

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İZLENEN
BEBEKLERİN ANNELERİNDE STRES OLUŞTURAN
FAKTÖRLER; STRESLE BAŞA ÇIKMADA BİRİNCİ
BASAMAĞIN ROLÜNÜN BELİRLENMESİ

Dr. Ayşegül ULUDAĞ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2008

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İZLENEN
BEBEKLERİN ANNELERİNDE STRES OLUŞTURAN
FAKTÖRLER; STRESLE BAŞA ÇIKMADA BİRİNCİ
BASAMAĞIN ROLÜNÜN BELİRLENMESİ

Dr. Ayşegül ULUDAĞ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU

ESKİŞEHİR
2008

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

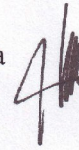
T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Ayşegül ULUDAĞ'a ait "Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oybirliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:14.03.2008

Jüri Başkanı Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İmza



Üye Prof. Dr. Arif AKŞİT
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İmza



Üye Prof. Dr. Neslihan Tekin
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İmza



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu'nun
.....Tarih ve..... Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Zübeyir KILIÇ
Dekan

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren ve tez danışmanlığımı yapan sayın hocam Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU'na, kliniğinde tez yapmamı sağlayan ve yazım aşamasında desteğini esirgemeyen, tez danışmanlığımı yapan Prof. Dr. Neslihan TEKİN'e, tezimin yazımında ve yorumlama kısmında yardımcı olan Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU'na ve Prof. Dr. Gökay AKSARAY'a, rotasyon yaptığımız anabilim dalları başkanları olan Prof. Dr. Zafer GÜLBAŞ'a, Prof. Dr. Sinan ÖZALP'e, Prof. Dr. Zübeyir KILIÇ'a, Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU'na, Doç. Dr. A. Alper ÇEVİK'e, ve rotasyon yaptığım bölümlerde birlikte çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve tezimin istatistiklerinin hazırlanmasında destek olan Biyoistatistik Anabilim Dalı Başkanı Kazım ÖZDAMAR'a ve Yrd. Doç. Canan DEMİRÜSTÜ'ne yardımları için teşekkür ederim.

ÖZET

Uludağ, A. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri takip edilen annelerde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2008. Toplumumuz için yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) takip edilen bebeklerin annelerinde stres faktörlerini belirlemek, annelerin sağlık personelinden beklentilerini ve bilgi alışverişinin yeterliliği, annelerin yaşadığı stresin derecesi uygun bir ölçek ile ölçülerek, bu stresi azaltan ve arttıran faktörleri saptamak, stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünü ortaya koyabilmek amaçlandı. YYBÜ’de bebekleri izlenen 78 anne ile doğum sonrası üçüncü gün ve sonrasında görüşülerek, demografik bilgileri, prenatal, natal ve postnatal öyküleri alındı, annelere durumluk-sürekli kaygı envanteri ile genel sağlık anketi uygulandı. Annelerin sezaryen olma yüzdelerinin çalışmamızda yüksek olduğu, düşük gelir seviyesine rağmen gebelik takiplerinde özel muayenehaneye başvurma sıklıklarının fazla olduğu, düşük sosyoekonomik düzeydeki annelerin daha çok oranda preterm bebeklerinin olduğu belirlendi. Annelerin kaygı düzeyinin bebeklerinin klinik tanıları ve doğum ağırlıkları ile arttığı, eğitim düzeyi ile paralellik gösterdiği, gelir seviyesi ile arasında ilişkinin olmadığı, bebeklerini daha sık görmenin ve temas etmenin kaygıyı arttırdığı, yoğun bakımdaki aletlerin ve diğer bebeklerin görünümünün kaygı ile ilişkili olmadığı saptandı. Bebeklerini hastaneye gelerek gören annelerin kaygılarının daha yüksek olduğu, annelerin bebekleri hakkında doktordan daha yeterli bilgi aldıkları saptandı. Sonuç olarak; Türkiye’deki sağlık koşulları göz önüne alındığında; yüksek riskli bebeklerin taburculuk sonrasında takiplerinin planlanmasında, annelerde doğum sonrasında anksiyete gibi akut ruhsal problemlerin sıklığının artması nedeniyle biyopsikososyal yönden değerlendirilip, oluşabilecek psikolojik bozuklukların gözden kaçırılmaması birinci basamak hekimi olan aile hekimlerinin üzerine düşen görevler olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: YYBÜ, stres faktörleri, kaygı düzeyleri, aile hekimi.

ABSTRACT

Uludağ, A. The mothers' stress factors, whom babies in neonatal intensive care unit; to determine the role of family physician to cope with it. Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Medical Speciality Thesis in department of Family Medicine, 2008. In our study; we aimed to learn the mothers' stress whom babies in neonatal intensive care unit (NICU). Also mothers' expectations from medical workers and the information that medical workers give is enough or not and learn degree of mothers' stress and measure it with appropriate scales and evaluate, how the family physician and medical workers can help them with cope stress for in our society. We met with 78 mothers whom babies in NICU 3 days later after delivery. We asked them their personality information and the history of maternity, birth and after birth period of time. We wanted to apply them the state-trait anxiety scale and the general health questionnaire. In our study; the percent of the cesarean- section rate is higher, the mothers in lower income got more preterm babies and refer to go to doctor's office at high percentage. The mothers' anxiety increased with diagnosis and birth weight, there was no relation with the anxiety and mothers' level of income, there was relation with the mothers' education level, mothers' anxiety increased with touch their infant and see them. The mothers, who came from distance, anxiety level was higher. Conclusions; in Türkiye; after the birth, of a high risk infant; mothers and babies follow-up plan be coordinated and because of increased frequency of mothers' anxiety and acute mental disorders, family physician should follow the families at close range this period of time.

Key Words: NICU, stress factors, anxiety levels, family physician

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Preterm Doğum ve Prematür Bebek	3
2.2. Gestasyonel Yaşa Göre Uygun Ağırlıklı Bebek	5
2.3. İntrauterin Gelişme Geriliği	5
2.4. Düşük ve Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek	7
2.5. Preterm Bebeğin Klinik Özellikleri	8
2.6. Preterm Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburculuğu	12
2.7. Preterm Bebeklerin Taburculuk Sonrası İzlemleri	12
2.8. Bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Ailelerin Bakımı	14
2.9. Aile İle İletişim Stratejileri	16
2.9.1. Antepartum Dönem	16
2.9.2. Ailelere Bilgi Verilmesi	16
2.9.3. Yenidoğan Ekibinin Tanıtılması	16
2.9.4. Oryantasyon	16
2.9.5. Yenidoğan Dönemi	16
2.9.6. Birincil Bakım Sağlayanlar	17
2.9.7. Ailelerle Buluşma	17
2.9.8. Eve Taburculuk	17
2.9.9. Bebek Ölümü	17
2.10. Yenidoğan Bakımının Psikolojik Yönleri	18

2.10.1. Doğumun Aileler ve Bebekler Üzerine Etkileri	18
2.10.2. Yenidoğan Ünitesinin Çevresel Özellikleri	19
2.10.3. Hasta-Doktor İletişimi	19
2.10.4. Aileyi Bilgilendirme	21
2.11. Gebelikte Psikolojik Bozukluklar	23
2.11.1. Genel Anksiyete Bozukluğu	23
2.11.2. Gebelikte Psikolojik Adaptasyon	23
2.11.3. Gebelikte Depresyon	25
2.11.4. Doğum	25
2.11.5. Doğum Sonrası Dönem	25
2.11.6. Laktasyon	25
2.11.7. Perinatal Dönem Bozuklukları	26
2.11.8. Postpartum Blues	26
2.11.9. Postpartum Depresyon	26
2.11.10. Postpartum Psikoz	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ	52
KAYNAKLAR	54
EKLER	
EK-1 New Balard Skorlaması	
Ek-2 Lubchenco Kesitsel Büyüme Eğrisi	
Ek-3. Annelerin Demografik Bilgileri Ve Değerlendirme Anketi	
Ek-4. Genel Sağlık Anketi-34 (Gsa-34)	
Ek-5. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AGA(appropriate for gestational age)	Gestasyonel Yaşa Göre Düşük Ağırlıklı Bebek
BPD	Bronkopulmoner Displazi
C/S	Sezaryen
DSM-IV	The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
ELBW(extremely low birth weight infant)	İleri Derecede Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
GSA(General Health Questionare) IUGG	Genel Sağlık Anketi
IUGG	İntrauterin Gelişme Geriliği
LBW(low birth weight infant)	Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
NVD	Normal Vajinal Doğum
PDA	Patent Duktus Arteriozus
RDS	Respiratuar Distress Sendromu
ROP	Prematurite Retinopatisi
SGA (small for gestational age)	Gestasyonel Yaşa Göre Düşük Ağırlıklı Bebek
STAI(State-Trait Anxiety Inventory)	Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri
SPSS	Statistical Package For Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
VLBW(very low birth weight infant)	Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
λ^2	Kikare Testi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Ailelerin gelir düzeyi	31
Şekil 4.2. Bebeklerin klinik tanıları	32

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Preterm eylem ve preterm doğum için predispozan faktörler	4
Tablo 2.2	Preterm eylem ve IUGG ile ilişkili maternal durumlar	6
Tablo 2.3	IUGG’de yenidoğanda gözlenen klinik problemler	7
Tablo 2.4	Preterm yenidoğanda tedaviye bağlı gelişen bozukluklar	9
Tablo 2.5	Yale-New Haven Çocuk Hastanesi YYBÜ’den preterm bebeğin taburculuğunda kullanılan kriterler	12
Tablo 2.6	Yüksek riskli hasta seçiminde bazı kriterler	13
Tablo 2.7	Yüksek riskli bebeklerin ailelerini destekleme kılavuzu	15
Tablo 4.1	Annelerin demografik özellikleri	30
Tablo 4.2	Bebeklerin klinik özellikleri	31
Tablo 4.3	Annelerin eğitim ile GSA, STAI 1-2 puanlarının dağılımı	33
Tablo 4.4	Bebeklerin klinik tanılarının gelir düzeylerine göre dağılımı	33
Tablo 4.5	Öncesine ait gebelik kaybı olan annelerin GSA, STAI 1-2 puanlarının dağılımı	34
Tablo 4.6	Abortus öyküsü annelerin GSA ve STAI 1-2 puanları	35
Tablo 4.7	Annelerin antenatal dönemdeki hastalıklarının dağılımları	35
Tablo 4.8	Antenatal dönemdeki hastalık ve kontrol sıklıkları	36
Tablo 4.9	Annelerin kontrol sıklığı ile bebeklerin tanılarının ilişkisi	36
Tablo 4.10	Doğum şekli ile annelerin GSA, STAI 1-2 puanları	37
Tablo 4.11	Gebelikte sorun varlığının doğum ağırlığı ile ilişkisi	37
Tablo 4.12	Bebeklerine temas durumu ile annelerin GSA, STAI 1-2 puanlarının dağılımları	39
Tablo 4.13	Bebeğini kendi besleyen annelerin GSA, STAI 1-2 puanlarının dağılımları	40
Tablo 4.14	Süt sağma konusunda bilgilendirilen ve bebeğini besleyen annelerin dağılımları	40
Tablo 4.15	Endişelenme düzeyi ile GSA, STAI 1-2 puanları	41

1.GİRİŞ

Son yıllarda ülkemizde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin (YYBÜ) hem sayıca artışı, hem de kalitelerinin yükselmesi çok küçük doğan prematürelerin, konjenital anomalisi olan, asfiktik ve sepsisli bebeklerin yaşama oranlarını arttırmıştır. Ancak; bu bebekler ne yazık ki, yaşamlarının ilk günlerini anne yanında değil, yoğun bakım ünitelerinde ciddi, yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele ederek geçirmektedirler.

Anne açısından gebelik ve doğum; biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimin yaşandığı, uyum gerektiren, sağlıklı anneler bile kaygı artışı, emosyonel dalgalanmalar gibi ruhsal bozuklukların görülebildiği bir dönemdir (1). Bununla birlikte, sorunlu bir bebeğin doğuşu ailesi için büyük bir emosyonel travma oluşturmakta ve YYBÜ’de hospitalizasyon süresi aile için oldukça stres dolu zamanlar olarak tanımlanmaktadır (2). Bu nedenle; YYBÜ’de çocukları takip edilen ailelerin psikolojik stres durumlarını belirleyen birçok araştırma yapılmıştır (3-5). Yapılan araştırmalarda; yüksek riskli bebeklerin annelerinde anksiyete, depresyon ve posttravmatik stres bozuklukları tanımlanmıştır (6-9).

Miles ve Holditch-Davis tarafından 1997’de bebekleri YYBÜ’de takip edilen aileler için yoğun bakım ortamının stres dolu yapısı tanımlanmıştır. Bu çalışmada fiziksel çevredeki; parlak ışıklar, gürültülü yaşam desteği araçları, monitörizasyon ekipmanları, ilaç kokuları stres unsurları olarak belirlenmiştir. Kendi çocuklarının tüp ve kablolarla bağlı görüntüsü ve etrafta çalışan sağlık personeli aileler için çok rahatsız edici olabilir. Ancak bunlara karşın; asıl stres faktörü ailenin istediği veya arzuladığı aile yapısına kavuşamaması ve bebeğe karşı olan sorumluluklarını (emzirmek gibi) yerine getirememesidir. Ailelerin çocuklarını koruyamamalarından dolayı kendilerini çok fazla umutsuz ve savunmasız, hüsrana uğramış hissettikleri rapor edilmiştir. Birçok araştırmada YYBÜ deneyimi yaşayan ailelerin duygu durumları; umutsuzluk, suçluluk, üzüntü, depresyon, düşmanlık, öfke, korku, anksiyete, acı, savunmasızlık, başarısızlık, kendine güven kaybı olarak gözlenmiştir (10,11).

Ailenin YYBÜ’de yaşadığı fiziksel ve psikolojik engellemeler aile-bebek arasındaki ilişkiyi ve bebeğin gelişimini negatif yönde etkilemektedir (9-12).

DeMier ve ark. (13); 1996'da YYBÜ'de bebekleri takip edilen annelerin, bebekleri sağlığına kavuştuktan 6 ay sonra bile posttravmatik stres bozukluğuna ait semptomların gözlemlendiğini rapor etmişlerdir. Hoyle RH. ve ark.(14) değişken perinatal stresörlerin ölçümünün tanımlanmasında DeMier ve arkadaşlarının yaptığı bu geniş çalışmadaki konfirmasyon faktör analizlerini kullanmışlardır. Bu çalışma stratejisinde saptanan gestasyonel yaş gibi faktörler prenatal maternal stres model ölçüm geliştirilmesinde başarıyla kullanılmıştır (15,16).

Barselona Anne ve Yenidoğan Hakları Bildirgesi 24 Eylül 2001'de tüm dünyadan 3000 perinatoluğun katılımıyla, 21. yüzyılda varolan eşitsizliğin üstesinden gelinerek tüm dünyada insan üreme işleminin anne ve çocuk için iyi fiziksel, ruhsal ve sosyal şartlarda gerçekleşmesini sağlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bildirgede Anne hakları içinde "tüm kadınların gebelikte yeterli sağlık hizmetleri ve koruyucu önlemlerden yararlanma hakkı vardır" denilmekte ve ayrıca "her kadının hastanede kaldığı sürece bebeği ile birlikte olma hakkına sahip olduğu" belirtilmektedir. Yenidoğan Hakları Bildirgesinde ise "her yenidoğanın hayatının geri kalan kısmında kendisine optimal fiziksel, ruhsal, dinsel, ahlaki ve sosyal gelişimini sağlayacak sağlık hizmetini, duygusal ve sosyal bakımı alma hakkına sahip olduğu" belirtilmektedir (17).

Çalışmada bizim toplumumuz için YYBÜ'de yatan bebeklerin annelerinde stres faktörlerini, sağlık personelinden beklentilerini ve bilgi alışverişinin yeterli olup olmadığını öğrenmek hedeflendi. Annelerin yaşadığı stres "Durumluk Kaygı Ölçeği" ve "Sürekli Kaygı Ölçeği" ile ve anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı "Genel Sağlık Anketi" ile değerlendirildi. Annelerin stresini azaltan ve arttıran faktörleri saptamak, annelerdeki azaltılabilir stres faktörlerinde yoğun bakım personelinin benimsemesi gereken davranış biçimi ve stresle başa çıkmada 1. basamağın rolünü ortaya koyabilmek hedef olarak belirlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA) 2003 öncesindeki 5 yıllık dönem için bebek ölüm hızını 1000 canlı doğumda 29 olarak bildirmekte, bunların da %59'unun neonatal dönemde meydana geldiğini belirtmektedir(18). Amerika Birleşik Devletleri'nde(ABD) ise; fetal mortalite hızı binde 8, neonatal mortalite hızı ise binde 6 civarındadır (19).

Türk Neonatoloji Derneği Çok Merkezli Çalışma Grubu'nun 1999 yılında hastaneler bazında incelenen, 92.587 doğumu kapsayan araştırmasında; perinatal ölüm hızını binde 34,9, ölü doğum hızını binde 18, erken neonatal ölüm hızını ise binde 17,2 olarak bulunmuştur (20).

Aynı araştırmaya göre; prematüriteye bağlı sorunlar (%26), konjenital malformasyonlar (%13,7), perinatal asfiksi (%11) ve infeksiyonlar (%1,8) sırası ile mortalite nedenleri olarak belirlenmiştir(20). Yine TNSA 2003 verilerine göre; anneleri tarafından doğduğunda “küçük veya çok küçük” olarak tanımlanan çocuklar arasında neonatal dönemde ölüm olasılığı, “ortalama veya ortalamadan daha büyük” olarak belirtilen çocuklara oranla yüzde 53 daha fazladır.

2.1. Preterm Doğum ve Prematür Bebek

Son adet tarihinden (SAT) itibaren 37. gestasyonel hafta ve sonrasında doğan fetüs ya da yenidoğan; “term bebek”, 37. gestasyonel haftasından önce doğan fetüs ya da yenidoğan ise; “prematür bebek” olarak tanımlanmaktadır(1). ABD'de yaklaşık 10 doğumdan 1'i, yılda 400000 doğum preterm doğum olarak gerçekleşmektedir (21).

Özel bakım gereksinimlerinde yol gösterici olmak açısından pretermli gestasyon yaşlarına göre 3'e ayrılır. Bunlar:

1. İleri derecede preterm (gestasyon yaşı 24-31 hafta)
2. Orta derece preterm (gestasyon yaşı 32-34⁺⁶ hafta)
3. Sınırdaki preterm (35-36⁺⁶ haftalık)

Yetersiz prenatal bakım, düşük sosyoekonomik düzey, anne yaşının 18'den küçük ve 40'dan büyük olması, gebelikte yetersiz kilo alımı ve daha önceye ait preterm doğum veya geç abortus, preterm doğum için risk faktörleridir. Preterm eylem ve doğumun predispozan faktörleri Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Preterm eylem ve preterm doğum için predispozan faktörler.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Spontan membran rüptürü 2. Koryoamnionitis 3. Fetal malformasyon 4. Fetal ölüm 5. Uterusun aşırı distansiyonu <ol style="list-style-type: none"> i. Polihidramnios ii. Çoğul gebelik 6. Uterus anomalisi ve myoma uteri 7. Uterusta bırakılan rahim içi araç (RİA) 8. Plasenta anomalileri <ol style="list-style-type: none"> i. Plasenta Previa ii. Ablasyo Plasenta 9. Servikal yetmezlik 10. Annenin sigara ya da kokain kullanması 11. Elektif indüksiyon 12. Nedeni bilinmeyen faktörler

Gestasyonel yaşın doğru olarak değerlendirilmesi preterm bebek bakımında çok önemlidir. Gestasyonel yaş; viabilite sınırlarını, organ sistem immatüritesi ve disfonksiyonunu, ilaçların farmakokinetik etkilerini ve prematürite problemlerini etkiler. Obstetrik yaş; son menstrüasyon tarihine ve ultrasonda fetal ölçümlere göre değerlendirilir (1).

Yenidoğanların, nörolojik ve fiziksel karakterlerinin gestasyonel yaş ile korelasyonunu değerlendirdiği çalışma ilk olarak Dubowitz tarafından 1991 yılında yapılmıştır. Yenidoğanın fiziksel ve nöromusküler gelişimi gestasyonel yaşa göre skorlanarak maturite değerlendirilmektedir. Daha sonra Ballard tarafından bu skorlama daha da kolaylaştırılmıştır (22) (EK 1: New Ballard skorlaması).

