

## SAĞLIKLI BEBEĞE SAHİP OLAMAYAN AİLELERİN YAŞADIĞI PSİKOSOSYAL SORUNLAR

Gülay YILDIRIM \*

Şule GÖKYILDIZ \*\*

### ÖZET

Aileler, isteyerek dünyaya getirdikleri çocuklarının sağlıklı, normal gelişimini tamamlamış bir bebek olmasını hayal ederler. Bu yüzden yenidoğanın ailenin hayal ettiğinden farklı olması, onları duygusal çöküntüye uğratar. Aile açısından genetik hastalık ve konjenital malformasyonlar ya da bunların risklerini taşıma psikolojik olarak tehdit edici bir durumdur. Sağlıklı çocuk bekleyen ailenin hasta bir çocuğa sahip olması kayıp ve keder duyguları yaşamasına neden olur. Ebeveynlerde derin hayal kırıklığı ve suçluluk duyguları gözlenir. Bu dönemde hemşireler, sağlıklı bebeğe sahip olamayan ailelerin yaşadığı psikososyal sorunları erken dönemde tanımlayıp, kontrol altına alarak sağlık eğitimi ve uygun girişimlerle kriz yaşayan aileye sorunlarla baş edebilme yeteneği kazandırmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Yüksek riskli yenidoğan ve aile, Hasta bebek, Konjenital anomalili bebek, Ailenin uyumu

### ABSTRACT

**Psychosocial Problems Parents Who Cannot Have a Healthy Baby Experienced**

Families imagine to become their planned baby to be healthy and normal developed one so, if baby is different from their imaginations they experience emotional deprivation to birth. The risk of having genetic diseases and congenital malformation is a psychological threatening state for the family. Having a child with ill, instead of waiting a healthy child can cause the feelings of loss and grief for parents. Deeply disappointment and guiltiness are observed in the parents. In this term nurses should identify and control early psychosocial problems parents who cannot have a healthy baby experienced and make family which experience crises is gain coping with problems by health education and appropriate interventions.

**Keywords:** High-risk newborn and family, Ill infant, Infants of congenital anomaly, Adjustment of family

### GİRİŞ

İnsanların yaşamında çocuk sahibi olmak özel bir duygudur. Ailenin, çocuk sahibi olmadan önce, ebeveynlik rolünü benimsemesi gerekir. Gebelik süreciyle birlikte ebeveynlerin çocuk sahibi olma arzuları daha da güçlenir. Bu dönemde fetüs ile ebeveyn arasında iletişim bağı gittikçe pekişir. Özellikle doğum sonrası ilk dakikalar, ilk saatler

ve ilk günler anne-bebeğin yeni durumlara uyumları ve aralarında ki ilişki yönünden hassas ve kritik dönemdir. Doğum sonrası 2-3 gün içinde bebek ile anne arasında birbirlerine uyum sağlayarak beraberliklerinden haz duyan bir ilişkinin olması beklenir (Friedman et al. 1995, Çavuşoğlu 1997, Eisenberk and Murkoff 1998).

\* İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu (e-mail: gulumyil@yahoo.com)

\*\* İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Perinatoloji Servisi

Yüksek riskli bebeklerin doğumu son 20 yıl içinde dramatik bir şekilde artmıştır. Biyomedikal teknoloji-deki ilerlemeler, obstetrik bakımda ve yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki gelişmeler, yüksek riskli yenidoğanlarda mortalite ve morbidite oranlarında azalmaya neden olmuştur. Sağlık durumu iyi olmayan yenidoğana sahip olma ve yenidoğanın uzun süreli medikal bakıma gereksinim duyması ailede psikososyal açıdan değişikliklere neden olabilir. Bu yüzden yüksek riskli yenidoğanın hayatta kalma oranını yükseltmek ve ailenin psikososyal gereksinimlerini karşılamak için ihtiyaç duyulan destek artırılmalıdır. Bu süreçte yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler, ebeveynlerin yaşadıkları stresli duruma yönelik uyumlarını tanılamalı ve sorunların giderilmesinde aileye destek olmalıdır (Hamelin et al. 1997, Doering et al. 1999).

