya 1995.
- 13- Kaniasty K, Norris F. Help seeking comfortand receiving social support: the rol of ethnicity and context of need. Am J Comm Psyc 2000; 28(4): 545-581.
- 14- Johnson A, Isacsson A, Nyberg P. Help seeking patterns among parents with a newborn child. Pub Health Nurs 1998; 15(5): 319-328.
- 15- Ajjon D L. Stres, depresyon ve anksiyete. İstanbul: Epsilon Yayınevi, 1997:148-195.
- 16- Çakmak D, Saatçioğlu Ö. Yüksek lisans için ruh sağlığı ve hastalıkları. İstanbul: Dizayn Matbaacılık, 2003: 105-115.
- 17- Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri temel kitabı 2. Ankara: Medico Graphics Matbaası, 2007:296-360.

- 18- Doğan O. Anksiyete bozukluklarında koruma ve önleme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:174-182.
- 19- Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice Y E, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. Klinik Psikiyatri 2002; 5:8-15.
- 20- Ersoy F, Edirne T, Oğuz T F. Birinci basamakta anksiyete bozuklukları. STED 2003;12(9): 326-327.
- 21- Berksun O.E. Anksiyete ve anksiyete bozuklukları. İstanbul: Turgut Yayıncılık 2003; 45-59.
- 22- Bulamacı G. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan riskli yenidoğanların anne ve babalarındaki anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması (tez). İstanbul: İ.Ü. Hemşirelik Anabilim Dalı;1999.
- 23- Gülpek D, Akbay Pırıldar Ş, Bayraktar E. Gebelikte ve doğum sonrası dönemde panik bozukluğu ve tedavisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005;15(2):84-92.
- 24- Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Dergisi 2002; 10(1): 11-18.
- 25- Kendell R E, Chalmers J C, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. The J Clin Psyc 1987; 150: 73-662.
- 26- Özkan M, Kaçmaz N, Anuk D, Bozkurt O. Doğum sonrası erken dönemde psikiyatrik değerlendirme ve ilişkili faktörler. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi 2004;12(2):117-124.
- 27- Kırkpınar İ, Özer H. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Psychomed 1995; 1(3): 94-100.

- 28- Harding JJ. Postpartum psychiatric disorders a review. *Compr Psy* 1989; 30: 109-112.
- 29- Herona J, O'Connorb TG, Evansa J, Golding J. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Aff Disor* 2004; 80: 65–73.
- 30- Balcı S. Preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme – gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisi (tez). İstanbul: İ.Ü. Hemşirelik Anabilim Dalı:2006.
- 31- Fertl KI, Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2009; 142: 23–29.
- 32- Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *Maternity & Women's Health Care*. 7. baskı. St. Louis. Mosby, 2000: 639-640,940-963.
- 33- Kennedy HP, Beck CT, Dricoll JW. A light in the fog: caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2002; 47(5):318.
- 34- Simpson KR, Creehan PA. *Perinatal nursing*. 2. baskı. Philadelphia. Lippincott, 2001: 123-124.
- 35- Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the postpartum depression screening scale with two other depression instruments. *Nursing Research* 2001; 50(4): 272.
- 36- Edebohls L, Ecklund C. Postpartum depression: practical advice from two nurse practitioners. *Paed Nurs* 2002; 22(3):298.
- 37- Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based swedish sample. *J Aff Disor* 1996; 36(3):209.

- 38- Ray KL, Hodnett ED. Caregiver support for postpartum depression (cochrane review). In The Cochrane Library Oxford 2003; Issue 2.
- 39- Karaçam Z, Taşkın L. Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. Sağlık ve Toplum 2004; 14 (3): 14-24.
- 40- Bayer JK, Peay MY, Austral NZJ. Predicting intention to seek help from professional mental health services. Psychiatry 1997; 31:504-513.
- 41- Maley B. Creating A Postpartum depression support group. AWHONN Lifelines 2002; 6(1): 62.
- 42- Hall LA, Kotch JB, Browne D, Rayerns MK. Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. Nursing Research 1996; 45(4): 231.
- 43- Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. Klinik Psikiyatri 2004;Ek 4: 12-16.
- 44- Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. J Aff Disor 2009; 113:77-8.
- 45- Ersoy F, Edirne T, Oğuz TF. Birinci basamakta anksiyete bozuklukları. STED 2003; 12(8): 286-288.
- 46- Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Evrim Basın Yayım Dağılım 1998; Ankara.
- 47- Steiner M, Tam WYK. Postpartum depression in relation to other psychiatric disorders. In: Miller LJ (ed). Postpartum Mood Disorders. Washington: DC: American Psychiatric Press; 1999. p.47-63.
- 48- Aşkın R. Depresyon el kitabı. İstanbul: Roche Müstahzarları A.Ş. 1999; 2. baskı, 116-118.