Kesitsel büyüme eğrileri, popülasyonda farklı gestasyonel yaşta doğan bebeklerin antropometrik bilgilerinin değerlendirilmesi ile oluşturulur. Bu eğriler yenidoğanın ağırlığının gestasyonel yaşa göre normal olup olmadığını veya intrauterin büyümenin normal sınırlarda olup olmadığını gösterir. Her büyüme eğrisi lokal popülasyondaki değişik kompozisyondaki anne yaşları, parite, sosyoekonomik düzey, ırk, etnik altyapı, vücut bedeni, obezite veya zayıflık derecesi, gebelikle ilişkili problemler ve beslenme, her annenin bebek sayısı ve gestasyonel yaş gibi parametrelerin değerlendirilmesi ile hazırlanır (1). (EK 2: Lubchenco Kesitsel Büyüme Eğrisi)

2.2. Gestasyonel Yaşa Göre Uygun Ağırlıklı Bebek

Popülasyona spesifik doğum ağırlığı gestasyonel yaşa göre karşılaştırıldığında 10-90 persantil arasında olduğunda bu bebekler “gestasyonel yaşa göre uygun ağırlıklı bebek (AGA)” olarak adlandırılır.

Doğum ağırlığı iki standart deviasyonun altında veya gestasyonel yaşa göre popülasyona özel doğum ağırlığı 10 persantilin altında doğan bebeklere “gestasyonel yaşa göre küçük bebek (SGA)” denilmektedir.

Uzmanlar için, SGA bebekler, perinatal depresyon (asfiksi), hipotermi, hipoglisemi, polisitemi, nörolojik morbidite, fetal ve neonatal mortalite riski yüksek olan bebeklerdir.

Gestasyonel yaşa göre düşük doğum ağırlıklı bebek, patofizyolojik duruma ya da hastalıkların bir sonucu olarak anormal yavaş fetal gelişmeye bağlı olarak ortaya çıkabilir (1).

2.3. İntrauterin Gelişme Geriliği

İntrauterin gelişme geriliği (IUGG); intrauterin dönemde fetüsün genetik ve çevresel faktörlerin birleşmesi sonucunda beklenene göre daha düşük doğum ağırlıklı doğması olarak tanımlanır.

İntrauterin gelişme geriliği “simetrik” ve “asimetrik büyüme geriliği” olarak ikiye ayrılmaktadır. Genellikle simetrik ya da orantılı büyüme geriliğinde; baş çevresi, boy uzunluğu ve ağırlık ölçümleri benzer persantil değerleri içerisindedir. Düşük büyüme potansiyeli olan yenidoğanlarda kromozomal hastalıklar, konjenital

infeksiyonlar ya da çevresel toksinlere maruz kalma simetrik IUGG'ne neden olabilir.

Simetrik IUGG'de obstetrik monitörizasyonda genellikle gestasyonun ortasında veya öncesinde ağırlık, boy ve baş çevresinde gerilik gözlenir. Böyle bebekler major malformasyon ve konjenital infeksiyon açısından büyük risk taşımaktadırlar (23).

Fetal malnutrisyonu olan yenidoğanlarda ağırlık artışı ileri gebelik haftalarında beklenen düzeyde olmaz. Bu bebeklerin baş çevresi ve boyları ile ağırlıkları gestasyonel yaşa göre beklenenden farklı olması nedeniyle "orantısız" ya da "asimetrik büyüme geriliği" olarak tanımlanır. 24-25. gestasyonel haftasından sonra fetüse olan kan akımında azalma sonucunda IUGG ortaya çıkar. Hafif ve orta düzeyde olan asimetrik IUGG'de baş çevresi normal sınırlarda iken, vücut yağ oranında azalma ve ağırlık oranlarında gerilik görülür (23).

İntrauterin gelişme geriliği görülen birçok olguda preterm eylem ve doğum gelişmektedir. IUGG ve preterm eylemle ilişkili bazı maternal nedenler Tablo 1.2'de gösterilmektedir (23).

Tablo 2. 2. Preterm eylem ve IUGG ile ilişkili maternal durumlar.

<ul style="list-style-type: none"> • Düşük ve ileri anne yaşı • Gebelikte düşük kilo alımı • Gebelik boyunca olan maternal hastalık • Nulliparite • Gebelik boyunca oluşan sağlık problemleri • Düşük sosyoekonomik düzey • Siyah ırk (ABD'de) • Çoğul gebelik • Uterin ve plasental anormallikleri • Polihidramnios • Preeklampsi • Diabetes Mellitus • İntrauterin infeksiyon • Sigara içmek, kokain kullanımı ve diğer madde bağımlılıkları

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sigara içimi düşük doğum ağırlığının ilk nedenidir. Gebelikte sigara kullanımının bırakılması ile perinatal mortalitenin %15' lere indirilebileceği görülmüştür.

Yenidoğanlarda IUGG'de gözlenen klinik problemler Tablo 2.3'de gösterilmektedir(1).

Tablo 2.3. İntrauterin gelişme geriliğinde yenidoğanlarda gözlenen klinik problemler.

- Doğum Asfiksisi
- Mekonyum Aspirasyonu
- Devam Eden Fetal Dolaşım
- Hipotermi
- Hipoglisemi
- Hipokalsemi
- Polisitemi
- Konjenital Malformasyon

2.4. Düşük ve Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek

İkibinbeşyüz gramdan daha düşük ağırlıkta doğan bebeklere 1960'larda "düşük doğum ağırlıklı bebek (LBW)", 1970-1980'lerde ise 1500-1000 gram ağırlıkta doğan bebeklere "çok düşük doğum ağırlıklı bebek (VLBW)", 1990'larda da 1000 gram ve altında doğan bebeklere ise "ileri derecede düşük ağırlıklı bebek (ELBW)" tanımlamaları yapılmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1996 istatistiklerine göre LBW ve VLBW gerçekleşme oranı sırası ile % 7,40 ve % 1,40 olarak kaydedilmiştir. Son yıllarda perinatal bakımda uzmanlaşmak, teknolojinin gelişmesi, patofizyolojinin daha iyi anlaşılması ve ELBW bebeklerin gereksinimlerinin daha anlaşılır olmasına bağlı olarak birçok merkezde 1000 gram ve altında doğan bu bebeklerin yaşaması dramatik olarak artmıştır.

Şu ana kadar ELBW terimi doğum ağırlığını değerlendirir, gestasyonel yaş ile ilişkili değildir. 1000 gram altında doğan bebekler 1000 gramdan daha ağır doğanlara göre daha az matür ve dolayısıyla prematüredir. Neonatal problemler ve uzun dönem prognozda farklılık gösterir (23).

Prematurite ile ilişkili durumlar; sınırdan olan maternal yaş, sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, kötü sosyal alışkanlıklar, maternal hastalıklar ve jinekolojik infeksiyonlar tanımlanmıştır (24).

Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yaşama oranlarının artışı ile birlikte nörolojik gelişim problemleri de artmaktadır. Erken gestasyonel yaş, düşük doğum ağırlığı, perinatal asfiksi, mikrosefali, erken anormal nörolojik işaretler, intrakraniyal kanama ve periventriküler lökomalazi gibi iskemik beyin lezyonları kötü prognoz işaret etmektedir.

Bin gram doğum ağırlığından düşük ağırlıkta doğan bebekler 5 yaşa kadar izlendiğinde, bazı fonksiyonlarda büyüme ve nörolojik anormalliklerin erken dönemde olduğu gözlenmiştir. Düşük sosyoekonomik düzey ve artan maternal yaş motor ve kognitif gelişmeyi kötü yönde etkiler. Doğum ağırlığı 2000 gramdan düşük olan bebeklerin ilk 3 yıl içindeki erken tedavisi IQ skalasında, kognitif fonksiyonlarda ve sağlıkta uzun dönemde gelişme sağlar (23).

2.5. Preterm Bebeğin Klinik Özellikleri

Preterm doğan bebeğin intrauterin yaşamdan ekstrauterin yaşama geçişi, organ sistemlerinin immatüritesi nedeniyle, term bebeğe göre oldukça zordur. Preterm bebek solunum sisteminin immatür olması nedeniyle doğar doğmaz solunum desteğine gereksinim duyabilir.

Preterm eylemi durdurmak amacıyla gebe, yakın takibe alınır, fetal iyilik hali görüntülenir, gerekirse; eylemi durdurmak amacıyla tokoliz başlanır ve neonatal morbiditeyi azaltmak amacıyla farmakoterapi başlanır (1).

Antenatal dönemde antibiyotik tedavisi erken membran rüptüründe neonatal morbiditeyi azaltmak için kullanılır. Ayrıca; 37 haftadan düşük doğum haftasında bebeğe Grup B streptokokların vertikal geçişini önlemek amacıyla da antibiyotik tedavisi uygulanmaktadır.

Antenatal kortikosteroid tedavisi respiratuar distress sendromu(RDS) oluşmasını önlemek amacıyla kullanılmaktadır (24).

Preterm eylemde doğum şekli önemlidir. 600-1250 gram ağırlığı arasında sezaryen ile doğan bebeklerin vajinal yolla doğan bebeklere oranla erken intraventriküler hemoraji gelişme olasılığı daha azdır. Sezaryen ile doğan preterm bebeklerin mortalite oranlarının daha az olduğu gösterilmiş; ancak bu alanda daha çok randomize çalışmaya gereksinim vardır.

Preterm bebeklerin matüritesi, doğum ağırlığı ve gestasyonel haftaya bağlı olarak değişmektedir. Yale-New Haven Çocuk Hastanesi'nde 1991-1996 yılları arasında doğan preterm bebekler arasında yapılan bir çalışmada, maturasyonun ve beklenen yaşama olasılığının belirlenmesinde gestasyonel haftanın doğum ağırlığına göre daha iyi bir belirleyici olduğu gösterilmiştir. Yine birçok yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 23 haftalık gestasyonel yaş en düşük viabilite sınırı olarak belirtilmiştir (1).

Preterm bebeklerin problemleri çoğunlukla birçok organın immatüritesinden kaynaklanmaktadır. İmmatüritenin derecesi ise; gestasyonel yaş ve doğum ağırlığına bağlıdır. İkinci önemli nokta; preterm bebeklerin birçok problemi kısmen ya da çoğunlukla iatrojeniktir (23).

Preterm bebeklere YYBÜ'de uygulanan tedaviler morbiditeyi arttıran yan etkilere neden olabilir. Çoğunlukla ventilatörün neden olduğu barotravma, volüm travması ve oksijen toksisitesi kronik akciğer hastalığı ve bronkopulmoner displazi gelişiminde rol oynar. Tedaviye sekonder gelişen bozukluklardan bazıları Tablo 2.4'te gösterilmiştir.

Tablo 2.4. Preterm yenidoğanda tedaviye bağlı gelişen bozukluklar.

PRİMER BOZUKLUK	TEDAVİ	SEKONDER BOZUKLUK
Respiratuar distres sendromu	Mekanik ventilasyon	Kronik akciğer hastalığı
Kronik akciğer hastalığı	Kortikosteroid tedavisi Diüretik tedavisi	Büyüme geriliği Hiperglisemi Hipertansiyon Elektrolit imbalansı Nefrokalsinozis Osteopeni
Patent duktus arteriozus	İndometazin	Renal disfonksiyon
Gastrointestinal immatürite	Parental hiperalimentasyon Santral venöz kateter	Kolestazis Bakteriyemi, Sepsis
Multiple organ disfonksiyonu	Laboratuar testleri	Anemi

Prematüritenin neden olduğu birçok problem, büyüme ve maturasyon ile gerilemektedir. Örneğin; 24.-28. gestasyonel haftasında doğan bebekte gelişen apne; konsepsiyon sonrası 38.haftaya kadar devam eder.

Preterm bebeğin doğum sonrası en acil durumu; gelişmemiş respiratuar fonksiyonudur. Akciğerin anatomik ve fonksiyonel immaturitesinin insidansı ve derecesi gestasyonel yaş ile ilişkili ve doğum öncesinde anneye uygulanan kortikosteroid tedavisi gibi birçok olaya bağlıdır.

Prematürite ile ilişkili sepsis, asfiksi, Patent duktus arteriozus (PDA), mekanik ventilasyona bağlı kalma ve oksijen desteği de preterm bebekte akciğer hastalığının gelişmesine ya da kronik akciğer hastalığı veya bronkopulmoner displazinin gelişmesine neden olabilir (1).

Otuzikinci gestasyon haftasından önce doğan bebeklerde; düzeltilmiş yaşa göre 36 hafta sonrası ve 32. hafta veya sonrasında doğanlarda 28 gün üzerinde oksijen desteğine gereksinim duyulması “bronkopulmoner displazi (BPD)” olarak tanımlanmaktadır. BPD kilo alamama, gelişim geriliği, devamlı tıbbi bakım gerektirmektedir (1).

Bronkopulmoner displazide oksijen tedavisi; hipoksemiden korunmak, pulmoner vazokonstriksiyonu engellemek, pulmoner hava rezistansını azaltmak, sağ ventrikül fonksiyonunu geliştirmek ve oksijen ulaşmasını geliştirmek amacıyla uygulanmaktadır (23).

Preterm yenidoğanda oluşan kardiyovasküler sistemle ilgili problemler nadiren fonksiyonel immaturite ile ilgilidir. Kardiyak yetersizlik genellikle persistan PDA'ya bağlı olarak ortaya çıkar. PDA; sepsis ya da asfiksi gibi sekonder gelişen akut problemlere veya konjenital kalp hastalıklarına bağlı myokardial disfonksiyon gelişmesine neden olur (1).

Doğum sonrasında plazma oksijen basıncı hızla yükselerek duktus arteriozusta reaktif vazokonstriksiyona neden olur. Birçok yenidoğanda duktus arteriozus doğumdan 10-15 saat sonra ve hemen hemen bütün yenidoğanlarda 2 güne kadar fonksiyonel olarak kapanır. Preterm bebeklerde muhtemelen oksijen basıncına verilen vazokonstriksiyon cevabın yetersizliği ve prostaglandinlerin rolü nedeniyle duktus arteriozus kapanması gecikir.

Yapılan araştırmalarda hospitalizasyon süresince doğum ağırlığı 500-999 gram arasında olan yenidoğanlarda %42 oranında, 1000- 1499 gram arasında olanlarda %21, 1500-1750 gram arasında doğanlarda ise %7 oranında semptomatik PDA saptanmıştır. PDA respiratuar distres sendromunu kötüleştirir, bronkopulmoner displazi insidansını artırır ve kan dolaşımına etkisinden dolayı nekrotizan enterokolit, serebral iskemi ve intraventriküler hemoraji riskini artırır. Progresif kalp yetmezliği ve düşük kardiyak output yaşamı tehdit edebilir (1).

Patent duktus arteriozusa yaklaşım kliniğe bağılı olarak değişir. Birçok olguda prostaglandin inhibitörü olan indometazin kullanılır.

Fetüste 24.-40. gestasyonel haftalar arasında vücuttaki su oranı azalırken yağ kitlesi artar. VLBW bebeklerde doğumda vücutta düşük yağ kitlesi, yüksek vücut sıvı oranı ve geniş vücut yüzeyi bulunur. Erken gestasyonel haftalarda toplam vücut sıvı oranı yüksek değil iken; intrasellüler sıvı oranı düşük ve ekstrasellüler sıvı oranı yüksektir. Yenidoğanda doğum sonrası ekstrasellüler kompartmanda sıvı kaybından dolayı ağırlık kaybı olur. Düşük doğum ağırlıklı doğan bebeklerde vücut ağırlığının çok büyük yüzdesinde kayıp olur (23).

Preterm eylemde infeksiyonun potansiyel rolü tartışılmaktadır. Preterm yenidoğanda infeksiyon term yenidoğandan daha sık görülmekle birlikte; morbidite ve mortalitenin de major nedenidir.

Preterm bebekler; intraventriküler periventriküler hemoraji, periventriküler lökomalazi, prematür retinopatisi ve işitme kaybı gibi birçok nörolojik problem için yüksek risk taşır. Saptanmış nörolojik anomalisi olmayan preterm bebeklerde bile nörolojik gelişim problemleri görülebilir (1).

Çok düşük doğum ağırlıklı bebekler arasında interventriküler hemoraji insidansı %30-35 arasındadır, morbidite ve mortalitenin major nedenidir (23).

Prematurite retinopatisi (ROP) normal retinal damarların büyüme ve gelişmesinin bozulmasıdır. Tedavi edilmeyen bu durum görmede bozulma ve körlüğe neden olur. ABD’de doğum ağırlığı 1500 gram altında olan her yıl 500 bebekte ROP nedeniyle körlük ve yaklaşık 4500 bebekte belirgin retinal skar oluştuğu saptanmıştır(1).

2.6. Preterm Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburculuğu

Birçok problem zamanla preterm bebeğin büyüme ve gelişmesiyle düzelirken, bazı sorunlarda büyümeyle birlikte ortaya çıkar. Preterm bebeğin YYBÜ'den taburculuğunda göz önünde tutulan kriterler Tablo 2.5'de gösterilmiştir.

Tablo 2.5. Yale-New Haven Çocuk Hastanesi YYBÜ'den preterm bebeğin taburculuğunda kullanılan kriterler.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Ağırlığı 1850 gram veya üzerinde olması 2. 35 hafta veya daha büyük olmak 3. Olgunlaşma kriterleri <ul style="list-style-type: none"> • 7 günden daha uzun süredir apnenin olmaması • Ağızdan beslenme • Ağızdan beslenme ile kilo alma 4. Hastanede tedavi gerektirecek akut hastalığın olmaması <ul style="list-style-type: none"> • Ayaktan tedavi edilebilecek kronik akciğer hastalığı • Ayaktan tedavi edilebilecek prematür retinopatisi 5. Ev sosyal ortamının kabul edilebilir olması 6. Aile eğitiminin tamamlanması <ul style="list-style-type: none"> • Seçilmiş vakalarda kardiyopulmoner resusitasyon eğitimi 7. Taburculuk öncesi test ve prosedürlerin tamamlanması <ul style="list-style-type: none"> • İşitme testi • Göz muayenesi • İmmünizasyonun sağlanması • Respiratuar sinsistyal virus immunoproflaksisini mevsiminde ise güncellemek • Santral kateterin çıkarılması • Mevcut ise inguinal herninin opere edilmesi • Mevcut ise nekrotizan enterokolit nedeniyle yapılan ileostominin kapatılması • Ailenin isteğine bağlı olarak sünnet yapmak 8. Preterm bebeği ayaktan izleyecek pediatrist ile kontrol tarihlerinin programlanması

2.7. Preterm Bebeklerin Taburculuk Sonrası İzlemleri

1970'lerden itibaren yüksek riskli yenidoğanları takip programları geliştirilmeye başlandı. Bu programlar; hasta seçimi, kullanılacak değerlendirme yöntemleri, aile ile iletişim, takiplerin sıklığı ve takip programının temellerini

içermektedir. YYBÜ’de takip edilip taburculuğu planlanan preterm bebeklerin yüksek riskli hasta olarak kabul edilmesinde göz önünde bulundurulan bazı endikasyonlar Tablo 2.6’da gösterilmiştir.

Tablo 2.6. Yüksek riskli hasta seçiminde bazı kriterler.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Doğum ağırlığı 1250 gram ve daha az olanlar 2. 12 saat ya da daha fazla mekanik ventilasyona bağlı kalanlar 3. Bronkopulmoner displazi 4. Postkonsepsiyonel 38.haftada veya sonrasında tekrarlayan apne epizodlarının olması 5. Grade 2-4 arasında intraventriküler hemoraji, intraserebral lezyon veya ultrasonda ya da tomografide ventrikülomegali 6. Nöbet geçirmek ya da persistan nörolojik bozukluk 7. Menenjit 8. Kistik beyaz cevher hastalığı 9. Bir veya daha fazla konjenital anomali 10. Neonatal dönemde major cerrahi gerektirecek hastalık

Yüksek riskli bebeklerde rutin tıbbi bakımı; immunizasyon yönetimi, büyümenin değerlendirilmesi, görme ve duyma muayenesini de içerir. Preterm bebeklerde büyüme takibi ve immunizasyon, term bebekteki gibi yapılır (1).

Amerikan Pediatri Akademisi oksijen tedavisi alan prematür bebeklere göz muayenesini önermektedir. Doğum ağırlığı 1500 gramdan az olan, 28. gestasyonel haftada doğan ve 1500-2000 gram ağırlığında kompleks sağlık problemleri olan bebeklerin az iki kez fundal göz muayenesinin yapılması gereklidir. İlk muayene doğum sonrası 4-6. haftada veya 31-33. gestasyonel haftalarda yapılır. İkinci göz muayenesi 1-3 hafta arasında, bulgulara bağlı olarak normal vaskularizasyon tamamlanana kadar yapılır(25). Tedavide retinal kriyoterapi veya lazer ablasyon uygulanır. ROP gelişen ya da gelişmeyen prematür bebekler görme bozukluğu riski taşır ve bu olgularda periyodik göz muayenesi retina matür olana kadar devamlı

yapılmalıdır. Retinopati tanımlandığında ise göz muayenesi hastalık durağan hale gelene ya da iyileşene kadar devam etmelidir (23).