#### **SAĞLIK DURUMU KÖTÜ OLAN FETÜSE SAHİP AİLELERİN YAŞAYACAĞI PSİKOSOSYAL SORUNLAR**

Gebelik sırasında yapılan prenatal tanı yöntemleriyle fetüs sağlığı hakkında erken dönemde bilgi edinilebilir. Özellikle yüksek riskli gebeliklerde anne, fetüs ve yenidoğanın prenatal morbitide ve mortalite riskleri oldukça yüksektir. Ancak, gebeliğin erken dönemlerinde riskin iyi bir şekilde tanınmasıyla anne ve bebeklerin hastalanma ve ölüm riskleri azaltılabilir (Mandexille and Troiano 1992, Friedman et al. 1995, Dikencik ve ark.1999).

Aile açısından genetik hastalık ve konjenital malformasyonlar ya da bunların risklerini taşıma psikolojik olarak tehdit edici bir durumdur. Sağlıklı çocuk bekleyen ailenin defektli bir çocuğa sahip olması kayıp ve keder duyguları yaşamasına neden olur. Ebeveynlerde derin hayal kırıklığı ve

suçluluk duyguları gözlenir. Onlar, sorunlu fetüsü yaptıkları yanlış bir davranış için kendilerine verilen bir ceza olarak algılayabilirler. Keder ve suçluluk duyguları evlilik ilişkilerinde ve diğer aile üyeleri arasında gerginliğe neden olur. Yapılan testler sonucunda sorunun genetik faktörlere dayandığının tespitiyle ailede yoğun bir suçluluk ve günahkarlık duygusu yaşanır. Bu aşamada genetik danışmanlığa gereksinim duyulur (Dikencik ve ark 1999).

Genetik danışmanlık ailenin tanı, hastalık süreci ve tedaviye ilişkin tıbbi gerçekleri anlamalarına yardım eder ve tekrarlayan risklerle baş etmesi için seçenekleri gösterir. Ayrıca ailenin şimdi ve gelecekte karşılaşacağı soruna uyum sağlamasına yardımcı olur. Genetik danışmanlığın yönlendirici olmayan bir özelliği vardır. Danışmanın kişisel değerlerinin aile kararını herhangi bir şekilde etkilememesi gerekir. Eğer fetüste bir anomali olduğu belirlenmiş ise aile gebeliğin sonlandırılması ya da bebeği doğurmayı isteyebilir. Ailenin bilerek karar verebilmesi için soruna ilişkin gerçekler ve çeşitli alternatif çözümler sunulur. Bu durumda çiftler için kontraseptif yöntemler, evlat edinme, donör spermiyle suni dölleme, donör ovumu kullanma ve hasta fetüsle gebeliğin sonlandırılmayacağını içeren prenatal tanı ve izlemsiz bir gebelik gibi seçenekler düşünülebilir (Dikencik ve ark 1999).

#### **PREMATÜR YA DA DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL BEBEĞE SAHİP AİLELERİN YAŞADIĞI PSİKOSOSYAL SORUNLAR**

Prematür ya da yüksek riskli bir bebeğin doğması aile tarafından sıklıkla akut emosyonel kriz ile karşılanır. Bu da duygularına hakim olmadan ve olayı kabullenmeden önce ebeveynler arasında bir miktar belirgin organizasyon bozukluğuna neden olurlar. Prematür

bebeğin hastaneye kabulünde ailenin yaşadığı stres ve depresyon düzeyi gittikçe artar. Stres ve depresif duygular ailenin yaşanan durumla başa çıkmasını olumsuz yönde etkileyen önemli faktörlerdendir (Spear et al. 2002). Bebek miadından önce doğduğu için ebeveynler sıklıkla psikolojik ve bazen de materyal hazırlıktan yoksundurlar. Bu aşamada ailelerin; normal doğum sürecini yaşayamama, bebeğin belki de annenin daha uzun süre hastanede kalması, bebekten ayrılma ve en kötüsü de her an ölüm tehlikesi olan bir bebeğe sahip olma şeklinde endişeleri olabilir. Aileler kendilerini sürekli sorgularlar ve sürekli kendilerine şu soruları sorarlar; kötü giden neydi?, nerde yanlış yaptık?, bebeğe bakabilecek miyim?. Bu endişeli duygular ve yakınmalar pek çok şekilde ortaya çıkabilir. Ailelerde; kızgınlık, kendini ve sağlık personelinin suçlama, sürekli ağlama, aşırı sessizlik ve hareketsizlik şeklinde tepkiler gözlemlenebilir (Gorrie et al. 1994, Akınsel 1998, Eisenberk and Murkoff 1998, Can 1999).

