

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ YENİDOĞAN ÜNİTESİNDE DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL PRETERM
BEBEK ANNELERİNİN NORMAL DOĞUM AĞIRLIKLIL TERM BEBEK ANNELERİ İLE
DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra ŞAHİN

MAYIS - 2009

TRABZON

TRABZON KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ YENİDOĞAN ÜNİTESİNDE DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL PRETERM
BEBEK ANNELERİNİN NORMAL DOĞUM AĞIRLIKLIL TERM BEBEK ANNELERİ İLE
DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

Psk. Esra ŞAHİN

Tezin Enstitüye Veriliş Tarihi : 11.05.2009

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 25.06.2009

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Ahmet TİRYAKİ

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Sema KANDİL

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Murat TOPBAŞ

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Orhan DEĞER

Mayıs, 2009

TRABZON

ÖNSÖZ

Ders ve tez aşamalarında engin bilgi ve tecrübelerini bizlerle paylaşan, titiz ve yapıcı yaklaşımıyla tezimin bu aşamaya gelmesini sağlayan tez danışmanım Yrd. Doç Dr. Ahmet TİRYAKİ'ye, ders aşamasında bizlere emek veren Yrd. Doç Dr. Çiçek HOCAOĞLU'na, uygulamalar sırasında yenidoğan yoğun bakım Servisi'nde çalışmamıza imkan sağlayan Prof. Dr. Yakup ASLAN'a, yardımını esirgemeyen Dr. Mehmet MUTLU'ya ve yenidoğan yoğun bakım servisi hekim ve hemşirelerine, kontrol grubunun uygulamaları sırasında desteğini esirgemeyen doğum servisi hemşirelerine, tezin her aşamasında sorduğum sorulara verdikleri cevaplarla zorlukları aşmamda bana destek olan sevgili arkadaşlarım Dilek ERTUĞ TOKER ve Timur TOKER'e ve en nihayetinde birçok zorluğa rağmen bana güç ve destek vererek tezi bitirmeme yardımcı olan sevgili eşim Ahmet ŞAHİN'e ve çalışmalarım için ondan ödünç aldığım her dakika için Can oğluma binlerce teşekkür ediyorum.

Trabzon, 2009

Psk. Esra ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Prematürite.....	2
2.2. Anne Olma Süreci ve Yaşanılan Ruhsal Bozukluklar.....	4
2.2.1. Gebelik ve Doğum.....	4
2.2.1.1. Gebelikte Görülen Ruhsal Bozukluklar.....	5
2.2.2. Doğum Sonrası Dönem.....	6
2.2.2.1. Doğum Sonrası Dönemde Görülen Ruhsal Bozukluklar.....	7
2.2.2.1.1. Annelik Hüznü.....	9
2.2.2.1.2. Doğum Sonrası Depresyon (DSD).....	10
2.2.2.1.2.1. Doğum Sonrası Depresyon Yaşayan Annelerin Çocukları Üzerinde Etkileri.....	12
2.2.2.1.3. Doğum Sonrası Psikoz (DSP).....	13
2.3. Düşük Doğum Ağırlığına Sahip Preterm Bebek Annesi Olmak.....	14
2.3.1. Düşük Doğum Ağırlığına Sahip Preterm Bebeklerin Annelerinin Yaşadığı Sorunlar.....	14
2.3.2. Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm Bebeklerin Gelişim Süreçlerine Etki Eden Toplumsal Etmenler.....	17
2.3.3. Düşük Doğum Ağırlığına Sahip Preterm Bebeklerin Ailelerine Yaklaşım.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Şekli, Evreni ve Örneklemi.....	21
3.2. Gereçler.....	21
3.2.1. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu.....	21
3.2.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	22

3.2.3.	Beck Anksiyete Envanteri (BAE).....	22
3.2.4.	Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI).....	22
3.2.5.	Doğum Sonrası Yenidoğan Komplikasyonları Veri Formu	23
3.3.	Yöntem.....	23
3.4.	İstatistiksel Yöntem	24
4.	BULGULAR.....	25
5.	TARTIŞMA	35
6.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	41
7.	ÖZET	44
8.	SUMMARY	45
9.	KAYNAKLAR	46
	EKLER.....	53

TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Anne Yaşı, Gebelik ve Doğum Öyküsü	26
Tablo 2. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	27
Tablo 3. Sosyo-Ekonomik Özelliklerin Dağılımı	28
Tablo 4. Klinik Ölçek Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Dağılımı	29
Tablo 5. Birinci ve İkinci Değerlendirmelerde BDE 17 Kesme Puanına Göre Depresyon Sıklığı	29
Tablo 6. İzlem Değerlendirmesinde Ölçek Puanlarında Tespit Edilen Değişim Miktarları	30
Tablo 7. DDAB Annelerinin Doğum Ağırlığına Göre BDE ve BAE Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 8. DDAB Annelerinin Gestasyon Haftasına Göre BDE ve BAE Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 9. Bebeklerinde Komplikasyon Gelişen ve Gelişmeyen Annelerin Birinci Değerlendirmelerindeki Ortalama Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 10. Bebeklerinde Komplikasyon Gelişen ve Gelişmeyen Annelerin İkinci Değerlendirmede Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	31
Tablo 11. Birinci Değerlendirmede Bebeklerinde Komplikasyon Olan ve Olmayan Annelerin Ölçek Puanlarının Anne Sütü Verip Vermemelerine Göre Değerlendirilmesi	32
Tablo 12. İkinci Değerlendirmede Bebeklerinde Komplikasyon Olan ve Olmayan Annelerin Ölçek Puanlarının Anne Sütü Verip Vermemelerine Göre Değerlendirilmesi	33
Tablo 13. BDE ve BAE Puanlarının Aile Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 14. Annenin Çalışma Durumu ile BDE ve BAE Arasındaki İlişki Düzeyleri.....	34

KISALTMALAR LİSTESİ

DDAB	: Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
DSM IV	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSD	: Doğum Sonrası Depresyon
DSP	: Doğum Sonrası Psikoz
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri
STAI	: Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri
STAI-1	: Durumluluk Kaygı Envanteri
STAI-2	: Sürekli Kaygı Envanteri

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

İnsanların yaşamlarında çocuk sahibi olmak önemli bir olaydır. Ebeveynler isteyerek dünyaya getirdiği çocuklarının sağlıklı bir bebek olmasını hayal ederler (1).

Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu özel ve zor bir dönemdir. Bebeğine, doğum sonrası rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücut imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur (2). Özellikle bu zorlu dönemi prematüre bebek annesi olarak yaşamak ise farklı sorumlulukları beraberinde getirecektir (3).

Son yirmi yılda teknolojideki gelişmeler prematüre ve çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yaşam şanslarını artırmıştır (4). Bu özel bebekler için anne-bebek ilişkisinin temelini oluşturan doğum sonrası ilk günlerde annelerin bebeklerini algılama biçimleri büyük önem taşımaktadır. Düşük doğum ağırlıklı preterm bebekler için anne ve çocuk sağlığının birbirinden ayrılmaz bir bütün olduğu kabul edilmeli ve özellikle bebek sağlığının, anneye ait bedensel, ruhsal, sosyo-ekonomik hatta kültürel değişkenlerden etkilendiği unutulmamalıdır (5). Özellikle doğum sonu dönem; ebeveynlerin bebek bakımı vermesi, bebek için güvenli çevre oluşturması, bebekle iletişim kurması, yeni rolleri öğrenmesi, aile duyarlılığını geliştirmesi ve bebekle ilgili problemlerle baş etmesini gerektiren bir dönemdir. Bu dönem; aile için olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olarak yaşanabileceği gibi kriz yaşanan bir dönem olarak da algılanabilmektedir (6).

Bu araştırma ile amacımız; doğum sonrası düşük doğum ağırlığına sahip bebek annelerin yaşadığı depresyon, anksiyete ve kaygı düzeylerini incelemektir. Tıp alanındaki gelişmeler hızla ilerleyerek preterm bebeklerin yaşam şanslarını arttırırken; onların gelişiminde en önemli rolü oynayan annelerinin ruh sağlığı göz önünde bulundurularak, gerekli destek çalışmalarının ülkemizde de yaygınlaştırılabilmesi için bu çalışmanın yararlı olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prematürite

Prematüre bebekler, yüksek riskli yeni doğan grubunun en önemli kısmını oluşturmaktadır (7). Prematürite; perinatal, neonatal ve post neonatal dönemlerde önemli bir mortalite nedeni olmasının yanısıra, prematüre bebeğin oldukça güç ve masraflı olan bakım ve tedavisi nedeniyle birçok merkezde üzerinde önemle durulan ve araştırmalar yapılan bir konudur. Geçmişte prematüre bebeklerin çoğu kaybedilmekteydi. Son zamanlardaki klinik ve teknolojik ilerlemeler prematüre bebeklerin yaşam oranlarını arttırmaktadır (8).

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın (1948) kabul ettiğine göre, belirli gebelik müddetini tamamlamadan veya tamamlayarak doğan, 2500 gr ve bunun altındaki bebeklere prematüre denmiştir. Bu sınır boy için 46 cm, baş çevresi için 33 cm kabul edilmiştir. Buna göre normal gebelik süresi, son menstrasyonun ilk günden itibaren 280 gün veya 40 hafta olarak belirlenmiştir (9).

Dünya Sağlık Örgütü (1961) tarafından prematüre terimi değiştirilmiştir. Preterm terimi 37 tamamlanmış haftadan önce veya 37 hafta + 6 günden önce doğan (259 günden küçük) bebekler için kullanılmaya başlanmıştır. Term bebekler, 38 haftadan 1 gün almış ve 42. haftayı tamamlamış (260 – 294 gün) bebeklerdir. 42 tamamlanmış haftadan sonra doğan bebekler (294 günden büyük) post term olarak isimlendirilmiştir (10).

Gestasyon yaşına dayalı bu tanımlamalara karşın sağlık istatistiklerinde yeni doğanlara ilişkin veriler daha çok doğum ağırlığına dayalıdır. Bunun nedeni, intrauterin büyümeye ilişkin gestasyon süresini de içeren verilerin oldukça yeni olması, son 30-40 yıl öncesine kadar 'preterm' ve 'intrauterin büyüme geriliği' ya da gestasyon yaşına göre "düşük ağırlıklı" ayrımının yapılamaması ve 2500 gr altında doğan tüm bebeklerin preterm olduklarının düşünülmesidir. Günümüzde özellikle gelişmekte olan ülkelerde gestasyon süresi konusunda bilgi almak güçtür ve sağlık istatistiklerinde "Düşük Doğum Ağırlıklı

Bebek” (DDAB) oranı önemli bir parametre olarak kullanılmaya devam edilmektedir. DDAB (doğumda ağırlığı <2500 gr) 3 gruba ayrılabilir:

1. Ağırlığı gestasyon yaşına uygun erken doğanlar (Preterm ya da prematüre bebekler)
2. Erken doğan, aynı zamanda doğum ağırlığı gestasyon yaşına göre düşük olanlar
3. Zamanında doğan, ancak doğum ağırlığı < 2500 gr olanlar (5).

Prematüre bebeklerde, bugün geçerliliği kabul edilen bakım yöntemleriyle yaşayabilirlik sınırı oldukça aşağılara çekilmiştir. Bu sınır zorlandıkça neonatal morbidite ve buna bağlı olarak nöro-gelişimsel özürlülük oranında meydana gelen artış ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (11).

Preterm bebeklerdeki başlıca problem organ sistemlerinin olgunlaşmamış olmasıdır. Bu yüzden, organ sistemleri tek başlarına hayatiyetlerini sağlayacak düzeye ulaşmaya kadar destek tedavisi ve bakımına muhtaçtırlar. Prematüritenin düzeyine göre bu destek haftalar ya da aylar sürebilir. Bu konuda bebeğin ne kadar erken doğduğu ve doğum ağırlığı çok önemlidir. Özel bakım gereksinimlerinde yol gösterici olmak açısından preterm gestasyon yaşlarına göre:

1. İleri derecede preterm (gestasyon yaşı 24-31 hafta)
2. Orta derece preterm (gestasyon yaşı 32-36 hafta)
3. Sınırdaki preterm (37 haftalık) olmak üzere 3 gruba ayrılır (5).

24 haftalık doğan bir bebeğin yaşam şansı yaklaşık % 10 ‘dur. Son 20 yılda ve özellikle son 10 yılda neonatolojideki hızlı gelişme, teknik olanakların çok gelişmesi, bilgi ve deneyim birikimi ile önceleri 28 hafta olan dış ortamda yaşayabilme sınırı 24 haftaya, hatta son yıllarda 21 haftaya kadar düşürülmüştür. Bugün 450 gr olarak bilinen için en düşük ağırlık sınırının da daha aşağı çekilmesi olasıdır. Bebeğin yaşama şansı 25. haftada anlamlı olarak dış ortamda yaşayabilme oranı artış göstererek % 55’e, 28. haftada da % 77’ye çıkmaktadır. 32. haftadan sonra yaşama şansı % 96’dan fazla olmakta ve iyi bir bakımla ciddi sağlık problemleri de anlamlı oranda azalmaktadır (3,4). Preterm doğanların çoğunluğu (% 65-70’i) 36 haftalıktan büyük ve doğum ağırlığı 1500 gr.’dan fazla, sınırdaki vakalardır (12).

Prematüre doğumların sıklığı çeşitli ülkelerde farklı rakamlarla bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde DDAB (< 2500 gr) yaklaşık % 70’ini preterm yeni doğanlar oluşturur. Ülkemizde gerçek sıklık tam olarak bilinmemekle birlikte, İstanbul Tıp Fakültesi’nde % 15 kadar yüksek bir oran verilmektedir. Diğer taraftan ABD’de canlı doğan 1500 gr.’nin altı bebeklerin oranı % 1.1, Türkiye’de üniversite hastanelerinde % 4 gibi yüksek oranlar verilmektedir (13).

Tüm dünyada 10 gebelikten biri erken doğumla sonuçlanmaktadır. Prematüre bebeklerin ölüm nedenleri arasında; Respiratuar Distres Sendromu, İntraventricüler Hemoraji, Nekrotizan Enterokolit, Neonatal Asfiksi gibi durumlar sayılabilmektedir (14). Sağ kalım oranlarının artmasına rağmen aşırı düşük doğum ağırlığı ile dünyaya gelen bebeklerin olumsuz nörolojik sonuçlarının sabit kalması sonucunda engelli çocuk sayısı artmaktadır (15).

Aileler için bebeklerinin erken doğmalarının beraberinde getirdiği çeşitli komplikasyonların tedavisi ve bu bebeklere sekelsiz normal bir yaşam sağlama ön plana çıkmıştır. Ayrıca ebeveynler gelişen komplikasyonlar ve uzun hastane kalışı nedeni ile anne-babalık rollerinde ortaya çıkan değişiklikler nedeni ile şaşkın durumdadırlar (5). Bunun için preterm bebeklerin yeni doğan ünitelerinde ve taburculuk sonrası takipleri çok önemlidir (9).

2.2. Anne Olma Süreci ve Yaşanılan Ruhsal Bozukluklar

2.2.1. Gebelik ve Doğum

Gebelik, doğurgan çağıdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır (16). Kadınlar gebelik dönemi boyunca çeşitli fiziksel ve psikolojik belirtiler yaşamaktadırlar. Büyüyen uterus ve hormonal değişikliklerden kaynaklanan fiziksel gebelik semptomlarını hemen her kadın yaşamaktadır. Bu belirtiler; mide ekşimesi, bulantı, kusma, kabızlık/ishal, hemoroid, iştahta değişiklikler, aşırme, idrar yapmada artış, sırt ağrısı, solunum sıkıntısı, kokuya duyarlılık, deri değişiklikleri ve yorgunluktur. Doğum öncesinde ve sonrasında meydana gelen bu değişiklikler, gebenin çeşitli problemler yaşamasına ve sağlığının bozulmasına neden olabilir (17). Hemen hemen hiç bir yaşam olayı, gebelik ve doğumun neden olduğu nöroendokrin ve ruhsal-toplumsal değişikliklerle kıyaslanamaz. İnfertilite gebelik, düşük-ölü doğum ve postpartum dönemdeki sosyal, ekonomik, biyolojik ve hormonal değişiklikler gibi durumların her biri kadının ruh sağlığını etkiler (18).

Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına rağmen, gebe kadının çevresindeki yakın bireyler de bu olaydan etkilenmektedir. Gebelik sırasında kadında oluşan fizyolojik değişimlerin yanısıra gebe kadın, eşi ve diğer aile üyeleri birtakım psikolojik ve sosyal değişimler yaşar ve bu değişimlere uyum sağlama gereksinimi hisseder. Diğer taraftan da aile üyeleri aileye yeni katılacak bebeği karşılamaya yönelik

yeni roller öğrenme sürecine girer. Bu nedenle, gebelik süreci kadın ve ailesi için bir kriz dönemi olabilmektedir (16).

Gebelikte; evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili pek çok sorun yaşanabilir. Bu sorunlar beraberinde ağır bir yük ve zorlanma oluşturur. Bu ve benzeri etmenler ile gebeliğin kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı ruhsal bozukluklar yapacağı bilinmektedir (17).

2.2.1.1. Gebelikte Görülen Ruhsal Bozukluklar

Gebelik süresince ve doğumu takiben ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar uzun süredir tanımlanmış olmasına rağmen bu konuda kapsamlı araştırma ve tedaviler yetersizdir (19). Psikiyatrik tanı sistemlerinde gebelik döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır. Gebelik döneminin ruhsal bozukluklara karşı koruyucu bir özelliği olduğu ve doğum sonrası dönemin ise ruhsal bozuklukların gelişimi için riskli bir dönem olduğu kabul edilir (20). Gebelik döneminde, doğum sonrası dönem ve gebe olmayan kadındaki depresyon ve diğer ruhsal bozuklukların yaygınlığının benzer olduğu bilinmektedir (21).

Gebelik ve doğum sonrası dönemdeki psikolojik semptomlar; bunaltı, depresyon ve rahatsızlık duygusunun artmasıdır (22). Majör depresyon kadınlarda en çok görülen ruhsal bozukluktur ve giderek daha fazla kadını, özellikle çocuk doğurma yıllarında etkilemektedir (23). Llevvellyn ve arkadaşlarının (1997) yaptığı araştırmaya göre, depresyon özellikle 25- 35 yaşları arasında daha sık görülür ki bu kadınların doğurganlık çağı olarak kabul edilebilmektedir. Görüldüğü gibi doğurganlık dönemi, kadınlarda depresyonun başlaması açısından yüksek riskli dönemdir (24).