- 49- Levy V. The maternity blues in postpartum and post-operatif women. Br J of Psy 1987; 151: 368-372.
- 50- Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. Lancet 2004; 10:303-363.
- 51- Senecky Y, Agassic H, Inbar D, Horesh N, Diamond G, Bergman Y S, Apter A. Post-adoption depression among adoptive mothers. Journal of Affective Disorders 2009; 115: 62–68.
- 52- Miller LJ. Postpartum depression. Jma 2002; 15(6); 304-307.
- 53- Büyük larousse sözlük ve ansiklopedisi. İstanbul 1986.
- 54- Milliyet Türkçe sözlük. İstanbul 1992: TDK Yayınları.
- 55- Beşiroğlu L, Ağargün MY. Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(3):213-222.
- 56- Obi SN, Onah HE, Okafor II. Depression among Nigerian women following pregnancy loss. Int J Gyn Obst 2009;105: 60–62.
- 57- Güleç H, Yavuz A, Topbaş M, Ak İ, Kaygusuz E. Psikiyatri hastalarında tıp dışı çare arama davranışı: Türkiye'de ve Almanya'da yaşayan Türkler arasında karşılaştırmalı bir ön çalışma. Klinik Psikiyatri 2006;9:36-44.
- 58- Cihangir H. Psikiyatri hemşirelerinin terapötik olmayan yaklaşımları hakkındaki inançları (Tez). İstanbul: İ.Ü; 1996.
- 59- Dünya Sağlık Örgütü. 21. yüzyılda yaşam herkes için bir vizyon (Çeviri: B. Metin, A. Akın, İ. Güngör). Dünya Sağlık Raporu 1998. Ankara: Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Başkanlığı;1998.
- 60- Sağlık Bakanlığı. Ulusal sağlık politikası geliştirme çalışması mevcut durum ve sorunlar taslak rapor, Ankara 2000.

- 61- Balkaya NA. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe - hemşirenin rolü. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002; 6(2):42-49.
- 62- Ergöçmen BA. Anne ve çocuk sağlığı: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara 1999; Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, H.Ü. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Macro International Inc: 105-117.
- 63- Akansel Koray N. Prematüre doğum yapmış ailelerin, özellikle annelerin, bebeğe fiziksel ve duygusal yaklaşımlarında hemşirenin destekleyici ve eğitici rolünün önemi (tez). İstanbul: İ.Ü. Hemşirelik Anabilim Dalı:1993.
- 64- Sumbüloğlu K, Sumbüloğlu V. Biyoistatistik. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi 1989.
- 65- Öner N, LeCompte A. Süreksiz durumluk/sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1983; İstanbul.
- 66- May K, Hu J. Caregiving and help seeking by mothers of low birthweight infants and mothers of normal birthweight infants. Public Health Nursing 2000; 17(4): 273-279.
- 67- Balcı S. İlk kez doğum yapan annelerin bebeklerini algılama durumları (tez). İstanbul: İ.Ü. Hemşirelik Anabilim Dalı;1997.
- 68- Yıldız S. Depresyon ve anksiyete tanısı almış çocuklar ile kontrol grubunun anne-babalarının bağlanma stillerine göre evlilik uyumlarının incelenmesi (tez). Bursa: U.Ü. Psikiyatri Anabilim Dalı: 2005.
- 69- Pek H. Sezeryan doğumda yaşamın ilk 3 gününde aile-bebek etkileşiminin değerlendirilmesi. İstanbul: Alemdar Ofset 1995; 1.baskı.
- 70- DüNDAR EP. Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Basımevi 2002; 862-865.