Bu ailelerde gözlemlenen bir durum da yalnızlık hissidir. Prematür ya da düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olan anne, diğer anneler gibi bebeğini göremez, tutamaz ve bakım ihtiyaçlarını karşılayamaz. Bu tür duygulara yoğun bakım ünitelerinde sık rastlanılır. Anneler bebeklerine çoğunlukla pencereden bakarlar, bu arada diğer anneler ise çocuklarını besleme, giydirme gibi işlemlerle meşguldürler. Yalnızlık hissi eve gittikten sonrada devam eder ve ayrılık devam ettikçe yeni üyenin eve adaptasyonu da gecikmektedir. Bebek taburcu edildiğinde aileler yeterli bakımı verip veremeyecekleri konusunda endişe duyarlar. Anne bebeğinin hastaneden çıktığında yeterince olgunlaşmış olgunlaşmadığından emin değildir. Bu nedenle hastanede sağlık personeline birçok soru sorar ve bebeğin sağlık durumundan emin olmak ister. Aile

özellikle de anne kendisini ağır bir sorumluluk altında olduğunu düşünebilir ve kendini suçlu hissedebilir (Mandexille and Troiano 1992, Çavuşoğlu 1994, Balcı 1997, Akınsel 1998).

### **ANOMALİLİ BEBEĞE SAHİP AİLELERİN YAŞADIĞI PSİKOSOSYAL SORUNLAR**

Anomalili bebeğe sahip aileler büyük üzüntüler yaşarlar. Ailelerin bu durum karşısında gösterdikleri tepkilerin şiddeti bireysel ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörlere ek olarak;

\* Çocuktaki defektin görünür olup olmaması,

\* Defektin düzeltilebilme derecesi,

\* Çocuğun büyüme, gelişme ve zekasını etkileyecek nörolojik komplikasyonların olup olmaması,

\* Çocukta beklenen yaşam süresi ailenin göstereceği tepkilerde etkili olmaktadır (Bobak and Jensen 1987, Eisenberk and Murkoff 1998, Can 1999).

Genetik malformasyonlar uzun dönemli adaptasyon gerektirir. Özellikle yenidoğanın yaşam boyu ebeveynlere bağımlılığı söz konusuysa ailenin bu durumu kabul etmesi daha da güçleşir. Baş ve yüz defektleri ailenin daha şiddetli tepki göstermesine neden olmaktadır. Fiziksel anomali tanısının doğumda ya da doğumdan sonra konulması durumlarında ailelerin göstereceği tepkiler genelde benzer olmaktadır. Ancak çocukla olan ilişkilerde temel bazı farklılıklar göze çarpmaktadır. Konjenital deformite ile doğan çocuğa bağlanmak aile için güç olabilir ve bu duruma alışmak zaman alabilir. Çocukta daha ileriki yaşlarda fiziksel yetersizlik ortaya çıktığında ailenin bu durumu kabullenmesi ve uyum sağlaması daha da çabuk olmaktadır (Bobak and Jensen 1987, Can 1999, Dikencik ve ark 1999).

Ailenin yaşanan bu olumsuz duruma uyumu ya da uyumsuzluğunu

belirlemede birçok faktör etkili olmaktadır. Bunlar;

\* Ailenin doğumdan önce bu duruma hazır olup olmaması,

\* Her bir ebeveynin kriz ile başedebilme yeteneği,

\* Ailenin çocuklarında var olan anomaliye ilişkin önceki bilgileri ve bu duruma yaklaşımları

\* Anomalinin uzun süreli sonuçları,

\* Ebeveynlerin iletişime açık olup olmamaları,

\* Anomalinin kalıtsal olup olmaması,

\* Anomalinin aileye yansıttığı mali yük ve ailenin destek kaynaklarının varlığıdır (Bobak and Jensen 1987, Mandexille and Troiano 1992, Eisenberk and Murkoff 1998, Can 1999).

### **AİLENİN DUYGUSAL DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sorunlu bir bebek dünyaya geldiği zaman aile, hayallerinde canlandırdıkları çocuğun kaybolduğunu ve şimdiki gerçek çocuğa olan ilgi ve sevgilerinin azalacağını düşünürler. Gerçek ve hayal arasındaki bu büyük farklılık, ailenin yaşayacağı krizin boyutlarını etkileyebilir (Bobak and Jensen 1987, Mandexille and Troiano 1992, Çavuşoğlu 1997, Eisenberk and Murkoff 1998).

Gebelik sırasında bazı tanı yöntemleri ile bebeğin sağlık durumu hakkında bilgi alınması aileye yenidoğanın dış görünüşünü ve davranışlarını değerlendirmesi konusunda yardımcı olabilir. Böylelikle ailenin kendi bebekleri hakkındaki beklentileri de daha gerçekçi olur. Aile sağlıklı bir bebek dünyaya geldiği zaman, cinsiyeti ve genel görünüşü ile ilgili hayal kırıklığının seve seve üstesinden gelir ve bunu önemsemez. Ancak aile prematür, hastalıklı, anomalili ya da ölü bir bebek dünyaya geldiği zaman büyük acılar çeker ve kriz süreci içine girer

(Mandexille and Troiano 1992, Eisenberk and Murkoff 1998).

Ailenin içinde bulunduğu krizin boyutu, sonucun bekleniyor olup olmaması durumuyla yakından ilgilidir. Krizin önceden tahmin edilmesi, krize bağlı yaşanacak tepkilerinde yatışmasını sağlayabilir. Yaşanan bu kötü duruma aile dışındaki faktörler sebep olmuşsa yaşanan stres düzeyi düşük olur. Bunun nedeni de günahkarlık (suçluluk) duygusunun aileye yaşatacağı sıkıntının daha az olmasıdır. Aile yapısı ve aile içi ilişkiler de ailenin yaşayacağı krizin boyutlarını etkileyebilir. Güçlü bağımlık ilişkilerinin bulunduğu aileler stresle daha kolay başa çıkabilirler ve yaşanan problemlere de çabuk ve uygun çözümler bulabilirler. Bunun yanında aile bağları zayıf olan ailelerde krizin yaratmış olduğu etkilerde daha büyük olur (Mandexille and Troiano 1992, Gorrie et al 1994, Eisenberk and Murkoff 1998).

Doering ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları bir çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bakım alan 165 bebeğin anne ve babaları psikososyal uyum açısından incelenmiştir. Çalışmada, annelerin babalara göre bu yeni duruma daha az uyum gösterdikleri, daha fazla anksiyeteli ve saldırgan davranışlar sergiledikleri bildirilmiştir. Bununla birlikte her iki ebeveynde anlamlı bir şekilde emosyonel stres düzeyinin normal değerlerin üstünde olduğu açıklanmıştır.

Docherty ve arkadaşları (2002), sağlıklı bebeğe sahip olmayan 78 anneyi endişe düzeyleri yönünden incelemiş ve hastanede kalma süresinin, düşük eğitim düzeyinin, çocuğun görünümü ve davranışlarının annede endişe ve kaygıya neden olduğunu açıklamıştır. Benzer şekilde Miles ve arkadaşları (1999), annelerin yaşadıkları stresin kişisel özelliklerden, hastane ortamından ve çocuğun sağlık durumundan etkilendiğini ifade etmiştir.

Ebeveynlerin bebekle ilgili olumsuz durumu algılamalarını; ailenin eğitim durumu, dini inançları ve kültürel geçmişleri etkilemektedir. Güçlü dini inançları olan ebeveynler, hastalığı dini felsefe içinde tanımlayabilirler. Aynı zamanda ebeveynler, çocuklarında var olan hastalığın etiyojisini ve günümüzdeki tedavi yöntemlerini inceleyerek, tıbbi ve bilimsel bir yaklaşımla da olaya anlam vermeye çalışabilirler. Miles ve arkadaşları (2002), çalışmalarında eğitim seviyesi düşük annelerin, eğitim seviyesi yüksek annelere göre bebeklerinin sağlık hakkında daha fazla endişe duyduklarını açıklamışlardır.

Hastalıklı doğan ve özel gereksinimi olan bebeklere sahip ebeveynlerin bu duruma tepkilerini etkileyen stresörler üç ana kaynaktan çıkmaktadır. Bunlar; bireysel faktörler, bebekten kaynaklanan faktörler ve ortamdaki kaynaklanan faktörlerdir (Çavuşoğlu 1997, Eisenberk and Murkoff 1998, Can 1999).