Depresyon; hafif ya da ağır düzeyde, hamilelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (17). O'Hara ve arkadaşlarının (1987) yaptığı araştırmaya göre; gebelik sırasında kaygı ve depresyon, doğum sonrası dönemde depresyon gelişeceğinin göstergesi olabilmektedir (25). Psikiyatrik hastalanma ve depresyon oranlarının hemen doğumu izleyen dönemde arttığına ilişkin yaygın kanı, özellikle son 20 yılda konu ile ilgili yapılan çalışmalarca desteklenmiştir (17).

Genel olarak çalışmalar gebelikte panik bozukluğunun değişik gidişlerine işaret etmektedir. Gebeliğin ve doğum sonrası dönemin panik bozukluğuna etkileri ile ilgili olarak ilk olgu bildirimlerinde gebeliğin koruyucu bir etkisi olduğundan, doğum sonrası

dönemin ise panik bozukluğu riskini ve ciddiyetini arttırdığından bahsedilmiştir. İlk zamanlar yayınlanmış birçok çalışma ve olgu bildirimlerinde gebelik süresince panik belirtilerinin şiddet ve sıklığının azaldığı bildirilmiştir (19). Klein'nin (1994) gerçekleştirdiği bir araştırmada toplam 33 gebelik geçirmiş 20 kadın hasta ile geriye dönük olarak yapılmış bir çalışmada kadınların büyük kısmında gebelik süresince panik belirtilerinde bir iyileşme olduğu belirlenmiştir. Bazı hastaların tedaviyi kesmelerine rağmen belirtisiz kalabildikleri, bir grup hastanın da belirtilerinin devam ettiği veya alevlendiği bildirilmiştir (26). Cohen ve arkadaşlarının (1994) geriye dönük olarak yaptıkları bir çalışmada, gebelik öncesi panik bozukluğu olan 49 kadının %20'sinde panik bulgularının alevlendiği, %20'sinde iyileştiği ve %60'ın da herhangi bir değişiklik olmadığı gösterilmiştir (27).

2.2.2. Doğum Sonrası Dönem

Doğum sonrası dönem plasentanın doğumundan bir saat sonra başlar ve 6 hafta kadar sürer (28). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM IV) bu dönemi doğumdan sonraki ilk 4 hafta, diğer bazı çalışmalarda ise doğumu izleyen ilk 12 aylık periyod doğum sonrası dönem olarak kabul etmektedir (29).

Bu dönemdeki kontrollerde hastanın tıbbi komplikasyonlar, emzirme, doğum sonrası depresyon, cinsel yaşam ve kontrasepsiyon açısından değerlendirilmesi annenin ve bebeğin sağlığı için önemlidir (28).

Doğum sonrası 6 haftalık dönem, anneler için önemli biyo-psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Gebelikte ve doğum eyleminde enerji ihtiyacının ve fiziksel yorgunluğun artması, doğumda yumuşak doku travması ve artan kan kaybı, doğum sonrası dönemde kadının komplikasyonlar yönünden risk altında olmasına ve sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Anneler doğum sonrası dönemdeki değişimlere uyum sağlama, kendi bakımlarını ve yeni doğanın gereksinimlerini karşılama çabası içindedirler. Tüm bunlar annelerde zorlanma yaşanmasına neden olurlar. Zorlanmanın arttığı bu dönemde annelere yeterli desteğin sağlanmaması, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (30). Anneliğe hazır olamama, aile içi görev ve sorumlulukların yeterince paylaşılamaması, annenin fiziksel yorgunluğu gibi nedenler de bu dönemde ruhsal sorunların ortaya çıkmasına sebep olabilir (15).

Kısa ve arkadaşlarının (2004) yaptığı araştırmada komplikasyonsuz doğumları izleyen ilk üç ay içinde ve bazılarında göre ilk iki yıl içinde, kadınların psikiyatrik nedenli hastane

başvurularında belirgin bir artış olduğu belirtilmiştir. Bu yatkınlığın, sık rastlanan bir hüzün halinden başlayarak, psikotik özellikli bir depresyonun hızlı başlangıçlı ve renkli belirtili biçimlerine kadar değişebilen farklı klinik görünümüleri tanımlanmıştır (31). Kırpınar ve arkadaşlarının (2004) yaptığı araştırmaya göre, doğumdan hemen sonraki emzirme dönemi ve bebeğin bir yaşına kadar olan zaman dilimi, doğum sonrası dönem olarak psikiyatrik tabloların görülebildiği önemli bir dönemdir (32). Deveci'nin (2003) yaptığı araştırmaya göre geriye dönük epidemiyolojik taramalar ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması bakımından, doğum sonrası dönemin gebelik dönemine kıyasla üç veya dört kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır (33).

Doğum sonrası dönem, ailede yer alan tüm bireyler için de değişim ve bu değişimlere uyum yapma dönemi olarak düşünülmektedir. Ancak erken taburculukla birlikte, doğum yapan kadın ve ailesine geleneksel olarak hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri için var olan süre kısalmıştır. Bu kısa zaman süreci içinde doğum yapan kadının yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolü, bebeğini kabullenmesi, eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması beklenir. Dolayısıyla kadın ve ailesi için hastanede kaldıkları süre çok yoğun ve sıkıntılı geçebilir. Bununla birlikte ailelere hastanede geçirilen bu kısa zamanda kaliteli ve kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmak her zaman mümkün değildir. Buna bağlı olarak aileler yaşadıkları fiziksel, psikolojik, sosyal ve kişisel zorlayıcı etmenlerle etkili bir şekilde baş edemediklerinde gebelik, doğum ve ebeveyn olma gibi olaylar çoğu zaman aile ünitesi için gelişimsel ve durumsal bir kriz niteliği taşıyabilmektedir (23).

Annenin düşük benlik saygısı, destek sistemlerinin olmayışı, evlilik problemleri, doğumdan sonra devam eden yorgunluğu kendi ve bebeği için bakım yetersizliklerine neden olabilmektedir. Hastaneden taburcu olmasıyla annenin, yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolü, bebeğini kabullenmesi ve kendine ve bebeğine bakabilmesi beklenmektedir. Bu süreçte anneler, bir taraftan kendi bakımlarıyla ve yaşadıkları problemlerle baş etmeye çalışırken, diğer yandan da bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için günlük aktivitelerini sürdürmek ve yeni duruma uyum sağlamak durumundadırlar (15, 16, 6).

2.2.2.1. Doğum Sonrası Dönemde Görülen Ruhsal Bozukluklar

Gebelik ve doğuma ilişkin herhangi bir komplikasyon olmasa bile; doğum sonrası dönemde kadın sağlığı, daha çok ruhsal rahatsızlıklar tarafından olumsuz yönde

etkilenebilir. Birçok kadın gebelik ve doğum ile ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkmaktadır (15).

Psikiyatrik tanı sistemlerinde doğum sonrası dönemde görülen ruhsal bozukluklar, ayrı bir klinik tanı olarak yer almamaktadır. DSM-IV'te doğum sonrası kavramı sadece tanı ölçütlerinde, kısa psikotik bozukluk, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk için doğumdan sonraki 4 hafta içinde başlaması durumunda başlangıç belirleyicisi olarak yer almaktadır (21).

Psikiyatrik yazında daha çok doğum sonrası dönemde depresyon ve psikozla ilgili çalışmalar bulunmakla birlikte; bu dönemde yaygın bunaltı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk gibi bunaltı bozukluklarının da başladığını, alevlendiğini ya da iyileştiğini gösteren çeşitli çalışmalar da vardır (10, 20).

Bunaltı, kötü bir şey olacaktı gibi nedeni belirsiz bir sıkıntı, endişe, tedirginlik ve gerginlik duygusudur. Bazı somatik ve bilişsel belirtilerle belirli olan bunaltı, öncelikle tehdit ve zorlanma durumunda her zaman görülen normal bir cevaptır. Bu anlamıyla bunaltı, tetikte olunmasını haber veren bir uyarıdır. Kişiyi yaklaşan tehlike konusunda uarmakta ve tehditle baş etmesi için önlem almasını sağlamaktadır (34). Maathey ve arkadaşlarının (2003) bunaltı belirtilerinin doğum sonrası dönemde sıklıkla göz ardı edildiğini vurgulamışlardır (35). Kapsamlı bir bakış açısıyla bakıldığında ruhsal-toplumsal ve çevresel etmenlerin, biyolojik yatkınlık ve hormonal değişikliklerin doğum sonrası dönemde bunaltı belirtilerinin açıklanmasında önemli bir rol oynadığı söylenebilmektedir (19).

Kadınlar erkeklere kıyasla iki misli daha fazla duygudurum bozuklukları yaşar ve çocuk doğurma yaşlarında bu hastalıkların sıklığı tepe noktasına ulaşır (36). Doğum sonrası dönemde annelerde duygulanım bozukluklarını arttıran birçok neden bulunmaktadır. Bu nedenler; hormonal değişimler, geçirilmiş ruhsal sorunlar, istenmeyen ve riskli gebelikler, zor doğum eylemi, adölesan gebelikler, aile içi çatışmalar, hikâyesinde depresyon bulunma durumu, mali sıkıntılar, sosyal destek eksikliği, doğumda sağlık ekibinden destek alamama ve zorlayıcı yaşamdır (37). Bu yüzden doğum sonrası dönem kadının psikiyatrik hastalıklara en fazla yakalanma riski taşıdığı dönemdir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde annede gelişen aktif psikiyatrik hastalık hem çocuğun gelişimini olumsuz etkilemekte hem de annede belirgin hastalıklara yol açmaktadır (36).

Özellikle doğum sonrası dönemde psikoz ve duygudurum bozukluklarının görülme sıklığının arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Bunların yanında doğum sonrası

dönemde panik belirtilerinin arttığı birçok kez bildirilmiştir. Bilimsel yazında panik bozukluğunun başlangıcının lohusalık döneminde olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (19). Sholomskas ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında 64 kadın hastanın %10,9'unun ilk kez doğum sonrası dönemde tanı aldığı bildirilmiştir (38). Buna dayanarak lohusalıkta panik bozukluğu sıklığının rastlantısal olmadığı söylenebilmektedir. Ancak bu hastalıklar içinde en baskın olanı depresyon olduğundan, doğum sonrası psikiyatrik hastalıklar denildiğinde genellikle doğum sonrası depresyon anlaşılır. DSD sıklığı %5-20 arasında bildirilmekle birlikte, genelde bazal sıklığının yaklaşık %10 olduğu kabul edilmektedir (19).

Epidemiyolojik çalışmalar gebelik ve doğum sonrası dönemin birçok ciddi psikiyatrik hastalık için özel bir risk oluşturduğunu göstermiştir. Doğum sonrası dönemde kadınların % 70-85'inde ruhsal belirti ve bozukluklar görülmektedir. Doğum sonrası psikiyatrik bozukluk olarak adlandırılan bu klinik tablolar;

- Annelik Hüznü
- Doğum Sonrası Depresyon
- Doğum Sonrası Psikoz

şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bu sendromların görülme sıklıkları sırasıyla; % 30-85, % 10-15 ve % 0.1-0.2'dir. Doğum sonrası dönemde hızlı hormonal değişiklikler ve ruhsal-toplumsal zorlanma etmenlerinin bu ruhsal bozuklukların etiyolojisinde rol oynadığı öne sürülmektedir (19, 23).

2.2.2.1.1. Annelik Hüznü

Annelik hüznü, normal doğum sonrası değişiklikler olarak kabul edilmektedir. Annelerin %50-80'inde görülmektedir. Genellikle doğum sonu 2-4. günlerde ortaya çıkan; uyku bozukluğu, ağlama, yorgunluk, sıkıntı, endişe gibi belirtilerin görüldüğü bir durumdur (37). Ersoy'un (2000) yaptığı çalışmada, annelik hüznü şiddetli ise, daha sonraki dönemde doğum sonrası depresyon yaşama riskinin de o kadar büyük olduğu bulunmuştur. Bu durum annede uykusuzluk, bunaltı, nedensiz ağlama, karar verememe, baş ağrısı, huzursuzluk, iştahta değişiklik gibi durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kaynaklarda annelerin %50- 80'inde doğum sonrası hüznün geliştiği ifade edilmektedir (39).

Pitt ve arkadaşlarının (1973) yaptığı çalışmaya göre, bu sendromun organik olarak sınırlı olduğu tartışılmaktadır ve olası etmenin, doğum sonrası östrojen ve progesteron

seviyelerinde bir düşüş veya bu iki hormon arasındaki bir dengesizlik olabileceği düşünülmektedir. Annelik hüznü basit, olası ve normal kabul edilebilecek kadar çok karşılaşılan bir fenomendir ve daha ciddi doğum sonrası depresyondan ayrı tutulmalıdır (40).

Annelik hüznü genellikle gebelik sonrası beklenen, geçici bir durum olarak kabul edilse de; sosyal ve profesyonel destek almayan annelerde depresyon ve ileri dönemde psikoza neden olabilmektedir (37). Kennedy ve arkadaşlarının (2002) yaptığı araştırmaya göre annelik hüznü gelişen kadınların %20' sinde doğum sonrası depresyon görüldüğü ifade edilmektedir (41).

2.2.2.1.2. Doğum Sonrası Depresyon (DSD)

DSD, DSM-IV'de Duygudurum Bozuklukları içinde yer almakta ve "Doğum Sonrası Başlangıç Belirleyicisi" ile tanımlanmaktadır. Yapılan pek çok çalışmada, DSD yaygınlığı %10-15 arasında bildirilmiştir (17). Bifulco ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, DSD doğumdan sonraki 5. günde %20.3, 7. günde %18 olarak belirtilmiştir (42). Yapılan araştırmalara göre Türkiye'de doğum sonrası dönemdeki annelerin %42'sinde görülebilen depresyon belirtileri yaygın bir sağlık sorununa işaret etmektedir (21).

DSD başlangıç aşamasında genellikle belirti vermez ve annelerin %80'inde ilk 6 hafta içinde başlar. Haftalar, aylar içinde yavaşça artar (44). En az 2 hafta en çok 1 yıl kadar sürer. Tedavi görmeyen kadınlarda 3 ay-1 yıl arasında kendiliğinden düzelir (45).

DSD'nin belirtileri; ağlama, ruhsal durumda değişkenlik, karamsarlık, bebek bakımında yetersizlik, doğum ve annelik becerisi konusunda kendini suçlu hissetme ile karakterize olup genel halsizlik, dikkat bozukluğu, huzursuzluk, bunaltı, unutkanlık gibi belirtiler de görülebilmektedir. DSD belirtileri doğum yapmayan kadınlarda ortaya çıkan depresyonla aynıdır. DSD'yi doğum sonrası annelik hüznünden ayırt etmek güç olabilmekle birlikte, DSD'de aileye karşı sevgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular daha ön plandadır (46).

İlgi kaybı yada zevk alamama hemen her zaman en azından belirli bir dereceye kadar bu dönemde bulunur. Aile bireyleri çoğu kez bu kişilerin toplumdan uzaklaştıklarını ya da haz veren etkinliklerden uzak durduklarını fark eder. Bazı kişilerin daha önceki cinsel ilgi ya da istek düzeylerinde belirgin bir düşme olur. İştah genellikle azalır ve birçok kişi yemek için kendisini zorladığını hisseder. İştah değişiklikleri ağır olduğunda (her iki yönde de), belirgin bir kilo kaybı ya da alımı ortaya çıkabilir. Başlangıçta uykuya dalma güçlüğü

görülebilmektedir. Psiko-motor değişiklikler arasında sakin bir şekilde oturamama, yukarı aşağı yürüyüp durma, ellerini ovuşturma ya da cildini, giysilerini ya da nesnelere çekiştirip durma sayılabilir. Enerjide azalma olması, yorgunluk ve bitkinlik hissi görülür. Değersizlik düşünceleri ya da suçluluk duyguları kişinin değeri hakkında gerçekçi olmayan olumsuz değerlendirmeleri ya da geçmişteki küçük başarısızlıklar üzerine düşünüp durmayı, bunlardan ötürü kendini suçlamayı içerir. Kadın kendini umutsuz, huzursuz, yalnız hissedebilir ve bebeğine veya çevresindeki insanlara karşı düşmanca duygulara sahip olabilir. DSD’de görülen bu duygu ve davranışlar kadının aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyerek, yaşam kalitesini düşürür. Bu nedenle doğum sonrası depresyonun erken tanınması ve uygun girişimlerle tedavi edilmesi önemlidir (47).

DSD’nin etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Hızlı fizyolojik değişikliklerin rolü olabileceği düşünülmektedir. Ancak hangi etmenlerin daha fazla neden olduğu açık değildir. Bununla birlikte bazı risk etmenlerini taşıyan kadınlarda DSD’nin daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bu risk etmenleri kadının ya da eşinin işsizliği, sosyal desteğin yetersiz olması, evlilikle ilgili sorunlar, beklenmedik yaşamsal olaylar (ölüm, ayrılık vb.), planlanmamış gebelikler, daha önceki gebeliklerde depresyon geçirilmesi, anne sütü ile beslememe, kayıpla sonlanan gebelik ve doğum deneyimleri, erken anne-bebek ayrılığı ve bebeğin bakımı ile ilgili duyulan kaygılardır (45).

Doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığının yüksek bulunması, bu dönemde önemli hormonal ve ruh hali değişikliklerinin yaygın olmasına, rol değişikliklerine, ruhsal-toplumsal zorlayıcı yaşam olaylarındaki artışa bağlanmaktadır (48). Daha önceden geçirilmiş depresyon öyküsü DSD gelişimi için en belirgin risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Öte yandan, yakın zamanda yapılan çalışmalar annenin güvensiz bağlanma biçimi ve DSD arasında bir bağlantı olduğunu göstermiştir (43).

Doğumla ilgili diğer psikiyatrik tablolara göre belirtilerin daha geç dönemde ortaya çıkması ve birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde çökkün duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duyguları nedeniyle belirtilerini DSD’nin kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon; annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (17).

Kadında DSD tanıldıktan sonra bireysel ya da aile psikoterapisi, farmakolojik tedavi ve sosyal servislerin desteğinden yararlanılabilir. Aynı zamanda planlanmamış gebelikler

ya da işsizlik gibi risk etkenleri aile planlaması yöntemleri veya iş olanaklarının sağlanması ile azaltılabilir (45).

