



**T.C.**

**FATİH ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**YENİDOĞAN DÖNEMİNDE YOĞUN BAKIMDA KALAN  
ÇOCUKLARDA AYRILIK KAYGISI BOZUKLUĞUNUN  
İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Müsemma KARABEL**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. M. Mansur TATLI**

**Ankara-2009**

**T.C.**  
**FATİH ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**YENİDOĞAN DÖNEMİNDE YOĞUN BAKIMDA KALAN**  
**ÇOCUKLARDA AYRILIK KAYGISI BOZUKLUĞUNUN**  
**İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Müsemma KARABEL**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. M. Mansur TATLI**

**Ankara-2009**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince, yetişmemde büyük emekleri olan anabilim dalı başkanımız sayın Prof. Dr. Aziz Polat'a, değerli hocalarım Prof. Dr. Sadi Türkay'a, Doç. Dr. Nesibe Andıran'a, Yrd. Doç. Dr. Emin Mete'ye, Yrd. Doç. Dr. A. Esra Yılmaz'a ve Uzm. Dr. Selman Doğukan'a; bu sürede beraber çalışma imkânı bulduğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın tüm uzmanlarına, asistan arkadaşlarıma, hastanemizin hemşire ve yardımcı personeline teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, öğrenme ve öğretme azmi ile bilimsel çalışma disiplinini örnek alacağım sayın hocam Prof. Dr. M. Mansur Tatlı'ya; tez çalışmamda büyük emeği olan, sevgili dost, klinik psikolog Seda Tan'a ayrıca teşekkür ederim.

Son olarak, yaşamım boyunca sevgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim canım anneme, canım babama ve ayrıca çalışmalarım esnasında her türlü yardımını esirgemeyen sevgili eşime teşekkür ediyorum.

Dr. Müsemma Karabel  
Ankara, 2009

## ÖZET

Doğumdan sonra annelerinden ayrılarak yenidoğan yoğun bakımda uzun süreli tedavi ve bakımları yapılan bebeklerde, bu ayrılığın duygusal ve zihinsel gelişim üzerine olumsuz etkileri olduğu görüşünden yola çıkarak, ileriki yaşantılarında “Ayrılık Kaygısı Bozukluğunun” gelişip gelişmediğinin değerlendirilmesi amacıyla bu çalışma planlandı.

Çalışma grubuna, yenidoğan döneminde iken yoğun bakımda kalmış, bilinen tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik hastalığı olmayan, tekiz ve 6 yaşından büyük çocuklar alındı. Kontrol grubu, polikliniğimize aşı veya hafif enfeksiyonlar nedeniyle getirilen benzer yaştaki çocuklardan oluşturuldu. Her bir çocuk, önce çocuk hekimi tarafından muayene edildi ve klinik görüşme formu dolduruldu ve klinik psikolog tarafından her bir çocuk klinik öyküleri alınarak, DSM-IV'e göre uyarlanmış Ayrılık Kaygısı Bozukluğu (AKB) Tanı Ölçeği ile değerlendirildi. Buna göre 8 ölçütten 3'ünü karşılayan ve günlük işlevselliği bozacak düzeyde olan belirtilerin en az 4 hafta sürdüğü hastalar AKB olarak kabul edildi.

Araştırma 50'si yoğun bakımda kalmayan, 57'si yoğun bakımda kalan toplam 107 çocukla tamamlandı. Çalışma grubunun yoğun bakımda kalma süresi  $14,2 \pm 13,4$  gün olarak bulundu. Vakaların %51'i (n:29) ventilatör tedavisi almış olup, ventilatör tedavisi süresi  $5,9 \pm 5,1$  gün olarak saptandı. AKB puanı yoğun bakımda kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulundu ( $p < 0,001$ ). Yoğun bakımda kalanlarda AKB'nun olması riskinin 3,9 kat daha yüksek olduğu görüldü (OR: 3,9; %95 GA: 1,7-8,9;  $p < 0,001$ ). Yine yoğun bakımda kalma süresi arttıkça, AKB'nun puanının da istatistiksel olarak anlamlı oranda arttığı görülmekteydi ( $r = 0,28$ ;  $P < 0,05$ ). Yoğun bakımda kalma süresi 20 günden fazla olanlarda AKB olma riski, yoğun bakımda 10 günden az kalanlara göre 8,8 kat (%95 GA: 1,7-46,2) artmaktaydı.

Bu araştırma, yenidoğan döneminde yoğun bakımda kalmanın AKB sıklığını artırdığını ve bu artışın kalma süresi ile doğru orantılı olduğunu gösterdi. Yenidoğan yoğun bakımda yatan bebeklerin bilişsel ve duygusal ihtiyaçlarını da karşılayan desteğin verilmesinin önemi bir kez daha vurgulandı. Annenin bebek bakımında güvenini artırmak, bebeğin davranışlarını değerlendirmede iyi bir gözlemci olmasına yardımcı olmak, aile-bebek ilişkisini destekleyerek ileriki yaşamda bebeğin annesiyle daha güvenli bir ilişki kurup, daha az davranış problemi, daha iyi bir gelişim göstermesini sağlayacaktır.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER:** ayrılık, kaygı, yenidoğan, yoğun bakım, ayrılık kaygısı bozukluğu, çocuk

# THE INVESTIGATION OF SEPARATION ANXIETY DISORDER IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT GRADUATES

Starting by the opinion that separating newborn babies from their mothers and long-term care in the neonatal intensive care unit have negative effects on their emotional and cognitive developments. We aimed in this study to evaluate whether Separation Anxiety Disorder (SAD) develops in the later life of these infants.

The study group was consisted of single and over 6 years old children who cared in neonatal intensive care unit, and did not have any known serious medical, neurological and psychiatric disorders. Age and sex matched children admitted to the outpatient unit for routine vaccination or mild infections were selected as a control group. Each child was firstly assessed by a physician through a clinical interview form and then by clinical psychologists who does not know the socio-demographic and medical history of the patient. Clinical history of each child was received by clinical psychologists and evaluated by using the Separation Anxiety Disorder diagnostic scale which adapted according to DSM-IV. The patients who met 3 out of 8 criteria and show symptoms that disrupt the daily functionality at least 4 weeks were accepted to be SAD.

As a whole, this investigation covered 107 children, 57 in the study group and 50 in the control group. Duration of stay in the intensive care  $14.2 \pm 13.4$  (median = 10) days in the study group. 51% of these cases (n: 29) have received ventilator treatment; and duration of ventilator treatment was determined to be  $5.9 \pm 5.1$  (median: 4) days. SAD scores were found to be significantly higher in the study group than the controls ( $p < 0.001$ ). SAD incidence was more 3.9 times in the study group than the control group (OR: 3,9, 95% CI: 1,7-8,9,  $p < 0.001$ ). Statistically, SAD score significantly increased with hospital days in the intensive care unit ( $r = 0.28$ ,  $P < 0.05$ ). SAD incidence was higher 8.8 times in children stayed at hospital more than 20 days than children stayed less than 10 days (95% CI: 1,7-46,2).

This study showed that the incidence of SAD was increased among children who cared intensive care in neonatal period, and correlates with the duration of hospital. We conclude that it must be emphasized not only focusing on physical changes, but also providing support for cognitive and emotional needs of babies in the intensive care.

**KEYWORDS:** separation, anxiety, newborn, intensive care, separation anxiety disorder, child

## KISALTMALAR

Adrenokortikotropik hormon (Adrenocorticotropic Hormone)	ACTH
Ayrılık Kaygısı Bozukluğu	AKB
Kortikotropin salgılatan faktör (Corticotropin Releasing Factor)	CRF
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	DEHB
Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)	DSÖ
Elektroensefalogram	EEG
Gama-Amino Bütirik Asit	GABA
Genel Belirti Düzeyi (Global Symptom Index)	GSI
Hipotalamo-pitüiter-adrenerjik sistem	HPA
Lokus Seruleus (Locus Ceruleus)	LC
Pozitif Belirti Düzeyi (Positive Symptom Distress Index)	PSDI
Pozitif Belirti Toplamı (Positive Symptom Total)	PST
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	YYBÜ

# İÇİNDEKİLER

<i>ÖNSÖZ</i>	i
<i>ÖZET</i>	ii
<i>İNGİLİZCE</i>	iii
<i>KISALTMALAR</i>	iv
<b>1. GİRİŞ VE AMAC</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
<b>A. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ</b>	<b>3</b>
A.1. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE KALAN HASTALAR	3
A. 2. MORTALİTE VE MORBİDİTE	4
<b>B. NEDEN GELİŞİMSEL DEĞERLENDİRME?</b>	<b>5</b>
<b>C. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA ERKEN BEYİN GELİŞİMİ</b>	<b>5</b>
<b>D. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA BAĞLANMA</b>	<b>7</b>
<b>E. AYRILIK KAYGISI VE AYRILIK KAYGISI BOZUKLUĞU</b>	<b>16</b>
E. 1. PATOGENEZ	16
E. 1. a. Genetik etmenler:	16
E. 1. b. Çocuğun karakter yapısı:	16
E. 1. c. Bağlanma:	17
E. 1. d. Nörobiyolojik etmenler:	17
E. 1. e. Ailesel etmenler:	18
E. 2. EPİDEMİYOLOJİ	18
E. 3. KLİNİK BULGULAR	19
E. 4. TANI VE DEĞERLENDİRME	20
E. 5. KLİNİK SEYİR	20
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>22</b>
<b>OLGULAR</b>	<b>22</b>
ÇALIŞMA GRUBUNA KATILMA ÖLÇÜTLERİ	22
<b>VERİ TOPLAMA ARAÇLARI</b>	<b>22</b>
<b>İSTATİSTİKSEL ANALİZ</b>	<b>23</b>
<b>4. BULGULAR</b>	<b>24</b>
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>32</b>
<b>6. SONUÇ</b>	<b>42</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>43</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>52</b>

# 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Son otuz yıl içerisinde, bebeklerin gelişimi ile ilgili bilgilerde büyük bir artış olmuştur. Bebeklik ve çocukluk dönemine ilişkin temel gelişim bilgilerinin artmasıyla birlikte, çevresel ve biyolojik risk faktörleri üzerine ilgi yoğunlaşmıştır (1). Günümüzde hem yardımcı üreme tekniklerinin artmasıyla prematüre doğum sayısı çoğalmış, hem de ilerlemiş teknoloji ve yoğun bakımdaki gelişmelere paralel olarak bu bebeklerin yaşam sürelerinin uzaması onların yoğun bakımda daha uzun süreli takip ve bakım gerekliliğini doğurmuştur (2). Bu da, beraberinde başta bebeklik psikopatolojisi olmak üzere pek çok yeni alanın doğmasına neden olmuştur. Bebeklik dönemindeki ruhsal ve zihinsel gelişimin değerlendirilebilmesiyle birlikte, yaşamın ilk üç yılındaki hızlı değişimin çocuğun ruh sağlığı üzerine etkileri ve ileriki yaşamda olası psikiyatrik bozukluklar için bir risk faktörü oluşturup oluşturmadığı önem kazanmıştır (3, 4). Bu nedenle, duygusal gelişimin, bebeklik döneminden itibaren ciddiyle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bebeklik döneminde duygusal gelişimin sağlıklı olabilmesinde anahtar rolü anne-baba oynamaktadır. Yaşamını sürdürebilmek için, diğer canlıların yavrularına oranla, çok daha uzun süre anne-babasının doğrudan yardımına muhtaç olan bebek, doğumun ardından ulaşabildiği herhangi bir kişiye bağlanabilir. Bağlanma (*attachment*), yaşamın ilk günlerinde başlayan, belirli bir kişiye olumlu tepkilerin verilmesi, zamanın büyük bir kısmının o kişiyle birlikte geçirilmek istenmesi, herhangi bir korku yaratan durum veya obje karşısında hemen o kişinin aranması, bağlanılan kişinin varlığı ile eş zamanlı olarak rahatlama duygusunun eşlik etmesi gibi duygu ve davranış örüntülerinin tamamını kapsamaktadır (5). Bir bebeğin huy ve alışkanlıklarının belirlenmesinde bağlanmanın sağlıklı bir şekilde kurulmasının payı büyüktür. Temel güvenin olduğu bu ilk aylardaki ilişki tarzı gelecekteki ilişki örüntülerinin ilk işareti niteliğindedir. Yapılan az sayıdaki deneysel araştırmada bebeklik döneminde bir bağlanma türü olan “güvensiz bağlanma” gösteren çocuklarda, “güvenli bağlanma” gösterenlere oranla daha yüksek oranda kaygı bozukluğu olduğu gösterilmiştir (4).

Annelerinin göstereceği ilgi, bakım ve sevgiden uzak kalmaları, hastanede uzun süreli tedavi alması gereken bebeklerin yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bebekler fizyolojik olarak sağlıklılarına kavuşsalar bile, psikolojik açıdan birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. Çeşitli nedenlerle doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak yoğun



bakıma alınan bebeklerde, gelişmenin yavaşladığı ya da durduğu, bu bebeklerin yemek yemedikleri, sosyal geri çekilme yaşadıkları ve yüzlerinde sürekli üzüntülü ifadeler taşıdıkları görülmektedir (6). Tüm bunlara ek olarak, annelerinden ayrı kaldıklarında ağlayan bebeklerin ayrılık sırasındaki bazal EEG kayıtlarında değişiklik olduğu, bebeğin kalp atım hızının yükseldiği ve nörobiyolojik sistemlerin işleyişinde farklılaşmalar olduğu belirlenmiştir (7).

Sevgi nesnesinin kaybına bağlı kaygı durumu, aslında çocuğun sevgi nesnesini kaybettiğini fark edecek yaşa gelmeden önce başlamaktadır. Ayrılık kaygısının temel özelliği, anne-babadan ya da bağıllık geliştirdiği diğer kişilerden ayrılmaya ilişkin olarak duyulan ve gelişimsel seviyesine göre beklenenden fazla düzeyde kaygının olmasıdır. “Ayrılık kaygısı bozukluğu” demek için, kaygı durumu en az 4 hafta sürmeli, 18 yaşından önce başlamalı ve bu kaygı çocuğun toplumsal işlevselliğini bozacak düzeyde olmalıdır (8). Çocuğun günlük işlevlerini etkilemesi, okul reddine neden olması ve ileriki yaşantısında diğer psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığını artırması nedeniyle önemlidir (9).

Bu çalışma doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak yenidoğan yoğun bakımda uzun süreli tedavi ve bakımları yapılan bebeklerde bu ayrılığın, duygusal ve zihinsel gelişim üzerine de olumsuz etkileri olduğu görüşünden yola çıkarak; ileriki yaşantılarında ayrılık kaygısı bozukluğunun gelişip gelişmediğinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### *A. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi*

Doğum, geleneksel olarak merkezinde ailenin olduğu bir olay olarak tanımlanmaktadır. Doğum sonrası bebek prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı ya da solunumsal hastalık nedeniyle yoğun bakıma ihtiyaç duyabilir (1, 2). Bu bebekler sıklıkla yaşamlarını bağımsız olarak sürdüremezler ve bu yetiyi kazanacakları zamana kadar yenidoğan yoğun bakım ünitesinin desteğine ihtiyaç duyarlar (10). Yüksek riskli durumlarda bazen baba (ve sıklıkla diğer aile üyeleri) doğum salonundan çıkarılır, doğumu takiben anne, baba ve diğer aile üyeleri günlerdir gelmesine hazırlandıkları bebeklerini karmaşık teknolojik cihazlarının yaşamını desteklemesi için yenidoğan yoğun bakım ünitesine bırakmak zorunda kalırlar (1, 11).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ), bebeği istenilen yaşam standartlarına ulaşıp, devam ettirebilmesi için destekleyen ve koruyan sabit bir ortam şeklinde tasarlanmıştır. Bu ortamda bakım planlıdır, kuralları vardır ve ileri teknolojik donanımla desteklenir (10). İlerlemiş teknoloji ve yoğun bakımdaki bu gelişmeler, neonatal bakım yapılan bebekler arasında mortalitede oranlarında azalmaya neden olmuştur. Buna karşın, karmaşık teknolojik müdahaleler ve bakım, özellikle prematüre bebeklerde uzun vadeli problemler ortaya çıkarmaktadır (12). Bunların başında öğrenme güçlüğü, düşük ortalama IQ puanı, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, konuşmada gecikme, duyuşal problemler ve çeşitli kişilik problemleri gelmektedir (13).

#### **A.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Kalan Hastalar**

Yoğun bakımda takibi yapılan bebeklerin çoğunu prematüreler oluşturmaktadır. 37 gestasyon haftasının altında doğan bebekler prematüre olarak tanımlanır (14). Bebek ne kadar prematür ise o kadar uzun süre yoğun bakım gerektirir. Son yıllarda yardımcı üreme tekniklerinin kullanılmasında artış ve bununla ilişkili olarak çoğul gebeliklerin artmasıyla daha erken gestasyon haftalarında doğum oranları çok artmıştır (15).

Yüksek riskli yenidoğanların artmış yaşam oranlarının yanı sıra, prematür doğan bebeklerin oranı tüm canlı doğumların %12'sine, tüm doğumların %18'ine ulaşmıştır (13). Prematür doğumlardaki bu artmanın çoğundan, geç preterm bebeklerin (32-36 hafta) doğum

oranlarındaki artış sorumludur (16). Birleşmiş Milletler verilerine göre gestasyon haftasına göre prematüre bebeklerin doğum oranlarına bakıldığında çok preterm bebeklerin (<32 hafta) son 20 yılda insidansı göreceli olarak değişmezken( %1,8- %2), geç preterm bebeklerin hızlı büyüyen popülasyon olduğu ve tüm preterm doğumların %70'inden fazlasını, tüm doğumların %8,5'ünü oluşturduğu görülmektedir (16). Ek olarak, son 15 yılda tekil doğumların dağılımında büyük oranda 34-39 haftalık doğumların artmasından kaynaklanan, daha erken gebelik haftalarına doğru bir kayma ve 40 hafta sonrası doğum oranlarında anlamlı azalma görülmektedir. (16).

## **A. 2. Mortalite ve Morbidite**

Yenidoğanlar arasında, özellikle çok düşük doğum ağırlıklı olanlar olmak üzere preterm doğumların, miadında doğanlara kıyasla mortalite ve morbidite riskinin oldukça fazla olduğu iyi bilinmektedir (16). Preterm bebekler aynı zamanda bebek ölümlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadırlar (17).

YYBÜ'nde bakılan bu bebeklerin yüksek morbiditenin eşlik ettiği sorunları vardır ve çok fazla tıbbi bakım gerektirmektedirler (13). İleri tıbbi teknolojiye rağmen, yoğun bakımda yaşayanlar arasında sekeller ve nörogelişimsel sorunların insidansı yüksektir (18, 19).

Altta yatan hastalığın şiddeti ya da düşük doğum ağırlığı ve prematüriteye eşlik eden uzun dönemli ventilatör desteği, kronik akciğer hastalığı, bronkopulmoner displazi, beyin hasarı, sepsis, beslenme sorunları gibi çeşitli faktörler de prematüre bebeklerin yoğun bakımda kalış süresini uzatmakta ve sonuçları olumsuz etkilemektedir (15, 18, 20-22).

Her ne kadar yoğun bakım personeli bebeği fiziksel açıdan desteklese de, medikal tedaviler, altta yatan hastalığın şiddeti, yineleyen damar yolu girişimleri, tekrarlanan tetkikler, yoğun bakımın gürültülü ve ışıklı ortamı, anne rahminde iken dış tehditlerden korunmuş bebekte daha çok stres oluşturmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ekibinin üyeleri olan hekim ve hemşireler, bebeğin büyüme ve gelişmesini desteklemek amacıyla anne rahmine yakın bir ortam oluşturma çabasındadırlar. Bu düşünce, yenidoğan bakımının bugünlerde temel kavramı olan gelişimsel bakım felsefesinin esasını oluşturmaktadır (23).