- 71- Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M ve ark. Edirne merkez ilçede doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Basımevi 2002; 834-839.
- 72- Kara B, Çakmaklı D. Doğum sonrası depresyon. Sted 2001;10(9):333-334.
- 73- O'Hara MW. Efficacy of international psychotherapy for postpartum depression. Archives General Psychiatry 2000 Nov; 57(11): 1-17.
- 74- Vural G, Akkuzu G. Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Y.O. Dergisi 1999; 3(1).
- 75- Durukan İ, Erdem M, Tufan A E, Cöngöloğlu A, Yorbık Ö, Türkbay T. Dehb olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:217-223.
- 76- Lee DT, Yip AS. Identifying women at the risk of postnatal depression prospective longitudinal study. Med J 2000; 6849: 349-354.
- 77- Türkistanlı Çeber E, Pektaş İ, Dikici İ. İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Dicle Üniversitesi Basımevi; Diyarbakır 2002: 858-861.
- 78- Amato PR, Saunders J. The perceived dimensions of help seeking episodes. Socials Psychology Quarterly 1985; 48(2): 130-138.
- 79- McGarry J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L. Postpartum depression and help-seeking behavior. Journal of Midwifery & Women's Health 2009; 54(1).

- 80- Baker OV. Effects of social integration on the utilization of mental health services. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association 1977; San Francisco, September.
- 81- Vırıt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45: 9-13.
- 82- Kublay G, Terzioğlu F, Karatay G. Gebelik ve sigara. Ankara. Klasmat Matbaacılık, 2008.
- 83- Kumar R, Ronson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J of Psy* 1984; 144: 35-47.
- 84- Unterman RR, Posner NA. Postpartum depressive disorders changing trends. *Birth* 1990; 17(3): 131-138.
- 85- Danacı Esen A, Dinç G, Deveci A ve ark. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11(3): 204-211.
- 86- Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4):243-251.
- 87- Gaurash N. Help-seeking: A review of the literature. *Am J of Psy* 1978; 5(6): 413-423.

RESİMLEMELER LİSTESİ

TABLolar	Sayfa No
Tablo 1: DSM IV'e Göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri	9
Tablo 2: Panik Atakta Sık Görülen Belirtiler	16
Tablo 3: DSM IV'e Göre Agorafobili Panik Bozukluğu Tanı Ölçütleri	16
Tablo 4: Araştırmanın Yapıldığı Kurumlara Göre Annelerin Dağılımı	27
Tablo 5: Aileyi Tanımlayıcı Özellikler	36
Tablo 6: Annelerin Gebelik ve Doğum Öyküsü İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 7: Anneler ve Yakın Çevresi İle İlişkili Hastalık Öykülerinin Dağılımı	39
Tablo 8: Annelerin Gebelik, Doğum ve Çocuğa Yönelik Bazı Değişkenlerden Etkilenme Durumları	39
Tablo 9: Annelerin Yakın Çevreleri İle Olan İlişkilerinin/Paylaşımlarının Dağılımı	40

Tablo 10: Bebekleri Tanımlayıcı Özellikler	40
Tablo 11: Annelerin DKE ve SKE Puan ortalamalarına Göre Anksiyete Dereceleri ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması	41
Tablo 12: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan ortalamalarının Yaşlara Göre Dağılımı	42
Tablo 13A: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	44
Tablo 13B: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	45
Tablo 14A: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan ortalamalarının Gebelik ve Doğum Öyküsü İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımı	47
Tablo 14B: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan ortalamalarının Gebelik ve Doğum Öyküsü İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımı	48
Tablo 15: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan ortalamalarının Kendi İle İlişkili Hastalık Öykülerine Göre Dağılımı	50
Tablo 16: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan Ortalamalarının Gebelik, Doğum ve Çocuğa Yönelik Değişkenlerin Etkilenme Durumuna Göre Dağılımı	51
Tablo 17: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan ortalamalarının Yakın Çevreleri İle Olan İlişkilerine/ Paylaşımlarına Göre Dağılımı	53
Tablo 18: Annelerin Doğum Sonrası Anksiyete Risk Durumlarının Ortalama DKE ve SKE Puan Ortalamalarının Bebeğin Özelliklerine Göre Dağılımı	55
Tablo 19: Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları	56

Tablo 20: Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Madde Ortalamaları	56
Tablo 21: DKE-SKE Puan Ortalamaları İle Yardım Arama Ölçeği Ortalamaları Arasındaki İlişki	57
Tablo 22: Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının DKE ve SKE Risk Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması	59
Tablo 23: Yaş Gruplarına Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları	60
Tablo 24: Aileyi Tanımlayıcı Özelliklere Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları	61
Tablo 25: Annelerin Doğum Öyküsü ile İlgili Özelliklerine Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları	63
Tablo 26: Annelerin Hastalık Öyküleri İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları	64
Tablo 27: Annelerin Gebelik, Doğum ve Çocuğa Yönelik Değişkenlerin Etkilenme Durumuna Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları	66
Tablo 28: Annelerin Yakın Çevreleri İle Olan İlişkilerine/ Paylaşımına Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları	67
Tablo 29: Bebekleri Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut Ortalamaları	68
Tablo 30: Annelerin Bebeklerinin Bakım/Sağlık Gereksinimlerinde Kullandıkları Yardım Tipleri	69

