

ARAŞTIRMA

Ayşegül Uludağ¹
İlhami Ünlüoğlu²

¹ Kepez Aile Sağlığı Merkezi,
Çanakkale
² Eskişehir Osmangazi
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı,
Eskişehir

İletişim Adresi:

Uz. Dr. Ayşegül Uludağ,
Kepez Aile Sağlığı Merkezi,
Çanakkale
Tel: 0286 2635525
E-mail: draysegululudag@gmail.com

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeenltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Annelerinde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkma Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada anneleri etkileyen stres faktörlerini saptamak, annelerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ) çalışanlarından beklentilerini ve bunlarla baş etmede birinci basamak hekiminin rolünü belirlemek planlandı.

Metod: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde YYBÜ'de bebekleri izlenen 78 anne ile postpartum 3. gün ve sonrasında yüz yüze görüşülerek sosyodemografik özellikleri, prenatal, natal ve postnatal öyküleri kaydedildi. Annelere Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ile Genel Sağlık Anketi uygulandı.

Bulgular: YYBÜ'ye kabul edilme nedenlerinden en sık olanı prematüriteydi. Annelerin psikolojik stres düzeylerini etkileyen pek çok erken saptandı. Bebeklerine temas eden ya da onları görmeye giden 41 annenin durumluk-sürekli kaygı düzeyinde artış olduğu, hospitalizasyon süresi arttıkça ve gestasyonel yaş düştükçe kaygı düzeyleri, depresyona eğilimlerinin arttığı saptandı. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin annelerinin kaygı düzeylerini arttırdığı, eğitim düzeyi arttıkça ise depresyon varlığı ve kaygı düzeylerinin düştüğü saptandı. Anne yaşı ile depresyon varlığı ve kaygı düzeyleri arasında ilişki saptanmadı. Düşük riski ya da intrauterin bebek ölümü öyküsü olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri arttığı saptandı.

Sonuç: Prematür bebek ve konjenital anomalili bebek doğumu, birçok kadının psikoteröpatik tedaviye ihtiyaç duyduğu oldukça travmatik bir olaydır. Türkiye'de aile hekimliği uygulaması başlamıştır. Aile hekimleri yüksek riskli bebek doğumundan sonra anne ve bebeklerin izlemlerini koordine etmekle ve özellikle annelerde bu dönemde artmış olan kaygı düzeyleri nedeniyle aileleri yakından takip etmekle sorumludur.

Anahtar Kelimeler: YYBÜ, Stres Faktörleri, Kaygı Düzeyleri, Aile Hekimi.

Determinants of Anxiety among Mothers of Infants in the Newborn Intensive Care Unit: Role of Family Physicians on Coping with the Stressors

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to establish the stressing factors and expectations of mothers from newborn intensive care unit (NICU) staff and the complimentary role of family physicians on maternal coping with the stress.

Methods: Study was conducted in 78 mothers of NICU patients in Eskişehir Osmangazi University. Socio-demographic characteristics and prenatal, follow up of pregnancy and postnatal period were recorded. General health questionnaire and The State-Trait Anxiety Inventory were assessed.

Results: The most common reason for infants to be admitted to the NICU was prematurity. Mothers' psychological stress levels depend on so many variables. There were 41 mothers who visit and hold their babies effects depression and anxiety and as the hospital stay prolonged and gestational age decreased, mothers' anxiety and depression increased. High anxiety related factors among the mothers were appearance of their small, fragile baby. When mothers' educational status was higher, depression and anxiety levels decreased. Maternal age did not affect anxiety levels and depression. Presence of abortions or stillbirth in previous pregnancies increased mothers state anxiety levels.

Conclusion: Birth of a premature infant or an infant with congenital anomaly is to be seen as an ongoing traumatic life event, where psychotherapeutic support is to be recommended. In Turkey family practice application has been established. Family physicians after the birth, of a high risk infant; mothers and babies follow-up plan could be coordinated and because of increased frequency of mothers' anxiety and acute mental disorders, family physician should follow the families at close range this period of time.

Key Words: NICU, Stress Factors, Anxiety Levels, Family Physician

GİRİŞ

Son yıllarda ülkemizde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin hem sayıca artışı, hem de kalitelerinin yükselmesi prematürelere, konjenital anomalisi olan, asfiktik ve sepsisli bebeklerin yaşama oranlarını arttırmıştır. Ancak; bu bebekler ne yazık ki, yaşamlarının ilk günlerini anne yanında değil, yoğun bakım ünitelerinde ciddi, yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele ederek geçirmektedirler (1). Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 öncesindeki 5 yıllık dönem için bebek ölüm hızını 1000 canlı doğumda 29 olarak bildirmekte, bunların da %59'unun neonatal dönemde meydana geldiğini belirtmektedir (2).