İşitme kaybı; sese karşı davranışsal ya da elektrofizyolojik yanıt ile değerlendirilir. Elektrofizyolojik yöntemler genellikle doğumdan sonra ilk bir yılda uygulanmalıdır (24).

Yüksek riskli bebeklerde taburculuk esnasında çözülmemiş birçok sorun oluşabilir. Yenidoğanda tekrarlayan nöbetler için antikonvülzan tedavi, duyma ya da motor kayıp için özelleştirilmiş birçok program, bronkodilatatörler, diüretikler, fizyoterapi, yüksek kalorili diyet, bronkopulmoner displazi için oksijen tedavisi, apne perizodları olan bebekler için apne monitorizasyonu ve teofilin kullanımı, büyüme geriliği olan bebekler için konsantre beslenme veya nutrisyonel destek, kısa barsak sendromu olan bebekler için ise evde, özel parenteral beslenme kullanılabilir (1).

2.8. Bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Ailelerin Bakımı

Her çocuğun bakımında psikolojik konular ve ailesel destek oldukça önemlidir. İster yoğun bakım gerektirsin, ister gerektirmesin; preterm doğum ailede anksiyeteyi artırır. Doğum stabil ve komplikasyonsuz olsa bile; aileleri için preterm bebek doğumu, belirsiz, anksiyete provake edici ve yaşam kalitesini değiştiren bir olaydır. Hasta çocuğun ailesi; coğrafi yer değişikliği, iş anlaşmazlıkları, muhtemelen kazanç ya da birikim kaybı, diğer sağlıklı çocuklara bakmada zorluk, uyku düzeninde bozulma, yorgunluk, preterm bebeğin prognozundaki belirsizlik nedeni ile anksiyete yaşarlar (1).

Ailelerin bu dönemde karşılaştıkları zorluklardan biri de bebeklerinin hospitalizasyonu esnasında karşılaştıkları çok sayıdaki insandır. Aileler kendilerini bilmedikleri insanlara anlamadan güvenir halde ve kendilerine tamamen yabancı çevreye alıştırmaya çalışırken bulurlar (23).

Hekim; ailelere beklenenleri ve beklenmeyen durumları şekillendirerek anlatmalıdır. Burada sabır, dürüstlük ve merhamet temel esaslardır. Önceden tahmin edilen sorular ve kaygılar, aynı mesajları tekrarlamak, verilen desteği tanımlamak, iletişimi korumak hekim ve hemşirelerin ortak görevleridir. İdeal olanı ailenin mevcut olan sorunlarını farklı disiplin ve perspektifdeki çalışma grubunun belirlemesidir (1).

Erken postnatal dönemde aile-hekim arasında eğer iyi ilişkiler kurulamazsa, aile; taburcu edildikten sonra ziyaret etmekten çekinebilir ve bu durum çocuk istismarı ya da ihmali riskini artırır.

Tablo 2.7’de aileleri destekleme konusunda tıbbi ekibin bebeğin medikal izlemi boyunca ve yattığı sürece vereceği desteğin ana hataları özetlenmiştir (23).

Tablo 2.7. Yüksek riskli bebeklerin ailelerini destekleme kılavuzu.

<p>Amaçlar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ailelere bu tıbbi durumla baş etme yeteneğini kazandırmak 2. Ailelere taburculuk sonrası çocuğun bakım sorumluluğunu kazandırmak
<p>Stratejiler</p> <p>Antepartum yaklaşım:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekip elemanları arasında bilgi koordinasyonu 2. Aileye somut bilgi vermek 3. Neonatal ekibi aile ile tanıştırmak 4. Aileyi neonatal bakım ekibine yöneltmek
<p>Yoğun Bakım Ekibi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bilgiyi koordine etmek 2. Aile ile YYBÜ dışında buluşmak 3. Bebeğin bakımını aile ile paylaşmak 4. Stres faktörlerin belirlemek ve baş etmede destek vermek ve fikir üretmek
<p>Sonuca hazırlanmak</p> <p>Eve gitmek</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aileler ile takip planını ve ekip elemanları ile buluşma zamanını koordine etmek 2. Kaynakları belirlemek 3. Taburculuk öncesi ev düzeni kurulmasını sağlamak 4. Taburculuk sonrası telefonla takip etmek
<p>Ölüm</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aileyi ‘ölüm’ fikrine alıştırmak 2. Aileye bebekle ilgili elverişli durum sağlamak (kucağa almak, gizlilik) 3. Aile desteğini harekete geçirmek 4. Aileye otopsi ya da cenaze ile ilgili karar vermede yardımcı olmak 5. Psikolojik destek teklif etmek 6. Kendini alıştırmaya yardım etmek amacıyla telefon görüşmeleri yapmak

2.9. Aile İle İletişim Stratejileri

2.9.1. Antepartum Dönem

Normal gebelik fiziksel ve psikolojik değişimlerin eşlik ettiği, ailenin bebek ile ilgili beklentilerini içeren adaptasyon dönemidir. Fetal anomali, hastalık ya da ölüm olasılığı olduğunda ailelerin bu duruma kendilerini alıştırmaları gerekir (23).

2.9.2. Ailelere Bilgi Verilmesi

Tehdit eden olayı anlamak, adaptasyonu sağlamadaki en önemli stratejidir. Yüksek riskli bebek hakkındaki somut problem aile ile paylaşılmalıdır. Aileler genellikle olaylardan hemen haberdar olmak isterler. Komplike ya da teknik bir problem varlığında aileler endişeli ve korkmuş olurlar. Bu durumda iletişimi koordine etmek önemlidir; ekip elemanları aile ile neyin nasıl tartışılacağını, takip sırasında nelere ihtiyaç olacağını ve hangi sorumlulukları yerine getireceklerini paylaşmaya gereksinim duyarlar (23).

2.9.3. Yenidoğan Ekibinin Tanıtılması

Aileye obstetrik ekibin, YYBÜ’de bebeği hazırlayacak olan neonatal ekibe tanıtması uygun olacaktır (23).

2.9.4. Oryantasyon

Doğum öncesi zamanda ailenin YYBÜ’ne oryantasyonu gelişen olaylara aileyi hazırlar. Annenin YYBÜ’yi gezmesi önemli bir adımdır. YYBÜ’de bulunan ventilatöre bağlı ya da intravenöz damar yolu bağlı bebekler aileyi karşılaşacakları durumlara alıştıırır. Monitörlerin sesi daha önceden deneyimi olmayanlar için rahatsızlık vericidir (23).

2.9.5. Yenidoğan Dönemi

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki hekimler bazı zamanlarda oldukça yoğunurlar. Ailelerin neonatal ekip elemanlarından farklı bilgi alması aileyi çelişkiye sürükler.

2.9.6. Birincil Bakım Sağlayanlar

İnfant YYBÜ’de çok fazla süre kalırsa hemşire, sorumlu doktor ve sosyal çalışma uzmanı primer bakım sağlayanlar rolünü üstlenir. Bu elemanlar aile ile bağlantı sağlar ve bazı zamanlarda aile ile buluşma planlar, bebek için uzun dönemli planları ve amaçlarını aileye anlatırlar.

2.9.7. Ailelerle Buluşma

Bilgi aktarmak için diğer bakım ekibi elemanları ile birlikte klinik dışında buluşmak etkin olacaktır. Aile toplantılarında neler olduğu açıklanır, neler olabileceğini anlatılır ve nelerin yapılabileceği kararlaştırılır. Bu toplantılar ailenin olayları anlama düzeyini belirlemeyi sağlar. Bu toplantılarda bebeğin genel durumu hakkındaki bilgi aile üyeleri ile paylaşılmış olur.

Aile toplantıları bebek yoğun bakıma alındıktan sonra başlar. Bebeğin durumu belirgin değilse, birkaç gün içinde aile ile görüşme yapılır (23).

Preterm hasta bebeğin ailesi bu durumla baş etmeye çalışır. Bu aşamada birçok aile suçluluk ve anksiyete yaşar. Bazen aileler açık görüşmelere karşı koyar. Bu durumda görevli sosyal çalışma uzmanı bunları belirleyerek ailenin gereksinimlerini anlamaya çalışır (1).

2.9.8. Eve Taburculuk

Özellikle, uzun süre hastanede yatış sonrasında eve taburculuk, ailede anksiyete ve korku yaratır. Ziyaretlerin sıklığını arttırmak ve personelle ilişkinin devam ettirilmesi ailenin evde bebek bakımını sağlamaya alıştıır. Az sayıda ziyarette bulunan aileler bebeğin taburculuğuna daha az hazırdırlar (23).

Bebeğin taburculuğundan yaklaşık 7-10 gün öncesinde, aile ile toplantı yapılmalıdır. Hatta; bebek ile ailenin taburculuk öncesi özellikle geceleri bir arada kalması sağlanmalıdır. Başarılı takip programının, aile ile iletişim kurularak yapılan olduğu unutulmamalıdır (26).

2.9.9. Bebek Ölümü

Bebek öldüğünde aileye, bebeğin son bakımını yapmayı isteyip istemedikleri sorulmalıdır. Bunu kabul eden birçok ailenin bebeği kaldıramadığı veya bebekle yalnız kalamadıkları görülmüştür. Ailelerin bu esnada endişeli, ancak; ölen bebekleri ile birlikte olduklarından kendilerini iyi hissettikleri gözlenmiştir (23).

2.10. Yenidoğan Bakımının Psikolojik Yönleri

2.10.1. Doğumun Anneler ve Bebekleri Üzerindeki Etkileri

Neonatal dönemde annenin ve muhtemelen babanın duyguları, alışkanlıkları ve fiziksel durumları annenin bebeği ile ilişkisini etkiler. Anne çocuk doğurmakla yüzleşince korkuları başlar. Bu durum doğum şekli ile de etkilenmektedir. Normal vajinal doğuma (NVD) göre sezaryen (C/S) sonrasında bazı anneler annelik duygularını daha olumsuz ifadelerle tanımlamış, bebeğine karşı daha az ilgi gösterdiğini ve doğum deneyimlerinden daha az memnun kaldıklarını belirtmişlerdir (27,28).

Robson ve Kumar (29) annelerin özellikle amniotik membran yapay yöntemlerle rüptüre edildiğinde ve beraberinde ağrılı veya kötü doğum eylemi gerçekleştiğinde; doğumdan hemen sonra bebekleri hakkında daha olumsuz konuştuklarını gözlemlemişlerdir.

Klaus ve Kennell (30) ise; doğum ve birkaç gün sonrasının bebek ve anne için oldukça duyarlı bir dönem olduğunu tanımlamışlardır. Bu sürede, anne-bebek arasında ayrılık devamlı olursa rahatsızlık oluşturacağını savunmuşlar, bu rahatsızlığın ise; bebeğin gelişimini engellediğini belirtmişlerdir.

Doğan bebekte anormal bir durum olduğunda ailenin doğum öncesindeki korkuları gerçekleşir. Normal bir çocuğu büyütememekten dolayı suçluluk duygusu ve depresyon oluşabilir. Ancak; ailelere iyi destek sağlandığında ve bebeğin devamlı olan ciddi problemleri yok ise; prematür bebekleri olan ailelerin miadındaki bebekleri olan aileler ile aynı duyguları paylaştıkları çalışmalarla gösterilmiştir (31).

Çocuğun hasta olması durumunda aile endişeli olacaktır. Literatürde; bu içinde buldukları duruma üzölmeye verilen tepki; anksiyete olarak tanımlanmaktadır (1). Yenidoğan ünitesinde bebekle temas sağlanıyor olması aralarındaki ilişkiyi olumlu etkileyebilir, ancak; yüksek seviyedeki anksiyetenin mi ziyareti arttırdığı ya da ziyaretin mi anksiyeteyi provake ettiği bilinmemektedir. Bazı olgularda anneler bebeği ile olan birlikteliğin azaltılmasına karşı direnmekte, bebek ile birlikte daha fazla zaman geçirmeyi istemektedirler (32).

Neonatal problemler annede aşırı korumacılığa, bu da ailede ve sağlık personeline aşırı anksiyeteye neden olabilir. Bu ailelerle yapılan görüşmelerde, bilgi

alma isteklerinin aşırı derecede olduğu ve bebeklerinin problemlerinin tartışmak için daha fazla zaman istedikleri görülmüştür (33).

2.10.2.Yenidoğan Ünitesinin Çevresel Özellikleri

Neonatal ünitenin çevresel özellikleri bebeği ve ailesini etkiler. Örneğin; entübasyon tüpleri; ailesi ve bebek arasında fiziksel ve psikolojik engel oluşturur. Entübe bebeklerin ağlamasını duymak aile için oldukça zordur ve bu durum özellikle bakımı sağlayan personelle ilişkisini etkilemektedir (34).

Neonatal ünite de çalışan personelin devamlı değişiklik göstermesi de personelin bebeğin karakteristik özelliklerini öğrenememesine neden olur. Toronto’da yapılan bir çalışmada; 49 gün neonatal ünite de hospitalize edilen yenidoğana 71 farklı hemşirenin ilgilendiği gösterilmiştir (35).

Ventilatörlerin gürültüsü, gece ve gündüz devamlı yanan ışıklar bebeği çoğu zaman sirkadiyen ritimden uzaklaştırmaktadır (34).

Yenidoğanda takip edilen preterm ve hasta bebeklere, ses ve ışıkların düzenlenerek, bebeklere dokunularak ve okşanarak, müzik dinletilerek yapılan stimülasyon çalışma programları uygulanmıştır. Bazı programlarda annelerin destek alınmıştır. Bu çalışmaların sonucunda; verilen program ne kadar kaliteli ve kapsamlı olursa olsun, sonuçların birbirine benzer olduğu görülmüştür (36,37).

Yine yapılan ‘skin to skin care’ – ‘tenden tene bakım’(kangaroo) yönteminde anne ve baba kıyafetlerinin içine bebeği koruyarak göğüslerine alırlar. Bu yöntemle meme ile besleme oranının arttığı, bebekte kilo alımının olduğu ve eve erken taburculuğun gerçekleştiği gözlenmiştir(38). Aynı zamanda sıcaklık ayarlaması, solunumun düzenlenmesi, kalp atımının stabilizasyonunu sağladığı saptanmıştır (39).

2.10.3. Hasta- Doktor İletişimi

Doktorlar ailelere bilgi verirken ve danışmanlık yaparken kurum dili kullanırlar. Kurumsal dil kullanımının kendine özgü kuralları vardır ve hem bireysel hem de toplumsal özellikler taşır. Hasta-doktor iletişiminde, işbirlikçi iletişim modeli ve çatışma modeli olarak iki yapı tanımlanmaktadır. İletişimde genelde işbirlikçi model benimsense de zaman zaman çatışma modeli de yer almaktadır. Çatışma durumu hasta doktorun dediklerini kabul etmediğinde, hastanın söylediklerine/ anlattıklarına doktor önem vermediğinde, doktorun hastanın dediğinin tamamen

tersini iddia ettiği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu durumda doktorların iletişimin devamını sağlamak amacıyla hastaya belli soruları sormaktan kaçınmak, konuştukları konuyu değiştirmek, hastanın dikkatini başka bir konuya odaklamak, maksatlı olarak hastanın söylediğini yanlış anlamak gibi geliştirdikleri stratejiler vardır. Bu stratejileri hastanın yararı için, hastayı iletişime katmak ve iletişim kesilmeden devam etmek amacıyla yapmaktadır.

Hasta ile doktor arasındaki iletişimde vurgulanması gereken önemli noktalardan bir diğeri de zorunlu uzlaşmada kullanılan dilin anlaşılır olmasıdır. Ancak doktorun kullandığı dil meslek dilidir. Bunu bilen doktor kullandığı dildeki bazı terimleri – anlaşılması gereken terimleri – tıp dilinden günlük dile çevirmeye çalışmaktadır. Yapılan çeviri tıp alanına ait terimin içeriğinin günlük dile çevrilmesidir. Çevirideki eşdeğerlilik kısmen sağlanabilmektedir. Böyle bir durumda doktor bir yandan çeviride zorlanmakta, bir yandan da hasta yapılan çeviriyi ya hiç anlamamakta, ya yanlış anlamakta ya da kısmen anlamaktadır.

Hasta-doktor iletişiminde önemli bir diğer nokta da kurumun doktora sağladığı yetkiyi doktorun iletişim sırasında yaşamasıdır. Bu yetki ile doktor kontrol etme yetkisi de elde etmektedir. Bu durumda gerçekleşen iletişim şeklinde; doktor iletişimi kendi istediği yönde şekillendirmekte, hasta özgür bir konuşma ortamında olmadığını algılamakta, doktor iletişimdeki aksaklıkları gidermeye çalışmakta, hasta durumu gereği doktorun dediklerine katılmayı yeğlemekte, doktor kendi öğrenimi sırasında öğrendiği eylem biçimlerini kullanmakta, hasta doktoru kendisinden daha bilgili/deneyimli olarak görmekte vb. olaylar yaşanmaktadır. Bunların sonucunda doktor daha çok söz sahibi ve dil kullanımının daha özgür olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. İletişimde hasta-doktor arasında doktorun ve hastanın sorumluluğuna giren bazı aksaklıklar vardır. Bu alanda yapılan Löning (1985) çalışmasında tıp meslek diline değinilmekte, dilin geleneksel mesleki dil olduğunu vurgulamakta ve çok geniş bir kelime haznesi olduğundan bahsetmektedir. Bu dilin doktora iletişimde üstünlük sağladığını ve hastanın anlamamasını şaşırtıcı olmadığını ifade etmiştir. Weinhold (1998) dil kullanımında ortaya çıkan anlaşmazlıkların iki bireyin amaçlarının/eylem amaçlarının bir durumda birbirine uymamasından ya da karşılıklı olarak bir şeye katılmamasından kaynaklandığını söylemektedir. Lalouscheck (1994) iletişimde kapalı uçlu sorular sorulması nedenli hastaların acılarını betimlemesini

engellendiğini belirtmiştir. Duman ve Çelikel ise soruların tek amacının tanı konulması olduğu ifade etmişlerdir. Conte (1981) doktorun önemli bulduğu soruları yanıtladıklarını belirtmiş, yani hastanın sorduğu sorular tıp ile ilgili değilse cevap vermediklerini savunmuştur. Etkileşimde önemli bir nokta da doktor ve hastaların önem verdikleri şeylerin ve beklentilerinin farklı olmasıdır. Doktor için önemli olan hastalığın nedenini bulmak, hasta için kendi korku, endişe ve ağrılarını doktora anlatabilmektir. Habeck, Engel ve Münstermann hastaların gerçeği içeren bilgileri her zaman doktordan alamadıklarını savunmuşlardır. Eğer hastalık çok ağır seyrediyorsa ya da hasta terminal dönemde ise, doktorlar genelde hastaya bu durumla ilgili açık şeyler söylememektedir (40).

2.10.4.Aileyi Bilgilendirme

Antenatal dönemde gebelik ve doğum eylemi özellikle doğum yaklaştıkça normal doğum ve sezaryen hakkında hekim tarafından danışmanlık hizmeti anne adayına ve aileye verilir. Aktarılan bilgi ile danışanın doğru karar vermesine yardımcı olunmaktadır. Yalnız danışman ile danışanın bilgileri farklı bilgilerdir. Bu nedenle danışmanın bilgisini/ meslek bilgisini, uzman olmayan ve meslek bilgisi olmayan birine aktarırken zorlukların ortaya çıktığı söylenebilir. Çünkü uzman olmayan biri uzman bilgisini değerlendirecek bilgiye sahip değildir. O halde, uzman olmayan birinin sorunlarını çözebilmesi için mutlak bir biçimde uzman tarafından değerlendirilmiş olan bilgiye gereksinimi vardır.

Aktarılan bilgiyi danışan açısından düşünecek olursak; onlar kendilerine aktarılan uzman bilgisi içinden işlerine yarayacak olanları ayıklamaktadırlar. Bu bilgiler doğrultusunda kendilerine sunulan değerlendirmeleri, eylem önerilerini ve eylem yönlendirmelerini kabul etmektedir.

Bu bilgilerin kabul edilmesi yapılan önerilerin ve yönlendirmelerin kendileri için uygun olacağına ya da işlerine yarayacağına ve sorunlarını çözüm getireceğine inanmalarına bağlıdır (40).