**Bireysel faktörler:** Bireysel faktörler arasında; ebeveynlerin stres yaratan önemli yaşam deneyimleri, baş etme stratejilerinin uygunluğu ve uyum yapma becerileri, kendilerine saygı-güven düzeyleri, güçlü ve güçsüz yönlerini tanıma durumları, geçmişte hastalık-hastanede bulunma veya çocuk kaybı deneyimleri, dini inançlar, doğumun şekli, ebeveynlik rolünü yerine getirme durumu, aile yapısı, hastalık hakkındaki bilgiler, ekonomik durum, üzücü durumun önceden biliniyor olup olmaması gibi durumlar yer alabilir (Çavuşoğlu 1997, Can 1999).

**Bebekten kaynaklanan faktörler:** Bebekten kaynaklanan faktörler; bebeğin sağlık durumunun ciddiyeti, genel görünüşü, davranışları, duygusal tepkileri, var olan yetersizliğin tipi, beklenen yaşam süresi, yaşanan rahatsızlığın bebeğin gelecek yaşamını

etkileyip etkilemediğidir (Can 1999, Çavuşoğlu 1997).

**Ortamdaki kaynaklanan faktörler:** Burada; bebeğin bakım aldığı fiziksel ünitenin fiziksel ve psikolojik durumu, çocuğa yapılan ve yapılacak işlemler, sağlık personeliyle aile arasındaki iletişim gibi faktörler önemli olmaktadır (Çavuşoğlu 1997, Can 1999).

### **AİLELERİN KULLANDIĞI BAŞETME YÜNTEMLERİ**

Yenidoğanın sağlıkla ilgili probleminin olması, ailenin keder yaşamasına neden olabilir. Umut ettikleri gibi bir sağlıklı bebeğe sahip olamayan aile, keder süreci içinde yer alan inkar, öfke, depresyon ve kabul etme aşamalarından geçer. Ebeveynler bu üzücü sonla karşı karşıya kaldıklarında korku ve anksiyete yaşarlar. Şok ve inanamama başlangıçta yaşanan ortak tepkidir. Şok ebeveynlerin verilen bilgileri algılamalarını olumsuz şekilde etkiler. Daha sonraları ebeveynler, bu istenmeyen durumun yaşamları üzerinde etkisini öğrendiklerinde şokun ardından çeşitli düzeylerde inkar yaşarlar (Bobak and Jensen 1987, Çavuşoğlu 1994, Akınsel 1998, Eisenberk and Murkoff 1998).

Savunma mekanizması olarak inkarın kullanılması, bebeğin sağlığı hakkında konulan tanının neden olduğu akut anksiyete ve korkunun bir süre için ertelenmesini sağlar. Bu dönemde ebeveynler tanının doğru olup olmadığını anlamak için tekrar doktorla görüşmeyi isteyebilir. Eğer tanı yeniden doğrulanırsa ebeveynler öfke, suçluluk, depresyon ve kabul etme duygularını yaşarlar. Tüm bunlara rağmen, çocuğun hasta olduğunu kabul etmez ve yaşamını için gerekli olan tedaviyi reddederlerse inkarın bu şekli zararlıdır ve aktif hemşirelik müdahalesini gerektirir (Çavuşoğlu 1994, Eisenberk and Murkoff 1998).

Bu dönemde ebeveynlerde görülen evrensel tepkilerden biride, suçluluktur. Eğer yenidoğanla ilgili bu riskli durum genetikse ya da kazaya bağlı olarak gelişmişse ebeveynlerin suçluluk ve kişisel sorumluluk duyguları güçlü olabilir. Ebeveynler, bu durumu kendi başarısızlıkları olarak yorumlayabilirler ve bu durum çevresindeki diğer kişiler (büyük anne, baba v.s) tarafından da desteklenebilir. Bu dönemde, ebeveynler sıklıkla suçluluk ve yetersizlik duygularını hissederler. Ebeveynlerin duygularını ifade etmelerine izin verilmeli, yanlış anlamaları düzeltilmeli ve anlaşılabilir, doğru bilgiler verilmelidir (Çavuşoğlu 1994, Gorrie et al 1994, Eisenberk and Murkoff 1998).

Ebeveynlerin yaşadıkları çaresizlik ve kontrol kaybına ilişkin normal tepkilerden biri de öfkedir. Bu duygu, yenidoğana, eşe, hemşireye, doktora ya da tanrıya yöneltilir. Öfkenin olumlu yönü, baş etme için gerekli olan enerjiyi mobilize etmesidir. Ancak öfkenin uygun olmayan şekilde ifade edilmesi, ebeveynlerin destek sisteminde çok önemli olan kişilerin kendilerinden uzaklaşmasına neden olabilir.

Depresyon, özellikle tedavinin bebeğin iyileşmesinde çok az etkili olduğu dönemlerde görülür. Bebeğin tedavisinde her gün izlenmesi gereken rutinler tek düzeliğe, yorgunluğa ve fiziksel olarak tükenmeye neden olabilir. Hiçbir zaman iyileşmeyecek bir hastalık için sürekli olarak tedavi uygulanması, ebeveynleri düş kırıklığına uğratar. Öte yandan defektli bebeği olan bazı ebeveynlerin yaşamları boyunca kronik keder yaşadıkları belirlenmiştir. Ebeveynler çocuklarının, diğer çocuklar gibi okula gidemedikleri ya da kendilerine bağımlı olduklarını gördükleri zaman kronik keder daha akut şekilde yaşanır (Çavuşoğlu 1994, Gorrie et al 1994, Eisenberk and Murkoff 1998).

Sonuç olarak zamanında profesyonel bakım ile müdahale edilmesi çiftin kriz ile başa çıkmalarını sağlayacak yeni stratejiler ve çözüm yolları bulmalarını kolaylaştıracaktır. Bebeklerinin durumuyla ilgili kriz yaşayan ebeveynlerin bakımı yenidoğanın problemleriyle de çok yakından ilgilidir (Bobak and Jensen 1987, Çavuşoğlu 1994).

### **SAĞLIK EKİBİNİN YAŞADIĞI DUYGUSAL TEPKİLER**

Sorunlu bir yenidoğanın doğumu ebeveynler için bir daromaduman olma deneyimi, doğuma yardımcı olmuş kişiler içinse bir rahatsızlık durumudur. Sağlık personeli, daha fazla yardımcı olmak istemelerine karşın olumsuz bir olayla karşılaştıklarında bir kayıp olayında ne söylediklerini ve ne yapacaklarını bilememekte, yeterli yardımı gerçekleştirememektedir. Özellikle doğumun takibinden sorumlu olan hemşire kendini suçlu hisseder. “verdiğim hemşirelik bakımı yetersiz miydi ?” , “bir önceki takibimde fetal kalp sesini doğru olarak duymuş muydum ?” , “doktora zamanında haber verebildim mi ?” (Mandexille and Troiano 1992, Çavuşoğlu 1994, Eisenberk and Murkoff 1998).

Yenidoğanın kaybı söz konusu olduğunda hemşirenin göstereceği tepkilerden biri ambivalanstır. Ambivalan duygular ümit, korku, pazarlık etme ve engelleme şeklinde ortaya konulabilir. Hemşire bir yandan bebeğin yaşayacağını ümit ederken, diğer yandan da kayıp korkusu yaşayabilirse yenidoğanın kaybına daha kolay uygun sağlayabilir. Ambivalan duygular, pazarlık etmek şeklinde de ortaya çıkabilir. Örneğin: hemşire bebeğin ölümünün kendi çalıştığı saatte olmaması için pazarlık edebilir (Çavuşoğlu 1994).

### **SAĞLIKLI BEBEĞE SAHİP OLAMAYAN AİLELERE YÖNELİK HEMŞİRELİK BAKIMI**

Ailenin sağlıklı olmayan bebeği algılayabilmesi, bebeğin gerçek görünüşü ve koşullarını öğrenebilmesi; doğumun gerektirdiği psikolojik görevleri yerine getirebilmesi için yardıma ihtiyacı vardır (Bobak and Jensen 1987). Miles ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında 19 yüksek riskli ve özel bakıma gereksinim duyan yenidoğanın anneleri bu duruma gösterdikleri tepkiler yönünden incelenmiştir. Çalışmada, annelerin, yaşanan sıkıntılı durumla başarılı bir şekilde başa çıkmada en büyük etkenin sağlık bakım ekibinden aldıkları destek olduğunu ifade ettikleri bildirilmiştir.

Doğumdan hemen sonra yenidoğanın durumu hakkında hem anne hem de babayla konuşmaya başlamak gerekir. Sözcüklerin seçimini iyi yapmak önemlidir. Yenidoğanın normal olmadığını belirlemek konusunda tüm sağlık ekibi özellikle dikkatli olmalıdır. İlk anda verilecek olumsuz bilgiler hiçbir zaman akıldan çıkmayacaktır. Açıklamalar sırasında dürüst olunmalı ve bebeğin yaşama şansına ait istatistiksel bilgiler vermekten kaçınılmalıdır (Bobak and Jensen 1987, Çavuşoğlu 1994, Eisenberk and Murkoff 1998).

Anne ve baba özellikle bebeğin pozisyonunun ne olacağını merak eder. Sorular ve sorunlardan kaçınmak ana - babanın problemlerle başa çıkmasını engellemek demektir. Bilmemekten kaynaklanan korku ve fanteziler çoğu kez gerçeklerden daha kötüdür (Çavuşoğlu 1994).

Postpartum bakım servisinde çalışan hemşire bebeğin durumuyla ilgili en son bilgilere sahip olmalıdır ki bunları anne ve babaya aktarabilsin. Özellikle, annenin prematüre servisinde bebeğini görmesine izin verildiği zaman yenidoğan ünitesindeki hemşirenin bebeğin durumu konusunda anneye bilgi

verebilmesi çok yararlıdır. Yenidoğan ünitesindeki şartlar bunu engelliyorsa anneye telefon bağlantısı kurulabilir. Postpartum ve yenidoğan ünitesi arasındaki bağlantı anneye herkesin kendi durumunu bildiği ve onunla ilgilendiği düşüncesini verir. Bu aynı zamanda anneye bebeğin bakımıyla ilgilenen personeli tanıma imkanı verir (Çavuşoğlu 1994, Gorrie et al 1994, Eisenberk and Murkoff 1998).

Baba çoğu kez, neonatal üniteyi ilk ziyaret eden kişi olabilir ve anneye haber götürebilir. Anne bebeğin bulunduğu hastanede kalmıyor olabilir veya fiziksel durumu bebeği hemen görmeye elverişli olmaya bilir. Anne bebeğini görmek için ne kadar uzun süre beklerse kötü düşüncelerinin gerçek olduğuna inanması da o kadar uzun zaman alacaktır. Bu nedenle anneleri uzun süre bekletmemeli ve en kısa, en uygun zamanda gelmesi için özendirilmelidir. İlk kez bebeğini görmek için üniteye gelen anne bebeğin sağlığı hakkında aşırı derecede endişe duyar, herhangi bir anormalliği olup olmadığını merak eder, başarısız bir doğum yaptığını düşündüğü için eleştirileceği kaygısı içindedir (Eisenberk and Murkoff 1998).

Anne bebeğin sağlık durumunu klinikte çalışanların yüz ifadesine bakarak anlamaya çalışır. Kendisine, bebeğinin iyi bir gelişme gösterdiği söylenene ve onu görene kadar kendini rahatlamış hissetmez. Yine de ilk ziyarette ebeveyn için korkutucu sürprizler (karmaşık kablolar, tüpler, bandajlar, parlak ışıklar vb) vardır. Yapılan araştırmaların çoğu bebeğe basitçe dokunmanın bebeğin solunumunu düzelttiğini, fiziksel gelişimini hızlandırdığını ve onu rahatlattığını ortaya koymaktadır. Bu yüzden ziyaret sadece aile için değil, bebek için de önemlidir (Çavuşoğlu 1994, Balcı 1997, Akınsel 1998, Eisenberk and Murkoff 1998).

Annenin bebeğin bakımına etkin olarak katılabileceği uygun zaman belirlenmeli ve bebeği algılayışı değerlendirilmelidir. Bebeğe bakmak, dokunmak, üstünü değiştirmek, beslemek için yardımcı olması sağlanmalıdır. Başlangıçta yenidoğan ünitesinde çalışan personel annelerin üniteye bulunmasından rahatsızlık duysalar da sonradan annenin orada bulunmasını kabul etmektedirler. Araştırmalarda üniteye alınan ve alınmayan anneler farklılıklar gözlenmiştir. Üniteye alınan annelerin bebeğe bağlanma, annelik yeteneklerine daha fazla güven duyma ve daha iyi bakım yetenekleri sergiledikleri gözlenmiştir (Gorrie et al 1994, Eisenberk and Murkoff 1998).