ÖZGEÇMİŞ

1983 Burdur doğumluyum. İlk, Orta ve Lise eğitimlerimi Burdur'da tamamladım. Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksek Okulunun Ebelik bölümünü 2006 yılında bitirdim. Aynı yıl, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde Halk Sağlığı Hemşireliği'nde yüksek lisans programına başladım. Evliyim.

ULUSAL KONGRE VE SEMPOZYUM BİLDİRİLERİ:

- 1- Dindar İ, Üzen A., (2005).Televizyon Kanallarındaki Yiyecek Maddesi Reklamlarının İlköğretim Birinci Kısım Öğrencileri Üzerindeki Etkisi, IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksekokulu, s.136.
- 2- Dindar İ, Üzen A., (2006). Edirne Yeni imaret Merkez Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Arası Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusunda Bilgi Düzeyleri Ve Yöntem Kullanma Durumları, V. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı, H.Ü. Harran Sağlık Yüksekokulu, s.63.

- 3- Dindar İ, Üzen A., (2006). Edirne Merkez Yeni İmarat Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınların Doğurganlık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı, Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu, s.163.
- 4- Üzen Peköz A., Dindar İ., Canlı B., (2007). Edirne Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Sağlık Personelinin Aile Hekimliği Pilot Uygulaması İle İlgili Düşünceleri, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, Pamukkale Üniversitesi, s.492.
- 5- Canlı B, Dindar İ., Üzen Peköz A., (2007). Tekirdağ Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezindeki Özel Gereksinime Sahip Çocukların Ailelerinin Çocuklarına Özbakım Becerilerini Kazandırmadaki Yeterlilik Düzeyleri, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, Pamukkale Üniversitesi, s.492.
- 6- Üzen Peköz A., Dindar İ., (2008). Edirne Özel Ekol Hastanesi'nde Çalışan Sağlık Personelinin El Yıkama Davranışı ve Etkileyen Faktörler, Hastane Enfeksiyonları Dergisi, 12;1, s:119.

KATILDIĞI KONGRE, KURS VE SEMİNERLER

- 1- IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 5-6 Mayıs 2005, Ordu
 - 2- V. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 20-21 Nisan 2006, Şanlıurfa
 - 3- I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi, 9-12 Kasım 2006, Marmaris / Muğla
 - 4- Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Sertifikası, 16-17 Haziran 2006, Çanakkale
 - 5- XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23-26 Ekim 2007, Denizli
 - 6- Hastane Enfeksiyonları Kongresi, 10-13 Nisan 2008, Antalya
 - 7- İnfeksiyon Kontrol Hemşireleri Eğitim ve İletişim Becerileri Kursu, Antalya.
 - 8- Kardiyopulmoner Resüsitasyon Kursu Başarı Belgesi, Koç Üniversitesi, SANERC, İstanbul.
 - 9- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yerel Eğitim Programı Sertifikası, Edirne
- Elektronik Posta:** ayseguluzenpekoz@hotmail.com

EKLER

EK-I

ANKET FORMU

Doğumdan sonraki ilk yıl içindeki doyumlu bir anne-çocuk ilişkisi, çocuğun sağlıklı ruhsal gelişimi için kuşkusuz en önemli koşullardan birisidir. İlişkinin bir tarafını oluşturan annenin mutlu ve huzurlu olması, sözü edilen beraberliğin vazgeçilmez bir unsurudur. Dolayısıyla bu dönemde annenin ruh sağlığının korunması ve gerekli desteğin sağlanması, hem anne hem de büyümekte olan bebek için gereklidir. Size sunulan bu görüşme formu ile anksiyete düzeylerini saptamak ve bunda rol oynayan etmenleri ortaya çıkarmak hedeflenmiştir. Toplanan bilgiler yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır. Sorulara vereceğiniz içten yanıtlar için şimdiden teşekkür ederim.

AYŞEGÜL (ÜZEN) PEKÖZ
Yüksek Lisans Öğrencisi

-
- 1- Adınız- Soyadınız:.....
- 2-Adresiniz:.....
-
- 3- Telefon numaranız (varsa):
- 4- Doğum Yeriniz/Yılıınız:..... /.....
- 5- Bebeğinizin doğum tarihi:.... /..... /.....
- 6- Bebeğinizin doğum kilosu:.....
- 7- Bu kaçınıcı gebeliğiniz?:.....
- 8- Edirne'nin yerlisi misiniz?
- 1) Hayır (lütfen nereden göç ettiğinizi yazınız).....
- 2) Evet
- 9- Eğitim düzeyiniz:
- 1) Okur-yazar
- 2) İlkokul
- 3) Ortaokul
- 4) Lise
- 5) Üniversite
- 10- Şu an para getiren bir işiniz var mı?
- 1) Hayır
- 2) Evet
- 11- Tekrar çalışmayı planlıyor musunuz?
- 1) Hayır
- 2) Evet
- 12- Eşiniz bir işte çalışıyor mu?
- 1) Hayır
- 2) Evet
- 13-Eşinizin en son bitirdiği okul:
- 1) Okur-yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlkokul
- 4) Ortaokul
- 5) Lise
- 6) Üniversite

14-Ailenizin aylık geliri size göre nasıl?

- 1) İyi
- 2) Orta
- 3) Kötü

15-Aile tipiniz:

- 1) Çekirdek aile
- 2) Geniş aile
- 3) Parçalanmış aile
- 4) Destekli aile

16-Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- 1) Erkek
- 2) Kız

17- Bundan önce en son ne zaman doğum yapmıştınız?

- 1) Bu ilk doğumum
- 2) 1 yıl önce
- 3) 2 yıl önce
- 4) 3 yıl önce ve üstü

18-Bu çocuğunuzdan başka kaç canlı doğum yaptınız?

- 1) Bu ilk çocuğum
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3'ten fazla

19-Bu çocuğunuzdan başka yaşayan kaç çocuğunuz var?

- 1) Bu ilk çocuğum
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3'ten fazla

20- Yaşayan çocuklarınızın sağlık durumları nasıl?

- 1) İyi
- 2) Orta
- 3) Kötü

21- Bu doğumunuzun şekli:

- 1) Normal
- 2) Sezeryan
- 3) Vakum/Forseps yardımı ile

22- Sezeryan ise nedeni nedir?

- 1) Tıbbi nedenlerle
- 2) Kendi isteği ile

23-Dertleşebildiğiniz, sırlarınızı paylaşabildiğiniz bir yakınınız, arkadaşınız var mı?

- 1) Hayır
- 2) Evet

24- Bu paylaşım size yeterli oluyor mu?

- 1) Hayır
- 2) Kısmen
- 3) Evet

25-Bu gebelik planlı mıydı?

- 1) Hayır, planlı değildi, hiç istemedim
- 2) Hayır, ama olunca istedim
- 3) Evet, planlı ve istenen bir gebelik

EK-I

DOĞUM SONRASI ANKSİYETE RİSK TARAMA FORMU

Aşağıdaki sorulara yanıtınız evet ise evetin altına (x), yanıtınız hayır ise hayırın altına (x) işareti koyunuz.