Danışmanlıkta bilgi aktarımı esnasında kurum çalışanı çok daha fazla konuşarak, daha fazla bilgi aktarmaktadır. Ancak göz ardı edilen, gereğinden fazla bilgi vermenin uzman olmayan için ne kadar yararlı olacağıdır.

Danışman konumunda olan doktor, bilgisinin ne kadar aktarılması gerektiğine kendisi karar vermektedir. Verilen bu kararda danışanın soruları belirleyici

olmaktadır. Doktor aynı zamanda danışanın eğitim düzeyine bağlı olarak da bilgi aktarmaktadır. Eğitim düzeyi gibi yaşı da aktarılan bilginin niceliği ve niteliğini değiştirmektedir (40).

Postpartum dönemde de aileler bebeklerinin durumu ya da prognozu hakkında bilgi almak isterler; ancak çoğunlukla tatmin edici bilgi alamadıklarından yakınır. Mesai saatleri içerisinde neonatal ekibin ailelere zaman ayırarak, onların anlayabileceği dilden bebekleri hakkında bilgi vermeleri oldukça zordur.

Yoğun bakımda çok sayıda çalışanın bulunması, kullanılan tıbbi terimlerin çokluğu nedeniyle hasta yakınları ile sağlık personeli arasında kötü iletişim kurulmaktadır. Hasta yönetiminde efektif ve etkin bir iletişim kurulması gerekmektedir. Bilginin yorumlanması, bunun uygun ve kabul edilebilir kavramlara dönüştürülmesi ve ortak, anlaşılır bir dil kullanılması gerekmektedir (41,42).

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde bebeği takip edilen ailelere ne anlatılıp ne anlatılmayacağı da kesin değildir. O nedenle, Bogdan R. ve arkadaşları ailelere ‘dürüst ol ama acımasız olma’ sözüne uygun konuşmak daha uygun olacağını savunmaktadır (43). Aileler birçok farklı konuda özellikle bebeğe yapılması planlananlar hakkında bilgi almak isterler. Toronto’da yapılan bir çalışmada %77 oranındaki aileye detaylı bilgi verilmiş, ancak %39’unun bunu anımsadığı saptanmıştır (44).

Bazı çalışmalarda ailelere yazılarak bilgi verilmiş ancak bunu devam ettirmek uygun bulunmamıştır. Yenidoğan yoğun bakımdan beklentiler ve ortak problemler hakkında her zaman düzenli bilgi vermek ve ailelere bunları tekrar tekrar yazmanın oldukça zor olduğu belirtilmiştir (45,46).

Anormal bir bebek doğduğunda, aileler özellikle sonraki gebeliklerde bunun tekrarlama olasılığını bilmek isterler. Genetik bozukluk saptanan durumlarda ailenin genetik danışmana yönlendirilmesi uygun olacaktır (1).

Yenidoğan ünitesinde verimli çalışma ortamının kurulması neonatal ve postnatal bakımın sağlanması açısından ekibin içinde psikolog, danışman, sosyal çalışma uzmanı, tıbbi personel, fizyoterapist ve aile ve bebek merkezli gelişmeyi sağlayacak olan meslek terapisti bulunmalıdır (34).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri takip edilen aileyi bilgilendirmenin diğer bir yolu da bebeğin fotoğraflarını göstermektir. Özellikle

ailelerin bebeklerini ziyaret etmeleri mümkün olmadığında fotoğrafları göstermek aileler için büyük rahatlık sağlar.

Yenidoğan yoğun bakım bebeklere uygun desteği sağlarken aileler kadar sağlık çalışanları içinde stresli bir ortamdır. Menzies özellikle yoğun bakım üniteleri çalışanları için burayı mahvedici bir alan olarak tanımlamış ve sağlık çalışanlarının organizasyona, eğitime ve emosyonel desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (46). Bu konuya uygun desteğin verilmemesi durumunda personelde yorgunluk, hastalık, çalışma kapasitesinde azalma ve kendini iyi hissetmeme halinin ortaya çıkabileceğine değinilmiştir. Hatta bazı ünitelerde aile ve çalışanlar için psikoterapist desteği verilmiştir(46-48).

2.11.Gebelikte Psikolojik Bozukluklar

2.11.1. Genel Anksiyete Bozukluğu

Genel anksiyete bozukluğunda hasta aşırı kaygılıdır, kötü bir şey olacakmış gibi his, ve endişeli bir beklenti içindedir. Sosyal ve mesleki işlevlerini bozacak şiddette bedensel anksiyete belirtileri vardır. Anksiyete kronik içeriklidir ve DSM-IV de göre en az 6 aydır sürüyor olması gerekir. Hastanın düşünce içeriği olabilecek, olumsuz, ürkütücü olaylarla meşguldür. Adele gerginliği, dikkatini toplamakta güçlük, uykusuzluk, huzursuzluk ve halsizlik önde gelen belirtilerdir.

Anksiyete bozukluğunun prevalansı yaklaşık olarak %3-8 arasındadır ve kişinin ömür boyu olma olasılığı %5'dir. Anksiyete bozukluğu her yaşta başlayabilir.

Genel anksiyete bozukluğu tanısını almış hastaların %50'sinde başka bir ruhsal bozukluk vardır. Sıklıkla depresif belirtiler eşlik eder ve gelecekte yüksek olasılıkla major depresyon geliştirirler (39).

2.11.2. Gebelikte Psikolojik Adaptasyon

Planlı bir gebelikte psikolojik adaptasyon henüz yeterli derecede anlaşılammıştır. Erkek ve kadın, gebelik gerçekleştiğinde; bu duyguyu anlamaya çalışmaktadırlar. Gebelik ilerlediğinde ve yaşamın nasıl değişeceğine ilişkin gerçekler ortaya çıkmaya başladığında birbirine zıt olan hisler gelişir. Bu durum büyük yaşam değişimine verilen normal bir psikolojik yanıttır. Genellikle çoğu insan bu bedensel ve psikolojik değişiklik ile etkili baş etme stratejileri ve davranışları geliştirir. Bu amaçla verilen tıbbi öneriler ve modeller yararlı olabilir. Kadınlar

gebeliğin metabolik, hormonal ve psikolojik değişimlerine uyum sağlamaya çalışırlar (49).

Kadınlar gebelik ve doğumla ilgili birçok korku yaşarlar(50). Gebeliğin erken evrelerinde tasa ve kaygılar; sabah bulantısı ile baş etme, gslerde duyarlılık, fiziksel görünümdeki değişiklik, cinsellik, diyet ve egzersiz gibi değişimlerle ilişkilidir. Gebelik boyunca kadın hem fiziksel, hem de psikolojik sınırlardaki değişikliklere adapte olmak zorundadır. Biyolojik olarak bebek için hazırlık yapılmasının nedeni bilinmezken; hayvanlarda bu durum hormonlarla ilgili olarak görünmektedir. Bu hazırlık insanlarda ise hormonlara bağlanmamaktadır (49).

Gebelik boyunca eşler birbirlerinin kaygılarını paylaşmalı ve değişiklikleri kabul etmelidir. Eğer bu gerçekleşmezse; gebeliğin psikolojik ve fiziksel gereksinimleri izolasyona ve negatif tutum ve davranışlara neden olur.

İlk gebelik, her iki partner için de yeni bir evredir ama genellikle beklentiler anneliğin gelişimine odaklanmıştır. Gebelik, insanın kişiliğinin gelişimine ve gelecek nesli yetiştirmesine olanak sağlayan çok özel bir durumdur. Psikolojik enerjinin sağlamlaşmasına; kişinin kimliğini tanımlamasına ve farklılıklaşmasına katkıda bulunur. Buna neden olan hormonal ve metabolik değişimler duygusal labilite ve anksiyetenin gelişmesine önderlik eder. Gebe kadının yaşı, hayat evresi ve koşulları bu duruma uyum göstermesini etkiler. Eski alışkanlıklar, gebeye verilen her türlü destek bu önemli olayın sonucunu belirler (49).

Antenatal korkular doğum eylemi boyunca olan ağrı ve strese, acil sezaryen gereksinimine ve postnatal dönemde gelişebilecek duygusal dengesizliğe bağlı olabilir (50-52). Artık birçok kadın bu korkuları nedeniyle sezaryen olmak istemektedirler (53,54). Yine birçok kadın gebeliğe bağlı oluşan komplikasyon ve doğmayan bebekleri hakkında endişelenmektedir. Yine bazı kadınlar da gebelik boyunca bebeklerinin yaşaması ve sağlık durumu veya doğum eylemi, bebek bakımı veya bebeğin doğumunun evlilik ve aile ilişkilerinde oluşturacağı değişimler hakkında endişelenmektedirler (50,55,56).

Doğum eylemi ile ilgili korkular ise: ağrıya, obstetrik yaralanmaya, acil sezaryen gereksinimine ve doğum eylemi esnasında bebeğin kaybına bağlıdır. Korkular yine sağlık ekibine olan güvensizlikle ilgili ya da doğum eylemi esnasında yalnızlık hissetmekle de ilgili olabilmektedir (13).

2.11.3. Gebelikte Depresyon

Gebelikte depresyon prevalansı 25-44 yaş arasında pik yapar. Özellikle daha önceden depresyon öyküsü olan kadınlarda daha sık gözlenmektedir. Gebelikte olan depresyon tanı alamayabilir ve tedavi edilemeyebilir. Çünkü; uyku ve yeme bozuklukları, kilo alma, irritabilite, yorgunluk gibi somatik yakınmalarla depresyon semptomları karışabilir. Tanısında geleneksel olarak kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri (Beck Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği) ile yanlış sonuçlar alınır. Gebelik depresyonu ve postpartum depresyonu tanımlamak için Edinburg Postnatal Depresyon Skalasının on maddesi kullanılmaktadır.

Araştırmalara göre; gebe kadında %9 oranında major depresyon kriterleri saptanmıştır. Gebelikte depresyonunun tedavisi yetersiz kalmakla birlikte, araştırma komiteleri bu alanın gelişmesi gereken klinik bir alan olduğunu savunmaktadırlar.

2.11.4. Doğum

Ağrıya bağlı korku ve doğum eylemi süresince olan bedendeki zarar evrensel bir durumdur. Çocuk doğurma eylemine hazırlık aile olma duygusunu artırır ve anksiyeteyi kolaylaştırır. Bu arada; erkeklerin gebelik ve doğumdaki sorumluluğu yeteri kadar bilinmemektedir.

2.11.5. Doğum Sonrası Dönem

Postpartum dönem birçok fizyolojik ve psikolojik ayarlamayı gerektirmektedir. Östrojen ve progesteron düzeyi azalır, adrenal bezlerden sentezlenen kortizol seviyesi değişir, plasental hormon metabolizması değişir ve birçok yeni psikolojik değişiklik oluşur. Doğum kendi başına, özellikle sezaryen yapıldığında metabolik değişimleri gerektirir. Ancak; araştırmalara göre vajinal doğumdaki iyileşme süresi sezaryenden daha uzun sürmektedir. Bu da perineal travma ve bunun uzun süre devam etmesine bağlanmaktadır (49).

2.11.6. Laktasyon

Laktasyon kompleks psikonöroendokrin kaskad sayesinde gerçekleşir. Laktasyon; meme ucunun emilmesine verilen nörolojik yanıtla gelişir. Sütün içeriği ve miktarı bebeğin büyümesiyle değişir. Bebek, anne sütü ile takvime göre değil, gereksinim duyulduğunda beslenmelidir. Anne sütü ile beslenme bebekte nörolojik

gelişmeyi sağlar, pasif immünite sağlar ve yiyecek alerjisinden korur. Anne ve bebekte psikolojik yararlar sağlanır. Eğer, herhangi bir nedenle anne bebeğini besleyemezse; uygun mamalar önerilmelidir (49).

2.11.7. Perinatal Dönem Bozuklukları

Yaklaşık %10-15 kadar kadında perinatal dönem boyunca major depresyon görülmektedir. Özellikle bu dönemde tanı almak zordur, çünkü; anne ile tek görüşen postpartum 6. haftada obstetrisyen ya da bebek ile ilgilenen peditristtir. Postpartum dönem psikiyatrik bozukluklar; geçici depresif semptomları (postpartum blues), postpartum depresyon, postpartum psikoz ve ortak anksiyete bozukluklarını içerir (49).

2.11.8. Postpartum Blues

Postpartum dönemde en çok gözlenen bozukluk 'postpartum blues' ya da 'bebek blues' şeklinde tanımlanan ve yaklaşık %50-80 kadar kadında gözlenen psikolojik bozukluktur. Geçici yakınmalar ve tekrarlayan psikolojik durum değişiklikleri mevcuttur.

Bu kişilerde iştah kaybı, iritabilite, korku, anksiyete, yorgunluk, insomnia çok sık gözlenir. Genellikle postpartum 3. günde anne hastaneden taburcu edildikten sonra gözlenir. Semptomlar 5. günde pik yapar ve 10. günde çözümlenir (49).

Postpartum blues yalnızca %20-25 oranında kadında postpartum depresyona dönüşür. Tedavisinde psikolojik eğitim, annelerin deneyimlerini paylaşmaları yer alır. Semptomların kötüleşmesi ya da uzaması durumunda postnatal depresyon ya da anksiyete bozukluğu konusunda hazırlıklı olunmalıdır (49).

2.11.9. Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon %10-15 oranında görünür. Primer risk faktörü kişinin kendisinde ya da ailesinde depresyon öyküsünün bulunması, özellikle kendisinde üreme olaylarıyla (premenstrüel disforik bozukluk veya önceki postpartum depresyon) ilişkili depresyonun olması şeklinde yorumlanmaktadır. Kadınlarda değişen hormon düzeyine bağlı olarak depresyon geliştiği düşünülmektedir. Araştırmalar göstermektedir ki; psikososyal stresörler beyni, metabolik ve hormonal değişimlere duyarlı kılmaktadır (49).

2.11.10. Postpartum Psikoz

Yaklaşık %0.1-0.2 postpartum kadında görülen ve bipolar bozuklukla ilişkili olduğu kesin olarak kanıtlanan bir bozukluktur. Postpartum psikozda duysal ve görsel halüsinasyonlar, paranoid veya grandiyöz delüsyonlar ve deliryum ya da dezoryantasyon, yüksek oranda suisid ya da bebeği öldürme düşüncesi mevcuttur. Postpartum 2. haftada başlar ve genellikle erken tanı ve agresif tedavi ile iyi prognoza sahiptir (49).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı Neonatoloji Kliniğinde, bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilen, dış merkezde ya da hastanemizde doğum yapan 78 anne ile görüşülerek yapılmıştır(Etik kurul kararı onay tarihi 17.01.2006 ve 02 sayılı karara istinaden). Annelerle postpartum 3. gün ve sonrasında görüşme yapılmış, kendilerine demografik bilgileri içeren yüz yüze anket ve 3 adet psikiyatrik ölçek uygulanmıştır.

Yoğun bakım kriterlerini sağlayan bebeklerin antenatal, natal öyküleri detaylı olarak alınmış, annede gebelik öncesi, doğum ve sonrasına ait stres oluşumuna katkısı olabilecek faktörler sorgulanmıştır (EK 3). Bu esnada bebeğin ventilatör, küvöz, monitör, beslenme durumu, anne ile teması, yatış süresi değerlendirilmiştir. Anneye klinikte çalışmakta olan personelin davranışı ve beklentileri sorulmuştur.

Annelere; toplumda psikiyatrik vaka taramalarında psikiyatrik vaka bulmakta ve akut ruhsal bozuklukları saptamak amacıyla kullanılan, fiziksel-ruhsal sağlığı sorgulayan bir ölçek olan “Genel Sağlık Anketi” ve Necla Öner ve Ayhan Le Compte tarafından düzenlenen kaygı seviyesini ölçen Durumluk Kaygı-Sürekli Kaygı Ölçeği (State- Trait Anxiety Inventory-STAI) uygulanmıştır.

Genel Sağlık Anketi (GSA) toplumda anksiyete ve depresyon belirtilerini tanımlayan, birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar ve bedensel hastalığı olan psikiyatri dışı hasta gruplarına uygulanan bir ölçektir (EK 4). Depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozukluk taramalarında daha değerli olduğu gözlenmiştir. GSA'nın 12 ve 28 sorudan oluşan iki formu vardır. Türkiye'deki güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında bu iki ölçek birleştirilerek 34 maddeli formu oluşturulmuş ve oluşan formun iç tutarlılığının ayrı ayrı diğer iki formdan daha yüksek olduğu saptanmıştır (57). Her maddenin puanları 0-3 arasındadır ve ölçek toplam puanı maddelerin toplanması ile elde edilir (58). Herhangi bir psikiyatrik bozukluk için kullanılabilen, kültürel farklılıkların yanı sıra, bölgelere göre değişen psikiyatrik bozukluk yaygınlık oranı veya birden fazla psikiyatrik tanının varlığı, puanlamalarda farklılığa neden olabilmektedir (59).

Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri 14 yaş ve üzeri yaşta okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek kadar bilinci yerinde olan hastalara uygulanabilir (EK 5). Kağıt kalem testi olup zaman kısıtlaması yoktur. Envanterin her biri 20 madde içerir.

Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-1); bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-2) ise; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken, 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e ve 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 ise yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk kaygı ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20), sürekli kaygı ölçeğinde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) tersine çevrilmiş ifade vardır. Her iki ölçekten ayrı ayrı toplam 20-80 arasında puan elde edilir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir (57,60).

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 13.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken kıkare (λ^2) ve ortalama, standart sapma tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ve normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında varyans analizleri ve oranlar t testi kullanıldı. Parametreler arası ilişkiler ise Pearson ve Spearman's Korelasyon analizi ile değerlendirildi. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

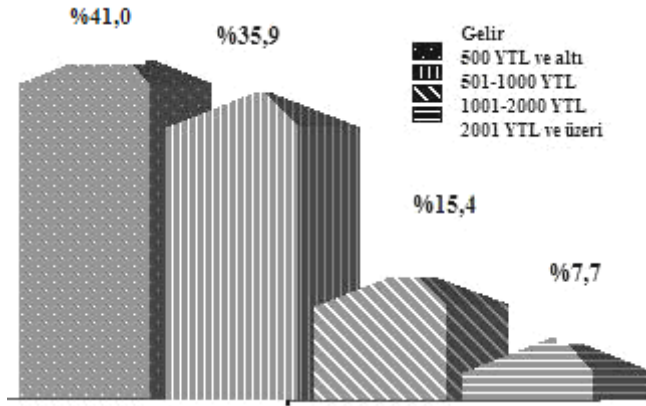
4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 71'i ev hanımı ve 7'si çalışan toplam 78 annenin yaş ortalaması $27,9 \pm 0.68$, babaların yaş ortalaması $31,9 \pm 0.69$ olarak saptandı. Annelerin 35 (%44,9)'i ilkokul, 8 (%10,3)'i ortaokul, 21 (%26,9)'i lise, 14 (%17,9)'ü üniversite mezunu idi.

Tablo 4.1. Annelerin demografik ve obstetrik özellikleri.

	N	%
YAŞ		
17-24 yaş	25	32,1
25-29 yaş	19	24,3
30-34 yaş	26	33,3
≥35 yaş	8	10,3
ÖĞRENİM DÜZEYİ		
İlkokul	35	44,9
Ortaokul	8	10,3
Lise	21	26,9
Üniversite	14	17,9
OBSTETRİK ÖYKÜLERİ		
Primipar		
Multipar	42	53,8
Abortus öyküsü	36	46,2
İntrauterin ölü fetüs öyküsü	13	16,6
	7	9

Çalışmanın yapıldığı dönemde en düşük gelir seviyesi asgari ücret olan 500 YTL olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan annelerin 32 (% 41,0)'si 500 YTL ve altı, 28 (%35,9)'ü 501-1000 YTL, 12 (%15,4)'si 1001-2000 YTL arasında olan ve 6 (% 7,7)'sı 2000 YTL üzerinde gelire sahipti.



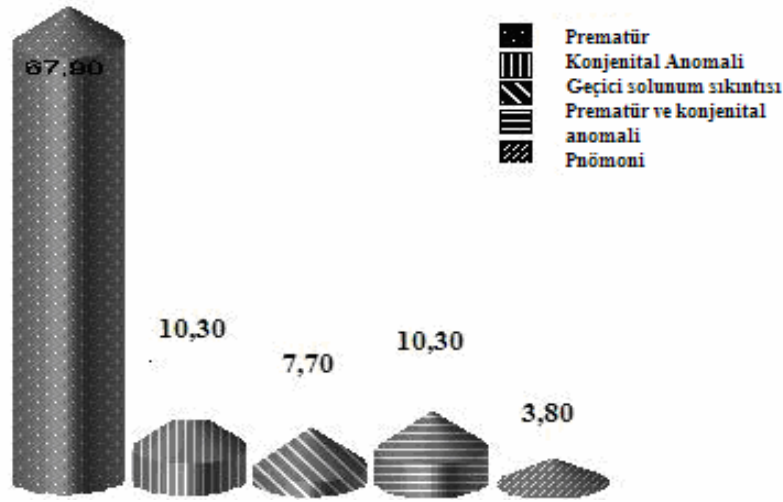
Şekil 4.1. Ailelerin gelir düzeyi.

