T.C.
TRAKYA ÜNİVESİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi

Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK

PREMATÜRE BEBEĞİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN ANNELERİN POSTPARTUM DEPRESYON VE MATERNAL BAĞLANMA DÜZEYLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Meltem SERVET

EDİRNE – 2017

T.C.
TRAKYA ÜNİVESİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi

Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK

PREMATÜRE BEBEĞİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN ANNELERİN POSTPARTUM DEPRESYON VE MATERNAL BAĞLANMA DÜZEYLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Meltem SERVET

Tez No:

EDİRNE – 2017

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Meltem SERVET tarafından tez başlığı "Prematüre Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelerin Postpartum Depresyon ve Maternal Bağlanma Düzeyleri" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **07/04/2017** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK
JÜRİ BAŞKANI

İmza
Yrd. Doç. Dr. Sibel Yaşar
ÜYE

İmza
Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK
ÜYE (Danışman)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Eğitimim ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı tez danışman hocam Doç. Dr. Melahat Akgün Kostak'a, tez çalışmamın istatistiksel analizinde yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma Nesrin Turan'a, veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen T.Ü.T.F. Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi çalışma arkadaşlarıma, her zaman yanımda olan arkadaşım Merve Baytekin'e, hiçbir fedakarlıktan kaçınmadan daima yanımda olarak bugünlere gelmemi sağlayan babam Mazlum Servet'e ve annem Neziha Servet'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**

GENEL BİLGİLER **4**

PREMATÜRİTE TANIMI **4**

PREMATÜRE BEBEKLERİN FİZİKSEL ÖZELLİKLERİ **5**

PREMATÜRİTE EPİDEMİYOLOJİSİ **7**

PREMATÜRİTE ETYOLOJİSİ **8**

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ **10**

PREMATÜRE DOĞUMUN AİLEYE ETKİSİ **14**

POSTPARTUM DEPRESYON **17**

POSTPARTUM DEPRESYON BELİRTİLERİ **18**

POSTPARTUM DEPRESYON ETYOLOJİSİ **19**

MATERNAL BAĞLANMA **21**

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ **24**

GEREÇ VE YÖNTEM **26**

BULGULAR **30**

TARTIŞMA **45**

SONUÇ VE ÖNERİLER **53**

ÖZET **56**

SUMMARY **58**

KAYNAKLAR **60**

TABLOLAR LİSTESİ **68**

ÖZGEÇMİŞ **69**

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MBÖ: Maternal Bağlanma Ölçeği

EPDÖ: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

DDA: Düşük Doğum Ağırlığı

ÇDDA: Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğan

ADDA: Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğan

RDS: Respiratuvar Distres Sendromu

BPD: Bronkopulmoner Displazi

PDA: Patent Ductus Arteriozus

NEK: Nekrotizan Enterokolit

ROP: Prematüre Retinopatisi

NRP: Neonatal Resusitasyon Programı

EFCNI: European Foundation for the Care of Newborn Infants

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

PPD: Postpartum Depresyon

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

AMB: Aile Merkezli Bakım

GİRİŞ VE AMAÇ

Anne ve babaların yaşamında çocuk sahibi olmak çok önemli bir durumdur. Anne ve babalar dünyaya getirdikleri bebeklerinin sağlıklı ve gelişimini tamamlamış olmasını isterler (1). Sağlıklı bebek beklerken bebeğin preterm ya da hasta olması, hastanede yatması ve bebeklerinden ayrı olmaları annelerde şok, anksiyete, korku, güçsüzlük, umutsuzluk, aşırı kaygı, durumun gerçekliğini kavramada gecikme, kızgınlık, suçluluk gibi emosyonel belirtilerde artışa neden olmaktadır (2,3,4). Ailenin istediği aile yapısına kavuşamaması ve annenin bebeğe karşı olan sorumluluklarını (emzirmek gibi) yerine getirememesi ebeveynlerin stres düzeyini daha da arttırmaktadır (3,5)

Preterm yenidoğanların YYBÜ'nde takip edilmeleri, profesyonel yardım ve özel bakım almaları gerekmektedir. Preterm yenidoğanlar YYBÜ'nde invaziv girişimlerle karşılaşmalarının yanında en önemlisi annelerinden ayrılabilmektedirler. Zamanında doğan bebeklerde anne-bebek birlikteliği ve anne-bebek bağlanması ön plana çıkarken, bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takibi anne bebek bağlanmasında aksamalara neden olmaktadır (2,6).

Maternal bağlanma anne-bebek arasında doyum sağlayan bir etkileşim sonucunda annenin bebeğine geliştirdiği sevgi ve bağın oluşum sürecidir. Bağlanma 6 ile 24 ay arasında şekillenmektedir. Anne ile bebeğin kurduğu iletişim ne kadar erken ve sağlıklı olursa annelik duygusu da hızlı ve güçlü oluşacaktır. Sevgiyle bağlanma maternal uyumun bir parçasıdır ve buna bağlı olarak da bebekte güven duygusu gelişir (7,8). Erken doğum, doğum sonu dönemde anne bebek ilişkisinin başlatılmasında önemli bir engeldir (1).

Postpartum dönem annelerin duygusal olarak hassas oldukları ve farklı duygudurum bozukluklarının riskinin arttığı dönemdir. Bu dönem; psikiyatrik bozukluklar, geçici depresif semptomlar (postpartum blues), postpartum depresyon, postpartum psikoz ve ortak anksiyete bozuklukların görülme riskinin arttığı bir dönemdir. Prematüre bebeğin YYBÜ'nde yatması sonucu annenin bebeğinden ayrı oluşu, ona istediği bakımı verememesi annedeki kaygı ve stresi arttırmaktadır. Annelerde ilk günlerde yaşanan stres anne bebek ilişkisini ve maternal bağlanmayı da olumsuz etkilemektedir (1,5). Bağlanmayı olumsuz etkileyen stresli durumlar annede anksiyete ve depresyon riskini de arttırabilmektedir (9). Postpartum depresyon da bebeğin duygusal, davranışsal ve bilişsel gelişimini ve bağlanma örüntüsünü olumsuz etkiler. Annenin bebeğine sevgiyle bağlanması çocuğun sağlıklı gelişimini etkileyen en önemli öğelerdendir. Anne ile bebek arasında güvenli bağlanma sağlanamazsa bebekte duygusal, sosyal, fiziksel ve zihinsel sorunların gelişme riski artar (10,11,12) .

Annenin bebeğini görmesi, dokunması, kucağına alması ve onunla etkileşimini arttırması, yenidoğan bakımına daha fazla katılmasının desteklenmesi anne bebek iletişimini dolayısıyla bağlanmayı arttıracağından bunun sağlanması hemşirenin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır (2,13). Anne bebek arasındaki ilişkinin doğumdan sonra en kısa sürede başlatılması ve maternal bağlanmanın güçlendirilmesi ile depresyon düzeyinin de en aza indirilmesi hedeflenmektedir. 2011 yılı EFCNI (Avrupa Yenidoğan Bebek Bakımı Vakfı) prematüreliğin Avrupa çapındaki etkilerini değerlendirmek için hazırladığı raporunda, preterm doğum ve preterm doğumun olası uzun dönemdeki sonuçlarını ele alan kapsamlı araştırmaların yapılması önerilmektedir (13-14).

Bu bilgiler ışığında bu çalışma; prematüre bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin maternal bağlanma ve postpartum depresyon düzeylerini, maternal bağlanma ve postpartum depresyon ilişkisi ve bağlanmayı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı. Preterm bebeği olan annelerin postpartum depresyon, maternal bağlanma düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin bilinmesi ile hemşirelerin; anne-preterm bebek ilişkisini

geliştirmek için gereksinimleri saptama, uygun bakımı planlama ve aileye eğitim verme aşamalarında bu çalışmanın rehber olacağı düşünülmektedir.

GENEL BİLGİLER

PREMATÜRİTE TANIMI

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından 20-37 gestasyonel haftalarında doğan bebekler prematüre olarak kabul edilmektedir. Prematüre bebekler genellikle düşük doğum ağırlıklı olup organ ve sistemleri tam gelişmemiştir. Preterm bebeklerin ekstrauterin yaşam fonksiyonları için gerekli olan fizylojik depoları da (cilt altı yağ dokusu, glikojen depoları vb.) yetersizdir. Bu nedenle dış ortama uyumda bazı güçlüklerle karşılaşabilmektedirler. Organ sistemlerinin immatür oluşu nedeniyle; yaşamsal faaliyetlerini tam olarak sağlayabilecek düzeye ulaşıncaya kadar destek ve bakıma ihtiyaç duyarlar. Prematürelik düzeyine göre bu bakım ve destek aylarca devam edebilir. Bu durumda bebeğin gestasyon yaşı, doğum ağırlığı büyük önem taşımaktadır (14-19).

Prematüre yenidoğanlar doğum ağırlıklarına göre alt gruplara ayrılırlar (14,15,16,20,21,22,23);

- Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğan (DDA, Low Birth Weight: LBW): Doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan tüm yenidoğanlardır.
- Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğan (ÇDDA, Very Low Birth Weight: VLBW): Doğum ağırlığı 1000-1499 gramın altında olan tüm yenidoğanlardır.
- Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğan (ADDA, Extremely Low Birth Weight: ELBW): Doğum ağırlığı 1000 gramın altında olan tüm yenidoğanlardır.

Prematüre bir bebeğin kilosu 2500 gram ve altında ise bu bebek hem prematüre hem de düşük doğum ağırlıklı bir bebektir. Doğum haftası ve doğum kilosu azaldıkça ortaya çıkabilecek olan riskler artmaktadır. Prematüreler gestasyon yaşlarına göre de 3 gruba ayrılırlar (14,15,16,20,21,22,23);

- İleri Derece Prematürite (Extremely) : Gestasyon yaşı 24-29 hafta olan pretermlerdir.
- Orta Derece Prematürite (Modarately) : Gestasyon yaşı 30-32 haftadır.
- Sınırda Prematürite (Borderline) : Gestasyon yaşı 33-36 hafta doğan pretermlerdir.

Yenidoğanlar gestasyon yaşı ve doğum ağırlıklarına göre de 3 gruba ayrılarak incelenmektedir (14,15,16,20,21,22,23);

- SGA (Small for Gestational Age): Gestasyon yaşına göre 10. persentilin altında doğum ağırlığına sahip canlı doğan bebekler gestasyon yaşına göre küçük bebek olarak adlandırılmaktadır.
- AGA (Appropriate for Gestational Age): Gestasyon yaşına göre 10. ve 90. persentil arasında doğum ağırlığına sahip canlı doğan bebekler gestasyon yaşına göre uygun bebek olarak adlandırılmaktadır.
- LGA (Large for Gestational Age): Gestasyon yaşına göre 90. persentilin üzerinde doğum ağırlığına sahip canlı doğan bebekler gestasyon yaşına göre iri bebek olarak adlandırılmaktadır.

PREMATÜRE BEBEKLERİN FİZİKSEL ÖZELLİKLERİ

Prematüre bebekler miadında doğan bebeklerden farklı fiziksel özelliklere sahiptirler. Bu özellikler şunlardır;

- Preterm bebeklerin tonüsü hipotoniktir.
- Büyüme cephalocaudal yönde olduğu için başları gövdelerine oranla daha büyüktür.
- Fontaneller geniştir. Baş kemikleri ve kostalar esnektir. Gözler kapalı olabilir.
- Cilt ince jelatin görünümündedir, verniks kazeoza azdır. Verniks kazeoza 25. gebelik haftasından önce doğanlarda yoktur, cilt altı yağ dokusu azdır. Lanugo tüyleri gebeliğin son haftalarında kaybolduğu için çoktur.
- Vücut yüzeyleri geniş, ısı kaybı fazladır.
- Refleks hareketler çok az gelişmiştir, emme refleksi olmayabilir. Sıçrama ve jeneralize hareketleri vardır. Nöbet aktivitesi normal değildir.

- Emme, yutma ve nefes alma gestasyonun 34-36. haftasında geliştiğinden enteral beslenme 34. gestasyon haftasına kadar gavajla yapılmalıdır.
- Kulak kartilajı çok yumuşaktır, kolay bükülebilir, kıvrım sayısı azdır.
- Göğüs duvarı yumuşak, toraks küçük ve çok incedir.
- Meme dokusu annedeki hormonlardan etkilenerek gebelik yaşı büyüdükçe gelişir. Meme başındaki pigmentasyon miadında doğanlarda 0,75-1 cm arasındayken pretermlerde genellikle pigmentasyon yoktur. Meme başı iyi palpe edilemez.
- Karın büyük, şiş ve gergindir.
- Pretermlerin glikojen, kalsiyum ve demir depoları yetersizdir. Bu nedenle hipoglisemi, hipokalsemi ve erken fizyolojik anemi gelişebilir.
- Hiperbilirubinemi ve kernikterus pretermlerde daha fazla görülür. Term yenidoğana göre daha düşük bilirubin düzeyleri kernikterusa neden olabilir.
- Genital organlar gelişimini tamamlayamamıştır. Kızlarda; labium majörler minörleri örtmemiştir, klitoris dışarı çıkıntılıdır. Erkeklerde; testisler skortuma inmemiştir, skrotum kıvrımları azdır.
- Ekstremiteler ince ve kasları küçüktür. Avuç içindeki ve ayak tabanındaki enine çizgiler ve çukurlar gelişmemiştir.
- Pretermlerde genellikle ödem görülmektedir (14,15,16,21).

Prematüre bebekler pek çok sağlık sorunu açısından risk taşımaktadırlar. Prematüre bebeklerde en sık karşılaşılan sorunlar; apne, respiratuvar distres sendromu (RDS) – hiyalen membran hastalığı, bronkopulmoner displazi (BPD), patent ductus arteriozus (PDA), intraventriküler hemaroji, nekrotizan enterokolit (NEK), hiperbilirubinemi, kernikterus, prematüre retinopatisi (ROP), ısı düzenlemede yetersizlikler, enfeksiyonlardır (14,15,16,20,21).

Pretermler düşük doğum ağırlığı, solunum bozuklukları, metabolik bozukluklar (hipoglisemi) ve termoregülasyon gibi problelerle karşı karşıya kaldıklarından özel bakıma gereksinim duyarlar (22).

EPİDEMİYOLOJİ

DSÖ tarafından 2012 yılında yayınlanan "Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu"nda, dünyada preterm doğum oranlarının %5-18 arasında değiştiği belirtilmektedir. Ülkemizin 2015 yılı canlı doğum sayısı 1 milyon 325 bin 783**,** preterm doğum oranı ise %11.97 olarak bildirilmiştir (24,25).

Yenidoğan ölümleri bir ülkenin en önemli toplum sağlığı sorunlarından biri olup ülkelerin gelişmişlik düzeylerini ve sağlık hizmetlerini yansıtır. DSÖ'nün 2013 yılı raporlarına göre, dünyada ölü doğum hızı 2009'da 1000 doğumda 19 iken, neonatal mortalite hızı 1990 yılında binde 32'den, 2011 yılında binde 22'ye gerilemiştir. Preterm doğum dünyada tüm neonatal ölümlerin %35'inin doğrudan sebebini oluşturmaktadır (26,27).

Ülkemiz Sağlık Bakanlığı 2015 yılı verilerine göre bebek ölüm hızı binde 7.6, neonatal ölüm hızı binde 4.2, post neonatal ölüm hızı binde 3.4 bildirilmektedir. Bebek ölüm hızı binde 11.6 ile en yüksek oran Güneydoğu Anadolu bölgesidir. En düşük oran ise 5.6 ile Batı Marmara bölgesidir. Bu oran İstanbul'da binde 5.9, Edirne'de binde 5,4'tür. Neonatal ölüm hızı 1000 canlı doğumda 6.5 ile en fazla Güneydoğu Anaodolu bölgesinde bildirilirken en az ise 1000 canlı doğumda 2.9 ile Batı Anadolu ve Doğu Karadeniz bölgesidir. İstanbul ilinde neonatal ölüm hızı binde 3.3'tür (27).

Preterm doğum yenidoğan morbidite ve mortalitesine neden olan yüksek risk oluşturan bir durumdur. Vançelik ve ark. (28) çalışmalarında, bebek ölümlerinin çoğunun erken yenidoğan döneminde meydana geldiğini, ölüm nedenlerinin %43,6'sının prematürite ve doğumsal problemlerden oluşturduğunu belirtilmişlerdir. Dünyada preterm doğum oranları karşılaştırıldığında; Malavi %18,1 ile en yüksek, Beyaz-Rusya %4,1 ile en düşük preterm doğum oranına sahiptir. Preterm doğum görülme sıklığı Amerika'da %12-13, Avrupa ve gelişmiş ülkelerde %5-11 olarak bildirilmektedir (18,28,29,30,31). Türkiye prematüre doğum oranı, Avrupa ülkelerinin içinde %12 ile 53. sırada yer almaktadır (26,27). Prematüre doğum hem düşük hem de gelişmiş ülkelerde görülen bir durumdur. ABD ve Brezilya en fazla prematüre doğum oranına sahip ilk 10 ülke arasında yer almaktadır (26,27).

Preterm doğumlarda mortalite oranlarına bakıldığında Hollanda'da 25-27 gestasyon haftasında doğanlarda %32, 29-31 gestasyon haftasında doğanlarda %11 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde 27-32 gestasyon haftasında doğan bebeklerde %14 olarak bildirilmiştir (18,29).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013 verilerine göre bebek ölümlerinde ilk 5 ölüm nedeni; prematürite, konjenital anomaliler, koroner kalp hastalığı, sepsis ve perinatal asfiksi' dir. (32) Ülkemizde 2008 Yılı Bebek Ölümleri Araştırmasında; bebek ölüm nedenlerinin İl Kurulu ve Çalışma Grubu raporlarında her iki raporda prematüritelik %42,8 ve %45 ile ilk sırada yer almaktadır (25).

THSK 2013 verilerine göre, ülkemizde bebek ölümlerinin %71'inin yenidoğan döneminde ve %53'ünün 0-6 günlük erken yenidoğan döneminde, %18'i 7-28 günlük geç yenidoğan döneminde gerçekleştiği belirtilmektedir (32).

Yenidoğanlar gestasyon yaşlarına göre ölüm oranlarının dağılımı incelendiğinde; % 22,1' inin çok küçük prematüre (28 haftadan küçük), %15,2' sinin küçük prematüre (28-31 hafta), %18,8'inin sınırda prematüre (32-36 hafta), %43'ünün term (37-41 hafta), %0,9'unun postterm (42 hafta ve üzeri) olduğu, doğum kilosuna göre dağılımları incelendiğinde; %35,2' sinin ÇDDA, %20,7' sinin DDA , %44.1' inin normal kilolu olduğu, yenidoğan ölümlerinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; ölenlerin %51.2'sinin erkek, %42,5'inin kız, %6,3'ünün cinsiyetinin bilinmediği görülmektedir (32).

ETYOLOJİ

Preterm doğumların etyolojisi multifaktöriyel olup nedeni tam olarak bilinmemektedir. Düşük sosyoekonomik düzey ile gebeliğin erken dönemde sonlanması arasında yüksek korelasyon vardır (14). Orta ve üst sosyoekonomik gruptaki gebeliklerin sadece %4-8'i erken dönemde, düşük sosyoekonomik düzeyde ise gebeliklerin %10-20'si termden önce sonlanmaktadır. Maddi olanaksızlıklar nedeniyle annenin gebelik sırasında yetersiz beslenmesi ve yetersiz prenatal bakım alması, preterm doğumları etkileyen en önemli nedenlerdendir. İyi prenatal bakım alan, iyi beslenen annelerde preterm doğum yapma riski daha azdır. Preterm doğumlarda etkili olan etyolojik faktörler şöyle sıralanabilir;

- **Fetal faktörler**; fetal distres, çoğul gebelik, fetal anomaliler, genetik hastalıklar, gelişme geriliği, yetersiz amniyon sıvısı,
- **Plesental faktörler**; ilk trimester kanamaları, plasenta previa, ablasyo plasenta, plesantal yerleşim yeri kanamaları,
- **Uterusa ait faktörler**; erken membran rüptürü, konjenital uterus malformasyonu, prematür dilatasyon, kısa serviks,

- **Anneye ait faktörler**; kronik hastalıklar (konjenital kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları, diyabet), enfeksiyonlar (üriner sistem enfeksiyonları, serviko vajinal enfeksiyonlar, korioamnionitis) , gestasyonel diyabet, bağ dokusu hastalıkları, HELLP sendromu, preeklemsi, kanama bozukluğu hastalıkları, anne yaşının 16'dan küçük 40'dan büyük olması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kötü sosyoekonomik koşullarda yaşama, eğitim seviyesinin düşük olması, evlilik dışı gebelikler, zararlı madde kullanımı (özellikle sigara), yeterli doğum öncesi bakım almama, yetersiz destek sistemleri, boy ve kilonun düşük olması, prematüre ve DDA bebek doğumu öyküsü, fazla doğum sayısı ve sık aralıklı doğumdur (14,15,16,21).

Günümüzde sanayileşmiş ülkelerde kadının eğitim seviyesinin artması ve çalışma yaşamında yer alması nedeniyle, 35 yaş üzerinde doğum yapan kadınların sayısının artması erken doğum riskinin artmasına neden olmuştur. Hamilelikte stres yaşamanın, erken doğumların %30'unun nedeni olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, DDA, annenin kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunları yaşaması gebelik komplikasyonları ile erken doğum riskini arttırmaktadır (24).

DSÖ'nün 2012'de yayınladığı "Born Too Soon" Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu'nda;

- Ülkeler genelinde prematüre doğum oranlarının yükselişte olduğu,
- Neonatal ölümlerin ilk ve en önemli nedeninin prematürelik, 5 yaş altı ölüm nedenlerinde ise ikinci neden olduğu,
- Prematüre ölümlerin %75'inin önlenebilir olduğu,
- 2015 ve sonrasında ölümlerin azaltılması için prematüre doğumların azaltılmasının öncelikte olarak ele alınmasının gerektiği,
- Bu konuda politika, program oluşturmak ve araştırma yapılmasının amaçlandığı belirtilmektedir (26).

DSÖ 2025 yılı hedeflerinde neonatal ölümler ile ilgili;

- 2010-2025 yılları arasında hedef mevcut neonatal ölüm oranı binde 5'ten büyük ya da eşit ülkeler için, preterm doğumlara bağlı bebek ölümlerini %50 azaltmak,
- Mevcut yenidoğan ölüm oranı binde 5'ten az olan ülkeler için, önlenebilir prematüre bebek ölümlerini azaltmak, uzun vadeli hastalıkları minimuma indirmek için eşit ve nitelikli bakıma ulaşmaya odaklanmak, hedeflerine yer verilmiştir (30).

Bu raporda belirtilen konuların ülkemiz için de öncelikli önemli konulardan biri olduğu ve ülkemiz için "Prematüreliğe Bağlı Ölümler ve Sakatlıkların Önlenmesi Eylem Planı" çalışmaları yapılmaktadır (24).

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

Yenidoğan yoğun bakım üniteleri, yoğun bakım gereksinimi olan yenidoğanların iyileştirilmesini amaçlayan, fiziksel alt yapısı ve konumu itibariyle hasta bakımı açısından özellik taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış ünitelerdir. Yaşamsal göstergelerin sürekli izlendiği, stabil olmayan, sürekli hemşirelik bakımı, takip ve tedavisinin 24 saat kesintisiz sağlandığı term yenidoğanlar ile preterm yenidoğanlara bakımın verildiği bölümlerdir (33).

YYBÜ için ilk teknolojik gelişme, Fransa'da 1878'de küvözün bulunmasıyla başlamıştır (34). 1920'li yıllarda ABD'de yenidoğan ünitelerinin pediatri servislerinden ayrı olarak kurulması konuşulmuştur. Daha sonra da YYBÜ ile doğum ünitelerinin yakın ilişkili olması gerekliliği ortaya konmuştur. 1970'li yıllardan itibaren neonatal ve perinatal bakımı içeren, yenidoğan bakım üniteleri düzey çalışmaları başlamıştır (35).

YYBÜ genel olarak, hizmet verilen bebeklerin sorunlarına, doğum ağırlıklarına ve gestasyon yaşlarına göre 3 hizmet kategorisine ayrılırlar. Bir prematüre bebeğin gestasyon yaşı kısaldıkça, bakım alması gereken YYBÜ düzeyi de artmaktadır.

I. Düzey: 35-37 gestasyon haftası arasında olan prematüre bebeklere hizmet veren, 35 gestasyon haftası altında doğan bebeklerin ise bir üst düzey üniteye transferi için hazırlık yapıldığı ünitelerdir.

II. Düzey: 32 gestasyon haftası ya da 1500 gramın üzerinde doğan pretermlerin tedavi ve bakımlarının yapıldığı ünitelerdir. Temel bakım yanında orta ve ileri derece yoğun bakım hizmetinin verildiği ünitelerdir. Haftası ne olursa olsun, prematüre apnesi veya ısı sağlamada, oral beslenmede yetersizliği olan, hızla düzelmesi beklenen, orta derecede sorunları olan ve üst seviye yenidoğan yoğun bakım hizmeti gerektirmeyen tüm bebekler, 5 güne kadar mekanik ventilasyon ya da devamlı pozitif hava yolu basıncı (CPAP) uygulaması gerektiren bebekler, transfer öncesi resüsitasyon ve stabilizasyonu ihtiyacı olan prematüre veya hasta bebekler ve III. düzey yoğun bakıma ihtiyacı kalmayan bebeklerin bulunduğu ünitedir.

III. Düzey: 32 gestasyon haftası veya 1500 gramın altında doğan prematürelerin bakımlarının yapıldığı ünitelerdir. Çok küçük pretermlerin yanında çok ciddi hastalığı olan veya cerrahi tedavi gerektiren yenidoğanların tedavilerinin yapıldığı, gerektiğinde devamlı yaşam desteği ve yoğun bakım olanaklarının sağlandığı ünitelerdir. III. seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri III A, III B şeklinde iki düzeyde yapılandırılır. Prematüre bebeklerin göz ameliyatlarının yapılabildiği, kalp ve beyin cerrahisi girişimlerinin uygulanabildiği ünitelerdir (22,33,36).

I.düzey YYBÜ'lerinde her altı yatak için Neonatal Resusitasyon (NRP) eğitimi almış bir hemşire/ebe , II..düzey YYBÜ'lerinde 5 yatak için NRP eğitimi almış bir hemşire/ebe III. düzey YYBÜ'lerinde her 3 yatak için NRP eğitimi almış bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru olmalıdır (36).

Yenidoğan ölümlerinin azaltılması ve yaşam kalitesinin arttırılabilmesi için YYBÜ'nin organizasyonu, yenidoğanın transportu ve yenidoğan ünitesinin alt yapı standartları son derece önemlidir (37). Son yıllarda YYBÜ'nin içerisine, anne-bebek odaları da yapılmaya başlanmıştır. Preterm bebeğin eve taburculuğundan önce ailelerin, özellikle annelerin, bebeklerine ve onun sorunlarına uyum sağlamaları açısından bu birliktelik çok önemlidir. Ünite ekibi (doktor ve hemşire) uygun gördüğünde bebek annesi ile birlikte, gerekirse küvözü ile bu odaya alınabilmektedir (38).

Bu odalarda bebeğe gereken her türlü tıbbi desteğin verilebileceği donanımın yanı sıra, annenin de dinlenebileceği şekilde düzenlenmektedir. Odalarda gerekli durumlarda annenin yenidoğan ekibi ile iletişim kurabileceği haberleşme sistemi de bulunmaktadır. Bu dönemde, annenin bebeğin tüm bakımını öğrenmesi ve yapabilmesi, bebeğe uyum sağlaması ve bebeğe vereceği gelişimsel destek açısından bilgilenmesi sağlanır (38).

2011 yılında, "Avrupa Yenidoğan Bebek Bakımı Vakfı (EFCNI)", prematüritenin etkilerini değerlendirmeye yönelik için Avrupa Birliği Karşılaştırma Raporu'nda ulusal bazda her ülkenin ele alması gereken faaliyetleri belirtmiştir. Bu faaliyetler;

1. Gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrası annenin ve doğum sonrası, özellikle prematüre olarak dünyaya gelmiş bebeğin bakımının bir kamu sağlığı önceliği olarak kabul edilmesi,

2. Prematüre doğmuş bebeklerle ilgili olası uzun vadeli sonuçların dikkate alınması,

3. Anne ve yenidoğan bakımı konusunda sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi,

4. Anne, yenidoğan bakımı ve doğum sonrası sağlık hizmetleri konularında ulusal denetimler yapılması,

5. Ebeveyn ve aileler için sosyal ve finansal destek sağlanması,

6. Kamu farkındalığı ve eğitimi için stratejiler geliştirilmesi ve uygulanması,

7. Erken doğum ve olası uzun vadeli sonuçlarını ele alan kapsamlı araştırmalar yapılmalı,

8. Prematürelik ve komplikasyonlarını önlemenin en iyi yolunun prematüreliği önlemek olduğu gerçeğinden yola çıkarak, bu konuda çalışmalar yapılmalı ve stratejiler geliştirilmelidir (39).

YYBÜ'lerinde aile merkezli bakım kapsamında anne babalar ve sağlık ekibi arasında işbirliğinin arttırılması amaçlanmaktadır. Burada amaç, bebeğin sürekli bakımını ebeveynler ile birlikte sağlayabilmek, yoğun bakım sürecinden eve geçişi hızlandırabilmek, bebek ve aile için uzun vadede sonuçların iyileştirilmesidir. Bu düşünce ebeveynleri bir ziyaretçi veya refakatçi olarak görmek yerine, anne ve babayı bebeğin bakımında bir ortak olarak görmektedir (40).

Amerikan Pediatri Akademisi YYBÜ'nde bakımı standartlaştırmak amacıyla 1993 yılında aile merkezli bakımın 10 temel prensibini yayınlamıştır.

1. Aile merkezli yenidoğan bakımı, aile ile profesyonel ekip arasında tıbbi ve etik konularda açık ve dürüst iş birliğine dayanmalıdır.
2. Ailelerin profesyonel ekiple birlikte karar mekanizmalarında yer alabilmeleri için anlaşılır formatta tıbbi bilgiye ulaşma, tedavinin olumsuz yönleri ile ilgili bilgileri edinme, bebekleri benzer konumda olan ailelerden bilgi edinme ve vizitlere katılma hakları olmalıdır.

3. Yüksek mortalite ve morbidite, ağrılı işlem ve tartışmalı tıbbi konularda, tam olarak bilgilendirilen ailelerin bebekleri için ileri tedavi konusunda karar verme hakları olmalıdır.

4. Riskli gebeliklerde doğum öncesi ailelere gebeliğin sonuçlanabileceği olumsuz durumlar hakkında bilgi verilmeli ve ailelere aşırı preterm veya hasta olarak doğabilecek bebekleri için değerlendirme olanağı verilmelidir.

5. Aileler ve profesyonel ekip, bebeğin üniteye yatışı sırasında yaşayabileceği ağrıyı azaltabilmek için birlikte çalışmalıdırlar.

6. Aileler ve profesyonel ekip, YYBÜ'nde bebek için en uygun ortamın sağlanması için birlikte çalışmalıdırlar.

7. Aileler ve profesyonel ekip, yenidoğana uygulanan tedavilerin etkinliğini ve güvenilirliğini sağlamak için birlikte çalışmalıdırlar.

8. Aileler ve profesyonel ekip, ailelerin hasta bebeklerinin bakımında en üst düzeyde rol almalarını cesaretlendirecek servis politika ve programlarının geliştirilmesinde beraber çalışmalıdırlar.

9. Aileler ve profesyonel ekip, YYBÜ'nden taburcu olan tüm yüksek riskli bebeklerin düzenli uzun dönem takiplerini sağlayabilmek için birlikte çalışmalıdırlar.

10. Aileler ve profesyonel ekip, yetersiz tedavinin yanı sıra yoğun tedavinin de bebeklere zarar verebileceği bilincine erişmeli ve izlemde sekelli olarak takip edilecek bebeklerin ihtiyaçlarının farkında olarak gerekli çabaları göstermelidirler (41).

Preterm bebeklerin anneleri ile birlikte yatışları, annelerin bilgilerini ve deneyimlerin artmasını sağlar, annelerin duyarlılıklarını geliştirir. Anne-bebek ilişkisi gelişir, maternal bağlanma artar. Ailenin de bakıma ortak olması, YYBÜ ekibine güveninin artmasına, kaygı ve streslerinin azalmasına, öz güvenlerinin artmasına neden olur. Bu da bebeğin bakım kalitesinin artmasına, uzun dönemde de bebeğin sağlıklı büyüme gelişmesini sağlar (40).

İyi bir YYBÜ en güncel tedavilerin en uygun, en doğru şekilde uygulandığı ve bebeklerin tedavisinde ailenin rolünün artmasını sağlayan yapılanma içinde olmalıdır (33).

PREMATÜRE DOĞUMUN AİLEYE ETKİSİ

Doğum sonu dönem annenin bebeğine alışması, postpartum rahatsızlıklar ve postpartum döneme uyum açısından zorlu bir dönemdir. Annenin desteğe en fazla ihtiyaç duyduğu bu dönemde erken doğum ve bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınması anne ve baba için travmadır ve ebeveynlerde kaygıya neden olur (3).

Prematüre bebek sahibi olmak, birçok anne baba için baş edilmesi güç bir durumdur. Doğumun beklenen tarihten erken olması, bebeğin düşünülenden farklı ve sağlık problemlerinin olması, YYBÜ'ne alınması, ünitenin tıbbi cihazla kaplı, ürkütücü fizik ortamı, alışılmadık ses, ışık ve görüntüler, bebeğin kaybedilme korkusu, bebekle iletişime geçememe, hatta hiç görememe, bebeğin sorunlarına yönelik yetersiz bilgilenme, annenin bebeğini hastanede bırakarak taburcu olması, annenin bebek bakımında farklı beceriler geliştirmesinin gerekliliği, ailenin hazır olmadan karşılaştığı ve beklemediği endişe uyandıran bir durumdur (5,42).

Erken doğuma hazır olmayan anne ve diğer aile bireyleri preterm bebeğin doğumu ile yüksek düzeyde anksiyete yaşarlar. Annenin korku ve anksiyetesi yüksek seviyededir. Bebek annesini hiç görmeden YYBÜ'ne yatışı yapıldığında annenin bebeğinin sağlığı ve görünümü hakkındaki korkuları daha da artmaktadır (5,39,42).

Annenin elinden geleni yapmasına rağmen gebeliğin beklenen şekilde sonuçlanmaması kızgınlığa neden olmaktadır. Prematüre bir yenidoğana sahip olmak, anne babaların stres, anksiyete, destek sistemlerinin yetersizliği kriz potansiyeli yaratırken doğumu takip eden günlerde bebeğin durumundaki belirsizlikler; ailenin istediği, hayalini kurduğu aile yapısına kavuşamaması ve özellikle annenin bebeğe karşı olan sorumluluklarını (emzirmek gibi) yerine getirememesi stres ve kriz potansiyelini arttırarak ebeveynlerde depresyon belirtilerinin gözlemlenmesine zemin hazırlamaktadır (3,5). Çalışır ve ark. (13) çalışmalarında YYBÜ'nde bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerinin babalara göre daha yüksek olduğunu bulunmuşlardı.

Aile için, erken doğan bebeğinin YYBÜ'nde tedaviye gereksinim duyduğunu kabullenmesi zor bir durumdur. Bebeğinin hayatta kalıp kalamayacağı veya tedavi sonrası uzun dönemde sağlığı ile ilgili belirsizlikler ailenin stresini arttırır. Yoğun stres yaşayan ebeveynlerin özellikle annelerin ve bebeklerinde davranışsal sorunlar gelişme riski yüksektir (3,5,41,43).

Erdeve ve arkadaşları ailelerin preterm bebeğin YYBÜ'ne yatışında yaşadıkları stresin nedenlerini;

- Ünitenin yabancı ortamı, ailelerin tanımadıkları personel,

- Bebeğin durumu ve görünümü, bebekten ayrılma,

- Karmaşık tıbbi sorunlar ve ani değişiklikler, belirsizlikler,

- Bilgi eksikliği,

- Fiziksel yetersizlikler ve talepler,

- Finansal sorunlar olarak tanımlamışlardır (3).

YYBÜ'nde ebeveyn-bebek iletişimini olumsuz etkileyen ve krize neden olan stresörler şunlardır;

• Doğum olayının erken olması, annenin ya da babanın duygusal olarak bu olaya hazır olmaması,

• Bebeğin yaşamını sürdürebilmesi için yoğun bakım ortamında anneden ayrı kalması, annenin bu gerçekle yüz yüze gelmesi,

• Annelerde bebeklerinin küçük görünümlerinden kaynaklanan ölüm veya sakat kalabileceği korkusu,

• Bebeğin başına gelen olaylardan annenin kendini sorumlu tutması, suçlaması, kendini başarısız ve yetersiz hissetmesi,

• Sağlık personelinin, aileyi yargılayıcı suçlayıcı davranışları, bebekleri hakkında bilgi vermemesi, ziyaretlerini sınırlaması, sağlık ekibinin aile ile ve /veya kendi aralarında ki iletişim eksikliği

• Babanın, anne veya bebeğe karşı ilgisizliği ya da uzun süre hastanede kalması neden ile işini kaybetme riski,

• Annenin bebeği ile hastanede kaldığı günlerde, evdeki diğer çocukların bakım sorununun ortaya çıkması,

• Yenidoğan yoğun bakım ortamından kaynaklan faktörler; solunum cihazı, monitör, ambu, maske, bebeğe uygulanan tedavi şekilleri ve bunların ailede, bebeğin durumunun söylenenden daha ağır olduğunu düşündürmesi, profesyonel olmayan kişilerden sağlıksız bilgilerin alınmasıdır.

• Bebeğe uygulanan, tanı ve tedavi işlemlerinin bilinmemesi, bebeğe bağlanan araç ve gereçlerin çokluğu, personelin heyecanlı çalışma temposu ebeveynlerin korku ve anksiyetesini arttırır. Bu durum da bebekleri ile ilişki kurmalarını, özellikle de onlara dokunmalarını güçleştirir (44).

Yapılan çalışmalarda preterm doğum yapan annelerin yüksek düzeyde psikososyal stres yaşadıkları bildirilmektedir (45,46,47). Şahin ve Hotun'un (46) çalışmalarında, ebeveynlerin stres nedenlerini; bebeğin durumu ile ilgili kaygılar, hastanede kalış süresi, birimler arasındaki koordinasyon eksikliği ve bürokratik işlemler, evdeki eş ve çocukların özlemi ve bakımı, hastane masrafları ve evde bebek bakımı konusunda bilgi ve beceri eksikliği ile ilgili olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada ebeveynlerin bu sorunları ailenin desteğiyle, dua ederek, ağlayarak, sohbet ederek ve yeterli tıbbi bakım aldığına inanarak atlattıkları bulunmuştur.

Prematürelik ve uzun süreli hastanede yatış deneyimi anne-yenidoğan bağlanması (bonding) sorunlarına, ileride ise çocuğun ihmal edilme ve şiddete maruz kalma gibi pek çok soruna yol açabilmektedir (47). Ayrıca bebeğin YYBÜ'sinde olmasının erken anne bebek ilişkisini olumsuz etkilemesinin ileride annede ve bebekte davranış bozukluğu oluşabileceği tartışılmaktadır. Mothering Disorders olarak tanımlanan hatalı anne tutumu ileride aşırı koruma veya bu durumun tam tersine "dövülmüş çocuk sendromu" şeklinde sonuçlanabilmektedir (6).

Erken doğan bir bebek, düşük sosyoekonomik düzey gibi bir etken varlığında bağlanma sorunu için daha fazla risk oluşturabilir. Preterm doğum ve YYBÜ'sinde yatış anne babanın işgücüne de etki etmektedir. Doğum sonu dönemde erken doğum yapan çoğu anne işe dönüş süresini uzatmakta, çalışma saatlerini azaltmakta veya tamamen çalışmayı bırakmaktadırlar. Bu durum, aile gelirinin yaklaşık %32 oranında düşmesine neden olmaktadır (24,48).

Ayrıca duyusal ve bilişsel sorunları olan preterm bebeklerin ebeveynlerinin çoğunun, YYBÜ'nden taburculuğunun ardından, sosyal hizmet desteğine gereksinimleri olmaktadır. İleriki yıllarda, aileler çocukları ve kendileri için günlük bakım desteği, özel eğitim, danışmanlık, evde bakım için sağlık ve eğitim hizmetlerine başvurmak zorunda kalabilmektedirler (23,24).

POSTPARTUM DEPRESYON

Postpartum dönem doğumdan sonraki ilk 6 haftalık süreyi kapsamaktadır. Depresyon doğum sonu ilk bir yıl içinde başlamışsa postpartum depresyon olarak tanımlanmaktadır (49). Postpartum depresyon DSM-IV' de doğumu takip eden 4 hafta içerisinde ortaya çıkan majör depresyon atağı olarak tanımlanmaktadır. Postpartum depresyon, doğumdan sonraki 2. ve 3. haftadan sonra başlar, 4. ve 5. aylara kadar gözden kaçabilir ya da klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir (49,50,51).

Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD–10) gebelikte ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak ele alınmamıştır. Postpartum depresyon (PPD), DSM-IV'de "Duygu Durum Bozuklukları" içinde yer almakta ve "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında postpartum dört hafta içinde epizotun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (52). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) doğum ile duygudurum bozuklukları arasında özgün bir bağlantı olduğunu, gebelik ve doğum ile birlikte tetiklenen psikiyatrik bozuklukların kendine has özellikleri olduğunu belirtmektedir (53).

Gebelik, anne babaların ebeveynlik rolüne adım attıkları ilk aşamadır. Gebelik ve doğum yaşamın bir parçası olarak düşünülse de fizyolojik ve psikolojik değişimlerin meydana geldiği bir dönemdir. Annenin aile, sosyal ilişkiler ve sahip olduğu sorumlulukların değişimi anneliğe geçiş aşamasında yaşadığı yoğun stres, anksiyete annede postpartum depresyona neden olabilmektedir. Bazı anneler bu zorlu döneme kolaylıkla uyum sağlarken, annelerin bazılarında hafif, orta ve şiddetli düzeyde ruhsal sorunlar görülebilmektedir. Özellikle yüksek riskli gebeliklerin kadınlarda stres düzeyini artırdığı bilinmektedir (54,55,56,57,58).

Postpartum dönemde anne babalar, bebeğin bakımını sağlamak, bebek ile iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenerek adapte olmak ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorunda kalırlar. Bu sebeple, postpartum dönem aile için kriz oluşturur (54,55,56).

Doğumla beraber, kadınlara yüklenen roller artmakta ve kadının koşulsuz bebeğini seveceği, ailesine bakacağı ve "bebeğin doğumundan sonra hep mutlu yaşayacağı" beklentilerine dikkat çekilmektedir. Bu beklentiler de anneye ağır yük getirir ve beklentileri karşılanmadığı durumda özellikle doğumun erken olması, prematüre bebek olması ve YYBÜ'nde yatması PPD oluşumuna zemin hazırlanmaktadır (59). Postpartum depresyon, bu dönemde annede en sık görülen sorunlardan biridir (54,55,56).

Depresyonun kadınlarda yaşam boyu prevalansının %10-25 olduğu bildirilmektedir. Bu oran erkeklerdeki prevelansın 1.5-3 katıdır. Kadınlarda depresyonun pik yaptığı yaşlar doğurganlık yaşlarıdır (50). Dünyada gebelikte depresyon prevelansı %7-26 olarak bildirilmekteyken postpartum dönemde depresyon sıklığı, araştırmalarda kullanılan tanı yöntemlerine göre farklılık göstererek %3.5- 40 arasında değişim göstermektedir. (49,60). Türkiye de bu oran %12- 28 dir (57).

Postpartum depresyon görülme oranları toplumlar arası farklılık gösterir. Miller'in 2002 de yaptığı çalışmada kadınların yaklaşık %10-20'si PPD yaşadığı, Asya ülkelerindeki çalışmalarda ise, PPD prevalansının %1 ile %20 arasında olduğu belirtilmektedir (61). Ülkemizde de Durukan ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin %6,3-50,7'inde PPD belirtilerinin bulunduğu bildirilmektedir (50). PPD yeni doğum yapan annelerin %13'ünde gözlenirken, prematüre bebeklerin annelerinde ise %53oranında görülmektedir (39).

POSTPARTUM DEPRESYON BELİRTİLERİ

PPD hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilemekte annenin kendine ve bebeğine zarar verme riskini arttırmaktadır (62). Yeterli destek ve tedavi alınmadığı durumlarda hastaneye yatışa kadar gidebilecek ciddi bir durum haline gelebilmektedir. Doğumdan sonraki ilk yıl PPD için yüksek riskli dönem kabul edilmektedir ve bu risk 2 yıl boyunca devam etmektedir. Yaşamları boyunca hiç depresyon yaşamamış kadınlar için ilk 1 yıl büyük risk taşımaktadır. PPD belirtileri, majör depresyon belirtilerine benzemektedir. Bu belirtiler;

- kendini değersiz hissetme,
- yaşamdan keyif almada isteksizlik,
- suçluluk hissi,
- kilo kaybı, iştah bozuklukları,
- kontrolsüzce ağlama ve sürekli ağlamaklı hal,
- hareketlerde ve konuşmada yavaşlama,
- ajitasyon veya hiperaktivite,
- uyku problemleri,
- duygusal dengesizlik, öfke hissi,
- umutsuzluk ve yetersizlik hissi,
- konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma,

- yoğun umutsuzluk, yalnızlık,
- kayıp, kontrol kaybı, çıldırma korkusu,
- yetersizlik ve kendine güvensizlik,
- yaşamı anlamlandıramama, kendini çaresiz hissetme, içe kapanma,
- cinsel isteksizlik,
- ölüm ve intiharla ilgili düşünceler,
- bellek zayıflığı,
- bebeğe aşırı ilgisizlik, bebeği için aşırı endişelenme, bebeğe zarar verme ile ilgili düşüncelerdir (49,50,51,52,63,64,65).

Bu bulgular tedavi edilmediği takdirde kronik hastalık haline gelerek yaşam kalitesini düşürmekte anne ve çocuğun sağlığını olumsuz etkilemektedir.

POSTPARTUM DEPRESYON ETYOLOJİSİ

Gebelik döneminde yüksek düzeylerde olan östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüşün PPD etiyolojisinde önemli olduğu düşünülmektedir (66).

İlk gebeliklerde anne babaların yeterli danışmanlık ve eğitim hizmeti alamamaları, sosyal destek yetersizliği, gebelikte annede bulantı-kusma olması, düşük tehdidi, bebekle ilgili komplikasyonlar gibi riskli durumlar, doğum eyleminin beklenenden zor gerçekleşmesi ya da erken gerçekleşmesi gibi nedenlerle ebeveynlerde stres, anksiyete ve kaygı artmaktadır. Gebelik ve doğum ile birlikte, önceki yaşam tarzının, bağımsızlığın, vücut imajının ve anne karnından ayrılan bebeğin kaybı yaşanmaktadır. Bu stresörlerle birlikte annelerin preterm ve hasta bir bebeğe sahip olması bu bebeğin bakımının güçlükleri, sosyal izolasyon ve bebeğin hastalığı nedeni suçluluk duyma bu annelerde PPD görülme oranını arttırabilir (11,59,67).

Preterm ve hasta bebeğin doğum sonrası bakımı anne için bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe ya da kendisine yöneltmekte ve olumlu annelik imajını içselleştirememektedir (59).

Bebek sahibi olmak kadın için bir kazançken, beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile ve toplum içindeki rollerde değişimler, entelektüel melekelerde kayıp algısı, bağımsız kadın rolünden sorumluluk sahibi, geleneksel kadın rolüne geçiş, hastaneden çıkıp eve geldiğinde hem anne, hem de ev kadını olarak yepyeni görevlerle karşı karşıya kalması, kimliğe ilişkin değişikliklerin yaşanması, kadında depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilmektedir. Biyolojik

yatkınlığı ve psikososyal yatkınlığı olan annelerde hamilelik, doğum süreci ve doğum sonu dönemde yaşananlar depresyonun ortaya çıkma nedeni olabilmektedir (10,59) .

Doğum yapan tüm kadınlarda, endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına rağmen, psikiyatrik bozuklukların kadınların sadece bir bölümünde gelişmesi, etiyolojide sosyal stres faktörleri, kişilerarası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir (10,59).

Poçan ve ark. (68) çalışmasında, planlı olmayan gebelikler, bebeğin mama ile beslenmesi, annenin bebeğin uyku düzeninden memnun olmaması, bebek bakımında annenin yalnız kalması ve aile desteğinin olmaması, karı-koca ilişkilerinin kötü olması ve aile içi şiddetin PPD gelişiminde primer faktör olduğunu saptanmıştır.

Selçuk ve ark. (69) gebelik döneminde az kilo alan annelerin, depresyona eğiliminin daha fazla olduğunu ve PPD için risk faktörü olarak gebelik döneminde yetersiz beslenme ve beslenme problemleri sonucu, düşük kilo alımının da üzerinde durulması gerektiğini vurgulamışlardır.

Bazı araştırmalarda D vitamini ve demir eksikliği ile PPD arasındaki ilişki incelenmiştir. İran'da yapılan araştırmada, gebeliğin başında hemoglobin seviyesi normal olan ve doğumdan sonra anemi gelişenlerde, PPD prevalansının anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur (70). Gebelerde D vitamini düşüklüğünün, antenatal depresyon belirtilerini artırdığı ve PPD için risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Annelerin doğumun ardından gebelik dönemine göre daha az uyudukları, daha önce depresyon öyküsü olan gebelerde de uykusuzluğun, postpartum dönemde depresyonun yeniden ortaya çıkmasında bir risk faktörü olduğunu belirtilmektedir (71,72,73).

Annelerin mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bu dönemde, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları, belirtilerini saklamalarına ve PPD tablosunun gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde gebe ve lohusa izlemlerinde annelerin PPD açısından da izlenmesi önemlidir (52). Türkoğlu ve ark. (67) çalışmasında bebeğin sağlık sorunun bulunması ile PPD arasında ilişki bulunmuş, anne bebek ilişkisinin en erken dönemde başlatılması ve rehabilite edici hemşirelik hizmetlerinin verilmesinin önemini vurgulamışlardır.

PPD'nin, anne-bebek etkileşiminin niteliği ile de ilişkili olduğu belirtilmektedir (74). PPD, annelerde bebeklerinin sağlığını ve gelişimini tehdit eden davranışlara ve bakım vermede

eksiklikler yaşamasına sebep olur. PPD, anne-bebek etkileşimini bozarak, güvensiz bağlanmaya, etkilenen çocuklarda gelişimde gecikme ve sosyal etkileşimde zorlanmaya neden olabilmektedir. PPD tedavi edilmediği durumda kronik hale gelerek annenin yaşam kalitesini düşürür, annenin bu dönemde yaşadığı olumsuzluklar anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkiler. Doğumun beklenenden erken olması, bebeğin prematüre olması, hasta olması ve YYBÜ'de yatması hem bağlanma sürecini hem de annenin ruhsal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (39,62,75).

Hemşireler annenin durumu değerlendirerek stres ve anksiyete düzeyini belirlemeli, diğer risk faktörlerinin varlığını araştırmalı, postpartum depresyon belirtilerini izleyerek annelere danışmanlık sağlamalı ve gerekirse anneyi tedavi için yönlendirmelidirler. Belirtileri erken dönemde fark edebilmek için bakımdan sorumlu ekibin bu konuda bilgi sahibi olması önemlidir. Aileye bu dönemde destek sağlanmalı, sosyal destek sistemleri güçlendirilmelidir (49).

MATERNAL BAĞLANMA

Bağlanma, insanın gelişim süreci içinde önemli yeri olan bir kavramdır (12). Hayatın ilk günlerinde başlayan, duygusal yönü ağır basan ve olması beklenen bir durumdur (1). Bağlanma teorisi, bebeğin ihtiyaçları için sinyal göndermesi ile bakım veren kişinin sinyale uygun cevabı sonucu güvenli bebek-ebeveyn bağlanması oluşması esasına dayanmaktadır (12). Bağlanma teorisi anneye ya da rahatlatıcı bir başka figüre bağlanmanın, bebeğin yaşamını sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğunu savunmaktadır (76).

Bebeklik döneminde oluşan bağlanma kavramı; belirli bir kişiye olumlu tepkilerin verilmesi, zamanın büyük bölümünün o kişiyle geçirilmek istenmesi, korku yaratan durumlar ya da objeler karşısında hemen o kişinin aranması gibi duygu ve davranış örüntülerinin tamamını kapsamaktadır (77). Anneliğe olumlu uyum sağlama ve annelik rolü kazanma açısından önemli bir faktördür (75).

Bowlby 1951 yılında, maternal bağlanmayı, anne-bebek arasında, sıcak, sürekli, yakın ilişki olması ve bu durumdan iki tarafında karşılıklı memnun olması ve haz alması olarak tanımlamıştır. Bağlanma teorisi bebeğin biyolojik güven ihtiyacı sonucu en erken dönemde anneye bağlanması ve annenin bebeğin ihtiyaç duyması halinde ulaşılabilir olup olmadığı, bebeğe gösterdiği tepkilerinin ve davranışlarının bebek tarafından nasıl yorumlandığı üzerine odaklanmaktadır (78,79).

Postpartum dönemde bağlanma, anne ve bebek etkileşimi ile desteklenir. Sevgi ile bağlanma maternal rol uyumunun parçasıdır, bunun sonucunda bebekte güven duygusu gelişir (8). Maternal bağlanma, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini sağlayan en önemli faktörlerden olup, zamanla gelişen özel ve eşsiz bir ilişkidir. Anne bebek arasında gelişen bu ilişki, çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini önemli ölçüde etkileyerek, yaşam boyunca etkinliğini sürdürür. Maternal bağlanmada başarısızlıklar yaşandığında bebek, ihmal ve istismar açısından da risk altındadır (75,78).

Doğumdan sonraki ilk dakikalar hem anne, hem de bebek için yeni duruma uyum sağlamaları ve aralarındaki özel bağın oluşması açısından büyük önem taşımaktadır (8). Doğumu izleyen ilk 60-90 dakikalık dönemin en hassas dönem olduğu kabul edilerek, bu hassas dönem boyunca anne ve bebeğin ayrı kalmalarının, bebeğin gelişimini ve annenin davranışlarını olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (6). Bebeğin yaşadığı ilk bağlanma deneyimi daha sonra yaşayacağı bağlanma deneyimlerinin temelini oluşturacaktır. Bu ilk temel ilişkide ortaya çıkan yetersizlikler ve aksamalar bağlanmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Mutlu ve ark. (48) çalışmalarında bebeği YYBÜ'nde yatan annelerin yenidoğanla daha zayıf duygusal bağ kurduklarını saptamıştır. Bu nedenle prematüre yenidoğanlar doğum sonu dönemde annelerinden ayrı kaldıklarından maternal bağlanma açısından risk grubunda yer almaktadırlar (80).

Yenidoğan döneminde, becerilerinin yeterli seviyede gelişmemiş olmasına bağlı olarak, yenidoğan ona bakım veren kişiye bağımlıdır. Bu bağımlılık sürecinde bakım veren kişi ile kurduğu birebir ilişki, onun zihinsel ve duygusal gelişimi için büyük önem taşımaktadır. Bebeğin ağlaması, gülmesi, emmesi ve temas etmesi bebeğin gösterdiği bağlanma davranışlarıdır. Bu davranışların sürekli olarak tekrarlanması sevgi, güven ve memnuniyet duygularının gelişimini sağlar (78). Bağlanma altı ay ile yirmi dört ay arasında tam olarak şekillenmektedir. Doğumun ardından başlayan bağlanma; meme arama, başı çevirme, emme, yutma, parmak emme, yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini hissetme ve hazırlanma şeklinde kendini göstermektedir (81,82). Anne ile bebeğin ayrı olması, bebeğin YYBÜ'nde olması bu duyguların oluşumunu olumsuz yönde etkilemektedir (8).

Gebeliğin planlı, istenen zamanda olması, gebeliğe hazır olma\hissetme, gebeliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi bağlanma için önemli faktörlerdir. Annenin prematüre bebeğe sahip olması, hastanede kalış süresi bağlanmayı olumsuz etkiler (83). Term ve preterm bebeklerin anneleriyle iletişimlerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda preterm annelerinin bebekleri ile

iletişimlerinin daha az ve term bebeklerdeki iletişime göre daha az tatmin edici olduğu belirtilmektedir (84).

Anne–bebek etkileşimi, annenin ruhsal durumundan da etkilenmektedir. Bağlanmayı olumsuz etkileyen stresli durumlar, annenin depresyon ve anksiyete riskini artırabilmektedir (9). Ailelerin, sağlıklı doğmasını düşledikleri bebeklerinin preterm ya da ağır hasta olarak dünyaya gelmesi ailede; şok, endişe, utanç, acizlik hissi, umutsuzluk, kızgınlık, kendini ve sağlık personelini suçlama, sürekli ağlama, aşırı sessizlik ve hareketsizlik gibi olumsuz duygular yaşamaktadırlar (13). Bebeğin prematüre doğmasıyla annenin bakım verici ve annelik rolünün değişime uğraması, sorumluluğun sağlık ekibine geçmesi annede stres ve kaygıyı artıran diğer bir durumdur (85).

Bu dönemde annenin bebeğini görüş süresi ve dokunuşu önemlidir (42). Dokunma maternal bağlanmayı olumlu yönde etkilemektedir (86). Hemşireler bebek hakkında konuşmaları konusunda anneleri cesaretlendirerek ileride ortaya çıkabilecek olan bağlanma ve diğer sorunların erken dönemde tanımlayarak anneye gerekli desteğin verilmesine katkıda bulunabilirler (6).

YYBÜ'de anne- bebek bağlanmasının gerçekleşmesi için; sık sık ziyaretin sağlanması, annenin bebeği ile konuşması (olumlu cümleler kullanması, ismiyle hitap etmesi vb.), mümkünse bebeğine en kısa sürede dokunması, sarılması, ten tene temasın (kanguru bakım yöntemi ile) sağlanması, bebekleri ile uzun süre birlikte vakit geçirmeleri konusunda sağlık personeli anneyi cesaretlendirerek, bebeği için yapabileceklerini paylaşarak bakıma katılımlarının arttırılması büyük önem taşımaktadır.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Hemşireler ailelerin eğitimi ve pozitif destekle anne bebek bağlanmasının başarılı bir şekilde kurulmasında ve bu bağın güçlenmesinde büyük rol oynarlar. Bağlanma sürecinin değerlendirilmesi iyi gözlem ve beceri gerektirir (75).

Hemşireler annelerin bebeklerine yaklaşımlarının sağlıklı bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için, anne-bebek arasında oluşacak normal bağlanma sürecini ve postpartum dönemde olumlu anne-bebek ilişkisinin geliştirilmesinden kendilerinin sorumlu olduklarını bilmelidirler (1).

Hemşirelik uygulamalarında AMB büyük önem taşımaktadır (2). AMB felsefesi erken bağlılığın gelişimini kolaylaştırmaktadır. Anne bebek etkileşimi ve kalitesini arttırmaya yönelik aile desteklenmeli ve cesaretlendirilmelidir (75). Bu amaçla YYBÜ'ni tanıtan ve bebeğin ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağını anlatan broşürler hazırlanıp ailelere verilmelidir (4). Aileye bebeklerinin durumları hakkında açıklama yapılmalı, soruları cevaplanmalı, emosyonel destek sağlamalı, bebeği ile iletişim kurması, konuşması, bebeğine dokunması ve bebeğini en yakın zamanda kucağına alması desteklenmelidir. Bebeği için yapabilecekleri konusunda cesaretlendirilmeli bakıma katılımlarının arttırılması sağlanmalıdır. Uygulanan tıbbi tedavi ve girişimler ailenin anlayabileceği düzeyde tıbbi terimlerden uzak sade bir dille anlatılmalıdır (4,75).

Hemşirelerin doğum sonu en erken dönemde anne-bebek etkileşimi, dokunma, kucağa alma, ten tene temas, emzirme ve bağlanmanın önemi ile ilgili bilgi ve farkındalıklarını arttırmaları gerekmektedir. Yetersiz etkileşim ve etkisiz bağlanma için riskli olan bu annelerin bebekleri ile ten tene temasının sağlanarak, erken ve sık emzirmeye özendirilerek, anneler ile bağlanma süreci ve bu sürecin önemi konusunda paylaşımlarda bulunarak, anne ile bebeğin ayrılığını azaltılarak etkileşimin artırılmasını sağlamalıdır (1,87).

YYBÜ'nde çalışan hemşireler annelerin kaygı düzeylerini azaltmak için; benzer problemlere sahip ailelerin bir araya gelmesini sağlamalı, serviste olabildiğince uzun süre bebekleriyle vakit geçirmelerini sağlamalı, anneye zaman ayırarak onu dinlemeli, sorularına doğru ve yeterli cevaplar vererek aileyi rahatlatmalıdır (13). Hemşireler bağlanma problemi yaşayan anneleri izlemeli, güvenli bağlanmanın gelişmesi için aileye rehberlik etmelidirler (1, 8).

YYBÜ'de yatış, taburculuk ve eve geçiş dönemindeki erken aile merkezli girişimlerin maternal stresi ve depresyonu azaltacağı, annenin öz güvenini arttırarak aile prematüre bebek etkileşimini erken geliştirileceği düşünülmektedir. Kaygı seviyesi yüksek anneler ve postpartum depresyon yaşayan anneler bebeklerinin bakımına katılmakta ve sağlık personelleri ile işbirliği yapmakta zorluklar yaşayabilirler, buna bağlı olarak da yaşamın erken dönemlerinde gerçekleşmesi beklenen anne bebek bağlanmasında aksamalar oluşmaktadır. Anne-bebek bağlanmasının başlatılmasında özellikle postpartum dönemde hemşirelik yaklaşımları önem taşımaktadır. Hemşirelik bakımının planlanmasında gereksinimlerin saptanması, annelerin postpartum depresyon ve maternal bağlanma düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin bilinmesi önemlidir.

Postpartum dönemde annenin bağlanma düzeyinin ve postpartum depresyon ilişkisinin saptanması ve bağlanmayı etkileyen faktörlerin erken dönemde belirlenmesi, erken dönemde hemşirelik bakımının bireysel gereksinimlerine göre verilmesine olanak vererek ve bebeğin büyüme ve gelişmesini olumsuz etkileyecek faktörlerin ortadan kaldırılmasına ve ileride gelişebilecek ruhsal hastalıklardan korunmasına katkıda bulunacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma prematüre bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin postpartum depresyon ve maternal bağlanma düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde, Kasım 2014 – Mayıs 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

- Prematüre doğum yapan annelerin postpartum depresyon ve maternal bağlanma düzeyleri nasıldır?
- Postpartum depresyonun maternal bağlanmaya etkisi nasıldır?
- Prematüre doğum ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatışın maternal bağlanma düzeylerine etkisi nasıldır?
- Prematüre doğum ve yoğun bakım ünitesinde yatışın annelerin postpartum depresyon düzeylerine etkisi nasıldır?

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Kasım 2014 – Mayıs 2015 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde prematüre bebeği yatan anneler oluşturdu. Preterm bebek anneleri içinde araştırma kriterlerini karşılayan ve veri toplama araçlarını eksiksiz dolduran 98 prematüre bebek annesi araştırmanın örneklemini oluşturdu. Örneklem seçiminde şu kriterler dikkate alındı;

- Annenin prematüre bebeğe sahip olması
- Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatıyor olması
- Bebeğin en az 30 günlük olması
- Okuma yazma biliyor olması ve okuduğunu anlıyor olması
- Herhangi bir iletişim sorununun olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri "Veri Toplama Formu" (Ek-1), " Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) "(Ek-2) ve " Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) " (Ek-3) kullanılarak elde edildi.

Veri Toplama Formu

Veri toplama formu, annelerin bazı özellikleri; yaş, eğitim, çalışma durumları, aylık geliri, aile tipi, babaların eğitimi, çalışma durumları; gebelik ve doğum ile ilgili özellikleri; gebelik sayısı, çocuk sayısı, gebeliğin planlı olup olmama durumu, kaybedilen çocucuğun olup olmama durumu, akraba evliliği, gebelikte problem yaşama, gebelik kontrollerine gitme, gebelikte ilaç kullanma, psikiyatrik hastalık öyküsü, gebelikte destek alınan kişi varlığı, doğum şekli, bebek ile ilgili özellikleri; bebeğin cinsiyeti, gestasyon yaşı, doğum tartısı, kaç günlük olduğu, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış günü, doğum kilosu, klinik tanısı, konjenital anamoli varlığı, annelerin bebekleri ile ilgili özellikleri; doğumdan sonra bebeklerini; ilk kez görme, dokunma ve kucağa alma zamanları, annenin bebeğini ilk kez gördüğünde hissettiği duygular, bebeği emzirme durumu ve bebeğin beslenmesi için süt sağma durumunu içeren 46 sorudan oluşmaktadır.

Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)

MBÖ, maternal sevgiyle bağlanmayı ölçmek amacıyla, Muller tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. MBÖ'nün Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Kavlak tarafından 2004 yılında yapılmıştır (78). Sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçen MBÖ kişinin kendinin uyguladığı bir ölçek olduğu için, okuma yazma bilen ve okuduğunu anlayabilen kadınlarla uygulanabilen bir ölçektir. 4'lü likert tipi 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve Her zaman (a)= 4 puan, Sık sık (b)= 3 puan, Bazen (c)= 2 puan ve Hiçbir zaman (d)= 1 puan hesaplanır. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir.

Kavlak (78) geçerlilik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0.85 olarak bulunmuş. Bu çalışmada Cronbach Alpha 0,79 olarak bulunmuştur.

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

Cox ve ark. (1987) tarafından geliştirilen ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. EPDÖ 10 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2., ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. EPDÖ' nin kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir(88).

EPDÖ' nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Engindeniz (1996) tarafından yapılmıştır(89). Engindeniz (1996) ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha değerini 0.79 olarak bulmuştur. Bu çalışmada iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri 0,80 olarak bulunmuştur.

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri; Kasım 2014 – Mayıs 2015 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi YYBÜ'nde özel bakım odasında anneler bebekleri ile kalmaya başladıklarında ve bebeklerin 30. gününden sonra toplandı. Veriler annelere çalışmanın amacı açıklandıktan sonra, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan annelere " Veri toplama formu ", " Maternal Bağlanma Ölçeği " ve " Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği " verilerek araştırmacı

tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek elde edildi. Veri toplama formu ve ölçeklerin doldurulması yaklaşık 30 dakika sürdü.

VERİLERİN ANALİZİ

Elde edilen verilerin analizi SPSS 19.0 "The Statistical Package for the Social Scences-PC version 19.0 (SPSS, Chicago, IL) " programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler için frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma analizleri kullanıldı. Sosyodemografik özellikler, Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği puanları arasındaki ilişkiler verilerin dağılım özelliklerine göre Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Ölçeklere ve alt boyutlarına güvenilirlik analizleri uygulanarak Cronbach Alfa katsayıları hesaplandı. Tüm analizlerde $p< 0.05$ anlamlı kabul edildi.

ETİK KURUL ONAYI

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu 01.10.14 tarihli ve 18/08 karar nolu Etik Kurul İzni (Ek-4), Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden kurum izni alındı (Ek-5). Çalışmaya katılan preterm bebek sahibi anneler, araştırmanın amacı ile ilgili olarak bilgilendirildi, yazılı ve sözel onamları alındı. Annelere veri toplama formu ve ölçeklerde annelerin isimlerinin belirtilmeyeceği ve araştırmadan elde edilecek verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı bilgisi verildi.

BULGULAR

Araştırma; Kasım 2014 – Mayıs 2015 tarihleri arasında; prematüre bebeği YYBÜ'sinde yatan annelerin doğum sonu dönemde maternal bağlanma, postpartum depresyon düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 98 anne ile yapıldı. Bulgular aşağıdaki başlıklar halinde verildi.

- Ailelerin tanıtıcı özellikleri
- Annelerin gebelik ile ilgili özellikleri
- Preterm bebeğin özellikleri
- Annelerin bebekleri ile doğumdan sonraki ilişkilerine yönelik özellikleri
- Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı
- Anne ve bebeklerin bazı özellikleri ile Maternal Bağlanma Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

AİLENİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 1 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan annelerin yaş ortalaması 29,11 ± 6,20 olarak saptanmıştır. Annelerin eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, %29,6'sının lise, %26,5'inin ilkokul, %26,5'inin üniversite, %17,3'ünün ortaokul düzeyinde eğitim aldığı , %31,6'sının çalıştığı saptanmıştır (Tablo 1). Babaların yaş ortalaması 32,85± 6,33, %34,7'si lise, % 25,5'i ilkokul, %20,4'ü ortaokul, % 19,4'ünün üniversite mezunu olduğu, %93,9'unun çalıştığı, % 6,1'inin çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Ailelerin; %41,8'inin şehirde, %38,8'inin ilçede, %19,4'ünün köyde yaşadığı, %86,7'sinin çekirdek aile, %13,3'ünün geniş aile olduğu, gelir durumlarını %16,3'ünün düşük, %53,1'nin orta, %30,6'sının iyi olarak ifade ettiği saptanmıştır.

Tablo 1. Ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=98)

Özellikler	**Ort ± SS**	**n (%)**
Anne yaşı	29,11 ± 6,20	(min = 18, max=46)
Baba yaşı	32,85± 6,33	(min=20, max=47)
Anne Eğitim Düzeyi		
İlkokul	26	26,5
Ortaokul	17	17,3
Lise	29	29,6
Üniversite	26	26,5
Anne çalışma durumu		
Evet	31	31,6
Hayır	67	68,4
Baba Eğitim Düzeyi		
İlkokul	25	25,5
Ortaokul	20	20,4
Lise	34	34,7
Üniversite	19	19,4
Baba çalışma durumu		
Evet	92	93,9
Hayır	6	6,1
Yaşanılan yer		
Şehir	41	41,8
İlçe	38	38,8
Köy	19	19,4

Tablo 1 (devam). Ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=98)

Özellikler	Ort ± SS	n (%)
Aile yapısı		
Çekirdek aile	85	86,7
Geniş aile	13	13,3
Gelir durumu		
Düşük	16	16,3
Orta	52	53,1
İyi	30	30,6

ANNELERİN GEBELİK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Annelerin gebelik sayısına göre dağılımlarına bakıldığında; %44,9'unun bir gebelik yaşadığı, %25,5'inin ikinci gebeliği olduğu, %18,4'ünün üçüncü, %11,2'sinin dört ve üzeri gebeliği olduğu belirlendi (Tablo 2). Araştırma kapsamına alınan annelerin çocuk sayıları incelendiğinde; %55,1'inin bir çocuğu, %29,6'sının iki çocuğu, %11,2'sinin üç çocuğu, %4,1'inin dört çocuğu olduğu, annelerin YYBÜ'nde yatan preterm bebeklerinin kaçıncı bebekleri olduğu incelendiğinde; %55,1'inin ilk bebeği, %27,6'sının ikinci bebeği, %13,3'ünün üçüncü bebeği, %4,1'inin dördüncü bebeği olduğu saptanmıştır. Annelerin %81,6'sının bu gebeliği planlıyken, %18,4'ünün plansız olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Annelerin %30,6'sının gebelikte sağlık problemi yaşadığı, yaşanılan sağlık sorunları incelendiğinde; 25 annenin hipertansiyon, 2 annenin gestasyonel diyabet, 3 annenin de toxoplazmozis yaşadığı, annelerin %63,3'ünün ilaç kullandığı saptanmıştır. Annelerin gebelik döneminde tamamının gebelik kontrollerine gittiği saptanmıştır (Tablo 2).

Annelerin %6,1'inde (6 anne) akraba evliliği olduğu, bunlardan 1 annenin birinci kuşak kuzen, 2'sinin ikinci kuşak kuzen, 3'ünün üçüncü kuşak kuzen oldukları görülmektedir. Annelerin %11,2'sinin kronik bir hastalığının olduğu; annelerin 9'unun hipotiroidi, 2'sinin astım tanısının olduğu, % 11.2'sinin sürekli ilaç kullandığı bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Annelerin gebelik ile ilgili özellikleri (n=98)

Özellikler	n	%
Gebelik sayısı		
1. gebelik	44	44,9
2.gebelik	25	25,5
3.gebelik	18	18,4
4 ve üzeri gebelik	11	11,2
Çocuk sayısı		
1 çocuk	54	55,1
2 çocuk	29	29,6
3 çocuk	11	11,2
4 çocuk	4	4,1
Bu bebeğin kaçıncı bebek olduğu		
1.bebek	54	55,1
2.bebek	27	27,6
3.bebek	13	13,3
4.bebek	4	4,1
Gebeliğin planlı olup olması		
Evet	80	81,6
Hayır	18	18,4
Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu		
Evet	30	30,6
Hayır	68	69,4
Gebelikte yaşanılan sağlık sorunu (n=30)*		
Hipertansiyon	25	83,3
Gestasyonel diyabet	2	6,7
Toxoplazmozis	3	10

Tablo 2 (devam). Annelerin gebelik ile ilgili özellikleri (n=98)

Özellikler	n	%
Gebelikte ilaç kullanma durumu		
Evet	62	63,3
Hayır	36	36,7
Akraba evliliği varlığı		
Evet	6	6,1
Hayır	92	93,9
Akraba evliliği yakınlık derecesi (n=6)**		
1.kuşak kuzen	1	16,7
2.kuşak kuzen	2	33,3
3.kuşak kuzen	3	50
Hastalık varlığı		
Evet	11	11,2
Hayır	87	88,8
Hastalığı (n=11)***		
Hipotiroidi	9	81,8
Astım	2	18,2
Sürekli ilaç kullanma		
Evet	11	11,2
Hayır	87	88,8

*Gebelikte problem yaşayan anneler alınmıştır.

**sayı ve yüzdeler akraba evliliği bulunan aileler üzerinden alınmıştır.

*** sayı ve yüzdeler hastalığı bulunan anneler üzerinden alınmıştır.

Tablo 3'te annelerin gebelik döneminde yaşadığı duygular incelendiğinde; annelerin %38,8'inin yoğun üzüntü yaşadığı, %2'sinin gebelik öncesi ve gebelik döneminde psikiyatrik destek aldığı, annelerin %3,1'inin gebelik öncesi dönemde psikiyatrik tanı aldığı saptanırken, %3,1'inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Annelerin %77,6'sının gebelik döneminde destek aldığı kişilerin olduğu; %61,2'sinin eşinden destek aldığı, %31,6'sının anne ve babasından destek aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Annelerin gebelik dönemindeki duygusal durumları ile ilgili özellikleri (n=98)

Özellikler	**n**	**%**
Gebelikte yoğun üzüntü yaşama		
Evet	38	38,8
Hayır	60	61,2
Gebelik öncesi ve gebelik döneminde psikiyatrik destek alma		
Evet	2	2
Hayır	96	98
Gebelik öncesi psikiyatrik tanı alma		
Evet	3	3,1
Hayır	95	96,9
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü		
Var	3	3,1
Yok	95	96,9
Destek alınan kişi varlığı		
Evet	76	77,6
Hayır	22	22,4
Eşten destek alma		
Evet	60	61,2
Hayır	38	38,8
Anne ve babadan destek alma		
Evet	31	31,6
Hayır	67	68,4

BEBEĞİN ÖZELLİKLERİ

Prematüre bebeklerin bazı özelliklerinin dağılımına bakıldığında, %77,6'sının sezeryan, %22,4'ünün vajinal doğum ile doğduğu, %53,1'inin kız ,% 46,9'u erkek olduğu belirlendi (Tablo 4).

Bebeklerin gestasyon yaşlarının 31,32±3,39 hafta; doğum tartılarının 1574,28±609,65 gram olduğu; bebeklerin 39,43±15,56 günlük oldukları; yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 35,23±17,60 gündür yattıkları saptandı (Tablo 4).

Tablo 4. Bebeğin özellikleri

Özellikler	**Ort ± SS/ n (%)**	
Gestasyon yaşı (hafta)	31,32±3,39 (min =24 max =36)	
Doğum tartısı (gr)	1574,28±609,65 (min =650 max =2850)	
Kaç günlük olduğu	39,43±15,56 (min =29 max =105)	
Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yattığı gün sayısı	35,23±17,60 (min =7 max =105)	
Doğum şekli		
Normal doğum	22	22,4
Sezeryan	76	77,6
Cinsiyeti		
Kız	52	53,1
Erkek	46	46,9

ANNELERİN BEBEKLERİNİ DOĞUMDAN SONRA GÖRME VE KUCAĞA ALMA DURUMLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Annelerin doğum sonu dönemde bebeğini ilk kez görme zamanları incelendiğinde ; %42,9'nun ilk gün, %37,8'inin ikinci gün, %11,2'sinin üçüncü gün, %8,1'inin ise dördüncü gün ve sonrasında bebeklerini gördüğü saptanırken, annelerin doğumdan ortalama 1,97±1,39 gün sonra bebeklerini gördükleri bulunmuştur.

Annelerin bebeklerine ilk dokundukları zaman incelendiğinde; %28,6'sının ilk gün, %33,7'sinin ikinci gün, %10,2'sinin üçüncü gün, %3,1'inin dördüncü gün, %3,1'inin beşinci gün, %3,1'inin altıncı gün, %6,1'inin yedinci gün, %6'sının sekizinci ve on beşinci günler arasında, %2'sinin on altıncı ve yirmi beşinci günler arasında, %4'ünün yirminci ve elli altıncı günler arasında dokunduğu saptanırken; annelerin bebeklerine ilk dokunma zamanı ortalama 5,03±8,61 gün olarak bulunmuştur (Tablo 5).

Annelerin bebeklerini ilk kez kucaklarına alma zamanları incelendiğinde; %8,2'sinin ilk gün, %9,2'sinin ikincinin gün, %12,2'sinin üçüncü gün, %7,1'inin dördüncü gün, %4,1'inin beşinci gün, %3,1'inin altıncı gün, %5,1'nin yedinci gün,%17,3'ünün sekiz ve on beşinci günler arasında, %20,4'ünün on altıncı ve otuzuncu günler arasında, %12'sinin otuz birinci günden sonra ilk kez kucaklarına aldığı, annelerin bebeklerini ilk kucağına alma ortalaması 14,69±16,34 gün olarak bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Annelerin bebeklerini doğumdan sonra görme ve kucağa alma durumlarına ilişkin özellikleri (n=98)

Özellikler	**Ort ± SS/ n (%)**	
Doğumdan sonra bebeği ilk görme zamanı (gün)	1,97±1,39	
1.gün	42	42,9
2.gün	37	37,8
3.gün	11	11,2
4. ve sonrası	8	8,1
Bebeğe ilk dokunma zamanı (gün)	5,03±8,61	
1.gün	28	28,6
2.gün	33	33,7
3.gün	10	10,2
4.gün	3	3,1
5.gün	3	3,1
6.gün	3	3,1
7.gün	6	6,1
8 -15. Gün	6	6
16-25. gün	2	2
26-50.gün	4	4
Bebeğin ilk kucağa alma zamanı (gün)	14,69±16,34	
1.gün	8	8,2
2.gün	9	9,2
3.gün	12	12,2
4.gün	7	7,1
5.gün	4	4,1
6.gün	3	3,1
7.gün	5	5,1
8 -15 gün	17	17,3
16- 30.gün	20	20,4
31-75.gün	12	12

Annelerin bebeklerini ilk kez gördüklerinde hissettikleri duygulara ait bulgulara bakıldığında; %90,8'i mutluluk, %87,8'i sevinç, %80,6'sı heyecan, %36,7'si endişe, %26,5'i şaşkınlık, %22,4'ü üzüntü, %20,4'ü korku, %2'sinin hayal kırıklığı yaşadığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Annelerin bebeklerini ilk gördüklerinde hissettiği duygulara ait bulgular (n=98)

Annelerin hissettikleri	**n**	**%**
Mutluluk		
Evet	89	90,8
Hayır	9	9,2
Sevinç		
Evet	86	87,8
Hayır	12	12,2
Heyecan		
Evet	79	80,6
Hayır	19	19,4
Endişe		
Evet	36	36,7
Hayır	62	63,3
Şaşkınlık		
Evet	26	26,5
Hayır	72	73,5
Üzüntü		
Evet	22	22,4
Hayır	76	77,6
Korku		
Evet	20	20,4
Hayır	78	79,6
Hayal kırıklığı		
Evet	2	2
Hayır	96	98

ANNELERİN MBÖ VE EPDÖ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULAR

Annelerin MBÖ puan ortalaması 100,80 ± 4,10, EPDÖ puan ortalamaları 8,55 ± 4,91 olarak bulunmuştur. Annelerin EPDÖ ölçeği puanlarının dağılımı incelendiğinde annelerin % 82,3'ünün 12 puan ve altı , % 17,2'sinin 13 puan ve üzerinde puan aldıkları belirlendi (Tablo 7).

Tablo 7. Annelerin MBÖ ve EPDÖ'nden aldıkları puanların dağılımı (n=98)

Ölçek	**Ort ± SS/ n (%)**	**Min- Max**
MBÖ	100,80 ± 4,10	84 – 104
EPDÖ	8,55 ± 4,91	0 – 25
12 puan ve altı	83 (82,8)	-
13 puan ve üzeri	15 (17,2)	-

Tablo 8 incelendiğinde; annelerin MBÖ puanları ile EPDÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (r= -0,210 p=0,038). Annelerin MBÖ puanları arttıkça EPDÖ puanları azaldı. Annelerin maternal bağlanması arttıkça depresyon düzeyleri düştü (Tablo 8). Annelerin bebeklerini ilk kez kucaklarına alma zamanları ile MBÖ puanları arasında negatif yönde korelasyon bulundu (r= -0,253 p=0,012). Annelerin bebeklerini ilk kez kucaklarına alma zamanları uzadıkça maternal bağlanma puanlarının azaldığı bulundu (Tablo 8).

Annelerin gebelik sayısı, çocuk sayısı, gestasyon yaşı, bebeğin doğum tartısı, kaç günlük olduğu, bebeğin YYBÜ'nde yattığı gün sayısı ile annelerin MBÖ ve EPDÖ puanları arasında istatiksel anlamlı bir korelasyon saptanmadı (p> 0,05).

Tablo 8. Annelerin bazı özellikleri ile MBÖ ve EPDÖ puanları arasındaki korelasyon ilişkisi ve anlamlılık düzeyleri (n=98)

Özellik		MBÖ	EPDÖ
Gebelik sayısı	**rs**	0,097	0,119
	p	0,342	0,242
Çocuk sayısı	**rs**	0,014	0,136
	p	0,891	0,183
Gestasyon yaşı	**rs**	0,079	-0,039
	p	0,441	0,705
Doğum tartısı	**rs**	0,055	-0,042
	p	0,591	0,681
Kaç günlük olduğu	**rs**	-0,042	0,046
	p	0,679	0,653
YYBÜ'de yattığı gün sayısı	**rs**	-0,088	-0,040
	p	0,387	0,692
İlk kez kucağa alma zamanı	**rs**	-0,253*	0,071
	p	**0,012**	0,488
EPDÖ	**rs**	-0,210*	_
	p	**0,038**	

rs: Spearman korelasyon analizi

Tablo 9 incelendiğinde; annelerin akraba evliliği durumları ile MBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Z=-2,418 p= 0,016) (Tablo 9). Annelerin akraba evliliği durumları ile EPDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Z=-1,412 p=0,158) (Tablo 9).

Annelerin gebelikte yoğun üzüntü yaşama durumları ile EPDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Z= -2,106, p=0,035) (Tablo 9). Annelerin gebelikte yoğun üzüntü yaşama durumları ile MBÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Z=-1,317 p=0,188) (Tablo 9).

Annelerin eğitim durumları, gebeliğin planlı olup olmaması, annelerin herhangi bir hastalığının olması, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumları, gebelikte destek alma durumu, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, bebeği emzirme durumu, bebek için süt sağma durumları annelerin MBÖ ve EPDÖ puan ortalamalarını etkilemedi (p>0,05) (Tablo 9) .

Tablo 9. Annelerin bazı özellikleri ile MBÖ ve EPDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=98)

Özellikler	**MBÖ**	**EPDÖ**
Eğitim durumu		
İlkokul	101,69±3,70	8,96±4,52
Ortaokul	99,76±5,04	8,94±6,78
Lise	100,62±3,27	8,41±4,45
Üniversite	100,80±4,64	8,03±4,59
X_{kw}	4,069*	0,784*
P	0,254	0,853
Gebeliğin planlı olması durumu		
Evet	101,12±3,81	8,63±4,95
Hayır	99,38±5,07	8,16±4,86
MWU$_Z$	-1,267**	-0,336**
P	0,205	0,737
Akraba evliliği varlığı		
Evet	97,33±4,67	11,16±4,87
Hayır	101,03±3,98	8,38±4,89
MWU$_Z$	-2,418**	-1,412
P	**0,016**	0,158
Herhangi bir hastalık varlığı		
Evet	100,36±5,48	8,72±5,33
Hayır	100,86±3,93	8,52±4,89
MWU$_Z$	-0,397**	-0,339**
P	0,691	0,735

Tablo 9(devam). Annelerin bazı özellikleri ile MBÖ ve EPDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=98)

Özellikler	MBÖ	EPDÖ
Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu		
Evet	100,13±5,47	9,10±4,87
Hayır	101,10±3,32	8,30±4,95
MWUz	-0,020**	-0,912**
P	0,984	0,362
Gebelikte yoğun üzüntü yaşama durumu		
Evet	99,97±5,02	9,92±4,98
Hayır	101,33±3,32	7,68±4,71
MWUz	-1,317**	-2,106**
P	0,188	**0,035**
Gebelikte destek alınan kişi varlığı		
Evet	101,14±3,79	8,56±5,17
Hayır	99,63±4,95	8,50±4,03
MWUz	-1,067**	-0,538**
P	0,286	0,591
Doğum şekli		
Normal doğum	101,95±2,41	8,72±5,07
Sezeryan	100,47±4,42	8,50±4,90
MWUz	-0,876**	-0,278**
P	0,381	0,781
Bebeğin cinsiyeti		
Kız	100,40±4,69	7,86±4,76
Erkek	101,26±3,28	9,32±5,02
MWUz	-0,346**	-1,517**
P	0,729	0,129
Bebeği emzirme durumu		
Evet	101,20±3,78	8,05±4,16
Hayır	99,86±4,70	9,72±6,30
MWUz	-1,242**	-1,183**
P	0,214	0,237

Tablo 9(devam). Annelerin bazı özellikleri ile MBÖ ve EPDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=98)

Özellikler	MBÖ	EPDÖ
Bebeğin beslenmesi için süt sağma durumu		
Evet	101,00±3,88	8,51±4,73
Hayır	99,73±5,17	8,73±6,01
MWUz	-0,762**	-0,049**
P	0,446	0,961

***** Kruskal-Wallis varyans analizi, ****** Mann-Witney U testi

TARTIŞMA

Araştırma Trakya Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon ve maternal bağlanma düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar halinde tartışıldı;

- Annelerin özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması
- Annelerin gebelik dönemindeki duygusal durumları ile ilgili özelliklerin tartışılması
- Annelerin doğum sonu dönemde bebeklerini görme ve kucağına alma durumlarına ilişkin özelliklerin tartışılması
- Annelerin MBÖ ve EDPÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması
- Annelerin MBÖ ve EDPÖ puanları ve etkileyen faktörlere ilişkin bulguların tartışılması

ANNELERİN ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada annelerin %81,6'sının gebeliğinin planlı olduğu belirlendi (Tablo 2). Mutlu ve ark. (48) daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik yardım almamış, bilinen psikiyatrik ya da kronik tıbbi bir hastalığı olmayan 1-4 ay arası bebeği olan annelerin %81,9'unun, Küçükoğlu ve ark. (58) bebeği YYBÜ'nde yatan annelerin %80,9'unun gebeliğinin planlı olduğunu, Durukan ve ark. (50) "2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi" adlı çalışmasında annelerin %90,1'inin isteyerek gebe kaldığını bildirmişlerdir.

Bu çalışmada annelerin %19.4'ünün gebeliğinin planlı olmaması önemlidir. İstenmeyen gebeliklerin ve doğumun preterm bebekle sonlanması ve preterm bebeğin YYBÜ'nde yatması maternal bağlanmayı etkilemektedir. Planlanmayan gebelikten doğan bebeğin, anne tarafından daha yüksek reddedilme riski taşıdığı ve daha düşük düzeyde bağlanma yaşadıkları belirtilmektedir (90). Bu nedenle YYBÜ hemşirelerinin annelerin gebelik öyküsünde gebeliğin planlı olup olmadığına yer vermesi, riskli annelerin saptanmasında önem taşımaktadır. Bu açıdan risk taşıyan annelerde maternal bağlanmanın erken dönemde desteklenmesi, annenin bebeğini mümkün olan en kısa sürede görmesi, dokunması, emzirmesi için hemşirelik bakımının sağlanması önemlidir.

Planlı olmayan gebeliklerin bebeğin\çocuğun sağlığı ile ilgili birçok riski beraberinde getirdiğinden koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında kadınların eğitimi ile aile planlaması yöntemlerinin kullanılması sağlanmalıdır. Yapılan bir metanaliz çalışmasında ise, gebeliğin planlı olmasının anne-bebek bağlanması üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (91). Bu çalışmada annelerin gebeliklerinin planlı olması ile annenin bağlanması arasında ilişki bulunamaması (Tablo 9), sonrasında bebeklerini sahiplendiklerini ve maternal bağlanmanın etkilenmediğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada annelerin %30,6'sının (30 annenin) gebelikte sağlık problemi yaşadığı; 25 annenin hipertansiyon, 2 annenin gestasyonel diyabet, 3 annenin de toxoplazmozis yaşadığı ve annelerin %63,3'ünün gebelikte ilaç kullandığı saptandı (Tablo 2). Durukan ve ark. (50) 2 hafta 18 aylık bebeği olan annelerin %25.7'sinin gebelikte tıbbi sorun yaşadığını, Mutlu ve ark. (50) , 1-4 ay arasında bebeği olan ve ruhsal sorun tanımlamayan annelerin gebelikte; 20 annede gestasyonel diyabet (%19), 16 annede idrar yolu enfeksiyonu (%15,2), 10 annede hipertansiyon (%9,5), 10 annede düşük tehdidi (%9,5), 6 annede vajinal kanama (%5,7) ve 3 annede preeklemsi (%2,9) olduğunu belirlemişlerdi. Kurnaz'ın (92) yaptığı çalışmada da gebelik süreci ve doğumda en fazla yaşanan sorun sırasıyla düşük tehdidi, erken membran rüptürü ve hipertansiyon olduğu belirlenmişti. Şen'in (93) 1-4 aylık sağlıklı bebeği olan annelerle yaptığı çalışmada annelerin %7,9'unun doğumda problem yaşadığı rapor edilmişti. Bu çalışmada gebelikte sağlık problemi yaşayan annelerin oranının yüksek olması bebeklerin preterm doğması ve YYBÜ'nde yatması ile paralel bir bulgudur. Yapılan araştırmalar prematüre bebek sahibi olan annelerin gebelikte daha fazla sağlık problemi yaşadığı, gebelikte yaşanan bu problemlerin preterm doğum riskini arttırdığı bulgusu literatürle uyumludur. Gebelikte sağlık problemi yaşayan annelerin maternal bağlanma ve postpartum depresyon riskinin yüksek

olduğu düşünüldüğünde YYBÜ'nde çalışan hemşirelerin bu konudaki uygulamalarının önemi anlaşılabilir.

Annelerin %6,1'inin (6 anne) akraba evliliği olduğu belirlendi. Sabuncuoğlu ve Berkem'in (94) düşük ve orta sosyoekonomik düzeyde ailelerin birinci basamak sağlık hizmeti aldığı İstanbul'da üç ana-çocuk sağlığı merkezi ve sağlık ocağında yaptığı çalışmada akraba evliliğini %1.5 bulmuştu. Aslan (95) 4-6 haftalık sağlıklı bebeğe sahip olan annelerle Konya merkezde bulunan aile sağlığı merkezlerinde yaptığı çalışmada %6,4'ünde akraba evliliği varlığı olduğunu belirlemiştir. Araştırmanın yapıldığı bölgelerin gelişmişlik düzeyine, gelenek göreneklere, eğitim düzeyine, sanayileşmesine ve göç alma oranına göre araştırmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada, oranın böyle olması alınan göçlerle ilgili olduğu düşünülmektedir. Akraba evliliği oranının yüksek olması çalışmanın örneklemini YYBÜ bebeği yatan annelerin oluşturması bu ünitenin tüm Trakya Bölgesi'ne hizmet vermesi; özellikle sanayinin yoğun olduğu Çorlu ve Çerkezköy bölgesinin yoğun göç almasından kaynaklandığı ile açıklanabilir.

ANNELERİN GEBELİK DÖNEMİNDEKİ DUYGUSAL DURUMLARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Gebelik döneminde annelerin %38,8'inin yoğun üzüntü yaşadığı, %2'sinin gebelik öncesi ve gebelik döneminde psikiyatrik destek aldığı, %3,1'inin gebelik öncesi dönemde psikiyatrik tanı aldığı belirlendi (Tablo 3). Durukan ve ark. (50) çalışmalarında 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerin % 8,3'ünün ailesinde depresyon öyküsü varlığı olduğunu ve annelerin gebeliği sırasında %25,6'sının huzursuzluk ve endişe yaşadığını bulmuştur. Beyca (96) bir eğitim araştırma hastanesinde doğum yapan postpartum 1.haftasında olan annelerle yaptığı çalışmada annelerin %88,6'sında depresyon hikayesi bulunurken %1,9'unda depresyon bulunmamaktadır. Aynı çalışmada annelerin %10,5'inin gebelik öncesi dönemde depresyon tanısı alarak tedavi gördüğü bulunmuştur (96). Türkoğlu ve ark. (67) çalışmalarında hasta bebeğe sahip annelerin %72'sinin ruhsal sorunlar yaşadığını bulmuşlardı.

Postpartum depresyon prevelansı annelerde; toplumlara, bölgelere göre, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, eğitim durumuna, ailelerin maddi durumlarına, annenin kendisine ve ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olan kadınlarda daha sık gözlemlenmektedir (11,97). Nur ve ark. (97) çalışmasında, gebelikten önce annenin ruhsal hastalığının bulunması ve birinci

derece yakınlarında ruhsal hastalık bulunanlarda postpartum depresyon prevelansı kendisi ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik öyküsü bulunmayanlara göre 2,87 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle gebelik öncesi ve gebelik döneminde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan ve psikiyatrik tanı alan kadınlarda postpartum depresyon riskinin yüksek olduğunun bilinmesi bunun maternal bağlanmayı olumsuz etkileyeceğinin bilinmesi hemşirelik girişimleri açısından önemlidir.

Annelerin %77,6'sının gebelik döneminde sosyal destek aldığı kişilerin olduğu; %61,2'sinin eşinden, %31,6'sının anne ve babasından destek aldığı belirlendi (Tablo 3). Durukan ve arkadaşları (50) çalışmalarında annelerin %68,1'i eşlerinden tam destek alırken %14,8'inin orta derecede destek aldığını ve %17,1'inin destek almadığını, Nur ve ark. (97) eşin ilgisinin az olmasını postpartum depresyonu 2,73 kat arttırdığını, başka bir çalışmada da Dağlar ve Nur (98) sosyal destek alan gebelerin depresyon riskinin azalttığını belirtmişlerdi. Bu nedenle YYBÜ hemşirelerinin eş desteğini sağlamak amacıyla aile merkezli bakım kapsamında babaları bebeğin bakımına dahil etmeleri, eşlerine destek olmada büyük önem taşımaktadır.

ANNELERİN DOĞUM SONU DÖNEMDE BEBEKLERİNİ GÖRME VE KUCAĞINA ALMA DURUMLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada annelerin doğumdan sonra ortalama 1,97±1,39 gün sonra bebeklerini gördükleri, 5,03±8,61 gün sonra bebeklerine ilk kez dokundukları ve 14,69±16,34 gün sonra bebeklerini ilk kez kucağına aldıkları bulunmuştur (Tablo 5). Kurnaz (92) bebeği YYBÜ'nde yatan prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeği olan annelerin bebeklerini doğum sonu hemen görenlerin oranını %44,7 olarak bulmuştur. Şen (93) sağlıklı bebek anneleri ile yaptığı çalışmada annelerin %44.3'ünün ilk yarım satte, %44.3'ünün otuz dakika-iki saat içinde, %11.4'ünün iki saatten daha uzun sürede bebeklerini gördüklerini bulmuştur.

Gebelik ve doğuma kadar, doğumdan hemen sonra, özellikle ilk 60-90 dakikalık dönem bağlanma için büyük önem taşımaktadır (6). Bebeğin yaşadığı ilk bağlanma deneyimi ileride yaşayacağı bağlanma deneyimlerinin temelini oluşturmaktadır. İlk temel ilişkide ortaya çıkan yetersizliklerin ya da aksamaların bağlanmayı olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bağlanmanın temellerinin atıldığı bu önemli süreçte hemşireler önemli rol oynar. Hemşirelerin bu süreci ve yaklaşımı bilmesi büyük önem taşımaktadır.

Kurnaz'ın (92) çalışmasında annelerin bebekleriyle ilk temasları %25'inde doğum sonu hemen olmuş, ancak %10,5'inin taburculuk öncesi yapılan ikinci değerlendirmeye kadar

bebeklerine hiç temas etmediği belirlenmiştir. Mutlu ve ark. (48) annelerin ilk kez kucağa alma zamanlarını % 42,9'unun ilk bir saat içinde, %57,1'inin birinci saatten sonra kucağına aldığını belirtmiştir.

Alan (99) aile sağlığı merkezine doğum sonu 4-6 aylık dönemde miadında doğan, sağlık problemi olmayan ve bebeğine aşı yaptırmak için gelen annelerle yaptığı çalışmada, annelerden %59,2'si bebeklerini doğumdan sonra ilk olarak 31. dakikadan sonra kucaklarına aldıklarını bulmuştur. Manav ve Yıldırım (100) çalışmalarında term bebek annelerinin birçoğunun bebeklerini ilk 30 dakikada kucaklarına aldıklarını, preterm bebek annelerinin ise ilk 30dakikadan sonra kucaklarına aldıklarını bulmuştur.

Preterm bebeklerin daha geç kucağa alınma nedeni bebeklerin fizyolojik kontrollerinin yapılması için gözlem altına alınmasıdır. Dolayısıyla preterm doğum annenin bebeğini ilk kez görme, dokunma, kucağa alma ve emzirmesini etkiler. Anne-bebek bağının en erken dönemde başlatılması ve sürdürülmesinde, doğumda ve doğumdan hemen sonra annenin bebeği ile ten tene teması, kucaklaması, emzirmesi, anne ile bebeğin aynı odada kalmasının sağlanması ve bunların doğumdan sonra kısa bir süre içinde yapılması büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle YYBÜ'nde çalışan hemşireler anne bebek bağlanmasının etkili bir şekilde başlatılıp devamlılığını sürdürmede önemli rol oynamaktadır. YYBÜ aile merkezli ve bireysel gelişimsel bakım ilkelerinin benimsenmesi ve yaklaşımlarının uygulanması ile maternal bağlanma desteklenmelidir.

ANNELERİN MBÖ VE EPDÖ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada YYBÜ 'de prematüre bebeği yatan annelerin MBÖ puan ortalaması 100,80 ± 4,10 olarak bulundu (Tablo 7). Kavlak (79), bir aylık bebeği olan annelerin MBÖ puan ortalamalarını 94.74 ± 6.23, dört aylık bebeği olan annelerin MBÖ puan ortalamalarını 95.85 ± 6.29 olarak bulmuştu. Hergüner ve ark. (10) vajinal doğum yapan annelerin MBÖ ortalamalarını 101.82 ± 3.72, sezaryen doğum ile doğum yapan annelerin MBÖ puan ortalamaları 98,77 ± 8,72 olarak bulmuşlardı.

Şen (93) bir aylık bebeği olan annelerde MBÖ puan ortalamasını 97.19 ± 8.48, iki aylık bebeği olan annelerde 96.41±8.48, üç aylık bebeği olan annelerde 98.64±7.68, dört aylık bebeği olan annelerde 96.31 ± 8.75, Alan (99) son doğumunu tekil yapan, miadında doğum yapan, 4-6 aylık bebeği olan, bebeğinde ve kendisinde herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan annelerin

MBÖ puan ortalamalarını 96,53±9,25 olarak bulmuştur. Mutlu ve ark. (48) term doğan bebeklerde MBÖ puan ortalaması 98,84 ± 4,75; preterm doğan bebeklerde 100,76 ± 3,65 olarak bulmuştur.

Bu çalışma ve diğer çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde annelerin MBÖ puan ortalamalarının benzer olduğu görülmektedir. MBÖ'den elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. YYBÜ'nde bebeği yatan 37. gebelik haftasından önce doğan prematüre bebek anneleriyle yapılması MBÖ puan ortalamasının maximum puana yakın olması sevindiricidir.

Mutlu ve ark. (48) çalışmalarında bebeği YYBÜ'nde yatan annelerin yenidoğanla daha zayıf duygusal bağ kurduklarını saptamıştır. Bu nedenle prematüre yenidoğanlar doğum sonu dönemde annelerinden ayrı kaldıklarından maternal bağlanma açısından risk grubunda yer almaktadırlar (80). Bu nedenle YYBÜ hemşirelerinin annenin ilk ziyaretlerinde yanında bulunmak, anneye emosyonel destek sağlayarak güven vermek, bebeğin durumunu hakkında tıbbi terim kullanmadan anlaşılır sade bir dilde açıklamak, sorularına yanıt vermek, bebeklerini ziyaretlerine gelmeleri ve bebeklerine dokunmaları konusunda teşvik etmek gibi destekleyici hemşirelik girişimleri uygulamaları önemlidir.

Erken dönemde anne-bebek arasında kurulan sağlıklı iletişimin, ileriki yıllarda çocuk için sağlıklı bir kişilik oluşumunda temel oluşturduğu bilinmektedir. Bu nedenle doğum sonu dönemde hemşireler anne-bebek bağlılığını olumsuz yönde etkileyen risk faktörleri konusunda dikkatli olmalı, bu dönemin anne ve bebek için en verimli şekilde geçmesini sağlamalıdırlar.

Bu çalışmada annelerin EPDÖ puan ortalamaları 8,55 ± 4,91 bulundu. Annelerin %17,2'sinin postpartum depresyon açısından risk grubunda olduğu belirlendi (Tablo 7). Küçükoğlu ve ark. (58) bebeği YYBÜ'nde yatan annelerle yaptıkları çalışmada EPDÖ puan ortalaması 14,32 ± 6,91, Yıldırım ve ark. (65) EPDÖ puan ortalamaları 12.36±5.76 olarak bulunmuşlardı.

Türkoğlu ve ark. (67) hasta bebeği olan annelerin EPDÖ puan ortalamaları 13,09 ± 5,94 olarak bulunmuştur. Hergüner ve ark. (10) vajinal doğum ile doğum yapan annelerin EPDÖ puan ortalamalarını 4,07 ± 4,12, sezaryen doğum ile doğum yapan annelerin 4,47 ± 4,92 olarak saptamışlardı. Uludağ (5), bebekleri doğum sonrası YYBÜ"nde takip edilen annelerin, anksiyete bozukluğu, depresyon varlığının ve durumluk kaygı seviyesinin arttığını saptamıştır.

Bu çalışmada postpartum depresyon puanları, diğer sağlıklı bebek anneleri ile yapılan çalışma sonuçlarından daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde bebeğin prematüre doğması annede anksiyete ve depresyon düzeyini arttırdığı görülmektedir. Yeni doğan bebeğin preterm oluşu, yoğun bakıma yatışı annedeki kaygıyı ve stresi arttırmakta ve depresyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Postpartum dönem depresresyon açısından riskli bir dönemken preterm doğum bu riski daha da arttırmaktadır. YYBÜ ekibi yenidoğan izlemlerinde, annelerin depresif yakınmalarını sorgulamaları ve gerekli durumlarda psikiyatri kliniklerine yönlendirmeleri, gerek annenin ruhsal sağlığı gerekse anne-bebek etkileşimi açısından önemlidir. YYBÜ hemşireleri annelerin postpartum depresyon belirtileri ve postpartum depresyon konusunda eğitim programları düzenlenmesi annede depresyon bulgularının varlığını saptamak için ölçüm araçları kullanılması ve sürekliliği sağlanmalıdır.

ANNELERİN MBÖ VE EPDÖ PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Annelerin maternal bağlanması arttıkça depresyon düzeylerinin düştüğü saptandı. Diğer bir ifadeyle annelerin depresyon düzeyleri düştükçe maternal bağlanmalarının arttığı belirlendi (Tablo 8). Hergüner ve ark. (10) da sağlıklı bebek annelerin EPDÖ puanları ile MBÖ arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu, bir meta-analiz çalışmasında, depresyonun etkisinin büyüklüğü ile bağlanma arasında anlamlı ilişki olduğunu bulunmuştur (102).

Bebeğin yenidoğan yoğun bakım deneyimi, annenin bebeğinden erken ayrılma ve bebeğin durumundan dolayı endişe duyma, anne-bebek bağlanma sürecini olumsuz etkilemektedir. Anne-bebek ilişkisini olumsuz etkileyen, stresli durum annenin anksiyete ve depresyonunu artıran bir risktir. Annenin psikolojik sağlığı, anne-bebek ilişkisinin gelişiminde önemli bir faktördür. Bu nedenle, postpartum semptomları daha fazla olan annelerin, depresif olmayan annelere göre bebeklerine daha az bağlandıkları görülmektedir.

Bu çalışmada annelerin bebeklerini ilk kez kucaklarına alma zamanlarının maternal bağlanmayı etkilediği; annelerin bebeklerini ilk kez kucaklarına alma zamanı uzadıkça maternal bağlanmanın azaldığı bulundu (Tablo 8). Manav ve Yıldırım (100) term ve preterm cbebeklerle yaptıkları çalışmada term bebek annelerinin çoğunluğunun bebeklerini ilk 30 dakikada kucağa aldıklarını, preterm bebek annelerinin ise 30 dakikadan sonra kucağa aldıklarını kucağa alma zamanlarının bebeği algılamalarını etkilediğini bulmuştur. Mutlu ve

ark. (48) çalışmasında ise annelerin bebeklerini ilk kez kucaklarına alma zamanının MBÖ puanlarını etkilemediği bulunmuştur.

Preterm bebeklerin sağlık sorunlarının varlığı ve YYBÜ'ne yatışının olması preterm bebek annelerinin bebeklerini kucaklarına alma sürelerini uzatmakta bu durumda maternal bağlanmanın olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Annenin bebeğini görmesi, dokunması, kucağına alması ve onunla etkileşimini arttırması, yenidoğan bakımına daha fazla katılmasının desteklenmesi anne bebek iletişimini dolayısıyla da bağlanmayı arttıracağından bunun sağlanması hemşirenin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır (2,13). Bu nedenle YYBÜ hemşireleri bu süreyi kısaltarak anne bebek bağlanasının en kısa sürede başlatılmasını, annenin bebeğini en kısa dönemde kucağına almasını sağlamalıdır.

Bu çalışmada akraba evliliği olan annelerin maternal bağlanması düşük bulundu (Tablo 9). Hergüner ve ark. (10) akraba evliliği ve MBÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Akraba evliliği sonucu dünyaya gelen bebeklerin sağlık sorunlarının fazla olabilmesi nedeniyle annelerin maternal bağlanmasının olumsuz yönde etkilenebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada gebelikte yoğun üzüntü yaşayan annelerin postpartum depresyona daha yatkın oldukları bulundu (Tablo 9). Durukan ve ark. (50) gebelik sırasında endişe, stres, üzüntü yaşayan annelerin postpartum depresyon sıklığını arttırdığını bulmuştu.

Bu durumda annelere prenatal ve antenatal bakım hizmetlerinin verilmesinde koruyucu sağlık hizmetlerinde görev alan ebe ve hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Annelerden öykü alınması sırasında postpartum riskini arttıran faktörlerin varlığı sorgulanmalı, anne bu yönden değerlendirilmelidir. Gebelik dönemi ve doğum sırasında anne ile birlikte olan hemşireler ve ekip üyeleri ile yenidoğan yoğun bakım hemşireleri ve ekibi arasında bilgi alışverişi sağlanmalı, yenidoğan yoğun bakım hemşireleri annenin doğum sonu ve YYBÜ'de bebekle birlikte olma döneminde bu bilgiler doğrultusunda anneye yaklaşım sergilemelidirler.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde prematüre bebeği yatan annelerin maternal bağlanma ve postpartum depresyon düzeylerini, maternel bağlanma ve postpartum depresyon ilişkisini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu tanımlayıcı çalışmanın sonucunda aşağıdaki bulgular elde edildi.

- Annelerin %81,6'sının bu gebeliği planlıyken, %18,4'ünün plansız olduğu, %6,1'inde akraba evliliği olduğu bulundu.
- Annelerin %11,2'sinin kronik bir hastalığının olduğu; 9'unun hipotiroidi, 2'sinin astım tanısının olduğu ve % 11.2'sinin sürekli ilaç kullandığı bulundu.
- Prematüre bebeğin; %22,4'ünün vajinal, %77,6'sının sezeryan ile doğduğu, %53,1'inin kız ,% 46,9'u erkek olduğu belirlendi.
- Bebeklerin gestasyon yaşlarının 31,32±3,39; doğum tartılarının 1574,28±609,65 olduğu; bebeklerin 39,43±15,56 günlük oldukları ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 35,23±17,60 gündür yattıkları saptandı.
- Annelerin ilk kez doğumdan 1,97±1,39 gün sonra bebeklerini gördükleri, 5,03±8,61 gün sonra bebeklerine ilk kez dokundukları, 14,69±16,34 gün sonra ilk kez kucaklarına aldıkları saptandı.
- Annelerin MBÖ puan ortalaması 100,80 ± 4,10, EPDÖ puan ortalamaları 8,55 ± 4,91 olarak bulundu. Annelerin %17,2'sinin postpartum depresyon açısından risk grubunda olduğu belirlendi.

- Annelerin MBÖ puanları ile EPDÖ puanları arasında negatif yönde istatistiksel anlamlı korelasyon bulundu (r= -0,210 p=0,038). Annelerin MBÖ puanları arttıkça EPDÖ puanları azaldı. Annelerin maternal bağlanması arttıkça depresyon düzeyleri azaldı, depresyon düzeyleri arttıkça maternal bağlanma düzeyleri azaldı.
- Annelerin bebeklerini ilk kez kucaklarına alma zamanları ile MBÖ puanları arasında negatif yönde zayıf korelasyon bulundu (r= -0,253 p=0,012). Annelerin bebeklerini ilk kez kucaklarına alma zamanları uzadıkça maternal bağlanmaları azaldı.
- Annelerin akraba evliliği durumları ile MBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Z=-2,418 p= 0,016). Eşi ile arasında akrabalık bağı olan annelerin maternal bağlanmaları daha az bulundu.
- Annelerin gebelik sayısı, çocuk sayısı, gestasyon yaşı, bebeğin doğum tartısı, kaç günlük olduğu, bebeğin YYBÜ'nde yattığı gün sayısı ile annelerin MBÖ ve EPDÖ puanları arasında istatiksel anlamlı bir korelasyon yoktu (p> 0,05).
- Annelerin gebelikte yoğun üzüntü yaşama durumları ile EPDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Z= -2,106, p=0,035). Gebelikte yoğun üzüntü yaşayan annelerin postpartum depresyon düzeyleri daha yüksek bulundu.
- Annelerin eğitim durumları, gebeliğin planlı olup olmaması, annelerin herhangi bir hastalığının olması, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumları, gebelikte destek alma durumu, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, bebeği emzirme durumu, bebek için süt sağma durumları ile annelerin MBÖ ve EPDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel fark yoktu (p> 0,05).

ÖNERİLER

- YYBÜ hemşirelerinin preterm doğum ve bebeğin YYBÜ'nde yatmasının maternal bağlanma ve postpartum depresyon üzerine etkisi ve etkileyen faktörleri bilmeleri bu konuda hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli ve bu eğitimlerde güncel araştırma sonuçlarına yer verilmelidir.
- YYBÜ'lerinde Maternal bağlanmanın desteklenmesi amacıyla; maternal bağlanmanın anne-bebek/çocuk sağlığında öneminin bilinmesi, anne-bebek bağlanmasını etkileyen faktörlerin (annenin postpartum depresyon durumu, bebeklerini ilk kez kucağına alma zamanı, akraba evliliği) dikkate alınmalıdır.

- YYBÜ hemşireleri anne-bebek bağlanmasının doğumdan sonra en kısa sürede başlatılması için annenin bebeği ile iletişim kurmasını, konuşmasını, bebeğine dokunması ve bebeğini mümkün olan en kısa sürede kucağına almasını desteklenmelidir. Annenin bebeğin bakımına katılımını sağlanmalıdır.
- Annenin maternal bağlanma ve postpartum depresyon açısından risk faktörleri ile ilişkin tanılamasında; postpartum depresyon düzeylerini etkileyen faktörler (bebekten ayrılma, bebeğin bakımında aktif rol alamama, bebeğinden uzak kalma, kucağına alamaması) ile birlikte gebelik dönemine ait faktörlerin de dikkate alınması (gebelik döneminde yoğun üzüntü yaşama, akraba evliliği) önemlidir.
- YYBÜ'lerinde aile merkezli ve bireysel gelişimsel bakım ilkelerinin benimsenmesi ve yaklaşımlarının uygulanması; YYBÜ'ni tanıtan broşürlerlerin ailelere verilmeli; aileye bebeklerinin durumları hakkında açıklama yapılmalı, soruları cevaplanmalı, emosyonel destek sağlamalı, uygulanan tıbbi tedavi ve girişimler ailenin anlayabileceği düzeyde sade bir dille anlatılmalıdır.
- Prematüre bebeklerin YYBÜ'ne alınması ile annelerin yaşadığı anksiyete ve stresi azaltmak için bebeğin durumu, üniteye ilişkin bilgi, emzirme ve evdeki bakıma yönelik bilgilerden oluşan danışmanlık hizmeti verilmelidir.

ÖZET

Çalışma prematüre bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin maternal bağlanma ve postpartum depresyon düzeylerini, postpartum depresyon ve maternal bağlanma ilişkisini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. Çalışma bir üniversite hastanesinin YYBÜ'nde prematüre bebeği yatan 98 anne ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri "Veri Toplama Formu", "Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)" ve "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)" ile toplandı. Verilerin analizinde yüzdelik, ortalama ve standart sapma, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Tüm $p<0,05$ olan değerler anlamlı kabul edildi.

Annelerin yaş ortalaması 29,11 ± 6,20, bebeklerin gestasyon yaşlarının 31,32±3,39, doğum tartılarının 1574,28±609,65, bebeklerin 39,43±15,56 günlük oldukları, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış günlerinin 35,23±17,60 olduğu belirlendi. Annelerin MBÖ puan ortalaması 100,80 ± 4,10, EPDÖ puan ortalamaları 8,55 ± 4,91 bulundu. Annelerin MBÖ puanları arttıkça EPDÖ puanları azaldı ($r= -0,210$ $p=0,038$). Annelerin bebeklerini ilk kez kucaklarına alma zamanları uzadıkça MBÖ puanlarının azaldığı bulundu ($r= -0,253$ $p=0,012$). Annelerin akraba evliliği durumları ile MBÖ puan ortalamaları arasında ($Z=-2,418$ $p= 0,016$) ve annelerin gebelikte yoğun üzüntü yaşama durumları ile EPDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($Z= -2,106$, $p=0,035$).

Çalışmanın sonucunda; YYBÜ'nde prematüre bebeği olan annelerin maternal bağlanma ve depresyon durumları arasında ilişki olduğu, postpartum depresyonun maternal bağlanmayı olumsuz etkilediği saptandı. Ayrıca annelerin bebeklerini kucağa alma sürelerinin uzamasının maternal bağlanmayı olumsuz etkilediği ve akraba evliliği olan annelerin maternal bağlanmasının daha az olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler; yenidoğan yoğun bakım, prematüre, maternal bağlanma, postpartum depresyon.

POSTPARTUM DEPRESSION AND MATERNAL ATTACHMENT LEVES OF MOTHERS IN THE NEONATAL INTENSİVE CARE UNIT OF PREMATURE BABY

SUMMARY

This study was conducted to determine the maternal attachment and postpartum depression levels, the relation between postpartum depression and maternal attachment and the factors affecting this relation in mothers who had a premature baby hospitalized in neonatal intensive care unit (NICU). The study was carried out in an university hospital and includes 98 mothers who had a premature baby in the NICU. Data were collected with "Data Collection Form", "Maternal Attachment Scale (MAS)" and "Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)". Percentage, mean and standard deviation, Kruskal Wallis Variance Analysis, Mann Whitney U test and Spearman correlation analysis were used for statistical analysis. All $p < 0.05$ were considered significant.

The mean age of the mothers was 29,11 ± 6,20 years, the gestational age of the infants was 31,32 ± 3,39 weeks, the birth weights was 1574,28 ± 609,65 gr, the infants were 39,43 ± 15,56 days old, the mean duration of NICU were 35, 23 ± 17,60 days, respectively. The mean score of MAS was 100.80 ± 4.10, mean score of EPDS were 8,55 ± 4,91. As the MAS scores of the subjects increased, the EPDS scores were decreased (r = -0, 210 p = 0.038). It was found that as the time for the mother to to cuddle their babies for the first time lengthened, the scores of the MAS decreased (r =-0,253, p = 0.012). There was statistically significant difference between the consanguinity marriage and mean MAS scores (Z =-2,106, p = 0,035)

and experience of intense grief of mothers during pregnancy and EPDS scores (Z = -2,418 p =0,016).

In conclusion; It was found that postpartum depression had a negative effect on maternal attachment, whereas maternal attachment and depression status were related in mothers with a premature baby in NICU. It was also found that the prolongation of the cuddling of the mothers negatively affects the maternal attachment and mothers with a consanguineous marriage the maternal attachment was less.

Keywords; Neonatal intensive care, premature, maternal attachment, postpartum depression.

KAYNAKLAR

1. Güleşen A, Yıldız D. Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013; 12 (2):177-82

2. Arslan F, Turgut R. Prematüre Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013,6 (3), 119-124.

3. Erdeve Ö,Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Deneyiminin Aile ve Prematüre Bebek Üzerine Etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 104-109.

4. Özyazıcıoğlu N, Tüfekçi FG. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Ebeveynlerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(4): 66-73.

5. Uludağ A, Ünlüoğlu İ. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Annelerinde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkmada Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2012;4(3):19-26.

6. Can G. Anne- Yenidoğan Bağının Önemi. Ekşi A. (Editör) Ben Hasta Değilim- Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. İstanbul: Nobel Tip Kitabevi 2010;s.1-5.

7. Bryanton J, Beck CT. Postnatal Parental Education For Optimizing İnfant General Health and Parent-İnfant Relationships (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010;1:1-47.

8. Kavlak O, Şirin A. Anne ve Babaya Ait Bağlanma ve Hemşirenin Rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007; 23 (2): 183-94.

9. Korja R, Savonlahti E, Haataja L, Lapinleimu H, Manninenet H, Piha J, Lehtonen L. Attachment Representations in Mothers of Preterm İnfants. Infant Behav Dev 2009; 32(3):305–311.

10. Hergüner S, Çicek E, Annagür, Hergüner A, Örs R. Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma İlişkisi. Düşünen Adam The Journal Psychiatry And Neurogical Sciences 2014;27:15-20.

11. Çalık K, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(1):142-162.

12. Güleç D, Kavlak O. Baba-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. International Journal of Human Sciences 2013;10(2):170-81.

13. Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç GD, Türkmen M. The Anxiety Levels and Needs of İnfants'parents in A Neonatal İntensive Care Unit. Cumhuriyet Universitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):31-44.

14. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Basımevi, 2013.S.57-110.

15. Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 2013.S.393-457.

16. Taşkın L. Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Basımevi, 2011 S.375-418.

17. Helvacı H, Bozgül A, Helvacı YO, Güneş BT, Orbatu D, Güneş S. Geç Preterm Bebeklerde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatışı Gerektiren Erken Neonatal Sorunlar. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2014; 4(1):44-50.

18. Eras Z, Pekcici BB, Atay G. Prematüre Bebeklerin Mortalite ve Morbidite Sonuçları. Bakırköy Tıp Dergisi, 2011;(7)3.

19. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. Nobel Tıp Kitap Evleri; Tayf Ofset 2009.

20. Yenidoğan Hemşireliği. (Çeviri Editörü M. Yurdakök). Meeks M, Hallsworth M, Yeo H (Editörler). Ankara: Rotatıp Kitabevi, 2012 S.345-13.

21. Karabudak SS, Ergün S. Yenidoğan Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Conk Z, Başbakkal Z, Balyılmaz H, Bolışık B (Editörler). Pediatri Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2013. S.289-354.

22. Dağoğlu T, Görak G. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. İstanbul: Nobel Matbaacılık. 2008.

23. Sola C, Diken İ. Gelişimsel Gerilik Riski Altındaki Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlıklı Çocuğa Sahip Annelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 2008; 9(2)21-36.

24. Okumuş N. Hayata Prematüre Başlayanlar. Ankara: Aysun Yayıncılık; 2012 S.148-13.

25. Türkiye İstatistik Kurumu Http://Www.Tuik.Gov.Tr/Prehaberbultenleri.Do?İd=18623 Http://Www.Tuik.Gov.Tr/Prehaberbultenleri.Do?İd=21514

26. Born Too Soon. The Global Action Report On Preterm Birth, 2012, WHO.

27. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yılığı 2014. Ankara: Sentez Matbaacılık Ve Yayıncılık 2015;S.17-22.

28. Vançelik S, Işık M, Toraman AR, Aktürk Z. Kuzey Doğu Anadolu'da Bebek Ölümleri ve İlişkili Faktörler. Turkish Journal Of Medical Sciences 2012;42(1):157-166.

29. Jesse ED, Seaver W, Wallace DC. Maternal Psychosocial Risks Predict Preterm Birth in a Group of Women From Appalachia. Midwifery 2003;19,191-202.

30. Başer HC, Özdemir Ö, Kılıç N, Demircan F, Ekmez F, Yücel O, Preterm Eylem Tedavisinde Nifedipinin Etkinliği. Bozok Tıp Dergisi 2014;4(3):41-7.

31. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk Ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı. (Bebek Ölümlerini İzleme Programı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk Ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı. Http://Cocukergen.Thsk.Saglik.Gov.Tr/Daire-Faaliyetleri/Bebek-Ve-Cocuk-Olumleri-Onlenmesi/749-Bebek-%C3%B6l%C3%Bcmlerini-İzleme-Programa%C4%B1.Html .

32. Altundağ Dündar S, Bayat M, Erdem E. Yenidoğan Ünitelerinin Düzeyleri ve Organizasyonu. Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;20(2):137-142.

33. Floyd AMD. Challenging Designs Of Neonatal Intensive Care Units. Critical Care Nurse 2005; 25: 59-65.

34. Zenciroğlu A. I., II., III. Düzey Yenidoğan Ünitelerinin Organizasyonu ve III. Düzey Ünitelerde Gerekleri. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, Ss:27-30,Erciyes Üniversitesi, Kayseri 13-17 Nisan 2005.

35. Sağlık Bakanlığı Yenidoğan Yoğun Bakım Servislerinin Asgari Donanım, Personel Ve Hizmet Standartları. Http://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2015/08/20150816-7.Htm

36. Salihoğlu Ö, Akkuş C, Hatipoğlu S. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları. Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7:45-51.

37. TC. Sağlık Bakanlığı Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Kitabı, 2012.

38. Http://Www.Efcni.Org/Fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/EFCNI_White_Paper/EFCNI_WP_01-26-12FIN.Pdf

39. Erdeve Ö, Aile Merkezli Bakım Ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımında Ailenin Yeri. Gülhane Tıp Dergisi 2009; 51: 199-203.

40. Harrison H. The Principles Of Family-Centered Neonatal Care. Pediatrics 1993; 92: 643-650.

41. Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. A Comparison Of Mothers' and Fathers' Experiences of The Attachment Process in a Neonatal İntensive Care Unit 2008 The Authors. Journal Compilation 2008 Blackwell Publishing Ltd Doi: 10.1111/J.1365-2702.2007.02125.X

42. Turan T, Bolışık B. Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Anne ve Bebek Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,2003; 7(1).

43. Browne JV, Talmi A. Family-Based İntervention To Enhance İnfant-Parent Relationships in The Neonatal İntensive Care Unit. J Pediatr Psychol 2005; 30: 667-677.

44. Can G, Çoban A, İnce Z. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları. Cantez T, Eker Ömeroğlu R, Uğur Baysal S, Oğuz F (Editörler). Preterm Sorunları ve Bakımı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003 S. 294-301.

45. Schor EL. Family Pediatrics: Report of The Task Force on The Family. Pediatrics 2003; 111:1541-71.

46. Şahin N, Hotun O. Prematüre Bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerde Ortaya Çıkan Stresörler. Ümran Çocuk Dergisi, 2008;8(2):108-113.

47. Pearlin LI, Schieman S, Fazio EM, Meersman SC. Stress, Health, and The Life Course: Some Conceptual Perspectives. J Health Soc Behav. 2005; 46:205-19.

48. Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İ, Çelikel F, Sezer G, Doğum Öncesi, Doğum Sırası ve Doğum Sonrası Etkenlerin Annenin Bağlanması İle İlişkisi Anadolu Psikiyatri Derg 2015; 16:442-450.

49. Koçak D, Duman N. Postpartum Depresyon ve Hemşirelik Yaklaşımı. Psikiyatri\Nöroloji\ Davranış Bilimleri Dergisi; Literatür Sempozyum 2016 :9.

50. Durukan E, İlhan M, Bumin M, Aycan S. 2hafta- 18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi. Balkan Med J 2011 28: 385-393.

51. Erdem O, Bez Y. Postpartum Blues And Postpartum Depression. Konuralp Tıp Dergisi 2009;1(1):32-7.

52. Erdem Ö, Bucaktepe P.G.E. Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı Ve Tarama Yöntemleri. Dicle Tıp Dergisi 2012; 39 (3): 458-461.

53. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Postpartum Psychiatric Problems of Mothers: Review. Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007;17(2):126-33.

54. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum Depression: Review. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(1):206-14.

55. Beydağ KD. Adaptation To Motherhood İn The Postpartum Period and The Nurse's Role. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):479-84.

56. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelikte Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg 2010;20(4)

57. Dönmez H, Bükülmez A. Postpartum Depresyonun, Annelerin Bebeklerini Emzirme Süreleri Ve Bebek Büyümesi Üzerine Etkisi. Selçuk Tıp Derg 2015 ;31 (4): 358-362.

58. Küçükoğlu S, Çelebioğlu A, Coşkun D. Yenidoğan Kliniğinde Bebeği Yatan Annelerin Postpartum Depresyon Belirtileri ve Emzirme Özyeterlilik Düzylerinin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2014;3 (3)

59. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, Et Al. Obstetric, Somatic And Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. Obstet Gynecol 2002;99(2):223-8.

60. Bodur S, Özdemir S, Ayvaz K. Risk Factors For Postpartum Depression in A Group of Teenage Mothers. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010;20:22-8.

61. Miller LJ. Postpartum Depression. JAMA 2002; 287: 762-65.

62. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye'de Postnatal Depresyon Etkileyen Faktörler. J Turkhish German Gynecol Assoc 2009:10:14-20.

63. Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D. Maternal Depressive Symptoms And Children's Receipt of Health Care in The First 3 Years Of Life. Pediatrics 2005; 115: 306-315.

64. Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. Management of Postpartum Depression. J Midwifery Womens Health 2013; 58 (6) 643-653.

65. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum Depresyon ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011; 8:1. Erişim: Http://Www.İnsanbilimleri.Com

66. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine Factors in The Etiology of Postpartum Depression. Compr Psychiatry 2003;44:234-46.

67. Türkoğlu N, Yalçınöz H, Küçükoğlu S. Sağlıklı ve Hasta Bebeğe Sahip Annelerin Doğum Sonu Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2014; 3(1):1-8.

68. Poçan AG, Aki OE, Parlakgümüş AH, Gereklioğlu C, Dolgun AB. The Incidence of and Risk Factors For Postpartum Depression at an Urban Maternity Clinic in Turkey. Int J Psychiatry Med 2013;46(2):179-94.

69. Selçuk MY, Usman MG, Oktay M, İstanbullu A, Özdemir Ö, Saraçoğlu F. The Relationship of Postpartum Depression With Weight Gain During Pregnancy And Sociodemographic Factors. J Turgut Ozal Med Cent 2012;19(4):256-63.

70. Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association Between Maternal Anemia and Postpartum Depression in an Urban Sample of Pregnant Women in Iran. J Health Popul Nutr 2013;31(3):398-402.

71. Robinson M, Whitehouse AJ, Newnham JP, Gorman S, Jacoby P, Holt BJ Et Al. Low Maternal Serum Vitamin D During Pregnancy And The Risk For Postpartum Depression Symptoms. Arch Womens Ment Health 2014;7(3):213-9.

72. Cassidy-Bushrow AE, Peters RM, Johnson DA, Li J, Rao DS. Vitamin D Nutritional Status And Antenatal Depressive Symptoms in African American Women. J Womens Health 2012;21(11):1189-95.

73. Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can İnsomnia in Pregnancy Predict Postpartum Depression? A Longitudinal, Population-Based Study. Plos One 2014:9(4).

74. Bergström BE, Wallin L, Thomson G, Flacking R. Postpartum Depression İn Mothers Of İnfants Cared For İn A Neonatal Intensive Care Unit Incidence and Associated Factors. J Neonatal Nurs 2011;18 (4):143-151.

75. Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2013; 22 (6):239-245.

76. Yılmaz SD, Beji NK. Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16:2 103-109.

77. Soysal Ş, Ergenekon E, Öktem F. Doğum Türü Değişkeninin Bağlanma Örüntüsü Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2000; 3(2):75-85.

78. Kavlak O, Şirin A. Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009; 6 (1):189-202.

79. Yılmaz S. Prenatal Anne - Bebek Bağlanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013;10 (3): 28-33.

80. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. Düşünen Adam. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2006; 19: 24-39.

81. Carter J D, Mulder R T, Bartram A F, Darlow B A. Infants İn A Neonatal İntensive Care Unit: Parental Response. 2014;109-113 Www.Archdischild.Com

82. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri 2005; 8: 88-99.

83. Ahn YM, Kim MR. The Relationship Between Early Neo-Maternal Exposure, and Maternal Attachment, Maternal Self-Esteem and Postpartum Depression in The Mothers Of NICU İnfants. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2005; 35(5): 798-809.

84. Holditch-Davis D,Miles MS. Mothers'stories About Their Experiences in The Neonatal Intensive Care Unit. Neonatal Netw 2000; 19:13-21.

85. Soysal AŞ, Ergenekon E, Aksoy E. Yenidoğan Döneminde Hastanede Uzun Süreli Tedavi Görmenin Bağlanma Örüntüsü Üzerine Etkileri, Klinik Psikiyatri 1999; 2(4): 266-270.

86. Hornstein C,Trautmann-Villalba P, Hohm E, Rave E, Wortman-Fleisher S, Schwarz M. Maternal Bond And Mother-Child Interaction in Severe Postpartum Psychiatric Disorders: Is There A Link? Archives of Women's Mental Health.2006;9(5) S. 279-284.

87. Evcili F, Abak G, Tali B, Yurtsal B. Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Loğusaların Anne - Bebek Bağlanmasına İlişkin Görüşleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2014; 23(4); 138-143.

88. Cox JL, Holden JM. Detection of Postnatal Depression: Development of The 10-Item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Br J Psychiatry 1987;150(6):782-6.

89. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S.Validated Turkish Version of Edinburgh Postpartum Depression Scale.Bahar Sempozyumları 1 Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, 1996:51-52.

90. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The Effects of Unintended Pregnancy On Infant, Child and Parental Health: A Review of The Literature. Studies in Family Planning 2008; 39(1):18-38.

91. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A Meta-Analytic Study of Predictors of Maternalfetal Attachment. Int J Nurs Stud 2009; 46:708-715.

92. Kurnaz E. Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Olan Annelerin Endişeleri ve Bakım Gereksinimleri (Tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

93. Şen S. Anneanne-Anne-Bebek Bağlılığının İncelenmesi (Tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği; 2009.

94. Sabuncuoğlu O, Berkem M; Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4):252-258.

95. Aslan Y. Annelerin Emzirme Öz Yeterliliği ve Depresyon Riski İle İlişkisi (Tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

96. Beyca H, Etkin Emzirme Eğitimi Alan Postpartum Depresyonlu Anne Bebeklerinin Doğum Sonrası İlk İki Aylık Dönemde Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi

(Tez). İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği; 2009.

97. Nur N, Çetinkaya S, Bakır D, Demirel Y. Sivas İl Merkezindeki Postnatal Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 26(2):55-59.

98. Dağlar G, Nur N; Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarıyla Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi İlişkisi, Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014;36 ;429-441.

99. Alan H. Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Bağlılığına Etkisi.(Tez) Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

100. Manav G, Yıldırım F, Term ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları, Cumhuriyet Tıp Dergisi 2010; 32;149-157.

101. Yıldırım, A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum Depresyon ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi; 2011; [Bağlantıda]. 8:1. Erişim: Http://Www.İnsanbilimleri.Com

102. Atkinson L, Paglia A, Coolbear J. Attachment Securıty: A Meta-Analysis Of Maternal Mental Health Correlates. Clin Psychol Rev 2000;20(8): 1019–1040.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı 31
Tablo 2. Annelerin gebelik ile ilgili özellikleri 33
Tablo 3. Annelerin gebelik dönemindeki duygusal durumları ile ilgili özellikleri 35
Tablo 4. Bebeğin özellikleri..... 36
Tablo 5. Annelerin bebeklerini doğumdan sonra görme ve kucağa alma durumlarına ilişkin özellikleri..... 38
Tablo 6. Annelerin bebeklerini ilk gördüklerinde hissettiği duygulara ait bulgular 39
Tablo 7. Annelerin MBÖ ve EPDÖ'nden aldıkları puanların dağılımı 40
Tablo 8. Annelerin bazı özellikleri ile MBÖ ve EPDÖ puanları arasındaki korelasyon ilişkisi ve anlamlılık düzeyleri 41
Tablo 9. Annelerin bazı özellikleri ile MBÖ ve EPDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması 42

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Meltem SERVET

Doğum Tarihi / Yeri: 24.09.1991 / TEKİRDAĞ

Unvanı: Hemşire

Eğitim: Kırklareli Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksek Okulu / Hemşirelik (2009-2013)

Çalıştığı Kurumlar: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (2013- Halen)

Uluslar arası bilimsel toplantılarda sunulan bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler

Akgün Kostak M, Yüksel M, Servet M. Pet Therapy in Pediatric Nursing. 1. Uluslararası Balkan Sağlık Bilimleri Kongresi Özet Kitabı s.88. Edirne 2014.

Akgün Kostak M, Servet M, Yüksel M. Humor in Pediatric Nursing. 1. Uluslararası Balkan Sağlık Bilimleri Kongresi Özet Kitabı s.89. Edirne 2014.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan bildiri kitabında basılan bildiriler

Akgün Kostak M, Servet M. Prematüre Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Annelerin Maternal Bağlanma Düzeyleri. 37.Pediatri Günleri, İstanbul, 2015. Sözel sunum.

Servet M, Erguvan H, Akgün Kostak M, Vatansever Ü. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İktiyozis Tanısı Alan Bebeğin Hemşirelik Bakımı. 24.Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-24) Özet Kitabı s. 230. Antalya 2016.

Erguvan H, Servet M, Akgün Kostak M, Acunaş B. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitemizde Taburculuk Eğitimi. 24.Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-24) Özet Kitabı s.261. Antalya 2016.

EKLER

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

EK 2. MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

EK 3. EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ

EK 4. ETİK KURUL İZNİ

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

1- Yaşınız:……..

2- Eğitim düzeyiniz:

1) İlkokul 2- Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Diğer……

3- Çalışıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

4- Eşinizin yaşı:……..

5- Eşinizin eğitim düzeyi:

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Diğer……

6- Eşiniz çalışıyor mu? 1) Evet 2) Hayır

7- Yaşadığınız yer: 1) Büyük şehir 2) Şehir 3) İlçe 4) Köy

8- Aile yapınız : 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış-boşanmış

9- Ortalama aylık geliriniz ne kadardır? …….

10- Gelir durumunuzu nasıl ifade edersiniz ? 1) Düşük 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi

11- Gebelik sayınız:……

12- Doğum sayınız: ……..

13- Kaç çocuğunuz var ? …….

14- Bu bebek kaçıncı çocuğunuz: ……..

15- Planlanan\istenen bir gebelik miydi? 1)Evet 2) Hayır

16- Daha önce kaybettiğiniz çocuğunuz var mı? 1) Evet 2) Hayır

17- Akraba evliği var mı? 1) Evet 2) Hayır

18. Evet ise yakınlık derecesi…….

18- Herhangi bir hastalığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır

19- Cevabınız evet ise hastalığınızın adı:……

20- Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? 1) Evet 2) Hayır

21- Gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

1) Evet 2) Hayır Cevabınız evet ise ;……

22- Gebelik döneminde kontrollere gittiniz mi? 1) Evet 2) Hayır

23- Gebelik kontrollerinin sayısı:……..

23- Gebelikte ilaç kullandınız mı? 1) Evet 2) Hayır

24- Gebelik sırasında yoğun üzüntü yaşadınız mı? 1)Evet 2) Hayır

25- Gebelik sırasında\öncesinde psikolojik destek aldınız mı? (Önceden psikolojik yardım alma durumu)

1) Evet 2) Hayır 3) Cevabınız evet ise ne zaman alındığı: ……

26- Gebelik öncesi ruhsal hastalık varlığı:

1) Var 2) Yok

27- Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü

1) Var 2) Yok Varsa yakınlık dercesi……

28- Gebeliğinizde destek aldığınız kişiler var mıydı ? 1) Evet 2) Hayır

29- Cevabınız Evet ise destek aldığınız kişiler:

1) Eşim
2) Annem ve babam
3) Çevremdeki Herkes
4) Diğer ….

30- Doğum şekliniz: 1) Normal doğum 2) Sezeryan

31- Bebeğin cinsiyeti: 1) Kız 2) Erkek

32- Bebeğin cinsiyetinden memnuniyet : 1) Evet 2) Hayır

33- Gestasyon yaşı:……

34- Doğum tartısı:……..

35- Bebeğiniz şu anda kaç günlük? ……

36- Kendinizi anneliğe hazır hissediyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

37- Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki kaçıncı günü? …….

38- Tanısı: ……..

39- Bebeğin konjenital bir anomalisi var mı? 1) Evet 2) Hayır

40- Bebeğin fiziksel görünümünü etkileyen bir anomalisi var mı? 1) Evet 2) Hayır

41-Doğumdan sonra bebeğinizi ne zaman gördünüz?.....

42- Bebeğinize ilk ne zaman dokundunuz? ……..

43- Bebeğinizi ilk ne zaman kucağınıza aldınız?.....

44- Bebeğinizi ilk kez gördüğünüzde hissettikleriniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1) Sevinç
2) Mutluluk
3) Heyecan
4) Üzüntü,
5) Hayal kırıklığı,
6) Şaşkınlık,
7) Korku
8) Endişe

45- Bebeğinizi emzirdiniz mi? 1) Evet 2)Hayır

46- Bebeğinizin beslenmesi için sütünüzü sağıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

EK 2. MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

	HER ZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HİÇBİR ZAMAN
1- Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	A	B	C	D
2- Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	A	B	C	D
3- Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	A	B	C	D
4- Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	A	B	C	D
5- Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor	A	B	C	D
6- Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	A	B	C	D
7- Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	A	B	C	D
8- Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	A	B	C	D
9- Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	A	B	C	D
10- Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	A	B	C	D
11- Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum	A	B	C	D
12- Bebeğimi uyurken seyrediyorum	A	B	C	D
13- Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum	A	B	C	D
14- Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	A	B	C	D
15- Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	A	B	C	D
16- Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	A	B	C	D
17- Bebeğimle gurur duyuyorum	A	B	C	D
18- Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	A	B	C	D
19- Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	A	B	C	D
20- Bebeğimin karakterini biliyorum	A	B	C	D
21- Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	A	B	C	D
22- Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	A	B	C	D
23- Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	A	B	C	D
24- Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	A	B	C	D
25- Bebeğim ağladığına onu rahatlatıyorum	A	B	C	D
26- Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	A	B	C	D

A=4 puan, B=3 puan, C=2 puan, D=1 puan

EK 3. EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

Her zaman olduğu kadar

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

Son 7 gündür;

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

Hayır, hiçbir zaman

Çok seyrek

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.

Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.

Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.

Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, oldukça sık

Çok seyrek

Hayır, asla

Son 7 gündür;

10.Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

Evet, oldukça sık

Bazen.

Hemen hemen hiç

Asla

EK 4. ETİK KURUL İZNİ

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2014/161	
	PROTOKOL ADI	Prematüre Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelerin Postpartum Depresyon ve Maternal Bağlanma Düzeyleri	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 18/08 Tarih:01.10.2014
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Meltem SERVET'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E☐ H☐	E☒ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan V.