	Evet	Hayır	
29- Bu güne kadar hiç kürtaj oldunuz mu ya da düşük yaptınız mı?	()	()	
30- Bu güne kadar ölü doğumunuz oldu mu?	()	()	
31- Doğumdan sonra 1 ay içinde ölen bebeğiniz oldu mu?	()	()	
32- Daha önce erken doğumunuz oldu mu?	()	()	
33- Bu doğumunuz zamanında mı oldu?	()	()	
34- Ev işlerinde ya da çocuğun/çocukların bakımında eşinizden destek görüyor musunuz?	()	()	
35- Eşinizle evlilik ilişkinizde sorunlar var mı?	()	()	
36- Çocuğunuzun ilk 11 yılı içinde anne ya da babanızdan 1 aydan daha uzun süre ayrı kaldınız mı?	()	()	
37- Ailenizde psikiyatrik tedavi/danışmanlık alan var mı?	()	()	
38- Kendi yaşamınızı kendiniz yönettiğinizi düşünüyor musunuz?	()	()	
39- 39- Gebeliğiniz süresince sigara veya başka bir madde kullandınız mı?	()	()	
40- Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (şeker, tiroid, yüksek tansiyon, kalp rahatsızlığı, kanser v.b.)	()	()	
41- Gebeliğiniz süresince bebeğinizin sağlığı ile ilgili endişeleriniz oldu mu?	()	()	
42- Bebeğinizin önemli bir sağlık sorunu oldu mu?	()	()	
43- Bebeğinizi emzirdiniz mi?	()	()	
44- Bu bebek, daha önceki yaşam biçiminize engel olacak mı?	()	()	
45- Bebeğiniz istediğiniz/arzuladığınız cinsiyette mi?	()	()	
46- Bu gebelikte gebe kalmak için 2 yıldan daha uzun bir süre çaba harcamak zorunda kaldınız mı?	()	()	
47- Bebeğinizde fiziksel veya zihinsel bir özür var mı?	()	()	
	Evet	Orta	Hayır
48- Kendi anneniz ile ilişkileriniz iyi miydi?	()	()	()
49- Kayınvalideniz ile ilişkileriniz iyi miydi?	()	()	()
50- Kayınpederiniz ile ilişkileriniz iyi miydi?	()	()	()

YARDIM ARAMA ÖLÇEĞİ

Tarih: Sayı:

Her durum için, size en çok uyan yanıtın altındaki boşluğu çarpı işareti (X) koyarak doldurunuz

1- Bebeğimin bakımı konusunda daha çok bilgiye ihtiyacım var

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

2- Bebeğimi birine bırakmam gerektiği zaman, komşumdan yardım isterim

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

3- Bebeğime annelik yapabilmem için, manevi desteğe ihtiyacım var

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

4- Bebeğimi, gündüz bakımevine/kreşe bırakıyorum

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

5- Bebeğimin sağlığı konusunda soru sormak istediğim zaman, bir arkadaşşıma sorarım

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

6- Bebeğimin sağlığı konusunda, herhangi bir kimseden yardım istemeyecek kadar bilgim var

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

7- Bebeğimin iyi olduğunu bilmem için, bir hekimin veya hemşirenin bunu bana söylemesi gerekir

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

8- Bebeğimin bakımı konusunda bir sorum olduğu zaman, ne yapacağımı eşime sorarım

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

9- Bebeğimin herhangi bir sorunu olabileceğini düşünmekten kaçınırım

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

10- Dışarı çıktığım zaman, bebeğimi ona bakacak birisiyle bırakırım

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

11- Bebeğimin bakımı konusunda bir sorum olduğu zaman, ne yapacağımı aileme/akrabalarşıma sorarım

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

12- Bebeğimin sağlığı konusunda bir sorum olduğu zaman, bir hemşireye sorarım

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

13- Bebeğimin bakımı konusunda bir sorum olduğu zaman, bir kitap ya da dergiye bakarım

Her zaman	Genellikle	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

- 14- Manevi desteğe ihtiyacım Olduğu zaman, bir arkadaşşıma giderim
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 15- Bebeğimin sağılığı konusunda bir sorum olduğu zaman, bebeğimin doktoruna sorarım
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 16- Bebeğimin bakımı konusunda bir sorum olduğu zaman, ne yapacağımı bir arkadaşşıma sorarım
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 17- Bebeğimin olabilecek sorunlarını, geçeceğini ümit ederek görmezden gelmeye çalışırım
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 18- Bebeğe bakmaktan bunaldığım zaman, ona eşim bakar
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 19- Bebeğimin bakımı konusunda bir sorum olduğu zaman, ne yapacağımı bir hekime veya hemşireye sorarım
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 20- Manevi desteğe ihtiyacı olduğu zaman, onu sağlarım
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 21- Bebeğimi ona bakacak birisiyle bıraktığım zaman suçluluk duyarım
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 22- Bebeğimin özel bir sağlık sorunu olduğu zaman, onu muayene için uzmanına götürürüm
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 23- Bebeğimin sağılığı konusunda bir sorum olduğu zaman, bir kitaba ya da dergiye bakarım
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 24- Bebeğimin sağılığı konusunda bir sorum olduğu zaman, aileme/akrabalarşıma sorarım
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 25- Evden dışarı çıkarken bebeğimi yanşıma alırım
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 26- Manevi desteğe ihtiyacım olduğu zaman, eşime başvururum
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()
- 27- Bebeğime bakım verirken, yükümün hafifletilmesi ihtiyacını duyarım
Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()