Çalışmaya 27-39 haftalar arasında doğan 78 bebek alındı. Bunlardan 17 (%21,8)'si term bebek, 61 (%78,2)'i preterm bebektir. Doğum haftalarının ortalaması $34,6 \pm 2,8$ hafta idi. Doğum ağırlıkları 500-4350 gram arasında değişti. Doğum ağırlıklarının ortalaması $2112,4 \pm 818,4$ gram olarak değerlendirildi. İkiz bebeği olan 3 annenin düşük doğum ağırlığında olan bebeğin verileri çalışmada kullanıldı.

Tablo 4.2. Bebeklerin klinik özellikleri.

		N	%
Doğum ağırlığı			
En düşük	500	1	1,3
En yüksek	4350	1	1,3
Ortalama	2112,4		
Doğum haftası			
En düşük	27 hafta	2	2,3
En büyük	39 hafta	11	14,1
Ortalama	34,6 hafta		
<37 hafta		61	79,2
≥ 37 hafta		17	21,8

Çalışmaya sadece prematürite nedeniyle takip edilen 53(%67,9) bebek, yenidoğanın geçici takipnesi ile takip edilen 6(%7,7) bebek, hem prematür hem de konjenital anomalisi olan 8(%10,3) bebek, neonatal pnömoni nedeniyle takip edilen 3 (% 3,8) bebek ve sadece konjenital anomalisi olan 8 (%10,3) term bebek alındı.



Şekil 4.2. Bebeklerin klinik tanıları.

Çalışmaya katılan annelerde anksiyete bozukluğu, depresyon varlığını belirlemek için kullanılan GSA'da en düşük puan 0,00 ve en yüksek puan 28 ortalama $9,03 \pm 0,91$ olarak saptanmıştır. Durumluk kaygı seviyesini belirten STAI-1 ölçeğinde en düşük 23,00 ve en yüksek 76,00 puan, ortalama ise $48,98 \pm 1,50$, sürekli kaygı seviyesini belirten STAI-2 adlı psikiyatrik ölçekte; en düşük 25,00, en yüksek 62,00, ortalama $44,56 \pm 0,89$ olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda annelerin yaşı ile anksiyete bozukluğu, depresyon varlığını saptamak amacıyla kullanılan GSA ile kaygı seviyelerini belirlemek için kullanılan STAI 1-2 sonuçları istatistiksel olarak değerlendirildi. Anne yaşının depresyon varlığını ve kaygı seviyelerini etkilemediği saptandı ($r=0,176/0,086/-0,71$, $p>0,05$).

Çalışmaya alınan annelerin öğrenim düzeyleri ile anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyeleri istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Öğrenim düzeyi arttıkça anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyelerinin etkilendiği saptandı ($T=-1,154,-1,148,-1,146$, $p<0,05$).

Tablo 4.3. Annelerin eğitimi ile GSA, STAI 1-2 puanlarının dağılımları.

EĞİTİM DÜZEYİ	N	ORTALAMA	T	P
GSA lise	21	6,19	-1,154	0.049
Üniversite	14	11,85		
STAI-1 lise	21	49,47	-1,148	0.030
Üniversite	14	52,85		
STAI-2 lise	21	43,95	-1,146	0.028
Üniversite	14	47,71		

Çalışmaya alınan ailelerin gelir düzeyi ile ve GSA puanları ve kaygı seviyeleri istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Gelir düzeyinin düşük ya da fazla olmasının kaygı seviyelerini ve anksiyete bozukluğu, depresyon varlığını etkilemediği gözlenmiştir ($F_{(3,72)}=2,313/ 0,313/ 1,034, p>0,05$).

Çalışmaya alınan ailelerin aylık gelir seviyesinin bebeklerinin tanıları üzerine etkisi istatistiksel olarak değerlendirildi. 61 prematür bebeğin 49 (%80,2)'unun ailelerinin gelir düzeyi 1000 YTL ve altında idi. Prematür bebekleri olan ailelerde düşük gelir oranı daha yüksekti (Pearson $\lambda^2=34,377, p<0,001$).

Tablo 4.4. Bebeklerin klinik tanıların gelir düzeyine göre dağılımı.

GELİR (YTL)	TANILAR					TOPLAM
	Prematür	Konjenital anomali	Geçici solunum sıkıntısı	Prematür ve konjenital anomali	Pnömoni	
≤500	20	6	3	3	0	32
501-1000	24	2	0	2	0	28
1001-2000	5	0	3	1	3	12
≥2001	4	0	0	2	0	6
Toplam	53	8	6	8	3	78

Yetmişsekiz anneden 74 (%94,9)'ü gebelikleri boyunca izlemde olduğu ve izlemlerini 27 (%34,6)'sinin devlet hastanesinde, 43 (%55,1)'ünün özel muayenehanede yapıldığı saptandı.

Çalışmaya katılan 42 annenin (%53,8) ilk gebeliğinin olduğu, 36 (%46,2) annenin bir veya daha fazla çocuk sahibi olduğu öğrenildi. Annelerin bebek sahibi olması ile anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyeleri istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Annelerin çocuk sahibi olmasının anksiyete bozukluğu, depresyon varlığını ve kaygı seviyelerini arttırmadığı saptandı($r_s=0,110/ 0,079/ 0,133, p>0,05$).

Çalışmaya katılan 7(%8,9) annenin intrauterin ölü fetüs öyküsü mevcuttu. İntrauterin ölü fetüs öyküsü olan annelerin GSA, STAI-1 ve STAI-2 ölçek puanları istatistiksel olarak karşılaştırıldı. İntrauterin ölü fetüs öyküsünün annelerin durumluk kaygı envanteri olan STAI-1 düzeylerini arttırdığı saptandı.

Tablo 4.5. İntrauterin ölü fetüs öyküsü olan annelerin GSA, STAI 1-2 puanlarının dağılımları.

İNTRAUTERİN ÖLÜ FETÜS	N	ORTALAMA	P
GSA puanı 0	71	8.98	0,857
1	7	9.57	
STAI 1 0	71	47.59	0,003
1	7	63.14	
STAI 2 0	71	44,32	0,399
1	7	47.00	

($t_{(76)}=-0,181/-3,117/-0,848$)

Düşük öyküsü olan 13 annenin (%16,6) ve olmayan 65 (%83,4) annenin kaygı seviyesi istatistiksel olarak değerlendirildi. Durumluk kaygı envanteri olan STAI-1 değerinin düşük öyküsü olan annelerde istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlendi($t_{(76)}=-3,116, p<0,01$). Düşük öyküsü olan annelerde GSA ve STAI-2 kaygı envanteri puanlarının yükseldiği; ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptandı.

Tablo 4.6. Annelerin düşük öyküsü ile GSA ve STAI 1-2 puanlarının dağılımları.

DÜŞÜK ÖYKÜSÜ		N	ORTALAMA	T	P
GSA puanı	0	65	8.24	-1,964	0.053
	1	13	13.00		
STAI 1	0	65	47.00	-3,116	0.003
	1	13	58.92		
STAI 2	0	65	43.95	-1,530	0.130
	1	13	47.61		

Doğumdan önceki son 1 ayda 14 kişinin (% 17,9) kontrol için hiç doktora başvurmazken, 45 kişinin (%57,7) 1-2 kez, 19 kişinin (%24,4) ise 2'den çok kez doktoruna başvurduğu öğrenildi.

Çalışmaya alınan 78 anneden 58 (%74,4)'inde antenatal dönemde çeşitli sağlık sorunları gözlemlendi; 9 kişinin (%11,5) düşük riski nedeniyle, 37 kişinin (%47,4) preterm eylem, 8 kişinin (%10,3) preeklampsi, 2 kişinin (%2,6) gestasyonel DM ve 2 kişinin (%2,6) derin ven trombozu(DVT) nedeniyle izlemde olduğu saptandı.

Tablo 4.7. Annelerin antenatal dönemdeki hastalıklarının dağılımları.

HASTALIK	N	%
Hastalık yok	20	25,6
Düşük riski	9	11,5
Preterm eylem	37	47,4
Gestasyonel DM	2	2,6
Preeklampsi	8	10,3
Derin ven trombozu	2	2,6
Toplam	78	100

Son 1 ay içerisinde çeşitli yakınmalarla doktoruna başvuran anne adayları ile antenatal dönemde geçirdikleri hastalıklar istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Antenatal

dönemde rahatsızlık saptananların son 1 ay içinde doktora başvurma sıklıklarının hastalık saptanmayanlardan fazla olduğu belirlendi.

Tablo 4.8. Antenatal dönemdeki hastalık ve kontrol sıklıkları.

KONTROL	HASTALIK		TOPLAM	P
	Evet	Hayır		
Hiç	12	2	14	0,02
1-2 kez	38	7	45	
>2 kez	8	11	19	
Toplam	58	20	78	

($r=0,350$, $p<0,05$)

Anne adaylarının doğumdan 1 ay önce kontrole gitme sayısı ile bebeklerin hastalıkları istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Prematür olan bebeklerin annelerinin antenatal dönemde daha çok kontrole gittikleri belirlendi. Antenatal dönemde izlem sıklığının bebeklerin YYBÜ'deki tanıları ile ilişkili olduğu saptandı.

Tablo 4.9. Annelerin kontrol sıklığı ile bebeklerin tanılarının ilişkisi.

KONTROL	TANISI					TOPLAM
	Prematür	Konjenital anomali	Geçici solunum sıkıntısı	Prematür ve konjenital anomali	Pnömoni	
Hiç	9	1	1	1	2	14
1-2 kez	34	2	5	3	1	45
> 2 kez	10	5	0	4	0	19
Toplam	53	8	6	8	3	78

(Pearson $\chi^2=17,453$, $p<0,05$)

Çalışmada 25 anne (%32,1) normal vajinal doğum (N/D), 53 anne (% 67,9) sezaryen (C/S) ile doğum yaptığı, bu doğumların 63 (%83,3)'ü Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, 15 (% 16,7)'i devlet hastanelerinde gerçekleştirildiği öğrenildi.

Çalışmaya alınan annelerin doğum şekillerinin anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyelerine etkisi istatistiksel olarak değerlendirildi. Doğum şeklinin kaygı seviyesini etkilemediği saptandı.

Tablo 4.10. Doğum şekli ile annelerin GSA, STAI 1-2 puanlarının dağılımları.

		N	ORTALAMA DEĞER	P
GSA	N/D	25	9,08	0,975
	C/S	53	9,01	
STAI-1	N/D	25	49,04	0,981
	C/S	53	48,96	
STAI-2	N/D	25	44,68	0,930
	C/S	53	44,50	

($t_{(76)}=0,031/0,024/0,088$, $p>0,05$)

Çalışmaya alınan annelerin gebelik problemlerinin doğum ağırlığına etkisi istatistiksel olarak değerlendirildi. Gebelik problemi olan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığının daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.11. Gebelikte sorun varlığının doğum ağırlığı ile ilişkisi.

HASTALIK	N	ORTALAMA DOĞUM AĞIRLIĞI	P
Evet	58	1996 ± 846,7	0,032
Hayır	20	2449 ± 634,9	0,016

($t_{(76)}=-2,184/-2,509$, $p<0,05$)

Çalışmaya alınan bebeklerin doğum haftasının annelerin anksiyete bozukluğuna, depresyon varlığına ve kaygı seviyesine etkisi istatistiksel olarak değerlendirildi. Doğum haftası azaldıkça STAI-1 kaygı envanterinde durumluk kaygı seviyesini arttırdığı saptandı($r=0,503$, $p<0,000$).

Bebeklerin doğum ağırlığının annelerin anksiyete bozukluğu, depresyon ve kaygı seviyesine etkisi istatistiksel olarak değerlendirildi. Doğum ağırlığı azaldıkça annelerin STAI-2 kaygı seviyelerinde artış olduğu saptandı($r=-0,353$, $p<0,001$).

Çalışmamıza katılan annelere bebeklerin YYBÜ’de izlenmesinin nedeni sorulduğunda; annelerden 33’ü (%42,3) “*erken doğum ve ciğerlerinin gelişmemesi,*” 9 (%11,5)’u “*düşük kilolu olması*”, 23 (%29,4)’ü “*soluk alamadığı*”, 4 (%5,1)’ü “*kalbinde sorun olduğu*” ve 9 (%11,5)’u da “*sakat doğduğu*” yanıtını verdi.

Çalışmaya alınan annelerin bebeklerinin doğum sonrası YYBÜ’de takip nedeninin annelerin anksiyete bozukluğu, depresyon varlığına ve kaygı seviyelerine etkisi istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Prematüre ve konjenital anomalisi ve yenidoğanın geçici takipnesi tanılılarıyla takip edilen bebeklerin annelerinde anksiyete bozukluğu, depresyon varlığının ve durumluk kaygı seviyesinin arttığı saptandı($F_{(5,72)}=7,472/5,524/2,068$, $p=0,000/0,002/0,112$).

Annelerle görüşme yapıldığı esnada hala yenidoğan bebeklerini göremediklerini belirten 12 anne vardı. Bebeğini gördüğünü belirten 66 anneye YYBÜ’de onları nelerin rahatsız ettiği soruldu. 16 anne (% 24,2) kendisini rahatsız eden bir şey olmadığını belirtirken, 15 anne (%22,7) bebeğe bağlı bulunan aletlerin, 21 anne (%31,8) bebeğin görünümünün, 14 anne (%21,3) bebeğin görünümünün ve aletlerin her ikisinin de kendilerini rahatsız ettiğini belirtti. Bebeğe bağlı aletler ve bebeğin görünümünden rahatsız olduğunu belirten annelerin sürekli kaygı seviyesinin daha yüksek olduğu saptandı($F_{(3,26)}=3,759$, $p<0,05$).

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde bebekleri bulunmasından dolayı üzülen annelerin anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyelerinin arttığı saptandı($F_{(2,75)}=3,015/0,160/6,463$, $p<0,05$).

Bebeklerini gördüğünü ifade eden 66 anneden 42 (%63,6)’si 3 günde bir, 22’si (%33,4) her gün gördüğünü ifade etti. Annelerin bebeklerini görme sıklığı ile anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyeleri istatistiksel olarak değerlendirildi. Bebeklerini her gün gören ve 3 günde bir gören annelerin şu andaki kaygı seviyesinin yükseldiği gözlemlendi, ancak; istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmadı($F_{(2,75)}=1,034/0,283/1,035$, $p>0,05$).

Çalışmanın yapıldığı anda, hala YYBÜ’de takip edilen bebeklerin yatış günleri ile annelerin anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyeleri

istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Bebeğin YYBÜ’de yatış günü uzadıkça annelerde anksiyete bozukluğu, depresyon varlığının ve sürekli kaygı seviyesinin arttığı saptandı ($r=0,299/ -0,047/ 0,389$, $p=0,008/0,683/0,001$).

Çalışma yapıldığında bebekleri hakkında bilgi almayan 4 anne vardı. Çalışmada bilgilendirilen 74 anneden 17’si (% 21. 8) hemşirelerden, 33’ü (% 42,3) doktordan, 24’ü (% 30,8) ise hemşire ve doktordan bilgi aldığını belirtti. Bebekleri hakkında doktor/ hemşire ya da her ikisinden her gün bilgi alan 46 anne (% 59,0) ve 2 günde bir bilgi alan 28 anne (%35,9) vardı. Annelerden 50 (% 67,5)’si edindiği bilgiyi yeterli, 24 (%32,4)’ü yetersiz olarak tanımladı.

Hemşirelerden ve doktordan aldıkları bilginin yeterli olduğunu belirten annelerin en çok kimden aldıkları bilgiyi yeterli buldukları istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Doktordan aldıkları bilginin daha yeterli olduğu saptandı($t_{(146)}=3,03$, $p<0,01$).

Bilgi alamadığını belirten 4 anne toplam sayıdan çıkarılarak doktor /hemşire ya da her ikisi tarafından verilen bilginin yeterliliğinin annelerin anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyelerine etkisi istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı ilişki saptanmadı ($t_{(72)}=1,603/1,035/0,815$, $p>0,05$).

Bebeğine temas eden 41 anne (%52,6) ve temas etmeyen 37 anne (%47,4) vardı. Bebeklerine temas etmelerinin ya da etmemelerinin; annelerin anksiyete bozukluğuna, depresyon varlığına ve kaygı seviyesine etkisi istatistiksel olarak değerlendirildi. Temas etmenin STAI-2 sürekli kaygı seviyesini etkilediği saptandı($t=2,065$, $p<0,05$).

Tablo 4.12.Bebeklerine temas durumu ile annelerin GSA, STAI 1-2 puanları.

TEMAS	N	ORTALAMA	P
GSA Evet	41	10,3	0,144
Hayır	37	7,6	
STAI1 Evet	41	50,3	0,329
Hayır	37	47,4	
STAI 2 Evet	41	42,2	0,042
Hayır	37	46,6	

($t=1,477/0,982/2,065$, $p=0,144/0,329/0,042$)

Bebeklerini anne sütü ile besleyen 41 anne (% 52,6), beslenmeyen 37 anne (% 47,4) vardı. Bu annelerin 31 (% 39,7)'i bebeklerini kendisi beslemekteydi. Bebeğini beslemekle annelerin anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyesi istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Anne sütü ile besleyip beslememenin kaygı seviyelerini etkilemediği saptandı.

Tablo 4.13. Bebeğini kendi besleyen annelerin GSA, STAI 1-2 puanlarının dağılımları.

KENDİ BESLEME		N	ORTALAMA	P
GSA	Evet	31	8,87	0,883
	Hayır	47	9,14	
STAI 1	Evet	31	48,12	0,646
	Hayır	47	49,55	
STAI 2	Evet	31	46,45	0,089
	Hayır	47	43,31	

($t_{(76)}=-0,147/-0,461/1,725$, $p>0,005$)

Çalışmaya katılan annelere bebeklerini anne sütü ile besleme ve süt sağma konusunda bilgi alıp almadıkları soruldu. İlk gebeliği olan 42 annenin 33'ü (%42,1) bilgilendirildiğini, 9 anne (%11,3) ise bilgi almadığını ifade etti. Bebeğini kendisi besleyen 31 annenin (%39,7) 29 (%37,1)'unun anne sütü sağma konusunda bilgilendirildiği saptandı. Süt sağma konusunda bilgi vermenin, annelerin, bebeklerini kendilerinin beslemelerini etkilediği saptandı.

Tablo 4.14. Süt sağma konusunda bilgilendirilen ve bebeğini besleyen annelerin dağılımları.

BİLGİ ALMA	KENDİ BESLEME		TOPLAM
	Evet	Hayır	
Evet	29	28	57
Hayır	2	19	21
Toplam	31	47	78

(Pearson $\lambda^2=16,963$, $p=0,000$)

Çalışmaya katılan annelerin 45 (%57,7)'inin bilgi almak için hastaneye geldiği, 33 (% 42,3)'ünün hastanede yatan hasta olduğu öğrenildi. Eşiyle ya da annesiyle hastaneye gelen annelerin doktor, hemşire ya da her ikisinden aldıkları bilginin yeterliliği istatistiksel olarak değerlendirildiğinde alınan bilginin yeterli olduğu saptandı(Pearson $\lambda^2=6,683$, $p<0,05$).

Hastaneye gelerek bilgi alan annelerin anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyesi istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Hastaneye gelerek bilgi almanın anksiyete bozukluğu, depresyon varlığını ve sürekli kaygı seviyesini arttırdığı gözlemlendi ($r=-0,284/-0,097/-0,265$, $p=0,012/0,396/0,019$).

Bebeğini 'görmemenin' endişe oluşturduğunu belirten 53 anne (%67,9) ve 'görmenin' endişelendirdiğini belirten 19 anne (% 24,5) her ikisinin durumun da endişe verdiğini belirten 6 anne (%7,6) vardı. Her iki durumunda endişelendirdiğini belirten 6 anne toplam sayıdan çıkarılarak, annelerin endişe şekillerinin anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyesi üzerine etkisi istatistiksel olarak değerlendirildi. Bebeğimi 'görmek endişelendiriyor' ya da 'görmemek endişelendiriyor' diyen annelerin sürekli kaygı seviyesinin arttığı belirlendi. "Bebeğimi görmemek beni endişelendiriyor" diyen annelerin anksiyete bozukluğunda ve depresyon varlığında artış olduğu; ancak istatistiksel olarak bunun anlamlı olmadığı saptandı ($F_{(2,75)}=3,015/0,160/6,453$, $p=0,055/0,852/0,003$).