2.2.2.1.2.1. Doğum Sonrası Depresyon Yaşayan Annelerin Çocuklarında Görülen Gelişimsel ve Ruhsal Sorunlar

DSD sağlıklı yaşamı, yaşam kalitesini ve güvenliğini ciddi bir şekilde tehlikeye sokması nedeni ile hem anne ve bebek hem de ailenin diğer üyeleri için çok önemlidir (15).

Depresyon tanısı alan annelerle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, annenin depresyona ilk kez maruz kalma yaşı küçüldükçe çocukların etkilenme düzeyi daha yüksek ve olumsuz olmaktadır (49). Özellikle doğum sonrası dönemde depresyona giren annelerin çocuklarının yaşamlarının ilerleyen döneminde depresyon için yatkınlıkları son derece yüksektir. Bunun nedeni olarak ise, henüz yeterli başa çıkma becerilerini kazanamadan anne depresyonuna maruz kalmanın özellikle olumsuz bağlanma örüntülerinin gelişmesine, benlik değerinin ve kendilik saygısının olumsuz etkilenmesine yol açabileceği ileri sürülmektedir (50).

Annedeki depresyonun kronik olup olmaması çocuğun etkilenme düzeyi açısından önem taşımaktadır (51). Annelerindeki depresyona ilk kez bebeklik döneminde maruz kalan ve ilerleyen dönemde de maruz kalmaya devam eden çocukların en fazla etkilenenler olduğu belirtilmektedir. Bunun en büyük nedeni olarak ise bebeğin bu dönemde annenin depresyonu ile ilişkili yetersizliğine bağlı olarak sağlıklı bağlanma örüntülerini gerçekleştirememesi ileri sürülmektedir. Ayrıca bilişsel ve sosyal anlamda en büyük öğrenme yaşantılarının deneyimlendiği bebeklik ve erken çocukluk döneminde annelerinin depresyonu nedeniyle ihmal edilen bu çocukların bilişsel ve sosyal yeterliklerinin depresyonda olmayan annelerin çocuklarına göre daha düşük olduğu da belirtilmektedir (52).

Toplumda depresyonda olan annelerin çoğuna tanı konulamamaktadır. Tedavi edilmeyen çökkünlük içinde olan anneler bozuk evlilik ilişkileri, iş gücü kayıpları, çocuk istismarı, çocuğuna ilgisizlik gibi pek çok sorunu yaşamaktadır. DSD gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek, riskli kabul edilebilecek annelerin yakından izlenmesiyle erken tanı ve sağaltım girişimlerinde önem taşıdığı gibi hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Risk etmenlerine ilişkin olarak üzerinde en çok çalışılmış konulardan birisi sosyal destek kavramıdır. Özellikle eşlerden yeterli destek alamayan, evlilik ilişkilerinde sorunları olan kadınlarda doğum sonrası

dönemde depresyon belirtilerinin ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu, iyi bir sosyal desteğin bebeğin sağlığını da olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (53).

Anneleri depresyonda olan ergenlerin bağlanma örüntülerini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar, bebeklik döneminde annesi depresyonda olan ergenlerin, ergenlik döneminde oldukları yaşlarda anneleri tekrar depresyona girdiğinde annesi depresyonda olmayan ergenlere göre depresyon ve diğer psikolojik rahatsızlıkların yanında intihara yönelik olarak da daha fazla risk altında olduklarını göstermiştir (54).

DSD'nin saptanmasının en önemli amaçlarından biri, tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir. DSD; annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (17).

2.2.2.3. Doğum Sonrası Psikoz (DSP)

Psikiyatrik tanı sistemlerinde DSP tanımlaması “Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluklar” başlığı altında ele alınmış ama belirti dağılımı tanımlanmamıştır (21).

Doğum sonrası dönemde kadınların çoğu çeşitli psikiyatrik belirtilerle karşılaşır. Kadınlardaki bu belirtilerin gözden kaçmaması, ayırıcı tanının yapılabilmesi, etkili tedavilerin planlanması annenin, bebeğinin, ailenin ve tüm toplumun sağlığı açısından çok önemlidir. Doğum sonrası dönem psikiyatrik bozukluklar bir yelpaze boyunca bulunurlar. DSP, bu yelpazenin en ucunda bulunur; en şiddetlisi ve en az görülenidir. DSP'nin sınıflandırılması, tedavisi ve sürdürüm tedavileri üzerinde bir görüş birliği yoktur ve bu konulardaki tartışmalar halen sürmektedir (55).

Doğum sonrası ruhsal bozuklukların belirtileri üzerine yapılan çok az çalışma vardır. Oosthuizen ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında bilinç bulanıklığı, yönelim bozukluğu, konsantrasyon değişiklikleri açısından bir fark bulunmamasına rağmen DSP olan grupta şaşkınlık daha fazla bildirilmiştir (56). Bu çalışmanın sonuçlarının aksine psikiyatri yazınında DSP tanısı konulan hastalarda, bilişsel karmaşa ve konfüzyonun daha sık görüldüğünü bildiren çalışma sonuçları vardır. Bazı yazarlar bu nedenle fenomenolojik olarak doğum sonrası ruhsal bozukluklarla diğer ruhsal bozuklukların farklı olduğunu savunurken diğerleri ise doğumla başlaması dışında bir fark olmadığını kabul ederler. Doğum sonrası ruhsal bozukluklara, uzun süreli izlemde batı ülkelerinde daha çok

duygudurum bozuklukları tanısı konulurken, aksine ülkemizde ise daha çok şizofrenik bozukluk tanısı konulmaktadır (21).

2.3. Düşük Doğum Ağırlığına Sahip Preterm Bebek Annesi Olmak

2.3.1. Düşük Doğum Ağırlığına Sahip Preterm Bebeklerin Annelerinin Yaşadığı Sorunlar

DDAB doğumları ebeveynler için zorlayıcı bir olay olarak görülür (15). Zorlanma, iç ya da dış çevreden kaynaklanan, temel gereksinimlerin karşılanmasını engelleyen, sabitleşmiş dengeyi bozan ya da bozmak için tehdit eden bir olay olarak tanımlanır. Zorlanma, olumlu ya da olumsuz olaylar nedeniyle gelişebilir. Sıklıkla planlanan ve mutluluk vermesi beklenen gebelik, doğum gibi olaylar rol değişikliklerini gerektirdikleri için bireyde zorlanma yaratırlar. Bireyin zorlanmayla baş etme çabaları ve içinde bulunduğu duruma uyumu yetersiz olunca dengesi bozulur ve uyumsuzluk ortaya çıkar. Bu durumda kişi bunalıma girer ve kriz tablosu gelişir (57, 58).

Doğum yapmak, aileye yeni bir üyenin katılması ve bu yeni katılan üyenin herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile hastaneye kabulü hem gelişimsel hem de durumsal bir krizdir. Kriz, bir kişinin karşılaştığı sorunu var olan baş etme yöntemleri ile çözümleyemediği zaman ortaya çıkan dengesizlik dönemi olarak tanımlanabilir (2).

Prematüre bir bebeğin doğumu tüm aile için bir krizdir (34). Psikolojik açıdan erken doğuma hazır olmayan anne ve ailenin diğer üyeleri bebeğin doğumu ile birlikte yüksek oranda bunaltı yaşarlar ve kendi bireysel çözüm ve deneyimlerini kullanarak bu durumla baş etmeye çalışırlar. Özellikle annenin korku ve bunaltısı yüksek düzeydedir. Bebek, annesi onu tam olarak ya da hiç göremeden alınıp gidilirse, annenin bebeğinin sağlığı ve görünümü hakkındaki korkuları normal durumla orantısız biçimde artabilir (8). Davis ve arkadaşları (1984) tarafından yapılan araştırmalar, suçluluk duyguları doğuma eşlik ettiğinde, bebekten ayrılmanın cezalandırma olarak algılanabileceğine işaret etmiştir (59).

Hasta bebeklerin ebeveynleri çeşitli nedenlerle suçluluk hisseder. Birini olaydan sorumlu tutma ya da suçlama, gerçekte karşılaşmaktan kaçmanın bir yoludur ve krizli bir durumda bireyin kendini geliştirmesine yardım etmez. Suçluluk, öfke ve reddetme duyguları ebeveynlerin bebeğe bakım verme yeteneklerini engelleyebilir (60). Yeni doğan ile anne arasındaki bağlılık, yaşamın bu döneminde temel gelişimsel görevlerden biri olan güven duygusunun gelişmesini sağlar. Eğer yeni doğan, doğumdan sonra sağlık sorunu

nedeni ile anneden ayrılırsa, anne ile bebek arasında doyum sağlayıcı bir ilişkinin gelişmesi tehlikeye girer. Bebeğinden ayrılan annenin kendine güveninin azaldığı ve yetersizlik, suçluluk gibi duygularının arttığı görülebilir (2, 10). Aynı zamanda annenin bakım verici özelliğinin ve rolünün değişmesi, sorumluluğun sağlık ekibine geçmesi annede zorlanmaya ve kaygıya neden olan bir durumdur. Ayrıca yeni doğan yoğun bakımı bebeğin hayatta kalması ve sakatlığı ile ilgili endişeler nedeni ile de korkutucu olabilir (61). Klaus ve Kennel (1990) bebekleri henüz yoğun bakım ünitesinde iken anne-babaların tepkilerini gözlemlemişler ve her iki uçtaki sorunlu anne-baba tutumu açısından bazı anne-babaları yüksek riskli olarak adlandırmışlardır. Çalışmacılara göre yüksek riskli anne-babalar:

- Bebeklerini kısa sürelerle seyrek ziyaret ya da telefon eden,
- Bebekleri ile ilgili sağlık personeline çok az soru soran,
- Sağlık personeline düşmanca davranan ve huzursuz,
- Bunaltı düzeyleri zaman zaman, bebeğin tıbbi durumunun ciddiyeti göz önüne alındığında, uygunsuz olarak aşırı düşük anne ve babalardır (62).

Çocukları pediatrik yoğun bakım ve yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören ebeveynler ile yapılan çalışmalarda, ailelerin en çok ebeveynlik rollerinin değişmesinden dolayı zorlanma yaşadıkları bulunmuştur (61). Bunun yanında preterm bebeğin bakımının yoğun bakım personeli tarafından üstlenilmesi, annenin bakım veren olarak kendine güveninin yitirmesine, kimi annelerde ise yoğun bakım ekibine yönelik kıskançlık ve rekabet duygusuna yol açabilmektedir (63).

Gennore (1990) tarafından yapılan araştırmaya göre ailenin, özellikle annenin kaygıları bebeğin doğduğu ilk günlerde ve taburculuk aşamalarında artmaktadır (64). DDAB'lerin hastaneden taburcu edildikten sonra ailelerin gelecekle ilgili yaşadıkları belirsizlik ebeveynler için anlaşılabilir bir kaygı kaynağıdır. Yaşanan kaygı düzeyi ile ilgili annelerde belirlenen etmenler bebeğin doğum yaşına göre kilosunu, merkezi sinir sistemi komplikasyonlarının olması, bilgi desteği ve hastane personelinin sıcak ilgili tutumları bunaltı düzeyi ile %35 düzeyinde bağıntılı bulunmuştur (65).

Hastaneden taburcu olduktan sonra ise ilk birkaç yıl boyunca düşük doğum ağırlıklı bebeğin beslenme sorunları, özel gıda takviyeleri ve yürütülmesi gereken tedaviler daha çok zaman alıcı ve yorucudur. Gelecekle ilgili belirsizlikler yeni doğan döneminin ardından da sürer ve bebeğin büyümesi ile yeni sorunlar ortaya çıkar (15). Bu ve benzeri yaşanan sorunlar nedeniyle ebeveyn gerilimleri preterm bebek anneleri için şiddetlenebilir (66). Yeni doğum yapmış annenin hormonal durumundaki ani ve dramatik değişiklikler

normalde kolaylıkla baş edebileceği etmenlere karşı duyarlı hale getirir. Hormonal değişikliklere ek olarak gebelik ve doğum, uyku düzeninin bozulması, alışılmamış olaylar, bebeği, eşi ya da diğer çocukları ile ilgili kaygı nedeni ile annenin fiziksel gücü azalır (2). Uzun hastane kalışı nedeni ile de ebeveynler anne-babalık rollerinde ortaya çıkan değişiklikler nedeni ile şaşkın durumdadırlar (5).

Singer ve arkadaşları (1999) anne babaların çok düşük ağırlıklı bebeklerin doğumundan sonra yaşadıkları psikolojik süreci değerlendirmişlerdir. Ciddi tıbbi komplikasyonları olan yüksek riskli preterm grubunun anneleri, düşük riskli preterm grubun anneleri ve preterm olmayan bebeklerin annelerine göre ilk üç yılda depresyon, zorlanma ve obsesif kompulsif davranışlarda belirgin artış göstermişlerdir. Düşük riskli, düşük doğum ağırlıklı çocukların anneleri ise ilk sekiz aya kadar zamanında doğan grubun annelerinden daha fazla anksiyete ve depresyon oranlarına sahipken, sekizinci ayın sonuna doğru her iki grup anne-baba arasında fark gözlenmemiştir. Üçüncü yılın sonunda ise tüm çocukların anneleri arasında ruhsal hastalık, anne-baba rolünden memnun olma, bağlanma ve baş edebilmeyle ilişkili tatmin duygusu açısından fark saptanamamıştır. Ayrıca bu çalışmada annenin depresyon düzeyi ile bebeğin bilişsel gelişimi önemli oranda ilişkili bulunmuştur (66).

Annede bebeğini yitireceği korkusu ve yoğun zorlanmanın; erken bir doğurmayla ilişkili suçluluk ile yetersizlik düşüncelerinin ve yas sürecinin, kontrol gruplarına göre on kat artmış depresyonun yanı sıra bebeğe bağlanma davranışında da gecikmelerle sonuçlanabileceğine dikkat çekilmiştir (63). Ayrıca erken doğan bebeklerin anneleri birçok mücadelenin yanı sıra gelişim riski yüksek tıbben hassas bebeklere sahip olurlar ve yoğun bakım ünitesindeki odak noktası bebeklerin sağlığı olsa da ebeveynler yüksek risk altında olabilmektedirler (67).

Anne, sağlıklı bir bebek doğuramamaktan dolayı bir başarısızlık ve güvensizlik içinde olabilir, bebeği ile etkileşime girmeyi reddedebilir. Annenin kendine güveninin azalması ve beklentilerinin karşılanmaması, bağlanmada gecikmeye ve bebeğin olumsuz algılanmasına neden olabilir. Bir annenin bebeğine sevgiyle bağlanması, bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesini sağlayan ve tüm yaşamını olumlu yönde etkileyen en önemli öğelerden biridir. Prematürelilik maternal bağlanmayı olumsuz yönde etkileyen bir etmendir. Maternal bağlanma, anne ile bebek arasında doyurucu ve zevk verici bir etkileşim sonucunda annenin bebeğine geliştirdiği sevgi bağının oluşum sürecidir (1, 68). Doğumdan sonraki dönem anne-bebek bağlanması için duyarlı bir dönemdir. Bu süreç preterm doğumlardan sonra anne ve bebeğin kısmen ya da tamamen ayrılmasıyla kesintiye uğramaktadır. Jeffocate ve arkadaşları (1999) preterm doğum ve anne bebek ayrılığının

sonraki ruhsal-toplumsal gelişim ile ilişkisini araştırmışlar ve bu ayrılığın çocukta uzun dönem ruhsal-toplumsal gelişim sorunlarına yol açtığını belirtmişlerdir (69).

Aşırı düşük doğum ağırlığı ile dünyaya gelen bebeklerin annelerinde bu doğumların örseleyici bir tecrübe olup olmadığını değerlendiren bir çalışmada akut örseleyici zorlanma tepkisi uzunlamasına bir desende incelenmiştir. Bu çalışmanın sonuçları 14 ay sonrasına kadar bu annelerin post travmatik belirtilerinin azalmadığını ve doğumdan hemen sonra başlamak üzere devam eden ruhsal desteğin gerekliliğine işaret etmektedir (70). Çok erken doğan bebeklerin annelerine yönelik yürütülen sosyal destek çalışmaları bu yönde müdahale edilen annelerin durumluluk anksiyete ve depresyon puanlarının düştüğü ve sosyal destek algılarının arttığı gösterilmiştir. Eğitimli akranlarca bu annelere yönelik verilen desteğin zorlanma ile baş etmede etkin bir yöntem olduğu gösterilmiştir. Çeşitli doğmalık anomaliler ile doğan bebeklerin aileleri ile yapılan bir çalışmada doğmalık anomali türünün ailelerin yaşadığı ebeveyn rolleri ile ilişkili zorlanma ve bütüncül sıkıntı puanları bakımından farklılaştığını ancak annelerin babalardan daha yüksek puanlar aldığı sonucunu ortaya koymuştur (71).

Annenin bu süreçlerle baş edebilmesi öncelikle bebeğin tıbbi risk durumu, gebelik yaşı ve gelişimsel durumu yanı sıra, annenin sosyal desteğinin niteliği, zorlanma ile başa çıkabilme becerileri, anne-babanın evlilik ilişkilerinin ve annenin kendi annesiyle olan ilişkisinin özelliği ile de ilişkilendirilmektedir (63).

2.3.2. Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm Bebeklerin Gelişim Süreçlerine Etki Eden Toplumsal Etmenler

Preterm bebekler yaşamla tanıştıkları ilk andan itibaren gelişimsel olarak hazır olmadıkları çevreden kaynaklanan girdilerle baş etmek zorundadırlar (63). Prematürelerde gelişim; biyolojik risk etmenlerinin yanı sıra sosyo-demografik ve çevresel etmenlerden de etkilenmektedir (72, 73).

Sağlıklı bir büyüme ve gelişme için, içinde yaşanılan ailenin sosyal özellikleri azımsanmayacak kadar önemlidir. Dahası preterm bebeklerin zamanında doğan bebeklere göre sosyal etmenlere daha duyarlı olduğu bilinmektedir (74). Ailenin gelir düzeyi, eğitim düzeyi, ailede yaşayan çocuk sayısı, yaşanılan çevre gibi etmenler sosyal etmenler olarak sıralanabilir. Bu saydığımız etmenlerden olumsuz olanların sayısı ve dereceleri arttıkça sosyoekonomik düzey de kötüleşmektedir. Gelir düzeyi düşük, çok çocuklu ailelerde beslenme yetersizlikleri görülmüş ve birçok ülkede yapılan çalışmalarda, çok çocuklu

ailelerde çocukların büyüme hızlarının düşük olduğu bulunmuştur (75). Sosyal düzeyin düşük olması, çocuğun yeterli ve dengeli beslenememesi, enfeksiyonlara karşı daha duyarlı olması gibi etmenlere neden olarak büyümeyi etkiler. Aile bireylerinin sürekli hastalığı, sakatlığı, yangın ve göç gibi olaylar, boşanma ve ölüm de sosyal duruma ve çocuğun gelişimine olumsuz etkisi olabilecek durumlardır (76). Ailede olumsuz koşullar altında mücadele eden annenin ruhsal yapısı da preterm bebeğin büyümesini etkilemektedir. Sinirli ve sert mizaçlı anneler ile yumuşak mizaçlı anne bebeklerinin kilo alımını inceleyen bir çalışmada yumuşak mizaçlı annelerin bebeklerinin daha iyi kilo alımı gösterdiği bulunmuştur (36). Annenin davranışsal özelliklerinin prematüre bebeğin büyüme ve gelişmesi üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, yüksek riskli preterm bebeklerin büyüme ve gelişmelerinin annelerinin davranışsal özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır (77).

Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyin ilk bir yıl içindeki gelişimden çok, uzun dönem gelişim üzerine etkileri olduğu bildirilmiştir. Ailenin sosyal, ekonomik ve kültürel düzeyi çocuğun büyüme ve gelişmesini etkileyen önemli etmenler arasındadır. Annenin lise düzeyinden daha düşük eğitim düzeyine sahip olması, evlenmeden çocuk sahibi olma, erken yaşta anne olma, düzenli prenatal takibin yapılmaması, ailenin gelir düzeyinin düşük olması gibi düşük sosyo-ekonomik düzeyi işaret eden etmenlerin hafif düzeydeki öğrenme bozuklukları ve duygulanım bozukluklarına neden olabileceği birçok araştırmacı tarafından kabul edilmiştir (63, 78). Ev ortamı, anne-baba zeka düzeyi, çocuğa ayrılan zaman, anne babanın çocuğa olan ilgisi, verilen bakım, sağlık hizmeti de çocuk gelişiminde önemlidir. Özellikle yaşamın ilk yıllarında anne çocuk ilişkisi büyüme ve gelişmeyi etkileyen önemli etmenlerden biridir (79). Ailenin sosyo-ekonomik düzeyi uzun dönemde gelişim üzerine etkilidir. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip prematüre çocukların yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip prematüre çocuklara göre sözel ve akademik performansı değerlendiren testlerden daha düşük puanlar aldıkları saptanmıştır (80). Sosyo-ekonomik etmenlerin etkisi üzerinde duran bir başka çalışmada ise prematürelilik nedeniyle gelişim üzerine olabilecek olumsuz etkilerin, olumlu çevre desteğiyle 5. yaşa dek iyileştirilebileceğinden söz edilmiştir (81). DDAB'leri kapsayan bir çalışmada gelişmiş sosyal imkanların, düşük doğum ağırlığına bağlı büyüme geriliğini önleyeceği gösterilmiştir (82). Bu saydığımız etmenlerin etkisiyle gerçekleşen büyüme belli bir sıra ve düzen ile olur. Preterm bebekler 40 haftalık doğum öncesi dönemi tamamlayamadıkları için büyüme süreçlerinde miadında doğan bebeklere göre farklılıklar vardır. Bu nedenle preterm bebeklerin büyümeyi yakalaması zaman almaktadır (78).

Preterm bebek hastaneden ayrılıp eve gittiğinde, uzun dönem prognozu ait olduğu ailenin sosyo-demografik özellikleri ile yakından ilişkilidir. Düşük sosyo-demografik düzeye sahip preterm çocukların yüksek sosyo-demografik düzeye sahip preterm çocuklara göre sözel ve akademik performansı değerlendiren testlerden daha düşük puanlar aldıkları saptanmıştır (63).

2.3.3. Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm Bebeklerin Ailelerine Yaklaşım

Preterm doğum hem bebeğin hem de ailenin hazır olmadığı bir durumdur. Doğumdan itibaren türlü gelişimsel riskler altında bulunan bebek ve ailesinin desteklenmesi, bebeğin ruhsal-toplumsal gelişimi ve ailenin uyumu için büyük önem taşır (63).

Ebeveyn zorlanmalarının önemi son yıllarda anlaşılmıştır. Birçok çalışmada ebeveyn kaygısının, bebeğin bilişsel ve nörolojik gelişimindeki gecikmeyle alakalı olduğu ortaya konmuştur. Ebeveyn desteği ve aracılık programlarının anne kaygısını azalttığı ve bebeğin gelişimine katkıda bulunduğu görülmüştür (15). Bebeğin kaçınılmaz olarak yoğun bakıma gereksinim duyduğu dönemlerden başlayarak, bebeğe ve ailesine ruhsal-toplumsal destek sağlanması gerektiğine inanılmaktadır. Anne-çocuk ilişkisinin temelini atıldığı yoğun bakım ünitesinde annelerin bebeklerini olabildiğince sık görüp, bedensel temasta bulunmaları büyük önem taşımaktadır. Annelerin doğumdan sonra yaşadıkları süreç nedeniyle, kuvözde yatan bebeği görmeye geldiklerinde, zamanında doğan bebeklerin annelerine göre, onunla daha az konuştuğu ve bebeğin ekstremitelerine sadece parmak ucuyla dokunduğu gözlenmiştir. Bu süreçte annelere yoğun bakım hemşirelerinin büyük yardımı dokunabilir. Birçok anne tarafından kendi annesiymiş gibi algılanan hemşireler, destekleyici tutumlarıyla annenin bunaltısının üstesinden gelmesine yardımcı olabilirler (62).

Prematür çocuklar ve ailelerine desteğin sadece yoğun bakım süreci ile sınırlı kalmaması, ruhsal-toplumsal desteğin sürekliliğinin olması gerektiği de yaygın olarak kabul görmüş bir yaklaşımdır (83). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990 yılında düşük doğum ağırlıklı preterm çocuklara ve ailelerine yönelik sekiz merkezli bir eğitim programı başlatılmıştır. Bebek Ruh Sağlığı ve Gelişimi Programı adı verilen bu program, 2500 gramın altında doğum ağırlığına sahip 985 çocuğa ve ailesine uygulanmıştır. Programda grubun bir kısmı rasgele örneklem yoluyla seçilip, bu çocuklarla eğitsel açıdan çalışılmış, annelerine ise çocuk gelişimi, dönem özelliklerini ve çocuğa yaklaşım stratejilerini temel alan bir eğitim verilmiştir. Diğer bir grup prematüre çocuk ise sadece pediatrik açıdan

izlenmiştir. Programa katılan çocuklarla 36. ayın sonunda yapılan değerlendirmelerde, pediatrik izlem alanlarına göre eğitsel program uygulananların ortalama zeka puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aile eğitiminin önemini altını çizen bu çalışmada çocuklar daha sonra beş yaşına kadar izlenmişlerdir. Üç ile beş yaş arasında eğitim almadan geçiren 2500-1500 gr doğum ağırlığına sahip çocukların zeka puanları sadece pediatrik açıdan izlenen çocuklarla aynı düzeyde saptanmıştır. Ancak zeka puanları aynı olsa da, eğitim gören grupta sınıf tekrarı dörtte bir oranındayken, sadece pediatrik izlem grubunda bu oran ikide bir olarak belirlenmiştir (84). 1000 gr altında doğum ağırlığına sahip çocuklarda ise ne bilişsel ne de davranışsal açıdan bu tür bir erken eğitim ve aile desteğinin yararı gözlenmemiştir (63).

Ailenin uyumunu kolaylaştırmada çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimlerine de görevler düşmektedir. Hekimlerin bebeğe ilişkin aşırı kötümser öngörülerini, annenin bebeğini kaybedeceği düşüncesinin doğmasına ve bebeğe bağlanma davranışı geliştirememesine yol açabilir. Aileyi bilgilendirme sürecinde hekimlerin yeterli iletişim becerilerine sahip olmaları, kaliteli sağlık hizmeti açısından vazgeçilmezdir. Çünkü etkin olmayan iletişimin sonuçları dramatik ve çoğunlukla sinsidir (85).

Eğitiminin önemine işaret eden bu çalışmaların yanı sıra, annenin ruhsal-toplumsal açıdan desteklenmesi ve problem çözme becerilerinin artırılmasına yönelik yardımların da olumlu anne-çocuk ilişkisine katkıda bulunacağı görüşü yaygın olarak kabul görmüş (86). Bu süreçte çocuk psikiyatristlerinin ruhsal-toplumsal yöne dikkatin çekilebilmesinde danışmanlık görevi görmeleri gerektiğine inanılmaktadır (63).

Sonuç olarak prematüre bebeği olan anne ile bebek arasında olumlu anne-bebek ilişkisinin başlatılması, temel güven duygusunun oluşturulmasına ve bebeğin ileriki yaşamında sağlıklı bir kişilik geliştirmesine imkan sağlayacağı unutulmamalıdır (10).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmaya Ocak 2008 ve Haziran 2008 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Ünitesi'nde düşük doğum ağırlıklı preterm bebeği bulunan anneler alınmıştır. Çalışma grubunu; düşük doğum ağırlıklı 58 preterm annesinden, gebelik sırasında herhangi fiziksel rahatsızlığı olmamasına rağmen gestasyon yaşı 37. haftadan küçük ve 2500 gr'nin altında doğum ağırlığına sahip bebeği olan ve doğum sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmeyen 45 gönüllü anne oluşturmaktadır. DDAB'lerden 31 tanesinde komplikasyon geliştiği için Yenidoğan Yoğun Servisi'nde tedavi altına alınmış, 14 tanesi anne yanında kalmıştır. Bu grupta çalışmaya katılmayı 2 anne kabul etmemiştir.

Kontrol grubunu ise yenidoğan ünitesinde bulunan 136 term bebek annesinden, gestasyon yaşı 37. haftadan büyük ve hiçbir komplikasyonu olmayan 2500 gr'nin üstünde doğum ağırlığına sahip bebeği olan ve doğum sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmeyen 42 gönüllü anne oluşturmaktadır. Çalışma grubundaki her bir olgu için anne yaşı dikkate alınarak bir kontrol seçilmiştir.

3.2. Gereçler

3.2.1. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form deneklerin; doğum tarihi, yeri, adres, telefon, yaşadığı yer, meslek, eğitim, ekonomik durum ve deneğin doğum öyküsü ile ilgili bilgileri değerlendiren toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

3.2.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için A.T. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Envanter 21 cümleden oluşan bir kendini bildirim ölçeği olup 0-3 arasında giderek artan puan alan ve toplam 0-63 arasında değişen Dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. Test sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplara uygulanmakta olup Türkiye’de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır (87, 88). BDE’nin 17 ve üstündeki puanlarının %90’dan daha fazla doğrulukla tedavi gerektirebilecek depresyonu ayırt edebildiği belirlenmiştir (89).

3.2.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi için A.T. Beck, N. Epstein, G Brown ve R.A. Steer tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Test 21 maddeden oluşan bir kendini bildirim ölçeği olup 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Test ergen ve yetişkinlere uygulanmakta olup Türkiye’de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Ulusoy, Hisli ve Erkmen tarafından yapılmıştır (87, 88).

3.2.4. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

Durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla 1970’de Spielberger, Gorsuch ve Lushene ve tarafından geliştirilmiştir. Envanterin her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği bulunmaktadır. İlk ölçek olan Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1), bireyin belirli bir anda belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Diğer ölçek olan Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2) ise, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Kağıt kalem testi olan envanter grup olarak uygulanabilmektedir. 14 yaş ve üstü normaller ve okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek kadar bilinci yerinde olan hastalara uygulama yapılabilmektedir. Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren “ters” ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık puanında olanlar 1’e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini

gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Her iki ölçek için de büyük puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Puanlama 20 ile 80 arasında değişir. STAI-1 10 tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19, ve 20.maddeler), STAI-2 ise 7 tane (21,26,27,30,33,36, ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Türkiye’de ölçeğin geçerlik/güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (87, 88, 90).

3.2.5. Doğum Sonrası Yenidoğan Komplikasyonları Veri Formu

Yenidoğan yoğun bakım servisi hekimlerinin yardımlarıyla hazırlanan ve düşük doğum ağırlığına sahip bebeklerde doğum sonrası gelişebilecek komplikasyonları inceleyen 28 maddeden oluşan bir veri formudur. Hazırlanan Form “Var“, “Yok” şeklinde değerlendirilmektedir. Serviste yatan, çalışma kapsamında yer alan tüm bebekler için doldurulan veri formunda işaretlenen her bir “Komplikasyon var” maddesi bebekte komplikasyon geliştiği şeklinde değerlendirilmiştir.

3.3. Yöntem

KTÜ Tıp Fakültesi Yenidoğan Servisi’nde Ocak 2008-Haziran 2008 tarihleri arasında, doğumda hiçbir komplikasyon gelişmeyerek 2500 gr.’nin altında düşük doğum ağırlığına sahip bebeği olan 45 gönüllü anneden çalışma grubu, doğum sırasında hiçbir komplikasyon gelişmeyerek 2500 gr.’nin üstünde bebeği olan; çalışma grubuyla yaş bakımından eşleştirilmiş 42 gönüllü anneden kontrol grubu oluşturulmuştur. Araştırma, doğumun 3. ve 15. günü olmak üzere iki değerlendirme şeklinde yürütülmüştür. İlk değerlendirmede her bir olgudan araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilerek aydınlatılmış onam formu ile yazılı onayları alınmıştır. Daha sonra sırasıyla Sosyo-Demografik Veri Formu, BDE, BAE, STAI-1 ve STAI-2 ‘den oluşan test bataryası araştırmacı tarafından uygulanmıştır. İkinci değerlendirmede hastane yatışları devam eden annelerle hastane ortamında, taburcu olan annelerle Sosyo-Demografik Veri Formu’ndan alınan bilgiler ışığında telefon ve adres bilgilerinden ulaşılarak aynı test bataryası uygulanmıştır. Doğum Sonrası Yenidoğan Komplikasyonları Veri Formu servis hekimleri tarafından çalışma grubundaki annelerin, yoğun bakımda yatan preterm bebekleri için doldurulmuştur.

3.4. İstatistiksel Yöntem

Verilerin analizi SPSS for Windows 11.5 paket programında yapıldı. Sürekli ölçümlü değişkenlerin dağılımının normale uygun olup olmadığı Shapiro Wilks testi ile araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli ölçümlü değişkenler için ortalama \pm standart sapma veya ortanca (minimum - maksimum) olarak nominal değişkenler ise olgu sayısı ve (%) olarak gösterildi. Çalışma ve kontrol grubu arasında yaş ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı Student's t ile incelendi. Gruplar arasında gebelik, düşük veya ölü doğum, evdeki oda, evde yaşayan kişi ve ailede çalışan kişi sayısı, BDE, BAE, STAI-1 ve STAI-2 ölçek düzeyleri yönünden farkın önemliliği ise Mann Whitney U testi ile incelendi. Bebeklerin doğum ağırlığı ve ailenin gelir düzeyi ile annenin BDE ve BAE puanları arasındaki farkın önemliliği Kruskal Wallis testi ile; aile dışında evde yaşayan kişinin varlığı, annenin çalışma durumu ve gebelik haftası ile BDE ve BAE puanları arasındaki farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile değerlendirildi. Anne öğrenim düzeyi ile BDE ve BAE puanı arasındaki doğrusal ilişkinin büyüklüğü ise Spearman'ın "rho" katsayısı ve önemlilik düzeyi saptanarak değerlendirildi. Gruplar içerisinde 3. güne göre 15. günde ölçek düzeylerinde anlamlı değişimin olup olmadığı ise Wilcoxon İşaret testi ile araştırıldı. Komplikasyon gelişmeyen, sadece ilk 3. günde komplikasyonu olan ve hem ilk 3 gün hem de ilk 15 günde komplikasyon saptanan gruplar arasında 15. gündeki ölçek düzeyleri yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testi ile değerlendirildi. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher'in Tam Sonuçlu Olasılık testi ile kıyaslandı. Gruplar içerisinde 3. gün ile 15. gün sıklıkları arasındaki farkın önemliliği ise McNemar testi ile değerlendirildi. $p < 0.05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Düşük doğum ağırlıklı preterm bebek annelerinin yer aldığı grup “Çalışma Grubu”, term bebek annelerinin yer aldığı grup ise “Kontrol Grubu” olarak tanımlanmıştır. Çalışma, 01 Ocak-30 Haziran 2008 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Yenidoğan Ünitesi’nde bebeği olan annelerle doğumun 3. ve 15. günleri olmak üzere iki uygulama şeklinde yapılmıştır. Kontrol grubu KTÜ Yenidoğan Ünitesinde term bebeği olan annelerden (n=42) oluşmaktadır. Çalışma grubu ise KTÜ Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi (n=31) ve Yenidoğan Ünitesi’nde (n=14) preterm bebeği olan annelerden oluşmaktadır.

Araştırmamızda yer alan annelerin yaş ortalamaları benzer alınarak çalışma ve kontrol gruplarının eşdeğer olması sağlanmıştır (p=0.900). Çalışma grubunda yer alan olguların %66.6’sının bebek doğum ağırlığı 1500- 2499 gr arasında iken %22.2’sinde 1001- 1499 gr arasında, %11.1’inde ise 1000 gr ve daha düşüktür. Çalışma grubundaki olguların %68.9’unda gestasyonel yaş 32- 36 hafta arasında, %31.1’inde ise 24- 31 hafta arasındadır. Gruplar arasında bebeğin cinsiyeti yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.099). Bebeklerin doğdukları illerin dağılımı gruplar arasında benzer bulunmuştur (p=0.056)

Tablo 1. Anne Yaşı, Gebelik ve Doğum Öyküsü

Değişkenler	Çalışma Grubu (n=45)	Kontrol Grubu (n=42)	p
Yaş	29.4±6.1	30.0±6.6	0.900
Bebek Doğum Ağırlığı			-
≥2500gr	-	42 (%100)	
1500-2499gr	30 (%66.6)		
1001-1499gr	10 (%22.2)		
≤1000gr	5 (%11.1)		
Gestasyon Yaşı			-
≥37 hafta	-	42 (%100)	
32-36 hafta	31 (%68.9)		
24-31 hafta	14 (%31.1)		
Bebek Cinsiyeti			0.099
Kız	24 (%53.3)	15 (%35.7)	
Erkek	21 (%46.7)	27 (%64.3)	
Doğum Yeri			0.056
Trabzon	40 (%88.9)	42 (%100)	
Trabzon Dışı	5 (%11.1)	-	

Gruplarda yerleşim yeri dağılımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.216). Anne ve babanın mesleklerinin dağılımı ile anne ve babanın öğrenim düzeylerinin dağılımı da gruplar arasında istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (p=0.985, p=0.058, p=0.717 ve p=0.609).

Tablo 2. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

Değişkenler	Çalışma Grubu (n=45)	Kontrol Grubu (n=42)	p
Yerleşim Yeri			0.216
<i>Şehir</i>	14 (%31.1)	20 (%47.6)	
<i>İlçe</i>	16 (%35.6)	9 (%21.4)	
<i>Köy</i>	15 (%33.3)	13 (%31.0)	
Annenin Mesleği			0.985
<i>Ev Hanımı</i>	39 (%86.7)	37 (%88.1)	
<i>Memur</i>	3 (%6.7)	2 (%4.8)	
<i>Sağlık Personeli</i>	2 (%4.4)	2 (%4.8)	
<i>Diğer</i>	1 (%2.2)	1 (%2.4)	
Babanın Mesleği			0.058
<i>İşsiz</i>	3 (%6.7)	-	
<i>Çiftçi</i>	2 (%4.4)	3 (%7.1)	
<i>Memur</i>	12 (%26.7)	8 (%19.0)	
<i>Sağlık Personeli</i>	1 (%2.2)	2 (%4.8)	
<i>İşçi</i>	21 (%46.7)	13 (%31.0)	
<i>Diğer</i>	6 (%13.3)	16 (%38.1)	
Annenin Öğrenim Düzeyi			0.717
<i>Okur Yazar Değil</i>	3 (%6.7)	2 (%4.8)	
<i>Okur Yazar</i>	4 (%8.9)	1 (%2.4)	
<i>İlkokul</i>	22 (%48.9)	22 (%52.4)	
<i>Orta Öğretim</i>	10 (%22.2)	10 (%23.8)	
<i>Üniversite</i>	6 (%13.3)	7 (%16.7)	
Babanın Öğrenim Düzeyi			0.609
<i>Okur Yazar Değil</i>	2 (%4.4)	-	
<i>Okur Yazar</i>	2 (%4.4)	2 (%4.8)	
<i>İlkokul</i>	16 (%35.6)	15 (%35.7)	
<i>Orta Öğretim</i>	15 (%33.3)	15 (%35.7)	
<i>Üniversite</i>	10 (%22.2)	10 (%23.8)	

Gruplarda aylık toplam gelir düzeyi yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p=0.276$). İkamet ettiği evin sahibi olma değişkeninin sıklığı bakımından gruplar arasında anlamlı fark olmayıp ($p=0.918$); ev tipi, evdeki oda sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, çekirdek aile dışında evde yaşayan kişi varlığı ve ailede çalışan kişi sayısı yönünden gruplar istatistiksel olarak benzer bulunmuştur ($p=0.666$, $p=0.870$, $p=0.346$, $p=0.649$ ve $p=0.516$).

Tablo 3. Sosyo-Ekonomik Özelliklerin Dağılımı

Değişkenler	Çalışma Grubu (n=45)	Kontrol Grubu (n=42)	P
Toplam Gelir			0.276
<400 YTL	7 (%15.6)	3 (%7.1)	
400-800 YTL	16 (%35.6)	21 (%50.0)	
>800 YTL	22 (%48.9)	18 (%42.9)	
Eviniz size mi ait?			0.918
<i>Evet</i>	22 (%48.9)	21 (%50.0)	
<i>Hayır</i>	23 (%51.1)	21 (%50.0)	
Ev Tipi			0.666
<i>Gecekondu</i>	1 (%2.2)	-	
<i>Apartman Dairesi</i>	28 (%62.2)	28 (%66.7)	
<i>Müstakil</i>	8 (%17.8)	6 (%14.3)	
<i>Köy Evi</i>	8 (%17.8)	8 (%19.0)	
Evdeki oda sayısı	3 (1-9)	3 (2-6)	0.870
Evde yaşayan kişi sayısı	4 (2-8)	4 (3-11)	0.346
Aile dışı evde yaşayan kişi			0.649
<i>Var</i>	16 (%35.6)	13 (%31.0)	
<i>Yok</i>	29 (%64.4)	29 (%69.0)	
Ailede çalışan kişi sayısı	1 (1-3)	1 (1-3)	0.516

Klinik ölçek puanlarının grup içi dağılımına bakıldığında, kontrol grubunda 1. ve 2. değerlendirmeler arasında BDE, BAE, STAI-1 ve STAI-2 ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı ($p=0.003$, $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p<0.001$). Çalışma grubunda ise iki değerlendirme arasında BDE, STAI-1 ve STAI-2 ortalama puanlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.075$, $p=0.109$ ve $p=0.055$). Buna karşın çalışma grubunda iki değerlendirme arasında BAE ortalama puanlarında meydana gelen azalma istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$).

Klinik ölçek puanlarının gruplar arası dağılımında iki değerlendirme arasında sadece BDE ortalama puanları yönünden anlamlı fark olup, çalışma grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek BDE ortalama puanlarına sahip olduğu tespit edildi ($p=0.037$ ve $p=0.014$). İki grup arasında 1. ve 2. değerlendirmelerde BAE, STAI-2 ortalama puanları istatistiksel olarak benzer olup, 2. değerlendirmedeki STAI-1 ortalama puanları kontrole göre çalışma grubunda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0.006$).

Tablo 4. Klinik Ölçek Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	1. Değerlendirme	2. Değerlendirme	p ^a
BDE	<i>Çalışma Grubu</i>	12.2±10.4	11.3±9.8	0.075
	<i>Kontrol Grubu</i>	7.6±6.5	6.1±6.8	0.003
	p ^b	0.037	0.014	
BAE	<i>Çalışma Grubu</i>	16.2±13.5	10.9±11.1	<0.001
	<i>Kontrol Grubu</i>	13.9±9.6	5.5±4.8	<0.001
	p ^b	0.782	0.071	
STAI-1	<i>Çalışma Grubu</i>	41.7±11.4	40.4±12.1	0.109
	<i>Kontrol Grubu</i>	38.4±8.5	33.4±8.6	<0.001
	p ^b	0.213	0.006	
STAI-2	<i>Çalışma Grubu</i>	42.8±10.1	41.0±11.2	0.055
	<i>Kontrol Grubu</i>	43.0±8.0	39.8±10.1	<0.001
	p ^b	0.865	0.668	

a Grup içi karşılaştırmalar

b Gruplar arası karşılaştırmalar

Çalışma ve kontrol gruplarında 1.ve 2. değerlendirilmelerde BDE kesme puanına göre depresyon görülme sıklıkları istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (p=1.000 ve p=1.000). 1. değerlendirmede gruplarda depresyon sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yokken (p=0.066) 2. değerlendirmede kontrol grubuna göre çalışma grubundaki depresyon sıklığı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.039).

Tablo 5. Birinci ve İkinci Değerlendirmelerde BDE 17 Kesme Puanına Göre Depresyon Sıklığı

Gruplar	1. Değerlendirme	2. Değerlendirme	p ^a
Çalışma Grubu (n=45)	11 (%24.4)	12 (%26.7)	1.000
Kontrol Grubu (n=42)	4 (%9.5)	4 (%9.5)	1.000
p ^b	0.066	0.039	

a Gruplar içinde 1. ve 2. değerlendirme arasındaki karşılaştırmalar

b 1. ve 2. değerlendirme içerisinde gruplar arasındaki karşılaştırmalar

Gruplarda 1. ve 2. değerlendirilmelerdeki BDE ölçek ortalama puanında meydana gelen değişim miktarı istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (p=0.675). Kontrol grubuna göre çalışma grubunda iki değerlendirme arasında, BAE ve STAI-1 ortalama puanlarında meydana gelen azalma miktarı istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktür (p=0.040 ve p=0.006). Çalışma ile kontrol grubu arasında 1. değerlendirmeye göre 2. değerlendirilmedeki STAI-2 ölçek ortalama puanında meydana gelen değişim miktarı istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (p=0.389).

Tablo 6. İzlem Değerlendirmesinde Ölçek Puanlarında Tespit Edilen Değişim Miktarları

Değişkenler	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	p
BDE Değişimi	-0.9±5.6	-1.6±3.1	0.675
BAE Değişimi	-5.3±8.3	-8.3±6.6	0.040
STAI-1 Değişimi	-1.3±6.7	-4.9±6.4	0.006
STAI-2 Değişimi	-1.8±6.0	-3.3±5.3	0.389

Çalışma grubunda, bebek doğum ağırlığı 2500-1500 g. olan alt grupta iki değerlendirme arasında BDE ve BAE ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı ($p=0.043$ ve $p<0.001$). Bebek doğum ağırlığı 1000-1500 g. ve ≤ 1000 g. olan alt gruplarda iki değerlendirme arasında BDE ve BAE ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı değişim saptanmadı ($p=0.136$ ve $p=0.185$, $p=0.176$ ve $p=0.066$).

Tablo 7. DDAB Annelerinin Doğum Ağırlığına Göre BDE ve BAE Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Bebek Doğum Ağırlığı	1. Değerlendirme	2. Değerlendirme	p
BDE	2500-1500 g	13.1±12.0	11.5±10.9	0.043
	1000-1500 g	9.4±6.9	7.7±6.2	0.136
	≤ 1000 g	12.6±4.3	17.2±6.8	0.176
BAE	2500-1500 g	17.1±14.5	11.4±12.5	<0.001
	1000-1500 g	12.4±12.1	7.5±6.8	0.185
	≤ 1000 g	18.4±10.1	14.4±8.6	0.066

Çalışma grubunda gebelik haftası 32-36 olanlarda yapılan 1. ve 2. değerlendirmelerde BDE ve BAE ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı ($p=0.026$ ve $p<0.001$). Gebelik haftası 24-31 olanlarda yapılan değerlendirmelerde BDE ve BAE ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı değişim saptanmadı ($p=0.686$ ve $p=0.116$).

Tablo 8. DDAB Annelerinin Gestasyon Haftasına Göre BDE ve BAE Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Gestasyon Yaşı	1. Değerlendirme	2. Değerlendirme	P
BDE	32-36 hafta	13.4±11.8	11.5±10.9	0.026
	24-31 hafta	9.6±5.9	10.7±7.5	0.686
BAE	32-36 hafta	17.8±15.0	11.5±12.4	<0.001
	24-31 hafta	12.6±8.7	9.5±7.6	0.116

Kontrol grubundaki term bebek anneleri ile çalışma grubunda komplikasyon gelişen ve gelişmeyen preterm bebek annelerinin, 1. değerlendirmedeki BDE, BAE, STAI-1 ve STAI-2 ölçek ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p=0.113$, $p=0.565$, $p=0.460$ ve $p=0.917$).

Tablo 9. Bebeklerinde Komplikasyon Gelişen ve Gelişmeyen Annelerin Birinci Değerlendirmelerindeki Ortalama Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma Grubu (n=45)		Kontrol Grubu (n=42)	p
	KV (n=31)	KY (n=14)		
BDE	11.8±9.8	13.1±12.0	7.6±6.5	0.113
BAE	15.1±13.6	18.6±13.4	13.9±9.6	0.565
STAI-1	42.0±12.1	41.1±10.0	38.4±8.5	0.460
STAI-2	42.9±9.8	42.5±11.1	43.0±8.0	0.917

KV: Komplikasyon var

KY: Komplikasyon yok

Çalışma ve kontrol grubunda yer alan annelerden; her iki değerlendirmede de bebeğinde komplikasyon gelişerek yoğun bakıma alınan annelerin BDE, BAE ve STAI-1 ortalama ölçek puanları, sadece 1. değerlendirmede bebeğinde komplikasyon gelişen annelere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$ ve $p=0.006$, $p=0.022$, $p=0.003$ ve $p=0.005$, $p<0.001$ ve $p=0.031$). Gruplarda STAI-2 ortalama ölçek puanı yönünden ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0.111$).

Tablo 10. Bebeklerinde Komplikasyon Gelişen ve Gelişmeyen Annelerin İkinci Değerlendirmede Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma Grubu (n=45)			Kontrol Grubu (n=42)	p
	1. Değerlendirmede KV (n=12)	2. Değerlendirmede KV (n=19)	KY (n=14)		
BDE	7.9±11.4	13.9±8.8 ^{a,b}	10.5±9.5	6.1±6.8	0.006
BAE	6.6±10.2	14.4±11.9 ^{b,c}	9.7±9.8	5.5±4.8	0.022
STAI-1	35.8±11.3	45.0±13.3 ^{a,d}	38.2±9.5	33.4±8.6	0.009
STAI-2	37.2±9.8	45.0±10.3	38.6±12.5	39.8±10.1	0.111

KV: Komplikasyon var

KY: Komplikasyon yok

a Kontrol grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$).

b Sadece 3.Gün Komplikasyonu olan grup ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.01$).

c Kontrol grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.01$).

d Sadece 3.Gün Komplikasyonu olan grup ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$).

Birinci Değerlendirmede; çalışma ve kontrol gruplarındaki anneler, anne sütü verip verememelerine göre BDE, BAE, STAI-1 ve STAI-2 ölçek puanları bakımından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p=0.887$, $p=1.000$, $p=0.640$ ve $p=0.317$).

Tablo 11. Birinci Değerlendirmede Bebeklerinde Komplikasyon Olan ve Olmayan Annelerin Ölçek Puanlarının Anne Sütü Verip Verememelerine Göre Değerlendirilmesi

Değişkenler	Çalışma Grubu (n=45)		Kontrol Grubu (n=42)		p
	KV(n=31)		KY (n=42)		
	ASVM (n=20)	ASV (n=11)	ASV (n=14)	ASV (n=42)	
BDE	12.0±10.8	11.4±8.3	13.1±12.0	7.6±6.5	0.224
BAE	14.9±14.1	15.5±13.3	18.6±13.4	13.9±9.6	0.766
STAI-1	42.2±11.4	41.6±13.7	41.1±10.0	38.4±8.5	0.620
STAI-2	44.2±9.9	40.6±9.7	42.5±11.1	43.0±8.0	0.676

KV: Komplikasyon var
KY: Komplikasyon yok

ASV: Anne Sütü Verebilen
ASVM: Anne Sütü Veremeyen

İkinci Değerlendirmede; çalışma ve kontrol gruplarındaki anneler, anne sütü verip verememelerine göre karşılaştırıldığında, BDE ve BAE ortalama ölçek puanları bakımından anne sütü verebilen gruplar ile anne sütü veremeyen grup arasında anlamlı farklılık bulundu ($p=0.015$, $p=0.045$). Söz konusu farkın kaynağı, çalışma grubundaki annelerin BDE ve BAE ortalama ölçek puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmasıdır ($p<0.001$ ve $p=0.047$, $p=0.011$ ve $p=0.043$). Annelerin STAI-1 ortalama ölçek puanları yönünden de istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.019$). Söz konusu farkın kaynağı, çalışma grubundaki anne sütü veremeyen grubun 2. değerlendirme STAI-1 ortalama ölçek puanlarının çalışma ve kontrol grubundaki 1. değerlendirmede komplikasyon saptanan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmasıdır ($p<0.001$ ve $p=0.031$). Gruplarda anne STAI-2 düzeyi yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0.154$).

Tablo 12. İkinci Değerlendirmede Bebeklerinde Komplikasyon Olan ve Olmayan Annelerin Ölçek Puanlarının Anne Sütü Verip Vermemelerine Göre Değerlendirilmesi

Değişkenler	Çalışma Grubu (n=45)				Kontrol Grubu (n=42)	p
	KV ASVM (n=14)	Sadece 1. Değ.'de KV ASV (n=12)	KV ASV (n=5)	KY ASV (n=14)	ASV (n=42)	
BDE	14.4±9.2 ^{a,b}	7.9±11.4	12.8±8.6 ^c	10.5±9.5	6.1±6.8	0.015
BAE	14.6±12.8 ^c	6.6±10.2	14.0±10.5 ^c	9.7±9.8	5.5±4.8	0.045
STAI-1	46.2±14.0 ^{a,d}	35.8±11.3	41.6±11.8	38.2±9.5	33.4±8.6	0.019
STAI-2	46.5±10.6	37.2±9.8	41.0±9.3	38.6±12.5	39.8±10.1	0.154

KV: Komplikasyon var

KY: Komplikasyon yok

Değ: Değerlendirme

a Kontrol grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.001).

b Sadece 3.Gün Komplikasyonu olan grup ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.01).

c Kontrol grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05).

d Sadece 3.Gün Komplikasyonu olan grup ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05).

ASV: Anne Sütü Verebilen

ASVM: Anne Sütü Veremeyen

Çalışma ve kontrol gruplarındaki gelir düzeyi 400 TL'nin altındaki olgularda iki değerlendirme arasında BDE ve BAE ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı değişim saptanmadı (p=0.446 ve p=0.080, p=0.414 ve p=0.109).

Gruplarda gelir düzeyi 400-800 TL arasında olan olgularda BDE ölçek puanlarında anlamlı değişim saptanmazken (p=0.706, p=0.104) BAE ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma bulundu (p=0.031, p<0.001).

Gelir düzeyi 800 TL'den fazla olan çalışma grubundaki olgularda BDE düzeyinde anlamlı değişim saptanmazken (p=0.065), kontrol grubundaki olgularda istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı (p=0.010). BAE ölçek puanlarında ise iki değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı (p=0.003 ve p<0.001).

Tablo 13. BDE ve BAE Puanlarının Aile Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Gruplar	Değişkenler	Gelir Düzeyi	1. Değerlendirme	2. Değerlendirme	P
Çalışma Grubu	BDE	<400 TL	17.9±13.8	15.6±9.9	0.446
		400 – 800 TL	10.9±9.5	11.2±10.7	0.706
		>800 TL	11.4±9.8	9.9±9.2	0.065
	BAE	<400 TL	21.6±13.9	14.6±11.3	0.080
		400 – 800 TL	17.6±12.6	13.8±12.2	0.031
		>800 TL	13.5±13.9	7.5±9.6	0.003
Kontrol Grubu	BDE	<400 TL	11.7±11.6	10.3±14.6	0.414
		400 – 800 TL	6.9±5.8	5.8±5.4	0.104
		>800 TL	7.9±6.5	5.7±7.1	0.010
	BAE	<400 TL	18.3±11.0	10.0±8.0	0.109
		400 – 800 TL	12.1±7.4	5.2±3.8	<0.001
		>800 TL	15.2±11.6	5.2±5.2	<0.001

Çalışma grubunda iki değerlendirme arasında BDE ölçek puanlarında çalışan ve çalışmayan annelerde istatistiksel olarak anlamlı değişim saptanmazken ($p=0.216$ ve $p=0.115$). BAE ölçek puanlarında çalışan ve çalışmayan annelerde istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı ($p=0.028$ ve $p<0.001$).

Kontrol grubundaki çalışan annelerde iki değerlendirme arasında BDE ve BAE ölçek puanlarında değişim saptanmazken ($p=1.000$ ve $p<0.042$), çalışmayan annelerde ise iki değerlendirme arasında BDE ve BAE ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı ($p=0.003$ ve $p<0.001$).

Tablo 14. Annenin Çalışma Durumu ile BDE ve BAE Arasındaki İlişki Düzeyleri

Gruplar	Değişkenler	Çalışma Durumu	1. Değerlendirme	2. Değerlendirme	P
Çalışma Grubu	BDE	Çalışıyor	11.8±5.7	8.2±6.1	0.115
		Çalışmıyor	12.3±11.0	11.7±10.3	0.216
	BAE	Çalışıyor	10.8±8.3	3.0±2.5	0.028
		Çalışmıyor	17.0±14.0	12.1±11.4	<0.001
Kontrol Grubu	BDE	Çalışıyor	3.2±3.4	3.2±3.6	1.000
		Çalışmıyor	8.2±6.6	6.5±7.1	0.003
	BAE	Çalışıyor	8.4±7.1	3.4±2.2	0.042
		Çalışmıyor	14.6±9.7	5.8±5.0	<0.001

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda düşük doğum ağırlıklı preterm bebek anneleri ile normal doğum ağırlıklı term bebek anneleri depresyon ve anksiyete düzeyleri bakımından karşılaştırılmıştır. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Ünitesinde bulunan 45 preterm bebek ile 42 term bebek annesi çalışmaya katılmıştır. Araştırmamızda çalışma grubu içerisinde yer alan 45 düşük doğum ağırlıklı preterm bebekten 14 tanesinde hiçbir komplikasyon gelişmediği için doğdukları andan itibaren annelerinin yanında kalmışlar, diğer 31 bebek doğdukları andan itibaren komplikasyon gelişmesi sonucu yenidoğan yoğun bakım servisinde tedavi altına alınmışlardır. Çalışmaya alınan anneler yaş ortalamaları bakımından benzer tutulmuştur ($p=0.900$).

Araştırmamızda çalışma ve kontrol gruplarının sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik etmenler açısından benzer özelliklere sahip olduğu tespit edilerek iki grubun benzer oldukları görülmüştür. Elde edilen bu sonuçla; çalışmada incelenen değişkenlerin değerlendirilme ve grupların karşılaştırılma gücünün arttığı söylenebilmektedir.

Gebelik kadın hayatında önemli biyolojik ve ruhsal-toplumsal değişimlerin yaşandığı, kaygı ve zorlanma oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir (91). Doğum ile birlikte kadının hayatında başlayan yeni dönem gerek psikolojik gerekse fizyolojik açıdan birçok riski beraberinde getirmektedir. Bu dönemde yaşanan annelik hüznü DSD gelişiminde önemli bir risk etmenidir. Annelik hüznü doğum sonu ilk 10 günde, kadınların yaklaşık %50-80'inde yaşandığı bilinmektedir. Bu durum doğumdan sonraki ilk üç-beş günde çok yoğun olarak yaşanmakta ve genellikle 10. günden itibaren gerilemektedir (92).

Araştırmamızda uyguladığımız BDE, BAE, STAI-1 ve STAI-2 testlerinin doğum sonrası 3. ve 15. günlerde yapılan uygulamalar sonunda elde edilen verilerde, öncelikle kontrol grubunda yer alan term bebek annelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı bir düşüş olduğunu görüyoruz ($p=0.003$, $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p<0.001$). Görüldüğü gibi daha önce de değindiğimiz üzere uygulamalarımızın yapıldığı 3. gün

annelik hüznünün en yoğun yaşandığı, 15. gün ise yavaş yavaş gerilemeye başladığı dönemdir. Elde edilen bu sonuç annelik hüznü ve doğum sonrası dönemde yaşanan psikolojik değişimi gösteren verilerle benzer bir gidiş göstermektedir (39, 40).

Araştırmamızda çalışma grubunda yer alan düşük doğum ağırlıklı preterm bebek annelerinde depresyon ve kaygı düzeylerinde değişim görülmemiştir ($p=0.075$, $p=0.109$ ve $p=0.055$). Aynı şekilde annelerin depresyon seviyelerinin ölçmek amacıyla kullandığımız BDE sonuçlarına baktığımızda çalışma grubunun kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek depresyon seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir ($p=0.037$ ve $p=0.014$). Bu grupta yer alan annelerin bebeklerinin prematüre olmaları ve yaşamlarının risk altında olması, komplikasyon gelişen bebeklerin yoğun bakımda olması ve annelerin bebeklerini görememeleri gibi etmenler annelerin ruhsal durumlarını etkilemekte ve DSD gelişimine zemin hazırlayabilmektedir.

Çalışma ve kontrol grupları arasındaki depresyon görülme sıklıklarına baktığımızda ilk değerlendirmenin yapıldığı 3. günde annelerde depresyon görülme sıklığı, çalışma grubu için %9.5, kontrol grubu için %24.4 olarak tespit edilmiştir. Fakat gruplarda doğum sonrası 3. ve 15. gün arasında depresyon görülme sıklığını incelediğimizde çalışma grubunda yer alan olgularda depresyon görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunarak dikkat çekmektedir ($p=0.039$). Bu grupta yer alan DDAB annelerinin, bütün annelerin yaşadığı doğum sonrası fizyolojik ve psikolojik zorlanmalara ek olarak; erken doğum, bebeğin doğum ağırlığı, preterm bebeklerde gelişebilecek sağlık sorunları, uzun hastane yatışları, bebeği görememe gibi değişkenler nedeniyle daha yoğun hissedilen doğum sonrası annelik hüznü semptomlarının bu sonucun elde edilmesinde etki ettiği düşünülmektedir. Psikiyatri yazını incelendiğinde, DSD'nin başlama dönemi olarak doğum sonrası 8-10. haftalar verilmektedir. Bu yüzden çalışma grubundaki anneler her ne kadar annelik hüznünün etkisinde olsalar dahi, bu gruptaki annelerin term bebeklerin yer aldığı kontrol grubundaki annelere kıyasla DSD için daha yüksek risk taşıdıkları gözden kaçırılmamalıdır.

Tıbbi yazın incelendiğinde düşük doğum ağırlıklı preterm bebek annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda özellikle prematüre doğum yapan annelerin daha yüksek düzeyde ruhsal-toplumsal zorlanma yaşadıkları vurgulanmaktadır (1, 3). Psikolojik açıdan erken doğuma hazır olmayan anne ve ailenin diğer üyelerinin bebeğin doğumu ile birlikte yüksek oranda zorlanma yaşadıkları; özellikle annenin korku ve anksiyetesinin yüksek düzeyde olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (10). Araştırmamızda çalışma grubundaki olguların

anksiyete seviyesinde bu verilerle örtüşmeyecek şekilde anlamlı bir azalma tespit edilmiştir ($p<0.001$). Bu sonuç değerlendirilirken doğum sonrası dönemde annelerin psikolojik değişimlerin yanısıra fiziksel değişimler de yaşadıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Gebelikte ve doğum eyleminde enerji ihtiyacının ve fiziksel yorgunluğun artması, yumuşak doku travması, artan kan kaybına bağlı etkiler, epizyo bölgesinde ağrı, enfeksiyon belirti ve bulguları, süt kanallarında tıkanıklık, idrar yolu enfeksiyonu belirtileri, vajinal enfeksiyon belirti ve bulguları, yorgunluk, uykusuzluk bunlardan en önemlileridir (30). Annelerin anksiyete düzeylerini ölçmek için kullandığımız BAE'nin maddeleri incelendiğinde, somatik etkilerinin ölçüldüğü maddelerin çoğunlukta olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışma grubunda yer alan annelerin ilk uygulamada BAE'yi yanıtlarken, yaşadıkları erken ve zor doğum sonucu vücutlarında hissettikleri gerek fizyolojik gerekse psikolojik yakınmaları değerlendirerek işaretleme yaptıkları düşünülmektedir. İkinci uygulamada doğumun sonunda hissedilen rahatsızlıklarda meydana gelen düzelmelerden ve mevcut duruma uyum sağlamalarından dolayı sonuç, anksiyete seviyelerinde azalma olarak değerlendirmeye yansıdığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda çalışma ve kontrol gruplarındaki annelerin iki değerlendirme arasında BDE, BAE ve STAI ortalama ölçek puanları değişim miktarları açısından bakıldığında; iki grup arasında BDE ve STAI-2 durumlarında meydana gelen değişim miktarı benzer bulunmuştur ($p=0.675$, $p=0.389$). Daha önceki verilerde de görüldüğü üzere depresyon belirtilerine çok benzer belirtilere sahip annelik hüznü her iki gruptaki anneleri de etkileyerek sonuca yansımıştır. İki grubun kıyaslanması sonucu elde ettiğimiz bu verilerin de annelik hüznü yaşanma süreci ve gerilemeye başladığı dönemle ilgili önceki verileri desteklediği görülmektedir. BAE ve STAI-1 seviyelerinde ise çalışma grubunda kontrol grubuna kıyasla daha yavaş bir azalma göstermiştir ($p=0.040$ ve $p=0.006$). Yapılan araştırmalar, çocuğun bakımından birebir sorumlu olan anne için çocuğun hastaneye yatırılması tehlikeli bir durum olarak görüldüğünü ve duruma bağlı bir kaygı oluşturduğunu, ebeveynlerde gözlenen kaygının; çocuğun iyileşmesine ilişkin endişelerinin olması, hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları korkutucu araçlarla karşılaşmaları, çocuğun bakımında sağlık ekibi üyelerine göre kendilerini daha önemsiz hissetmeleri, çocuğun hastalığı nedeniyle suçluluk duymaları, evdeki diğer aile üyeleri için endişe etmeleri, mali endişeler gibi nedenlerden kaynaklandığı göstermektedir (60, 93). DDAB' in annesi de bebeğin yoğun bakım servisinde yatmasından dolayı kaygı yaşamaktadır. Yaşanan belirsizlik kaygı seviyesini arttırmaktadır. Aynı zamanda bebeğine bakım vermesi beklenen annenin rolünün değişmesi, sorumluluğun sağlık ekibine geçmesi annede

zorlanma ve kaygıya neden olan bir durumdur. Ayrıca yeni doğan yoğun bakımı bebeğin hayatta kalması ve sakatlığı ile ilgili endişeler nedeni ile de korkutucu olabilmektedir. DDAB annesi olarak yaşanan bu gibi etmenlere bağlı olarak kaygı seviyelerinin term bebek annelerine göre daha yavaş azalması olağan karşılanmaktadır.

Çalışma grubunda yer alan annelerin bebek doğum ağırlıkları ve gestasyon haftasının etkisini incelediğimizde doğum ağırlığı 1500- 2500 gr arasında ve 32- 36. haftalar arasında doğum yapan annelerin depresyon ve anksiyete seviyelerinde azalma tespit edilmiştir ($p=0.043$, $p<0.001$ ve $p=0.026$ ve $p<0.001$). Term bebeklerin fiziksel özelliklerine yakın olan bu grup preterm bebeklerde, doğum kilosunun ve gestasyon haftasının artması sağlıklı yaşam şansının artmasını sağlayarak annenin de psikolojik iyilik düzeyini olumlu etkilediği görülmektedir. Böylelikle sonuçların term bebek annelerinin depresyon ve anksiyete puanlarına benzer şekilde azalma gösterdiği gözlemlenmiştir.

Araştırmamızda çalışma grubunda yer alan annelerin, bebeklerinde komplikasyon gelişme durumuna bağlı olarak yoğun bakıma alınması bir değişken olarak incelenmiştir. Doğumdan sonra 3. günde yapılan ilk değerlendirmede kontrol grubu ($n=42$) ve çalışma grubunda yer alan bebeği yanında olan ($n=14$) ile komplikasyon gelişerek yoğun bakıma alınan annelerin ($n=31$) aralarındaki depresyon ve anksiyete seviyeleri bakımından anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0.113$, $p=0.565$, $p=0.460$ ve $p=0.917$). Doğumdan sonraki 15. günde yapılan ikinci değerlendirmede ise komplikasyonu devam ederek yoğun bakımda bulunan bebek anneleri ile bebeği yanında olan anneleri karşılaştırdığımızda, bebeği yoğun bakımda olan annelerin depresyon, anksiyete ve durumluk kaygı düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$ ve $p=0.006$, $p=0.003$ ve $p=0.005$, $p<0.001$ ve $p=0.031$). Anne için doğumun 15. günü olmasına rağmen bebeğin sağlığı ile ilgili sorunların devam etmesi ve bebeğini görememesi oldukça sıkıntı yaratan bir durumdur. Uzun hastane yatışları ve geleceğe yönelik belirsizlik ebeveynlerin gerginliklerini arttırmaktadır. Ayrıca bebeğin yaşadığı bu sıkıntıların onun gelişimine olan olumsuz etkisi ve gelecekte oluşabilecek gelişimsel geriliklere zemin hazırlayabileceği bilinmektedir. Yaşanan bu olumsuzluklar annenin normal hayatına dönmesini engellemekte ve gerilimini arttırmaktadır. Elde edilen bu sonuçla preterm bebek anneleri için doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası ortaya çıkabilecek diğer ruhsal bozuklukların görülme riskinin artabileceğinden söz etmek mümkündür.

Araştırmamızda anne ile bebek arasındaki psikolojik ilişkiyi düzenleyerek doğum sonrası görülen gerek fizyolojik gerekse ruhsal sorunların atlatılmasına yardımcı olan emzirme ve anne sütü verme değişkenleri annelerin depresyon ve anksiyete seviyelerine

etkisi yönünden incelenmiştir (94). Çalışma grubu içerisinde yer alan ve komplikasyon geliştiği için yeni doğan yoğun bakım servisinde bulunan bebeklerden (n=31) ancak bir kısmı (n=11) anne sütü ile beslenebilmektedir. Anne sütü ile beslenen bebeklerin büyük kısmı (n=7) anne sütü sağılarak görevliler yardımıyla, geri kalan (n=4) küçük bir kısım ise anne tarafından emzirilerek beslenebilmektedir. Bu bağlamda anne sütü verebilen ve veremeyen annelerden oluşan grupları doğum sonrası 3. gün yapılan ilk değerlendirmede BDE ve BAE ortalama ölçek puanları açısından karşılaştırdığımızda anlamlı bir fark göremiyoruz ($p=0.887$, $p=1.000$, $p=0.640$ ve $p=0.317$). Öncelikle anne sütü ile beslenme ve emzirme değişkenlerini incelediğimiz grup, çalışma grubu içerisinde oldukça küçük bir kısmı (n=11) oluşturmaktadır. Ayrıca ilk değerlendirmenin henüz doğumun 3. günü yapılıyor olması nedeniyle, anneler doğumun etkilerini hissetmeye devam etmektedirler. Henüz anne olma ve bebeğini emzirme ile ilgili sıkıntılar yaşayabilmektedirler. Bu sıkıntılar sebebiyetiyle ilk değerlendirmede anlamlı bir fark çıkmaması olağan karşılanabilmektedir.

Doğumdan sonraki ikinci değerlendirmede yoğun bakım servisinde tedavi görmeye devam eden bebeklerden anne sütü alamayan grubun depresyon, anksiyete ve kaygı seviyelerinde anne sütü ile beslenen bebek annelerine oranla anlamlı fark görülmüştür ($p<0.001$ ve $p=0.047$, $p=0.011$ ve $p=0.043$ ve $p<0.001$ ve $p=0.031$). Uygulamanın 1. değerlendirmesinde dikkat çekmeyen bu fark 2. değerlendirmede belirginleşmiştir. Yapılan araştırmalarda doğum sonrası dönemdeki gerek fizyolojik gerekse ruhsal sorunlarının atlatılmasında emzirmenin yardımcı olduğu ve bebeğine sütünü sağarak gönderen annenin, bebeği kabullenme sorunlarının daha az ve hafif görüleceği bildirilmektedir (8, 16). Annenin yoğun bakım servisinin koşulları sebebiyle bebeğini kucağına alamaması ve besleyememesi gibi olumsuz etmenler annenin ruhsal sorunlarının artmasına neden olabilmektedir. Zamanın ilerlemesine bağlı olarak bebeğin sağlığı ile ilgili duyulan kaygıların artmasının bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Annenin duyduğu endişelere ek olarak bebeğini görememesi, bakımını üstlenememesinin sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan annelerimizi sosyo-demografik özelliklerin etkisi açısından değerlendirdiğimizde; gelir, eğitim, meslek gibi etmenler karşımıza çıkmaktadır. Gruplarda annelerin depresyon ve anksiyete puanlarını ailenin gelir düzeyiyle karşılaştırdığımızda, her iki grup için de 400-800 TL arasında geliri olan 2. grupta anksiyete seviyelerinde azalma ($p=0.031$ ve $p<0.001$); 800 TL ve üzeri geliri olanları kapsayan 3. grupta ise çalışma grubu için anksiyete seviyelerinde, kontrol grubu için hem

depresyon hem anksiyete seviyelerinde azalma dikkat çekmektedir ($p=0.003$ ve $p=0.010$, $p<0.001$). Ailenin gelir düzeyi anne kadar bebeğin gelişimi için önemli bir etmendir. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki özellikle preterm bebekler term bebeklere kıyasla dış dünyadan daha fazla etkilenmektedir. Preterm bebeklerin hastaneden taburcu olduktan sonra da devam eden bakımları, tedavileri, özel gıda takviyeleri, beslenme sorunları gibi etmenler aile için ciddi maddi yük getirmektedir. Bu noktadan bakıldığında gelir seviyesi yükseldikçe anksiyete seviyesinde her iki grup için görülen azalmada, bebeğin bakımı ile ilgili endişelere ekonomik sıkıntıların eşlik etmemesinin etkili olabileceğini düşünebiliriz. Ayrıca gelir seviyesinin en yüksek olduğu 3. grupta hem depresyon ve anksiyete seviyelerinin düşmesi de aynı değerlendirmeyi destekler düzeydedir.

Annenin çalışma durumu da sosyo-demografik özellikler açısından etkili olabilecek diğer etmenlerden biridir. Annenin çalışıyor olması çalışma grubu için depresyon ve anksiyete seviyeleri bakımından etkili olmamakla birlikte ($p=0.216$ ve $p=0.115$), kontrol grubu içerisinde ise çalışmayan annelerde depresyon ve anksiyete seviyelerinde azalma görülmüştür ($p=0.003$ ve $p<0.001$). Kadınların çalışma durumu ile depresyon belirtileri varlığı arasındaki ilişkiyi vurgulayan bir çalışmada, özellikle ekonomik nedenlerden dolayı iş yaşamına doğumdan sonra daha erken dönen kadınlarda daha fazla depresyon görüldüğü bildirilmiştir (95). Annenin çalışıyor olması beraberinde bebekten ayrı kalma, bebeğin bakımından uzaklaşma, çalıştığı süre zarfında bebeğe bakacak doğru kişiyi bulma gibi problemleri beraberinde getirebilmektedir. Dolayısıyla anne için sıkıntı yaratan bu durum ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Araştırmamızın geneli incelendiğinde bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmada olguların tek bir merkezden, belirli bir zaman dilimi içerisinde alınmış küçük bir grup olması konu ile ilgili genelleme yapılmasını güçleştirmektedir. Ayrıca araştırmanın klinik bir çalışma olmaması nedeniyle; klinik görüşme ve ölçeklere yer verilmemiş, araştırmacı tarafından uygulanabilir olması açısından kendini bildirim ölçekleri tercih edilmiştir.

Sonuç olarak tüm kısıtlılıklarına rağmen, çalışmamız kontrol grubunun bulunması ve bulguları açısından bu alanda yapılacak ileriki çalışmalara ışık tutacağı inancındayız. Benzer gruplarla farklı değişkenleri inceleyen ve toplum içine yayılmış çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamızda incelenen değişkenler açısından literatüre uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Kadın hayatında doğum önemli bir dönüm noktasıdır. Doğum sonrası dönem anne için gerek psikolojik gerekse fizyolojik olarak değişimin en yoğun yaşandığı dönemdir. Bu hızlı değişime ayak uydurmak ve yeni döneme uyum sağlamak için anne doğumun ilk gününden itibaren mücadele etmeye başlar. Bu süreçte beklenmeyen erken doğumlar ve preterm bebekler annenin yeni hayatına uyum sağlayabilmek için verdiği mücadeleyi zorlaştırır.

Son yıllarda teknolojik ve tıbbi alandaki gelişmeler preterm bebeklerin sağ kalım oranlarını artırmıştır. Fakat bebeklerin uzun hastane yatışları ve taburcu olduktan sonra yaşanan sıkıntılar başta anne olmak üzere bütün aile bireyleri için zorlayıcı olmakta ve kaygı yaratmaktadır. Her annenin doğum sonrası yaşadığı bunaltı preterm bebeklerin annelerinde daha yoğun yaşanabilmektedir.

Yaptığımız bu çalışmanın amacı; düşük doğum ağırlıklı preterm bebeği olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerini term bebek annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri bakımından karşılaştırmak ve annenin yaşadığı depresyon ve anksiyeteye etki eden değişkenleri incelemektir.

Elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

1. İki grup arasında sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırma yapılmış, istatistiksel olarak yaş, meslek, öğrenim düzeyleri, ekonomik durum, yaşanan yer ve ailesel özellikler açısından anlamlı fark bulunmamıştır.
2. Çalışma grubundaki annelerde BDE ve STAI ölçek puanlarında azalma görülmemiş; BAE ölçek puanlarında azalma görülmüştür. Kontrol grubundaki annelerde ise iki değerlendirme arasında BDE, BAE ve STAI ölçek puanlarında azalma saptanmıştır.
3. Gruplarda ilk değerlendirmede depresyon görülme sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, ikinci değerlendirmede düşük doğum ağırlıklı preterm

- bebek annelerinin depresyon görülme sıklığı term bebek annelerine göre daha yüksek bulunmuştur.
4. Gruplarda iki değerlendirme arasında BDE ve STAI-2 değişim miktarları benzer bulunmuştur. STAI-1 ve BAE değişim miktarlarının çalışma grubunda daha düşük olduğu görülmüştür.
 5. Çalışma grubunda yer alan annelerden bebeği 2500-1500 gr arasında olanların depresyon ve anksiyete seviyelerinde anlamlı azalma tespit edilmiş; 1500 gr altındaki bebek annelerinde değişim saptanmamıştır.
 6. Çalışma grubunda yer alan annelerden 32-36. haftalar arasında doğum yapanlarda depresyon ve anksiyete seviyelerinde azalma görülürken, 32. haftadan önce doğum yapan annelerde değişim görülmemiştir.
 7. Komplikasyon gelişerek yoğun bakıma alınan DDAB anneleri ile komplikasyon gelişmeyen bebek anneleri arasında yapılan ilk değerlendirmede depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından fark görülmezken, ikinci değerlendirmede bebeği yoğun bakımda bulunan annelerin depresyon, anksiyete ve durumluk kaygı düzeyleri bebeği yoğun bakımda bulunmayan annelere göre daha yüksek bulunmuştur.
 8. Komplikasyon gelişerek yoğun bakıma alınan DDAB anneleri ile komplikasyon gelişmeyen bebek anneleri arasında anne sütü alarak beslenen ve beslenmeyen bebek annelerinin depresyon ve anksiyete seviyeleri arasında yapılan ilk değerlendirmede fark görülmezken, ikinci değerlendirmede anne sütü veremeyen annelerin depresyon, anksiyete ve durumluk kaygı seviyeleri anne sütü verebilen annelerden yüksek bulunmuştur.
 9. Her iki grup için de gelir düzeyinin annenin depresyon ve anksiyete seviyesine etkisine baktığımızda, 400 TL.'nin altında geliri olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri değişmezken, 400 TL.'nin üstünde geliri olan ailelerde anksiyete seviyelerinde azalma görülmüştür.
 10. Annenin çalışıyor olmasının depresyon ve anksiyete seviyesine etkisine baktığımızda kontrol grubunda yer alan annelerde çalışan annelerin anksiyete düzeylerinin düştüğü, çalışmayan annelerin hem anksiyete hem depresyon düzeylerinin düştüğü görülmüştür. Çalışma grubundaki annelerde çalışıyor olmanın BDE ölçek puanları açısından incelendiğinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak bu çalışma ile düşük doğum ağırlığına sahip preterm bebek annelerinin doğumdan sonraki ilk günlerden itibaren term bebek annelerine göre daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeylerine sahip olduklarını görülmektedir. Ayrıca term bebek annelerinin yeni hayatlarına daha rahat uyum sağlayarak depresyon ve anksiyete seviyelerinde daha hızlı bir düşüş yaşadıkları dikkat çekmektedir. Preterm bebek annelerinin doğumdan sonraki günlerde anksiyete seviyeleri düşmeye başlarken, depresyon seviyeleri daha yüksek kalmıştır. Bebekte komplikasyon gelişerek yoğun bakımda kalması, bebekleri görememeleri ve temasta bulunamamaları, bebeğin bakımını üstlenememesi gibi etmenler bu durumun gelişmesinde etkili olabilmektedir. Elde edilen bu sonuçlara klinik bakış açısıyla bakıldığında, preterm bebek annelerinin doğum sonrası depresyon yaşama riskinin term bebek annelerine göre daha yüksek olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Hem bebeğin hem annenin hazır olmadığı erken doğumlar sonucu annelerin yaşadığı depresyon ve anksiyete anlaşılabilir bir durumdur. Doğumdan itibaren her türlü gelişimsel riskleri taşıyan bebekler ve annelerinin desteklenmesi, bebeğin ve annenin sağlığına kavuşması ve ailenin uyumu için büyük önem taşımaktadır. Günümüzde ebeveynlerin gerilimlerine verilen önem artmaktadır. Çünkü sağlıklı toplum için yetiştirilen bireylerin, anne-babalarının ruh sağlıkları da büyük önem taşımaktadır. Özellikle Türk toplumunda annelerin bebek bakımlarında ön planda rol aldıkları göz önünde bulundurulursa, annelerin yaşadığı zorlanma ve bunaltıları atlatabilmeleri için ruhsal-toplumsal destek çalışmaları önem kazanmaktadır.

7. ÖZET

Amaç: Doğum sonrası dönemde gelişen hızlı değişime ayak uydurmak ve yeni döneme uyum sağlamak için anne, doğumun ilk gününden itibaren mücadele etmeye başlar. Bu süreçte beklenmeyen erken doğumlar ve preterm bebekler annenin yeni hayatına uyum sağlayabilmek için verdiği mücadeleyi zorlaştırır. Her annenin doğum sonrası yaşadığı bunaltı preterm bebeklerin annelerinde daha yoğun yaşanabilmektedir. Bu çalışmanın amacı; düşük doğum ağırlıklı preterm bebeği olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerini term bebek annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri bakımından karşılaştırmak ve annenin yaşadığı depresyon ve anksiyeteye etki eden değişkenleri incelemektir.

Yöntem: Çalışma grubu; Ocak-Haziran 2008 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Yenidoğan Servisi'nde bulunan düşük doğum ağırlıklı preterm bebeği olan ve doğum sırasında hiçbir komplikasyon gelişmeyen 45 anneden, kontrol grubu; aynı serviste term bebeği bulunan ve doğum sırasında hiçbir komplikasyon gelişmeyen 42 anneden oluşmaktadır. Tüm katılımcılara doğumdan sonra 3. ve 15. günlerde yapılan uygulamalarda sırasıyla Sosyo-demografik Veri Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri'nden (STAI) oluşan test bataryası uygulanmıştır. Komplikasyon gelişerek Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi'nde tedavi gören bebekler için Komplikasyon Veri Formu servis hekimleri tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: İki grup arasında sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırma yapılmış; istatistiksel olarak yaş, meslek, öğrenim düzeyleri, ekonomik durum, yaşanan yer ve ailesel özellikler açısından gruplar benzer bulunmuştur. Çalışma grubunun BDE ve BAE ölçek puanları kontrol grubuna kıyasla yüksek bulunmuştur. BDE kesme puanına göre gruplarda depresyon görülme sıklığı çalışma grubundaki annelerde daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda yer alan term bebek annelerinin BDE, BAE ve STAI ölçek puanlarında düşüş görülürken, çalışma grubundaki annelerde BDE ve STAI ölçek puanlarında anlamlı bir azalma görülmemiş; sadece BAE ölçek puanlarında azalma görülmüştür. Gruplarda iki uygulama arasında BDE ve STAI-2 ölçek puanları değişim miktarları benzer bulunmuştur. STAI-1 ve BAE ölçek puanları değişim miktarlarının çalışma grubunda daha düşük olduğu görülmüştür.

Sonuç: Düşük doğum ağırlıklı preterm bebek annelerinin doğumdan sonraki ilk günlerden itibaren term bebek annelerine göre daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeylerine sahip oldukları görülmüştür. Preterm bebek annelerindeki bu sonuçlara gestasyon yaşı, bebek doğum ağırlığı ve gelir gibi değişkenlerin etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

7. SUMMARY

The Comparison of Mothers of Preterm Newborns with Low-Birth Weight and Mothers of Newborns with Normal Birth-Weight in Newborn Unit of KTU Medical Faculty in Term of Depression and Anxiety Levels

Objective: From the first day following delivery, a mother begins to struggle in order to keep in step with this rapid change which occurs in the postpartum period and to accommodate herself to the new period. In this process, unexpected premature deliveries and preterm infants make the mother's struggle to adapt her new life difficult. It is likely for the mothers of preterm infants to experience distress which every mother experience after delivery, more intensively. The objective of this study is to compare the depression and anxiety level of the mothers of low-birth-weight preterm infants with the mothers of term infants and to examine the variables which effect the mothers' depression and anxiety.

Method: Study group consists of 45 mothers who have low-birth-weight infants in the Newborn Unit of the KTU (Blacksea Technical University) Faculty of Medicine between the dates January - June 2008 and who haven't experienced any complications during their delivery and the control group consists of 42 mothers who have term infants in the same unit. On the 3rd and 15th days following delivery, a test battery including sequentially the Socio-demographic Data Form, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI) has been applied to all the participants. For infants, developing complications and medically treated in Newborn Intensive Care Unit, Complication Data forms have been filled out by unit doctors.

Results: The two groups have been compared in terms of socio-demographic features and statistically they have been found out to be similar in terms of age, occupation, education levels and economic conditions, places they live and features regarding family. The BDI and BAI scale points of the study group have been found out to be higher in comparison to the control group. According to the BDI scored points in the groups, the frequency of depression occurrence has been found out to be higher for the mothers of low-birth-weight preterm infants in the study group. While a decrease has been observed the BDI, BAI and STAI scale points of the mothers of term infants in the control group, no significant decrease has been observed in the BDI, BAI and STAI scale points of the mothers in the study group, only a decrease in the BAI scale points has been observed. Between the two applications the BDI and STAI-2 scale points change levels have been found out to be similar in the groups. It has been seen that STAI-1 and BAI scale point change levels of the study group are lower.

Conclusion: It has been seen that beginning from the first day after delivery, mothers of low-birth-weight preterm infants have higher depression and anxiety levels in comparison to the mothers of term infants. It has been determined that variables such as gestation age, infant's birth weight and income have an affect on these results related to the mothers of preterm infants.

9. KAYNAKLAR

1. İşler, A.: Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. Perinatoloji Dergisi, 15 (1): 1-6, 2007.
2. Çelebioğlu, A.: Yenidoğanın hastaneye kabulünde ebeveynlerin duyguları ve hemşirelik yaklaşımı.Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 149: 1-8, 2004.
3. İşler, A., Görak, G.: Prematüre bebeği olan annelerde olumlu anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında hemşirelik yaklaşımının önemi. Çocuk Dergisi, 7 (1): 36-41, 2007.
4. Erdem, G., Erdoğan-Bakar, E., Yiğit, Ş., Turanlı, G.: Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde izlenen prematüre bebeklerin nörogelişimsel izlemi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49: 185-192, 2006.
5. Çağlar, A.: Hastanemizde Doğan Prematüre Bebek Doğum Oranı ve Annelerindeki Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul, 2006.
6. Beydağ. D.K.: Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6): 479-484, 2007.
7. Kerimoğlu, G., Kavuncoğlu, S., Arslan, G., Kocaman, C., Yıldız, H.: Prematüre bebeklerin uzun dönemdeki nöromotor gelişimleri. SSK Tepecik Hastanesi Dergisi, 14 (1): 33-39, 2004.
8. Turan, T.M., Bolışık, B.: Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1): 39-46, 2003.
9. Reyşan, G. : Preterm ve SGA Yenidoğanların Kordon Kanlarında Protrombin Zamanı ve Fibrinojen Düzeylerinin Tayini. Uzmanlık Tezi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2006.
10. Neyzi, O.: Pediatri I, Nobel Tıp Yayınevi, 3. Basım, Ankara, 2002; s.s. 326-7.
11. Arsan, S.: Prematüre bebeğin uzun süreli izlemi, 38. Türk Pediatri Kongresi, Kapadokya, 2003
12. Yurdakök, M., Erdem, G.: Neonatoloji intrauterin büyüme bozuklukları, Türk Neonatoloji Derneği Yayınları, 132-43, 2004.

13. Çiçek, N., Vitrinel, A., Cömert, S., Erdağ, G., Aksoy, F., Akın, Y.: Prematüre bebeklerin izlem sonuçları. *Türk Pediatri Arşivi*, 40: 33-38, 2005.
14. Çay, G.: Prematüre Bebeğe Sahip Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Bilgi Gereksinimleri. Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1989 (Yayınlanmamış).
15. Tommiska, V., Ostberg, M., Fellman, V.: Parental stress in families of 2 years old extremely low birth weight infants. *Pharmaceutical News Index*, 86 (3); 161-164, 2002.
16. Beydağ, K.D.: Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6): 479-484, 2007.
17. Ayvaz, S., Hocoğlu Ç., Tiryaki A., Ak İ.: Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4): 243-251, 2006.
18. Cebeci, A.S., Aydemir, Ç., Göka, E. : Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 10 (1): 11-18, 2002.
19. Gülpek, D., Akbay, Ş., Bayraktar, E.: Gebelikte ve doğum sonrası dönemde panik bozukluğu ve tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15: 84-92, 2005.
20. Kısa, C., Yıldırım, S.G.: Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 4), 2004.
21. Kısa, C., Aydemir, Ç., Kurt, A., Gülen, S., Göka, E.: Doğum ardı psikoz tanısı konulan hastaların uzun süreli izlemi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (3): 223-230, 2007.
22. Sevil, Ü.: Couvade Sendromu. *Aile ve Toplum Dergisi*, 6 (2): 17-20, 2003.
23. Gölbaşı, Z.: Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (2): 15-22, 2003.
24. Llevellyn, AM., Stovve, ZN., Nemeroff, CB.: Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 58 (15): 26-32, 1997.
25. O'Hara, MVV., Zekoski, EM., Philipps, LH.: Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol*, 99 (1): 3-1, 1990.
26. Klein, DF.: Pregnancy and panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 55: 293-294, 1994.
27. Cohen, LS., Sichel, DA., Dimmock, JA., Rosenbaum, JF.: Impact of pregnancy on panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 55: 284-288, 1994.
28. Gereklioğlu, Ç., Poçan, A.G., Başhan, İ.: Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst.*, 17 (2): 126-133, 2007.

29. Kısa, C.: Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 12 (Ek 4), 2004.
30. Baklaya, A.N.: Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6 (2): 42-49, 2002.
31. Kısa, C., Yıldırım, S.G.: Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 12: (Ek 4), 2004.
32. Kırpınar, İ., Ozer, H.: Postpartum psikiyatrik bozukluklar (I). Psycho Med, 1: 55-59, 2004.
33. Deveci, A.: Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri, İstanbul, 2003, s.s.42-46.
34. Bekaroğlu, M.: Acil Psikiyatri, İstanbul, 1996, s.s. 55-62.
35. Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., Kavanagh, D.J.: Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety. J Affect Disord, 74: 139-147, 2003.
36. Dilbaz, N., Enez, A. : Kadın ve Depresyon: Depresyon sonrası görülen duygudurum bozuklukları. Türkiye Klinikleri J Int. Med. Sci., 3 (47): 32-40, 2007.
37. Taşdemir, S., Kaplan, S., Bahar, A.: Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (1):105-113, 2006.
38. Sholomskas, D.E., Wickamaratne, P.J., Dogolo, L.: Postpartum onset of panic disorder: a coincidental event . j Clin Psychiatry, 54: 476-480, 1993.
39. Ersoy, M.: Loğusalık Döneminde Annenin Yaşadığı Duygusal Dalgalanmalar ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2000.
40. Pitt, B., Psych, M.R.C. : Maternity Blues. The British Journal of Psychiatry, 122: 431-433, 1973.
41. Kennedy, P., Beck, C. ve Driscoll, J.: A light in the fog: caring for women with postpartum depression. Journal of Midwifery Women's Health, 47(5): 318-329, 2002.
42. Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N.: Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. Br J Psychiatry Suppl, 46: 31-37, 2004.
43. Sabuncuoğlu, O., Berkem, M.: Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi, 17 (4): 252-258, 2006.
44. Gülseren, L.: Doğum sonu depresyon bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 10 (1): 58-67, 1996.

45. Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., Türeci, F.: Doğum sonrası depresyon. Üsküdar AÇS-AP Eğitim Merkezi Dergisi, 10 (9): 333-334, 2001.
46. Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., Türeci, F.: Doğum sonrası depresyon. STED; 10: 333, 2001.
47. Güleç, C., Köroğlu, E.: Psikiyatri Temel Kitabı, Hekim Yayınlar Birliği, Ankara, 1997.
48. Doğan, O.: Depresyonun epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi, 1: 29-38, 2000.
49. Radke-Yarrow, M.: Children of Depressed Mothers. Cambridge University Pres, United States of America, 1998; pp: 48-59
50. Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdeli, H., Pilowsky, J. D., Grillon, C. ve Bruder, G. : Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. Archives of General Psychiatry, 62 (1): 29-36, 2005.
51. Beardslee, W. R., Versage, E. M. ve Gladstone, T. R. G.: Children of affectively ill parents: a review of the past ten years. Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 37 (11): 1134-1141, 1998.
52. Goodman, S. H. ve Gotlib, I. H.: Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. Psychological Review, 106 (3): 458-490, 1999.
53. Sünter, A.T., Güz, H., Canbaz, S., Dündar, C.: Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. 3 (1): 26-31, 2006.
54. Gökçe, F.S.: Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocukları ve Ailelerine Yönelik "Aileyi Güçlendirici Destek Programı".Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.
55. Yüksel, F.V., Kısa, C., Yalçın, ES., Göka, E.: Postpartum psikoz. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 12(Ek 4), 2004.
56. Oosthuizen, P., Russouw, H., Roberts, M.: Is puerperal psychosis bipolar mood disorder a phenomenological comparison. Compr Psychiatry, 36: 77-81, 1995.
57. Küçükdikencik, B., Kızlkaya, N.: Loğusalık bakım modelleri. Perinatoloji Dergisi, 7
58. (3) : 233-237, 1999.
59. Birol, L. : Hemşirelik Süreci. Bozkaya mat., İzmir, 2000; ss: 58-62.
60. Davis, J.A., Richards, M.P.M., Robertson, NR.: Parent baby attachment in premature infants. ST. Martin's Press., 26-33, 67-84, 1984.
61. Hannon, RP., Willis, SK., Scrimshaw SC.: Persistence of maternal concern surrounding neonatal jaundice. Arch Pediatr Adolesc Med, 155:1357-1363, 2001.

62. McGrath, J. Torres, SC. : Integrating family-centered developmental assesment and intervention into routine care in the neonatal intensive unit.Nursing Clinic of North America, 31 (2): 367-383, 1996.
63. Klaus, M., Kennell, J.: Intervention in the premature nurse: Impact on development.Ped Clin North.Am, 29: 1263-1279, 1990.
64. Özbek, A., Miral, S.: Çocuk ruh sağlığı açısından prematürite. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 46: 317-327, 2003.
65. Gennora, S.: Concerns of mothers of low birth weight infants. Pediatric Nursing, 16 (5): 48-55, 1990.
66. Auslander, G.K., Netzer, D., Arad, I.: Parental anxiety following discharge from hospital of their very low birth weight infants. Family Relations, 52 (1): 12–21, 2003.
67. Singer, L.T., 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, 281(9) : 799-805, 1999.
68. Preyde, M., Ardal, F.: Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants.Canadian Medical Association. Journal, 168 (8): 969-973, 2003.
69. Seideman, RY.: Parent stress and coping in NICU and PICU. J Pediatr Nurs,12 (3):169-75, 1997.
70. Jeffocate, J.A., Humprey, M.E., Lloyd, J.K.: Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery. Dev Med Child Neurol, 21: 344-352, 1999.
71. Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Lqdorff, K., Witthaut, J.: Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. journal of psychosomatic research, 57: 473-476, 2004.
72. Pelchat, D., Ricard, N., Bouchardy, J.M., Perreault, M., Saucier, J.F: Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability. child: Care, Health and Development, 25 (4): 377-397, 1999.
73. Oberklaid, F., Sewell, J., Sanson, A., Prior, M.: Temperament and behavior of preterm infants: A six-year follow-up. Pediatrics, 87: 854-861, 1991.
74. Resnick, M.B., Roth, J., Ariet, M., Carter, R.L., Emerson, J.C., Hendrickson, J.M., Packer, A.B., Larsen, J.J., Wolking, W.D., Lucas, M., Schenck, B.J., Fearnside, B., Bucciarelli, R.L.: Educational outcome of neonatal intensive care graduates. Pediatrics, 89: 373-378, 1992.
75. Wittenberg, JV.: Psychiatric considerations in premature birth. Can J Psychiatry, 35: 734-740, 1990.
76. Grant, U.P.: Dünya Çocuklarının durumu, Unicef, 1991.

77. Yörükoğlu, A., Akşit, A., Yalcın, K., Aras, E. : Yuva çocuklarında ruh ve beden gelişmesinin özellikleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 11: 70, 1986.
78. DeWitt, S.J., Sparks, J.W., Swank, P.B., Smith, K., Denson, S.E., Landry, S.H.: Physical growth of low birthweight infants in the first year of life: impact of maternal behaviors. Early Human Development, 47 (1):19-34 (16), 1997.
79. Yeşinel, S.: Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Riskli Prematürelerin Somatik Gelişimlerine Etki Eden Faktörler. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2006.
80. Yavuzer, H.: Anne Baba Çocuk. Evrim matbaası, İstanbul, 1986; ss: 25-45.
81. Göçer, C.: Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Riskli Pretermilerin Nörogelişimsel Sorunları ve Nörolojik Morbiditeye Etki Eden Faktörlerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. 2006.
82. Vohr, R.B., Oh, W.: Growth and development in preterm infants small for gestational age. J. Pediatrics, 103: 941-945, 1983.
83. Teranishi, H., Nakagawa, H., Marmot, M.: Social class difference in catch up growth in a national British cohort, Arch Dis Child, 84 (3): 218- 21, 2001.
84. McCormick, M.C., Gun, J.B., Buka, S.L., Goldman, J., Yu, J.J., Salganik, M.: Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the infant Health and Development Program. Pediatrics, 117: 771-780, 2006.
85. Richmond, J.: Enhancing the outcomes of low-birth-weight, premature infants. A multisite, randomized trial. The Infant Health and Development Program. JAMA, 263: 3035-3042, 1990.
86. Klaus, M., Kennel, J.H.: Mothers separated from their newborn infants. Ped Clin North. Am, 7: 1015-1037, 1990.
87. Strathearn, L., Gray, P.H., O'Callaghan, M.J., Wood, D.O.: Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: a prospective study. Pediatrics, 108; 142-151, 2001.
88. Öner, N.: Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler. İkinci Basım. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1997, s.365.
89. Şahin, N.H.: Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. (Edit.: Savaşır I., Şahin N.H.). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997.
90. Karaçam, Z., Kitiş, Y.: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 18 (3): 1-13, 2007.
91. Öner, N., LeCompte, A.: Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. İkinci Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1998.

92. Virit, O., Akbaş, E., Savaş, H.A., Sertbaş, G., Kandemir, H.: Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 9-13, 2008.
93. Karaçam, Z., Öz, F., Taşkın, L.: Postpartum depresyon: Önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14 (3): 14-24, 2004.
94. Miles, MS., Carlson, J., Brunssen, S.; Nurse parent support tool. *Journal of Pediatric Nursing*, 14 (1):44-50, 2001.
95. Küçüköskan, T.: Bebekleri 0-2 Yaş Arasında Olan Bir Grup Annenin Emzirmeye İlişkin İnanç ve Tutumları. Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2006.
96. Aydemir, N.: BEAH Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Depresyon Taraması ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2007.

EKLER

Ek 1: Araştırmaya Katılacak Çalışma Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Doğum sonrası annelerin yaşadığı depresyon ve anksiyete düzeylerini incelemeye yönelik yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “KTÜ Tıp Fakültesi Yenidoğan Ünitesi’nde düşük doğum ağırlıklı preterm bebek annelerinin normal doğum ağırlıklı term bebek anneleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri bakımından karşılaştırılması.”dır. Araştırmaya katılacak çalışma grubu, preterm bebeği olan (Gebeliğin 37. haftasından önce 2500 gramın altında doğan bebekler) annelerden seçilecektir. Amacımız bu dönemde yeni doğum yapmış annelerin yaşadığı stresi inceleyerek; elde edilen veriler ışığında, bu alandaki çalışmaların gelişmesine katkı sağlayabilmektir.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Bu araştırmada size araştırmanın amacıyla ilişkili olan bir takım veri toplama formları, bazı psikolojik kağıt kalem testleri uygulanacaktır.

Sizden aldığımız bilgiler gerekli durumlarda kimliğiniz belirtilmeden tıp ve psikoloji öğrencilerinin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle doğabilecek tüm masraflar tarafımızdan karşılanacaktır.

Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya yol açmayacaktır. Araştırmacı, bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili o aşamaya kadar elde edilen veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere veri analizi yapıldıktan sonra ulaşabilirsiniz Araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek 2: Araştırmaya Katılacak Kontrol Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Doğum sonrası annelerin yaşadığı depresyon ve anksiyete düzeylerini incelemeye yönelik yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi, “KTÜ Tıp Fakültesi Yenidoğan Ünitesi’nde düşük doğum ağırlıklı preterm bebek annelerinin normal doğum ağırlıklı term bebek anneleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri bakımından karşılaştırılması.”dır. Araştırmaya katılacak kontrol grubu, normal bebeği olan (Gebeliğin 37. haftasından sonra 2500 gramın üstünde doğan bebekler) annelerden seçilecektir. Amacımız bu dönemde yeni doğum yapmış annelerin yaşadığı stresi inceleyerek; elde edilen veriler ışığında, bu alandaki çalışmaların gelişmesine katkı sağlayabilmektir.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Bu araştırmada size araştırmanın amacıyla ilişkili olan bir takım veri toplama formları, bazı psikolojik kağıt kalem testleri uygulanacaktır.

Sizden aldığımız bilgiler gerekli durumlarda kimliğiniz belirtilmeden tıp ve psikoloji öğrencilerinin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle doğabilecek tüm masraflar tarafımızdan karşılanacaktır.

Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya yol açmayacaktır. Araştırmacı, bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili o aşamaya kadar elde edilen veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere veri analizi yapıldıktan sonra ulaşabilirsiniz Araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek 3: Sosyo-Demografik Veri Formu

KATILIMCININ;

1-Adı- Soyadı:

2-Doğum Tarihi- Yeri

3-Adresi:

4-Telefonu:

ANNENİN DOĞUM ÖYKÜSÜ:

1-Bebeğin Doğum Ağırlığı :

2-Gestasyon Yaşı :

3-Cinsiyet :

4-Doğum Yeri:

5-Annenin Gebelik Sayısı :

6-Annenin Prematüre Doğum Öyküsü :

7-Annenin Düşük, Ölü Doğum Öyküsü :

AİLENİN SOSYO-EKONOMİK DURUMU :

1-Yerleşim yeri:

a- Şehir merkezi b- İlçe c- Köy

2-Anne mesleği:

a- Ev kadını b- Öğrenci c- Çiftçi d- Memur e- Sağlık Personel f- İşçi g- Diğer

3-Baba mesleği:

a- İşsiz b- Öğrenci c- Çiftçi d- Memur e- Sağlık Personeli f- İşçi g- Diğ

4-Anne eğitimi:

a- Okur yazar değil b- Okur yazar c- İlkokul d- Orta eğitim e- Yüksek

5-Baba eğitimi:

a- Okur yazar değil b- Okur yazar c- İlkokul d- Orta eğitim e- Yüksek

6-Ailenin toplam aylık geliri ne kadar?

a- 400 YTL 'den az b- 400-800 YTL arası c- 800 YTL 'den fazla

7-Ev kendinize mi ait?

a- Evet b- Hayır

8-Evin tipi:

a- Gece kondu b- Apartman dairesi c- Tek katlı, müstakil d- Köy evi

8-Eviniz kaç odalı (mutfak ve banyo hariç):

9-Evde toplam kaç kişi yaşıyor? Aile dışında kimler(anne, baba, vb.) ikamet ediyor?

10-Ailede kaç kişi çalışıyor?

Ek 4: Beck Depresyon Envanteri

Yönerge: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesinin belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyan hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim.
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için sinirli ve tedirginim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı ilgim hiç kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve çabuk kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.

Ek 4'ün devamı

14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
 b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmiş gibi düşünüyorum, üzülüyorum.
 c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
 d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
 c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
 d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
 b) Şimdilerde eskisi kadar rahat ve kolay uyuyamıyorum.
 c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
 d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve bir daha uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
 b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
 c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
 d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar kolay yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
 b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
 c) Şimdilerde iştahım pek kötü.
 d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
 b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
 c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
 d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
 b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
 c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmüyorum.
 d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünmüyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
 b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
 c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
 d) Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek 5: Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

0. Hiç
1. Hafif derecede
2. Orta derecede
3. Ciddi derecede

	Sizi ne kadar rahatsız etti?			
	Hiç			Ciddi derecede
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3
2. Sıcak/ateş basmaları	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik titreme	0	1	2	3
4. Gevşeyememe	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
6. Baş dönmesi ve sersemlik	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı	0	1	2	3
8. Dengeyi kaybetme korkusu	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma	0	1	2	3
10. Sinirlilik	0	1	2	3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	0	1	2	3
12. Ellerde titreme	0	1	2	3
13. Titreklik	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	0	1	2	3
19. Baygınlık	0	1	2	3
20. Yüzün kızarması	0	1	2	3
21. Terleme (sıcağa dayalı olmayan)	0	1	2	3

Ek 6: STAI FORM TX-1

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 yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin 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 şakına 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 6'nın devamı

STAI FORM TX-2

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 sarf etmeksizin 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 kolayca 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 hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27.Genellikle sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar çok 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 etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32.Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33.Genellikle kendimi güvende hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35.Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36.Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39.Aklı 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:

Ek 7: Prematür Yeni Doğanlarda Görülebilen Sorunları İçeren Veri Formu

Bebeğin Adı:

Bebeğin Doğum Tarihi:

Anne Adı-Soyadı:

1. İncelemede Formu Dolduran Görevlinin Adı –Soyadı:

2. İncelemede Formu Dolduran Görevlinin Adı –Soyadı:

YÖNERGE: Sağlık Psikolojisi ana bilim dalında yapılan bir araştırma için düşük doğum ağırlığına sahip (Gestasyon taşı <37. haftadan, <2500 gr doğanlar) incelemeye alınan bebeklerde doğum sonrası gelişebilecek komplikasyonların izlenmesi gerekmektedir. Bu konuda bebekte görülen komplikasyonların karşısına (x) şeklinde işaretleme yapmanızı rica ederiz. Teşekkür ederiz...

No.	Görülebilecek Komplikasyonlar	1.İnceleme (3.Gün)/...../2008		2.İnceleme (15.Gün)/...../2008	
		Var	Yok	Var	Yok
1	Hipotermi				
2	Hipoglisemi (Kan şekerinin< 50 mg/dL)				
3	Hiperkalemi (Serum potasyumunun>6.5 mg/dL)				
4	Hiponatremi (Serum sodyumunun <130 mg/dL)				
5	Hipernatremi (Serum sodyumunun <150 mg/dL)				
6	Hipokalsemi (Serum kalsiyumunun<7mg/dL)				
7	Hipomağnezemi (Serum magnezyumunun<7 mg/dL)				
8	Metabolik asidozis				
9	PDA (Kalp damarları arasındaki açıklık)				
10	Solunum yetmezliği nedeni ile entübe edilerek mekanik ventilasyon tedavisi alma.				
11	Solunum yetmezliği nedeni ile nazal kanül ile mekanik ventilasyon tedavisi alma				
12	Mekanik ventilasyona ihtiyacın kalmaması				
13	Solunum yetmezliği nedeni ile surfaktan tedavisi uygulanması				
14	Bronkopulmoner dysplasia (BPD) Kronik Akciğer Hastalığı (Hastanın solunum desteğine ihtiyaç duyması)				
15	Pulmoner hemoraji gelişmesi				
16	Hava kaçağı sendromu oluşması				

Ek 7'nin devamı

No.	Görülebilecek Komplikasyonlar	1.İnceleme (3.Gün)/...../2008		2.İnceleme (15.Gün)/...../2008	
		Var	Yok	Var	Yok
17	Solunum durması				
18	Persistan Pulmoner Hipertansiyon gelişmesi (Anne karnındaki dolaşıma geçiş)				
19	Anne sütü başlanması				
20	Nekrotizan enterokolit gelişmesi (Enteral beslenmenin kesilmesi)				
21	Bağırsak perforasyonu (Delinmesi)				
22	Annenin besleme için bebeğini kucağına alması				
23	Bebekte yenidoğan sarılığı gelişmesi ve bu nedenle ışık tedavisi alması				
24	Neonatal sepsis (Kanında mikrop olması nedeniyle antibiyotik başlanması ve tedavinin kesilmesi, sepsise menenjitin eşlik etmesi.				
25	Beyin Kanaması:İntravetriküler periventriküler kanama (İVK-PVK), subaraknoidal kanama (SAK), intraparenkimal kanama				
26	Konvülziyon geçirmesi				
27	Periventriküler lökomalazi gelişmesi (PVL)				
28	Gözlerde ROP gelişmesi				