## ***B. Neden Gelişimsel Değerlendirme?***

Yenidoğan yoğun bakımın başarısı uzun yıllar mortalite oranları ile değerlendirilmiştir. 1970'lerden bu yana mortalitenin yanında yaşayan çocukların gelişimsel durumları da yenidoğan yoğun bakımın etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüt olmuştur. Günümüzde yenidoğan bakımının etkinliğini değerlendirmede nörogelişimsel sonuçlar bir ölçüt olarak kabul edilmektedir (18). İlk gelişimsel sonuç çalışmalarında hafif-orta mental gerilik, sensörinöral işitme kaybı, körlük, serebral palsi ve epilepsi gibi major problemler üzerine yoğunlaşmıştır (13, 24). Doğum ağırlığına bağlı olarak yüksek riskli yenidoğanlarda bu problemlerin görülme sıklığı %25'e kadar ulaşabilir (24, 25). Geçtiğimiz 10 yılda serebral palsi insidansında değişiklik gözlenmezken, çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %50'sinin 8 yaşına geldiğinde özel eğitim desteğine ihtiyaç duyduğu ve %15'inin okulda en azından bir sınıfı tekrar ettiği gösterilmiştir (26).

Yakın zamanda yapılan çalışmaların sonuçları, prematüre doğumun; nörogelişimsel problemler üzerine olan etkilerinin sadece görüntüleme teknikleri ile bulunamayacağını göstermiştir (18, 27-31). İlerlemiş teknik donanım ve artmış yaşam oranları, daha fazla nörogelişimsel problemi günışığına çıkarmıştır. Bu problemler, öğrenme bozuklukları, ortalama zekâ düzeylerinde düşüklük, dikkat eksikliği hiperaktivite bozuklukları, nöropsikolojik sorunlar, konuşmada gecikme, duygusal sorunlar, görsel-motor uyum-idare fonksiyonu bozuklukları, değişken kişilik sorunlarıdır (13, 18, 19, 26, 32).

## ***C. Yenidoğan Yoğun Bakımda Erken Beyin Gelişimi***

Yenidoğan yoğun bakım, anne rahminden oldukça farklı olup, bebeğin yaşam süresini uzatırken, gelişimsel gereksinmelerini karşılamaya uygun olmayan ve önemli sekellere neden olabilen bir ortam olarak tanımlanır (33). Bebeğin doğum ve ardından büyüme ve gelişmesinin destekleneceği, anne rahminden çok farklı bir ortam olan yenidoğan yoğun bakıma konulması ebeveyn için beklenmedik bir ayrılıktır.

Yoğun bakım ortamının uzun dönemde beyin gelişimi üzerine olan etkileri bilinmektedir. Preterm doğum esnasında gelişmekte olan fetal beyin, olgunlaşmanın kritik ve hızlı olduğu bir dönemde yoğun bakıma konulmaktadır. Preterm doğum beyin yapısal gelişimini kesintiye uğratmaktadır (34). Beyin gelişiminin hücre göçü, sinaps oluşumu,

miyelinizasyon, hücre büyümesi ve organizasyonu gibi erken ve kritik fazları özellikle etkilenmektedir.

Prematüre ve hasta bebek, beyni yaşamın diğer evrelerinden daha hızlı büyümekteyken uterus dışı ortamda büyümeye çalışan, yer değiştirmiş bir fetüstür. Miadında doğan bebeklerin gelişiminin fetal fazı, çevresel etkenlerden tamamen korunmuş olarak anne rahminde olmaktadır. Fetüs, besin gereksinimlerini ve ısı düzenlemesini annenin kendisine sağladığı bu ortamdan karşılamaktadır. Buna karşın prematüre doğmuş bebek annenin onu dış etkilerden koruyan ve gelişmesine yardım eden rahminden alınıp, kendi ihtiyaçlarını görmesi gereken ve birçok olumsuz etkiye maruz kaldığı yoğun bakım ortamına konulmaktadır.

Araştırmacılar, doğumdan sonra yoğun bakıma alınıp çok farklı duyuşal uyarana maruz kalan bebekleri, böyle bir tecrübe yaşamadan eve götürülen sağlıklı bebekler ile karşılaştırmışlar ve yoğun bakımı bebekler ve aileler için olumsuz uyarılara maruz bırakan sabit bir ortam olarak tanımlamışlardır (35, 36).

Neonatal duyuşal gelişim fetal hayatta belirli ve özel bir düzen içinde ortaya çıkmaktadır. Her bir duyuşal sistemin hızlı olgunlaşması esnasında, sistem kendini tamamlayana kadar diğer sistem ilerlemez; örneğin fetüste işitmenin olgunlaşması esnasında, ortamda ışık da yoksa vizüel sistem gelişmez. Yoğun bakımda yaşamaya başlayan prematüre bebekte, çevresel uyarıların etkisiyle, planlanan sıralama yerine işitme ve görme duyuşları aynı anda gelişmeye başlamaktadır (13). Hayvanlarda yapılan çalışmalarda, işitme duyuşu gelişiminin erken evrelerinde uygunsuz vizüel aktivasyonun sadece işitme değişiklikleri değil, aynı zamanda görsel etkilenmeye de yol açtığı gösterilmiştir (37, 38) .

Yenidoğan yoğun bakımın ışıkları, santral sinir sistemi ve fizyolojik stabilite üzerine doğrudan etkilidir. Yoğun bakımdaki bebekler ışık ve gürültünün yoğun uyarıcı etkilerine maruz kalmaktadırlar (39). Işık değişiklikleri sıklıkla tedaviden kaynaklanır, bu esnada bebeğin gelişmekte olan diurnal ritmi dikkate alınmaz. Sürekli ışığın, görsel işlevleri azalttığı, görsel dikkat, algılama, görsel hafıza ve ayırt etme becerisini değiştirdiği çalışmalarda gösterilmiştir (13). Belirli aralıklarla aydınlık-karanlık şeklindeki aydınlatma ile bebeklerin çevreyle ilgilenmelerinin arttığı, uyku ve biyolojik ritminin desteklendiği, beslenme ve kilo alımının iyileştiği ve bu sayede büyüme ve gelişmelerinin olumlu yönde etkilendiği gösterilmiştir (40). Dolayısıyla yoğun bakım ünitesinde ışıkların ve sesin azaltılması gelişimsel desteği sağlamanın ve bakım vermenin önemli bir parçasıdır.

Bebekte sese duyarlılık intrauterin 6. ayda başlar ve doğumdan sonraki 2-3. aya kadar devam eder. Prematüre bebekler işitme sisteminin immatüritesinden dolayı gürültünün etkilerine karşı daha hassastırlar. Yoğun bakım ortamındaki sesler işitme kaybı, solunum, kalp hızı, kan basıncı, oksijen saturasyonunda dalgalanmalara ve davranış değişikliklerine yol açmaktadır (41-43). Psikolojik ve davranışsal değişiklikleri içeren bebekteki stres reaksiyonları, küvözdeki ses düzeyi ile birliktelik göstermektedir (44, 45). Dolayısıyla bebeğin bakım alanında gürültünün azaltılması önerilmektedir (13, 46).

Yenidoğan yoğun bakıma alınan bir bebeği bekleyen bir diğer stres unsuru da ağrıdır. Tedavi ve takip sürecinde tıbbi girişimler, sık tekrarlanan ağrılı ve rahatsızlık verici işlemleri içerir. Yenidoğan bebeklerin çocuklara ve erişkinlere göre ağrıya daha duyarlı olduğu gösterilmiştir (47). Prematüre bebeklerin yaşadıkları bu ağrılı deneyimlere bağlı olarak sinir sistemlerinde yapısal ve işlevsel değişiklikler oluşmaktadır. Bu bebeklerin ileriki yaşamlarında bile ağrıya aşırı stres yanıtı verdiği saptanmıştır (48, 49). Girişimler sırasında ağrıyı azaltmak amacıyla besleyici olmayan emme, emzirme, oral sükroz, asetaminofen ve topikal analjezikler uygulanması gibi çeşitli yaklaşımlar kullanılmıştır. Bu yöntemler içinde oral sükroz verilmesinin yaygın kullanılan bir yaklaşım olduğu, ağrıyı azaltmada etkili ve güvenli olduğu bildirilmiştir (50).

Yenidoğan yoğun bakım ortamında verilen bakım veya uygulanan girişimler, özellikle prematüre bebek için zorlayıcı ve stres yaratıcı olabilir. Bu nedenle nazıkçe kavrama, ani postural değişikliklerden kaçınma, kan alınması ve radyografi çekilmesi gibi girişimlerin koordine edilmesi, özellikle bebeğe yeterli dinlenme zamanı sağlanması gelişimsel desteğin sağlanması açısından önemlidir.

#### ***D. Yenidoğan Yoğun Bakımda Bağlanma***

Santral sinir sisteminde planlanan sıralama hazır ve aktive olmadan önce büyümekte olan bebeğe tanıtılan duyuşsal uyarılar, bebeğin algısal ve davranışsal gelişimini karıştırabilir (37). Bu dönemde bebeklerin, duygusal gelişimlerinin sağlıklı olabilmesinde anahtar rolü oynayan ebeveynin göstereceği ilgi, bakım ve sevgiden uzak kalmaları yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Hayatın ilk üç yılında ortaya çıkan birçok psikopatolojinin kaynağı, bebeğin birincil bakıcısı ile olan ilişkisinin niteliği ile yakından ilişkilidir. Ortaya çıkan çoğu patoloji, bu

ilişkinin ele alınmasını gerektirmekte ve klinik açıdan tedavinin temelini oluşturmaktadır (51, 52). Çok yeni bir alan olmakla birlikte bebeklik psikopatolojisinin üzerinde önemle durduğu konulardan birisi de bağlanma örüntüsüdür. Bu örüntünün oluşması sırasında ortaya çıkan patolojilerin bebek ve ailesi üzerindeki etkilerinin incelenmesi, alanın önde gelen çalışma konularındandır (52).

İlk olarak Bowlby'nin 1958'de "bağlanma" (*attachment*) terimini kullanmasının ardından pek çok araştırmacı, bebeğin annesine duyduğu ve daha çok doğuştan getirilen ve biyolojik belirtiler tarafından yönlendirilen, sosyal ilişkilerin başlangıç noktasını oluşturan, emme, ağlama, gülümseme, izleme, çağırma, arama, bekleme gibi davranışlarla kendini gösteren ve gelecekteki ilişkiler için anahtar rolünü oynayan bu ilişki biçimini araştırmıştır (3, 4, 53, 54).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1950 yılında Bowlby'yi, Londra'da yaşayan evsiz çocukların ruh sağlığı üzerine bir bildiri sunmak üzere çağırdı. Bu çağrı, Bowlby'nin bağlanma kuramını geliştirmesinde bir başlangıç teşkil etmesi açısından önemlidir. Bowlby'nin, erkek çocukların annelerinden erken yaşta ayrılmalarının, ergenlik ve ileri yaşlardaki suçluluk oranını arttırdığını gösteren çalışmasını sunmasının ardından ebeveyn-çocuk iletişimi önemli bir gündem oluşturdu (5). Bowlby 1944'de "Kırk dört çocuk hırsız: kişilikleri ve yaşamları" başlıklı makalesini yayınladı. Bowlby'nin bu çalışmasının ardından yayınlanan Dünya Sağlık Örgütü Raporu'nda, yaşamın ilk üç yılında, anne yoksunluğunun çocukları artan ölçüde fiziksel ve ruhsal hastalık riski altına soktuğuna işaret ediliyordu. Ardından yapılan çalışmalar yakın ilişkiler kurma yönündeki evrensel insan eğiliminin bebeklikten başladığını ortaya koydu. Bebeklikte kurulan bağlanma tarzı ile yetişkinlikteki duygusal bağlarla gözlenen benzerlik ve farklılıkların açıklanabilmesi çabası günümüzde hala devam etmektedir (55, 56).

Bağlanma (*attachment*), yaşamın ilk günlerinde başlayan, duygusal yönü ağır basan ve olması beklenen bir durumdur. Bebeklikteki bağlanma kavramı; belirli bir kişiye olumlu tepkilerin verilmesi, zamanın büyük bir kısmının o kişiyle birlikte geçirilmek istenmesi, herhangi bir korku yaratan durum veya obje karşısında hemen o kişinin aranması, bağlanılan kişinin varlığının duyumsanmasına eş zamanlı olarak rahatlama duygusunun eşlik etmesi gibi duygu ve davranış örüntülerinin tümünü kapsamaktadır (5, 57).

Yaşamın ilk altı ayında şekillenen bağlanma örüntüsü üzerinde en etkili negatif süreç çeşitli nedenlerle anne, baba ve çocuğun birbirlerinden ayrılmasıdır. Bu ayrılık doğumun hemen ardından hastanede uzun süreli tedavi görme şeklinde gerçekleştiğinde, bağlanma örüntüsünü olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Bowlby (58), yenidoğan bebeklerin ve çocukların, bakıcıları ile ilişki kurma ihtiyacı içerisinde olduklarını vurgulamıştır. Anne ile bebek arasındaki ilişki, yakınlık arayışı ile belirginleşmektedir (59). Goodfriend (6), çeşitli nedenlerle doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak, özel bakıma alınan bebeklerde, gelişmenin yavaşladığını ya da durduğunu, bu bebeklerin yemek yemediklerini, sosyal geri çekilme yaşadıklarını ve yüzlerinde sürekli üzüntülü bir ifade taşıdıklarını belirtmiştir. Boccia ve ark (60), birincil bağlanma objesinden herhangi bir sebeple ayrılma durumunda, bebeğin kalp atım hızının yükseldiğini ve nörobiyolojik sistemlerin işleyişinde farklılaşmalar olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu noktada bağlanma örüntüsünün ilk oluşum süreci önem kazanmaktadır.

Başlangıç yaşı, bağlanma şiddeti ve birincil bağlanma objesi bağlanmanın üç temel parametresini oluşturmaktadır (61). Bebeklik döneminde bağlanma aşamalar halinde gözlenmektedir. Doğumdan hemen sonra insan yavrusunun doğası gereğince başlayan bağlanma; meme arama, başı döndürme, emme, yutma, parmak emme, yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezinleme ve hazırlanma şeklinde kendisini göstermektedir (52).

Zeanah ve ark (62), bağlanma ilişkisinin niteliğinin anne ile bebek arasındaki ilişki tarzı ile şekillendiğini belirtmişlerdir. Anne-bebek ilişkisindeki ilk süreç, açlık ve susuzluk gibi fizyolojik ihtiyaçların karşılanmasıdır. Bunun ardından, annenin bebeği ile geçirdiği zaman dilimi ve bu zaman dilimini nasıl kullandığı önem kazanmaktadır. Bebeğin, sosyal ve duygusal açıdan gelişebilmesinde bakıcının duyarlılığı mevcut bağın kuvvetlenmesini sağlamaktadır (63-65). Aynı şekilde bebeğin kendisini ifade edebilmesi ve ortaya koyabilmesinde de anne-baba çocuk ilişkisindeki duyarlılık önemlidir (66). Anne çocuk ilişkisinde, gerek anne gerekse de bebek birbirlerinin duygularına cevap verdikleri oranda aralarındaki duygusal iletişimin kalitesi artmaktadır (64). Bu durumda, birincil bakıcının, bebeğin ihtiyaçlarını ne ölçüde ve ne şekilde karşıladığının etkinliği önem kazanmaktadır (67).

Bowlby' nin geliştirdiği, "*Bağlanma Teorisi*" , bağlanmanın genelde ilk iki sene içinde geliştiğini açıklar (68, 69). Bowlby diğer psikodinamik kuramcılarının aksine "sevgi nesnesinin



kaybına bağılı kaygı durumunun, aslında çocuğun sevgi nesnesini kaybettiğini fark edecek duruma gelmeden önce başladığı” görüşünü savunmaktadır. Cynthia ve ark (70), bağlanma ilişkisinin en erken dönemde, doğumdan sonraki saatlerde ve günlerde oluştuğunu belirtmektedirler. Bağlanmanın ilk döneminde (doğum- ilk 8 hafta) bebek, koku ve işitsel uyarınlarla sınırlı olarak kişilerin ayırımını yapar ve çevredeki en yakın kişiye, oryante olur, bakışı ile izler, ona gülümser sesler çıkarır, onun sesini duyduğunda ağlıyorsa susar. Yetişkinin karşılık vermesi ile bu tutumlar ve davranışlar zamanla gelişir ve ona (anneye) özel yaklaşma sağlanır. Sonraki dönemde (8 Hafta- 6 ay) ise, bebek tanıdıklarına ve yabancılara farklı davranmaya başlar. Yedinci ayla birlikte bebekler çevrelerindeki ilişki örüntülerini anlamlandırmaya başlarlar. Bu dönemde, bebek gerçek ve belirgin bir objeye yönelmektedir. Bağlanma ilişkisinin gelişmesiyle bebek çok geniş yelpazede olan sosyal ilişkilerini sınırlandırmaktadır. Artık bebek, ilgisini, tüm gereksinimlerini karşılayan kişiye yöneltmektedir. Bu dönemden itibaren bebekler yabancı kişilerle karşılaştıklarında korku, kaygı ya da kaçma davranışlarında bulunmaktadırlar tanımadığı nesne ve insanlar ile karşılaştığında “tedbir” alır. Örneğin, bu durumlarda annesine yakınlaşmaya çalışır (5).

Erken doğan bebeklerde bağlanma bozukluğu görülme riski yüksektir. Bunun nedeni, erken doğan bebeklerin doğum haftalarına bağılı olarak uzun süre tıbbi gözlem altında tutulmaları ve bu nedenle de birincil bakım veren kişiden ayrı kalmalarıdır (5). Bu durum hem bebeği hem de aileyi olumsuz yönde etkilemektedir. Bakeman ve Brown (71), erken doğan bebeklerle, zamanında doğan bebeklerin bağlanma ilişkilerini inceledikleri çalışmalarında anlamlı farklar elde edememişlerdir. Goldberg ve ark (72), araştırmalarında benzer sonuçlar bulmuşlardır. Araştırmalarda belirgin bir farkın bulunamamasının nedeni, erken doğanların özelliklerinden (doğum yaşı, geçirdiği hastalıklar, tedavi süresince aileye olan yakınlık, evde gördüğü ilgi vb) kaynaklanmış olabilir.

Sonuç olarak, kişinin ilerideki ilişki biçimlerinin belirlenmesinde yaşamın ilk günlerinde kurulan bağlanma örüntüsünün etkisi tartışılmaz bir gerçektir. Öyle ki, bu örüntünün gelecekteki sevgi ilişkilerinin prototipi olduğu ileri sürülmektedir (73). Bu nedenle, bebeklik döneminde yaşanan patolojik bağlanma örüntülerinin gelecekteki ilişkiler üzerindeki etkisi (anne-babadan akranlara, akranlardan eş seçimine kadar bağlanma örüntülerinde meydana gelen değişiklikler) günümüzde önemini koruyan bir konu niteliğindedir. Bu noktada, hastanede uzun süreli bakım ve tedavileri yapılan bebeklerin uygun düzenekler oluşturularak anneleriyle sıklıkla temas içerisinde olmalarını sağlamak, emzirme saatlerine ek

olarak anne ve bebeğin birlikte geçirebileceği zamanlar yaratabilmenin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

### **Anne-Bebek İlişkisi Üzerine Yapılan Çalışmalar**

Sosyal davranışın kaynağı bebeklik dönemine kadar uzanmaktadır (5). Yaşamın başlangıcında görülen ilk sosyal davranış, bebek ile anne arasındaki bağlanmadır (57). Bu tür bir bağlanma yaşantısı, yaşamın ilk yıllarında yardıma gereksinim duyan bazı hayvan türlerinin yavrularında da görülmüştür. Olgunlaşma hayvanlarda daha hızlı olduğundan, anneye bağlanma davranışı hayvanlar üzerinde de incelenmiştir. Bu araştırmaların en tanınmış olanı Harlow'un deneyidir (74). Harlow, çalışmasında denek olarak maymunları kullanmıştır. Yavru maymunlar, doğumdan hemen sonra annelerinden alınarak, kendileri için hazırlanan rahat kafeslerde tek başlarına beslenip büyütülmüşlerdir. Kafeslere yapay anneler monte edilmiştir. Manken annelerden biri, tahta başlı, silindirik şeklinde ve telden yapılmıştır. Diğer manken anne ise tahta bloktan yapılmış olup, yumuşak ve kahverengi bir kumaşla kaplanmıştır. Her iki yapay annenin, arkalarında bulunan ampul sayesinde, temas sırasında yavru maymunlara sıcaklık verebilmeleri sağlanmıştır. Ayrıca, tel mankenin göğsüne bir de biberon yerleştirilmiştir. Araştırmacılar, yavru maymunların süt vermeyen, ancak sıcak ve yumuşak olan gerçeğe daha çok benzeyen anneyi tercih ettiklerini, korktuklarında veya uyumak istediklerinde ona sarıldıklarını gözlemişlerdir. Bu çalışmanın en önemli sonucu, bağlılık ilişkisinin, açlık ve susuzluk gibi fizyolojik gereksinimlerin karşılanmasıyla doğrudan ilintili olmadığını deneysel olarak gösterilmesidir. Aynı zamanda, bu çalışma, fizyolojik gereksinimlerin karşılanmasının tek başına bağlanmanın oluşturulmasında yeterli olmadığına da işaret etmektedir.