Tablo 4.15.Endişelenme düzeyi ile GSA, STAI 1-2 puanlarının dağılımları.

ENDİŞE	N	ORTALAMA	P
GSA "görmek"	53	7,81	0,055
"görmemek"	19	10,36	
STAI-1 "görmek"	53	48,52	0,852
"görmemek"	19	49,42	
STAI 2 "görmek"	53	42,49	0,003
"görmemek"	19	48,73	

($F_{(2,75)}=3,015/0,160/6,453$)

Bebeğin YYBÜ’de kalma süresinin uzamasının annelerin bebeği görmekle ve görmemekle olan endişe seviyelerini etkilemediği saptandı($F_{(2,75)}=3,002$, $p>0,05$).

Annelerden 48 (%61,5)’i bebeğinin yoğun bakımda olmasını ‘gerekli’ olarak nitelerken, 30 (%38,5)’u bebeklerinin YYBÜ’de olmasından dolayı ‘üzüntülü’ olduğunu ifade etmiştir. Annelerin çocuklarının YYBÜ’de olmalarına tepkilerinin kaygı seviyesini etkilemediği saptandı($r=-0,115/0,154/0,014$, $p>0,005$).

5. TARTIŞMA

“Bağlanma” tanıdık iki kişi arasında başlayan sessiz, özel ve gittikçe artan birliktelikten karşılıklı mutlu olunan duygusal bir süreçtir. Anne ile bebek etkileşiminin kurulmasını tarif etmek için bu terim kullanılır (30). Anne-bebek arasındaki birliktelik; doğum öncesi dönemde başlayan, fetüsün hareketleri ile gittikçe artan, doğumda doruğa çıkan kaliteli ve etkili bir ilişkidir (61).

Doğum sonrası erken dönemde anne ile yenidoğan bebeği arasındaki etkileşimi başlatmak için olabildiğince birlikte olmaları sağlanmalıdır. Anne ile bebeğin 24 saat bir arada kalmaları, anne-yenidoğan etkileşimini erken dönemde başlatmada yararlı olmaktadır (62).

Annenin bebeğini erken dönemde emzirmesi, bebeğine dokunması, kucaklaması, göz göze iletişimde bulunması, konuşması, sevmesi, okşaması, öpmesi etkileşimde en etkili davranış modelleridir. Klaus ve Kennell(30) doğum ve birkaç gün sonrasının bebek ve anne için oldukça duyarlı bir dönem olduğunu, bu periyot boyunca anne-bebek arasında ayrılık devamlı olduğunda, rahatsızlık oluşturacağını ve bebeğin gelişimini engelleyeceğini belirtmişlerdir. Yine bir çok çalışmada anne ile bebek arasındaki etkileşimin; bebeğin fiziksel, duygusal ve kognitif gelişimini etkilediği gösterilmiştir (62-65). Aralarındaki etkileşim; annenin eğitim durumu, annenin yaşı, sosyoekonomik düzey, kültürel özellikler, çocuk bakım deneyimlerine bağlı olarak değişmektedir (66).

“Kanguru yöntemi” denilen ve ‘tenden tene temas’ olarak adlandırılan yöntemde aileler yenidoğan bebeği alarak göğüslerine yerleştirirler. Anderson GC. ve ark.(67) bu yöntemin aileler ve bebekleri için kısa ve uzun dönem etkilerinden bahsetmektedir. İlk olarak 25 yıl önce Kolombiya’da uygulanmaya başlanan tenden tene temas yöntemi ile anne bebeği kaldırır ve bakımını sağlar, emzirir, bebeğin vücudunun sıcaklığını korur ve her dokunuşuyla bebeğin solunumunu uyarır. Yapılan çalışmalarda bu yöntemin preterm bebeğin erken dönemde beslenmesine ve anne ile bağ kurmasına yardımcı olduğu saptanmıştır (68).

Berlin, Brooks-Gunn, ve arkadaşları(69), McGrath ve arkadaşları(70), Smith ve arkadaşları(71) tarafından anne ile bebek arasındaki etkileşimin kalitesi; bebeğin fiziksel, duygusal ve kognitif gelişiminde en önemli faktör olduğu savunulmaktadır. Anne ile preterm bebek arasındaki bu iletişim bebek ve annenin karakteristik

özelliklerinden, kültürel çevrenin özellikleri gibi birçok değişkene bağlı olarak değişir (72,73).

Armstrong D. ve ark. (74) ile Hughes PM. ve ark.larının(75) primipar ve multipar kadınların doğum eylemine bakışlarını inceledikleri çalışmalarında; geç dönemde gebelik kaybı yaşayan kadınların primiparlardan doğum eylemi konusunda daha fazla kaygı duyduklarını saptamışlardır. Bu kadınların bazı hislerinin ortak olduğunu ve daha çok kendilerini 'endişeli, sinirli, yaralanmış' olarak tanımladıklarını gözlemlemişlerdir. Areskog ve arkadaşları da doğum eyleminden primiparların multiparlardan daha sıklıkla korktuklarını belirtmişlerdir (51). Bernazzani ve ark.(56) da düşük gelir seviyesinin, primipar olmanın ve geç yaşlarda anne olmanın bu korkuyu daha da arttırdığını savunmaktadırlar. Berg ve ark.(76) da kronik hastalığın kadınların gebelik ve doğum eylemi korkusunda artışa neden olduğunu saptanmışlardır. Melender ve Lauri ise bu korkunun; davranış, duygu ve fiziksel duyarlılığı etkilediğini savunmaktadır (50). Bazı kadınlar, vajinal yolla doğum fobilerinden, gebelik veya çocuk doğurma korkularından dolayı elektif sezaryen istemektedir (77). Saisto T. ve ark.(52) da bu korkunun ana nedenin önceki travmatik doğuma bağlı olduğunu savunmaktadır.

Çalışmamıza alınan 25 anne (%32,1) normal vajinal doğum, 53 anne (% 67,9) sezaryen ile doğum yapmıştır. 2003 TNSA verilerine göre Türkiye'de sezaryen oranı %21'dir, özellikle İstanbul, Batı Marmara ve Doğu Karadeniz'de bu oran yüzde 30'a yükselmektedir. Hollanda, Belçika, İngiltere ve Fransa'da yüzde 20'nin altındadır (18).

Çalışmamızda doğum şekli annelerin kaygı düzeyini etkilememiştir. Cho M.Y. ve ark.(78) yaptığı çalışmada doğum şeklinin annelerin bebeklerini algılamalarında ve etkileşimde rol oynamadığı belirtilmiştir. Yine Balcı ve Savaşer'in(79) 1998 de ve Çoban ve arkadaşlarının(80) 2003 yılında yaptıkları çalışmalarda da doğum şeklinin annelerdeki kaygı düzeyini etkilemediğini savunulmuştur. Nissen E ve ark.(81)'nin normal vajinal doğum ve sezaryenle doğum sonrasında oksitosin, prolaktin seviyeleri ve süt üretiminin annelerin kaygı düzeyi üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında; C/S ile doğum yapan annelerde oksitosin seviyesi ile kaygı düzeyinin yükseldiğini saptamışlardır. Chalmers I ve ark.(82) ve Kendall RE. ve ark.(28) yaptıkları çalışmalarda; annelerin C/S ile doğum

sonrasında bebek ile iletişimlerinden hoşnut olmadıklarını, bebekleriyle daha az ilgilendiklerini belirtmişler, Reichert JA. ve ark.(83) da acil koşullarında sezaryen ile doğum yapan annelerin bebekleri ile ilk iletişimden memnun olmadıklarını saptamışlardır.

Çalışmamızda abortus ve intrauterin ölü fetüs öyküsü olan annelerin kaygı düzeylerindeki yükseklik dikkat çekicidir. Bu anneler daha önce bebek kaybı yaşadıklarından emosyonel duygudurumları stabil değil, kaygı düzeyleri daha yüksektir. Çalışmamızda evde kendilerini bekleyen, bakım gerektiren çocuklarının varlığı annelerin kaygı düzeylerini etkilememiştir. Ancak taburcu sonrası bakıma gereksinim duyan başka çocukların varlığı, evde preterm bebeğin bakımına daha çok ilgi gösterilmesi gerektiğinden ailelerin kaygı düzeyini arttırabilir.

Çalışmamızın % 67,9'unu prematür bebeklerin anneleri oluşturdu. Bebeğine temas eden annelerin kaygı düzeylerinde, bebeğine temas etmeyenlere göre yükseklik saptandı. Bu durum; annenin erken dönemde yoğun bakım ortamına alınması, bebeğe bağlı bulunan aletleri görmek, ve bebeğin genel durumunun ciddiyetinin anlaşılması ile bağlantılı değerlendirildi. Yine preterm bebeklerin çoğunlukta olduğu çalışmada; annelerden, kendileri besleyemeseler bile sağdıkları sütleri YYBÜ'e getirmeleri annelerin kaygı düzeyleri azaltma üzerine etkili olabileceği kanaatine varıldı.

Düşük sosyoekonomik düzeyin preterm doğum riskini artırdığı literatürde vurgulanmıştır (4,84,85). Düşük sosyoekonomik düzey, annenin yeterli düzeyde beslenememesine neden olmaktadır. Ayrıca bu annelerin gebelik takipleri yetersiz olup; gebeliğinde infeksiyon ve diğer hastalıkların görülme olasılığı da artmaktadır (84,85). Çalışmamızda 42 (%53,8) annenin ailesinin aylık gelir düzeyi 500 YTL ve altında olmasına rağmen 28 (%35,8)'i gebelik takiplerine düzenli olarak gitmiştir. Yine bu 42 (%53,8) annenin 20 (%25,6)'sinin prematür bebeği olmuştur. Düşük gelir düzeyine rağmen kadınların %55,1'inin takiplerinde özel muayenehaneyi seçmesi çalışmanın şaşırtıcı sonuçlarından biridir.

Prematür bir bebeğe sahip olmak aileler için stres oluşturan bir durumdur. Yapılan çalışmalarda yenidoğan yoğun bakımının aileler için stres oluşturan en önemli yönünün çocuk sahibi olup, hayal ettikleri aile yapısına kavuşamama ve karakterlerinde meydana gelen büyük değişiklik olduğu gösterilmiştir(4,34).

Stjernqvist K ve ark. (86) yaptıkları çalışmada, prematür ya da hasta bir çocuk doğduğunda annenin; kendini suçlu olarak gördüğünü, bebeği için kurduğu hayalin gerçekleşmediğine üzüldüğünü saptamışlardır. Yine yapılan kantitatif çalışmalarda da yüksek riskli bebeklerin annelerinde devam eden kaygının zamanla depresyona, ve posttravmatik stres bozukluğuna neden olduğu gözlenmiştir (9,87-89).

Term ancak sağlık problemi olan bebeklerin annelerinin, prematürite dışında sağlık problemi olmayan bebeklerin annelerinden daha stresli ve daha çok hayal kırıklığı içinde oldukları görülmüştür (90). Çalışmamızda özellikle preterm ve konjenital anomalisi olan bebeklerin annelerinde kaygı seviyesinin yüksek olması yapılan bu çalışma ile uyumluluk göstermektedir. Anneler için hasta ve yaşam boyu kalıcı sağlık problemleri olan bebeklerinin olması kaygı seviyesini çok daha fazla arttırmaktadır (91-93). Annelerin kendilerini olanlar için suçlaması, eşine karşı suçlu hissetmesi kaygı seviyesini daha da arttırmaktadır (10,11). Bebekleri kronik hasta olan aileler 'bilinmezlik' hisseder. Çocuklarının iyileşme yönünden ilerleme göstereceğinden emin olamaz, ya yaşam boyu hasta kalacak ya da ölecek diye düşünürler. Bu ailelerin bilgilendirilmeden çok duygusal desteğe gereksinimleri vardır (69). Çalışmamızda da, bu araştırma ile uyumlu olarak yaşam boyu hastalık durumu devam edecek konjenital anomalili bebeği olan ailelerde kaygı seviyesi yüksek olarak saptandı.

Affleck ve ark. (9)'nın 1991'de, Blumberg NL (94)'nin 1980'de ve DeMier, Hynan, Haris ve Manniello (94)'nin 1996'da yaptıkları çalışmalarda gestasyonel yaş ve bebeğin hastalığına bağlı olarak annelerde postpartum reaksiyonların etkilendiği gösterilmiştir. Diğer taraftan Gennaro ve ark. (87) 1988'de; Meyer, Garcia-Coll, Seifer, Ramos, Kilis ve Oh (95) 1995'de, Thompson (96)'ın 1993'de bebeğin medikal riski ile annedeki stresin birbiri ile ilişkisinin olmadığını savunmuşlardır. Aşkın Güra ve arkadaşları(97) 42 preterm bebeği olan annede Beck depresyon ölçeğini kullanarak araştırdıkları postpartum depresyondan; preterm doğum dışında, anneye ve bebeğe ait faktörlerin hiçbirinin sorumlu olmadığını bulmuşlardır. Kliniğimizde yaptığımız çalışmada gestasyonel yaş azaldıkça annelerin kaygı düzeylerinin arttığı, bağlantılı olarak doğum tartısı azaldıkça yine annelerin kaygı düzeylerinin arttığı saptandı.

Miles tarafından ailede stres oluşturan faktörler sadece doğum sonrasında YYBÜ’de bebeklerinin bulunması değil, ailenin prenatal dönemdeki sorunları, doğumun anne üzerindeki fiziksel ve psikolojik travması, YYBÜ’ne bebeğin kabulü, buranın fiziksel koşulları, gürültü ve ışıklar, daha önce hiç görmedikleri aletlerin bebeklerine bağlı olarak görmek, çalışan sağlık elemanları, aile olamamanın rahatsızlığı, bebeğin görünüşü ve uygulanan tedaviler, bebeğin prognozu hakkındaki belirsizlik de stres faktörleri olarak tanımlanmıştır. Bu faktörlerin aynı zamanda aile-bebek arasındaki ilişkiyi de etkileyebileceği belirtilmiştir (4).

Richard A ve ark. (98)’nin yaptığı çalışmada gestasyonel yaş, doğum ağırlığı ve hospitalizasyon süresi, ventilatörde kalma süresi ve komplikasyonlara bağlı olarak maternal stres ölçümü yapılmış ve stresin bu parametrelerle değiştiği gösterilmiştir. Araştırmamızın sonuçları bu çalışma ile bu çalışma ile uyumluluk göstermektedir; YYBÜ’ de bebeğin kalma süresi ile annenin kaygı düzeyinin doğru orantılı olarak arttığı saptanmıştır.

Ukpong DI. ve ark. (99) ile Gennaro S. ve ark. (100)’nin preterm bebeklerin annelerinde anksiyete ve depresyon sıklıklarını term bebeklerin annelerinden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırdıkları çalışmalarında; preterm bebeği olan annelerde kaygının belirgin şekilde artmış olduğu saptanmıştır. Depresyonun da yine preterm bebek annelerinde arttığı gözlenmiştir. Margaret Shandor Miles ve ark. (101)’nin da 2007 yılında yayınlanan ve preterm bebeklerin annelerinde depresyonun değerlendirildiği çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Annelerdeki depresyon sıklığını ve kaygı düzeylerini değerlendirdiğimiz ve stres faktörlerini belirlediğimiz çalışmamızın sonuçları da diğer araştırmalarla uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda bebeklerini hiç görmeyen 14 annenin kaygı seviyesi, 3 gün aralıklarla gören ve her gün gören annelere göre artmış ancak; istatistiksel olarak farklı değerlendirilmemiştir. Bu durum annelerin bebeklerinin yanında olmaması, doğum öncesi dönemde hayal ettikleri aile ortamını oluşturamamış olmaları, bebeklerinin hastalığıyla her gün direkt olarak yüzleşmeleri ile ilişkili olabilir.

Yine çalışmamızda anneye söylenen tanı ve bebeklerin klinik tanıları uyumluluk göstermiştir. Araştırma esnasında anneler tarafından özellikle bebeklerinin ‘küçük olması ve erken doğmasının’ yinelenen ifadelerden olması

anneler için bu iki parametrenin daha önemli olduğunu göstermektedir. Annelerin prematürite ya da düşük doğum ağırlığının neden olabileceği kronik süreçteki sağlık sorunlarından daha fazla oranda bebeğin küçük olması ya da erken doğmasına odaklandıkları gözlenmiştir.

Paula M. ve ark. (102) da doğum sonrasında VLBW doğan bebeklerini anne sütü ile besleyen 115 anne ile formula mama ile besleyen 85 anne arasında yaptıkları çalışmalarında; anne sütü ve formula mama ile bebeklerini besleyen annelerin kaygı seviyeleri STAI 1-2 ölçeği kullanılarak doğum sonrası ve doğumdan 2 hafta sonrasında ölçülerek değerlendirilmiş. Her iki dönemde de ölçülen kaygı seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamamışlar.

Çetin ve ark. (103)'nın Mersin Toros Devlet Hastanesinin Çocuk Kliniği'nde ve Çocuk Polikliniği'nde 0-12 aylık bebeklerin annelerinde emzirme konusunda yaptıkları çalışmada, %70,8'inin anne sütü ile besleme konusunda bilgi aldıkları saptanmıştır. Annelerin çoğunluğu emzirme konusunda ebe ve hemşirelerden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir Bu da emzirme ve emzirmenin devamını sağlamada ebe ve hemşirenin daha duyarlı bir şekilde çalışmalarının gereğine işaret etmektedir. Çalışmamızda ilk gebeliği olan 42 annenin 33 (%42,1)'ü anne sütü ile besleme ve süt sağma konusunda bilgilendirildiğini, 9 anne (%11,3) ise bilgi almadığını belirtmiştir.

Flacking R. ve ark. (104) preterm bebeklerin annelerinde yaptıkları çalışmada; preterm bebeğin anne sütü ile beslenmesi gerektiğinde özellikle annelerin kaygı seviyesinin arttığını saptamışlardır. Annenin bebeğe anne sütü veremediği durumlarda bir sonraki denemenin kendisini düşündürdüğünü ve kendini başarısız hissettiğini, hüsrana uğradığını, başarılı oldu ise; kendini iyi anne olarak gördüğünü, gururlandığını belirtmişlerdir. Sergek E ve arkadaşları(105) çalışmalarında; bebekleri YYBÜ'de takip edilen, anne sütü ile bebeklerini besleyen 15 anne ile anne sütünün kesilmesinden dolayı bebeklerini besleyemeyen 15 annenin durumluk ve sürekli kaygı puan düzeyleri birbirine benzer olup, istatistiksel olarak fark bulamamışlardır. Çalışmamızda bebeklerini anne sütü ile besleyen ve beslemeyenlerin kaygı seviyeleri farklı değildi. Fark saptanmaması annelerin bebeklerini görmeleri, bebek ile yalnız kalarak, özel bir an paylaşmalarından dolayı kaygı seviyelerinin azalmasına bağlı olabilir.

Helena Wigert ve ark. (106)'nın, term doğan, konjenital anomalisi olmayan ve YYBÜ'de takip edilen 10 yenidoğanın annesi ile ses kayıt cihazı kullanarak yaptıkları çalışmalarında; annelere bebekleri YYBÜ'de iken nasıl bir deneyim yaşadıkları, neler olduğu, neler hissettikleri ve bu konuda onları etkileyen daha başka neler anlatabilecekleri sorulmuştur. Toplanan verilere göre: annelerin bebeklerini takip edenlerle iletişim kurmaya, onlardan devamlı bilgi almaya ve güvene ihtiyaçları oldukları, kendilerini hiçbir yere ait olmadıklarını düşündükleri ve suçluluk duygusu hissettikleri saptanmıştır.

Hastane personeli, hemşire ve doktorların davranışları ve verilen bakım, yaşamın ilk gününde anne ile yenidoğanın ayrılması, hastanedeki uygulamalar ve kurallar da anne-bebek iletişimini etkileyen etmenler arasındadır (107). Cox LC ve ark. (108) ile Holditch-Davis D. ve ark. (109) aile ile olan devamlı iletişimin stres düzeyini azalttığını, özellikle hemşirelerin devamlı olan iletişimde etkin olduğu saptamışlardır. Çalışır ve ark. (110) araştırma grubunda yer alan anneler, hemşire ile konuşmak isterken, babalar ise daha fazla doktor ile iletişime geçmeyi istemişlerdir. Bunun nedeni; annelerin ve hemşirelerin aynı cinsiyette olmaları yanı sıra bebeğin bakımı sırasında daha fazla birlikte bulunmaları olabilir.