Yapılan araştırmalarda; yüksek riskli bebeklerin annelerinde anksiyete, depresyon ve posttravmatik stres bozuklukları tanımlanmıştır (3-6). DeMier ve ark. 1996'da YYBÜ'de bebekleri takip edilen annelerin bebekleri sağlığına kavuştuktan 6 ay sonra bile posttravmatik stres bozukluğuna ait semptomların gözlemlendiğini rapor etmişlerdir (7). Miles ve Holditch-Davis tarafından 1997'de bebekleri YYBÜ'de takip edilen aileler için yoğun bakım ortamının stres dolu yapısı tanımlanmıştır. Bu çalışmada fiziksel çevredeki; parlak ışıklar, gürültülü yaşam desteği araçları, monitörizasyon ekipmanları, ilaç kokuları stres unsurları olarak belirlenmiştir. Kendi çocuklarının tüp ve kablolarla bağlı görüntüsü ve etrafta çalışan sağlık personeli aileler için çok rahatsız edici olabilir. Ancak bunlara karşın; asıl stres faktörü ailenin istediği veya arzuladığı aile yapısına kavuşamaması ve bebeğe karşı olan sorumluluklarını (emzirmek gibi) yerine getirememesidir (8-9).

Planlanarak gerçekleşen gebeliklerde bile erkek ve kadının psikolojik adaptasyonu henüz yeterli derecede anlaşılammıştır. Erkek ve kadın, gebelik gerçekleştiğinde; bu duyguyu anlamaya çalışmakta, gebelik ilerlediğinde ve yaşamın nasıl değişeceğine ilişkin gerçekler ortaya çıkmaya başladığında ise birbirine zıt olan hisler gelişmekte ve kadınların gebeliğin metabolik, hormonal ve psikolojik değişimlerine uyum sağlamaya çalıştığı gözlenmektedir (10). Yaklaşık %10-15 kadar kadında perinatal dönem boyunca major depresyon görülmektedir. Postpartum dönem psikiyatrik bozukluklar; geçici depresif semptomları (postpartum blues), postpartum depresyon, postpartum psikoz ve ortak anksiyete bozukluklarını içerir. Postpartum dönemde en çok gözlenen bozukluk "postpartum blues" ya da "bebek blues" şeklinde tanımlanan ve yaklaşık %50-80 kadar kadında gözlenen psikolojik bozukluktur. Bu kişilerde iştah kaybı, iritabilite, korku, anksiyete, yorgunluk, insomnia çok sık gözlenir. Genellikle postpartum 3. günde anne hastaneden taburcu edildikten sonra başlar, semptomlar 5. günde pik yapar ve 10. günde

çözülür, %20-25 kadında ise postpartum depresyona dönüşür (10).

MATERYAL METOD

Çalışma, ESOGÜ Pediatri Anabilim Dalı Neonatoloji Kliniğinde, bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilen 78 anne ile postpartum 3. gün ve sonrasında görüşme yapılmış, kendilerine demografik bilgileri içeren yüz yüze anket ve 3 adet psikiyatrik ölçek uygulanmıştır.

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

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

Genel Sağlık Anketi (GSA) toplumda anksiyete ve depresyon belirtilerini tanımlayan, birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar ve bedensel hastalığı olan psikiyatri dışı hasta gruplarına uygulanan bir ölçektir. Depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozukluk taramalarında daha değerli olduğu gözlenmiştir. GSA'nın 12 ve 28 sorudan oluşan iki formu vardır. Türkiye'deki güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında bu iki ölçek birleştirilerek 34 maddeli formu oluşturulmuş ve oluşan formun iç tutarlılığının ayrı ayrı diğer iki formdan daha yüksek olduğu saptanmıştır (11). Her maddenin puanları 0-3 arasındadır ve ölçek toplam puanı maddelerin toplanması ile elde edilir (12). Herhangi bir psikiyatrik bozukluk için kullanılabilen, kültürel farklılıkların yanı sıra, bölgelere göre değişen psikiyatrik bozukluk yaygınlık oranı veya birden fazla psikiyatrik tanının varlığı, puanlamalarda farklılığa neden olabilmektedir (13).

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

Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-1): Bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-2) ise; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler (11,14).

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

BULGULAR

Çalışmaya 27-39 haftalar arasında doğan, doğum haftalarının ortalaması $34,6 \pm 2,8$ hafta olan 17

(%21,8)'si term, 61 (%78,2)'i preterm 78 bebek alındı. Doğum ağırlıkları 500–4350 gram arasında idi. İkiz bebeği olan 3 annenin düşük doğum ağırlığında olan bebeğin verileri çalışmada kullanıldı. Yenidoğanların özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Çalışmaya sadece prematürite nedeniyle takip edilen 53(%67,9) bebek, yenidoğanın geçici takipnesi ile takip edilen 6(%7,7) bebek, hem prematür hem de konjenital anomalisi olan 8(%10,3) bebek, neonatal pnömoni nedeniyle takip edilen 3 (% 3,8) bebek ve sadece konjenital anomalisi olan 8 (%10,3) term bebek alındı. Çalışmaya alınan 78 annenin yaş ortalaması $27,9 \pm 0.68$ olarak saptandı. Annelerin sosyo-demografik ve obstetrik anamnezleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Yenidoğanların özellikleri

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

Tablo 2. Annelerin sosyodemografik özellikleri

	N	%
Yaş		
17-24 yaş	25	32,1
25-29 yaş	19	24,3
30-34 yaş	26	33,3
≥35 yaş	8	10,3
Sosyodemografik özellikleri		
Ev hanımı	71	91,1
Çalışan	7	8,9
İlkokul mezunu	43	55,2
Lise	21	26,9
Üniversite	14	17,9
Annelerin obstetrik öyküleri		
Primipar	42	53,8
Multipar	36	46,2
Düşük öyküsü	13	16,6
İntrauterin ölü fetüs	7	9,00

Çalışmada annelerin yaşı ile anksiyete bozukluğu, depresyon varlığını saptamak amacıyla kullanılan GSA ile kaygı seviyelerini belirlemek için kullanılan STAI 1-2 sonuçları istatistiksel olarak değerlendirildi. Anne yaşının depresyon varlığını ve kaygı seviyelerini etkilemediği saptandı ($r=0,176$ $p>0,05$, $r=0,086$ $p>0,05$, $r=-0,71$ $p>0,05$). Annelerin eğitim düzeyleri arttıkça ile anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyelerinin istatistiksel olarak düştüğü saptandı ($T=-1,154$ $p<0,05$; $T=-1,148$ $p<0,05$; $T=-1,146$ $p<0,05$).

Çalışmaya alınan ailelerin gelir düzeyi ile ve GSA puanları ve kaygı seviyeleri istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Gelir düzeyinin düşük ya da fazla olmasının kaygı seviyelerini ve anksiyete bozukluğu, depresyon varlığını etkilemediği ($F_{(3,72)}=2,313$ $p>0,05$; $F_{(3,72)}=0,313$ $p>0,05$, $F_{(3,72)}=1,034$ $p>0,05$) ancak prematür bebeklerin sayısının düşük gelir düzeyindeki ailelerde daha sık görüldüğü saptandı (Pearson $\chi^2=34,377$; $p<0,001$).

Çalışmaya katılan 7(%8,9) annenin intrauterin ölü fetüs öyküsü, 13 annenin de düşük öyküsü mevcuttu. İntrauterin ölü fetüs ve düşük öyküsünün annelerin durumluk kaygı envanteri olan STAI-1 düzeylerinin istatistiksel olarak arttırdığı saptandı ($t_{(76)}=-3,116$, $p<0,01$).

Çalışmada 25 anne (%32,1) normal vajinal doğum (N/D), 53 anne (% 67,9) sezaryen (C/S) ile doğum yaptığı öğrenildi. Çalışmaya alınan annelerin doğum şekillerinin istatistiksel olarak kaygı seviyesini etkilemediği saptandı.

Çalışmaya alınan bebeklerin doğum haftasının annelerin anksiyete bozukluğuna, depresyon varlığına ve kaygı seviyesine etkisi istatistiksel olarak değerlendirildi. Doğum haftasının STAI-1 kaygı envanterinde durumluk kaygı seviyesini arttırdığı ($r=0,503$ $p<0,000$) bebeklerin doğum ağırlığının azaldıkça annelerin STAI-2 kaygı seviyelerinde artış olduğu saptandı ($r=-0,353$ $p<0,001$).

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

Annelerle görüşme yapıldığı esnada hala yenidoğan bebeklerini göremediklerini belirten 12 anne vardı. Bebeğini gördüğünü belirten 66 anneye YYBÜ' de onları nelerin rahatsız ettiği soruldu. 16 anne (% 24,2) kendisini rahatsız eden bir şey olmadığını belirtirken, 15 anne (%22,7) bebeğe bağlı bulunan aletlerin, 21 anne (%31,8) bebeğin görünümünün, 14 anne

(%21,3) bebeğin görünümünün ve aletlerin her ikisinin de kendilerini rahatsız ettiğini belirtti. Bebeğe bağlı aletler ve bebeğin görünümünden rahatsız olduğunu belirten annelerin sürekli kaygı seviyesinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı ($F_{(3,26)}=3,759$ $p<0,05$).

Bebeklerini gördüğünü ifade eden 66 anneden 42 (%63,6)'si 3 günde bir, 22'si (%33,4) her gün gördüğünü ifade etti. Bebeklerini her gün gören ve 3 günde bir gören annelerin şu andaki kaygı seviyesinin yükseldiği gözlemlendi, ancak; istatistiksel olarak anlamlı düzeyde aralarında ilişkinin olmadığı saptandı ($F_{(2,75)}=1,034$ $p>0,05$, $F_{(2,75)}=0,283$ $p>0,05$, $F_{(2,75)}=1,035$ $p>0,05$).

Çalışmanın yapıldığı anda, hala YYBÜ' de takip edilen bebeklerin yatış süreleri uzadıkça annelerin anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyelerinin istatistiksel olarak arttığı saptandı ($r=0,299$ $p=0,008$, $r=-0,047$ $p<0,005$, $r=0,389$ $p<0,001$).

Çalışma yapıldığında bebekleri hakkında bilgi almayan 4 anne vardı. Çalışmada bilgilendirilen 74 anneden 17'si (%21,8) hemşirelerden, 33'ü (%42,3) doktordan, 24'ü (%30,8) ise hemşire ve doktordan bilgi aldığını belirtti. Her gün bilgi aldığını belirten 46 anne (%59,0) vardı. Annelerden 50 (%67,5)'si edindiği bilgiyi yeterli, 24 (%32,4)'ü yetersiz olarak tanımladı. Annelerin doktordan aldıkları bilginin istatistiksel olarak daha yeterli olduğu saptandı ($t_{(146)}=3,03$ $p<0,01$). Yeterli bilgi almanın annelerin anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyelerini istatistiksel olarak etkilemediği saptandı.

Çalışmaya katılan annelerin 45 (%57,7)'inin bilgi almak için hastaneye geldiği, 33 (%42,3)'ünün ise hastanede yatan hasta olduğu öğrenildi. Hastaneye gelerek bilgi almanın anksiyete bozukluğu, depresyon varlığını ve sürekli kaygı seviyesini istatistiksel olarak arttırdığı gözlemlendi ($\lambda^2=-0,284$ $p<0,01$ $\lambda^2=-0,097$ $p>0,05$ $\lambda^2=-0,265$ $p<0,01$).

Çalışmada bebeğine temas eden 41 anne (%52,6) ve temas etmeyen 37 anne (%47,4) vardı. Bebeklerine temas etmenin annelerin STAI-2 kaygı seviyesini etkilediği saptandı ($t=2,065$, $p<0,05$). Bebeklerini anne sütü ile besleyen 41 anne (% 52,6), beslemeyen 37 anne (%47,4) vardı. Yenidoğan bebeğini anne sütü ile beslemenin annelerin anksiyete bozukluğu, depresyon varlığı ve kaygı seviyesi ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptandı.

TARTIŞMA

'Bağlanma' tanıdık iki kişi arasında başlayan sessiz, özel ve gittikçe artan birliktelikten karşılıklı mutlu olunan duygusal bir süreçtir. Anne ile bebek etkileşiminin kurulmasını tarif etmek için bu terim kullanılır (15). Anne-bebek arasındaki birliktelik; doğum öncesi dönemde başlayan, fetüsün hareketleri

ile gittikçe artan, doğumda doruğa çıkan kaliteli ve etkili bir ilişkidir (16).

Doğum sonrası erken dönemde anne ile yenidoğan bebeği arasındaki etkileşimi başlatmak için olabildiğince birlikte olmaları sağlanmalıdır. Anne ile bebeğin 24 saat bir arada kalmaları, anne-yenidoğan etkileşimini erken dönemde başlatmada yararlı olmaktadır (17). Annenin bebeğini erken dönemde emzirmesi, bebeğine dokunması, kucaklaması, göz göze iletişimde bulunması, konuşması, sevmesi, okşaması, öpmesi etkileşimde en etkili davranış modelleridir. Klaus ve Kennell doğum ve birkaç gün sonrasının bebek ve anne için oldukça duyarlı bir dönem olduğunu, bu periyod boyunca anne-bebek arasında ayrılık devamlı olduğunda, rahatsızlık oluşturacağını ve bebeğin gelişimini engelleyeceğini belirtmişlerdir (15). Yine birçok çalışmada anne ile bebek arasındaki etkileşimin; bebeğin fiziksel, duygusal ve kognitif gelişimini etkilediği gösterilmiştir (17-20).

Çalışmamıza alınan 25 anne (%32,1) normal vajinal doğum, 53 anne (%67,9) sezaryen ile doğum yapmıştır. 2003 TNSA verilerine göre Türkiye’de sezaryen oranı %21’dir, özellikle İstanbul, Batı Marmara ve Doğu Karadeniz’de bu oran yüzde 30’a yükselmektedir. Hollanda, Belçika, İngiltere ve Fransa’da yüzde 20’nin altındadır (2). Çalışmamızda doğum şekli annelerin kaygı düzeyini etkilememiştir. Cho ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğum şeklinin annelerin bebeklerini algılamalarında ve etkileşimde rol oynamadığı belirtilmiştir (21). Yine Balcı ve Savaşer’in (22) 1998’de ve Çoban ve arkadaşlarının (23) 2003 yılında yaptıkları çalışmalarda da doğum şeklinin annelerdeki kaygı düzeyini etkilemediğini savunulmuştur. Chalmers ve arkadaşları (24) ve Kendall ve arkadaşları (25) yaptıkları çalışmalarda; annelerin C/S ile doğum sonrasında bebek ile iletişimlerinden hoşnut olmadıklarını, bebekleriyle daha az ilgilendiklerini belirtmişler, Reichert ve arkadaşları da acil koşullarında sezaryen ile doğum yapan annelerin bebekleri ile ilk iletişimden memnun olmadıklarını saptamışlardır (26).

Prematür bir bebeğe sahip olmak aileler için stres oluşturan bir durumdur. Yapılan çalışmalarda yenidoğan yoğun bakımının aileler için stres oluşturan en önemli yönünün çocuk sahibi olup, hayal ettikleri aile yapısına kavuşamama ve karakterlerinde meydana gelen büyük değişiklik olduğu gösterilmiştir (27,28). Stjernqvist yaptığı çalışmada, prematür ya da hasta bir çocuk doğduğunda annenin; kendini suçlu olarak gördüğünü, bebeği için kurduğu hayalin gerçekleşmediğine üzüldüğünü saptamıştır (29). Yine yapılan kantitatif çalışmalarda da yüksek riskli bebeklerin annelerinde devam eden kaygının zamanla

depresyona, ve posttravmatik stres bozukluğuna neden olduğu gözlenmiştir (6,30-33).

Term ancak sağlık problemi olan bebeklerin annelerinin, prematürite dışında sağlık problemi olmayan bebeklerin annelerinden daha stresli ve daha çok hayal kırıklığı içinde oldukları görülmüştür (34). Çalışmamızda özellikle preterm ve konjenital anomalisi olan bebeklerin annelerinde kaygı seviyesinin yüksek olması yapılan bu çalışma ile uyumluluk göstermektedir. Anneler için hasta ve yaşam boyu kalıcı sağlık problemleri olan bebeklerinin olması kaygı seviyesini çok daha fazla arttırmaktadır (35). Annelerin kendilerini olanlar için suçlaması, eşine karşı suçlu hissetmesi kaygı seviyesini daha da arttırmaktadır (8,9). Bebekleri kronik hasta olan aileler ‘bilinmezlik’ hisseder. Çocuklarının iyileşme yönünden ilerleme göstereceğinden emin olamaz, ya yaşam boyu hasta kalacak ya da ölecek diye düşünürler. Bu ailelerin bilgilendirilmeden çok duygusal desteğe gereksinimleri vardır (36). Çalışmamızda da, bu araştırma ile uyumlu olarak yaşam boyu hastalık durumu devam edecek konjenital anomalili bebeği olan ailelerde kaygı seviyesi yüksek olarak saptandı.

Affleck ve arkadaşları (6)’nın 1991’de, Blumberg (37)’nin 1980’de ve DeMier ve arkadaşları (38)’nin 1996’da yaptıkları çalışmalarda gestasyonel yaş ve bebeğin hastalığına bağlı olarak annelerde stresin olabileceği gösterilmiştir. Diğer taraftan Gennaro ve arkadaşları (30) 1988’de; Meyer ve arkadaşları (39) 1995’de, Thompson (40)’ın 1993’te yaptıkları çalışmalarda bebeğin medikal riski ile annedeki stresin birbiri ile ilişkisinin olmadığını savunmuşlardır. Güra ve arkadaşları 42 preterm bebeği olan annede Beck depresyon ölçeğini kullanarak araştırdıkları postpartum depresyondan; preterm doğum dışında, anneye ve bebeğe ait faktörlerin hiçbirinin sorumlu olmadığını bulmuşlardır (41). Kliniğimizde yaptığımız çalışmada gestasyonel yaş azaldıkça annelerin kaygı düzeylerinin arttığı, bağlantılı olarak doğum tartısı azaldıkça yine annelerin kaygı düzeylerinin arttığı saptandı.

Richard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gestasyonel yaş, doğum ağırlığı ve hospitalizasyon süresi, ventilatörde kalma süresi ve komplikasyonlara bağlı olarak maternal stres ölçümü yapılmış ve stresin bu parametrelerle değiştiği gösterilmiştir (41). Araştırmamızın sonuçları bu çalışma ile bu çalışma ile uyumluluk göstermektedir; YYBÜ’ de bebeğin kalma süresi ile annenin kaygı düzeyinin doğru orantılı olarak arttığı saptanmıştır.

Ukpong ve arkadaşları (43) ile Gennaro ve arkadaşlarının (44) preterm bebeklerin annelerinde anksiyete ve depresyon sıklıklarını term bebeklerin annelerinden oluşan kontrol grubuyla

karşılaştırdıkları çalışmalarında; preterm bebeği olan annelerde kaygının belirgin şekilde artmış olduğu saptanmıştır. Depresyonun da yine preterm bebek annelerinde arttığı gözlenmiştir. Miles ve arkadaşlarının da 2007 yılında yayınlanan ve preterm bebeklerin annelerinde depresyonun değerlendirildiği çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (45). Annelerdeki depresyon sıklığını ve kaygı düzeylerini değerlendirdiğimiz ve stres faktörlerini belirlediğimiz çalışmamızın sonuçları da diğer araştırmalarla uyumluluk göstermektedir.

Flacking ve arkadaşları preterm bebeklerin annelerinde yaptıkları çalışmada; preterm bebeğin anne sütü ile beslenmesi gerektiğinde özellikle annelerin kaygı seviyesinin arttığını saptamışlardır (46). Annenin bebeğe anne sütü veremediği durumlarda bir sonraki denemenin kendisini düşündürdüğünü ve kendini başarısız hissettiğini, hüsrana uğradığını, başarılı oldu ise; kendini iyi anne olarak gördüğünü, gururlandığını belirtmişlerdir. Sergek ve arkadaşları çalışmalarında; bebekleri YYBÜ'de takip edilen, anne sütü ile bebeklerini besleyen 15 anne ile anne sütünün kesilmesinden dolayı bebeklerini besleyemeyen 15 annenin durumluk ve sürekli kaygı puan düzeylerini birbirine benzer bulmuş, istatistiksel olarak fark bulamamışlardır (47). Çalışmamızda bebeklerini anne sütü ile besleyen ve beslemeyenlerin kaygı seviyeleri farklı değildi.

Hastane personeli, hemşire ve doktorların davranışları ve verilen bakım, yaşamın ilk gününde anne ile yenidoğanın ayrılması, hastanedeki uygulamalar ve kurallar da anne-bebek iletişimini etkileyen etmenler arasındadır (48). Cox ve arkadaşları (49) ile Holditch-Davis ve arkadaşları (50) aile ile olan devamlı iletişimin stres düzeyini azalttığını, özellikle hemşirelerin devamlı olan iletişimde etkin olduğu saptamışlardır. Çalışır ve arkadaşlarının araştırma grubunda yer alan anneler, hemşire ile konuşmak isterken, babalar ise daha fazla doktor ile iletişimde olmayı istemişlerdir (51). Annelerden hiçbiri YYBÜ'de personelin davranışı ya da bebeklerine bakım konusunda rahatsızlık bildirmemiş, annelerin hemşire ya da doktordan aldıkları bilgiyi yeterli buldukları gözlenmiştir.

Anne ve YYBÜ'de takip edilen yüksek riskli bebeklerin arasındaki iletişimi etkin hale getirmek için çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Preyde M. ve ark.

(52)'lerinin Toronto'da düşük doğum ağırlıklı 32 bebeğin annesi ve 28 anneden oluşan kontrol grubunda ailelerin stres düzeylerini ölçen çalışma yapmışlar. Çalışma grubundaki annelere bebeklerinin bakımı konusunda eğitim vererek, telefonla her an bilgi desteğinde bulunmuş ve bu grupla toplantılar yapılmış. Dört hafta sonra çalışma grubunun kaygı seviyelerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu saptamışlardır.

Koh ve arkadaşlarının (53) YYBÜ'de bebekleri takip edilen 200 annenin 98'ine doğum sonrası 10. gün, 4. ve 12. aylarında genel sağlık durumları değerlendirilmiş, kaygı seviyeleri ölçülmüş ve bebekleri hakkında ayrıntılı bilgilendirilmiş. Çalışma yapılan 98 anne ile kontrol grubundaki 102 annenin 10. gündeki kaygı seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmışlar ve teybe kayıt yöntemi ile neonatolojist tarafından konuşma ve bilgilendirmenin annelerin iyilik hallerini etkilemediğini belirtmişlerdir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığımıza bağlı devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve büyük merkezlerde bulunan birçok özel hastanede gerekli donanımla birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde sosyal çalışma uzmanı ve psikolog çalıştırılmamaktadır. Çalışma ortamının uygun olmaması, mesai saatlerinin kısıtlı olması ve hasta sayısının fazla olmasından dolayı sağlık personeli, ailelerle çok ilgilenememektedirler.

Yüksek riskli bebeklerin eve taburculuğu sonrasında bebek bakımı hakkında annenin bilgilendirilmesi, rutin takiplerinin ve yapılması gereken özel testlerin pediatriyle birlikte planlanması, bu arada annenin duygu durumunun belirli aralıklarla değerlendirilip, postpartum depresyon gibi patolojik problemlerin gözden kaçırılmaması, aynı durumdaki annelerin bir araya getirilerek psikolojik destek verilmesi; birinci basamakta çalışan ve kişiyi biyopsikososyal yönden ele alan, görev ilkeleri arasında aile ve toplum yönelimlilik, süreklilik, bütüncülük ve gizlilik olan aile hekiminin görevleri arasında yer almaktadır (54).

Teşekkür: Bu çalışmayı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Çocuk Hastalıkları Yenidoğan Bilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi'nde yapmama izin veren ve çalışmanın her aşamasında yardımcı olan Prof. Dr. Neslihan Tekin ve Prof. Dr. M. Arif Akşit'e katkılarından dolayı çok teşekkür ediyorum.

KAYNAKLAR

1. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (Eds). Nelson Textbook of Pediatrics 17th Edition Philadelphia: Saunders Company; 2005.
2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004.
3. Brazy JE, Goldstein RF, Oehler JM, et al. Nursery neurobiologic risk score: levels of risk and relationships with nonmedical factors. *J Dev Behav Pediatr* 1993;14(6):375-80.
4. Meyer EC, Coll CT, Lester BM, et al. Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics* 1994;93(2):241-6.
5. Jeffcoate JA, Humphrey ME, Lloyd JK. Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery. *Dev Med Child Neurol* 1979;21(3):344-52.
6. Affleck G, Tennen H. The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being. *Child Health Care* 1991;20(1):6-14.
7. DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *J Perinatol* 1996;16(4):276-80.
8. Mew AM, Holditch-Davis D, Belyea M, et al. Correlates of depressive symptoms in mothers of preterm infants. *Neonatal Netw* 2003;22(5):51-60.
9. Wereszczak J, Miles MS, Holditch-Davis D. Maternal recall of the neonatal intensive care unit. *Neonatal Netw* 1997;16(4):33-40.
10. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Books: Eight Editions. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 2004.
11. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7(1):3-10.
12. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. İstanbul: Hekimler Yayın Birliği, 2006.
13. Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychol Med* 1998; 28:915-21.
14. LeCompte A, Öner N. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri, El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.
15. Kennell JH, Klaus MH. Bonding: Recent observations that alter perinatal care, *Pediatrics in Review* 1998; 19(1):4-12.
16. Dağoğlu T, Görak G (Ed). Yenidoğan Hemşireliğinde Etik, Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri; Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2002:31-40.
17. Siddiqui A, Hagglöf B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction, *Early Human Development* 2000; 59(1):13-5.
18. Goldberg S, Morris P, Simmons RJ, et al. Chronic illness in infancy and parenting stress: a comparison of three groups of parents. *J Pediatr Psychol* 1990;15(3):347-58.
19. McGrath M, Sullivan MC, Seifer R. Maternal interaction patterns and preschool competence in high- risk children. *Nursing Research* 1998; 47(6):309-17.
20. Smith KE, Landry SH, Swank PR. The influence of early patterns of positive parenting on children's preschool outcomes. *Early Education and Development* 2000;11(2):147-69.
21. Cho MY. Primiparas'perceptions of their delivery experience and their maternal-infant interaction: compared according to delivery method. *Journal of The Korean Academy of Women's Health Nursing* 1995;1(1):5-22.
22. Balcı S, Savaşer S. Annelerin bebeklerini algılama durumu, VI. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, GATA Hemşirelik Yüksekokulu. Ankara 1998;215-221.
23. Çoban A. Doğum sonrası anne-yenidoğan etkileşimini etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003;8(27), 110-8.
24. Chalmers I, Zlosnick JE, John DA, Campbell H. Obstetric practice and outcome of pregnancy in Cardiff residents 1965-1973. *British Medical Journal* 1976;1 (6012):735-38
25. Kendall RE, Rennie D, Clarke JH, Dean C. The social and obstetrics correlates of psychiatric admissions in the puerperium. *Psychological Medicine* 1981;11(2):341-50.
26. Reichert JA, Baron M, Fawcett J. Changes in attitudes toward cesarean birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1993;22(2):159-67.
27. Miles M, Holditch-Davis D. Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Seminars in Perinatology* 1997; 21(3): 254-66.
28. Rennie J, Robertson NRC. A manual of neonatal intensive care, 3th edition, London: Arnold, 2002.
29. Stjernqvist KM. Extremely low birth weight infants less than 901 g. Impact on the family during the first year. *Scand J Public Health* 1992; 20(4): 226-33.

30. Brooten D, Gennaro S, Brown LP, et al. Anxiety, depression, and hostility in mothers of preterm infants. *Nurs Res* 1988;37(4):213-6.
31. Jeffcoate JA, Humphrey ME, Lloyd JK. Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery. *Dev Med Child Neurol* 1979;21(3):344-52.
32. Blaymore-Bier J, Pezzullo J, Kim E, et al. Outcome of extremely low-birth-weight infants: 1980-1990. *Acta Paediatr* 1994;83(12):1244-8.
33. Thompson RJ, Goldstein RF, Oehler JM, et al. Developmental outcome of very low birth weight infants as a function of biological risk and psychosocial risk. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15(4):232-8.
34. Rauh VA, Nurcombe B, Achenbach T, et al. The Mother-Infant Transaction Program. The content and implications of an intervention for the mothers of low-birthweight infants. *Clin Perinatol* 1990;17(1):31-45.
35. Rodriguez CM, Murphy LE. Parenting stress and abuse potential in mothers of children with developmental disabilities. *Child Maltreatment* 1997;2(3):245-52.
36. Berlin LJ, Brooks-Gunn J, Spiker D, et al. Examining observational measures of emotional support and cognitive stimulation in black and white mothers of preschoolers. *Journal of Family Issues* 1995;16(5):664-86.
37. Blumberg NL. Effects of neonatal risk, maternal attitude, and cognitive style on early postpartum adjustment. *J Abnorm Psychol* 1980;89(2):139-50.
38. DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, et al. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *J Perinatol* 1996;16(4):276-80.
39. Meyer EC, Garcia Coll CT, Seifer R, et al. Psychological distress in mothers of preterm infants *J Dev Behav Pediatr* 1995;16(6):412-7.
40. Thompson J. Community. Supporting young mothers. *Nurs Times* 1994;89(51):64-7.
41. Gura A, Çiğ HÖ, Ongun H. Postpartum Maternal Depresyon Nedenleri ve Preterm Bebeklerde Büyüme Üzerine Etkileri. *Çocuk Dergisi* 2004;4(3):168-72.
42. Richart A, DeMier L, Michael TA. Measurement Model of Perinatal Stressors: Identifying Risk for Postnatal Emotional Distress in Mothers of High-Risk Infants. *Journal of Clinical Psychology* 2000;56(1):89-100.
43. Ukpong DI, Fatoye FO, Oseni SB, Adewuya AO. Postpartum emotional distress in mothers of preterm infants: a controlled study. *East Afr Med J* 2003;80(6):289-92.
44. Gennaro S. Postpartum anxiety and depression in mothers of term and preterm infants. *Nurs Res* 1988;37(2):82-5.
45. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, et al. Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr* 2007;28(1):36-44.
46. Flacking R, Ewald U, Hedberg Nyqvist K, et al. Trustful bonds: A key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Social Science & Medicine* 2006;62(1):70-80.
47. Sergek E, Taşdemir S, Sertbaş G. 4. Uludağ Pediatri Kış Kongresi Laktasyon Krizi Geçiren ve Laktasyon Krizi Geçirmeyen Annelerin Anksiyete Düzeyleri - Poster 37. 17.02.2008; Bursa.
48. Martin L, Pernell MD. Çağdaş obstetrik ve jinekolojik teşhis ve tedavi, Cilt I-II, Kansas City: A Lange Medical Book. Çeviri Ed: F. Saraçoğlu, İstanbul: Barış Kitabevi; 1994:127-129, 1403-1404.
49. Cox LC, Bialoskurski M. Neonatal intensive care: communication and attachment. *Br J Nurs* 2001; 10: 668-76.
50. Holditch-Davis D, Miles MS. Mothers' stories about their experiences in the neonatal care unit. *Neonatal Netw* 2000; 19(3): 13-21.
51. Çalışır H, Şeker S, Güler F, et al. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. 50. Milli Pediatri Kongresinin Poster ve Sözel Bildirileri. 08-12.11.2006, Antalya.
52. Preyde M, Ardal F. Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *CMAJ* 2003;168(8):969-73.
53. Koh TH, Butow PN, Coory M, et al. Provision of taped conversations with neonatologists to mothers of babies in intensive care: randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334(7583):28.
54. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Notları; Aile Hekiminin Görev ve İlkeleri 1. Basım, Ankara: Sağlık Bakanlığı yayınları, 2004.