Harlow'un çalışmalarının diğer sonuçlarıysa, gerçek anne-bebek ilişkisinden yoksun kalan maymunların büyüdüklerinde çiftleşmekte zorluk çektikleri; erkeklerin çiftleşemedikleri ve dişi maymunların ise kendi yavrularına karşı ciddi cezalar uyguladıklarını gözlemlemek olmuştur (75, 76).

Harlow deneyleri, anne-bebek ilişkisinin oluşturulmasında fiziksel temasın önemini de göstermektedir. Fiziksel temas bağlanmanın kurulmasında gereklidir, ancak yeterli değildir. Maccoby (59), 1980'de yaptığı çalışmasında, kuzuların tel örgü arkasında gördükleri, yalnızca sesini duydukları, ancak, hiç dokunamadıkları bir koyuna ya da ses çıkartan bir çöp kutusuna

bile bağlanabildiklerini belirtmektedir. Bu noktada, bağlanmanın kurulabilmesi için yavrunun karşından herhangi bir tepki almasının yeterli olabileceği söylenebilir.

Son yıllarda, anne-çocuk ilişkisi konusunda yapılan araştırmaların önemli bir bölümünü bağlanma konusunun oluşturduğu görülmektedir (75). Henüz tam olarak kanıtlanamamasına karşın anne ile bebek arasındaki ilk bağlanma ilişkisinin doğum öncesinde kurulduğu ileri sürülmektedir (77). Doğum öncesi dönemde fetüs, annenin duygulanımlarına yanıt verebilmektedir. Yirmi altıncı haftada fetüsün algılama, tepki gösterebilme ve işitme yeteneklerinin geliştiği bildirilmektedir (78-80).

Bu durumda, doğum öncesi dönemde, annenin bedeninde meydana gelen değişiklikleri benimsemesi, olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilmesi bağlanmanın ilk temellerini oluşturmaktadır. Hamilelik döneminde annenin karnına dokunması yoluyla bebeğin tensel olarak hissedilmesi ve bebeğini kabullenmesi bağlanma ilişkisi için oldukça önemlidir. Bu noktada, annenin bebeğine ilişkin hissettiği duyguların içeriği ön plana çıkmaktadır (81).

Bağlanma ilişkisinde anne anahtar konumundadır. Bağlanma, ancak anne figüründen yansıyan sıcaklık ile gerçekleşmektedir. Bebeklerde, bağlanılan figürden ayrılma, ileriki yaşlarda hastalık ve yorgunluk olarak kendisini belli etmektedir (6). Goodfriend (6), çeşitli nedenlerle doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak, özel bakıma alınan bebeklerde; gelişmenin yavaşladığını ya da durduğunu, bu bebeklerin yemek yemediklerini, sosyal geri çekilme yaşadıklarını ve yüzlerinde sürekli üzüntülü bir ifade taşıdıklarını belirtmiştir. Boccia ve ark (60), birincil bağlanma objesinden herhangi bir sebeple ayrılma durumlarında, bebeğin kalp atım hızının yükseldiğini ve nörobiyolojik sistemlerin işleyişinde farklılaşmalar olduğunu ileri sürmektedirler.

Özellikle yenidoğan döneminde anneden ayrılmanın nörobiyolojik değişiklikler üzerine etkinliğini araştırmak amacıyla kemiriciler ve primatlarda yapılan çalışmalar, erken yaşam deneyimlerinin sonuçlarının deneysel ortamda gösterilebilmesine imkân vermektedir (82). Yapılan çalışmalarda sıçanlar yenidoğan döneminde annelerinden alındıktan sonra deneysel ortamda psikososyal bir stres faktörü oluşturulmuş ve bu sayede nörobiyolojik değişimler gözlenmiştir. Bu nörobiyolojik değişimler serotonerjik ve GABA' erjik yolları içeren çeşitli nörotransmitter sistemlerini de içine almaktadır.

Çeşitli araştırmalarda sıçanlar yenidoğan döneminde annelerinden yineleyici biçimde ayrılmışlardır. Dent ve ark (83), anneden ayrılmanın 10. ve 18. günlerinde plazma kortikosteron düzeylerinin anlamlı olarak arttığını, anneden ayrılmanın 12. gününde plazma Adrenokortikotropik Hormon'un (*ACTH*) yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bir diğer çalışmada doğumdan sonra 2-14. günlerde 180 dakika süreyle annelerinden ayrılan sıçanlarda median eminens, portal kan ve beyin-omurilik sıvısında Kortikotropin Salgılatan Faktör (*CRF*) artışı, hipotalamusun paraventriküler nükleusunda da *CRF* mRNA'sında artış olduğu saptanmıştır. Bu sıçanlarda tatlı solüsyon tüketiminin azaldığı (*anhedoni*), yeni çevreye uyumun bozulduğu, akustik uyarana iritabilite yanıtının olduğu gözlenmiştir (84). Aynı çalışmada ayrılma sonrasında rafe çekirdeğindeki serotonerjik nöronların tutuşma hızında azalma, 5-hidroksitriptamin (5-HT) ve 5-HT1A reseptörlerinde kalıcı değişiklikler olduğu gözlenmiştir. Serotonerjik nöronların hipokampus, prefrontal korteks gibi çeşitli beyin bölgelerine uzantılar vermesi stres yanıtında serotonerjik sistemin önemli bir rolü olduğunu düşündürmektedir (82). Görüldüğü üzere, özellikle serotonerjik sistem üzerinde yapılan çalışmalar, erken yaşam deneyimlerinin, serotonerjik işlev bozukluğuna yol açarak, daha sonra oluşacak nöroendokrin stres yanıtında alevlenmeye yol açabileceğini düşündürmektedir (80).

Anneden ayrılma çalışmalarındaki diğer bir bulgu hipokampüsteki glukokortikoid reseptörlerinin azaldığının gösterilmesidir (85). Bu bulgu, Hipotalamik-Pitüiter-Adrenerjik (*HPA*) ekseninde negatif geribildirim sonucu oluşan inhibisyonun bozulduğunu göstermektedir. Bir diğer değişiklik ise GABA sisteminde oluşmaktadır (82). Anneden ayrı kalan sıçanlarda merkezi benzodiyazepin ve GABA-A re306 reseptörlerinin yoğunluğunda azalma olmaktadır. Daha çok prefrontal korteks, LC (*locus ceruleus*), amigdala gibi beyin bölgelerinde bulunan bu reseptörlerin yoğunluğunun stres durumunda arttığı düşünülmektedir (84).

Anneden ayrılmanın etkileri beyin görüntüleme çalışmaları ile de incelenmiştir. 2-12 ay süreyle sosyal izolasyon uygulanan puberte öncesi primatlarda posterior korpus kallosum bölgesinin hacminde azalma olduğu saptanmıştır (86). Bu bulgular yazarlara göre erken dönemde meydana gelen yaşam olaylarının uzun dönemde beyinde nörobiyolojik ve yapısal değişiklikler oluşturabileceğini gösteren önemli kanıtlardır.

Klinik öncesi ve klinik çalışma bulguları çoğaldıkça, erken yaşam streslerinin *CRF* ile ilişkili nöronal yapılarda oluşturduğu etkinin strese duyarlı fenotip oluşmasıyla sonuçlandığı

ve bunun depresyon ve kaygı bozukluklarının oluşmasında önemli bir rol oynadığı düşünülmüştür (82). Ayrılık kaygısı bozukluğu da bu sorunlardan biridir.

Sonuç olarak, kişinin ilerideki ilişki biçimlerinin belirlenmesinde yaşamın ilk günlerinde kurulan bağlanma örüntüsünün etkisi tartışılmaz bir gerçektir. Öyle ki, erken bağlanma ilişkisinin gelecekteki sevgi ilişkilerinin prototipi olduğu ileri sürülmektedir (73). Bu nedenle, bebeklik döneminde yaşanan patolojik bağlanma örüntülerinin gelecekteki ilişkiler üzerindeki etkisi (anne-babadan akranlara, akranlardan eş seçimine kadar bağlanma örüntülerinde meydana gelen değişiklikler) günümüzde önemini koruyan bir konu niteliğindedir. Bu noktada, hastanede uzun süreli bakım ve tedavileri yapılan bebeklerin uygun düzenekler oluşturularak anneleriyle sıklıkla temas içerisinde olmalarını sağlamak, emzirme saatlerine ek olarak anne ve bebeğin birlikte geçirebileceği zamanlar yaratabilmenin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

### **Doğum sonu erken dönemde anne-bebek bağlanmasını sağlayan unsurlar**

Bunlar; odanın paylaşımı, ten-tene temas, göz-göze temas, kucaklama, emzirme, bebeğin bakımına katılımdır (87, 88).

**Odanın Paylaşımı (*Rooming-in*):** Normal bir doğumdan sonra anne ve bebek ayrılmamalıdır. Bebek annenin yanına bir beşik içinde verilebilir. Buna “odanın paylaşımı” adı verilir. Bebeğin sürekli olarak anne yanında kalması, annenin sorumluluğunu da başlatılmış olur. Aynı odada kalma annenin istediği zaman bebeğini emzirebilmesinin sağlanması yönünden çok önemlidir. Anne ağır hasta, alkol ya da madde bağımlısı olmadıkça bebek annenin yanına verilebilir (87, 89).

Doğumdan hemen sonra annenin bazı nedenlerden dolayı bebeğiyle aynı odayı paylaşamaması, uzun süre bebeğinden ayrı kalması anne-bebek ilişkisini olumsuz yönde etkiler (89). Bir çalışmada; doğumdan hemen sonra bebekleriyle aynı odada bulunan anneler kendilerine çıplak bir şekilde verilen bebekleriyle fiziksel temasta belirli bir yol izlerken, bebekleri küvözde olan ve doğumdan 12 gün sonra bebeklerini görebilen annelerde bu davranışın gelişmesinin daha uzun sürede olduğu gözlenmiştir (90).

**Ten-Tene Temas (*skin to skin, kanguru bakımı*):** Kanguru bakımı olarak da isimlendirilen anne-bebek arasındaki ten teması, annenin uyarılara oldukça duyarlı olduğu doğum sonrası ilk dakikalarda başlayan, birkaç gün içinde gelişen vazgeçilmez bir bağlılık unsurudur (91, 92). Bu uygulamada bebek bezlenir, çıplak olarak annenin veya babanın göğsü üzerine sol

yana yatırılır veya dik konulur. Sonrasında bebek, annesi ya da babasıyla beraber bir örtü ile sarılarak korunur (93).

### **Prematüre ile anne-baba arasındaki kanguru bakımı**

Günde bir kez 30 dakika ile başlanıp, günde iki üç saate kadar çıkan sürede anne veya babasının göğsüne konulur. Bu yöntem, oksijen tedavisi alan ve nazal CPAP'lı (*Continuous Positive Airway Pressure*) (*Devamlı Pozitif Hava Basıncı*) bebeklerde de uygulanabilir, Hastanede bebeğe verilen diğer bakımlarla bütünleştirilir (91, 92).

Bu girişimler,

- Anneye gebeliğini tamamlama duygusu verir,
- Doğal anne-babalık rolüne daha erken geçmeye olanak sağlar,
- Prematürede ısı dengesinin sağlanmasında etkilidir,
- Apne ve periyodik solunum ataklarını azaltır,
- Bebekteki yoğun bakımın olumsuz etkisini en az düzeye indirir,
- Erken taburculuğa zemin hazırlar (92, 94).

**Kucaklama:** Alışma devresi olan dokunma eyleminden sonra bebeği kucaklama davranışı gelmektedir. Artık anne bebeğini kucaklamakta rahat duruma geldikten sonra tüm vücudu ile bebeğini hissetmek istediğinden ona sarılır. Sarılma anne sevgisinin bir göstergesidir (87, 94). Annelerin büyük bir bölümü, bebeklerini sol göğüsleri üzerinde tutarlar. Böylece bebek annenin kalp seslerini duyabilir ve kendini güvende hisseder. Ayrıca bebek annesinin göğsünün üzerine çıplak olarak konulduğunda hipotermiye girmesi beklenirken ısıtıcı lamba olmadığı halde bebeğin vücut ısısının sadece dizyemle düştüğü bildirilmektedir (95).

**Göz-Göze Temas:** Anneye bebeği ile birlikte olma fırsatı verilirse ilk dakikalarda yüz yüze pozisyonda kaldıkları ve “gözlerini aç”, gözleri ne renk”, “bana bakıyor” gibi bebeği ile sesli iletişim kurarak gözlerini açması istedikleri görülür. Bebek baktığında anne kendini daha yakın hisseder. Bu uyarı bebek için iyi bir ödüldür ve aralarında anlamlı bir ilişki kurulmuş olur. Göz göze iletişim term bebeklerle anneleri arasında olduğu kadar, prematüre bebeklerle anneleri arasında da gözlenmiş ve annelik duygusunun başlangıcı olarak nitelendirilmiştir (87, 95).

**Emzirme:** Anne sütü ile beslenme anne-bebek bağının oluşmasını, yani sevgi dolu bir ilişkinin kolaylaşmasını ve pekişmesini sağlar. İsteyerek ve severek emziren anne, bebeğe güven duygusu verir. Aralarında biyolojik ve ruhsal yönden sağlıklı bir yakınlık doğar. Emziren anneler bebeklerine daha şefkatli davranırlar, bebeğin bakım ve beslenmesi konusunda daha az yakınırlar (89, 94).

## ***E. Ayrılık Kaygısı ve Ayrılık Kaygısı Bozukluğu***

Kaygı (*anksiyete*), kaynağı bilinmeyen ya da anlaşılmayan bir tehlike beklentisinden doğan gerginlik ya da huzursuzluk duygusudur (96). Kaygı, çocuğun duygusal rahatlığının, yaşam kalitesini ya da hedeflerine ulaşmasını engellediğinde patolojik olarak kabul edilir. Diğer bir deyişle kaygı çocuğun günlük yaşamını, aktivitesini etkiliyor, onu yapmak istediklerinden alıkoymuyor ise bu patolojiktir.

Ayrılık Kaygısı Bozukluğunun (AKB) temel özelliği çocuğun evden ya da evde bağlandığı kişiden ayrılmasına bağlı ortaya çıkan ve gelişimsel seviyesine göre beklenenden fazla düzeyde kaygının olmasıdır (8).

### **E. 1. Patogenez**

Ayrılık kaygısı bozukluğu (AKB)'nu açıklarken genetik, ailesel ve biyolojik etmenler üzerinde durulmaktadır.

#### **E. 1. a. Genetik etmenler:**

Günümüzde yapılan çalışmalarda kaygı bozukluklarının genetik kökenli olduğu, genetik etmenlere ailesel özelliklerin eklenmesiyle bozukluğun ortaya çıktığı öne sürülmektedir (8). Yapılan genetik çalışmalarda karakteri belirleyen genler bulunmasına karşın AKB patogenezinde önemli rol oynayan davranışsal bozukluğu kontrol eden özgün bir gen saptanamamıştır.

#### **E. 1. b. Çocuğun karakter yapısı:**

Karakter yapısının AKB patogenezinde oynadığı rolü araştırmaya yönelik yapılan bir çalışmada diğer çocuklara oranla yeni ortamlarda daha mesafeli davranan, çekingen ve sıkıntılı davranışları olan çocuklar, “davranışsal ketlenme”si (*behavioral inhibition*) olan çocuklar olarak tanımlanmıştır (97). Bu çocuklar okul öncesi dönemde utangaç ve çekingen, okul yıllarında ise suskundur. Davranışsal ketlenmenin de çocuk ve ergenler için kaygı bozukluklarına yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmektedir (98, 99). Davranışsal ketlenme ancak 21 ay üzerindeki çocuklarda değerlendirilebilir (96).

### **E. 1. c. Bağlanma:**

Çocuk ile bakım veren kişi arasındaki bağlanma şekli de kaygı bozuklukları gelişiminde önemli rol oynamaktadır.

Çocuğun gereksinimi olduğu zaman bakım veren kişi düzenli olarak çocuğun gereksinimlerini karşılıyorsa, çocukta bakım verenin kendisini koruyacağı ve kendisine yardım edeceği şeklinde güven gelişir. Böyle bir çocuk daha az olasılıkla kaygı duyacaktır ve “güvenli bağlanma” ilişkisi var denebilir. Gereksinimlerine uygun yanıt almamış bir çocuk ise, bakım verenin onu koruyacağına inanmaz ve “güvensiz bağlanma” ilişkisi kurar. Güvensiz bağlanması olan çocuk sıklıkla kaygı gösterir ve bu kaygı güvenli ortam ve koşullarda dahi devam edebilir (69).

Bağlanma ve kaygı arasındaki ilişkinin incelendiği Manassis ve ark'ın (100) yaptığı bir çalışmada, güvensiz bağlanma gösteren çocuklar, güvenli bağlanan çocuklara oranla daha yüksek oranda kaygı bozukluğu göstermişlerdir. Yine Warren ve ark (101), bebeklikteki kaygılı bağlanma ile kaygı bozuklukları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu ve bu şekilde bağlanma gösteren bebeklerin ileriki yaşantılarında kaygı bozukluğu açısından yüksek risk taşıdıklarını ileri sürmüşlerdir.

### **E. 1. d. Nörobiyolojik etmenler:**

AKB patogeneğinde nörobiyolojik etkenlerin varlığına dair yapılan çalışmalardan Rogenes ve ark (102), AKB olan çocukların daha yüksek bazal kalp atım hızı ve kan basıncına sahip olduklarını gösterilmişlerdir. Bu sonuç kaygı sonrası artmış noradrenerjik ve endokrin yanıt olarak yorumlanmıştır. Yine annelerinden ayrı kaldıklarında ağlayan bebeklerin ayrılık sırasındaki bazal EEG kayıtlarında değişiklik olduğu, bebeğin kalp atım hızının yükseldiği gösterilmiştir (7).

Yenidoğan döneminde anneden ayrılma sonrası HPA ekseninde negatif geribildirim sonucu oluşan inhibisyonun bozulduğunu gösteren Meaney ve ark'ın (85) yaptığı çalışma, GABA' erjik nörotransmisyonunda işlev bozukluğunun gösterildiği Caldji ve ark'ın (84) yaptığı çalışma ve 2-12 ay süreyle sosyal izolasyon uygulanan puberte öncesi primatlarda posterior korpus kallosum bölgesinin hacminde azalma olduğunu saptayan Sanchez ve ark'ın (86)



yaptığı çalışma, erken dönemde meydana gelen yaşam olaylarının uzun dönemde beyinde nörobiyolojik ve yapısal değişiklikler oluşturabileceğini gösteren önemli kanıtlardır.

### **E. 1. e. Ailesel etmenler:**

AKB'nun genel nüfusa göre, aynı aile bireylerinde görülme sıklığı daha yüksektir. AKB olan çocukların birinci derece akrabalarında depresyon ve kaygı bozukluğu oranlarının daha yüksek ve ailelerinde işlev bozukluğu sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır (103). Bunun genetik özelliklerinden çok, yetiştirilme tarzı ve aile tutumu ile ilişkili olduğu öne sürülür.

Ayrılık kaygısını yoğun yaşayan aileler değerlendirildiğinde; bu ailelerin çocuklarının anneleri tarafından aşırı özenle büyütüldükleri görülmektedir. Gebelik döneminden sonra bebeğini yoğun bakıma bırakan ve zaman içinde bebeğinin geçtiği sıkıntılı dönemleri onunla beraber yaşayan annenin, taburculuğu takiben, sürekli olarak bebeğini memnun etme ve sevgisini kazanma çabası içerisinde tüm gereksinimlerini karşılayıp, onu sürekli olarak hayal kırıklığına uğramaktan korumaya çalışma ihtimali yüksektir. Yavuzer (104), annelerinin bu koruyucu ve baskılı ortamından bir an olsun uzak kalmamış olan çocukların yabancı bir çevrede ve tanımadıkları insanlarla birlikte günlerini geçirmelerinin çocukları son derece huzursuz ettiğini ileri sürmektedir. Yapılan başka bir çalışmada ise, çocuğun kendisi de farkında olmadan evden uzaklaştığında veya okula gittiğinde, sevdiklerinin başına korkunç şeylerin geleceği korkusuyla evde kalmakta ısrar edip, panik yaşadığı öne sürülmektedir (105).

Ebeveynin veya çocuğa bakım veren kişinin kaygısı, çocukta kaygının artmasına neden olur. Biederman ve ark (106), yaptıkları çalışmada anne-babada kaygı bozukluğu veya depresyon olmasının çocukta AKB gelişimini kolaylaştırdığı göstermişlerdir. Yine aile içi huzursuzluk, madde bağımlılığı, çocuğun hastaneye yatması, aile üyelerinden birisinin kaybı veya hastalığa yakalanması gibi ailesel etmenler de AKB'nun gelişmesini kolaylaştırmaktadır (107).

### **E. 2. Epidemiyoloji**

AKB, çocukların ve genç ergenlerin ortalama %4-5' inde görülür (108). Ayrılık kaygısının nesne devamlılığının ve uygun bakım verenin güven sağladığı ve bilişsel yetilerin

yeterince kazanılmış olduğu 18. aylarda başlaması beklenir (96). Bir çalışmada ise ortalama başlangıç yaşı 7,5 yıl olarak saptanmış olup, prepubertal dönemde ve kızlarda daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır (96, 109).

Tek çocuk olma ya da kardeşlerin olması arasında AKB açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. Diğer kaygı bozukluklarının aksine AKB olan çocuklar %50-75 oranlarında düşük sosyoekonomik düzeyde olan ailelerden gelmektedir (108).

### **E. 3. Klinik Bulgular**

Ayrılık kaygısının temel özelliği çocuğun anne ve /veya baba ile birlikte olmadığı onların zarar göreceklere ya da öleceklerine ilişkin yoğun kaygı duymasındır. Yapılan bir çalışmada çocuklarda anne-babaya kötü bir şeyler olacağı korkusu ve okul reddinin en sık karşılaşılan belirtiler olduğu ileri sürülmüştür (110).

Bu bozukluğu olan bireylerde her evden ya da bağlandığı kişilerden ayrıldığında yineleyici bir biçimde aşırı sıkıntı ve kaygı yaşanması, kendilerinin ya da bağlandıkları kişilerin bir kaza geçirecekleri ya da hastalanacaklarına ilişkin endişeler, kaybolma korkuları, tek başına bir yere gitmekten kaçınma, anne ya da babaya yapışma, yalnız yatamama ve gece kâbusları gibi ruhsal belirtilerin yanında ayrılık durumlarında ortaya çıkan çarpıntı, baş dönmesi, halsizlik, karın ağrıları, baş ağrıları, bulantı ve kusma gibi bedensel yakınmalar da sık görülmektedir (111). Yaşı daha büyük çocuklarda ayrılık sırasında aşırı sıkıntı, adolesanlarda ise okul günlerinde “baş ağrısı, gastrointestinal belirtiler” gibi bedensel yakınmaların daha sık olduğu saptanmıştır (96).

AKB'nun en sık gözlenen belirtilerinden birisi okul reddidir. AKB olan çocukların %75'inde okul reddi, okul reddi olan çocukların ise %80'inde AKB bildirilmiştir (8). 6-8 yaşlarında, kardeşi olmayan ve aşırı bağımlı çocuklarda okul reddi daha sık olarak görülmektedir. Okula devam etme çocuğun stresle ne kadar iyi başa çıkabildiğinin göstergesidir. Çocukların bir kısmında ise okul reddinin nedeni başarısız olma korkusu, öğretmenle yaşanan sorunlar, arkadaşları tarafından dışlanma gibi nedenlerdir (112).

Okul fobisini okul reddinden ayırt etmek gereklidir. Okul fobisi, çocuğun anne babasından ayrılma korkusu olarak değil de, özgün olarak okuldaki bazı şeylerden korkma olarak tanımlanır (113). Sadece okula gitme sırasında yaşanan ayrılma ile ilişkili kaygılar

daha çok okul fobisi, buna karşın okul dışı herhangi bir yerde kaygının yaşanması AKB olarak değerlendirilmelidir.

#### **E. 4. Tanı ve Değerlendirme**

AKB tanısı için, DSM-IV tanı ölçütlerine göre 8 ölçütten 3'ünün olması yeterlidir. Tanı için ek olarak, bu kaygının gerçek dışı, inatçı ve günlük işlevselliği bozacak düzeyde olması gerekir. Belirtilerin en az 4 hafta sürmesi ve 18 yaşından önce başlaması şarttır (114). AKB eğer 6 yaşından önce başlarsa, “erken başlangıçlı ayrılık kaygısı bozukluğu” olarak isimlendirilir.

#### **E. 5. Klinik Seyir**

Her ne kadar AKB'na ilişkin derlemeler son yıllarda artsa da, uzun dönem sonuçlara dair bilinenler göreceli olarak azdır.

Ayrılık kaygısı aslında normal gelişimin bir evresidir. Genellikle tedaviye gerek kalmaksızın iyileşmektedir. Erken tanı konulmuş ve destek verilmiş AKB olguları ise, iyi prognoza sahiptir. En sık belirtisi olan okul reddi, basit davranışsal yaklaşımlarla 2/3 oranında düzelmektedir. AKB olan çocukların %5'i yoğun tedavi gerektirir. Tedavi edilmemiş veya ciddi AKB olan olgular önemli işlev bozuklukları göstermektedir (96).

Çocukluk çağı AKB'nun ileriki yıllarda kaygı bozukluğu görülme riskini artırabileceğine dair görüşleri destekleyen çok sayıda çalışma yayınlanmıştır. Ayrılık kaygısı bozukluğu olan çocuklarda %33-40 oranında ileriki yaşantılarında en azından bir psikiyatrik hastalık görülmektedir (9). Çocukluk çağında AKB öyküsü olan kişiler arasında sosyal fobi, panik bozukluk, agarofobili panik bozukluk, gibi kaygı bozukluklarının arttığı gösterilmiştir (115, 116). AKB olan çocukların prospektif olarak değerlendirildiği çalışmalarda ise, obsesif-kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu ve spesifik fobiler gibi sorunların artmış olduğu saptanmıştır (117). Yine Aschenbrand ve Hayward (117, 118), yaptıkları çalışmada, çocukken AKB tanısı almış olan bireylerde ileriki yaşamlarında major depresif bozukluğun daha sık olarak görüldüğüne dair sonuçlar elde etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda AKB olan ergen ve çocukların, kontrol grubuna kıyasla daha fazla madde bağımlısı oldukları ve daha fazla alkol tükettikleri gösterilmiştir (9).

Aile içi sorunlar, madde bağımlılığı, aile üyelerinden birinin hastalanması gibi nedenlerin yanında, yenidoğan yoğun bakımda uzun süre kalmak da anne bebek iletişimini bozarak AKB'na neden olabilir (96). Bu nedenle çocukluk ve ergenlik döneminde AKB saptanan çocukları erken tanımak kadar, AKB'na neden olabilecek faktörleri engellemek de önemlidir. Bilindiği kadarıyla, yenidoğan yoğun bakımda kalan bebeklerde, AKB'na dair çalışma literatürde yoktur. Bu çalışma bu konuda yapılan ilk araştırmadır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### *Olgular*

Çalışma grubunu Ekim 2008- Ağustos 2009 arasında Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde takibi yapılan ve yenidoğan döneminde yoğun bakım ünitesinde kalan 57 çocuk oluşturdu. Çocuk polikliniğine hafif enfeksiyon veya kontrol nedeniyle getirilen, çalışma grubuyla benzer yaş dağılımına uyan, 50 çocuk kontrol grubunu oluşturdu. Her bir çocuk, önce çocuk hekimi tarafından, ardından da hastaların sosyo-demografik ve tıbbi öyküsünü bilmeyen klinik psikolog tarafından değerlendirildi. Klinik psikolog tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre 8 ölçütten 3'ünü karşılayan ve günlük işlevselliği bozacak düzeyde olan belirtilerin en az 4 hafta sürdüğü hastalar AKB olarak kabul edildi. AKB tanısı alan hastaların aileleri psikiyatri uzmanı ve klinik psikolog eşliğinde bilgilendirilerek, tedavi amaçlı yönlendirildi dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu (DEHB), öğrenme güçlüğü, parmak emme gibi davranış bozukluğu olan hastalar tanı grupları farklı olduğu ve sonuçları etkilemeyeceği düşüncesiyle çalışmadan çıkarılmadı. Ailenin ekonomik düzeyini değerlendirmede Devlet İstatistik Enstitüsü ekonomik düzey verileri esas alındı.

#### **Çalışma grubuna katılma ölçütleri**

1. Anaokula veya ilköğretime devam eden, 6 yaş ve üzeri tekiz doğmuş çocuklar,
2. Yenidoğan yoğun bakımda kalmış olmak,
3. Bilinen ciddi, tıbbi, nörolojik (serebral palsi, mental motor retardasyon, hipoksik iskemik ensefalopati vb) ve psikiyatrik bozuklukların olmaması,
4. Bu çocukların annelerinin en az ilkokul mezunu olup, görüşmeyi kabul etmesi,
5. Ailenin en az orta ekonomik düzeyde olması.

#### *Veri Toplama Araçları*

Araştırmada veriler, klinik görüşme formu (EK-1) ve Ayrılık Kaygısı Bozukluğu Tanı Ölçeği (EK-2) ve Belirti Tarama Envanteri "SCL-90-R"(EK-3) ile elde edilmiştir. Klinik görüşme formunda anneden alınan bilgilere ek olarak varsa hasta ve kontrol grubunun tıbbi özgeçmişini ile ilgili veriler içeren hastane dosyası ve psikiyatrik değerlendirmeleri içeren dosyalardan faydalanılmıştır. Çocukların sosyo-demografik bilgileri, doğum haftası, doğum şekli, yoğun bakımda kalma süresi ve nedeni, mekanik ventilatör uygulanma öyküsü ve

ventilatör tedavisinin süresini de içeren tıbbi özgeçmiş, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik belirtilerin varlığı ve AKB’nda rol oynayabilecek okula ve aileye ait etmenler sorgulanmıştır. Anne tarafından tanımlanan çocuğun kişilik özellikleri, ailenin yakınmaları, yaşanan mevcut problemlerin ebeveynin özgeçmişinde de sorgulanması gibi değişkenler kaydedilmiştir.

Klinik psikolog tarafından her bir çocuk klinik öyküleri alınarak, DSM-IV’e göre uyarlanmış Ayrılık Kaygısı Bozukluğu Tanı Ölçeği (EK-2) ile değerlendirilmiş ve ölçek anne tarafından “evet” veya “hayır” şeklinde yanıtlanmıştır.

Klinik görüşme sonrasında hem kontrol hem de çalışma grubundaki çocukların annelerine, AKB patogenezinde rol oynayabilecek psikolojik belirtilerini tarama maksadıyla SCL-90R (EK-3) ölçeği uygulanmıştır. Her uygulamadan önce, veri toplama araçlarını içtenlikle yanıtlamaları için araştırmanın amacı, önemi, verilerin gizli tutulacağı ve kimlik bilgilerinin gerekli olmadığına ilişkin bilgiler verilmiştir. Ayrıca ölçeğin nasıl yanıtlanacağı hakkında açıklama yapılmıştır.

### ***İstatistiksel Analiz***

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS for Windows 11.5 (SPSS Inc, USA) paket programında yapılmıştır. Değerlendirmelerde, yoğun bakımda kalma durumu ile kategorik verilerin dağılımları araştırılmasında ki-kare ve Fisher’in kesin ki-kare testleri; sürekli özelliğe sahip değişkenler parametrik varsayımlara uygun olduğunda, tek yönlü varyans analizi, Student’s t testi, parametrik varsayımlara uygun olmadığında Mann-Whitney U testi; sürekli değişkenlerin ilişkilerinin araştırılmasında veriler parametrik ise Pearson ve parametrik değilse Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır. Ayrıca ayrılık kaygısı bozukluğuna etki eden faktörleri belirlemek amacıyla, bağımlı değişkenin iki durumlu kategorik değişken olduğu durumlarda, lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Lojistik regresyon analizi sonucunda elde edilen odd’s oranları gösterilmiştir. Tanımlayıcı değerler olarak kategorik veriler için sayı ve yüzdeler; sürekli veriler için ortalama±standart sapma ve/ya ortanca değerleri verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık sınırı  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Araştırma kapsamına, 57'si yenidoğan yoğun bakımda kalan toplam 107 çocuk dâhil edilmiştir. Yoğun bakımda kalan 57 çocuğun yoğun bakımda kalma süresi  $14,4 \pm 13,4$  gün olarak saptanmıştır. Vakaların %51'i (n=29) ventilatör tedavisi almış olup, ventilatör tedavisi süresinin  $5,9 \pm 5,1$  gün olduğu görülmüştür. Yenidoğan yoğun bakımda kalma nedenleri incelendiğinde, en sık neden prematürelilik (n= 15) ( %26) iken, diğer nedenler respiratuar distres sendromu (n= 13) ( %23), yenidoğanın geçici takipnesi (n= 12) (%21), pnömoni (n=7) ( %12), beslenme problemi (n= 2) ( %3,5), sepsis (n=3) (%5,5), intrauterin gelişme geriliği (n= 5) (%9) olarak bulunmuştur. Yenidoğan yoğun bakımda kalan ve kalmayan çocukların demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.Yoğun bakımda kalan ve kalmayan çocuklarda demografik özellikler.**

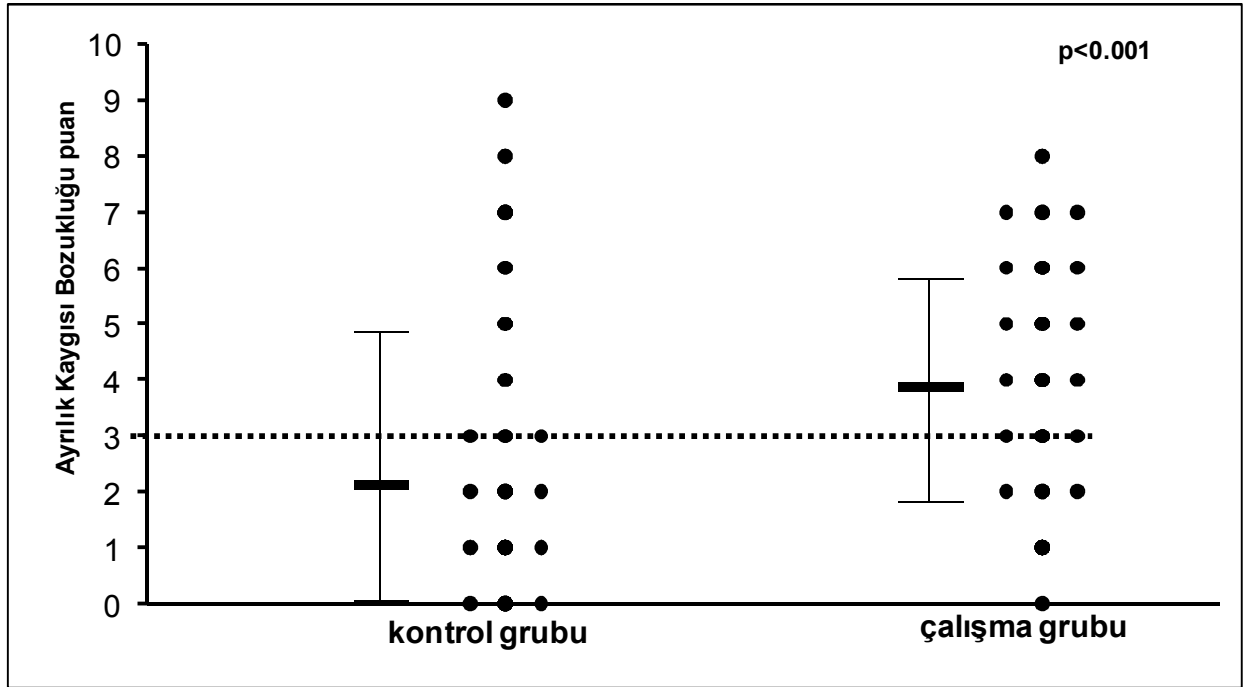
ÖZELLİKLER	Çalışma grubu (n=57 )	Kontrol grubu ( n=50 )
Yaş (yıl)	8,6±2,1	7,96±1,7
Gestasyon Haftası	34,1±3,0	39,0±1,6*
Cinsiyet		
Kız	24 (%42)	27 (%54)
Erkek	33 (%58)	23 (%46)
Doğum şekli	16 (%28)	27 (%54)
Normal Vajinal	41 (%72)	23 (%46) **
Sezaryen		
Doğum Ağırlığı (gram)	2065±75	3278±535*
Bebek bakımı	50 (%88)	24 (%48)**
Anne	7 (%12)	17 (%52)
Diğerleri		
Psikiyatrik hastalık	48 (%84)	45 (%90,0)
Yok	6 (%10)	1 (%2,0) ***
DEHB		
Ayrılık Kaygısı Bozukluğu (puan)	4±2	2,3±2,6 *
Ayrılık Kaygısı Bozukluğu		
Var	33 (%58)	13 (%26)*
Yok	24 (%42)	37 (%74)

\*p<0,001; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,05

Yenidoğan yoğun bakımda kalanlarda, gestasyon haftası ve doğum ağırlığının daha düşük olduğu, sezaryen doğum şeklinin daha yüksek oranda olduğu ve bebek taburcu olduktan sonra, bebeğin bakımının annenin üstlenmesi oranının çalışma grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar açısından değerlendirildiğinde

ise, çalışma grubunda “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda öğrenme güçlüğü 4 vakada (%8) görülmekte iken, çalışma grubunda öğrenme güçlüğü saptanmamıştır. Parmak emme ise çalışma grubunda 3 hastada (%5,3) var iken, kontrol grubunda gözlenmemiştir. AKB puanı (karşılıyan ölçüt sayısı), yoğun bakımda kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak tespit edilmiştir ( $p<0.001$ ). Ayrılık kaygısı bozukluğu puanları “ $\leq 2$  ölçüt” yok ve “ $\geq 3$  ölçüt” var şeklinde değerlendirildiğinde ise, yenidoğan yoğun bakımda kalmayanlarda AKB varlığı oranı %26 iken, yoğun bakımda kalanlarda ise bu oran %58’e çıkmıştır. Yoğun bakımda kalanlarda AKB’nun olması riski 3,9 kat daha yüksektir (OR: 3,9; %95 GA: 1,7-8,9;  $p<0,001$ ). Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Grafik 1).

**Grafik 1. Çalışma ve kontrol grubunda AKB puanlarının dağılımı**



Yatay eksen grupları, dikey eksen ise AKB puanlarını göstermektedir. Yatay ince çizgi AKB için cutoff değerini göstermektedir;  $< 3$  ve  $\geq 3$  ölçüt için bir göstergedir. İçindeki noktalar bireylerin AKB puanlarının dağılımını göstermektedir.

Yenidoğan yoğun bakımda kalan ve kalmayan çocuklarda aile, okul ve anneye ilişkin özellikler incelendiğinde; yoğun bakımda kalmış çocuklarda, kreşi veya okulu reddetme oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yoğun bakımda kalan çocuklarda annelerinin eğitim düzeyinin, arkadaşlarla sorun yaşama ve okul değişikliği oranının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı idi. Ders başarısı açısından değerlendirildiğinde ise, her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0.07$ ). Her



iki grupta kayıp öyküsü olan çocuklar değerlendirildiğinde çalışma ve kontrol grubunda birer çocuğun annesini ilk 1 yılda kaybettiği ve diğer kayıpların aile büyüklerinden olduğu öğrenilmiştir. Diğer özellikler açısından, yoğun bakımda kalan ve kalmayan çocuklar karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 2).

Yoğun bakımda kalan ve kalmayan çocuklarda karakter özelliklerinin dağılımları Tablo 3’de görülmektedir. Buna göre, annenin çocuğuna ilişkin karakter tanımlamalarına bakıldığında, yoğun bakımda kalan çocuklarda “bağımlı” olarak tanımlanma riski 7,8 kat, “duygusal” olarak tanımlanmama riski yaklaşık 2 kat, içe kapanık olma riski 4,5 kat, ürkek davranma riski 2,7 kat, çekingen olma riski 2,8 kat artmakta iken, huysuz yapıda ve güvensiz olma risklerinden her biri 4,5 kat artmaktadır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tanımlanan diğer karakter özelliklerinde ise yenidoğan yoğun bakımda kalan ve kalmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Annenin tanımladığı çocuğun mizaç özellikleri ile ayrılık kaygısı bozukluğu ilişkisi araştırıldığında; AKB olan çocuklarda “düzenli” olarak tanımlanmama riski, “düzenli” olarak tanımlananlara göre 2,6 kat (  $p=0,09$  ) artmakta iken, “iyimser” olarak tanımlanmama riski, “iyimser” olanlara göre 3,2 kat ( $p<0,05$ ), “çekingen” olarak tanımlanma riski, “çekingen” olmayanlara göre 3,1 kat ( $p<0,05$ ) artmaktadır. AKB’nun diğer mizaç özellikleri üzerine istatistiksel olarak anlamlı katkısı olmadığı tespit edilmiştir. AKB olan çocuklarda, kreş ya da okul reddi 6,9 kat (%95 GA: 2,1-22,6) artmakta iken, kötü ders başarısı 6,6 kat (%95 GA: 1,6-26,4) daha fazla görülmektedir.

Annelerin psikiyatrik açıdan değerlendirildiği SCL-90-R ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında, genel belirti düzeyi (GSI), pozitif belirti toplamı (PST) ve pozitif belirti düzeyi (PSDI) açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Buna göre GSI, yoğun bakımda kalan çocukların annelerinde  $0,5\pm 0,4$  iken yoğun bakımda kalmayan çocukların annelerinde  $0,6\pm 0,4$  olarak bulunmuştur. PST, yoğun bakımda kalan çocukların annelerinde  $33,3\pm 18,5$  iken, yoğun bakımda kalmayan çocukların annelerinde  $38,3\pm 19,0$  bulunmuştur. Yine PSDI, yoğun bakımda kalan çocukların annelerinde  $1,4\pm 0,3$  iken, yoğun bakımda kalmayan çocukların annelerinde  $1,4\pm 0,3$  olarak saptanmıştır. Dolayısıyla çalışma ve kontrol grubunun annelerinin psikiyatrik açıdan benzer ve normal dağılım içinde oldukları görülmüştür.

Annelerin psikiyatrik açıdan SCL-90-R ölçeği ile taranmasından elde edilen genel belirti indeksi (GSI), pozitif belirti toplamı (PST) ve pozitif belirti düzeyinin (PSDI) normal dağılım içerisinde olduğu görülmüş ve bu belirteçlerin AKB yüksekliği üzerine anlamlı risk oluşturmadığı görülmüştür ( GSI için, OR: 2,2; %95GA: 0,5-8,9;  $p>0,05$ , PST için OR: 1,0; %95GA: 0,98-1,0;  $p>0,05$ , PSDI için, OR: 1,2; %95 GA: 0,2-6,3;  $p>0,05$  ).

Yenidoğan yoğun bakımda kalan çocuklarda AKB'nun oluşmasına etki edebilecek aile, okul, anne ve diğer bireysel özellikler Tablo 4'de verilmiştir. Yenidoğan yoğun bakımda kalma süresi  $\geq 20$  gün olanlarda AKB olma riski, yoğun bakımda  $< 10$  gün kalanlara göre 8,8 kat (%95 GA: 1,7-46,2) artmaktadır. Yine AKB olma riski, ventilatör tedavisi süresi 4 gün ve üzeri olanlarda, ventilatör tedavisi almayanlara göre 3,3 kat (%95 GA: 0,9-12,5) daha fazladır.

Yoğun bakımda kalan çocuklarda, AKB puanları (AKB'nu tanımlayan ölçüt sayısı) ile AKB'na etki edebilecek değişkenler arasındaki korelasyon araştırıldığında, yoğun bakımda kalma süresi arttıkça, AKB'nun puanının istatistiksel olarak anlamlı oranda arttığı görülmektedir ( $r=0,28$ ;  $P<0,05$ ). Diğer değişkenlerden yaş ( $r = -0,045$ ;  $p>0,05$ ), gestasyon haftası ( $r=-0,097$ ;  $p>0,05$ ), doğum ağırlığı ( $r=-0,152$ ;  $p>0,05$ ), ventilatör tedavisi süresi ( $r=0,18$ ;  $p>0,05$ ), anne yaşı ( $r=0,04$ ;  $p>0,05$ ), kardeş sayısı ( $r=-0,119$ ;  $p>0,05$ ), annenin psikiyatrik değerlendirme sonuçları ( Genel Belirti Düzeyi için  $r=0,22$ ;  $p>0,0$ ; Pozitif Belirti Düzeyi için  $r=0,127$ ;  $p>0,05$ ; Pozitif Belirti Toplamı için  $r=0,107$ ;  $p>0,05$ ) ile AKB puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

**Tablo 2. Yenidoğan yoğun bakımda kalan ve kalmayan çocuklarda aile, okul ve anneye ilişkin özelliklerin dağılımları ve karşılaştırılması.**

<b>Aile, Okul ve Anneye İlişkin Özellikler</b>	<b>Çalışma grubu (n=57)</b>	<b>Kontrol grubu (n=50)</b>
Aile İçi Huzursuzluk		
Hayır	50 (%88)	45 (%90)
Evet	7 (%12)	5 (%10)
Boşanma Durumu		
Yok	53 (%93)	48 (%96)
Var	4 (%7)	2 (%4)
Kayıp Varlığı		
Yok	54 (%95)	48 (%96)
Var	3 (%5)	2 (%4)
Kardeş sayısı		
Yok	10 (%17,5)	8 (%16)
1 kardeş	19 (%33)	23 (%46)
2 kardeş	22 (%39)	14 (%28)
3 kardeş	4 (%7)	5 (%10)
4 kardeş	2 (%3,5)	0 (%0)
Kreşe/okula gitme durumu		
Hayır	9 (%16)	5 (%10)
Evet	48 (%84)	45 (%90)
Kreşi/okulu reddetme		
Hayır	28 (%49)	34 (%68)
Evet	29 (%51)	16 (%32) *
Öğretmenle sorun		
Yok	57 (%100)	48 (%96)
Var	0 (%0)	2 (%4)
Arkadaşla sorun		
Yok	56 (%98)	44 (%88)
Var	1 (%2)	6 (%12) *
Okul değişikliği		
Yok	54 (%95)	37 (%74)
Var	3 (%5)	13 (%26) **
Ders başarısı		
Kötü	19 (%33)	9 (%18)
İyi	38 (%67)	41 (%82)
Anne Yaşı (yıl)	36±5	36±3
Anne Eğitimi		
İlkokul	13 (%23)	0 (%0)***
Lise	25 (%44)	19 (%38)
Üniversite	19 (%33)	31 (%62)
Önceden annenin benzer sorunlar yaşaması		
Yok	51 (%89)	41 (%82)
Var	6 (%11)	9 (%18)
Eşlik eden somatik yakınma		
Yok	54 (%95)	42 (%84)
Var	3 (%5)	8 (%16)

\* p<0,05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0,001

**Tablo 3. Yenidoğan yoğun bakımda kalan ve kalmayan çocuklarda karakter özellikleri.**

Mizaç özellikleri	Çalışma grubu ( n=57 )	Kontrol grubu ( n=50 )	Odd's oranı (%95 GA )
Düzenlilik	19 (%33)	19 (%38)	0,8 (0,3-1,8)
İnatçılık	23 (%40)	18 (%36)	1,2 (0,5-2,6)
Kötümserlik	5 (%9)	5 (%10)	0,8 (0,2-3,2)
Neşelilik	26 (%46)	27 (%54)	0,7 (0,3-1,5)
Bağımlılık	34 (%60)	8 (16)	<b>7,8 (3,1-19,5)**</b>
Bencillik	4 (%7)	3 (%6)	1,2 (0,2-5,5)
Duygusallık	31 (%54)	36 (%72)	<b>0,4 (0,20-1,0)*</b>
Alınganlık	25 (%44)	21 (%42)	1,1 (0,5-2,3)
İyimserlik	24 (%42)	23 (%46)	0,8 (0,4-1,8)
İçe kapanıklık	16 (%28,1)	4 (%8)	<b>4,5 (1,39-14,5)*</b>
Sakarlık	5 (%9)	5 (%10)	0,7 (0,3-3,2)
Utangaçlık	18 (%32)	15 (%30)	1,1 (0,4-2,4)
Telaşlılık	8 (%14)	7 (%14)	1,0 (0,3-3)
Ürkeklik	21 (%37)	9 (%18)	<b>2,7 (1,1-6,5)*</b>
Çekingenlik	28 (%49)	13 (%26)	<b>2,8 (1,2-6,2)*</b>
Kıskançlık	17 (%30)	11 (%22)	1,5 (0,6-3,6)
Şımarıklık	11 (%19)	8 (%16)	1,2 (0,4-3,4)
Sinirlilik	16 (%28)	8 (%16)	2,0 (0,8-5,3)
Kavgacılık	9 (%16)	8 (%16)	0,9 (0,3-2,8)
Huysuzluk	9 (%16)	2 (%4)	<b>4,5 (0,9-21,9)*</b>
Güvensizlik	19 (%33)	5 (%10)	<b>4,5 (1,54-13,2)**</b>

\* p<0,05, \*\*p<0,01

**Tablo 4. Çalışma grubunda, yenidoğan yoğun bakımda kalma ve sonrasındaki klinik ve demografik faktörlerin AKB riski üzerine etkileri.**

Sosyodemografik Özellikler (n=57)	Sayı (%)	Odd's Oranı (%95 GA)
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	24 (%42)	
Erkek	33 (%58)	1,7 (0,6-5,1)
<b>Doğum şekli</b>		
Normal Vajinal	16 (%28)	
Sezaryen	41 (%72)	2,2 (0,7-7,2)
<b>Yoğun Bakımda Kalma Süresi (gün)</b>		
<10	27 (%47)	
10-19	14 (%24)	1,2 (0,3-4,5)
≥20	16 (%29)	<b>8,8 (1,6-46,2)*</b>
<b>Ventilasyon Süresi (gün)</b>		
Yok ( R )	28 (%49)	
1-3	12 (%21)	1,0 (0,3-3,9)
4-9	17 (%30)	<b>3,3 (0,8-12,4)*</b>
<b>Bebek Bakımı</b>		
Anne	50 (%88)	
Diğer	7 (%12)	1,9 (0,3-11,1)
<b>Aile İçi Huzursuzluk</b>		
Yok	50 (%88)	
Var	7 (%12)	1,9 (0,3-11,1)
<b>Boşanma</b>		
Yok	53 (%93)	
Var	4 (%7)	0,7 (0,01-5,4)
<b>Kayıp</b>		
Yok	54 (%95)	
Var	3 (%5)	1,5 (10,1-17,3)
<b>Okul Değişikliği</b>		
Yok	54 (%95)	
Var	3 (%5)	0,34 (0,03-4,03)
<b>Anne Eğitimi</b>		
İlkokul	13 (%23)	1,44 (0,34- 6,06)
Lise	25 (%44)	1,35 (0,40-4,50)
Üniversite ( R )	19 (%33)	
<b>Annede Benzer sorun</b>		
Yok	51 (%89)	
Var	6 (%11)	4,1 (0,45-37,7)
<b>Eşlik Eden Somatik Yakınma</b>		
Yok	54 (%95)	
Var	3 (%5)	0,3 (0,03-4,03)

( R ) : referans kategoriyi göstermektedir, \*p<0,05; \*\*p<0,01

Yoğun bakımda kalan çocukların demografik özelliklerinin, AKB puanları ile ilişkisi araştırıldığında, AKB'nu tanımlayan ölçüt sayısı arttıkça, kreşi/okulu reddetme oranının arttığı ve ders başarısının düştüğü görülmektedir. Bu sonuç, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 5).

**Tablo 5. Yenidoğan yoğun bakımda kalan çocukların, demografik özelliklerine göre aldıkları AKB puanlarının karşılaştırılması.**

ÖZELLİK	N	Ortalama±SD	p
<b>Cinsiyet</b>			
Kız	24	3,5±1,9	>0,05
Erkek	33	4,0±2,0	
<b>Doğum şekli</b>			
Normal	16	3,31±1,96	>0,05
Sezeryan	41	3,98±1,98	
<b>Yoğun bakımda kalma süresi(gün)</b>			
<10	27	3,37±2,24	
0-19	14	3,57±1,91	>0,05
>=20	16	4,69±1,25	
<b>Ventilatör tedavisi alma süresi gruplandırma (gün)</b>			
Yok	28	3,67±2,2	
1 - 3	12	3,4±1,7	>0,05
4 - 9	17	4,4±1,7	
<b>Bebek bakımı</b>			
Anne	50	3,8±1,9	>0,05
Diğer	7	4,0±2,6	
<b>Aile içi huzursuzluk</b>			
Hayır	50	3,6±1,9	>0,05
Evet	7	5,1±2,3	
<b>Boşanma durumu</b>			
Yok	53	3,8±1,9	>0,05
Var	4	3,7±2,6	
<b>Kayıp durumu</b>			
Hayır	54	3,8±2,0	>0,05
Evet	3	3,6±0,6	
<b>Krese/okula gitme</b>			
Hayır	9	3,5±1,6	>0,05
Evet	48	3,8±2,0	
<b>Kresi/okulu reddetme</b>			
Hayır	28	2,9±1,6	<0,001
Evet	29	4,6±1,9	
<b>Okul değişikliği</b>			
Yok	54	3,8±1,9	>0,05
Var	3	3,0±3,0	
<b>Ders başarısı</b>			
Kötü	19	4,7±1,4	<0,01
İyi	38	3,3±2,0	
<b>Anne eğitimi</b>			
İlkokul	13	4,2±2,1	
Lise	25	3,9±1,8	>0,05
Yüksek	19	3,3±2,1	
<b>Önceden annenin benzer sorunlar yaşaması</b>			
Yok	51	3,6±1,9	
Var	6	5,0±2,2	>0,05
<b>Eşlik eden somatik yakınma</b>			
Yok	54	3,9±1,9	>0,05
Var	3	2,0±1,7	

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma, yenidoğan döneminde yoğun bakımda kalmanın AKB sıklığını artırdığını ve bu artışın kalma süresi ile doğru orantılı olduğunu göstermiştir. Günümüzde hem yardımcı üreme tekniklerinin artmasıyla prematüre doğum sayısı çoğalmış, hem de ilerlemiş teknoloji ve yoğun bakımdaki gelişmelere paralel olarak bu bebeklerin yaşam sürelerinin uzaması onların yoğun bakımda daha uzun süreli takip ve bakım gerekliliğini doğurmuştur. Bebeğin erken dönemde karşılaştığı stresin, strese duyarlı fenotip oluşmasıyla sonuçlandığı ve bunun depresyon ve kaygı bozukluklarının oluşmasında önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.

Doğum ailenin merkezinde bulunduğu bir olaydır. Doğum sonrasında bebek, prematür doğum, düşük doğum ağırlığı ya da solunumsal hastalık nedeniyle yoğun bakıma ihtiyaç duyabilir (2, 10). Bu bebekler çoğunlukla yaşamlarını bağımsız olarak sürdüremezler ve bu yetiyi kazanacakları zamana kadar yenidoğan yoğun bakım ünitesinin desteğine ihtiyaç duyarlar (10). İlerlemiş teknoloji ve yoğun bakımdaki son yıllardaki gelişmeler, neonatal bakım yapılan bebekler arasında mortalitede azalmaya neden olmuştur (12). Son yıllarda yardımcı üreme tekniklerinin kullanılmasında artış ve bununla ilişkili olarak çoğul gebeliklerin artmasıyla daha erken gestasyon haftalarında doğum oranları da çok artmıştır. Bebek ne kadar prematüre ise o kadar uzun süre yoğun bakım gerektirmektedir (15). Bu da uzayan yoğun bakım süresi ile beraber çeşitli problemleri de beraberinde getirmektedir. Bunların başında öğrenme güçlüğü, düşük ortalama IQ puanı, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, konuşmada gecikme, duyuşsal problemler ve çeşitli kişilik problemleri gelmektedir (13).

Hastanede uzun süreli tedavi alması gereken bebeklerin annelerinin göstereceği ilgi, bakım ve sevgiden uzak kalmaları, yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bebekler sağlıklarına kavuşsalar bile psikolojik açıdan birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar (3). Önceleri bu bebeklerin sadece yaşatılmalarına çalışılıp, sonraki hayatları üzerinde fazla durulmazken, son zamanlarda nörogelişimsel sonuçlar daha fazla araştırılmaya başlanmıştır. Bu nedenle günümüzde bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki ruhsal gelişim daha da önem kazanmıştır (5). Özellikle doğumdan sonraki saatlerde başlayan ve yaşamın ilk altı ayında belirginleşen, kişinin ilerideki yaşantısındaki ilişki örüntülerinin belirlenmesinde önemli bir yeri olan bağlanma, bu dönemde temel bakım veren kişi ile sürekli ve kaliteli bir

ilişki üzerine kurulmaktadır (52).Bu ilişkide temel bakımı veren kişi ölüm ve ağır hastalık dışında annedir (75). Bebeğin, sosyal ve duygusal açıdan gelişebilmesinde bakıcının duyarlılığı mevcut bağın kuvvetlenmesini sağlamaktadır. Aynı şekilde bebeğin kendisini ifade edebilmesi ve ortaya koyabilmesinde de anne-baba-çocuk ilişkisinin hem duyarlılığı, hem de devamlılığı önem arz etmektedir (63, 65).

Hastalığın seyrine göre hastanede kalış süresinin uzamasının bebek üzerine etkilerinin incelenmesi, özellikle ileriki yaşantısında depresyon ve kaygı bozuklukları gelişebilmesi açısından önemlidir (82). Hastanede yatan çocuklarda AKB geliştiği gösterilmiş (96), yenidoğan dönemindeki ayrılıkta ise bağlanma bozukluğu riskinin arttığı saptanmıştır (3). Ancak yenidoğan dönemindeki ayrılığın AKB üzerine etkisi değerlendirilmemiştir. Bu çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bebeklerde AKB gelişme oranı %58 olup, kontrol grubunda bu oran %26 olarak saptanmıştır. Yoğun bakımda kalanlarda AKB olma riski istatistiksel olarak anlamlı şekilde 3,9 kat daha fazladır. Yine çalışma grubunda yoğun bakımda kalma süresi uzadıkça hem AKB'nu karşılayan ölçüt sayısı, hem de AKB olma riski artmaktadır. Erken bebeklik döneminde annelerinden ayrılarak yoğun bakıma konulan bebeklerde, ileriki yaşantılarında anneyi tekrar kaybetme, ayrılığı tekrar yaşama korkusunun bir kaygı bozukluğu şeklinde kendini göstermesi, daha önce yapılan çalışmalar ile uyumludur (82). Bilindiği kadarıyla, yenidoğan yoğun bakımda kalan bebeklerde, ciddi mental hastalık için bir risk faktörü olan AKB'na dair çalışma literatürde yoktur. Bu çalışma bu konuda yapılan ilk araştırmadır. Lewinsohn ve ark (9) tarafından yapılan, geriye dönük olarak değerlendirildiğinde içerisinde AKB da olan çeşitli mental problemleri olan genç erişkinlerin 30 yaşına kadar prospektif takip edildiği çalışmada AKB, panik bozukluk ve depresyon gibi ciddi mental hastalıklar için güçlü risk faktörü olarak bulunmuştur. Bu nedenle çocukluk ve ergenlik döneminde AKB saptanan çocukları erken tanımak kadar, AKB' na neden olabilecek faktörleri engellemek de önemlidir.

AKB'nda semptomların ortaya çıkmasını tetikleyen faktörleri araştırmak, koruyucu hekimlik açısından önemli bir adımdır. Doğumun ardından, ilk tensel temasın sağlanmasıyla birlikte bağlanma ilişkisinde ilk ciddi adım da atılmış olmaktadır. İlk temas bağlanma ilişkinin oluşum sürecinde olmazsa olmaz bir öge değildir. Ancak ilişkiyi güçlendireceği düşünülmektedir (52, 119). Cynthia ve ark (70), bağlanma ilişkisinin en erken dönemde, doğumdan sonraki saatlerde ve günlerde oluştuğunu belirtmektedirler. Aynı yazarlar, bebeğin ve annenin, ilk temastan ve daha sonraki birliktelikten uzak kalmaları bağlanmanın niteliğini



etkilemektedir. Bağlanmanın temelini oluşturan ve ilişkide en önemli rolü üstlenen annenin ruhsal durumunun hamileliğin başından itibaren önemli rol oynadığını ve bu durumun doğumdan sonraki bir yıl içinde de devam ettiğini göstermişlerdir. Doğum şeklinin, bağlanma örüntüsü üzerine olan etkisini araştıran ve 30 prematüre bebeğin, 30 term bebekle karşılaştırıldığı bir çalışma zamanında doğan bebeklerle erken doğan bebekler arasında ilk bağıllık ilişkisinin kurulmasında farklılık olduğunu göstermektedir (52). Bu çalışmada bağlanma davranışının değerlendirildiği “Bağlanma Sorgulama Anketi” incelendiğinde, erken doğan bebeklerin zamanında doğan bebeklere göre daha düşük puanlar aldıkları görülmektedir. Erken doğan bebeklerin, zamanında doğan bebeklerin 3. aydaki bağlanma örüntülerini ancak 9. ayda yakaladıkları görülmüştür. Emzirme, dokunma, altını temizleme ve sevmeye gibi bebeğin birincil ihtiyaçlarını doğrudan karşılayamayan annelerin, bebekleriyle ilk kez bir araya geldiklerinde sorunlar yaşadıkları da görülmektedir. Yapılan araştırmalar erken doğan bebeklerle, zamanında doğan bebeklerin anneleriyle ikili ilişkilerinin farklı olduğunu göstermektedir (52, 120). Prematür bebekler genel olarak daha az uyanık olup, daha az hareket ederler, aynı zamanda dikkatleri de azdır (121). Prematüre bebeklerin bu özellikleri, ailelerin bebeklerinin isteklerini ve duygularını anlamalarını, cevap vermelerini ve onları uyarabilmelerini güçleştirmektedir. Çoğunluğunu prematüre bebeklerin oluşturduğu çalışma grubunda AKB’nun daha fazla görülmesi, bu bebeklerin doğum haftalarına bağlı olarak, daha sık ve daha uzun süre ventilatör ihtiyacının varlığı ve sonrasında tekrar hastaneye yatış riskinin daha yüksek olmasından kaynaklanabilir. Aynı zamanda birincil bakım veren kişiden daha uzun süre ayrı kalarak bağlanma örüntülerini geç yakalamaları ve sonrasında annelerin bu bebekler ile baş başa kaldığında sorunlar yaşaması da AKB görülme sıklığını artırabilir.

Literatür incelendiğinde erken doğan bebeklerle zamanında doğan bebeklerin bağlanma örüntülerine ilişkin çelişkili bilgilerle karşılaşılmaktadır. Yenidoğan dönemindeki ayrılığa ilişkin olarak, hastanede uzun süreli tedavisi ve bakımı yapılan bebekler arasında “*Bebeklik ya da Erken Çocukluk Dönemindeki Tepkisel Bağlanma Bozukluğu*” riski yüksek bulunmuştur (3). Bozukluk, beş yaşından önce başlamakta ve bebeğin ya da küçük çocuğun yaşamındaki pek çok alanda önemli bozulmaya neden olmaktadır. Goldberg ve ark (72) tarafından yapılan, düşük doğum ağırlığı olan bebeklerin en erken 6. haftada olmak üzere bağlanmalarının incelendiği çalışmada, erken ilişkide desteklendiklerinde prematüre bebeklerin genellikle güvenli bağlanma ilişkisi kurabildikleri gösterilmiştir. Bu durumda hastanede bakım veren ekibin kalitesi -yeterli işgücü ve teknik donanıma sahip olma gibi-

annenin bebeğini görebilmesi ve tinsel temas sağlayabilmesi, hastaneden çıktıktan sonra bebeğe alışma sürecinde destek sağlama gibi üzerinde durulması gereken faktörler ön plana çıkmaktadır.

Araştırmamızda yoğun bakımda kalma nedenlerine bakıldığında, literatür ile uyumlu olarak, hastaların büyük kısmının prematürite ve prematüriteye en sık eşlik eden respiratuar distress sendromu tanısı aldığı olduğu görülmektedir. Yoğun bakımda kalan hastaların yarısı ventilatör tedavisi almış ve ortalama  $5,9 \pm 5,1$  gün süre ile tedavi devam etmiştir. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, 4 gün ve üzerinde ventilatör tedavisi almış olmak AKB riskini 3,3 kat artırmaktadır. Ventilatör tedavisi yoğun bakımda bebeğin karşılaştığı en karışık tedavilerden birisidir. Hem ventilatör tedavisi ve hem de bu tedaviye bağlı gelişebilecek komplikasyonlar yoğun bakımda kalma süresini uzatarak, bebeğin anne ile yaklaşmasına, dolayısıyla ancak anne figüründen yansıyan sıcaklıkla oluşabilecek bağlanmasına engel olmaktadır. Yapılan bir çalışmada ailelerin, yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki bebeklerini daha kırılgan olarak algıladıkları ve ona dokunmaktan korktukları, yoğun bakım süreci ve sonrası için daha kaygılı oldukları gösterilmiştir (122). Ventilatör tedavisi aynı zamanda ebeveyni de tedirgin etmekte, değil kucağa almak, temas etmede bile, bebeğe zarar verir korkusuyla çekingen ve mesafeli davranmaya neden olmaktadır.

Çalışma grubunda sezaryen ile doğum oranının, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olması, yine doğum ağırlığının çalışma grubunda önemli oranda daha düşük olarak saptanması, yoğun bakımda uzun dönem kalan bebeklerin çoğunluğunun prematüre veya düşük doğum ağırlığı olması ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan çocukların cinsiyet dağılımları incelendiğinde, çalışma grubunda erkek çocukların istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber daha fazla oranda olduğu görülmektedir. Bu sonuç, mortalitesi daha fazla olan erkek bebeklerin, yenidoğan yoğun bakımda daha sık ve daha uzun süre kalma gerekliliği ile açıklanabilir. Literatürde AKB'nun kızlar ve erkeklerde eşit oranlarda görüldüğü bildirilmiştir (123). Bu çalışmada AKB olan çocuklarda erkek cinsiyet oranının, istatistiksel olarak anlamsız olsa da, daha yüksek olmasında sosyo-kültürel değişkenler rol oynamış olabilir. Ülkemizde kız çocukları erkek çocuklara göre, daha fazla ev ortamı içinde tutulma eğilimindedir. Dolayısıyla erkek çocuklarda ayrılığa bağlı olarak ortaya çıkan belirtiler toplumsal açıdan daha az hoşgörülle karşılanıp hastaneye başvuruyu kolaylaştırırken; aynı belirtiler kızlar için daha doğal

karşılıp ailenin kendi olanaklarıyla çözümlenmeye çalışılıyor olabilir. Başka bir açıdan ise erkek cinsiyet hâkimiyeti, çalışma grubunun tamamının yenidoğan yoğun bakımda kalan çocuklardan oluşması ve yoğun bakım da erkek bebeklerin oranının zaten daha fazla olması ile ilişkilendirilebilir.

AKB olan çocukların düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerden geldiği bildirilmektedir (123). Literatürde AKB tanısı konan çocukların düşük sosyo-ekonomik düzeyli ailelerden geldiği bulgusu, bu çocukların tek ebeveynli parçalanmış ailelerden gelen bireyler olmaları ile desteklenmektedir. Bu çalışmada hem kontrol hem de çalışma grubu orta-yüksek sosyo-ekonomik düzeyli ailelerden seçilerek, AKB patogenezinde yer alan çevresel nedenlerin en azından bir kısmının dışlanması hedeflenmiştir.

Birinci ve 4. aydaki bebeklerin karakter özelliklerini araştıran ve anket yardımıyla yapılan bir çalışma, ilerideki bağlanma ilişkisini yordayabilmek amacıyla ilk aylarda, anne-bebek arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve yapılan gözlemlerin önemi açısından dikkat çekicidir (120). Annenin bebeği ile geçirdiği zaman dilimi ve bebeğin ihtiyaçlarına cevap verme yeterliği, anne-bebek bağlanma ilişkisi açısından değerlidir. Bağlanma ilişkisinin niteliğini annenin belirlediği ve ilişkinin odağında “anne” olduğu göz önünde bulundurulursa, bebeğin bakımını annenin üstlenmesi daha da önem kazanmaktadır (75). Levine ve ark (124), yenidoğan sıçanların çeşitli çevresel etkenlere karşı HPA eksenindeki değişiklikleri değerlendirdikleri bir çalışmada, erken yaşam deneyimlerinin HPA ekseninde kalıcı değişikliklere neden olduğunu, anne davranışının da bu ekseninde değişikliklere yol açtığını göstermişlerdir. Örneğin besleme davranışı yenidoğanda adrenal bezde *down regülasyona* yol açarak strese karşı ACTH yanıtına duyarlılığı azaltır. Yirmidört saat süre ile anne ile beslenme dışında vakit geçirmek, yenidoğanların HPA sisteminde *down regülasyona* neden olmuştur. Öte yandan annelerinden ayrılan sıçanlarda merkezi sinir sistemi gelişiminde önemli rolleri olan büyüme hormonu ve ornitin dekarboksilaz enziminde azalma olduğu gösterilmiştir. Bu azalmanın anneden kaynaklanan dokunma uyarısının eksikliğine bağlı olduğu düşünülmüştür (124). Bir diğer önemli konu da çevresel etkilerin anne karnındaki dönemde dahi stres yanıtını biçimlendirebilmesidir. Ward ve ark (125), bu konuya ilişkin, doğum öncesi stresle ilişkili olarak sıçanlarda yaptıkları çalışmada annelerine stres uygulanan sıçanlarda ACTH'nın arttığını, hipokampal glukokortikoid reseptörlerinin azaldığını ve amigdalada CRF miktarının yükseldiğini göstermişlerdir. Strese karşı oluşan bu nörobiyolojik değişimlerden bazıları doğum sonrası dönemde anne bakımı ile değişmiştir.

Muller-Nix (126), olumlu ve erken anne-bebek etkileşiminin sonraki dönemde bebeğin annesiyle daha güvenli bir ilişki oluşturması, okul öncesi çocuğun daha az davranış problemi göstermesi ve okul çağında bilişsel alanda daha iyi gelişim göstermesi ile yakın ilişkili olduğunu gözlemlemiştir. Burada özellikle doğum sonrası anne bakımının üzerinde durmak gereklidir. Araştırmamızda yoğun bakımda kalan bebeklerin taburculuk sonrası bakımını, daha yüksek oranda annelerin üstlendiği görülmektedir. Çalışma grubundaki bebeklerin annelerinin %88'inin yoğun bakımdan sonra bebeğin bakımını üstlendiği, %12'sinin ise babaanne-anneanne veya bakıcı destekli büyütüldüğü gözlenmiştir. Bu bilgi, çalışma grubundaki bebeklerin yoğun bakım sonrası birincil bakıcının desteğini daha fazla almış olmalarına rağmen artmış AKB oranının nedeninin hem erken dönemdeki ayrılıktan anne ve bebeğin etkilenmesinden kaynaklanabileceğini hem de annelerin bebek ile baş başa kaldıktan sonra sorunlar yaşamış olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda yenidoğan yoğun bakımdan taburcu olduktan sonra anneye eşi veya aile büyükleri tarafından verilen destek ve yönlendirme de etkili olmuş olabilir. Bu bağlamda ailenin çocuğu yetiştirme tarzı da önem kazanmaktadır.

AKB patogeneğinde ailenin çocuğa ilişkin tutumları ve yetiştirme biçimleri de rol oynamaktadır. Ayrılık kaygısını yoğun yaşayan aileler değerlendirildiğinde, çocukların anneleri tarafından aşırı özenle büyütüldükleri görülmektedir (96). Hirshfeld ve arkadaşlarının yaptığı, anne-babanın çocuğa karşı gösterdiği eleştirici/yargılayıcı ve/veya duygusal yönden müdahaleci tutumları ifade eden “gösterilen duygulanımın” (*expressed emotion*), çocuğun psikopatolojisi üzerine etkilerinin değerlendirildiği bir pilot çalışmada annenin gösterdiği aşırı koruyucu ve fedakâr davranışın AKB ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (127).. Ebeveynin veya çocuğa bakım veren kişinin kaygısı, çocukta kaygının artmasına neden olmaktadır (128). Aileler, yenidoğan yoğun bakımda kendilerini yüksek düzeyde stres ve çaresizlik duyguları hissederler. Çünkü sağlıklı bebeklerinin hayalinin ve ona kavuşturma mutluluğunun riske girmesi söz konusudur. Üstelik çoğu zaman, yoğun bakımda yatış süresinde ve sonrasında prematüre bebeklerine nasıl bakacakları ve nasıl ilişki kuracakları konusundaki bilgileri yetersizdir. Yenidoğan yoğun bakımda bebeğin yaşadığı zorlu sürece şahit olan ve uzun süre bebeğinden ayrı kalan anne-baba, bebek eve geldiğinde, çocuklarına aşırı derecede düşkün davranarak ya da çocuğun başına kötü şeylerin geleceği kaygısıyla çocuğu hep ev içinde ve göz önünde tutmaya çalışarak bireyselleşmesine daha az izin veriyor olabilir. Bu da, yoğun bakımda kalan çocuğun, sonrasında farkında olmadan evden

uzaklaştığında veya okulda gitmesi gerektiğinde evde kalmakta ısrar ederek, zorlanmasına ve kaygı yaşamasına neden olabilir. Şu halde yoğun bakımda kalmış olmak, tek başına çocukta AKB riskini artırdığı gibi, aynı zamanda ebeveynin çocuğa çok düşkün ve kaygılı davranmasına neden olarak da AKB gelişmesine farklı bir yoldan katkıda bulunabilir.

Okul fobisi olan 6 çocuğun ailelerin ve pedigrilerinin psikopatolojik açıdan değerlendirilip, kontrol grubuyla karşılaştırıldığı Berstein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, AKB olan çocukların birinci derece akrabalarında depresyon ve kaygı bozukluğu oranlarının daha yüksek ve ailelerinde işlev bozukluklarının daha sık olduğu saptanmıştır (103). Biederman (98), anne-babada kaygı bozukluğu ve depresyon olmasının, çocuktaki AKB gelişimini kolaylaştıracağını ileri sürmektedir. Yapılan başka bir çalışmada AKB olan çocukların annelerinin %83'ünün yaşamlarında bir kaygı bozukluğu öyküsüne sahip olduğu bulunmuştur. Bu annelerin %57'si çocukları ile eş zamanda tanı almışlardır (129). Ülkemizde yapılan bir araştırmada AKB olan çocukların anneleri, Eysenck Kişilik Envanteri eksenlerinden nevrotik özellikler ve psikotizm boyutlarında yüksek puanlar almıştır (130). Bir başka çalışmada da okul korkusu olan çocukların annelerinde depresif belirti düzeyleri yüksek bulunmuştur (131). Bu araştırmada, yoğun bakımda kalan çocukların AKB oranlarının yüksek olmasına annenin psikiyatrik durumunun katkısını belirlemek amacıyla yapılan SCL-90-R taramasında, GSI, PST, PSDI değerleri normal sınırlarda olup, çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yine anne, çocukluğunda benzer yakınmalar yaşadığına ilişkin sorgulandığında, her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamış ve AKB'nu tanımlayan ölçüt sayısı üzerine de istatistiksel olarak anlamlı etki göstermemiştir. Bu çalışmada babaların psikiyatrik açıdan değerlendirilmesinin yapılmaması, diğer kardeşlerde benzer şikâyetlerin sorgulanmaması çalışmanın eksikliğidir. Ancak çalışmada aile içi huzursuzluk veya boşanma varlığı sorgulanarak aileden kaynaklanan çevresel etmenler değerlendirilmiştir. Çünkü AKB'nun ortaya çıkmasını kolaylaştıran etmenler arasında çocuğun hastaneye yatması olduğu kadar, evlilik sorunları, aile üyelerinden birisinin hastalanması/kaybı da bulunmaktadır (107). Bu çalışmada kardeş sayısı ve ailede kayıp öyküsü açısından gruplar değerlendirildiğinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Boşanma varlığı ve aile içi huzursuzluk çalışma grubunda daha fazla olarak görülse de, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Oysaki yoğun bakımda kalanlarda AKB varlığına etki eden faktörleri belirlemek amacı yapılan lojistik regresyon analizinde aile içi huzursuzluk, AKB tanımlayan ölçüt sayısı üzerine istatistiksel olarak sınırda anlamlı etki göstermektedir.

AKB'nun çevresel etmenlerce belirlenebildiği göz önünde bulundurulduğunda, annenin evde bulunup bulunmaması çocukların belirti dağılımını etkileyen bir unsur olarak görülebilir. AKB olan çocukların annelerinin eğitim düzeyinin, herhangi bir sorun karşısında çocuklara yaklaşımında farklılıklara neden olabileceği de göz önüne alındığında; kontrol grubundaki annelerin eğitim düzeyinin, çalışma grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. AKB tanısı almış 166 çocuğun sosyodemografik ve klinik özelliklerin değerlendirildiği geriye dönük bir çalışmada, annesi ev kadını olan çocuklarda AKB'nun en sık klinik belirtisi olan okula gitmeme ya da okula gitmek istememe yakınması, çalışan annelerin çocuklarına göre daha sık ve bu çocukların okula gidemedikleri süre daha uzun bulunmuştur. Bu sonuca göre annesi evde olan çocukların belirtilerini sürdürebilmek için daha uygun bir ortam bulabildikleri düşünülmüştür (8). Bizim araştırmamızda ise kontrol grubundaki annelerin eğitim düzeyinin daha yüksek olması, bebeğin yoğun bakım ihtiyacında azalmaya neden olabilecek antenatal bakım hizmetlerinden faydalanma olasılığının artmasıyla ilişkili olabilir. Yine eğitim düzeyi yüksek anneler belirtileri erken dönemde fark edip, çocuğun işlevselliği bozulmadan destek almış olabilirler. AKB'na etki eden parametrelerin değerlendirildiği lojistik regresyon analizinde ise literatürün aksine, eğitim düzeyinin anlamlı etkisine rastlanılmamıştır.

Anne yaşı açısından değerlendirildiğinde, çalışma grubunun annelerinin daha ileri yaşta olduğu görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışma grubunda anne yaşının daha fazla olması bu yaş grubunda fertilitenin göreceli olarak azalmasıyla beraber yardımcı üreme tekniklerine başvuru oranının artmasıyla ilişkili olabilir.

Spitz, anne yoksunluğunun bebek üzerine etkilerini ilk çalışan araştırmacılardan birisidir. Spitz (132), bir enstitüde; annelerinden veya annelerinin yerine geçen kişiden ayrılan bebekleri takip ettiği çalışmasında bu bebeklerin belirgin şekilde yüksek mortalite oranları olduğunu, sık enfeksiyon geçirdiklerini ve büyüme ve gelişmelerinin geriden seyrettiğini gözlemlemiştir. Bu bebekler, üzüntülü, sürekli ağlayan beslenmeyi reddeden, kilo kaybı olan, gelişimi geri, toplumdan geri çekilme ve içe kapanma özelliklerine sahiptiler. Bebekler anne yanına tekrar verildiklerinde ani, dramatik bir şekilde iyileştiler. Yine Perry ve ark (133) tarafından bağlanma ilişkisinin niteliği konusunda okul öncesi çocuklarla yapılan çalışmanın sonuçları incelendiğinde; güvenli bağlanma geliştiren çocukların yaşlarına göre sosyal becerilerinin yüksek, olumlu duygulanımlarının olumsuz duygulanıma göre daha fazla olduğu, yetişkinlerle işbirliği ve uyum içerisinde bulunabildikleri görülmüştür. Güvensiz

bağlanma geliştiren çocuklarınsa, sosyal izolasyona eğilimli, sinirli, rahatsız, huzursuz, akranlarına ve öğretmenlerine karşı saldırgan, uyumsuz, depresif, imgeleme gerektiren oyunlarda başarısız oldukları ve sorumluluklarını yerine getiremedikleri gözlenmiştir (133).

Bu çalışmada annelerin çocuklarına ilişkin tanımlamalarına bakıldığında; yenidoğan yoğun bakımda kalan çocukların kontrol grubundaki çocuklara oranla, istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha bağımlı, daha içe kapanık, daha çekingen, daha ürkek, daha güvensiz ve daha huysuz oldukları görülmektedir. Çalışma grubunun anneleri ise çocuklarını, kontrol grubunun annelerinin tanımlamaları ile kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha duygulu olarak tanımlamışlardır. İnatçılık, bencilik, alınganlık, iyimserlik, utangaçlık, telaşlılık, kıskançlık, şımarıklık, sinirlilik, kavgacılık özellikleri çalışma grubunun çocuklarında daha sık tanımlanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuçlar literatürde bulunan az sayıdaki çalışma ile uyumlu olup, yenidoğan yoğun bakımda kalmak, bağımlı olma riskini 7,8 kat, içe kapanıklık riskini 4,5 kat, ürkeklik riskini 2,7 kat, huysuzluk ve güvensizlik risklerinden her birini 4,5 kat artırmaktadır. AKB'nun kişilik özellikleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde ise, AKB'nun, çekingen olma riskini 3,1 kat, kötümser olma riskini 3,2 kat yükselttiği görülmektedir.

AKB'nun temel özelliği evden ya da bağlandığı kişiden ayrılmaya bağılı aşırı kaygı duyulmasıdır. Francis ve ark (110), AKB tanısı almış 45 çocukta yaptıkları bir çalışmada, çocuklarda anne-babalarına zarar gelecek endişesinin, gece kâbuslarının ve okul reddinin en sık karşılaşılan belirtiler olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada AKB olan çocukların daha sık bedensel yakınmaları olduğu ve bedensel yakınması olanların da daha sık okul reddi yaşadıkları gösterilmiştir. Bu çalışmada ise, literatür ile uyumlu olarak, AKB olan çocukların, okul değişikliği, öğretmen ve arkadaşlarla yaşanan sorunlar olmaksızın, yarısından fazlasında istatistiksel olarak anlamlı oranda okul reddi vardır ve paralel olarak, AKB'nu sağlayan kriter sayısı artıka okul başarısı düşmektedir. Eşlik eden somatik yakınmalar, kontrol grubunda daha fazla yaşanmasına rağmen bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Elde edilen sonuçlar, Zeanah ve ark (51) tarafından yapılan, yaşamın ilk üç yılında anne-babasına güvensiz bir şekilde bağlanan çocukların, okul öncesi dönemde problem çözme konusunda güvenli bağlanma geliştiren çocuklara göre daha sorunlu bir dönem yaşadıklarına dair çalışmayı desteklemektedir. Buna karşın bu çalışmada, kontrol grubunda, istatistiksel olarak önemli oranda, arkadaşlarla daha sık sorun yaşandığı ve okul değişikliğinin daha sık olduğu, ancak okul reddinin daha az olduğu görülmektedir. Bu kontrol grubundaki çocukların

kendini daha iyi ifade edebilen, problemler karşısında daha az uzlaşmacı, daha dışa dönük çocuklar olmasından kaynaklanabilir. Çalışma grubundaki çocuklar ise daha çekingen ve içe kapanık olmaları nedeniyle, sorunlarla baş etmede daha pasif ve kabullenici davranıyor olabilirler. Yine, AKB olan çocukların annelerinin eğitim düzeyinin de daha düşük olduğu göz önüne alınırsa, annesi evde olan çocukların okul reddine dair belirtilerini sürdürebilmek için daha uygun bir ortam bulabilmeleri muhtemeldir.

Çalışma grubunda prematüre sayısının daha fazla olması nedeniyle, özellikle prematürelüğün uzun vadedeki sorunlarından biri olarak kabul edilen DEHB, çalışma grubunda anlamlı ölçüde daha sık bulunmuştur. Bu bulgu literatür ile uyumludur (13, 134, 135). Yine davranış bozuklukları içerisinde yer alan parmak emme sorunu da çalışma grubunda daha fazladır. Besleyici olmayan emme emzik, parmak emme ve anne memesini beslenme amacı dışında emme olarak tanımlanmaktadır (13). Hastanede kalış süresinde kısılma, beslenmeye geçişte hızlanma, beslenme performansında artış ve beslenme sonrasında daha kolay sakinleşme gibi katkıları nedeniyle günümüzde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bireysel gelişimsel desteğin bir parçası olarak kılavuzlarda yer almaktadır (136). Çalışma grubunda parmak emme probleminin daha fazla olması, yenidoğan yoğun bakımda benimsenmiş bu alışkanlığın sürdürülmesi ile ilişkili olabilir.



## 6. SONUÇ

Bu araştırma, yenidoğan döneminde yoğun bakımda kalmanın AKB sıklığını artırdığını ve bu artışın kalma süresi ile doğru orantılı olduğu göstermiştir. Bilindiği kadarıyla, yenidoğan yoğun bakımda kalan bebeklerde, önemli bir kaygı bozukluğu olan AKB'na dair çalışma literatürde yoktur. AKB toplumsal, okul (mesleki) ya da diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması nedeniyle önemli olduğu kadar, ileriki yaşantıda panik bozukluk ve depresyon gibi ciddi mental hastalıklar için de güçlü risk faktörüdür. Bu nedenle çocukluk ve ergenlik döneminde AKB saptanan çocukları erken tanımak kadar, AKB'na neden olabilecek faktörleri engellemek de önemlidir. AKB'nda semptomları tetiklediği düşünülen faktörleri araştırmak, koruyucu hekimlik açısından önemli bir adımdır. Deney hayvanlarında anneden ayrılığın nörobiyolojik sonuçlarının ana-baba bakımıyla geriye döndürülebilmesi, insanlarda da erken yaşam stresleriyle ortaya çıkan sonuçların benzer yöntemlerle geriye döndürülebileceği düşüncesini desteklemektedir.

Bu bağlamda, yenidoğan yoğun bakımda yatan bebeklerin yalnızca fiziksel değişikliklerine odaklanmayıp, bilişsel ve duygusal ihtiyaçlarını da karşılayan gelişimsel desteğin verilmesinin önemi bir kez daha vurgulanmalıdır. Bireyselleştirilmiş bakım ve çevresel değişiklikler konusundaki öneriler, aileler ve sağlık personeli ile birlikte şekillendirilmeli, ünite olabildiğince bebeğin gelişimini destekleyecek şekilde düzenlenmelidir. Ailelere erken ve olumlu anne-bebek ilişkisinin beklenen düzeyde olmasa bile sürdürülmesinin gerekliliği anlatılmalı, kanguru bakımı desteklenmelidir. Annenin bebek bakımında güvenini artırmak, bebeğin davranışlarını değerlendirmede iyi bir gözlemci olmasına yardımcı olmak, aile-bebek ilişkisini destekleyerek ileriki yaşamda bebeğin annesiyle daha güvenli bir ilişki kurup, daha az davranış problemi, daha iyi gelişim göstermesine zemin hazırlayacaktır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Cox C, Bialoskurski M. Neonatal intensive care: communication and attachment. *Br J Nurs.* 2001;10(10):668-76.
2. Kokangul A. Statistical Analysis of Patient's Characteristics in Neonatal Intensive care Units. *J Med Syst.* 2009;9(10):9259-67.
3. Soysal AŞ, Ergenekon E, Aksoy E. Yenidoğan Döneminde Hastanede Uzun Süreli Tedavi Görmeyen Bağılanma Örüntüsü Üzerine Etkileri: Bir Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 1999;2(4):266-70.
4. Soysal AŞ, Öktem F, Ergenekon E, Erdoğan E. Doğum Türü Değişkeninin Bağılanma Örüntüsü Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2000;3(2):75-85.
5. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik Dönemindeki Bağılanma Sürecine Genel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2005;8(2):88-99.
6. Goodfriend MS. Treatment of attachment disorder of infancy in a neonatal intensive care unit. *Pediatrics.* 1993;91(1):139-42.
7. Davidson RJ, Fox NA. Frontal brain asymmetry predicts infants' response to maternal separation. *J Abnorm Psychol.* 1989;98(2):127-31.
8. Kültür EÇ, Tiryaki A, Ünal F. Ayrılık Kaygısı Bozukluğu Olan Çocuklarda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2003;10(1):3-8.
9. Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, Small JW, Seeley JR, Joiner TE. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(5):548-55.
10. Bialoskurski M, Cox CL, Hayes JA. The nature of attachment in a neonatal intensive care unit. *J Perinat Neonatal Nurs.* 1999;13(1):66-77.
11. Martin-Arafteh JM, Watson CL, Baird SM. Promoting family-centered care in high risk pregnancy. *J Perinat Neonatal Nurs.* 1999;13(1):27-42; quiz 94-5.
12. Hamilton KE, Redshaw ME. Developmental care in the UK: a developing initiative. *Acta Paediatr.* 2009;98(11):1738-43.
13. Vandenberg KA. Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: a practice guideline. *Early Hum Dev.* 2007;83(7):433-42.
14. Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. *N Engl J Med.* 1998;339(5):313-20.
15. Santos RS, Araujo AP, Porto MA. Early diagnosis of abnormal development of preterm newborns: assessment instruments. *J Pediatr (Rio J).* 2008;84(4):289-99.
16. Darcy AE. Complications of the late preterm infant. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2009;23(1):78-86.

17. Kramer MS, Demissie K, Yang H, Platt RW, Sauve R, Liston R. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *JAMA*. 2000;284(7):843-9.
18. Aylward GP. Neurodevelopmental outcomes of infants born prematurely. *J Dev Behav Pediatr*. 2005;26(6):427-40.
19. Vohr BR, Wright LL, Dusick AM, Mele L, Verter J, Steichen JJ, Simon NP, Wilson DC, Broyles S, Bauer CR, Delaney-Black V, Yolton KA, Fleisher BE, Papile LA, Kaplan MD. Neurodevelopmental and functional outcomes of extremely low birth weight infants in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, 1993-1994. *Pediatrics*. 2000;105(6):1216-26.
20. Da Silva ES, Nunes ML. The influence of gestational age and birth weight in the clinical assessment of the muscle tone of healthy term and preterm newborns. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(4):956-62.
21. Short EJ, Klein NK, Lewis BA, Fulton S, Eisengart S, Kercksmar C, Baley J, Singer LT. Cognitive and academic consequences of bronchopulmonary dysplasia and very low birth weight: 8-year-old outcomes. *Pediatrics*. 2003;112(5):359.
22. Perlman JM. Cognitive and behavioral deficits in premature graduates of intensive care. *Clin Perinatol*. 2002;29(4):779-97.
23. Aita M, Snider L. The art of developmental care in the NICU: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2003;41(3):223-32.
24. Bennett FC. Low Birth Weight Infants: accomplishments, risks and interventions. *Infants Young Child* 2002;15(1):6-9.
25. Hack M, Taylor HG, Klein N, Eiben R, Schatschneider C, Mercuri-Minich N. School-age outcomes in children with birth weights under 750 g. *N Engl J Med*. 1994;331(12):753-9.
26. McCormick MC, Workman-Daniels K, Brooks-Gunn J. The behavioral and emotional well-being of school-age children with different birth weights. *Pediatrics*. 1996;97(1):18-25.
27. Hack M, Flannery DJ, Schluchter M, Cartar L, Borawski E, Klein N. Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med*. 2002;346(3):149-57.
28. Bennett FC. Developmental Outcome. Ed: MacDonald MG, Seshia MK, Mullet MD. *Avery's Neonatology: Pathophysiology and Management of the Newborn*. 6 th ed, pp.1632-82, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005.
29. Duffy FH, Als H, McAnulty GB. Behavioral and electrophysiological evidence for gestational age effects in healthy preterm and fullterm infants studied two weeks after expected due date. *Child Dev*. 1990;61(4):271-86.
30. Klein M, Stern L. Low birth weight and the battered child syndrome. *Am J Dis Child*. 1971;122(1):15-8.
31. Affleck G, Tennen H. The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being. *Child Health Care*. 1991;20(1):6-14.
32. Rushing S, Ment LR. Preterm birth: a cost benefit analysis. *Semin Perinatol*. 2004;28(6):444-50.

33. D'Agostino JA, Clifford P. Neurodevelopmental consequences associated with the premature neonate. *AACN Clin Issues*. 1998;9(1):11-24.
34. Bhutta AT, Anand KJ. Vulnerability of the developing brain: neuronal mechanisms. *Clin Perinatol*. 2002;29(3):357-72.
35. Gorski PA. Premature Infant Behavioral and Physiological Response to Caregiving Interventions in the Intensive Care Nursery. Ed: Call JD, Galenson E, Tyson L. *Frontiers in Infant Psychiatry*, pp.347-69, Basic Books, New York, 1983.
36. Long JG, Lucey JF, Philip AG. Noise and hypoxemia in the intensive care nursery. *Pediatrics*. 1980;65(1):143-5.
37. Graven SN. Sound and the developing infant in the NICU: conclusions and recommendations for care. *J Perinatol*. 2000;20(8):88-93.
38. Graven SN. Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. *Clin Perinatol*. 2004;31(2):199-216.
39. Glass P. The Vulnerable Neonate and The Neonatal Intensive Care Environment. Ed: MacDonald MG, Seshia MMK, Mullett MD. *Avery's Neonatology: Pathophysiology & Management of the Newborn 6th ed*, pp.111-25, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005.
40. Fielder AR, Moseley MJ. Environmental light and the preterm infant. *Semin Perinatol*. 2000;24(4):291-8.
41. Philbin MK. The influence of auditory experience on the behavior of preterm newborns. *J Perinatol*. 2000;20(8):77-87.
42. Philbin MK, Klaas P. Hearing and behavioral responses to sound in full-term newborns. *J Perinatol*. 2000;20(8):68-76.
43. Philbin MK, Klaas P. Evaluating studies of the behavioral effects of sound on newborns. *J Perinatol*. 2000;20(8):61-7.
44. Lickliter R. The role of sensory stimulation in perinatal development: insights from comparative research for care of the high-risk infant. *J Dev Behav Pediatr*. 2000;21(6):437-47.
45. Graven SN, Bowen FW, Jr., Brooten D, Eaton A, Graven MN, Hack M, Hall LA, Hansen N, Hurt H, Kavalhuna R, et al. The high-risk infant environment. Part 2. The role of caregiving and the social environment. *J Perinatol*. 1992;12(3):267-75.
46. Sizun J, Westrup B. Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2004;89(5):384-8.
47. Anand KJ. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. *Biol Neonate*. 1998;73(1):1-9.
48. Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, Saizou C, Lapillonne A, Granier M, Durand P, Lenclen R, Coursol A, Hubert P, de Saint Blanquat L, Boelle PY, Annequin D, Cimerman P, Anand KJ, Breart G. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA*. 2008;300(1):60-70.

49. Grunau RE, Oberlander TF, Whitfield MF, Fitzgerald C, Lee SK. Demographic and therapeutic determinants of pain reactivity in very low birth weight neonates at 32 Weeks' postconceptional Age. *Pediatrics*. 2001;107(1):105-12.
50. Aucott S, Donohue PK, Atkins E, Allen MC. Neurodevelopmental care in the NICU. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002;8(4):298-308.
51. Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(2):165-78.
52. Soysal AŞ, Öktem F, Ergenekon E, E. E. Doğum Türü Değişkeninin Bağlanma Örüntüsü Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2000;3(2):75-85.
53. Şener Ş, Türkmen F. Yetiştirme Yurdundaki Çocuklarda Nesne Bağımlılığının İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 1989.
54. Soysal AŞ. Erken Doğan Bebeklerle Normal Doğan Bebeklerin Psikomotor ve Duysal Gelişimlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uzmanlık Tezi, Ankara, 1999.
55. Coates SW. John Bowlby and Margaret s. Mahler: their lives and theories. *J Am Psychoanal Assoc*. 2004;52(2):571-601.
56. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychol Inquiry*. 1994;5(1):1-22.
57. Morgan CT. Psikolojiye Giriş: Ders Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü. s.15-50, Meteksan, Ankara, 1991.
58. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry*. 1988;145(1):1-10.
59. Hortaçsu N. İnsan İlişkileri. s.15-50, İmge Kitabevi, Ankara, 1991.
60. Boccia ML, Laudenslager ML, Reite ML. Intrinsic and extrinsic factors affect infant responses to maternal separation. *Psychiatry*. 1994;57(1):43-50.
61. Schaffer HR, Emerson PE. The Development of Social Attachments in Infancy. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1964;29(1):1-77.
62. Zeanah CH, Benoit D, Barton M, Regan C, Hirshberg LM, Lipsitt LP. Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(2):278-86.
63. Denham SA. Maternal emotional responsiveness and toddlers' social-emotional competence. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34(5):715-28.
64. Van de Rijt-Plooi HHC, Plooi FX. Distinct periods of mother-infant conflict in normal development: sources of progress and germs of pathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34(2):229-45.
65. Isabella RA. Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Dev*. 1993;64(2):605-21.
66. Cassidy J. Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Dev*. 1988;59(1):121-34.

67. Dodson F. Çocuk Yaşken Eğilir: Doğumdan 6 Yaşa Kadar Çocuk Bakımı ve Eğitimi. s.34-6, Özgür Yayınları, İstanbul, 1995.
68. Breherton I. The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 1992;28(3):759-85.
69. Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry*. 1982;52(4):664-78.
70. Cynthia A, Stifter CA, Coulchan CM. Linking employment to attachment: the mediating effects of maternal separation anxiety and interactive behavior. *Child Dev*. 1993;64(5):1451-9.
71. Bakeman R, Brown JV. Early interaction: consequences for social and mental development at three years. *Child Dev*. 1980;51(2):437-47.
72. Goldberg S, Perrotta M, Minde K, Corter C. Maternal behavior and attachment in low-birth-weight twins and singletons. *Child Dev*. 1986;57(1):34-46.
73. Waters E, Posada G, Crowell JA, Lay KL. The development of attachment: from control system to working models. *Psychiatry*. 1994;57(1):32-42.
74. Schrier AM, Harlow HF. Effect of reserpine on avoidance of humans by Rhesus monkeys. *J Gen Psychol*. 1958;59(2):149-55.
75. Donley MG. Attachment and the emotional unit. *Fam Process*. 1993;32(1):3-20.
76. Holmes J. Attachment theory: a biological basis for psychotherapy? *Br J Psychiatry*. 1993;163(2):430-8.
77. Bloom KC. The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nurs Res*. 1995;44(5):284-9.
78. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*. 10 th ed, pp.161-4, Baltimore Maryland, 1994.
79. Altuğ BF, Özkan I. Bilişsel Süreçlerin Gelişimi. *Psikiyatri Bülteni*. 1996;4 (2):58-64.
80. Arborelius L, Hawks BW, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. Increased responsiveness of presumed 5-HT cells to citalopram in adult rats previously subjected to prolonged maternal separation relatively to brief separation. *Psychopharmacologia*. 2004;176(4):248-55.
81. Kemp VH, Page CK. The psychosocial impact of a high-risk pregnancy on the family. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1986;15(3):232-6.
82. Dumlu K, Cimilli C. Neurobiological consequences of early life stressors. *Turk Psikiyatri Derg*. 2003;14(4):301-10.
83. Dent GW, Okimoto DK, Smith MA, Levine S. Stress-induced alterations in corticotropin-releasing hormone and vasopressin gene expression in the paraventricular nucleus during ontogeny. *Neuroendocrinology*. 2000;71(6):333-42.
84. Caldji C, Francis D, Sharma S, Plotsky PM, Meaney MJ. The effects of early rearing environment on the development of GABAA and central benzodiazepine receptor levels and novelty-induced fearfulness in the rat. *Neuropsychopharmacology*. 2000;22(3):219-29.

85. Meaney MJ, Diorio J, Francis D, Weaver S, Yau J, Chapman K, Seckl JR. Postnatal handling increases the expression of cAMP-inducible transcription factors in the rat hippocampus: the effects of thyroid hormones and serotonin. *J Neurosci.* 2000;20(10):3926-35.
86. Sanchez MM, Aguado F, Sanchez-Toscano F, Saphier D. Neuroendocrine and immunocytochemical demonstrations of decreased hypothalamo-pituitary-adrenal axis responsiveness to restraint stress after long-term social isolation. *Endocrinology.* 1998;139(2):579-87.
87. Balcı SA. İlk kez doğum yapan annelerin bebeklerini algılama durumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.
88. Tilokskulchai F, Phatthanasiriwethin S, Vichitsukon K, Serisathien Y. Attachment behaviors in mothers of premature infants: a descriptive study in Thai mothers. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2002;16(3):69-83.
89. Brandt KA, Andrews CM, Kvale J. Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998;27(2):169-74.
90. Cusson RM, Lee AL. Parental interventions and the development of the preterm infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994;23(1):60-8.
91. Neu M. Parents' perception of skin-to-skin care with their preterm infants requiring assisted ventilation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1999;28(2):157-64.
92. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics.* 2002;110(1 Pt 1):16-26.
93. Kılıç M. Dokunma ve masajın önemi. 11. Ulusal Neonatoloji Kongresi Bildiri Kitabı, s. 225-35. Ulusal Neonatoloji Kongresi, Samsun, 2001.
94. İşler A. Prematür Bebeklerde Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerinin Rolü. *Perinatoloji Dergisi.* 2007;15(1):1-6.
95. Akansel KN. Prematüre doğum yapmış ailelerin, özellikle annelerin, bebeğe fiziksel ve duygusal yaklaşımlarında hemşirenin eğitici ve destekleyici rolünün önemi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1993.
96. Türkbay T. Ayrılık Kaygısı Bozukluğunda Psikolojik, Ailesel ve Sosyal Etmenlerin Karşılaştırılması. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Ankara, 1999.
97. Kagan J, Reznick JS, Snidman N, Koll CG. Behavioral Inhibition to the Unfamiliar. *Child Dev.* 1984;55(6):2212-13.
98. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Origin of Panic Disorder. Ed:Ballenger J. *Neurobiology of Panic Disorder*, pp.71-87, New York, 1990.
99. Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc EA, Faraone SV, Hirshfeld DR. A high risk study of young children of parents with panic disorder and agoraphobia with and without comorbid major depression. *Psychiatry Res.* 1991;37(3):333-48.
100. Manassis K, Bradley S, Goldberg S, Hood J, Swinson RP. Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33(8):1106-13.

101. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(5):637-44.
102. Rogeness GA, Cepeda C, Macedo CA, Fischer C, Harris WR. Differences in heart rate and blood pressure in children with conduct disorder, major depression, and separation anxiety. *Psychiatry Res*. 1990;33(2):199-206.
103. Bernstein GA, Garfinkel BD. Pedigrees, functioning, and psychopathology in families of school phobic children. *Am J Psychiatry*. 1988;145(1):70-4.
104. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi. 11.basım, s.22-4, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1993.
105. Breit M. Separation anxiety in mothers of latency-age fearful children. *J Abnorm Child Psychol*. 1982;10(1):135-44.
106. Biederman J, Rosenbaum JF, Hirshfeld DR, Faraone SV, Bolduc EA, Gersten M, Meminger SR, Kagan J, Snidman N, Reznick JS. Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(1):21-6.
107. Flakierska-Praquin N, Lindstrom M, Gillberg C. School phobia with separation anxiety disorder: a comparative 20- to 29-year follow-up study of 35 school refusers. *Compr Psychiatry*. 1997;38(1):17-22.
108. Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*. 2001;15(2):93-104.
109. Last CG, Francis G, Hersen M, Kazdin AE, Strauss CC. Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM-III criteria. *Am J Psychiatry*. 1987;144(5):653-7.
110. Francis G, Last CG, Strauss CC. Expression of separation anxiety disorder: the roles of age and gender. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1987;18(2):82-9.
111. Leung AK. School phobia. Sometimes a child or teenager has a good reason. *Postgrad Med*. 1989;85(1):281-2, 7-9.
112. Goh CW. School refusal: clinical features and treatment outcome. *Singapore Med J*. 1989;30(6):550-2.
113. Atkinson L, Quarrington B, Cyr JJ. School refusal: the heterogeneity of a concept. *Am J Orthopsychiatry*. 1985;55(1):83-101.
114. APB. Amerikan Psikiyatri Birliği: DSM-IV tanı ölçütleri el kitabı. Çev: Köroğlu E, s. 67-8, Medikomat Basım Yayın San. ve Tic. Ltd. Şt, Ankara, 1994.
115. Lipsitz JD, Martin LY, Mannuzza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ. Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6):927-9.
116. Otto MW, Pollack MH, Maki KM, Gould RA, Worthington JJ, Smoller JW, Rosenbaum JF. Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia: rates, correlates, and comparisons with patients with panic disorder. *Depress Anxiety*. 2001;14(4):209-13.
117. Aschenbrand SG, Kendall PC, Webb A, Safford SM, Flannery-Schroeder E. Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agoraphobia? A seven-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(12):1478-85.



118. Hayward C, Killen JD, Kraemer HC, Taylor CB. Predictors of panic attacks in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(2):207-14.
119. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA*. 2002;288(6):728-37.
120. Medoff-Cooper B, Carey WB, McDevitt SC. The Early Infancy Temperament Questionnaire. *J Dev Behav Pediatr*. 1993;14(4):230-5.
121. Levitt P. Structural and functional maturation of the developing primate brain. *J Pediatr*. 2003;143(4):35-45.
122. Miles SB, Stipek D. Contemporaneous and longitudinal associations between social behavior and literacy achievement in a sample of low-income elementary school children. *Child Dev*. 2006;77(1):103-17.
123. Livingstone R. Anxiety disorders. Ed: Lewis M. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* th ed, pp.676-8, Williams and Wilkins, Baltimore - Maryland, 1996.
124. Levine S, Huchton DM, Wiener SG, Rosenfeld P. Time course of the effect of maternal deprivation on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the infant rat. *Dev Psychobiol*. 1991;24(8):547-58.
125. Ward HE, Johnson EA, Salm AK, Birkle DL. Effects of prenatal stress on defensive withdrawal behavior and corticotropin releasing factor systems in rat brain. *Physiol Behav*. 2000;70(3):359-66.
126. Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Jaunin L, Borghini A, Ansermet F. Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Hum Dev*. 2004;79(2):145-58.
127. Hirshfeld DR, Biederman J, Brody L, Faraone SV, Rosenbaum JF. Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(2):205-13.
128. Öç ÖY, Şişmanlar Ş, Ağaoğlu B, Tural Ü, Önder E, Karakaya I. Anne-Babalarında Ruhsal Bozukluk Olan Çocukların Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2006;9(2):123-7.
129. Last CG, Hersen M, Kazdin AE, Francis G, Grubb HJ. Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *Am J Psychiatry*. 1987;144(12):1580-3.
130. Türkbay T, Söhmen T. Ayrılık Kaygısı Bozukluğunda Bireysel ve Ailesel Etmenler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2001;8(2):77-2.
131. Yurtbay T. Okul Fobisi Vakalarında Depresif Belirtilerin İncelenmesi. *Düşünen Adam*. 1997;10(1):40-6.
132. Spitz R. Hospitalism: a Follow-up report. *Psychoanal Study Child* 1946;2(1):113-7.
133. Perry LC, Boldizar JP. Learning of Aggression. Ed: Lewis M, Miller SM. *Handbook of Developmental Psychopathology*, pp.449-62, Plenum Press, New York, 1990.
134. Sommerfelt K, Ellertsen B, Markestad T. Personality and behaviour in eight-year-old, non-handicapped children with birth weight under 1500 g. *Acta Paediatr*. 1993;82(9):723-8.

135. Saigal S, Szatmari P, Rosenbaum P, Campbell D, King S. Cognitive abilities and school performance of extremely low birth weight children and matched term control children at age 8 years: a regional study. *J Pediatr.* 1991;118(5):751-60.
136. Pinelli J, Symington A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(4):CD001071.
137. Yemenici B. Anadolu Üniversitesi Öğrencilerinin Kendini Geliştirme Engelleri İle Ruhsal Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2006.

## 8. EKLER

### EK - 1

#### KLİNİK GÖRÜŞME FORMU

##### ÇOCUĞA İLİŞKİN BİLGİLER

Ad- soyad : Yaş : Cinsiyet :  
Vücut ağırlığı : boy :  
Doğum haftası : Doğum şekli : Doğum ağırlığı :  
Yoğun bakımda kalma süresi:  
Yoğun bakımda kalma nedeni:  
Solunum cihazı uygulaması :  Hayır  Evet / süresi :  
Çocuğa ilk 3 yaşta kim baktı? :  Anne  Diğer

Yapı olarak çocuğunuzun kişilik özelliklerini nasıl tanımlarsınız?

Düzenli  İnatçı  Kötümser  Neşeli  Bağımlı  Bencil  Duygusal  
 Alıngan  İyimser  İçe Kapanık  Sakar  Utangaç  Telaşlı  Ürkek  
 Çekingen  Kıskanç  Şımarık  Sinirli  Kavgacı  Huysuz  Güvensiz

##### AİLESEL ETMENLER:

Aile içi huzursuzluk :  var  yok  
Boşanma :  var  yok  
Kayıp varlığı :  var  yok

Kardeş sayısı ve yaşları :

##### OKUL FAKTÖRÜ:

Kreş / okula gitme durumu  var  yok  
Kreş/ okulu reddetme  var  yok  
Eşlik eden somatik yakınma  var  yok  
Okul / kreş değişikliği  var  yok  
Öğretmen ile ilgili sorunlar  var  yok  
Arkadaş ile ilgili sorunlar  var  yok  
Okul başarısı  iyi  kötü

##### EBEVEYN ÖZELLİKLERİ:

Yaş : Eğitim düzeyi :

Siz çocukluğunuzda benzer sorunlar yaşadınız mı?  Evet  hayır

## EK-2

### DSM-IV'E DAYALI AYRILIK KAYGISI TANI ÖLÇEĞİ

1. Çocuğunuz, evden ya da sizden ayrıldığında veya sizin ayrılacağınızı bildiği zaman (örn. işe gitmek için veya gece çıkmak için) veya ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde aşırı bir kaygı duyar mı? **Evet**  **Hayır**
- 2a., Birşeylerin size zarar vereceği konusunda ya da sizi yitireceğine ilişkin çocuğunuzun gerçek dışı endişeleri var mı? **Evet**  **Hayır**
- 2b. Çocuğunuzun, sizin ayrılıp geri dönmeyeceğiniz konusunda gerçek dışı endişeleri var mı? **Evet**  **Hayır**
3. Çocuğunuz, kötü bir olayın (örn. kaybolacağı, kaçırılacağı ya da kazaya kurban gideceği) sizden ayrılmasına yol açacağına ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı taşır mı? **Evet**  **Hayır**
4. Çocuğunuz, e de sizinle kalabilmek için okula ya da başka bir yere gitmeyi reddeder veya isteksizlik gösterir mi? **Evet**  **Hayır**
5. Çocuğunuz, sizinle birlikte olma isteği nedeniyle evde yalnız olmaktan kaçınır mı ya da evin çevresinde sizi göremeyince sıkıntılı veya kaygılı olur mu? **Evet**  **Hayır**
- 6a. Çocuğunuz, siz yanında olmaksızın uyumaya gitmede isteksizlik gösterir yada reddeder mi veya uyuyana kadar yanında olmanızı ister mi? **Evet**  **Hayır**
- 6b. Çocuğunuz, evde sizinle birlikte kalma isteği nedeniyle ev dışında herhangi bir yerde (arkadaş veya akraba) uyumaya isteksizlik gösterir mi ya da reddeder mi? **Evet**  **Hayır**
7. Çocuğunuzun, sizden ayrılma korkularını yansıtan (örn. bir yangında, cinayette ya da felakette ailenin zarar görmesi) tekrarlayan gece kabusları olur mu? **Evet**  **Hayır**
8. Çocuğunuz, sizden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklediğinde (örn. okul günlerinde, kamp vb. nedenle evden uzaklaşma) yineleyici bir biçimde fiziksel yakınmaları (baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı veya kusma) olur mu? **Evet**  **Hayır**

## EK-3

### Belirti Tarama Ölçeği: SCL-90-R

**Özgün Kaynak:** Symptom Check List-90 (Revised). (Önceki adları: ‘Cornell Medical Index’/Wilders, 1948; ‘Hopkins Symptom Check List/Derogatis ve dig., 1974)

**Geliştiren:** L.R. Derogatis

**Kaynak:** Derogatis, L.R. (1977). SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manual-I for the revised Version. Baltimore, MD: John Hopkins Univ., School of Medicine, Clinical Psychometric Unit.

**Türkçe Formu:** Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)’nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2(1), 5-12

**Özellikleri:** Ruhsal Belirtiler; bireyin altında bulunduğu zorlanmanın ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin (distress düzeyi); ruhsal tarama aracıdır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Beş dereceli Likert tipi cevaplanan 90 maddeden oluşur.

**Uygulama:** Her madde Hiç/ Çok az/ Orta derecede/ Oldukça fazla/ ileri derecede seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0,1,2,3,4 puan verilerek puanlanmaktadır. Daha sonra ölçekten üç ayrı genel puan hesaplanabilmektedir.

**Genel Belirti Düzeyi (Global Symptom Index/GSI):** Boş bırakılanlar hariç tüm maddelere yapılan derecelemelerin ortalamasıdır (0 ile 4 arasındadır).

**Pozitif Belirti Toplamı (Positive Symptom Total/PST):** ‘Hiç’ seçeneğiyle işaretlenenler hariç diğer maddelerin ham sayı toplamıdır (0 ile 90 arasındadır).

**Pozitif Belirti Düzeyi (Pozitif Symptom Distress Index/PSDI):** ‘Hiç’ olarak işaretlenenler haricindeki maddelerin dereceleme puanları toplamının PST’ye bölünmesiyle elde edilen ortalama değerdir (0 ile 4 arasındadır).

Ölçeğin ayrıca 9 ayrı belirti grubunu yansıtan alt ölçekleri bulunmaktadır. Bunlar; 1) Somatizasyon, 2) Obsesif-kompulsif, 3)Kişilerarası duyarlılık 4) Depresyon 5) Kaygı 6) Düşmanlık 7) Fobik kaygı 8)Paranoid eğilim 9) Psikotik eğilim ve bu alt ölçeklere girmeyen maddelerden oluşan ek ölçek. Alt ölçek puanlar da kapsadıkları maddelerin ağırlıklı puan ortalamalarından oluşmakta ve 0 ile 4 arasında bir değer alabilmektedir (137).

## SCL-90-R

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, bugün de dahil olmak üzere son on beş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede) uygun olanının (yalnızca bir seçeneğin) altındaki parantez arasına bir (X) işareti koyunuz. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yaptığınız işaretlemeyi tamamen silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümleyle karşılaştığınızda uygulamacıya danışınız.

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık veya baş dönmesi
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerimizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. Olayları anımsamada güçlük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar

- 
- 
- |   |   |
|---|---|
| 28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu   | 50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelere kaçınma durumu            |
| 29. Yalnızlık hissi   | 51. Hiçbir şey düşünememe hali  |
| 30. Karamsarlık hissi   | 52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması               |
| 31. Her şey için çok fazla endişe duyma   | 53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi                                |
| 32. Her şeye karşı ilgisizlik hali  | 54. Gelecek konusunda ümitsizlik  |
| 33. Korku hissi   | 55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük                       |
| 34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali                                   | 56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi                         |
| 35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi                           | 57. Gerginlik veya coşku hissi  |
| 36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu                     | 58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi   |
| 37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi | 59. Ölüm ya da ölme düşünceleri   |
| 38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma               | 60. Aşırı yemek yeme  |
| 39. Kalbin çok hızlı çarpması   | 61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma |
| 40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi   | 62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma                                 |
| 41. Kendini başkalarından aşağı görme   | 63. Bir başkasına vurmaya, zarar vermeye, yaralamaya dürtülerinin olması    |
| 42. Adale (kas) ağrıları  | 64. Sabahın erken saatlerinde uyanma  |
| 43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi                   | 65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali             |
| 44. Uykuya dalmada güçlük   | 66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama                                     |
| 45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme                           | 67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği   |
| 46. Karar vermede güçlük  | 68. Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması       |
| 47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu                      | 69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme                      |
| 48. Nefes almada güçlük   |   |
| 49. Soğuk veya sıcak basması  |   |
- 
-

- 
- 
- |  |   |
|--|---|
| 70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi                | 81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma                               |
| 71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi                                       | 82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu                         |
| 72. Dehşet ve panik nöbetleri  | 83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu       |
| 73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi                          | 84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması |
| 74. Sık sık tartışmaya girme   | 85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi  |
| 75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali                                | 86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller                          |
| 76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu | 87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi            |
| 77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme        | 88. Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama                       |
| 78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma                         | 89. Suçluluk duygusu  |
| 79. Değersizlik duygusu  | 90. Aklınızdan bir bozukluğu olduğu düşüncesi                     |
| 80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu                                    |   |
- 
-