Hemşire yüksek riskli bir doğumun krize yol açacağını ancak ailenin çeşitli krizlere (örneğin; bebeğin durumundaki ani değişimler, parasal sıkıntı, diğer çocuk ve akrabalarla ilgili beklenmedik değişiklikler) uyum sağlayabileceklerini bilmelidir. Eğer sorun anne-babanın gücünü aşılıyorsa hemşire onlara bu sorunların üstesinden gelmesi için yardıma hazır olmalıdır. Hemşire yüksek riskli bebeklerin ve anne-babalarının bakımında anahtar kişilerden biridir (Bobak and Jensen 1987, Akınsal 1998, Can 1999). Hemşireler, anne ve babanın bireysel özelliklerini, ebeveynlik rolüne katılma düzeylerini, çocuğun sağlık durumunu ve buna bağlı yaşanan stresi değerlendirmeli ve uygun girişimlerde bulunmalıdır (Miles et al 1999)

Bebeğin başka bir merkeze sevk edilmesi gerektiği zaman ebeveyne bu konu hakkında bilgi verilmeli, transporttan önce bebeği görmelerine ve ona dokunmasına izin verilmesi gereklidir. Hastaneden ev gidecek bir yenidoğanın ev ortamının hazırlanmasında da hemşirenin önemli rolü vardır. Yenidoğanın hastaneden çıkarken yalnızca onunla ilgili değil, aynı zamanda evin durumu ile ilgili konuları

da bilmek gerekir. Bebeğin taburcu edilmesinden önce, anne en az 24 saat, mümkünse daha uzun bir süre üniteye bir odada bebeğiyle birlikte kalmalıdır. Sonradan bebeğin bakımından tamamıyla sorumlu olacak olan anneye bu üniteye hemşirenin sadece danışmanlık etmesinin çok daha yararlı olacağı vurgulanmıştır (Gorrie et al 1994, Eisenberk and Murkoff 1998).

#### KAYNAKLAR

- Akınsal N** (1998). Prematüre doğum yapmış ailelerin özellikle annelerin bebeği fiziksel ve duygusal yaklaşımlarında hemşirenin destekleyici ve eğitici rolünün önemi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul, 3-29.
- Balcı S** (1997). İlk kez doğum yapan annelerin bebeklerini algılama durumları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul, 4-21.
- Bobak IM, Jensen MD** (1987). Essentials of Maternity Nursing. The Nurse and The Childbearing Family. Second Edition. The C.V. Mosby Company, Philadelphia, 766-768.
- Can G** (1999). Anne Yenidoğan Bağının Önemi. Editör: A Ekşi. Ben Hasta Değilim. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. Tay Ofset, Ankara, 17-22.
- Çavuşoğlu H** (1994). Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 1, Hürbilek Matbaası, Ankara, 69-120.
- Çavuşoğlu H** (1997). Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 2, Bizim Büro Basımevi, Ankara, 57-110.
- Dikencik B, Akın N, Yavan T ve ark** (1999). Prenatal kayıp deneyimleyen ailelerin duygusal tepkileri ve bunlara yönelik hemşirelik yaklaşımı. Perinatoloji Dergisi 7 : 9-14.
- Docherty SI, Miles MS, Holditch- Davis D** (2002). Worry about child health in mothers of hospitalized medically fragilly infants. Adv Neonatal Care. 2: 84-92
- Doering LV, Dracup K, Moser D** (1999). Comparison of psychosocial adjustment of mothers and fathers of high - risk infants in the neonatal intensive care unit. J Perinatol. 19 : 132-137.
- Eisenberk A, Murkoff H** (1998). Bebeğinizi Beklerken Sizi Neler Bekler.

Çeviren: M, Sercan, Epsilon Yayıncılık, İstanbul, 326-332.

**Friedman JM et al** (1995). Genetik. Çeviren: Özkınay F Ö, Kınay C. Saray Medikal Yayıncılık, İzmir, 15-50.

**Gorrie TM, Mc Kinney ES, Murray SS** (1994). Foundation of Maternal Newborn Nursing. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 839-863.

**Hamelin K, Saydak MI, Bramadat IA** (1997). Interviewing mothers of high - risk infants. What are their support needs. Can Nurse. 93: 35- 38.

**Mandexille LK, Troiano NH** (1992). High - Risk Critical Care Intrapartum Nursing. Second Edition. Editör: J Brogan. Lippincott Company, Philadelphia, 432-435.

**Miles MC, Burchinal P, Holditch- Davis D et al** (2002). Perceptions of stres, worry, and support in Black and White mothers of hospitalized medically fragile infants. J Pediatr Nurs. 17: 82-88.

**Miles MS, Wilson SM, Docherty SL** (1999). African American mothers' responses to hospitalization of an infant with serious health problems. Neonatal Netw. 18: 17-25.

**Spear ML, Leef K, Epps S et al** (2002). Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. Am J Perinatol. 19: 205-213.