Çalışmamıza katılan annelerin 76 (%97,4)'sından doğar doğmaz alınırken, 2 (%2,6)'sinden bebekleri doğumdan birkaç saat sonra bebekleri YYBÜ'e alınmıştır. Annelerden hiçbiri YYBÜ'de personelin davranışı ya da bebeklerine bakım konusunda rahatsızlık bildirmemiş, annelerin hemşire ya da doktordan aldıkları bilgiyi yeterli buldukları gözlenmiştir. Bebekleri YYBÜ' de takip edilen ailelere bu kritik olaya adaptasyonu sağlamakta yardımcı olmak için aile üyelerinin sağlık çalışanları ile deneyimlerini ve duygularını paylaşması önemlidir.

Çalışmamızda hastane dışından bebeklerini görmeye gelen annelerin kaygı seviyesinin yüksek saptanması; bebekle arasındaki mesafenin kilometrelere yansması, istediğinde bebeğini görememesi, ona sütünü her an getirememesi, bilgilendirilme olanağının kısıtlanması ile ilişkili olabilir. Aynı zamanda hastanemizin bölgeye hizmet veren hastane olmasından dolayı; çoğu ailenin uzak bölgelerden kısıtlı olanaklarla gelmektedir. Çoğunluğunun sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, kalacak yerlerinin olmaması, bebeklerini ziyaret olanağını azaltmakta, kaygı seviyelerini arttırmaktadır. Çalışır ve arkadaşları tarafından YYBÜ' de bebeği

olan ebeveynlerin gereksinim ve kaygı düzeyini ölçtükleri çalışmalarında; ailelerin, özellikle hastane ortamının ziyaret olanağını arttıracak düzeye çıkarılması gereksiniminde oldukları saptanmıştır (110).

Anne ve YYBÜ' de takip edilen yüksek riskli bebeklerin arasındaki iletişimi etkin hale getirmek için çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Buarque V. ve arkadaşları(111) Brezilya'da 13 ailenin üyeleri ve sağlık çalışanları ile aile merkezli uyguladıkları çalışmalarında; teyp kaydı kullanarak görüşmeler yapılmış, bebekleri konusunda bilgi verilmiş ve duygusal destek verilmiş. Preyde M. ve ark.larının(112) Toronto'da düşük doğum ağırlıklı 32 bebeğin annesi ve 28 anneden oluşan kontrol grubunda ailelerin stres düzeylerini ölçen çalışma yapmışlar. Çalışma grubundaki annelere bebeklerinin bakımı konusunda eğitim vererek, telefonla her an bilgi desteğinde bulunmuş ve bu grupta toplantılar yapılmış. Dört hafta sonra çalışma grubunun kaygı seviyelerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu saptamışlardır.

Guan Koh ve ark. (113) YYBÜ'de bebekleri takip edilen 200 annenin 98'ine doğum sonrası 10. gün, 4. ve 12. aylarında genel sağlık durumları değerlendirilmiş, kaygı seviyeleri ölçülmüş ve bebekleri hakkında ayrıntılı bilgilendirilmiş. Çalışma yapılan 98 anne ile kontrol grubundaki 102 annenin 10. gündeki kaygı seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmışlar ve teybe kayıt yöntemi ile neonatolojist tarafından konuşma ve bilgilendirmenin annelerin iyilik hallerini etkilemediğini belirtmişlerdir.

Son yapılan çalışmalarda, YYBÜ'de bebekleri takip edilen annelerin kaygı seviyelerini azaltmak amacıyla ailelerle etkileşim grupları ya da programları planlanmakta ve en etkili yöntem araştırılmaktadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve büyük merkezlerde bulunan birçok özel hastanede gerekli donanımla birlikte yenidoğan yoğun bakım üniteleri bulunmakta; ancak yeterli personel bulunmamaktadır. Türkiye'de YYBÜ'de sosyal çalışma uzmanı ve psikolog çalıştırılmamaktadır. Çalışma ortamının uygun olmaması, mesai saatlerinin kısıtlı olması ve hasta sayısının fazla olmasından dolayı sağlık personeli, ailelerle çok ilgilenememektedirler.

Yüksek riskli bebeklerin eve taburculuğu sonrasında bebek bakımı hakkında annenin bilgilendirilmesi, rutin takiplerinin ve yapılması gereken özel testlerin pediatriyle birlikte planlanması, bu arada annenin duygu durumunun belirli aralıklarla değerlendirilip, postpartum depresyon gibi patolojik problemlerin gözden kaçırılmaması, aynı durumdaki annelerin bir araya getirilerek psikolojik destek verilmesi; birinci basamakta çalışan ve kişiyi biyopsikososyal yönden ele alan, görev ilkeleri arasında aile ve toplum yönelimlilik, süreklilik, bütüncülük ve gizlilik olan aile hekiminin görevleri arasında yer almaktadır (114).

6.SONUÇLAR

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri takip edilen annelerdeki anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve oluşan kaygı düzeyini ölçmeyi, bunlara neden olan faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

1. Çalışmamızda annelerin gebelik problemleri doğum ağırlığını etkilemiştir($p<0,05$). Gebelikte problem yaşayan annelerin bebeklerinin daha düşük ağırlıkta olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
2. Bebekleri YYBÜ'de takip edilen annelerin yaşı kaygı seviyesini arttırmaktadır ($p<0,05$).
3. Annelerin eğitim düzeyi kaygı seviyesini etkilemektedir ($p<0,05$).
4. Çalışmamıza katılan annelerin çoğunluğunun gelir düzeyi düşük olmasına karşın kaygı seviyeleri etkilenmemektedir ($p>0,05$).
5. Düşük gelir düzeyi prematür bebek sahibi olma olasılığını arttırmaktadır ($p<0,05$).
6. Çalışmamızda doğum şekli kaygı seviyesini arttırmamakta($p>0,05$), annelerin sezaryen olma oranı; normal doğuma oranla yüksek bulunmaktadır($p<0,05$). Anne adaylarının antepartum dönemde yaşadıkları sağlık sorunlarının sezaryen doğum oranını arttırmış olabileceği düşünülmektedir.
7. Annenin sahip olduğu çocuk sayısı kaygı seviyesini arttırmamakta($p>0,05$), geçmişte yaşadıkları intrauterin ölü bebek ve düşük öyküsü gibi kötü deneyimler şimdiki kaygı seviyesini daha da arttırmaktadır ($p<0,05$).
8. Çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin doğum haftası ve doğum ağırlıkları kaygı seviyesini arttırmaktadır ($p<0,05$).
9. Doğum sonrasında bebeklerinin tanıları annelerin kaygı seviyelerini arttırmaktadır ($p<0,05$). Özellikle prematür ve konjenital anomaliye sahip olan annelerin kaygı seviyeleri yükselmektedir.
10. Bebeklerinin YYBÜ'de görünümü annelerin kaygı seviyesini arttırmaktadır ($p<0,05$).

11. Annenin bebeğine teması kaygı seviyesini etkilememektedir ($p>0,05$).
12. Annelerin YYBÜ’de kalan bebeklerini görme sıklığı annelerin kaygı seviyesini etkilememektedir ($p>0,05$).
13. Bebeklerin YYBÜ’de takip süresinin uzaması annelerdeki depresyon varlığını ve kaygı seviyesini arttırmaktadır ($p<0,05$).
14. Çalışmamızda süt sağma ve anne sütü ile besleme konusunda bilgilendirilme annelerin bebeklerini kendilerinin beslemelerini etkilemekte, anneler daha istekli davranmaktadırlar ($p<0,05$).
15. Annelerin bebeklerini kendilerinin beslemeleri kaygı seviyesini etkilememektedir ($p>0,05$).
16. Hemşire ve doktordan yeterli bilgi aldığını belirten anneler doktordan aldıkları bilgiyi daha yeterli bulmaktadırlar ($p<0,05$).
17. Bebeğinin yanında kalan annelerle karşılaştırıldığında, hastaneye bebeklerini görmek, bilgi almak için dışarıdan gelen annelerde anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve sürekli kaygı seviyeleri artmıştır ($p<0,05$).
18. Bebeklerinin YYBÜ’de olmasından dolayı ‘üzüntülü’ olan ve YYBÜ’de olmasının ‘gerekli’ olduğunu belirten annelerin bu tepkileri kaygı seviyelerini etkilememiştir ($p>0,05$).
19. Dünyada annelerin yoğun bakım personeli ile iletişiminin aile için önemli olduğundan bahsedilmekle birlikte Türkiye’nin sağlık koşulları, eleman sayısının yetersiz olması göz önüne alındığında annelere ikinci ve üçüncü basamakta yeterli uzman desteği sağlanması yetersiz kalabilmektedir. Aile Hekimliği uzmanlarının temel görevlerinden birisi, bütüncül yaklaşımla sahiplendikleri hastalarının ileri basamaklardaki muayene ve tedavilerinin koordine edilmesidir. Hastaların da her türlü problemlerinde ilk danışacakları kişi yine aile hekimliği uzmanıdır. Hastanın ikinci ve üçüncü basamaktaki hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgilendirilmesini de aile hekimliği uzmanları yapabilirler ve böylece annelerin ve ailelerin kaygı düzeylerinin düşürülmesine katkıda bulunabilirler. Bu nedenle birinci basamak hekimi olan aile hekimlerinin üzerine önemli görevler düşmekte ve sorumlulukları artmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Behrman, Kleigman, Jenson. Nelson Textbook of Pediatrics 17th Edition Philadelphia: Saunders Company; 2005.
2. Gale G, Franck LS, Kools S, Lynch M. Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies*. 2004; 51–58.
3. Miles MS, Brunssen SH. Psychometric properties of the parental stressor scale: infant hospitalization. *Adv Neonatal Care*. 2003 Aug; 3 (4):189-96.
4. Miles M, Holditch-Davis D. Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Seminars in Perinatology*. 1997; 21 (3): 254–266.
5. Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parent stressor scale: neonatal intensive care unit. *Nursing Research*. 1993; 42 (3): 148–152.
6. Brazy JE, Goldstein RF, Oehler JM, Gustafson KE, Thompson RJ. Nursery neurobiologic risk score: levels of risk and relationships with nonmedical factors. *J Dev Behav Pediatr*. 1993; Dec;14(6):375-380.
7. Meyer EC, Coll CT, Lester BM, Boukydis CF, McDonough SM, et all. Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics*. 1994 Feb;93(2):241-246.
8. Jeffcoate JA, Humphrey ME, Lloyd JK. Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery. *Dev Med Child Neurol*. 1979 Jun; 21(3):344-352.
9. Affleck G, Tennen H. The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being. *Child Health Care*. 1991 Winter;20(1):6-14.
10. Mew AM, Holditch-Davis D, Belyea M, Miles MS, Fishel A. Correlates of depressive symptoms in mothers of preterm infants. *Neonatal Netw*. 2003; Sep-Oct;22(5):51-60.
11. Wereszczak J, Miles MS, Holditch-Davis D. Maternal recall of the neonatal intensive care unit. *Neonatal Netw*. 1997 Jun;16(4):33-40.
12. Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, Baley J. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA*. 1999;281(9):799-805.

13. DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *J Perinatol.* 1996;16(4):276- 80.
14. Hoyle RH, Smith GT. Formulating clinical research hypotheses as structural equation models: a conceptual overview. *J. Health Psychol.* 1992;11(1):32- 40.
15. Lobel M, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw SC. Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychol.* 1992;11(1):32- 40.
16. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol.* 1993 Dec;65(6):1243-1258.
17. Kafkaslı A, Tekin N, Şen C. Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Bildirgesi 24 Eylül 2001-İspanya. *Perinatoloji Dergisi* 2001;9(4) 206-207.
18. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ekim 2004, Ankara.
19. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, et all. *Williams Obstetrics. 20th Edition Connecticut. Appleton&Lange, 1997.*
20. *Perinatoloji Dergisi supplement 1;2(1) (1.03.2005)*
<http://www.perinatology.org.tr/dergi/ozet/sp1/ozet41.htm> - 24 (10.07.2007).
21. Centers for Disease Control and Prevention. *Natl Vital Stat Rep* 1997;47:1-78.
22. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatrics* 1991; 119:417- 423.
23. Avery- Fletcher MacDonald. *Neonatology: Pathophysiology & Management of The Newborn. 5th Edition. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, 2005.*
24. Ott WJ. Small for Gestational age fetus and neonatal outcome: reevaluation of relationship. *Am J Perinatol* 1995;12: 396.
25. American Academy of Pediatrics. Policy statement: Screening examination of premature infants for rethinopathy of prematurity: Section on ophthalmology.

- Pediatrics, 2001;108:809-811. Minde KK. The impact of prematurity on the later behavior of children and on their families. Clin Perinatol. 1984 Feb;11(1):227-244.
26. Chalmers I, Zlosnick JE, John DA, Campbell H. Obstetric practice and outcome of pregnancy in Cardiff residents 1965-1973. British Medical Journal 1976; 20(2):735-738.
 27. Kendall RE, Rennie D, Clarke JH, Dean C. The social and obstetrics correlates of psychiatric admissions in the puerperium. Psychological Medicine. 1981;11:341-350.
 28. Caplan HL, Cogill SR, Alexandra H, Robson KM, Katz R, Kumar. Maternal depression and the emotional development of the child. RBr J Psychiatry. 1989 Jun;154:818-822.
 29. Kennell and Klaus 1998 Bonding: recent observations that alter perinatal care, Pediatrics in Review. 19(1):4-12.
 30. Trause MA, Kramer LI 1983 The effects of premature birth on parents and their relationship. Developmental Medicine and Child Neurology. 25;459- 465.
 31. Harper RG, Sia C, Sokal S, Sokal M. Observations on unrestricted parental contact with infants in the neonatal intensive care unit. Journal of Pediatrics. 1976; 89:441-445.
 32. Farber EA, Vaughn B, Egeland B. The relationship of prenatal maternal anxiety to infant behaviour and mother infant interaction during the first six months of life. Early Human Development 1981;5 :267- 277.
 33. Rennie J, Robertson NRC. A manual of neonatal intensive care, 3th edition, London: Arnold; 2002.
 34. Minde K, Ford L, Interactions of mothers and nurses with premature infants. Canadian Medical Association Journal. 1975;113: 741-745.
 35. Gottfried AW, Wallace-Lande P, Sherman Brown S, King J, Coen C, Hodgmar JE. Physical and social environment of newborn infants in special care units. Science 1981: 2145:673- 675.

36. Schafer M, Hatcher R, Barglow P 1980 prematurity and infant stimulation, a review of research. *Child Psychiatry and human development*. 1981;10:199- 212.
37. Anderson GC. Current knowladge about skin to skin car for preterm infants (review). *Journal of Perinatology*. 1991;11:216- 226.
38. Luddington-Hoe SM, Ferreira C, Swinth J, Ceccardi JJ. Safe criteria and procedure for kangaroo care with intubated preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(5):579–588.
39. Dr. Phill. Seyyare Duman. Aile planlaması danışmanlık konuşmaları: Kurumsal söylem çözümlemesi. İstanbul:Simurg Yayınları; 2005.
40. Department of Health. An organisation with a memory. London, Department of Health 2000.
41. Freer Y, Ferguson L, Ewing G, Hunter J, Logie R, Rudkin S, McIntosh N. Mismatched concepts in a neonatal intensive care unit (NICU): further issues for computer decision support? *J Clin Monit Comput*. 2002 Dec;17(7-8):441-447.
42. Bogdan R, Brown MA, Foster SB. Be honest but not cruel: staff- parent communication on a neonatal unit. *Human Organization*. 1982; 41: 6-16.
43. Pearlman NB, Freadman JL, Abramovitch R. Informational needs of parents of sick neonates. *Peadiatrics*.1991; 88: 512-518.
44. Hawthorn AJ. The effects of different routines in a special care baby unit on the mother-infant relationships. Nugent JK, Lester BM, Brazelton TB(eds) *The cultural context of infancy*. 1. Ablex, New Jersey; 1981,p:125-132.
45. Redshaw ME, Haris A, Ingram JC Nursing and medikal satffing in neonatals. *Journal of nursing Management*. 1:221-228.
46. Menzies M. The functioning of social systems as adefence aganist anxiety. *Human relations* 1980; 13: 95-121.
47. Oehler JM, Davidson MG, Starr LE, Lee DA. Burnout, job stres, anxiety and perceived social support in neonatal nurses. *Heart and Lung*. 1991; 20;500-505.

48. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Books: Benjamin J Sadock, Virginia A Sadock by Benjamin J Sadock. Eight Edition. Balitimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
49. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women Birth. 2002 Jun;29(2):101-111.
50. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. J Psychosom Res. 1984; 28: 213-220.
51. Saisto T, Salmelo Ara-K, Nurmi JE, Psycosocial predictors of dissapointment with delivery and puerperal depression: A longitudinal study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001; 80: 39-45.
52. Ryding EL. Psychosocial indications for cesarian section: A retrospective study of 43 cases. Acta Obstet Gynecol Scand. 1991; 70:47-49.
53. Atiba EO, Ageghe AJH, Murphy PJ et al. Patient's expectation and cesarean section rate. Lancet.1993;341:246.
54. Melender HL, Lauri S.Fears associated with pregnancy and childbirth-experiences of women who have recently given birth. Midwifery. 1999;15: 177-182.
55. Bernazzani O, David H et al. Psychosocial factors related to emotional disturbences during pregnancy. J Psychosom Res 1997;42: 391- 402.
56. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1996;7;3- 9.
57. Prof. Dr. Ömer Aydemir, Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. İstanbul: Hekimler Yayın Birliği; 2006.
58. Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. Psychol Med, 1998; 28: 915–921.
59. Ayhan LeCompte- Necla Öner. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.

60. Türkan Dağoğlu, Gülay Görak, Yenidoğan hemşireliğinde etik, (Ed) Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri,; Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2002; 31-40.
61. Siddiqui A, Hagglöf B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*. 2000; 59:13-15.
62. Goldberg S, Morris P, Simmons RJ, Fowler RS, Levison H. Chronic illness in infancy and parenting stress: a comparison of three groups of parents. *J Pediatr Psychol*. 1990 Jun;15(3):347-358.
63. McGrath M, Sullivan MC, Seifer R. Maternal interaction patterns and preschool competence in high- risk children. *Nursing Research*. 1998; 47:309-317.
64. Smith KE, Landry SH, Swank P.R. The influence of early patterns of positive parenting on children's preschool outcomes. *Early Education and Development*. 2000;11:147-169.
65. Cho J, Holditch-Davis D, Belyea M.J. Gender, ethnicity, and the interactions of prematurely born children and their mothers. *Pediatr Nurs*. 2004; Jun;19(3):163-175.
66. Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *J Perinatol*. 1991;11(3):216–226.
67. Smith KM. Sleep and kangaroo care: clinical practice in the newborn intensive care unit: where the baby sleeps. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007 Apr-Jun;21(2):151-157.
68. Berlin, LJ, Brooks-Gunn J, Spiker, D, Zaslow MJ. Examining observational measures of emotional support and cognitive stimulation in black and white mothers of preschoolers. *Journal of Family Issues*.1995;16:664-686.
69. McGrath MM, Sullivan MC, Seifer R. Maternal interaction patterns and preschool competence in high- risk children. *Nursing Research*. 1998; 47:309-317.
70. Smith KE, Landry SH, Swank PR. The influence of early patterns of positive parenting on children's preschool outcomes. *Early Education and Development*. 2000;11:147-169.

71. Barnard KE, Snyder C, Spietz A. Supportive measures for high-risk infants and families. *Birth Defects Orig Artic Ser.* 1984;20(5):291-329.
72. Bronfenbrenner U. Ecological system theory. *Child Development.* 1989;6, 187-249.
73. Armstrong D, Hutti M. Pregnancy after perinatal loss: The relationship between anxiety and prenatal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998; 27:183-189.
74. Hughes M, Turton P, Evans CDH. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: Cohort study. *BMJ* 1999; 318:1721-1724.
75. Berg M, Honkasalo ML. Pregnancy and diabetes-a hermeneutic phenomenological study of women's experiences. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2000;21;39-48.
76. Kennerley H, Gath D. Maternity blues III: Association with obsteric, psychological and psychiatric factors. *Br J Psychiatry* 1989; 155:367-373.
77. Cho MY. Primiparas' perceptions of their delivery experience and their maternal-infant interaction: compared according to delivery method. *Journal of The Korean Academy Of Women's Health Nursing.* 1995; 1(1):5-22.
78. Balcı S, Savaşer S. Annelerin bebeklerini algılama durumu, VI. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, GATA Hemşirelik Yüksekokulu. Ankara 1998;215-221.
79. Çoban A. Doğum sonrası anne-yenidoğan etkileşimini etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003;8- 27, 110-118.
80. Nissen E, Gustavson P, Widström AM, Uvnäs-Moberg K. Oxytocin, prolactin, milk production and their relationship with personality traits in women after vaginal delivery or Cesarean section. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1998 Mar;19(1):49-58.