28- Bebeğimin bakımı konusunda, herhangi bir kimseden yardım istemeyecek kadar bilgim var

Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()

29- Manevi desteğe ihtiyacım olduğu zaman, aileme/akrabalarımaya başvururum

Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()

30- Bebeğime her gün, günün bir kısmında, benden başka birisi bakar (gündüz bakımevi / kreş, bakıcı veya diğer)

Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()

31- Bebeğimi bakması için birisine bırakmaktansa, evde kalırım

Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()

32- Bebeğimin özel bir sağlık sorunu olduğu zaman, sorularımı yalnızca bir doktor veya hemşire cevaplayabilir

Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()

33- Bebeğime bakım verirken bir sorum olduğu zaman, herhangi birinden yardım istemeden kendim çözümlerim

Her zaman Genellikle Ara sıra Nadiren Hiçbir zaman
() () () () ()

Lütfen aşağıdaki soruların cevaplarını yazınız

34- Bebeğinize bakım verirken bir soru sormak gerekirse, cevabını öncelikle kimlerden / nerelerden bulmaya çalışırsınız?

.....

35- Bebeğinizin ciddi olmayan bir sağlık sorunu olursa, çözümünü öncelikle kimlerden / nerelerden bulmaya çalışırsınız?

.....

36- Bebeğinizin ciddi olabilecek bir sağlık sorunu olursa, çözümünü öncelikle kimlerden / nerelerden bulmaya çalışırsınız?

.....

EK-III

Kendini değerlendirme anketi
Staj Form TX-I

Adı, Soyadı:

Cinsiyeti:

Yaş:

Meslek:

Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra şu anda hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetsinsizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1- Şu anda sakinim	()	()	()	()
2- Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3- Şu anda sinirlerim gergin	()	()	()	()
4- Pişmanlık duygusu içindeyim	()	()	()	()
5- Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6- Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7- Başıma geleceklerden endişe ediyorum	()	()	()	()
8- Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9- Şu anda kaygılıyım	()	()	()	()
10- Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()
11- Kendime güvenim var	()	()	()	()
12- Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13- Çok sinirliyim	()	()	()	()
14- Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	()	()	()	()
15- Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()
16- Şu anda halimden memnunum	()	()	()	()
17- Şu anda endişeleniyorum	()	()	()	()
18- Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	()	()	()	()
19- Şu anda sevinçliyim	()	()	()	()
20- Şu anda keyfim yerinde	()	()	()	()

Kendini değerlendirme anketi
Staj Form TX-II

Adı, Soyadı: Cinsiyeti: Yaş: Meslek: Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadelerin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her Zaman
21- Genellikle keyfim yerindedir	()	()	()	()
22- Genellikle çabuk yorulurum	()	()	()	()
23- Genellikle kolay ağlarım	()	()	()	()
24- Başkaları kadar mutlu olmak isterdim	()	()	()	()
25- Çok kabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırım	()	()	()	()
26- Kendimi dinlenmiş hissederim	()	()	()	()
27- Genellikle sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım	()	()	()	()
28- Güçlüklerin, yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	()	()	()	()
29- Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	()	()	()	()
30- Genellikle mutluyum	()	()	()	()
31- Herşeyi ciddiye alır, etkilenirim	()	()	()	()
32- Genellikle kendime güvenim yoktur	()	()	()	()
33- Genellikle kendimi emniyette hissederim	()	()	()	()
34- Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan sakınırım	()	()	()	()
35- Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	()	()	()	()
36- Genellikle hayatımdan memnunum	()	()	()	()
37- Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	()	()	()	()
38- Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	()	()	()	()
39- Akli başında ve kararlı bir insanımı	()	()	()	()
40- Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	()	()	()	()

EK-IV

Yardım Arama Ölçeği'ne Göre Annelerin Başvuru Kaynakları

- 1- Sağlıkla ilgisi olmayan yakın çevreden birisi,
- 2- Sağlık profesyoneli,
- 3- Kendisi,
- 4- Kitap, internet ya da diğer basın-yayın organları

EK-V

Yardım Arama Ölçeği Alt Boyut

Coronbach's Alpha Değerleri (n=244).

Yardım Arama Ölçeği Alt Boyutları	YAÖ Coronbach's Alpha
Yardım gereksinimi	0.57
Yardım kaynaklarını kullanma (toplam)	0.57
Dinlenme	0.25
Sağlık	0.32
Bebek bakımı	0.39
Destek	0.14