81. Chalmers I, Zlosnick JE, John DA, Campbell H. Obstetric practice and outcome of pregnancy in Cardiff residents 1965-1973. *British Medical Journal*. 1976;1:735-738.
82. Reichert JA, Baron M, Fawcett J. Changes in attitudes toward cesarean birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1993 Mar-Apr;22(2):159-167.
83. Cartlidge PHT, Stewart JH. Survival of very low birthweight and very preterm infants in a geographically defined population. *Acta Paediatr*. 1997;86:105- 110.
84. Yves Ancel P, Cubizolles MJS, Renzo GC. Very and moderate preterm births: are the risk factors different? *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106: 1162- 1170.
85. Stjernqvist K. Facilitate parents attachment to the child. *Psykologtidningen*. 1988; 20: 4-7.
86. Brooten D, Gennaro S, Brown LP, Butts P, Gibbons AL, Bakewell-Sachs S, Kumar SP. Anxiety, depression, and hostility in mothers of preterm infants. *Nurs Res*. 1988 Jul-Aug;37(4):213-216.
87. Jeffcoate JA, Humphrey ME, Lloyd JK.; Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery..*Dev Med Child Neurol*. 1979 Jun;21(3):344-352.
88. Blaymore-Bier J, Pezzullo J, Kim E, Oh W, Garcia-Coll C, Vohr BR Outcome of extremely low-birth-weight infants: 1980-1990. *Acta Paediatr*. 1994 Dec;83(12):1244-1248.
89. Thompson RJ, Goldstein RF, Oehler JM, Gustafson KE, Catlett AT, Brazy JE. Developmental outcome of very low birth weight infants as a function of biological risk and psychosocial risk. *J Dev Behav Pediatr*. 1994 Aug;15(4):232-238.
90. Rauh VA, Nurcombe B, Achenbach T, Howell C The Mother-Infant Transaction Program. The content and implications of an intervention for the mothers of low-birthweight infants. *Clin Perinatol*.1990 Mar;17(1):31-45.
91. Rodriguez CM, Murphy LE. Parenting stress and abuse potential in mothers of children with developmental disabilities. *Child Maltreatment*. 1997;3: 245- 252.

92. Docherty SL, Miles MS, Holditch-Davis D. Worry about child health in mothers of hospitalized medically fragile infants. *Adv Neonatal Care*. 2002 Apr;2(2):84-92.
93. Blumberg NL. Effects of neonatal risk, maternal attitude, and cognitive style on early postpartum adjustment. *J Abnorm Psychol*. 1980 Apr;89(2):139-150.
94. DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *J Perinatol*. 1996 Jul-Aug;16(4):276-280.
95. Meyer EC, Garcia Coll CT, Seifer R, Ramos A, Kilis E, Oh W Psychological distress in mothers of preterm infants *J Dev Behav Pediatr*. 1995 Dec;16(6):412-417.
96. Thompson J. Community. Supporting young mothers. *Nurs Times*. 1993 Dec 22-1994 Jan 4;89(51):64-67.
97. Aşkın GÜRA, Hikmet Özkan ÇIĞ, Hakan ONGUN, Mehmet ERYILMAZ, Nihal OYGÜR Postpartum Maternal Depresyon Nedenleri ve Preterm Bebeklerde Büyüme Üzerine Etkileri, *Çocuk Dergisi* 2004; 4(3):168-172.
98. Ä Richart, L. DeMier and Michael TA. Measurement Model of Perinatal Stressors: Identifying Risk for Postnatal Emotional Distress in Mothers of High-Risk Infants. *Journal of Clinical Psychology*. 2000; Vol. 56(1), 89–100.
99. Ukpong DI, Fatoye FO, Oseni SB, Adewuya AO. Post partum emotional distress in mothers of preterm infants: a controlled study. *East Afr Med J*. 2003 Jun;80(6):289-92.
100. Gennaro S. Postpartum anxiety and depression in mothers of term and preterm infants. *Nurs Res*. 1988;37: 82–84.
101. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M. Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr*. 2007 Feb;28(1):36- 44.
102. Paula M. Sisk, Cheryl A. Lovelady, Robert G. Dillard and Kenneth J. Maternal




































Anxiety and Infant Intake of Human Milk Lactation Counseling for Mothers of Very Low Birth Weight Infants: Effect on Pediatrics 2006;117;67- 75.

103. Çetin Hacer, Muşlu Nurten, Akan Nazife; 0 - 12 aylık bebeği olan annelerin bebek beslenmesine yönelik bilgi düzeyleri 50.Milli Pediatri Kongresi 8-12. Kasım.2006. Poster ve Sözel Bildirileri.
104. Renée Flacking, Uwe Ewald, Kerstin Hedberg Nyqvist and Bengt Starrin. Trustful bonds: A key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. Social Science & Medicine. 2006; 62(1): 70-80.
105. Esra Sergek, Serap Taşdemir, Gülümser Sertbaş. 4. Uludağ Pediatri Kış Kongresi Laktasyon Krizi Geçiren ve Laktasyon Krizi Geçirmeyen Annelerin Anksiyete Düzeyleri - Poster 37.
106. Helena Wigert RN, Rene’e Johansson RN. Mothers’ experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. Scand J Caring Sci;2006; 20: 35–41.
107. Martin L, Pernell MD. Çağdaş obstetrik ve jinekolojik teşhis ve tedavi, Cilt I-II, Kansas City: Barış Kitabevi; 1994.
108. Cox LC, Bialoskurski M. Neonatal intensive care: communication and attachment. Br J Nurs 2001; 10: 668–76.
109. Holditch-Davis D, Miles MS. Mothers’ stories about their experiences in the neonatal care unit. Neonatal Netw 2000; 19: 13–21.
110. Çalışır Hüsniye, Şeker Sibel, Güler Funda, Taşcıoğlu Anaç Gamze, Türkmen Münevver. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. 50.Milli Pediatri Kongresinin Poster ve Sözel Bildirileri.
111. Buarque V, Lima MC, Scott RP, Vasconcelos MG. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers.J Pediatr (Rio J). 2006 Jul-Aug;82(4):295-301.

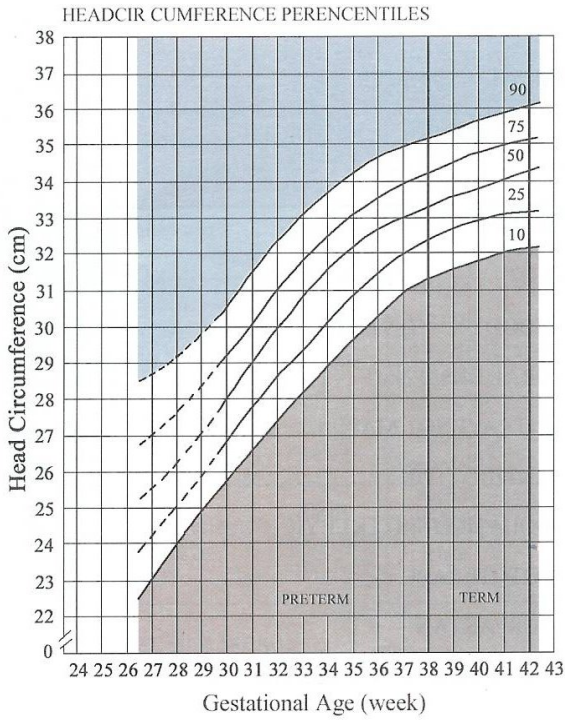
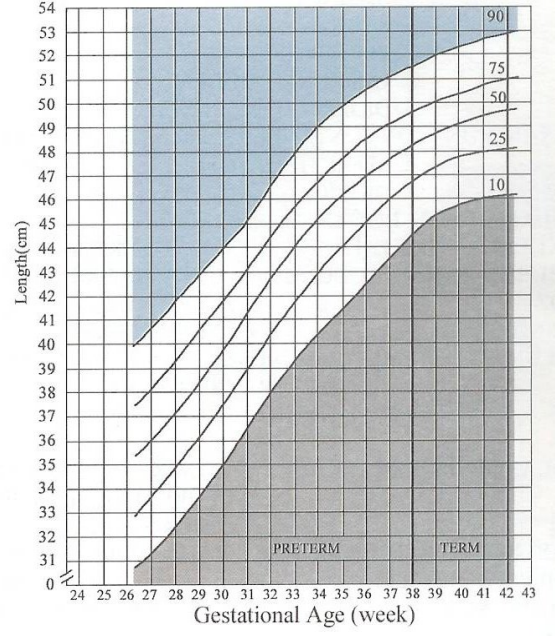
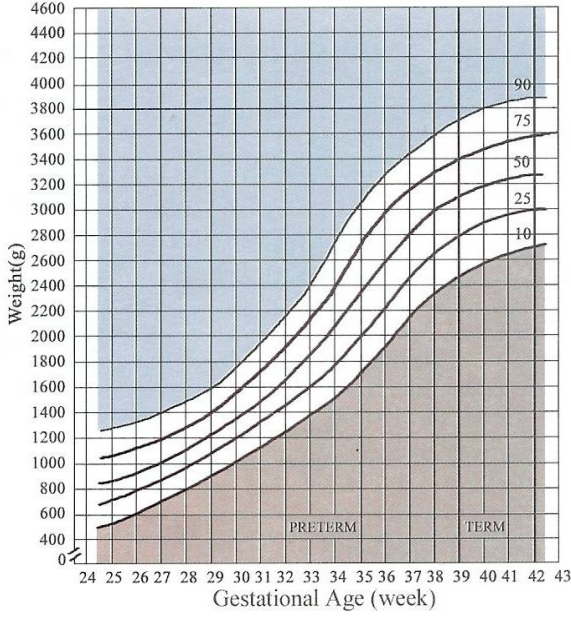
- 112.** Michele Preyde, Frida Ardal. Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *CMAJ*. 2003 Apr 15;168(8):969-73.
- 113.** Koh TH, Butow PN, Coory M, Budge D, Collie LA, Whitehall J, Tattersall MH. Provision of taped conversations with neonatologists to mothers of babies in intensive care: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007 Jan 6;334(7583):28.
- 114.** Sağlık Bakanlığı; Aile Hekimliği Notları; Aile Hekiminin Görev ve İlkeleri 1. basım, Ankara, 2004.

EKLER

EK 1. New Ballard Skorlaması

NEW BALLARD SKORLAMASI NÖROMUSKULER MATÜRİTE								SKOR	SKOR Nöromuskuler: v Physical: Toplam:																												
NÖROMUSKULER MATÜRİTE GÖSTERGELERİ	-1	0	1	2	3	4	5																														
POSTÜR								GEBELİK HAFTASI																													
KARE PENCERE (Dirsek)																																					
KOL KIVIRMA																																					
POPLITEAL AÇI									<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">SKOR</th> <th style="text-align: center;">HAFTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">-10</td><td style="text-align: center;">20</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-5</td><td style="text-align: center;">22</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">24</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">26</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td style="text-align: center;">28</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">30</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td style="text-align: center;">32</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">34</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td style="text-align: center;">36</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">35</td><td style="text-align: center;">38</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td style="text-align: center;">40</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">45</td><td style="text-align: center;">42</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td style="text-align: center;">44</td></tr> </tbody> </table>	SKOR	HAFTA	-10	20	-5	22	0	24	5	26	10	28	15	30	20	32	25	34	30	36	35	38	40	40	45	42	50	44
SKOR	HAFTA																																				
-10	20																																				
-5	22																																				
0	24																																				
5	26																																				
10	28																																				
15	30																																				
20	32																																				
25	34																																				
30	36																																				
35	38																																				
40	40																																				
45	42																																				
50	44																																				
KAŞKOL İŞARETİ																																					
TOPUK-KULAK																																					
TOTAL NÖROMUSKULER MATÜRİTE SKORU :																																					
FİZİKSEL MATÜRİTE																																					
FİZİKSEL MATÜRİTE GÖSTERGELERİ	-1	0	1	2	3	4	5																														
CİLT	Yapışkan, transparan	Jelatinöz, Kırmızı translisen	Düz pembe, belirgin venler	Yüzeysel kızarıklık birkaç ven	Yer yer soluk alanlar, nadir ven	Deri parşömen, tarzı damarsız	Kırıksık deri görünümünde																														
LANUGO	Yok	Seyrek	Kalın	İncelmiş	Çıplak alanlar	Sadece çıplak																															
AYAK TABANI	Topuk-parmak 4050mm: -1 <40 mm: -2	>50 mm çizgi yok	Silik kırmızı çizgiler	Önde çizgi	Ön 2/3'de çizgi	Tüm tabanda kırıksıklık																															
MEME	algılanmıyor	görülebilir	Areola düz tomurcuk yok	Areola 1-2 mm kabarmış	Areola 3-4 mm kabarmış	Areola tam 5- 10 mm kabarmış																															
GÖZ/ KULAK	Kapaklar kapalı sıkı: -1 gevşek: -2	Kapaklar açık Kepçe düz katlı durur	Kepçe kıvrımlı yumuşak, yavaş açılır	Kepçe iyi katlantı yumuşak fakat açılır	Tam gelişmiş kepçe iyi açılır	Kartilaj kalın, kulak sert																															
GENİTAL (Erkek)	Skrotum düz, yumuşak	Skrotum boş, ruga silik	Testisler üst kanalda nadir ruga	Testisler içmiş Az ruga	Testisler içmiş ruga belirgin	Testisler aşağıda derin ruga																															
GENİTAL (Kız)	Klitoris belirgin labia düz	Klitoris belirgin, labia minör küçük	Klitoris belirgin labia minör büyümüş	Labia majör ve minör eşit belirgin	Labia majör büyük, minör küçük	Labia majör klitoris ve minörü kapatır																															
TOPLAM FİZİKSEL MATÜRİTE SKORU :																																					

EK 2. Lubchenco Kesitsel Büyüme Eğrisi



	Doğum Ağırlığı	Boy	Baş Çevresi
LGA			
AGA			
SGA			

EK-3. Annelerin demografik bilgileri ve değerlendirme anketi

1. Protokol no:

2. Adınız soyadınız:

3. Annenin yaşı:

4. Babanın yaşı:

5. Telefon:

6. Sosyal güvenceniz

Emekli sandığı Bağkur SSK Yeşil kart Özel sigorta Ücretli

7. Annenin mesleği:

8. Babanın mesleği:

9. Annenin öğrenim durumu:

Okur yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

11. Babanın öğrenim durumu:

Okur yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

12. Ailenin gelir seviyesi nedir?

≤500 YTL 501-1000 YTL ≤1001-2000YTL >2000 YTL

13. Annenin kaçınıcı gebeliği:

14. Daha önceki düşük sayısı:

15. Daha önceki ölü doğum sayısı:

16. Annenin yaşayan çocuk sayısı:

17. Son gebelik ile bu gebelik arası süre:

18. Gebeliğinizde takipte miydiniz?

19. Takip edildiği kurum:

Sağlık ocağı Devlet Hastanesi Tıp Fakültesi Özel kurum Özel
muayenehane Diğer

20. Takip eden sağlık elemanı:

KDH uzmanı AH uzmanı Pratisyen hekim Ebe Diğer

21. Son 1 ayda kaç kez doktor/ebe tarafından görüldünüz? Hiç 1-2 kez >2

22. Gebeliğinizde bir sağlık sorununuz oldu mu?

Evet Hayır

23. Annede bilinen bir hastalık öyküsü var mı?

24. Nerede yaşıyorsunuz?
25. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?
26. Doğum sonrasında size yardımcı olacak biri var mı?
27. Ne zaman doğum yaptınız?
28. Nerede doğum yaptınız?
29. Doğum şekliniz:
30. Bebeğiniz kaç haftalık, kaç kg ağırlığında doğdu?
31. Bebeğiniz kaç günlük:
32. Bebeğiniz nerede takip ediliyor?
33. Bebeğinizi hiç gördünüz mü?
34. Bebek doğar doğmaz mı yenidoğan bakım ünitesine alındı?
35. Bebeğiniz hangi nedenle yenidoğan servisinde yatıyor?
(Annenin bildiği neden)
36. Bebeğin klinik tanısı;
37. Bebeğinizi ne kadar sıklıkta yenidoğan bakım ünitesinde görüyorsunuz?
38. Sizi yenidoğan ünitesinde en çok neler rahatsız ediyor?
Bağlı bulunan aletler Diğer hastalar Bebeğin görünümü
39. Bebeğiniz hakkında hiç bilgi aldınız mı?
40. Bebeğiniz hakkında kimden bilgi alıyorsunuz?
41. Bebeğiniz hakkında hemşireden hiç bilgi aldınız mı?
42. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan adını bildiğiniz hemşire hanım var mı?
43. Bebeğinizin doktorundan hiç bilgi aldınız mı?
44. Bebeğinizi takip eden doktorun adını biliyor musunuz?
45. Bebeğiniz hakkında ne kadar sıklıkta bilgilendiriliyorsunuz?
46. Hep aynı doktordan mı bilgi alıyorsunuz?
47. Sizce verilen bilgi yeterli mi?
48. Bilgi almak için hastaneye mi geliyorsunuz?
49. Hastaneye kiminle geliyorsunuz?
50. Bebeğinize temas ettiniz mi?
51. Hiç sütünüzü sağdınız mı?
52. Daha önceden sütünüzü sağdınız mı?

53. Size süt sağma ve emzirme konusunda bilgi veren oldu mu?
54. Bebeğiniz anne sütü ile besleniyor mu?
55. Kendiniz bebeğinizi hiç beslediniz mi?
56. Bebeğinizi görmek mi yoksa görmemek mi endişenizi arttırıyor?
57. Bebeğinizin yoğun bakımda olması sizin için ne ifade ediyor

EK 4. GENEL SAĞLIK ANKETİ-34 (GSA-34)

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup, olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün soruları** size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, **yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız. Soruların hepsini cevaplandırmak çok önemlidir.

SON ZAMANLARDA

A1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyormusunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Çok daha kötü
A2. Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyormusunuz?	Hayır, hiç duymuyorum.	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
A3. Kendinizi tükenmiş ya da dağılmış hissediyormusunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum.	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
A4. Kendinizi hasta hissediyormusunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
A5. Başınızda ağrı oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor.	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
A6. Başınızda sıkışma ya da basınç hissi oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor.	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
A7. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor.	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
B1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuz kaldığınız oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor.	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
B3. Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyormusunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum.	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
B4. Öfkeli ve huysuz oluyormusunuz?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
B5. Nedensiz paniğe veya korkuya kapıldığınız oluyor mu?	Hayır, hiç kapılmıyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
B6. Herşeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok fazla
B7. Kendinizi sürekli, gergin ve sinirli hissediyormusunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok fazla
C1. Bir işle meşgul olabiliyormusunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok az

C2.İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyormu?	Hayır, hiç almıyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
C3.Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyormusunuz?	Evet, her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Çok kötü
C4.Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyormusunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Çok kötü
C5.İşe yaradığınızı düşünüyormusunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok az
C6.Herhangibir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyormusunuz?	Evet, her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Çok kötü
C7.Günlük faaliyetlerinizden zevk alabiliyormusunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok az
D1.Kendinizi değersiz biri olarak görüyorsunuz?	Hayır, hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
D2.Yaşamdan hiç umuduğunuzun kalmadığını hissediyormusunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum.	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
D3.Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyormusunuz?	Hayır, hiç düşünmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşünüyormusunuz?	Kesinlikle hayır	Her zamanki kadar	Aklımdan geçtiği oldu.	Çok sık
D5.Sinirleriniz bozulduğu için hiç bir şey yapmadığınız oluyor mu?	Hiç olmuyor.	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
D6.Kendi kendinize 'ölsem de kurtulsam' dediğiniz oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
D7.Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	Kesinlikle hayır	Düşünmedim	Aklımdan geçtiği oldu.	Çok sık
E1.Yaptığımız işe dikkatinizi veriliyormusunuz	Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok az
E2.Sorunlarınızın üzerine gidebiliyormusunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok az
E3.Sorunlarınızla başa çıkamayacak gibi hissediyormusunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum.	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
E4.Genellikle kendinizi mutlu hissediyormusunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
E5. Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyormusunuz	Hayır, hiç hissetmiyorum.	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
E6.Kendinize güveninizi kaybediyormusunuz?	Hayır, hiç kaybetmiyorum.	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla

EK 5. DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

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

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

Durumluk Kaygı Puanı:

EK-5.SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

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

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yoruluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)			
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Sürekli Kaygı Puanı: