

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BEBEĞİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN ANNELERİN
BAKIMA KATILMA VE DUYGUDURUM PROFİLLERİ İLE
POSTPARTUM DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şeyda YILDIZ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zekiye TURAN

MAYIS-2022

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BEBEĞİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN ANNELERİN
BAKIMA KATILMA VE DUYGUDURUM PROFİLLERİ İLE
POSTPARTUM DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şeyda YILDIZ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez .../.../2022 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği / Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu çalışma Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.04.2021 tarihli ve E-96317027-000-8287 sayılı onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Şeyda YILDIZ

.../.../...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında bilgi, destek ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, rehberlik eden, sabırla hatalarımı düzelten ve bu zorlu süreçte bana yol gösteren tez danışmanım **Sayın Doç. Dr. Zekiye TURAN** başta olmak üzere,

Tez konumu belirlemede ufkumu açan ve büyük katkıları olan **Sayın Doç. Dr. Gönül KURT**'a

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan maddi, manevi destek ve sevgilerini esirgemeyen çok sevgili **annem** ve **babama**,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu süreçte de ilgisi ve desteğini esirgemeyen değerli **eşime**,

Tez uygulama sırasındaki yardımlarını esirgemeyen değerli **çalışma arkadaşlarıma**,

Tezimin uygulama aşamasına gönüllü olarak dâhil olan çok değerli **annelere**,

Teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
EKLER	vi
KISALTMALAR.....	vii
ŞEKİLLER.....	viii
TABLOLAR.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM DESTEĞİ GEREKTİREN DURUMLAR.....	3
2.1.1. Prematürite	3
2.1.2. Respiratuvar Distres Sendromu (RDS)	3
2.1.3. Yenidoğan Sepsisi	3
2.1.4. Yenidoğan Asfiksisi	4
2.1.5. Mekonyum Aspirasyon Sendromu.....	4
2.1.6. Hiperbilirubinemi	4
2.1.7. Konjenital Kalp Defektleri	4
2.1.8. Konjenital Diyafragma Hernisi	4
2.1.9. Gastroşizis	5
2.1.10. Omfolosel	5
2.1.11. Hipoglisemi	5
2.1.12. Hiperglisemi	5
2.1.13. Doğum Travmaları	5
2.2. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM DESTEĞİ ALAN BEBEKLERİN ANNELERİNİN RUHSAL DURUMLARI	6
2.3. BEBEĞİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN EBEVEYNLERİN GEREKSİNİMLERİ	7
2.3.1. Bilgilendirilme Gereksinimi.....	7
2.3.2. Duygusal Gereksinimler.....	7
2.3.3. Sosyal Gereksinimler	7
2.3.4. Spiritüel Gereksinimler	8

2.3.5.	Ekonomik Gereksinimler	8
2.4.	POSTPARTUM DÖNEMDEKİ ANNEDE GÖRÜLEN DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI	8
2.4.1.	Postpartum Hüzün /Annelik Hüznü	8
2.4.2.	Postpartum Depresyon	9
2.4.3.	Postpartum Psikoz	12
2.5.	BEBEĞİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN ANNENİN BAKIMA KATILMASI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	12
3.	YÖNTEM VE GEREÇLER.....	14
3.1.	ARAŞTIRMANIN TİPİ	14
3.2.	ARAŞTIRMANIN AMACI	14
3.3.	ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLERİ	14
3.4.	ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	15
3.5.	ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	15
3.6.	ÖRNEKLEM SEÇİM YÖNTEMİ.....	16
3.6.1.	Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	16
3.6.2.	Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri	16
3.6.3.	Araştırmadan Çekilme Kriteri	16
3.7.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	16
3.7.1.	Kişisel Tanılama Formu	16
3.7.2.	Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği.....	17
3.7.3.	Duygudurum Profili (DP).....	17
3.7.4.	Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)	18
3.8.	VERİLERİN TOPLANMASI.....	18
3.9.	VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ	19
3.10.	ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	19
4.	BULGULAR	20
5.	TARTIŞMA	32
5.1.	ANNELERİN GEBELİK VE BEBEKLERİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ	32
5.2.	ANNELERİN DOĞUM SONU DEPRESYON DÜZEYLERİ.....	34
5.3.	ANNELERİN BEBEK BAKIMINA KATILIMLARI.....	36
5.4.	ANNELERİN DUYGUDURUM PROFİLLERİ.....	39

5.5. ANNELERİN DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BAKIMA KATILMA DURUMLARI VE DOĞUM SONU DEPRESYON DÜZEYLERİ.....	43
5.6. ANNELERİN BAKIMA KATILMA DURUMLARI, DUYGUDURUM PROFİLLERİ VE DOĞUM SONU DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKÇA.....	48
EKLER.....	60
ÖZGEÇMİŞ.....	71



EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı.....	60
EK 2. “Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” Kullanım İzni.....	61
EK 3. “Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği” Kullanım İzni	62
EK 4. “Duygudurum Profili” Kullanım İzni	63
EK 5. Veri Toplama Formu	64



KISALTMALAR

ACOG	: Amerikan Obstetrik Jinekologlar Birliği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DP	: Duygudurum Profili
BPD	: Bronkopulmoner Displazi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	: Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği
n	: Örneklem
MİN	: Minimum Değer
MAKS	: Maksimum Değer
NEK	: Nekrotizan Enterokolit
ORT	: Ortalama
PDA	: Patent Ductus Arteriozus
RDS	: Respiratuvar Distres Sendromu
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
USPSTF	: Us Preventive Services Task Force/ Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü
YB	: Yoğun Bakım
YYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ŞEKİLLER

Şekil 1. G-Power 3.1.9.2 Programında power analizi	15
--	----



TABLÖLAR

Tablo 1. Annelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=84).....	20
Tablo 2. Annelerin Obstetrik ve Bebeği İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=84) ...	21
Tablo 3. Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Uygulamaları ve Görüşleri (n=84).....	22
Tablo 4. Annelerin Duygudurum Profili, Bakıma Katılma Gözlem ve Postpartum Depresyon Puanları (n=84).....	23
Tablo 5. Annelerin Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Duygudurum Profili Puanlarının Dağılımı (n=84).....	24
Tablo 6. Annelerin Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Bakıma Katılma Gözlem Puanlarının İncelenmesi (n=84).....	26
Tablo 7. Annelerin Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinin İncelenmesi (n=84).....	27
Tablo 8. Annelerin Demografik ve Obstetrik Değişkenler ile Duygudurum Profili Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi (n=84)	28
Tablo 9. Annelerin Bakıma Katılma Gözlem Puanı ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ile Demografik ve Obstetrik Değişkenler Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi (n=84).....	30
Tablo 10. Annelerin Postpartum Depresyon, Bakıma Katılma Puanı ve Duygudurum Profili Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi (n=84)	31

ÖZET

Bu araştırma ile bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin bakıma katılma durumları ve duygudurum profillerinin postpartum depresyon ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipteki araştırmada güç analizi uygulanarak örneklem sayısı (84) belirlenmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında “Kişisel Tanılama Formu”, “Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği”, “Duygudurum Profili” ve “Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler, etik kurul ve kurum izninin alınmasının ardından 15 Nisan 2021-1 Eylül 2021 tarihleri arasında bebekleri bir kamu hastanesinin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören, örnekleme dâhil edilme kriterine uyan annelerden toplanmıştır. Verilerin analizinde, frekans dağılımı, tanımlayıcı istatistikler, t testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA), Kruskal Wallis testi, Levene testine, “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) testleri, Bonferroni ve Tamhane’s T2 testine uygulanmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması $29,27 \pm 6,46$, %39,3’ü lise mezunudur. Annelerin eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi ve doğum şekli ile bakıma katılma arasında ilişki olduğu saptandı. Anneler, bakıma katılma konusunda en fazla hemşire/ebelerden destek almak istediklerini ve en fazla hemşire/ebelerden destek aldıkları tespit edildi. Annelerin Duygudurum Profili puanı ve Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçek puanı örneklemimizde düşüktür. Duygudurum Profili ile Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçek skoru arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptandı. Ayrıca, annelerin depresyon düzeyinin bakıma katılmalarını etkilediği saptandı.

Bebeğin sağlık problemlerinin olması annede anksiyete, üzüntü, korku, endişe, öfke gibi karmaşık duygulara neden olmaktadır. Çalışmada annenin içinde bulunduğu duygudurumu bebeğinin bakımına katılma ve postpartum depresyon düzeyi arasında ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi, Yenidoğan bakımı, Doğum sonu dönem, Postpartum depresyon, Duygudurum profili, Bakıma Katılma

ABSTRACT

Examine The Relationship Between The State Of Participation In Care And The Mood Profiles Of Mothers Whose Babies Were Hospitalized In The Intensive Care Unit And Postpartum Depression

The thesis aimed to examine the relationship between the state of participation in care and the mood profiles of mothers whose babies were hospitalized in the intensive care unit and postpartum depression.

In this case study, the number of samples was determined as 84 by applying power analysis. To collect research data "Personal Identification Form", "Care Participation Scale", "Mood Profile Scale" and "Edinburgh Postpartum Depression Scale" has used. The data, after getting permission from the ethics committee and ethics institution between 15 April 2021- and 1 September 2021 were collected from mothers whose babies were treated in the neonatal intensive care unit of a public hospital and who met the inclusion criteria. In the analysis of data, frequency distribution, descriptive statistics, t-test, Mann Whitney U test, one-way analysis of variance (One Way ANOVA), Kruskal Wallis test, Levene test, "multiple comparison test" (Bonferroni or Tamhane's T2) tests, Bonferroni and It was applied to Tamhane's T2 test.

The mean age of the participants is 29.27 ± 6.46 , 39.3% of them are high school graduates. It was determined that there was a statistically significant ($p < 0.05$) difference between mothers' educational status, employment status, monthly income level, delivery type, and participation in care. It was determined that mothers mostly wanted to get support from nurses/midwives and they received support from nurses/midwives the most. Mothers' Mood Profile scale score and Edinburgh postpartum depression scale score were found to be low in our sample. A statistically significant ($p < 0.05$) positive correlation was found between the mood profile scale and the Edinburgh postpartum depression scale score. In addition, it was determined that the depression level of the mothers affects their participation in care.

Having health problems in the baby causes complex emotions such as anxiety, sadness, fear, anxiety, and anger in the mother. In the study, it was concluded that there is a relationship between the mother's mood, her participation in the care of her baby and the level of postpartum depression.

Keywords: Neonatal Intensive Care Unit, Neonatal Care, Puerperium, Postpartum Depression, Profile Of Mood States, Attending Care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Birçok toplumda çocuk sahibi olmak toplumsal bir sorumluluk olarak görülmekte olup, ebeveynler için mutluluk verici bir olaydır. Böylelikle çiftler “aile olma” hedefini gerçekleştirmektedir (Beydağ, 2007; Erdem vd., 2012). Bu süreçte ise tüm ebeveynlerin ortak isteği bebeklerinin sağlıklı bir şekilde doğmasıdır. Ancak gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte yaşanan tıbbi sorunlar nedeniyle bazı bebeklerin yoğun bakımda profesyonel bakım alma gereksinimi olabilmektedir (Çakmak, 2015; Çalışır vd., 2008). Bu süreç ebeveynler için oldukça stresli, kaygı vericidir. Bu durumda ebeveynler, korku, panik ve suçluluk gibi duygular yaşayabilmektedir. Bununla birlikte yoğun bakım ortamının fiziksel şartları, bebeğin görüntüsü, annenin bebeğini istediği zaman göremeyişi ve bebeğin gereksinimlerini karşılayamaması özellikle annedeki kaygı düzeyini daha da arttırmaktadır (Çakmak, 2015; Keklikçi vd., 2020; Doğan ve Kızıltan, 2019; Ay vd., 2018; Efe vd., 2009; Erdeve vd., 2008).

Postpartum dönemde bebeğin hastanede olması ve annenin bebeğini emzirememesi; anne ile bebeğin iletişiminin kesilmesine, erken temas kuramamasına, anne-bebek bağlanmasının gecikmesine ya da zorlaşmasına neden olabilmektedir (Köse vd., 2013; Çakmak ve Karaçam, 2018). Bunun yanı sıra bu süreçte annelerin bebeklerini daha geç gördükleri ve daha geç kucaklarına aldıkları için bebeklerinin kendilerine ait olduğunu hissetmede zorluk yaşadıkları bundan dolayı anne bebek ilişkisinin olumsuz yönde etkilendiği, annelik rolünün edinilmesinde gecikme yaşandığı bildirilmektedir (Köse vd., 2013; Çakmak ve Karaçam, 2018; Balcı, 2018). Tüm bu nedenler annede depresyon riskini arttırabilmekte ve ailede krize yol açabilmektedir. Literatürde de bebeğin bakımının yarattığı stres, annelik rolüne adapte olamama, anne bebek bağlanmasındaki aksaklıklar, annenin bebeğine bakamadığını düşünmesi gibi durumların postpartum depresyon riskini arttırdığı belirtilmektedir (Keklikçi vd., 2020; Ay vd., 2018; Çakmak ve Karaçam, 2018; Çakmak, 2015).

Bebeğin yoğun bakımda bulunduğu sürede anne ve bebeği bir araya getirerek emzirmenin gerçekleşmesini ve annenin bebeğin bakımına katılımını sağlamak hedeflenmektedir (Erkan Aksoy vd., 2016). Annenin bakıma katılması, anne-bebek bağının kurulması, annenin yetersizlik duygusunun azalması ve annenin özgüveninin

artmasına neden olacaktır. Aynı zamanda, bu dönemde ortaya çıkabilecek postpartum depresyon riski de azaltılabilecektir (Yavuz ve Bilge, 2022).

Bebeği yoğun bakımda yatan annelerin sağlık personeli eşliğinde bakıma katılımlarının sağlanması, bu süreçteki duygudurumlarının ve depresyon düzeylerinin belirlenmesini sağlayacaktır. Bu durum, annelere verilecek sağlık eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması, daha kaliteli bir hizmet sunulabilmesi ve annelerin bu süreçte yaşadıkları sorunlar ile etkili baş edebilmeleri açısından önemlidir (Çakmak, 2015).

Literatürde bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin bakıma katılma durumları, duygudurumları ve postpartum depresyon düzeylerini bir arada inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmada, bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin bakıma katılma durumları ile duygudurum profillerinin postpartum depresyon ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM DESTEĞİ GEREKTİREN DURUMLAR

‘Yenidoğan dönemi’ doğum sonrası ilk 28 günü içeren insan hayatının en önemli ve en riskli olduğu dönemi oluşturmaktadır. Tüm yenidoğanların %85’ini normal yenidoğanlar, %15’ini özel bakım gerektiren yenidoğanlar oluşturmaktadır (Omak, 2017). Özel bakım gerektiren durumlar arasında; prematürite, respiratuvar distres sendromu, yenidoğan sepsisi, yenidoğan asfiksisi, mekonyum aspirasyon sendromu, hiperbilirubinemi, konjenital kalp defektleri, konjenital diyafragma hernisi, gastroşizis/omfolosel, hipoglisemi, hiperglisemi ve doğum travmaları sayılabilmektedir.

2.1.1.Prematürite

Prematüre bebekler genellikle düşük doğum ağırlıklı olup, organları tam gelişmeyen 20-37 gestasyon haftasına sahip bebeklerdir. Bu bağlamda apne, respiratuvar distres sendromu (RDS), bronkopulmoner displazi (BPD), nekrotizan enterokolit (NEK), patent ductus arteriozus (PDA), hiperbilirubinemi, prematüre retinopatisi (ROP), kernikterus, enfeksiyonlar ve ısı düzenlemede yetersizlik açısından risk taşımaktadır. Düşük doğum ağırlığı, metabolik hastalıklar (hipoglisemi, hiperglisemi vb.), solunum bozuklukları ve termoregülasyon nedeniyle özel bakım gerektirmektedir (Servet, 2017).

2.1.2.Respiratuvar Distres Sendromu (RDS)

Çoğunlukla prematüre bebeklerde görülür. Hyalin membran hastalığı olarak da bilinen, sürfaktan eksikliğinden kaynaklı solunum sıkıntısı ve artan oksijen ihtiyacı ile karakterize bir tablodur (Holme and Chetcuti 2012).

2.1.3.Yenidoğan Sepsisi

Hemodinamik değişiklikler ve diğer klinik bulgular ile ilişkili viral, bakteriyal veya mantar kökenli sistemik olarak belirti veren önemli morbidite ve mortaliteye neden olan tablodur (Shane et al., 2017).

2.1.4. Yenidoğan Asfiksisi

Plasental veya pulmoner gaz değişiminde kesilmeye bağlı hipoksi, metabolik asidoz ve hiperkarbi tablosuna neden olan durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Rainaldi and Perlman, 2016).

2.1.5. Mekonyum Aspirasyon Sendromu

Yenidoğanın trakeabronşiyal hava yollarında mekonyum varlığının neden olduğu solunum sıkıntısıdır (Raju et al., 2010).

2.1.6. Hiperbilirubinemi

35. haftadan önce doğan preterm bebeklerde genellikle total plazma bilirubin seviyesi yükselir ve bilirubin birikmesine bağlı olarak deride sarımsı renk değişimi ile karakterize tablo gözlemlenir. Yüksek bilirubin (hiperbilirubinemi) düzeyi tedavi edilmediğinde sessiz veya semptomatik nörolojik belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Küresel tarama ile kan uyuşmazlığının önlenmesi, yenidoğanın erken beslenmesi, fototerapinin etkin kullanımı gelişmiş ölkelerde kernikterus riskini neredeyse tamamen ortadan kaldırmaktadır (Butani et al., 2016).

2.1.7. Konjenital Kalp Defektleri

Embriyogenez esnasında veya fetüsün gelişim döneminde çeşitli nedenlerden dolayı oluşan kalbin veya ana damarlardaki anormalliklerdir. 100 canlı doğumda 6-10 bebekte görölen en yaygın konjenital anomalilerdir (Chu et al., 2017).

2.1.8. Konjenital Diyafragma Hernisi

Göğüs boşluğına abdominal içeriğın dolmasıyla akciğer gelişimini engelleyen defekt ile karakterize olmaktadır. Tıbbi ve cerrahi tedavisinde kaydedilen ilerlemeye rağmen mortalite ve morbidite oranı yüksektir. Konjenital diyafragma hernisi tanısı konulan bebeklerin yaklaşık %60 mortalite görölmekte ve bundan dolayı antenatal tanı konulması yenidoğan ölümlerinin azaltılması açısından oldukça önem arz etmektedir (Chandrasekharan et al., 2017).

2.1.9. Gastroşizis

Genellikle umbilikal kordun sağ tarafında olan abdominal duvar defekti olup abdominal boşluğun dışındaki yapıların (bağırsak) karın dışına çıkmasıdır. 10.000 canlı doğumun 4'ünde görülmekle birlikte gastroşizisin görülme sıklığı artmaktadır. 20 yaşından küçük anne yaşı, alkol ve sigara tüketimi, kokain gibi reaksiyonel ilaç kullanımı, düşük vücut kitle indeksi ve birinci trimesterde genitoüriner sistem enfeksiyonu geçirmek gastroşizisin artış nedenleri arasında sayılmaktadır.

2.1.10. Omfolosel

Karın içi içeriğinin peritoneal kese ile örtülü olduğu orta hat defektidir. 10.000 doğumda 4.4 insidansa sahiptir (Lakshminnarayanan et al., 2014).

2.1.11. Hipoglisemi

Neonatal hipoglisemi ilk 24 saatte kan şekerinin 40 mg/dL'nin altında olması ya da ikinci gün kan şekeri düzeyinin 50 mg/dL 'nin altında olması durumudur (Fasanella, D.N at., 2018). Yenidoğanda en sık görülen metabolik sorun hipoglisemidir. Hipoglisemi insidansı %0.05 olup çok düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda % 15 seviyesine yükselmektedir (Sangün ve Dündar, 2013).

2.1.12. Hiperglisemi

Yenidoğanın kan şekerinin 150 mg/dL'nin üzerinde olması durumuna hiperglisemi denilmektedir. Yenidoğan hiperglisemisi geçici bir durum olmanın yanında morbidite ve mortalite oranı oldukça yüksektir. Hipergliseminin önlenmesinde erken enteral beslenme yapılmalı, bebek enteral beslenemiyorsa parantral aminoasit başlanmalıdır. Parantral beslenen yenidoğanda glukoz infüzyon hızının azaltılmasına rağmen gelişen hiperglisemi durumunda insülin tedavisi uygulanmalıdır (Gökşen Şimşek vd., 2018).

2.1.13. Doğum Travmaları

Doğum eylemi sırasında bebeğin mekanik etki görmesiyle fiziksel zarar görmesi doğum travması olarak adlandırılmaktadır. 1000 canlı doğumda 6.7-14 oranında görülme sıklığı bulunmaktadır. Doğum travmaları çoğunlukla yumuşak doku

zedelenmesi olarak karşımıza çıkabildiği gibi periferik ve kranial sinir zedelenmesi, kemik kırıkları şeklinde de karşımıza çıkabilmektedir. Günümüzde erken tanı-tedavi yöntemlerinin gelişmesi, riskli gebeliklerin yakın takibinin yapılması, yüksek forseps uygulamasındaki azalması ile doğum travmalarında ciddi azalma gözlemlenmiştir. Bebeğin anormal prezentasyonu, küçük yaşta gebelik, baş-pelvis uyumsuzluğu, iri bebek, uzamış ve hızlı doğum, preterm doğum, vakum ve forseps uygulamaları, çoğul gebelik, fetüsün anomalileri doğum travmasına neden olan başlıca etmenler arasında sayılmaktadır (Bülbül ve ark.).

2.2. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM DESTEĞİ ALAN BEBEKLERİN

ANNELERİNİN RUHSAL DURUMLARI

Aile üyelerinden birinin hastanede yatması veya hasta olması; diğer aile fertlerinde duygusal dengesizliğe ve içsel gerginliğe neden olarak kaygı durumu oluşturmaktadır. Hasta olan birey çocuk ise ve yoğun bakımda tedavi görmesi gerekliyse ebeveynler daha fazla etkilenmektedir (Omak, 2017).

Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören annelerde olumsuz duygular geliştiren durumlar (Merey, 2019; Omak, 2017):

- Tanı ve tedavi işlemlerindeki bilgi eksikliği,
- Prognozun belirsizliği,
- İleriki dönemlerde bebeklerinde mental ve/veya fiziksel hasar olup olmayacağı,
- Geçici süreliğine de olsa annelik rolünü yerine getirememe düşüncesi,
- Hastanede yatmanın aile ekonomisine getirdiği yük,
- Yoğun bakım ünitesinin fiziksel şartları,
- Bebeğe bağlanan araç gereçler olarak sıralanmaktadır.

Turhal ve Karaca'nın (2019) çalışmasında anneler, doğum sonrası bebeklerini kendileri görmeden yoğun bakıma alınmalarından dolayı üzgün olduklarını ve bebeklerinin sağlık durumlarıyla ilgili ciddi endişe yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Bu düşünceler, annelerin içinde bulunduğu olumsuz duyguları göz önüne sermektedir. Bu olumsuz duygular annede stres, kaygı ve anksiyeteye neden

olmaktadır. Annelerde oluşan olumsuz duygular, bebekleri hakkındaki açıklamaları doğru anlamalarını, uygun kararlar vermelerini, bebeğin bakımına katılmalarını ve uygun baş etme stratejisi geliştirmelerini engelleyebilmektedir (Merey, 2019; Omak, 2017).

2.3. BEBEĞİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN EBEVEYNLERİN GEREKSİNİMLERİ

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği tedavi gören ebeveynlerin fizyolojik, duygusal, psikososyal, spiritüel ve ekonomik olarak gereksinimleri bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri ebeveynlerin ihtiyaçlarını bütüncül şekilde göz önüne alarak bakım planlamalıdır.

2.3.1. Bilgilendirilme Gereksinimi

Bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynler bebeklerinin durumu hakkında bilgi sahibi olmayı istemektedirler. Doğru ve yeterli bilgi verilmesi ebeveynlerin kaygı düzeylerini düşürmektedir. Sağlık profesyonelleri bu durumu göz önüne alarak ebeveynlere yaklaşımda bulunmalıdır.

2.3.2. Duygusal Gereksinimler

Anneler doğum sonu dönemde bebeklerinden ayrı kaldıkları için fazla miktarda kaygı yaşamaktadırlar. Bunun yanı sıra anneler sağlık personellerinin bebeğinin tüm ihtiyaçlarını eksiksiz şekilde karşılayacağı konusunda emin olmak istemekte ve kendilerinin de bebeğinin bakımına katılmayı istemektedirler.

2.3.3. Sosyal Gereksinimler

Ebeveynlerin kendileri ile aynı problemi yaşayan aileler ile görüşme ve onların deneyimlerinde faydalanma gibi ihtiyaçları mevcuttur. Annelerin aldıkları bu sosyal destek ile stresinde azalmalar görülmekte, sosyal desteği fazla olan ebeveynlerin bebekleri ile olan ilişkisinin daha iyi düzeyde olduğu gözlenmiştir. Aynı sorunu yaşayan ebeveynlerin birbirlerine sosyal destek sağlaması annenin kendisini bu durum içinde yalnız hissetmemesine sebep olarak bu durum ile baş etmede etkin rol oynamaktadırlar.

2.3.4.Spiritüel Gereksinimler

Ebeveynlerin bu süreçte dua etmeye, dua istemeye manevi olarak kendisini rahatlatmaya ihtiyaçları olmaktadır.

2.3.5.Ekonomik Gereksinimler

Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bebeklerin tıbbi olarak masrafı devlet tarafından karşılanıyor olsa da ailenin bebeğini ziyaret etmesi, yol masrafları, şehir dışından gelen ebeveynler için konaklama masrafları olmaktadır. Bu durum da aile ekonomisine yük getirmektedir (Çelebioğlu, 2004; Konukbay ve Arslan, 2011; Çalışır ve ark, 2008; Omak, 2017).

2.4. POSTPARTUM DÖNEMDEKİ ANNEDE GÖRÜLEN DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Postpartum dönem, birçok kadın için çok özel bir dönem olmasının yanı sıra fiziksel ve psikolojik değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişikliklere çoğu kadın uyum sağlayabilirken bazı kadınlar psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar üç başlık altında incelenmektedir. Bunlar; postpartum hüznün/annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz 'dur (Aksoy Bulgurcu, 2019; Dinçtürk, 2019).

2.4.1.Postpartum Hüznün /Annelik Hüznü

Postpartum hüznün; annelik hüznü, doğum sonu hüznü ve bebek hüznü gibi farklı kavramlarla da ifade edilmektedir (Dinçtürk, 2019). Annelik hüznünün belirlenen bir tanımı bulunmamaktadır. Rondon'a (2003) göre; erken doğum sonu dönemde görülen aşırı duygusallık ve reaktivite belirtileriyle karşılaşılan durum olarak tanımlamıştır. Postpartum hüznün en sık görülen ve annelerin %50-80 ini etkileyen başlıca sağlık sorunlarından biridir (Aksoy Bulgurcu, 2019). Doğum sonrası 3-5. günlerde ortaya çıkan ve diğer psikolojik sorunlara göre hafif şiddette seyreden duygudurum bozukluğudur (Taştekin, 2019).

Postpartum hüznün etiyolojisi henüz tam olarak belirlenememiştir. Literatüre bakıldığında sosyal yaşam, ekonomik koşullar, hormonal değişiklikler ve psikolojik faktörler ile ilişkili olduğu görülmektedir (Abdulrahuman and Ramanujam, 2016). Postpartum hüznün yaşayan annelerde; uyku bozukluğu, ağlama, anksiyete, duygudurumunda ani değişim, sinirlilik, kayıp ve keder duygusu, iştah değişikliği, konsantrasyon bozukluğu gibi semptomlar görülmektedir (Aksoy Bulgurcu, 2019; ACOG, 2010). Annenin bebeğine bakım yeteneğini etkilememektedir (Pop et al., 2015).

Postpartum hüznün tedavisinde ilaç tedavisine gereksinim duyulmamaktadır. Görülen semptomların iki hafta içerisinde şiddeti azalarak spontan bir iyileşme görülmektedir. Ancak semptomlarda azalma veya iyileşmenin görülmediği durumlar postpartum depresyon açısından değerlendirilmeli ve takibe alınmalıdır (Dinçtürk, 2019; Aksoy Bulgurcu, 2019).

2.4.2. Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon, doğum sonrası dönemde (2-4 hafta da belirtileri ortaya çıkan ve 12. aya kadar devam edebilen) ortaya çıkan duygudurum bozuklukları, minör depresif belirtiler ve tek kutuplu majör depresif bozukluğunu ifade etmektedir (Ay ve ark., 2018). Postpartum depresyon toplumda yaygın görülmekte olup doğum sonu kadınların %7-20'sini etkilemektedir. Postpartum depresyon, yalnızca anneyi etkilemekle kalmayıp bebek ve aileyi de olumsuz etkilediğinden ele alınması gereken en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (Schiller et al., 2015; Frieder et al., 2019).

Postpartum depresyon sıklıkla her zaman saptanamaz ve buna bağlı olarak yetersiz tedavi edilmektedir. Semptomlarına bakacak olursak; postpartum depresyonlu kadınlarda sıklıkla kalıcı üzüntü, zevksizlik, suçluluk, sinirlilik, psikomotor ajitasyon, konsantrasyon bozukluğu, uyku bozuklukları, uyuşukluk, kilo ve iştah kaybı görülmektedir. Şiddetli postpartum depresyonu olan kadınlarda intihar düşüncesi, çocuk istismarı hatta infantisid görülebilmektedir. Postpartum depresyonlu kadınların yaklaşık %5-14'ünde kendine zarar verme düşünceleri ortaya

çıkar. Anne intiharı, doğum sonrası ilk yılda doğrudan anne ölümlerinin önde gelen nedenidir ve her yedi ölümden biri intihara bağlıdır (Frieder et al., 2019).

Önceki olumsuz yaşam deneyimleri, depresyon ve anksiyete bozuklukları öyküsü, sosyokültürel roller, psikolojik özellikler ve baş etme becerileri gibi çevresel faktörlerin kadınlarda majör depresif bozukluk riskini etkilediği bilinmektedir. Postpartum depresyon için çok sayıda çevresel risk faktörü tanımlanmıştır ve bunlar arasında doğum öncesi depresyon, doğum öncesi kaygı, bozulmuş bebek-anne etkileşimleri, sosyal destek eksikliği, evlilik stresi ve olumsuz yaşam olayları yer almaktadır. Ayrıca düşük ve orta gelirli ülkede yaşamak, zor mizaçlı bebeğe sahip olmak, ailede postpartum depresyon öyküsü varlığı, duygudurum veya anksiyete bozukluğu öyküsü varlığı risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Postpartum depresyon belirtilerinin kadınların yaklaşık %33'ünden gebelik döneminde başladığı bildirilmiştir (Payne and Maguire, 2019).

Postpartum depresyonun; annelik, eş ve sosyal rollerini yerine getirme yeteneğinde azalma, emzirme yeteneğinde ve isteğinde azalma, eksik bebek aşırı, güvenlik cihazlarının kullanımında azalma, bebeği uyku için sırt üstü yatırma olasılığında azalma, uyumsuz ebeveynlik, olumsuz anne-bebek etkileşimi ve bozulmuş anne-bebek bağı, bebek istismarı veya bebek ölümü (nadir) gibi ciddi komplikasyonları mevcuttur. Tüm bu komplikasyonların önlenmesi için taramalar önem arz etmektedir (Frieder et al., 2019; Payne and Maguire, 2019).

USPSTF (US Preventive Services Task Force/ Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü)'nin Postpartum Depresyon Koruyucu Önerileri;

- Bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası terapi gibi danışmanlık müdahalelerinin, artan risk altındakilerde perinatal depresyonu önlemede etkili olduğuna dair ikna edici kanıtlar bulmuştur.
- Fiziksel aktivite, eğitim, farmakoterapi, diyet takviyeleri ve sağlık sistemi müdahaleleri gibi çalışılan diğer müdahalelerin perinatal depresyonu önlemede etkili olduğuna dair sınırlı kanıtlar bulmuştur.

- Klinisyenlerin, perinatal depresyon riski yüksek olan hamile ve doğum sonrası kişileri danışmanlık müdahalelerine vermelerini veya sevk etmelerini önermektedir (B Seviye) (US Preventive Services Task Force, 2019).

Tedavi edilmeyen postpartum depresyonun anne ve bebeğin sağlığı üzerinde önemli olumsuz etkilere sahip olabilmektedir. Postpartum depresyon annenin kendine ve bebeğine bakma yeteneğini bozabilmekte, annenin yaşam kalitesini düşürdüğü gibi bebeğin de bilişsel, davranışsal ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Araştırmalar postpartum depresyon ile anne-bebek bağlanmasının ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Frieder et al., 2019; Koçak ve Duman, 2016).

Postpartum depresyonu önlemek için yapılacak ilk ve en önemli adım risk faktörünün belirlenmesidir. Risk faktörünün mümkünse gebelik döneminde belirlenmesi ve erken tedavisi anne ve bebek sağlığını olumlu açıdan etkilemekte ve komplikasyonları önlemek için olanak sağlamaktadır. Saptanan depresyon için tedavi seçeneklerine bakacak olursak; psikoterapi (kişilerarası ilişkiler terapisi, bilişsel-davranışçı terapi vb.), farmakoterapi (antidepresanlar) ve non-farmakolojik (Elektrokonvülsif tedavi, yoga, masaj, meditasyon, egzersiz, beslenme/omega 3) yöntemler olarak sıralanabilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011).

Postpartum depresyonun tanımlanmasında hemşire, ebe ve hekim olarak sağlık profesyonellerine büyük sorumluluk düşmektedir. Postpartum dönemde hemşirenin sorumluluğu annenin fiziksel rahatlığını sağlamak, annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktır. Hemşire verdiği bakımı aile merkezli bakım olarak sunmalıdır. Ülkemizde ebeler ev ziyaretleriyle gebe ve postpartum dönem anneleri takip etmekle yükümlüdürler. Bu ziyaretler ilk 24-48 saat içinde yapılmalı ve sonraki ziyaret 2-6 hafta sonra yapılmalıdır. Ev ziyaretlerinde ebe annenin fiziksel sağlığı kadar ruhsal sağlığını da gözlemlemelidir. Olası postpartum erken dönem belirtileri yönünden anne dikkatle incelenmelidir. Yapılan ev ziyaretleri hem anne hem de yenidoğanın sağlık düzeyini arttırdığı, hastaneye tekrarlı yatışı azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı araştırmalarla saptanmıştır (Koçak ve Duma, 2016; Çalık ve Aktaş, 2011).

2.4.3. Postpartum Psikoz

Postpartum dönemde görülen en şiddetli psikolojik bozukluktur. Belirtiler sıklıkla 3-14. günlerde, %80 ilk bir ay içerisinde ortaya çıkmaktadır. Görülme sıklığı %0.01-0.02 arasında değişmektedir. Yorgunluk, aşırı aktivite, huzursuzluk, uykusuzluk, varsanım, ağlama nöbetleri, dalgınlık, şüphecilik, gün içinde sık değişen ruh hali ve bebeğin sağlığı konusunda takıntılı düşüncelere sahip olma gibi belirtileri bulunmaktadır (Yar ve Yılmaz, 2021).

Postpartum psikozda belirtiler gizli ve dalgalı olarak seyretmektedir. Bu durum belirtilerin göz ardı edilmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle erken belirtiler sorgulanırken hasta ve ailesine öz kıyım veya bebeğe zarar verme duygusunun varlığı, yoğun suçluluk duyguları ve paranoid düşüncelerin varlığı sorgulanmalıdır. Aile ile iş birliği içerisinde olmak annenin ve bebeğin güvenliği, annenin desteklenmesi ve psikiyatrik muayeneden geçirilerek tedavi edilmesi açısından oldukça önem taşımaktadır (Yar ve Yılmaz, 2021).

Postpartum psikoz tedavisi hastaneye yatışı gerektirmektedir. Postpartum psikozu olan annelerin kendilerine ve bebeklerine zarar vermemeleri için yalnız bırakılmamalı ve güvenlikleri sağlanmalıdır (Yar ve Yılmaz, 2021).

2.5. BEBEĞİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN ANNENİN BAKIMA KATILMASI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Yenidoğan döneminde bebeğin hastalık düzeyine bakılmaksızın yoğun bakım ünitesinde tedavi görüyor olması annede anksiyete, depresyon, gelecek korkusu, rol değişimi, kontrol kaybı ve bebeğinin iyileşmesine dair endişelere neden olduğu görülmektedir. Bu süreçte bebeği ile etkileşimi bozulan anneler bakımlardan da uzak kalabilmektedir. Bu durumlar annenin olumsuz deneyimler yaşamasına neden olabilmektedir. Annelerin yaşadıkları bu olumsuz deneyimler yenidoğan hemşire/ebelerinin yaklaşımıyla olumlu deneyimlere evrilebilmektedir (Eryürek ve ark, 2021).

Anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyen bu önemli süreçte aile merkezli bakımı benimsemek hayati önem taşımaktadır. Aile merkezli bakım düşüncesi aileyi

ziyaretçi ya da refakatçi olarak görmek yerine ebeveynleri bebeğin bakımında ortak olarak görmektir. Aile merkezli bakım yoğun bakım sürecinden ev ortamına geçişi kolaylaştırmak ve hızlandırmak, uzun dönemde sonuçları iyileştirebilmek ve bebeğin bakımını sürekli olarak aile ile birlikte sağlayabilme amacı gütmektedir (Erdeve, 2009). Bu bağlamda hemşire/ebeler bebeğin klinik durumuyla ilgili yeterli, açıklayıcı ve doğru bilgiyi vererek annelerin ruhsal durumlarına destek sağlamalıdır. Bu süreçte öncelikle anne bebek bağlanması güvenli olarak gelişmesi için anne ile bebeği mümkün olan en kısa zamanda bir araya getirmelidir. Annelerin bebeğinin bakımına katılması anne bebek bağlanması için vazgeçilmez bir girişim planı olarak karşımıza çıkmaktadır (Çakmak ve Karaçam, 2018).

Bebeğin klinik durumu, bağlı olduğu cihazlar, annenin bilmediği teknolojik ortam, bebeğin küvözde izole olması, sağlık personelinin kullandığı dil, ortamdaki ısı, ışık ve sesler annenin kendini ortama yabancı hissetmesine neden olmaktadır. Anne bu yabancı ortama ilk girdiğinde ortamdaki cihazlara, seslere ve personele odaklanmaktadır. Ortama alıştığında bebeğine dikkatini yoğunlaştırabilir. Hemşire/ebenin bu durumu bilmesi ve anneye ona göre yaklaşması büyük önem arz etmektedir. Annenin dikkatini bebeğinde toplamadan bebekle ilgili bilgi ve eğitim vermemeli, öncelikle ortamı tanıtmalıdır. Annenin soruları sabır ve anlayışla dinlenmeli, anlayacağı şekilde yalın olarak açıklanmalıdır (Çakmak, 2015). Tüm bunlar sonucunda anne ve bebeğin erken dönemde bir araya gelmesi bağlanmaya olumlu etkisinin yanında bebeğin fiziksel ve ruhsal gelişimine destek olmakta, annenin kaygı düzeyinin azalmasına, annelik rolünün gelişmesine ve bebeğinin ihtiyaçlarını algılayarak bakım becerilerinin gelişmesine olanak sağlamaktadır (Çakmak ve Karaçam, 2018).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin bakıma katılma ve duygudurum profilleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı araştırma dizaynı kullanılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma ile bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin bakıma katılma durumları ve duygudurum profillerinin postpartum depresyon ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMA SORULARI VE HİPOTEZLERİ

Araştırma Soruları

“Bebeği Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelerin Bakıma Katılma ve Duygudurum Profilleri ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” isimli araştırmamızda aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır:

1. Bebeği yoğun bakımda yatan annenin bakıma katılma düzeyi nedir?
2. Bebeği yoğun bakımda yatan annenin duygudurum profili nedir?
3. Bebeği yoğun bakımda yatan annenin depresyon düzeyi nedir?
4. Bebeği yoğun bakımda yatan annenin duygudurumu profili ile depresyon düzeyi arasında ilişki var mıdır?
5. Bebeği yoğun bakımda yatan annenin bakıma katılma düzeyi ile depresyon düzeyi arasında ilişki var mıdır?

Hipotezler:

H_{1.1}: Bebeği yoğun bakımda yatan annenin depresyon düzeyi yüksektir.

H_{1.2}: Bebeği yoğun bakımda yatan annenin bakıma katılma düzeyi düşüktür.

H_{1.3}: Bebeği yoğun bakımda yatan annenin duygudurum profili depresyon düzeyini etkiler.

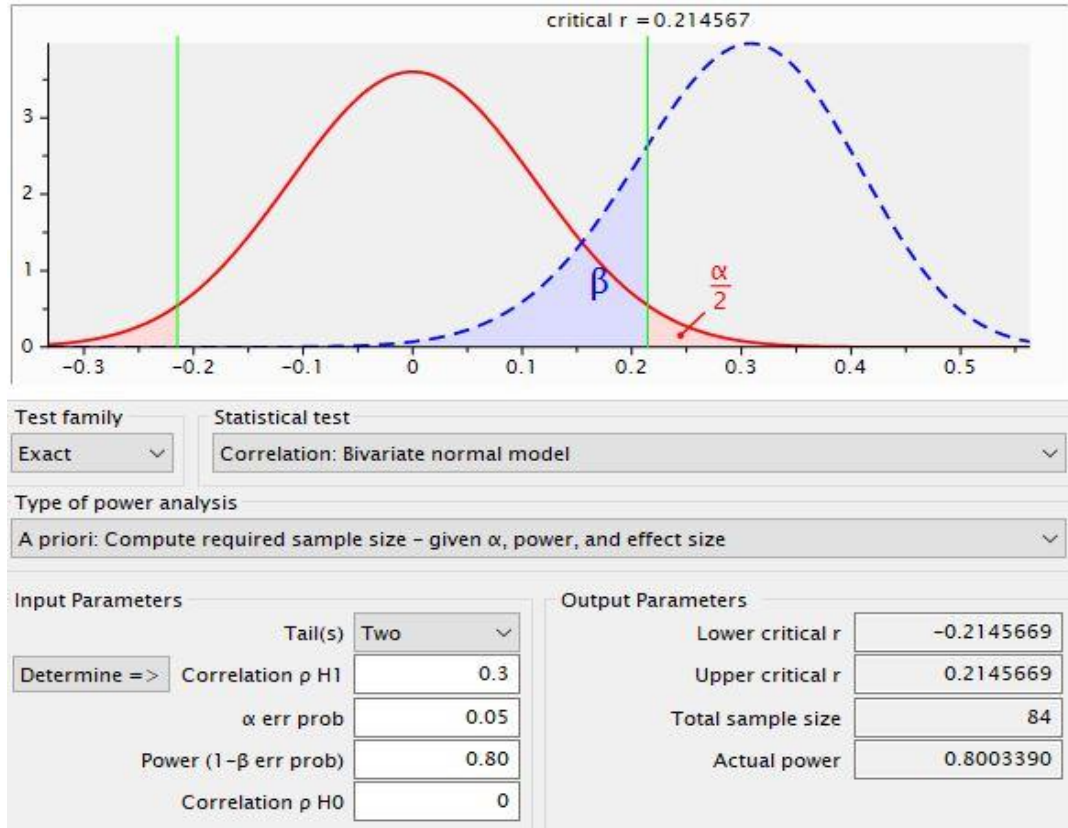
H_{1.4}: Bebeği yoğun bakımda yatan annenin bakıma katılma düzeyi depresyon düzeyini etkiler.

3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma; bir kamu hastanesinin ikinci düzey yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirilmiştir. Bu yoğun bakım ünitesine özellikle hiperbilirubinemi, solunum sıkıntısı ve sepsis tanılarına sahip yenidoğanlar tedavi görmektedir. Yenidoğanların tedavi süreçleri bir gün ile bir ay arasında değişkenlik göstermektedir. Araştırma verilerinin toplanmasına 15 Nisan 2021 tarihinde başlanmış olup, hedeflenen örneklem sayısına (84) ulaşıncaya, veri toplama işlemi 1 Eylül 2021 tarihinde sonlandırılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Şekil 1. G-Power 3.1.9.2 Programında power analizi



Araştırmanın evrenini yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören, 37 ve üzeri gestasyon haftasına sahip tüm bebeklerin anneleri oluşturmaktadır. Çalışmada ölçekler arasındaki ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ölçek skorları arasındaki kaç birimlik ilişkinin önemli olduğu bilinmediği durumlarda kullanılan yöntem olarak etki genişliği değeri 0,30 olarak alınmıştır. Etki genişliği değeri 0,10

çok yüksek bir kısıtı, 0,30 orta seviyede, 0,50 ise maksimum kabul kısıtı altında sonuçları vermektedir. %5 hata payı ve %80 güç düzeyinde etki genişliği değerinin 0,30 olduğu durumda toplam denek sayısı ise 84 olarak tespit edilmiştir (Faul et al., 2013).

3.6. ÖRNEKLEM SEÇİM YÖNTEMİ

3.6.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Bebeği yoğun bakım ünitesinde tedavi alan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 18-49 yaş aralığında bulunan,
- Gebelik haftası 37 ve üzerinde doğmuş bebeğe sahip anneler (Prematüre bebeklerin annelerinin bakıma katılma olasılığının düşük olmasından dolayı)
- Sözel iletişim kurabilen anneler dâhil edilecektir.

3.6.2. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Prematüre bebeği olan anneler,
- Mental problemi olan anneler ve
- İletişim kurulamayan anneler araştırmaya dâhil edilmeyecektir.

3.6.3. Araştırmadan Çekilme Kriteri

- Katılımcının araştırmaya katılmaktan vazgeçmesi.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında “**Kişisel Tanılama Formu**”, “**Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği**”, “**Duygudurum Profili**” ve “**Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği**” kullanılmıştır.

3.7.1. Kişisel Tanılama Formu

Araştırma kapsamına alınan annelerin sosyo-demografik (yaş, öğrenim durumu, mesleği, sağlık güvencesi, aylık geliri, aile tipi, vb.) ve obstetrik özelliklerini (gebelik haftası, gebeliği isteme durumu gibi) değerlendirmek amacıyla literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (Çakmak, 2015; Akbaş vd., 2019; Ataşer vd., 2017; Dünder vd., 2019).

3.7.2. Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek, annelerin yoğun bakımda yatış süreçleri boyunca bebeklerinin bakımına katılma durumlarını değerlendirmek amacı ile Çakmak ve Karaçam (2018) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek deneyim ve gözleme dayanan 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte annelerin yaptığı bakım uygulamaları “Evet” ve “Hayır” olarak işaretlenmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi ölçek toplam puanı hesaplanarak yapılmış ve toplam ölçek puanı ölçekte “Evet:1 ve Hayır: 0” olarak kodlanan maddelerin sayısı toplanarak elde edilmiştir. Ölçekten elde edilebilecek toplam puanlar 0-19 arasında değişmekte ve puanın artması annenin bakıma katılımının arttığını göstermektedir. Ölçeğin Kuder-Richardson iç tutarlık katsayısı 0.76 ve iki-yarım test için eşdeğerlik katsayısı $r = 0.61$ ($p = 0.000$) olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenirliğini test etmek için annelerin bildirdiği ve hemşire / ebelerin gözlemlediği annelerin bakıma katılma uygulamalarının birbiriyle uyumu incelenmiş ve Kendall’s Uyuşum Katsayısının 0.79 ($p = 0.001$) olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda da Cronbach alfa değeri 0,695 olarak tespit edilmiştir.

3.7.3. Duygudurum Profili (DP)

1971 yılında McNair ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olduğu belirtilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve ark (2011) tarafından yapılmıştır. Duygudurum profili; alt ölçekler aracılığı ile duygudurumdaki değişimleri, durumsal ve kısa süreli değişiklikleri hızlı bir şekilde tanımlamak için geliştirilmiştir. Her biri 5 seçenekli 65 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Psikoterapilerin, ilaç tedavilerinin etkinliğini değerlendirmek, uyku yoksunluğu ve benzeri uygulamaların etkinliğini ölçmek ve klinik çalışmalarda duygudurum değişimlerini araştırmak için kullanılmaktadır. Ölçeği oluşturan maddeler 6 farklı duygudurum altında toplanır: 1) gerginlik-anksiyete, 2) depresyon-keder, 3) öfke-saldırganlık, 4) dinçlik-aktivite, 5) yorgunluk-atalet 6) şaşkınlık-hayret. Her bir duygu “0=asla, 1=çok az, 2=orta derecede, 3=oldukça fazla, 4=aşırı” şeklinde derecelendirilmiştir. Her bir alt ölçek sorularından elde edilen puanlarla alt ölçek puanları, diğer beş alt ölçek puanlarının toplamından “dinçlik-aktivite” alt ölçek puanının çıkarılmasıyla DP toplam puanı elde edilir. Beş alt ölçek ve ölçek toplam puanının yüksek oluşu duygudurumda daha yüksek bir bozukluğa işaret eder. Uyarılma çalışmasında depresyon-keder alt skoru

için 0.85, gerginlik-anksiyete alt skoru için 0.86, öfke-saldırganlık alt skoru için 0.90, şaşkınlık-hayret alt skoru için 0.84, yorgunluk alt skoru için 0.81, dinçlik-aktivite alt skoru için 0.81 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda da Cronbach alfa değeri 0,921 olarak tespit edilmiştir.

3.7.4. Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Engindeniz ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır. EDSDÖ tarama amaçlı olup postpartum dönemdeki annelerde depresyon riskinin olup olmadığını belirlemeye yönelik hazırlanmıştır. Ölçek, 0-3 arasında puanlanan dörtlü likert tipinde ve 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 0 ve en fazla 30 puan alınabilmektedir. Değerlendirmede 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanan maddeler 1, 2 ve 4. madde iken 3, 2, 1, 0 yani ters olarak puanlanan maddeler ise 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddedir. Ölçeğin kesme puanı 12'dir. Değerlendirme sonucunda ölçekten 12 ve daha fazla puan alan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmektedir. Uyarlama çalışmasında, ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda da Cronbach alfa değeri 0,845 olarak tespit edilmiştir.

3.8. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma, etik kurul ve kurum izninin alınmasının ardından, bir kamu hastanesinin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde bebekleri tedavi gören örnekleme dâhil edilme kriterine uygun olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan annelere uygulanmıştır. Veriler pandemi döneminde uygulanan ziyaretçi kısıtlamasından dolayı ortalama iki gün süren taburculuk eğitimleri sonrasında toplanmıştır. Taburculuk eğitimleri sırasında bakım uygulamaları eğitimi verilmiştir. Annenin uyguladığı bakımlar bu esnada gözlemlenerek bakıma katılma gözlem formuna hemşire tarafından kaydedilmiştir. Veri toplama sürecinde katılımcıların tüm soruları araştırmacılar tarafından yanıtlanmıştır. Anketlerin cevaplanması ortalama 20 dakika sürmüştür. Veri toplama sürecinde araştırmaya katılmayı kabul eden tüm anneler verileri eksiksiz doldurdukları için veri kaybı yaşanmamıştır. Araştırma 84 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.9. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, çeyreklikler, minimum ve maksimum) verilmiştir. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi ve Mann Whitney U testinden, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ve Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Kruskal Wallis testi sonucunda farklılık yaratan grubun belirlenmesi için Mann Whitney U testi uygulanıp bonferroni düzeltilmesi uygulanmıştır. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için pearson ve spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach’s alfa değerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma sürecinde Helsinki Bildirgesi’nde yer alan ve okunarak kabul edilen kurallara uyulmuştur. Araştırma boyunca görüşülmüş olan annelere araştırmanın amaç, önem ve yayınlanabileceği yerler hakkında bilgi verilmiştir. Bilgi gizliliğine uyulacağı vurgulanmıştır. Özgür iradeleri ile araştırmaya katıldıklarına dair sözlü onamları alınmıştır. Araştırma için ilgili kamu hastanesinden kurum ve etik kurul izinleri alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Annelerin demografik özelliklerine göre dağılımı (n=84)

		Ort ± SS	
Yaş		29,27±6,46	
BKİ		27,78±5,06	
		n	%
Eğitim durumu	Okuma yazma bilmiyor	2	2,3
	Okuma yazma biliyor	4	4,8
	İlkokul mezunu	8	9,5
	Ortaokul mezunu	11	13,1
	Lise mezunu	33	39,3
	Yüksekokul/üniversite mezunu	26	31,0
Medeni durum	Evli	84	100,0
Çalışma durumu	Çalışmıyor	65	77,4
	Çalışıyor	19	22,6
Sosyal güvence durumu	Var	61	73,5
	Yok	22	26,5
Aylık gelir	Gelir giderden az	18	21,5
	Gelir gidere denk	50	59,5
	Gelir giderden fazla	16	19,0
Sigara kullanma durumu	Evet	6	7,1
	Hayır	78	92,9
Alkol kullanma durumu	Hayır	84	100,0

Tablo 1’de annelerin demografik özellikleri verilmiş olup, yaş ortalamaları 29,27±6,46, BKİ ortalaması 27,78±5,06’dır. Annelerin %39,3’ü lise mezunu, %31,0’i yüksekokul/üniversite mezunu ve tamamı evlidir. Annelerin %22,6’sı çalışmakta, %73,5’inin sosyal güvencesi bulunmakta, %59,5’inin geliri giderine denktir. Annelerin %7,1’i sigara kullanmakta ve alkol kullanan bulunmamaktadır.

Tablo 2. Annelerin obstetrik ve bebeği ile ilgili özelliklerine göre dağılımı (n=84)

		Ort ± SS	
İlk adet yaşı		13,22±1,42	
Toplam gebelik sayısı		2,52±2,19	
Canlı doğum sayısı		2,07±1,19	
Ölü doğum sayısı		0,05±0,21	
İstemli düşük sayısı		0,08±0,47	
İstemsiz düşük sayısı		0,46±1,06	
Bebeğin hastanede kalış süresi (gün)		9,79±8,06	
Bebeğe ilk dokunma (doğum salonunda dakika)		7,13±8,64	
Bebeğe ilk dokunma (Yenidoğan YBÜ’de gün)		10,22±9,01	
Bebeğin doğum haftası		38,7±1,03	
		n	%
Gebeliği planlama durumu	Evet	60	71,4
	Hayır	24	28,6
Bebeği isteme durumu	Evet	82	97,6
	Hayır	2	2,4
Doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu	Evet	51	60,7
	Hayır	33	39,3
Doğum şekli	Vajinal doğum	32	38,1
	Sezaryen	52	61,9
Bebeğin cinsiyeti	Kız	44	52,4
	Erkek	40	47,6
Bebeğin istenilen cinsiyette olma durumu	Evet	25	29,8
	Hayır	4	4,7
	Fark etmez	55	65,5
Evde ev işleri ve bebeğin bakımında yardımcı olan birilerinin olma durumu	Evet	44	52,4
	Hayır	40	47,6
Geçirilmiş depresyon öyküsü	Hayır	84	100,0
Ailede depresyon öyküsü	Evet	5	6,0
	Hayır	79	94,0
Bebeğin hastanede yatış sebebi	Enfeksiyon	32	38,0
	Hiperbilirubinemi	20	23,8
	Solunum sıkıntısı	20	23,8
	Çoğul gebelik	4	4,8
	Dehidratasyon	4	4,8
	Covid pozitif anne bebeği	2	2,4
	Enfeksiyon, Hipoglisemi	2	2,4
Diğer gebeliklerde sorun yaşama durumu	Evet	7	8,3
	Hayır	77	91,7

Tablo 2’de annelerin gebelik ve bebeği ile ilgili özelliklerine göre dağılımı verilmiş olup annelerin ilk adet yaşı ortalaması 13,22±1,42’dir. Toplam gebelik sayısı ortalaması 2,52±2,19, canlı doğum sayısı ortalaması 2,07±1,19’dur. Ölü doğum sayısı ortalaması 0,05±0,21, istemli düşük sayısı ortalaması 0,08±0,47, istemsiz düşük sayısı ortalaması 0,08±0,47’dir. Annelerin %71,4’ünün gebeliği planlı,

%97,6'sı bebeği istemekte, %60,7'si doğum önesi bakım hizmeti almıştır. Annelerin %61,9'u sezaryen doğum yapmakta, doğum haftası ortalaması $38,70 \pm 1,03$ 'tür. Bebeklerin %52,4'ü kız, %29,8'i istenilen cinsiyettedir. Annelerin %52,4'ü evde ev işleri ve bebeğin bakımından kendine yardımcı olan birisi olduğunu ifade etmekte, %6,0'sının ailesinde depresyon öyküsü bulunmaktadır. Bebeklerin %38,0'ı enfeksiyon, %23,8'i hiperbilirubinemi, %23,8'i solunum sıkıntısı nedeniyle hastaneye yatmakta, bebeklerin hastanede kalış süresi ortalaması $9,79 \pm 8,06$ gündür. Annelerin %8,3'ü diğer gebeliğinde sorun yaşamaktadır. Annelerin bebeğe ilk dokunma süresi (doğum salonunda dakika/saat) ortalaması $7,13 \pm 8,64$ dakika, bebeğe ilk dokunma süresi (yenidoğan YB'de saat/gün) ortalaması $10,22 \pm 9,01$ gündür.

Tablo 3. Annelerin bebek bakımı ile ilgili uygulamaları ve görüşleri (n=84)

Bebek Bakımında Annelerin Yaptığı Uygulamalar		n	%
Bebek bakımında yapılanlar	Emzirme/biberonla besleme	76	90,5
	Dokunma, elini tutma, okşama	73	86,9
	Gazını çıkarma	68	81,0
	Kucağa alma	64	76,2
	Pırpırlama, sakinleştirme	61	72,6
	Soluk alıp verdiğinin kontrol etme	49	58,3
	Sevgi sözcükleri ya da ninni söyleme	48	57,1
	Girişim öncesi, sırası ve ya sonrası kucağa alma	41	48,8
	Uygun pozisyonda yatırma	41	48,8
	Kilo değişimlerini sorgulama/araştırma	39	46,4
	Alt temizliği yapma	38	45,2
	İdrar ve gaita çıkışını kontrol etme	33	39,3
	Giysilerini giydirme/çıkarma	32	38,1
	Elini yüzünü silme	29	34,5
	Uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih etme	23	27,4
	Genel durumundaki bozulmayı fark etme	18	21,4
	Emzik verme	12	14,3
	Kanguru bakımı verme	10	11,9
	Banyo yaptırma veya yardım etme	10	11,9
	Ağız bakımı verme	10	11,9
	Yara bakımı verme	4	4,8
Bakıma katılma konusunda destek alınan*	Hemşire/ebe	54	64,3
	Annem	34	40,5
	Eşim	21	25,0
	Doktor	18	21,4
	Diğer	4	4,8
Bakıma katılma konusunda destek almak istenilen*	Hemşire/ebe	52	61,9
	Doktor	28	33,3
	Eşim	24	28,6
	Annem	23	27,4

* Anneler birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Tablo 3’de annelerin bebek bakımı ile ilgili uygulamaları ve görüşleri verilmiştir. Annelerin %90,5’i bebek bakımında emzirme/biberonla besleme, %86,9’u dokunma, elini tutma, okşama, %81,0’i gazını çıkarma, %76,2’si kucağa alma, %72,6’sı pırpışlama, sakinleştirme yapmaktadır. %64,3’ü bakıma katılma konusunda hemşire/ebeden destek almakta ve %61,9’u bakıma katılma konusunda hemşire/ebeden destek almak istediğini ifade etmiştir.

Tablo 4. Annelerin duygudurum profili, bakıma katılma gözlem ve postpartum depresyon puanları (n=84)

	ort±ss	Min-Maks	Cronbach alfa
Duygudurum Profili (DP)	68,17±30,27	24-154	0,921
<u>DPÖ Alt Boyutları</u>			
Depresyon-keder	12,85±11,42	0-42	
Gerginlik-anksiyete	13,26±6,64	0-27	
Öfke-saldırganlık	5,86±5,95	0-26	
Şaşkınlık-hayret	8,00±4,42	1-24	
Yorgunluk	8,64±6,11	0-22	
Dinçlik-aktivite	19,56±6,22	7-31	
Bakıma Katılma Gözlem	9,27±4,48	1-19	0,695
EDSDÖ	7,86±5,28	0-30	0,845

Tablo 4’ de annelerin duygudurum profili, bakıma katılma gözlem ve postpartum depresyon puanları belirtilmiştir. Duygudurum Profili skor ortalaması 68,17±30,27, Bakıma Katılma Gözlem Puanı ortalaması 9,27±4,48 ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçek skor ortalaması 7,86±5,28’dir.

Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach’s alfa’dır. Ölçekler için hesaplama yapılmış, Cronbach’s alfa değeri hesaplanmıştır. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700’dan (Nunnally, 1978: 245-6) yüksektir.

Tablo 5. Annelerin demografik ve obstetrik özelliklerine göre duygudurum profili puanlarının dağılımı (n=84)

	Depresyon- keder	Gerginlik- anksiyete	Öfke- saldırganlık	Şaşkınlık- hayret	Yorgunluk	Dinçlik- aktivite	Duygudurum profili (DP)
	Med(25-75)	Med(25-75)	Med(25-75)	Med(25-75)	Med(25-75)	Med(25-75)	Med(25-75)
Eğitim durumu*							
İlköğretim ve Lise	11 (4-22) 14 (3-22)	14 (10-23) 14 (6-18)	5 (3-12) 3 (1-6)	8 (5-11) 6 (4-9) ^b	7 (4-14) 9 (6-14)	19 (15-27) 21 (17-26) ^a	65 (41-100) 71 (39-91)
Yüksekokul/ üniversite	9 (4-11)	12 (8-15)	3 (2-5)	9 (6-12) ^a	5 (4-10)	18 (13-19) ^b	52 (51-64)
Kw/p	0,477/0,788	1,730/0,421	3,602/0,165	7,244/0,027	2,761/0,252	6,321/0,042	1,661/0,436
Çalışma durumu**							
Çalışmıyor	10 (4-19)	14 (8-18)	3 (2-8)	7 (5-10)	7 (4-14)	19 (15-26)	64 (41-90)
Çalışıyor	6 (4-22)	12 (9-18)	5 (4-12)	7 (5-10)	5 (3-11)	18 (15-25)	54 (47-99)
z/p	-0,327/0,744	-0,274/0,784	2,187/0,029	0,123/0,902	-1,313/0,189	-0,885/0,376	0,123/0,902
Sosyal güvence durumu**							
Var	10 (4-20)	14 (6-18)	3 (2-6)	6 (4-10)	7 (4-13)	19 (15-25)	62 (39-91)
Yok	9 (3-17)	13,5 (9-20)	6 (3-12)	9 (8-13)	7 (4-9)	19 (14-25)	64,5 (52-90)
z/p	-0,145/0,885	1,005/0,315	2,022/0,043	2,248/0,025	0,403/0,687	-0,217/0,828	0,929/0,353
Aylık gelir*							
Gelir az	17 (4-24)	16,5 (8-24)	3 (1-12)	11 (6-12) ^a	8 (4-17)	19 (13-27)	78 (41-101)
Gelir gıdere	8 (3-14)	14 (9-17)	4,5 (2-8)	6 (4-9) ^b	7 (4-13)	19 (18-25)	62 (47-77)
Gelir fazla	8,5 (4,5- 22,5)	8 (5,5-18)	2,5 (2-9)	7,5 (5-12)	5,5 (3,5-12)	16 (14,5- 25,5)	58,5 (44,5-89,5)
Kw/p	3,283/0,194	3,827/0,148	1,279/0,528	7,477/0,024	1,047/0,592	0,945/0,624	1,897/0,387
Gebeliğin planlı olma durumu*							
Evet	8 (3,5-21)	12 (7-18)	3 (2-7)	8 (6-10)	7 (4-13)	19 (15-25)	58,5 (44,5- 69,5)
Hayır	11,5 (4,5- 21)	14,5 (9,5-21,5)	5 (3-12)	6 (4,5-10)	9 (3,5-15,5)	22,5 (12-27)	69,5 (46,5- 100,5)
z/p	0,873/0,383	1,461/0,144	2,199/0,028	-0,815/0,415	0,824/0,410	1,102/0,270	1,407/0,159
Doğum öncesi bakım hizmeti alma*							
Evet	11 (4-22)	12 (8-18)	3 (2-6)	7 (4-10)	7 (4-14)	19 (15-25)	62 (41-93)
Hayır	7 (4-17)	14 (9-18)	5 (2-9)	7 (5-9)	7 (4-10)	19 (14-25)	64 (47-90)
z/p	-0,738/0,460	0,878/0,380	1,220/0,223	0,189/0,850	-0,381/0,703	0,142/0,887	-0,115/0,909
Doğum şekli*							
Vajinal doğum	11 (6-23)	14 (9-18)	4,5 (3-8,5)	9 (8-11,5)	7,5 (5-13)	19 (16-26)	66 (52-90)
Sezaryen	8 (3-20)	13 (6-18)	3 (1-10)	6 (4-9,5)	6 (3-13)	19 (14-25)	53 (38-92)
z/p	1,711/0,08 7	0,897/0,37 0	1,143/0,253	-2,817/0,005	-1,449/0,147	0,554/0,579	-1,788/0,074
Bebeğin cinsiyeti*							
Kız	9,5 (4-17)	11,5 (6-18)	3 (2-7)	6 (4-12)	6,5 (3-12,5)	19 (15-25)	58 (40-88)
Erkek	11 (3-23)	14 (9-17,5)	5 (2-8,5)	8,5 (6-10)	9 (4,5-14)	19 (16- 26)	71 (52-99,5)
z/p	0,839/0,402	0,611/0,541	0,806/0,420	1,875/0,061	1,526/0,127	0,656/0,512	1,685/0,092
Evde ev işleri ve bebeğin bakımında yardımcı bulunma durumu*							
Evet	10 (4-19)	12,5 (8-17)	3 (2-8,5)	7,5 (4-10)	6 (3-11)	19 (15-24)	58 (41-88)
Hayır	10 (4-25)	14 (9-20)	4,5 (1-9)	7 (5,5-11)	9 (5-14)	19 (14,5- 25,5)	65 (51-95,5)
z/p	0,785/0,433	1,214/0,22	0,045/0,964	0,562/0,57	1,661/0,097	0,566/0,571	1,058/0,290

a,b: gruplar arasındaki farklılıkları gösterir, grup içinde farkın a ile b arasında olduğu tespit edilmiştir (a değeri daha yüksek). Benferroni düzeltmesinde üçlü grupta $p < 0.017$ anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

* :Kruskal Wallis testi, **: Mann Whitney U testi

Tablo 5’de annelerin demografik ve obstetrik özelliklerine göre, duygudurum profili puanlarının dağılımı verilmiştir. Doğum öncesi bakım hizmeti alma, bebeğin cinsiyeti ve evde ev işleri ve bebeğin bakımında yardımcı bulunma durumları arasında duygudurum profili ve alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitim durumları arasında şaşkınlık-hayret ve dinçlik-aktivite alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, yüksekokul/üniversite mezunu olanların şaşkınlık-hayret alt boyut skoru lise mezunu olanlara göre ve lise mezunu olanlarda dinçlik-aktivite alt boyut skoru yüksekokul/üniversite mezunu olanlara göre daha yüksektir.

Çalışma durumları arasında öfke-saldırganlık alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, çalışanların öfke-saldırganlık alt boyut skoru çalışmayanlara göre daha yüksektir.

Sosyal güvence durumları arasında öfke-saldırganlık ve şaşkınlık-hayret alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, sosyal güvencesi olmayanların öfke-saldırganlık ve şaşkınlık-hayret alt boyut skorları sosyal güvencesi olanlara göre daha yüksektir.

Aylık gelir durumları arasında şaşkınlık-hayret alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, geliri giderinden az olanların şaşkınlık-hayret alt boyut skoru geliri gidere denk olanlara göre daha yüksektir.

Gebeliğin planlı olma durumları arasında öfke-saldırganlık alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, gebeliği planlı olmayanların öfke-saldırganlık alt boyut skoru planlı olanlara göre daha yüksektir.

Doğum şekilleri arasında şaşkınlık-hayret alt boyut skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, vajinal doğum yapanların şaşkınlık-hayret alt boyut skoru sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksektir.

Tablo 6. Annelerin demografik ve obstetrik özelliklerine göre bakıma katılma gözlem puanlarının incelenmesi (n=84)

		Bakıma katılma gözlem puanı	Test/p
		ort±ss	
Eğitim durumu*	İlköğretim ve altı	8,56±3,94 ^b	9,224/<0,001*^F
	Lise	7,61±3,90 ^b	
	Yüksekokul/üniversite	12,08±4,46 ^a	
Çalışma durumu**	Çalışmıyor	8,74±4,57	-2,066/0,042*^t
	Çalışıyor	11,11±3,68	
Sosyal güvence durumu**	Var	9,82±4,68	1,941/0,058 ^t
	Yok	7,91±3,66	
Aylık gelir*	Gelir giderden az	6,28±3,58 ^b	6,718/0,002*^F
	Gelir gidere denk	10,48±3,92 ^a	
	Gelir giderden fazla	8,88±5,52	
Gebeliğin planlı olma durumu**	Evet	9,32±4,51	0,138/0,891 ^t
	Hayır	9,17±4,49	
Doğum öncesi bakım hizmeti alma**	Evet	9,08±4,47	-0,495/0,622 ^t
	Hayır	9,58±4,54	
Doğum şekli**	Vajinal doğum	10,56±4,68	2,112/0,038*^t
	Sezaryen	8,48±4,20	
Bebeğin cinsiyeti**	Kız	8,93±4,70	-0,732/0,466 ^t
	Erkek	9,65±4,25	
Evde ev işleri ve bebeğin bakımında yardımcı bulunma durumu**	Evet	10,00±4,22	1,572/0,120 ^t
	Hayır	8,48±4,67	

a,b: gruplar arasındaki farklılıkları gösterir, grup içinde farkın a ile b arasında olduğu tespit edilmiştir (a değeri daha yüksek). Benferroni düzeltilmesinde üçlü grupta p<0.017 anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

**:One-way ANOVA testi, **:Bağımsız örneklem t testi*

Tablo 6’da annelerin demografik ve obstetrik özelliklerine göre bakıma katılma gözlem puanları incelenmiştir. Sosyal güvence durumu, gebeliğin planlı olma durumu, doğum öncesi bakım hizmeti alma, bebeğin cinsiyeti ve evde ev işleri ve bebeğin bakımında yardımcı bulunma durumları arasında bakıma katılma gözlem puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Eğitim durumları arasında bakıma katılma gözlem puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre, yüksekokul/üniversite mezunu olanların bakıma katılma gözlem puanı lise ve altı mezunu olanlara göre daha yüksektir.

Çalışma durumları arasında bakıma katılma gözlem puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, çalışanların bakıma katılma gözlem puanı çalışmayanlara göre daha yüksektir.

Aylık gelir durumları arasında bakıma katılma gözlem puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, geliri giderine denk olanların bakıma katılma gözlem puanı geliri giderinden az olanlara göre daha yüksektir.

Doğum şekilleri arasında bakıma katılma gözlem puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, vajinal doğum yapanların bakıma katılma gözlem puanı sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksektir.

Tablo 7. Annelerin demografik ve obstetrik özelliklerine göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeğinin incelenmesi (n=84)

		EDSDÖ ort±ss	Test/p
Eğitim durumu*	İlköğretim ve altı	9,08±5,20	0,968/0,384 ^F
	Lise	7,24±5,93	
	Yüksekokul/üniversite	7,46±4,39	
Çalışma durumu**	Çalışmıyor	7,77±5,27	-0,281/0,779 ^t
	Çalışıyor	8,16±5,42	
Sosyal güvence durumu**	Var	7,52±5,30	-0,980/0,330 ^t
	Yok	8,82±5,32	
Aylık gelir*	Gelir giderden az	8,67±5,34	0,315/0,731 ^F
	Gelir gidere denk	7,52±5,25	
	Gelir giderden fazla	8,00±5,51	
Gebeliğin planlı olma durumu**	Evet	7,63±5,61	-0,612/0,542 ^t
	Hayır	8,42±4,38	
Doğum öncesi bakım hizmeti alma**	Evet	8,14±5,32	0,603/0,548 ^t
	Hayır	7,42±5,26	
Doğum şekli**	Vajinal doğum	9,81±5,13	2,770/0,007^t
	Sezaryen	6,65±5,04	
Bebekğin cinsiyeti**	Kız	7,36±5,45	-0,898/0,372 ^t
	Erkek	8,40±5,09	
Evde ev işleri ve bebekğin bakımında yardımcı bulunma durumu**	Evet	7,36±4,51	-0,886/0,379 ^t
	Hayır	8,40±6,02	

*:One-way ANOVA testi, **:Bağımsız örneklem t testi

Tablo 7’de annelerin demografik ve obstetrik özelliklerine göre Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği incelenmiştir. Eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal

güvence durumu, aylık gelir, gebeliğin planlı olma durumu, doğum öncesi bakım hizmeti alma, bebeğin cinsiyeti ve evde ev işleri ve bebeğin bakımında yardımcı bulunma durumları arasında Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçek skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Doğum şekilleri arasında Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçek skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, vajinal doğum yapanların Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçek skoru sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksektir.

Tablo 8. Annelerin demografik ve obstetrik değişkenler ile Duygudurum Profili arasındaki ilişkisinin incelenmesi (n=84)

		Depresyon -keder	Gerginlik -anksiyete	Öfke- saldırganlık	Şaşkınlık -hayret	Yorgunluk	Dinçlik- aktivite	Duygudurum profil (DP)
Yaş	r	-0,088	-0,007	-0,218	-0,320	-0,049	0,020	-0,131
	p	0,428	0,952	0,046*	0,003*	0,656	0,855	0,236
BKİ	r	-0,149	-0,150	-0,125	-0,209	-0,113	-0,219	-0,229
	p	0,176	0,174	0,257	0,057	0,306	0,045*	0,036*
İlk adet yaşı	r	-0,029	-0,068	-0,087	0,126	0,113	-0,032	-0,011
	p	0,801	0,558	0,455	0,277	0,332	0,782	0,928
Toplam gebelik sayısı	r	-0,032	0,126	-0,083	-0,294	0,149	0,141	-0,004
	p	0,771	0,252	0,455	0,007*	0,176	0,202	0,972
Canlı doğum sayısı	r	-0,075	0,093	-0,053	-0,299	0,056	0,008	-0,080
	p	0,500	0,401	0,633	0,006*	0,616	0,942	0,469
Ölü doğum sayısı	r	0,092	-0,007	-0,171	-0,028	0,113	0,282	0,092
	p	0,403	0,950	0,119	0,802	0,305	0,009*	0,404
İstemli düşük sayısı	r	-0,151	0,032	0,090	-0,170	-0,106	0,132	-0,037
	p	0,171	0,770	0,415	0,122	0,336	0,233	0,739
İstemsiz düşük sayısı	r	-0,168	0,024	-0,056	-0,078	0,011	0,099	-0,082
	p	0,127	0,827	0,610	0,481	0,920	0,369	0,460
Doğum haftası	r	0,205	0,108	0,254	0,258	0,178	-0,047	0,212
	p	0,062	0,329	0,020*	0,018*	0,106	0,669	0,053
Bebeğin hastanede kalış süresi	r	-0,122	-0,099	0,044	0,059	-0,182	-0,125	-0,084
	p	0,270	0,369	0,692	0,591	0,098	0,257	0,447
İlk dokunma (doğum salonunda)	r	0,431	0,271	0,069	0,072	0,371	0,004	0,385
	p	0,003*	0,068	0,647	0,632	0,011*	0,980	0,008*
İlk dokunma (Yenidoğan YB'de)	r	-0,230	-0,077	-0,019	0,181	-0,316	-0,400	-0,191
	p	0,095	0,582	0,891	0,190	0,020*	0,003*	0,166

r: Spearman korelasyon katsayısı, *: $p<0,05$

Tablo 8’de annelerin demografik ve obstetrik değişkenler ile duygudurum profili arasındaki ilişki verilmiş olup yaş ile öfke ve şaşkınlık-hayret alt boyut skorları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). BKİ ile Duygudurum Profili ve dinçlik-aktivite alt boyut skorları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Toplam gebelik ve canlı doğum sayısı ile şaşkınlık-hayret alt boyut skoru arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Ayrıca doğum haftası ile öfke ve şaşkınlık-hayret alt boyut skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Ölü doğum sayısı ile dinçlik-aktivite alt boyut skoru arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

İlk dokunma (doğum salonunda) ile Duygudurum Profili ve depresyon-keder, yorgunluk alt boyut skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). İlk dokunma (yenidoğan YBde) ile yorgunluk ve dinçlik-aktivite alt boyut skorları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 9. Annelerin Bakıma Katılma Gözlem Puanı ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ile demografik ve obstetrik değişkenler arasındaki ilişkisinin incelenmesi (n=84)

		Bakıma katılma gözlem puanı	EDSDÖ
Yaş	r	-0,040	-0,232
	p	0,720	0,033*
BKİ	r	0,140	-0,299
	p	0,205	0,006*
İlk adet yaşı	r	-0,133	-0,178
	p	0,253	0,124
Toplam gebelik sayısı	r	0,114	0,019
	p	0,300	0,863
Canlı doğum sayısı	r	0,100	-0,056
	p	0,364	0,613
Ölü doğum sayısı	r	-0,164	0,049
	p	0,135	0,660
İstemli düşük sayısı	r	-0,034	-0,087
	p	0,760	0,430
İstemsiz düşük sayısı	r	0,082	0,092
	p	0,457	0,406
Doğum haftası	r	-0,158	0,079
	p	0,152	0,476
Bebegın hastanede kalış süresi	r	-0,086	0,086
	p	0,434	0,437
İlk dokunma (doğum salonunda)	r	-0,208	0,209
	p	0,165	0,163
İlk dokunma (YYBÜ’de)	r	0,233	-0,049
	p	0,089	0,725

*r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p < 0,05$, YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi*

Tablo 9’ da annelerin bakıma katılma gözlem puanı ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ile demografik ve obstetrik değişkenler arasındaki ilişkisi verilmiştir. Yaş ve BKİ ile Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçek skoru arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$).

Tablo 10. Annelerin postpartum depresyon, bakıma katılma puanı ve duygudurum profili arasındaki ilişkisinin incelenmesi (n=84)

		DP- Depresyon- keder	DP- Gerginlik- anksiyete	DP- Öfke- saldırganlık	DP- Şaşkınlık- hayret	DP- Yorgunluk	DP- Dinçlik- aktivite	Duygudurum profili (DP)	Bakıma katılma gözlem puanı	EDSDÖ
DP- Depresyon- keder	r	1	0,774	0,436	0,233	0,826	0,503	0,935	-0,004	0,627
	p		<0,001	<0,001	0,033	<0,001	<0,001	<0,001	0,972	<0,001
DP- Gerginlik- anksiyete	r		1	0,501	0,275	0,756	0,270	0,848	-0,035	0,564
	p			<0,001	0,011*	<0,001	0,013*	<0,001	0,753	<0,001
DP- Öfke- saldırganlık	r			1	0,199	0,412	0,060	0,605	0,106	0,570
	p				0,069	<0,001	0,590	<0,001	0,336	<0,001
DP- Şaşkınlık- hayret	r				1	0,068	-0,383	0,262	0,080	0,178
	p					0,537	<0,001	0,016*	0,470	0,104
DP- Yorgunluk	r					1	0,549	0,879	-0,011	0,565
	p						<0,001	<0,001	0,923	<0,001
DP- Dinçlik- aktivite	r						1	0,541	-0,176	0,303
	p							<0,001	0,109	0,005*
Duygudurum profili (DP)	r							1	-0,041	0,678
	p								0,709	<0,001
Bakıma katılma gözlem puanı	r								1	0,077
	p									0,486
EDSDÖ	r									1
	p									

DP: Duygudurum Profili, r:Spearmann korelasyon katsayısı, *:p<0,05

Tablo 10’da annelerin postpartum depresyon, bakıma katılma puanı ve duygudurum profili arasındaki ilişkisi verilmiştir. Duygudurum Profili ile Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçek skoru arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Ayrıca Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçek skoru ile depresyon-keder, gerginlik-anksiyete, öfke-saldırganlık, yorgunluk ve dinçlik-aktivite boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05).

5. TARTIŞMA

5.1. ANNELERİN GEBELİK VE BEBEKLERİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ideal sezaryen oranını %10-15 olarak önermiştir (WHO, 2015). TNSA 2018 verilerine göre sezaryen oranı dünya sağlık örgütü önerisinin üzerinde olup %51,5 olarak tespit edilmiştir (TNSA, 2019). Çalışmamıza dâhil edilen annelerin sezaryen oranı (%61,9) TNSA 2018 verilerinin de üzerinde seyretmektedir (Tablo 2). Sezaryen oranının fazla olmasının sebebi ise bebek veya annede gelişen sağlık sorunları nedeniyle annenin acil sezaryene alınması sonucu doğan bebeklerin yenidoğan yoğun bakıma yatış oranının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yağmur ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada annelerin %41,2 'si bebeğinin istenilen cinsiyette olduğunu ve %35,1'inin ise bebeğinin cinsiyetinin önemli olmadığını dile getirmektedir ve eşin bebek cinsiyeti konusunda bir tercihinin olmaması kadının mutluluk düzeyinde artışa neden olduğu tespit edilmektedir. Noyan Ahlatçioğlu'nun (2017) yaptığı çalışmada ise; %74,2'sinin cinsiyet tercihinde bulunmadığını, %19,4'ünün istenilen cinsiyette olduğu gözlemlenmektedir. Literatürle uyumlu olan çalışmamızda annelerin yaklaşık üçte biri (%29,8) bebeğinin istenilen cinsiyette olduğunu ve yarısından fazlasının (%65,5) ise cinsiyet tercihinin olmadığını dile getirmiştir (Tablo 2). Bu durum annenin duygudurumunu olumlu yönde etkilemektedir.

Yayan ve ark.'nın (2019) çalışmasına göre gebelerin dörtte birinin gebelikte sağlık sorunu yaşadığı belirtilmektedir. Çalışmamızda ise, annelerin diğer gebeliğinde sorun yaşama durumları incelenmiş, düşük oranda (% 8,3) sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 2). Doğum öncesi bakımın erken dönemde başlaması gebelikte oluşabilecek risklerin erken dönemde tespiti için önem arz etmekte, anne ve bebek ölümlerinde azalmaya ve gebeliklerin sağlıklı sonuçlanmasına neden olmaktadır. TNSA 2018 verilerinde doğum öncesi bakım hizmeti alma oranı %96,4 olarak tespit edilmiştir (TNSA, 2019). Çalışmamızda ise TNSA verilerine oranla annelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma düzeyi oldukça düşük olarak (%60,7) tespit edilmiş ve sebebini irdelleyecek olursak kültürel farklılıklar ve ekonomik düzey gibi faktörlerden dolayı takipsiz gebelik süreci geçiren yabancı uyruklu annelerin varlığı

olarak düşünülmektedir. Ayrıca annelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma kavramı ile ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Doğum öncesi bakımın yeterli düzeyde sağlanamamasının nedenleri arasında gebeliğin geç farkına varılması, çevreden gizlenmesi, ekonomik zorluklar, sağlık sistemlerine erişimdeki güçlükler, sağlık sistemine güvensizlik, doğum öncesi bakımın önemi konusunda bilgi eksikliği, kültürel faktörler ve yanlış inanışlar gibi durumlar söz konusu olmaktadır. Doğum öncesi bakım hizmeti veren sağlık profesyonelleri tüm bu riskleri göz önünde bulundurması doğum öncesi bakım alan gebe sayısında artışa neden olacaktır (Şahin ve Yurdakul, 2012).

Akbaş ve ark (2019) çalışmasında bebeklerin %33,3'ü solunum sıkıntısı, %20,7'si ateş-enfeksiyon, %16,7'si sarılık nedeniyle hastaneye yattığı görülmekte ve %59,3'ünün yatış süresi bir haftanın altında, %40,7'si ise bir haftanın üzerinde olduğu tespit edilmektedir. Altunaş çalışmasında (2020) %54,1'i sarılık, %22,5'i pnömoni, %13,5 yenidoğanın geçici takipnesi, %4,5 ateş ve %2,7'si idrar yolu enfeksiyonu sebebiyle hastaneye yattığı görülmekte ve hastanede yatış süresi 4 (1-24) gün olarak belirtilmektedir. Uygur ve ark (2020) çalışmasında bebeklerin %37'si hiperbilirubinemi, %35,2'si yenidoğanın geçici takipnesi, %27,8'i sepsis nedeniyle hastaneye yattığı görülmekte ve hastanede yatış süresi 10,3 (1-59) gün olarak bildirilmektedir. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olacak şekilde bebeklerin %38,1'i enfeksiyon, %23,8'i hiperbilirubinemi, %23,8'i solunum sıkıntısı nedeniyle hastaneye yatmakta ve bebeklerin hastanede kalış süresi ortalaması $9,79 \pm 8,06$ gün olarak tespit edilmiştir (Tablo 2). Anne ile bebeğin bu süreç içinde bebeğin sağlık sorunları nedeniyle ayrı kalması maternal bağlanmanın gecikmesine neden olmaktadır. Anne ile bebeğin bir araya gelmesinde yaşanan aksaklık; annenin annelik rolünü benimsemesinde gecikmeye, bebeğini geç emzirmesine, sütünün azalmasına, bebeğinin sağlık durumuyla ilgili endişe duymasına neden olmaktadır (Altun ve Kaplan, 2020). Tüm bunların sonucunda annenin duygudurumu etkilenmekte, postpartum depresyon riskini arttırdığı düşünülmektedir.

Doğum sonu dönemde annenin bebeğine ilk dokunuşu annede olumlu duygular oluşturarak anne bebek bağlanmasını desteklemektedir (Çimen ve Varol, 2021). Anne ve bebek arasındaki bağın oluşması, bebeğin sağlıklı olarak gelişmesini ve

büyümesini sağlamanın yanında annenin annelik rolünün oluşmasını ve anneliğe uyumunu kolaylaştırmaktadır (Altun ve Kaplan, 2020). Cantürk ve Akgün Kostak (2020) çalışmasında vajinal doğumdan sonra bebeklerine doğar doğmaz dokunma oranı %62, ilk 30 dk içinde dokunma oranı %22,2, ilk bir saat içinde dokunma oranı %8,1, bir saatten daha uzun sürede dokunma zamanı %7,7 olarak tanımlanmaktadır. Sezaryen doğumdan sonra annelerin doğar doğmaz bebeğine dokunma oranı %1,4, ilk 30 dk içinde dokunma oranı %4,1, ilk bir saat içinde dokunma oranı %9, bir saatten daha uzun süre dokunma oranı %85,5 olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızda annelerin bebeğe doğum salonunda ilk dokunma süre ortalaması $7,13 \pm 8,64$ dakika, bebeğe yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ilk dokunma süre ortalaması $10,22 \pm 9,01$ gün olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 2). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ilk dokunma süresinin geç olması (ort.10 gün) pandemi sürecinde ziyaretçi kısıtlaması olmasından kaynaklanmaktadır. Anneler bebeğin taburculuğundan ortalama iki gün önce üniteye çağırılarak taburculuk eğitimi verilmekte, anne ile bebeğin ilk buluşması bu dönemde gerçekleşmektedir.

5.2. ANNELERİN DOĞUM SONU DEPRESYON DÜZEYLERİ

Postpartum depresyon anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyen, tespit edilmesi zor ve göz ardı edilmemesi gereken önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Postpartum depresyonun risk faktörleri oldukça geniş yelpazeli olup psikolojik faktörler, obstetrik faktörler, biyolojik faktörler (hormonal) ve sosyal faktörler başlıkları altında incelenebilmektedir. Annenin geçmişte geçirdiği depresyon ve anksiyete öyküsü, son gebeliğine karşı olumsuz tutumu, bebeğin cinsiyetine karşı isteksizlik ve düşük benlik saygısına sahip olmanın ebeveynlik stresi üzerindeki etkisi postpartum depresyon gelişimine katkıda bulunan psikolojik faktörler arasında sayılmaktadır (Lee at al., 2000; Leigh and Milgrom,2008; Bloch et al, 2003; Ahmed ve ark, 2021). Postpartum depresyonun sosyal faktörleri incelendiğinde; annenin doğum sonunda aldığı sosyal desteğin azalması depresyonun oluşmasında en önemli çevresel faktör olduğu karşımıza çıkmaktadır. Annenin profesyonel kariyerinin olması depresyon riskini azaltmaktadır. Bu bağlamda eğitim ve düşük gelir düzeyi postpartum depresyon için risk faktörü oluşturmaktadır. Annenin beslenme durumu, fiziksel aktivitesi, uyku düzeni de postpartum depresyonu etkileyen bir diğer etmenlerdendir

(Ghaedrahmatiet al, 2017).

Postpartum depresyonun obstetrik risk faktörlerine bakacak olursak doğum sayısı, riskli gebelik (acil sezaryene alınma durumu, hastanede yatma durumu vb.), doğum sonrasında gelişen komplikasyonlar ve emzirme sayılabilmektedir (Ghaedrahmati et al., 2017). Ayrıca bebeğin doğum ağırlığı 1500 gr'ın altında olması annelerde postpartum depresyon gelişme riskini 4-18 kat arttırmaktadır (Helle et al., 2015). Gebeliğin planlı olması ve gebeliğin isteniyor olmasının annede postpartum depresyon riskini azalttığı bildirilmiştir (Karahan ve ark., 2017). Çalışmamızda annelerin gebeliği isteme durumu ve planlı olması oranı yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Ayrıca annelerin gebeliğin planlı olma durumu, gebeliği isteme durumu, gebelik sayısı, düşük sayısı, ölü doğum sayısı (Tablo 2) ülkemiz literatür verileri ile de uyumlu bulunmuştur (Can ve ark., 2019; TNSA, 2019; Ersoy ve ark, 2015; Can ve ark, 2019; Dünder ve ark, 2019; Sel ve ark, 2019; Kurt Can ve Ejder Apay, 2020). Yine çalışmamızda; eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, aylık gelir, gebeliğin planlı olma durumu, doğum öncesi bakım hizmeti alma, bebeğin cinsiyeti, evde ev işleri ve bebeğin bakımında yardımcı bulunma durumları postpartum depresyonu etkilemediği sonucuna varılmıştır (Tablo 7).

Çalışmamızda vajinal doğum yapan annelerin sezaryen doğum yapan annelere göre depresyon düzeyinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 7). Bunun nedeni ise sağlıklı gebelik süreci geçiren anne doğum esnasında veya sonrasında bebeğinde gelişen sağlık sorunları nedeniyle bebeğinden ayrı düşmesi annenin ani olarak kriz yaşamasına neden olmaktadır. Gebeliğinde sorun yaşayan anne acil olarak sezaryene alındığında sezaryen sonrasında bebeğin sağlık problemi olabileceği yoğun bakım ünitesinde tedavi görme ihtimalinin olacağı doktoru tarafından anneye söylendiği için anne kendini ne kadar zor olsada bu duruma alıştırmabilmekte yani anne için beklenen olası bir durum halini alabilmektedir. Bu bağlamda sağlıklı gebelik geçirerek vajinal doğum yapan annede depresyon düzeyinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızı destekler nitelikteki Babacan Gümüş ve ark. (2012) ve Demir ve ark. (2016) çalışmalarında da vajinal doğum yapan kadınlarda sezaryen doğum yapan kadınlara oranla postpartum depresyon görülme oranının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Mathisen ve ark. (2013)'in ve Gülnar ve ark. (2010)'ın

yaptığı çalışmada sezaryen doğum şeklinin postpartum depresyon için risk faktörü olduğunu tespit etmişlerdir. Ay (2018) çalışmasında ise incelenen çalışmaların % 30,7'sinde postpartum depresyon ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak fark olmadığını saptamıştır.

Edinburgh ve ark. (1996) çalışmasına göre depresyon ölçek puanı 12 ve üzerinde ise annenin postpartum depresyon açısından riskin fazla olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçek puanı incelendiğinde, annelerin postpartum depresyon riskinin düşük ($7,86 \pm 5,28$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Annenin belli bir zaman sonrası bebeğine kavuşması-ilk teması ve bebeğinin sağlık durumunun hastaneden çıkacak kadar iyi olması annede olumlu duygular oluşturmaktadır. Annelerin taburculuk eğitimi alması sonucunda bebeğine bakabileceğine dair özgüven kazanması sonrasında verilerin toplanması annelerdeki depresyon düzeylerinin düşük çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir. Postpartum depresyonun anne ve bebek sağlığı üzerinde tartışmasız önemli yeri olduğu tespit edilmiştir. Demir ve ark. (2016) çalışmasında postpartum depresyonu sosyo-ekonomik durum ve yenidoğan ile ilgili faktörler önemli ölçüde etkilediği sonucuna varılmıştır. Anneliğe geçiş dönemi başlı başına zor bir süreç olmasının yanında bebeğin sağlık sorunları yaşaması bu süreci iyice zorlaştırmaktadır. Bu süreç annede olumsuz duygular uyandırmakta, depresyona eğilim tespit edilmektedir.

5.3. ANNELERİN BEBEK BAKIMINA KATILIMLARI

Postpartum depresyon nedeninin üçte biri bebek bakımıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Anne bebeğinin bakımıyla ilgili bilgi ve öz güvene sahip olmadığında duygusal olarak karışıklıklar yaşamaktadır. Anneliğe adaptasyon sürecinde annenin öz güveni “itici güç” olarak karşımıza çıkmaktadır. Annenin yeterli özgüveni sağlayabilmesi için sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgi, fiziksel ve psikososyal desteği önemli ölçüde hissetmesi gerekmektedir. Taburculuk öncesinde annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal destek durumu, bebeği isteme durumu, annelik deneyimi, bebekle olan etkileşimi, bebekten gelen tepkilere duyarlılığı, bebeğin gereksinimlerini karşılayabilme durumu, ebeveynlik kapasitesi değerlendirilmeli ve gerekli eğitimler anneye verilmelidir. Gerekli önlemler alınmadığı takdirde, verilen bilgi düzeyi yetersiz kaldığı durumlarda istismar,

malnütriyon, dehisrasyon, yanlış besleme teknikleri, hiperbilirubinemi gibi tıbbi sorunlar ve duygusal problemler ortaya çıkmaktadır (Yıldız, 2008).

Doğumdan hemen sonraki erken dönemde; anne ile bebeğin aynı ortamı paylaşması, annenin bebeğini kucaklaması, anne ile bebeğinin erken ten temasında bulunması ve erken dönemde emzirmesi anne ile bebeğin bağlanma sürecini hızlandırmaktadır. Ancak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anneler bebeklerinden ayrı kalmakta ve bu durumun sonucunda yoğun stres yaşamaktadırlar. Bu süreçte annenin duygusal zorluklar yaşaması annelik rolünün benimsenmesini zorlaştırdığı gibi anne-bebek bağlanmasını da etkilemektedir. Bu süreçte annelerin psikososyal ihtiyaçlarını en iyi bir biçimde değerlendirmek, annelere rol geçişinde ihtiyaçlarına göre bireyselleştirilmiş ve bütüncül bakım verebilecek kişiler hemşire/ebelerdir. Bu bağlamda sağlık profesyoneli aile merkezli bakım modelini benimseyerek anne-bebek iletişimini desteklemeli, annenin bakım deneyimini geliştirmesi sağlanmalıdır (Çağlar ve ark., 2019; Demir Acar ve ark., 2018; Köse ve ark. 2013; Çakmak ve Karaçam 2018). Bastanı et al. (2015) çalışmasında bebeğinin bakımına aktif bir şekilde katılan annenin hastane sürecini ve taburculuğunu kolaylaştırdığı görülmektedir.

Çalışmamızda annelerin tamamına yakını bebek bakımında emzirme/biberonla besleme, büyük çoğunluğunun dokunma, elini tutma, okşama, gazını çıkarma, çoğunluğunun ise kucağa alma, pırpırlama, sakinleştirme gibi bakımları yapmakta olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Araştırmamıza benzer şekilde, Çakmak çalışmasında (2015) yoğun bakımda bebeği yatan annelerin tamamına yakını dokunma, elini tutma ve okşama, ninni söylediği, büyük çoğunluğunun pırpırladığı ve sakinleştirdiği, kucağına aldığı, soluk alıp verdiğini kontrol ettiği, çoğunluğunun bebeğini emzirme/biberonla beslediği tespit edilmiştir. Çağlar ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında yoğun bakımda bebeği yatan annelerin çoğunluğunun bebeğini beslemek, vücut sıcaklığını ölçmek ve bezini değiştirmek gibi bakımlarına katılmak istedikleri tespit edilmiştir.

Turhal ve Karaca (2019)'nın çalışmasında bebeği hastanede yatan annelerin destek sistemleri sorgulandığında anneler en fazla desteği eşlerinden almakta ve bu destekten memnun kaldığını ifade etmekte, bazı anneler gerçekçi olmadığını ve

bebeğini geri getirmeyeceğini düşündüğü için kimsenin desteğini istemediğini ifade etmiştir. Çok az bir kısmı hemşire desteği aldığını ve bu destekten memnun kaldığını ifade etmektedir. Hemşire/ebelerin annelerin fiziksel sağlığını takip ettiği düzeyde ruhsal sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından anneye destek olması büyük öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Çakmak çalışmasında (2015) annelerin hemen hemen yarısının bakıma katılma konusunda hemşire/ebeden destek aldıkları ve üçte birinin hemşire/ebeden destek almak istediklerini belirtmiştir. Çakmak'ın çalışmasını destekler nitelikteki çalışmamızda ise annelerin yarısından fazlasının bakıma katılma konusunda hemşire/ebeden destek aldığı ve yarısının bakıma katılma konusunda hemşire/ebeden destek almak istediğini ifade etmiştir. Bu durum annelerin hemşire/ebelerden beklediği bakım ve desteği aldığını göstermektedir. Ayrıca Gülşen ve Doğan Merih'in (2018) çalışmasında annelerin %65,4'ünün bebek bakımı ve beslenmesi konusunda, %26,9'unun ev işlerinde destek almak istedikleri tespit edilmiştir. Çalışmamızda annelerin yarısının (%52,4) evde ev işleri ve bebeğin bakımından kendine yardımcı olan birisi olduğunu ifade etmektedir (Tablo 3). Bu durumun kültürümüzle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yüksekokul/üniversite mezunu olan, çalışan, geliri giderine denk olan ve vajinal doğum yapan annelerin bakıma katılma gözlem puanının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Sosyal güvence durumu, gebeliğin planlı olma durumu, doğum öncesi bakım hizmeti alma, bebeğin cinsiyeti ve evde ev işleri ve bebeğin bakımında yardımcı bulunma durumları annelerin bakıma katılma durumunu etkilememektedir (Tablo 6).

Bakıma katılma gözlem puanı 0-19 puan arasındaki değerlerden oluşmaktadır. Puan yükseldikçe annenin bakıma katılması oranının arttığını göstermektedir. Çakmak (2015) çalışmasında bakıma katılma gözlem puan ortalaması $11,15 \pm 3,66$ olarak tespit edilmiş ve etkileyen faktörlere bakıldığında; gebelik haftası, bebeğin ağırlığı ve annelerin sağlık güvencelerinin olması olarak sıralanmıştır. Çalışmamızda ise bakıma katılma gözlem puanı ortalaması $9,27 \pm 4,48$ olarak tespit edilmiştir. Bebeğinin sağlık sorunları nedeniyle endişe içinde olan annenin depresyona yatkınlığı, içinde bulunduğu ruhsal durumu bebeğin bakımını sağlamasını etkilemektedir (Tablo 4). Tüm bunların yanında pandemi sürecindeki ziyaretçi kısıtlaması nedeniyle belli bir

süre annenin bebeğinden ayrı kalmasının ardından kısa süre içinde annenin bebeğine, bakımlara ve yoğun bakım ortamına adaptasyonu beklenmektedir. Haliyle annelerin bu sürece adaptasyonları sırasında yaşadığı duygu karmaşası bakıma katılma puanlarını etkilediği düşünülmektedir.

5.4. ANNELERİN DUYGUDURUM PROFİLLERİ

Postpartum dönem; annelerin bebek bakımı vermesi, bebekle iletişim kurması, bebek için güvenli çevre oluşturma, bebekle ilgili problemlerle başetmesi, yeni rolleri öğrenmesi ve aile duyarlılığı geliştirmesi gereken önemli bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönem aile için doyum sağlayan, olumlu bir dönem olarak yaşanabileceği gibi krize dönüşen bir dönem olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Bu dönem annede oluşan fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yanında sorumlulukların üstlenildiği, annelik rolünün geliştiği zor bir süreçtir. Kadınların çoğu gebelik ve doğum ile gelişen fizyolojik, sosyal ve psikolojik değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken bazı kadınlarda duygudurum bozuklukları gelişebilmektedir (Beydağ, 2007). Çalışmamızda, duygudurum profili puanı ortalamasının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Bu durum annelerin bebeklerine kavuşması, sağlık durumunun tabuculuğa elverişli olması, bebeklerinin bakımıyla ilgili endişelerinin minimum olması, bilgi eksikliklerini giderdikleri, bebekleriyle maternal bağlanma için ilk adımı attıkları duygu yüklü, mutlu oldukları anın sonrasında verilerin toplanması duygudurumlarının iyi olduğu sonucunu verdiği düşünülmektedir.

Postpartum dönemde görülen yorgunluk; annelik davranışını, annenin fonksiyonel durumundaki düzelmeyi, bebek bakımını, iş performansını, aile üyeleriyle ilişkisini ve kendini gerçekleştirme davranışlarını olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Yorgunluk doğum sonu dönemde beklenen ve yaygın görülen bir durumdur. Ancak yorgunluğun şiddetinde artma söz konusu olduğunda anne sağlığının bozulması, annenin günlük aktivitelerine geç dönmesi, erken emzirmeyi bırakma ve bebeğin gelişiminde olumsuz etkilere neden olmakta, anne ve bebek bağlanmasını olumsuz etkilemektedir (Ataş ve Özerdoğan, 2021). Gülerdoğan (2017) çalışmasında; gelir getiren bir işte çalışmayan annelerin çalışanlara, geniş ailede yaşayanların çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yorgun ve düşük enerji düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Yine ekonomik durumu orta düzeyde olanların

iyi olanlara göre daha yorgun ve daha düşük enerji düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Anne ve bebeğin ten-tene temasta bulunması, annelerin yaşlarının artması yorgunluk düzeylerinin de artmasına enerji düzeylerinin azalmasına neden olduğu belirtilmiştir. Yüksek eğitim düzeyine sahip olanları ise daha yorgun ve düşük enerji düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda lise mezunu olan annelerin dinçlik-aktivite duygusunu belirgin olarak yaşadıkları tespit edilmiştir (Tablo 5). Uludağ ve Ünlüoğlu (2012)'nin çalışmasında bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin stres ve kaygı durumları incelenmiş olup eğitim düzeyleri arttıkça stres ve kaygılarının azaldığı saptanmıştır. Çalışmamızda, yüksekokul/üniversite mezunu olan annelerin karmaşa-şaşkınlık duygularını belirgin olarak yaşadıkları tespit edilmiştir (Tablo 5).

Annenin bebeğine doğum salonunda erken dokunması Duygudurum Profili (DP) ölçeği ve depresyon-keder, yorgunluk duygularını düşük düzeyde yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 8). Anneler doğum salonunda doğumun hemen ardından bebeklerine dokunduklarında bebeklerinin sağlıklı olduğunu hissettikleri için duygudurumlarının üst düzeyde iyi olduğu düşünülmektedir. Anne bebeğine yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ilk dokunma zamanının geç olması yorgunluk ve dinçlik-aktivite duygu düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8). Anneler bebeklerini taburculuğa yakın klinik durumlarının iyi olduğu dönemde ilk kez dokunduklarında öncesinde yaşadıkları zorlu süreci geride bıraktıkları için duygusal durumları daha iyi durumda olduğu düşünülmektedir.

Doğum sonrası kilo alımı, anneleri psikolojik olarak olumsuz etkilemekte ve doğum yapan annelerin birçoğunun fazla kilolu olduğu görülmektedir. Ayrıca fiziksel olarak da yeterince aktif değildirler. Bu bağlamda anneleri egzersiz yapmaya yönlendirmek annenin hem bedensel sağlığını hem de psikolojik sağlığını olumlu yönde etkileyecektir (Daley et al., 2009). Ayrıca gebelik sürecinde annenin kilo alması yani BKİ'nin artması bebeğinin gelişimini desteklediğini düşündüğü için kendini daha mutlu hissettiği bazı çalışmalarda görülmüştür (Selçuk ve ark., 2012). Bu çalışmayı destekler nitelikteki çalışmamızda da BKİ arttıkça Duygudurum profili (DP) ölçeği ve dinçlik-aktivite alt boyut skorunun azaldığı görülmüştür (Tablo 8).

Erdoğan ve ark. (2014) çalışmasında süregelen infantil kolik, ebeveynlerde öfke ve

tükenmişlik duygularına neden olmakta özellikle sürekli ağlama ve uyku düzensizliği annede postpartum depresyon, sinirlilik, anksiyete ve suçluluk gibi duygular uyandırmaktadır. Özellikle bu durum anne yaşı ile postpartum depresyonun negatif ilişkisi olduğu, ileri yaşlardaki annelerin tecrübelerine dayalı olarak olumsuz gelişen olaylarla baş etme yöntemleri geliştirdikleri, daha az psikiyatrik belirti gösterdikleri görülmektedir. Ayrıca annelerin yaşı küçüldükçe öfke, red, bağlanma bozukluğu gibi belirtiler görülmektedir (Herek, 2018; Rich-Edwards et al. 2006). Çalışmamızda da literatürü destekleyecek şekilde annelerin yaş arttıkça öfke ve karmaşa-şaşkınlık duygu düzeylerinde azalmaya neden olmaktadır (Tablo 8). Annelerin yaşları arttıkça tecrübeleri de orantılı olarak artmakta olaylarla baş etme becerileri geliştiği için öfke ve karmaşa-şaşkınlık duygularını alt düzeyde yaşadıkları düşünülmektedir.

Doğum sonu dönemde anneler bebeğin bakımı, çeşitli nedenlerden dolayı suçluluk duygusu duyma, ekonomik sıkıntılar, yeni sorumluluklar, eş ve aile ile olan iletişimdeki değişiklikler gibi pek çok sorun yaşayabilmektedirler. Bu sorumluluklar anne üzerinde stres, anksiyete, öfke gibi karmaşık duygular yaşamasına neden olmaktadır (Selçuk ve ark., 2012). Postpartum depresyonun gelişme nedenlerine bakıldığında biyolojik, psikososyal nedenlerin yanında düşük gelir düzeyi, yakın çevreden destek görememe, anne yaşının küçük olması şeklinde sıralanabilmektedir (Bingöl ve Tel, 2007). Erdim ve ark. (2006) çalışmasında çocuğun hastanede yatış süresinin uzaması, ilaç ve tıbbi harcamalar dışında ekstra ekonomik yük getirmesinden dolayı düşük gelirli ailelerin veya sosyal güvencesi olmayan ailelerin durumdan daha fazla etkilendikleri, zayıf uyum gösterdikleri ve kaygı düzeylerinin arttığı bildirilmiştir. Literatürü destekler nitelikte çalışmamızda da geliri giderinden az olan annelerde karmaşa-şaşkınlık duygularını fazlaca yaşadıkları ayrıca sosyal güvencesi olmayan annelerin öfke-saldırganlık ve karmaşa-şaşkınlık duygularını daha fazla yaşadıkları görülmektedir (Tablo5).

Annelerin çalışma durumu yorgunluk düzeylerini etkilemekte yorgunluk düzeyinin yüksek olması ise annede strese, yetersizlik ve menuniyetsizlik duygusuna, umutsuzluğa, sinirliliğe ve ebeveyn ilişkilerinde bozulmaya neden olmaktadır (Semerci, 2019). Çalışmamızda çalışan annelerin öfke-saldırganlık duygularını fazla yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Annenin bebeği ile olumlu ilişki kurabilmesi için; öncelikle anneliğe hazırlanmış olması gerekir ve bebeğini isteyerek doğurması, bebeğini sevmesi ve ihtiyaçlarını anlayarak karşılaması gerekmektedir (Keleş ve ark., 2020). Taner (2014) alışmasında planlanmadan gebe kalan kadınların postpartum dönemde bebeklerini emzirmede sorun yaşadıkları, prematüre doğum ve bebeğin düşük doğum ağırlıklı olmasıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Ayrıca planlanmadan gebe kalan annelerin planlayarak gebe kalan annelere göre bebekleriyle daha zor iletişim kurduğu görülmektedir. Çalışmamızda, gebeliği planlı olmayan annelerin öfke-saldırganlık duygusunu belirgin biçimde yaşadıkları görülmektedir (Tablo 5).

Çalışmamızda vajinal doğum yapan annelerin karmaşa-şaşkınlık duygularını belirgin bir biçimde yaşadıkları görülmektedir (Tablo 5). Sağlıklı gebelik süreci geçiren anne doğum esnasında ve sonrasında bebeğinde bir problem olmayacağını düşüncesine kapılmaktadır. Doğum esnasında ya da doğum sonu dönemde grlen sağlık problemi anne ile bebeğin ayrı kalmasına ve annede karmaşık duygulara neden olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda her iki doğum şeklinde de bebekte sağlık problemi olması ve hastanede yatış durumu annedeki stres kaynağının asıl nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

Öztürk ve Saruhan (2013)'nın çalışmasında canlı doğum sayısının artmasıyla anneler kendilerine az vakit ayırmalarına, yeterince dinlenememelerine, uykusuz kalmalarına neden olduğu belirtilmiş olup tüm bunların annelerin duygudurumunu olumsuz yönde etkilediği, postpartum depresyona yatkınlığa neden olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda toplam gebelik ve canlı doğum sayısının artması annede her ne kadar olumsuz durumlara neden olsa da annenin tecrübeli olmasına, krizleri yönetebilme kabiliyetini ve stresle başetme yöntemleri geliştirmesine neden olduğu için karmaşa-şaşkınlık duygularını daha az yaşamalarına neden olmaktadır (Tablo5).

Anne-babalar bebeklerinin zamanında doğmasını beklerken bebeğin prematüre doğması ve sağlık problemlerinin olması bebek sahibi olmanın verdiği mutluluğu yaşayamadan çok, endişe, suçluluk, kızgınlık, umutsuzluk gibi duygular yaşamaktadırlar (Yzgen, 2018). Literatürü destekler nitelikte olan çalışmamızda doğum haftası arttıkça annelerde öfke ve karmaşa-şaşkınlık duyguları belirgin şekilde artmaktadır (Tablo 5). Anneler erken doğum yaptıklarında bebeklerinin

gelişimlerini tamamlamadan doğdukları için kendilerini suçlu hissetmelerine neden olduğundan kendilerine ve olaylarına karşı öfke duydukları görülmektedir. Bilinmeyen durumlarla karşılaşmaları karmaşık duygular hissetmelerine neden olduğu için gebelik haftasının annelerin duygudurumları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda doğum öncesi bakım hizmeti alma, bebeğin cinsiyeti ve evde ev işleri ve bebeğin bakımında yardımcı bulunma durumları annelerin duygudurumunu etkilemediği görülmektedir (Tablo 5).

5.5. ANNELERİN DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BAKIMA KATILMA DURUMLARI VE DOĞUM SONU DEPRESYON DÜZEYLERİ

Ay (2018)'ın incelediği çalışmaların % 30,7'sinde yaş faktörünün postpartum depresyonu etkilediği, %33,3'ünde yaş faktörünün postpartum depresyonu etkilemediği, % 36'sında ise yaş ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Gülnar ve ark (2010) yaptığı çalışmada anne yaşı ile postpartum depresyon arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda ise annelerin yaşı arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı sonucuna varılmaktadır (Tablo 9).

Selçuk ve ark. (2012) yaptığı çalışmada gebelik boyunca alınan kilonun az olması depresyona yatkınlığı arttırdığı saptanmıştır. Bu bağlamda postpartum depresyon risk faktörü açısından annelerin gebelik boyunca yetersiz beslenme sonucu kilo alımının az olması üzerinde durulması gerektiğini savunmuşlardır. Çalışmamızda da BKİ arttıkça postpartum depresyonun azaldığı görülmüştür (Tablo 9). Bunun sonucunda annelerin gebelik boyunca aldıkları kilo arttıkça yeterli miktarda beslendiklerini düşündüğü için depresyon riskini azalmaktadır.

Annelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde bebeklerinin bakımına katılma durumlarını etkilemediği saptanmıştır (Tablo 9). Bakıma katılma durumunu annenin içinde bulunduğu duygudurum, özellikle bebeğinin klinik durumu, kilosu, görünümü etkilemektedir. Bebeğinin annenin bilmediği cihazlara bağlı olması, bebeğinin gözüne küçük görünmesi, küvöz dışından bebeğini izole olarak görmesi

bakım esnasında bebeğine zarar vereceği düşüncesine kapılmasına neden olmaktadır. Tüm bunlar annenin bebeğinin bakımına katılımını etkileyen önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

5.6. ANNELERİN BAKIMA KATILMA DURUMLARI, DUYGUDURUM PROFİLLERİ VE DOĞUM SONU DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Postpartum depresyonun duygudurumda değişiklik, enerji kaybı, aşırı yorgunluk, anksiyete, panik, bebeğinin bakımını verememe endişesi, bebeğiyle duygusal bağ kuramama endişesi, bellekte zayıflama, uyku bozuklukları, sosyal izolasyon, bebeğiyle ilgilenmek istememe, bebeğe zarar vermeyi isteme düşüncesi şeklinde geniş yelpazeye sahip olduğu görülmektedir. Annenin duygudurumu bozuldukça bu belirtiler gittikçe ağır tablo haline gelmektedir (Gereklioğlu ve ark., 2007). Çalışmamızda destekler nitelikte olup annelerin duygudurumu bozuldukça depresyon düzeylerinin de arttığı sonucuna varılmıştır (Tablo 10).

Can ve ark. (2020)'nın çalışmasında depresyon ile yorgunluk arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir. Primipar anneler ambivalans ve kayıp duygusu yaşamaktadırlar. Vücut imajında kayıp olması, önceki yaşam tarzında ve bağımsızlığında kayıp yaşamaktadır. Annenin önceki yaşam döneminde doyurulmamış yaşantısı olduğunda bebeğin ihtiyaçlarının bunaltıcı olarak hissedilmesine sebep olarak annenin öfkesini bebeğine veya kendisine yönlendirmesine neden olarak olumlu bir annelik imajını içselleştirememektedir (Erdem ve Çelepkolu, 2014). Çalışmamızda da annelerde depresyon düzeyi arttıkça gerilim, öfke, yorgunluk ve dinçlik gibi duygularda yoğunluk yaşamaktadırlar (Tablo 10).

Bebeğin bakımına katılması hem bebek hem de anne için olumlu duygular geliştirmektedir. Hemşirelerin annelerin bakıma katılma için hazır olup olmadıklarını değerlendirmeleri gerekmektedir. Hemşireler bu dönemde annelere yol göstererek, destekleyerek eğitim ve danışmanlık rolleriyle aile merkezli bakımı sağlamalıdır (Çelik, 2018). Annenin bebeğinin durumu hakkında etkin bir biçimde bilgi alamaması güven duygusunda azalmaya sebep olarak bakıma katılımına engel olmaktadır. Bu durum annede anksiyete, üzüntü ve yalnızlık duygusuna neden

olmaktadır (Boztepe ve ark., 2019). Annelerin bakıma katılma durumu annede annelik rolünün gelişimine katkıda bulunmaktadır (Çakmak, 2015). Tüm bunlar doğrultusunda görüldüğü üzere annenin bakıma katılması hem anne sağlığını hem de bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Dur ve ark., 2016). Çalışmamızda da bakıma katılma gözlem puanı düşük ($9,27 \pm 4,48$) olarak tespit edilmiştir. Bakıma katılma gözlem puanı bebeğin görünüşü, kliniği, annenin duygudurumu ve postpartum depresyon ile ilişkilidir.

Sınırlılıklar

Çalışmamızın verilerinin toplandığı dönem pandemi sürecine denk gelmektedir. Bu süreç içinde hastanelerde hastaların ve toplum sağlığı açısından ziyaretçi kısıtlaması uygulanmıştır. Yenidoğanların bağışıklık sistemi henüz gelişmediği için ziyaretçi kısıtlaması yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tavizsiz uygulanmıştır. Bu süreçte anneler bebeklerini taburculuktan hemen önce taburculuk eğitimi aldıkları süre içinde doğumdan sonra ilk kez görmektedirler. Yoğun bakım ünitesinde bebeğin yatış süresi ortalama 10 gün olarak tespit edildi. Hastanede yatış süresinin uzun olmasının yanında ziyaretçi kısıtlamasıyla birlikte annelerin bebeklerini geç görmeleri araştırmanın sonucunu etkilediği düşünülmektedir. Bu durum çalışmamızın sınırlılığı olarak karşımıza çıkmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bebegi yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin bakıma katılma durumları ve duygudurum profillerinin postpartum depresyon ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Annelerin yaş ortalaması $29,27 \pm 6,46$, BKİ ortalaması $27,78 \pm 5,06$, %39,3'ü lise mezunu ve tamamının evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).
- Annelerin hemen hemen tamamı bebeğini istediğini, yarısından fazlası doğum öncesi bakım hizmeti aldığını söylemişlerdir (Tablo 2).
- Yenidoğanların hastaneye yatış nedenleri çoğunlukla sepsis, hiperbilirubinemi ve solunum sıkıntısı olarak tespit edilmiştir (Tablo 2).
- Annelerin tamamına yakınının bebeğini beslediği, şefkat gösterdiği, gazını çıkardığı, kucağına aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).
- Anneler, bakıma katılma konusunda en fazla hemşire/ebelerden destek almak istediklerini ve en fazla hemşire/ebelerden destek aldıklarını bildirmişlerdir (Tablo 3).
- Yüksekokul/üniversite mezunu olan, çalışan, geliri giderine denk olan ve vajinal doğum yapan annelerin bakıma katılma gözlem puanının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).
- Annelerin postpartum depresyon ölçek skorunun düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).
- Yüksekokul/üniversite mezunu olan annelerde şaşkınlık-hayret duygusu belirgin düzeyde görülmüştür. Çalışan annelerde öfke-saldırganlık duygusu, sosyal güvencesi olmayan annelerde öfke-saldırganlık ve şaşkınlık-hayret duyguları, geliri giderinden az olan annelerde şaşkınlık-hayret duygusu belirgin düzeyde görülmüştür. Gebeliği planlı olmayan annelerde öfke-saldırganlık duygusu, vajinal doğum yapan annelerde şaşkınlık-hayret duygusu yüksek düzeyde görülmüştür (Tablo 5).
- Duygudurum Profili skorunun düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).
- Vajinal doğum yapan annelerin Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçek Skoru sezaryen doğum yapan annelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7).

- Yaş ve BKİ ile Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçek skoru arasında negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).
- Anneler doğum salonunda bebeğine ilk dokunma zamanının erken olması annenin duygudurumunu olumlu etkilediği gözlenmiştir. Annenin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeğine ilk dokunma zamanı erken olması ise duygudurumunu olumsuz yönde etkilediği gözlenmiştir (Tablo 8).
- Annelerin postpartum depresyon düzeyi ile duygudurum profili arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, annelerin depresyon düzeyinin bakıma katılmalarını etkilediği saptanmıştır (Tablo 10).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşire/ebelerin olumlu yaklaşımları ve destek vermeleri, annenin annelik rolünü benimsemesine, bebeğine bakabileceği konusunda annenin özgüven kazanmasına, taburculuk sonrası hastaneye yatış oranının azalmasına, anne bebek ilişkisinin gelişmesine katkıda bulunarak annenin postpartum depresyon riskini azaltacağı düşünülmektedir.
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşire/ebelerin anne ve bebek sağlığını gözeterek annenin bebeğinin bakımına katılımını desteklemeleri önerilmektedir.
- Yoğun bakımda bebeği bulunan annelerin bebeklerin bakımına katılımları ile ilgili hemşire/ebelere hizmet içi eğitimler planlanabilir.
- Bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelere yönelik farklı ölçeklerle ve farklı desende çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdulrahuman, Ramanujam Ga. (2016). Study On Prevalence And Symptoms Of Postpartum Blues. Indian Journal Of Applied Research, 3(6): 480-482.
- ACOG, (American College Of Obstetricians And Gynecologists) (2010). Committee On Obstetric Practice. Acog Committee Opinion, Screening For Depression During And After Pregnancy. Obstet Gynecol, 115:394–5. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181d035aa
- Ahmed H A, Alhatib A, Luo J. (2021). Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta–analysis. BMC Pregnancy Childbirth, 21:542.
- Akbaş M, Akça E, Şenoğlu A, Gökyıldız Sürücü Ş. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anne-Babaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Sted, 28 (2): 87-97. DOI: 10.17942/sted.457029
- Aksoy Bulgurcu, R. (2019). Preterm Ve Term Doğum Yapan Kadınlarda Anne-Bebek Bağlılığının ve Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Aralık, (Danışman: Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ).
- Altun E, Kaplan S. (2021). Doğum Travmasının Anne ve Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi, Türkiye Sağlık Bilimleri Ve Araştırmaları Dergisi, 4(1), 54-66.
- Altuntaş N. (2020). How Hospitalization In The Neonatal Intensive Care Unit Affects The Breastfeeding Process?, Pam Med J,13:579-586. doi: <https://dx.doi.org/10.31362/patd.670659>.
- Aslan, Y. (2016). Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Depresyon Riski İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. Emel EGE)
- Ataşer, G, Öz, İ,Ş, Sardarli, S, Sivri Aydın, D, Boran, B, A. (2017). Doğumun Yöntemi Anne Postpartum Duygu Durumunu Etkiliyor Mu? Postpartum Sci-90r. İstanbul Med J; 18: 62-7. DOI: 10.5152/imj.2017.15013
- Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. (2018). Postpartum Depresyon ve Etkileyen Faktörler: 2000–2017 Araştırma Sonuçları. J Psychiatric Nurs, 9(3):147-152. DOI: 10.14744/phd.2018.31549

- Babacan Gümüş A, Keskin G, Alp N, Özyar S, Et Al. (2012). The Prevalence Of Postpartum Depression And Associated Variables [Article İn Turkish]. Yeni Symposium;50: 145–54.
- Bal Erbaş G, Şengezer T, Yıldırım U, Özkara A. (2020). Ankara’da Bir Kadın Doğum Hastanesine Başvuran Gebelerde Sigara Kullanımı ve Sigara Dumanından Pasif Etkilenme Durumlarının Araştırılması. Konuralp Tıp Dergisi;12(2): 261-269. DOI: 10.18521/ktd.653859
- Balcı M. (2018). Prematüre Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakımda Yatan Annelerde Anne Bebek Bağlanması ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. Emine GEÇKİL).
- Bastani F, Abadi Ta, & Haghani H. (2015). Effect Of Family-Centered Care On Improving Parental Satisfaction And Reducing Readmission Among Premature Infants: A Randomized Controlled Trial. J Clin Diagn Res, 9(1): Sc04. DOI: 10.7860/JCDR/2015/10356.5444.
- Beydağ K.D. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum Ve Hemşirenin Rolü, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6): 479-484.
- Bhutani V K, Wong R J, Stevenson D K. (2016). Hyperbilirubinemia İn Preterm Neonates. Clin Perinatol, 43: 215-232. doi: 10.1016/j.clp.2016.01.001.
- Bingöl, T,Y Tel, H. (2007). Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri İle Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(3):1-6.
- Birgili F. (2020). Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonu Konforu ve Etkileyen Faktörler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(3): 351-360. DOI: 10.17049/ataunihem.484941
- Bloch M, Daly R C, (2003). Rubinow Dr. Endocrine Factors İn The Etiology Of Postpartum Depression Compr Psikiyatri, 44: 234–46. DOI:10.1016/S0010-440X(03)00034-8

- Boztepe, H, Yıldız, G,K, Çınar, S, Ay, A. (2019). Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Alma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Acu Sağlık Bil Dergisi*, 10(4):748-755.
- Bülbül, A., Okan, F., & Nuhoğlu, A. Yenidoğanın Fiziksel Doğum Travmaları.
- Can R, Dereli Yılmaz S, Çankaya S, Kodaz N. (2019). Gebelikte Yaşanan Sorunlar ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 29(2):58-64.
- Can, R, Sayiner, F, D, Ünsal, A, Ayrancı, Ü. (2020). Postpartum Dönemdeki Kadınların Depresyon ve Yorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*: 2(2): 73-80.
- Cantürk D, Akgün Kostak M. (2020). Vajinal Doğum Yapan ve Sezaryen Operasyonu Geçiren Annelerin İlk Emzirme Davranışları, Emzirme Öz-Yeterlilik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 13 (3):382-394. doi:10.26559/mersinsbd.718662
- Chandrasekharan P K, Rawat M, Madappa R, Rothstein D H, Lakshminrusimha S. (2017). Congenital Diaphragmatic Hernia – A Review. *Maternal Health, Neonatology And Perinatology*, 3: 6. DOI 10.1186/s40748-017-0045-1
- Chu P Y, Li J S, Kosinski A S, Honik C P, Hill K D. (2017). Congenital Heart Disease İn Premature Infants 25-32 Weeks' Gestational Age. *J Pediatr*, 181: 37-41. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.10.033
- Çağlar S, Ar I, Yaşa B, Kurt Ş. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım: Anne Görüşleri. *Sted*, 28 (2): 120-126. DOI: 10.17942/sted.495198
- Çakmak E, Karaçam Z. (2018). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anneler İçin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği: Ölçek Geliştirme, Geçerlik Ve Güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2):69-78.
- Çakmak E. (2015). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakıma Katılmalarının Kaygı Düzeyleri ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Prof. Dr. Zekiye Karaçam)

- Çalık, K.Y, Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 3(1):142-162.
- Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç Taşcıoğlu G, Türkmen M. (2008). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1):31-43.
- Çelik, M,Y (2018). Çocuk Hastalarda Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, Sayı: 28(1): 26-31.
- Çimen K, Varol H. (2021). Maternal Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 4(3):126-135. DOI:10.54803/Sauhsd.97748.
- Daley A, Jolly K, Macarthur C. (2009). The Effectiveness Of Exercise In The Management Of Post-Natal Depression: Systematic Review And Meta-Analysis. *Fam Pract*, 26: 154–62. DOI: 10.1093/fampra/cmn101.
- Demir Acar, M, Günay, U, Çevik Güner, Ü.(2018). Bebeği Konjenital Anomalili Doğan Annenin Anne-Bebek Bağlanmasında Yaşadığı Güçlükler ve Hemşirenin Rolü. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 10(2):169-76. DOI: 10.5336/nurses.2017-58647.
- Demir S, Şentürk M B, Çakmak Y, Altay M. (2016). Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler, *Haseki Tıp Bülteni*, 54.83-9. DOI: 10.4274/haseki.2856
- Dinçtürk, S. (2019). Akşehir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Isparta, (Danışmanı Prof. Dr. Ersin Uskun).
- Doğan G, Kızıltan G. (2019). Evaluation Of Mothers' Postpartum Depression Risk Factors. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2): 105-121.
- Dur, Ş, Gözen, D, Bilgin, M. (2016). Devlet ve Özel Hastanedeki Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutum ve Davranışları, *The Journal Of Current Pediatrics*, 14:1-9. DOI:10.4274/jcp.67699.

- Dündar T, Özsoy S, Aksu H, Toptaş B. (2019). Obstetrik Özelliklerin Gebelikte Distres Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1): 17-24.
- Engindeniz An, Küey L, Kültür S. (1996). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Bahar Sempozyumları 1 Kitabı*, Psikiyatri Derneği Yayınları. 51-2.
- Erdem Ö, Çelepkolu T. (2014). Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 8(3):93-99. DOI: 10.5455/tjfmpe.158709
- Erdem Ö, Erten Bucaktepe G. (2012). The Prevalence And Screening Methods Of Postpartum Depression. *Dicle Tıp Dergisi*, 39 (3): 458-461. doi: 10.5798/diclemedj.0921
- Erdeve Ö, Atasay B, Arslan S Ve Türmen T. (2008). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Deneyiminin Aile ve Prematüre Bebek Üzerine Etkileri, *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi*, 51: 104-109.
- Erdim, L, Bozkurt, G, İnal, S. (2006). Annelerin Çocuklarının Hastaneye Yatışından Etkilenme Durumlarının Araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3): 36-43.
- Erdoğan A, Çetinkaya F. (2019). Kayseri İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Ksu Medical Journal*, 14(3): 135-141. DOI: 10.17517/ksutfd.583184.
- Erdoğan, F, Kadak, M,T, Kartal, V, Arıcı, N, Eliaçık, M, Demirel, Ö,F, İpek, İ,Ö. (2014). İnfantil Kolikli Bebeklerin Annelerinde Postpartum Depresyon. *New/Yeni Symposium Journal*; 52(1):7-11. <https://dx.doi.org/10.5455/NYS.20140911011652>
- Erkal Aksoy, Y, Ünal, F, İnçke, G, Çil, G, Oruç, K, Yılmaz, T, Yıldırım, Ş, Dereli Yılmaz, S. (2016). Postpartum Depresyonun Emzirme Üzerine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.5(3): 90-96.
- Ersoy E, Karasu Y, Yaşar Çelik E, Ersoy A Ö, Tokmak A, Taşçı Y. (2015). Gebeliği Plansız Olan Kadınların Kişisel Özellikleri ve Kontrasepsiyon Hakkındaki

- Düşünceleri. Journal Of Clinical And Experimental Investigations, 6 (3): 250-255. doi: 10.5799/ahinjs.01.
- Eryürek, D, Başdaş, Ö, Korkmaz, Z, Yıldız, İ, Mumcu, Ö, Bayat, M. (2021). Prematüre Bebek Annelerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Deneyimleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi: 8(2),196-202. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.968835>
- Fasanella, D.R, Luttrell S.E, Tejada F.R, Ngokobi H, Ayuk-Taba M. (2018) Use Of Antidiabetic, Antihypertensive, And Psychotropic Drugs İn Pregnancy. Side Effects Of Drugs Annual. Volume 40, Pages 547-558. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0783.
- Frieder A. Fersh M. Hainline R. Deligiannidis K. M. (2019). Pharmacotherapy Of Postpartum Depression: Current Approaches And Novel Drug Development. Cns Drugs, 33(3): 265–282. Doi:10.1007/S40263-019-00605-7.
- Gereklioğlu, Ç, Poçan, A,G, Başhan, İ. (2007). Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst:17, 126-133.
- Ghaedrahmat, M, Kazemi, A, Kheirabadi, G, Ebrahimi, A, Bahrami, M. (2017). Postpartum Depression Risk Factors: A Narrative Review. Journal Of Education And Health Promotion, 6: 60. doi: 10.4103/jehp.jehp_9_16.
- Gökdoğan Keleş, M, Taşpınar, A, Altınkaya, S,Ö. (2020). Özel Durumlara Sahip Ebeveynlerin Doğum Sonu Döneme Uyumları Ve Ebelerin Sorumlulukları. Ksü Tıp Fak Der;15(2): 94-100. DOI: 10.17517/ksutfd.530604
- Gökşen Şimşek, D, Ecevit, A, Hatipoğlu, N, Çoban, A, Engin Arısoy, A, Baş, F, Yeşiltepe Mutlu, G, Bideci, A, Özek, E. (2018). Yenidoğan Hiperglisemisi, Hangi Eşik Değer, Tanısal Yaklaşım Ve Tedavi? Türk Neonatoloji Ve Çocuk Endokrinoloji Ve Diyabet Dernekleri Uzlaş Raporu. Turk Pediatri Arşivi; 53(1): 234-238. DOI: 10.5152/TurkPediatriArs.2018.01821.
- Gülınar D, Sunay D, Çaylan A. (2010). Postpartum Depresyon İle İlişkili Risk Faktörleri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 20(3).

- Gülşen Ç Ve Doğan Merih Y. (2018). Doğum Sonu Dönemde Anneler Kimden Hangi Desteği Bekliyor? Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 4 (1):20-34.
- Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J, Diehl T, Ehrhardt S, Hendel A, Nestoriuc Y, Schulte-Markwort M, Der, A V. (2015). Very Low Birth-Weight As A Risk Factor For Postpartum Depression Four To Six Weeks Postbirth İn Mothers And Fathers: Cross-Sectional Results From A Controlled Multicentre Cohort Study. Journal Of Affective Disorders. 180 :154–61. DOI: 10.1016/j.jad.2015.04.001
- Herek, B (2018). Yenidoğan Yoğun Bakımda Kanguru Bakımı Uygulanan Prematür Bebek Annelerinde Maternal Bağlanma ve Postpartum Depresyon, Yüksek Lisans Tezi, Temmuz, (Danışman: Doç. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR).
- Holme N, Chetcuti P. (2012). The Pathophysiology Of Respiratory Distress Syndrome İn Neonates. Paediatrics And Child Health, 22: 507-512. DOI:10.1016/j.paed.2012.09.001
- Karahan N, Gençalp N S, Bingöl F, Aydın R, Benli A R. (2017). Postpartum Depresyonun Bebekle İlişkili Risk Faktörleri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 19(3): 204-213. DOI: 10.24938/kutfd.331954
- Karamustafa, F.C. (2017). Postpartum Depresyonda Evlilik Doyumu Ve Benlik Saygısının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Ömer Saatçioğlu)
- Keklikçi Y, Dorum B, Vatansever A. (2020). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ailelerin Stres Düzeyleri ve Baş Etme Yöntemleri, Van Tıp Dergisi, 27(2): 160-165. DOI: 10.5505/vtd.2020. 50465
- Koçak, D. Y, Duman, N. B. (2016). Postpartum Depresyon ve Hemşirelik Yaklaşımı. Literatür Sempozyum Dergisi, 9; 21-26.
- Konukbay D, Arslan F. (2011). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Yenidoğan Ailelerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(2):16-22.

- Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. (2013). Yenidoğanın Anne ve Baba İle Bağlanma Süreci. *Sürekli Tıp Dergisi*, 22(6): 239-245.
- Kurt Can, E. Ejder Apay, S. (2020). Doğum Şekli: Doğum Sonu Konfor ve Doğumdan Memnuniyet Düzeylerini Etkiler Mi? İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(3), 547-565 doi: 10.33715/inonusaglik.753497
- Lakshminarayanan B, Lakhoo K. (2014). Abdominal Wall Defects. *Early Hum Dev*, 90: 917-920. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2014.09.018
- Lee D T, Yip A S, Leung T Y, Chung T K. (2000). Identifying Women At Risk Of Postnatal Depression: Prospective Longitudinal Studyhong Kong Med J, 6 :349–54.
- Leigh B, Milgrom J. (2008). Risk Factors For Antenatal Depression, Postnatal Depression And Parenting Stress. *Bmc Psikiyatri*, 8:24. doi:10.1186/1471-244X-8-24.
- Mathisen Se, Glavin K, Lien L, Lagerløv P. (2013). Prevalence And Risk Factors For Postpartum Depressive Symptoms İn Argentina: A Cross-Sectional Study. *Int J Womens Health*, 21(5):787-93. DOI: 10.2147/IJWH.S51436
- Mc Nair D, Lorr M, Droppleman L. (1981). *Profile Of Mood States Manual*, Educational And İndustrial Testing, 1. Baskı, San Diego.
- Merey, Z. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Yaşadıkları Problemler İle Başa Çıkmasında Dinin Rolü. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENTEPE LOKMANOĞLU)
- Noyan Ahlatcıoğlu E. (2017). Gebe Kadınlarda Prenatal Bağlanmanın Depresyon Düzeyleri ile İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hakan KARAŞ).
- Omak D. (2017). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, (Danışmanları: Yrd. Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN)

- Özşahin Z, Akça E, Gökbulut N. (2020). The Relationship Between Postpartum Depression Level And Maternal Attachment. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(3): 715-724. doi: 10.33715/inonusaglik.757249
- Öztürk, R, Saruhan, A. (2013). 1-4 Aylık Premature Bebeği Hastanede Tedavi Gören Annelerin Depresyon Ve Maternal Bağlanma İlişkisinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi-1.
- Payne J.L. Maguire J. (2019). Pathophysiological Mechanisms Implicated In Postpartum Depression. Front Neuroendocrinol, 52: 165–180. Doi: 10.1016/J.Yfrne.2018.12.001.
- Pop V J M, Truijens S E M, Spek V, Wijnen H A, Son M J M, Bergink V. A. (2015). New Concept Of Maternity Blues: Is There A Subgroup Of Women With Rapid Cycling Mood Symptoms? J Affect Disord. May 15;177:74-9. Doi: 10.1016/J.Jad.2015.02.015
- Rainaldi M A, Perlman J M. (2016). Pathophysiology Of Birth Asphyxia. Clin Perinatol; 43: 409-422. DOI: 10.1016/j.clp.2016.04.002
- Raju U, Sondhi V, Patnaik S K. (2010). Meconium Aspiration Syndrome: An Insight. Med J Armed Forces India, 66: 152-157. DOI: 10.1016/S0377-1237(10)80131-5
- Rich-Edwards J W, Kleinman K, Abrams A, Harlow B L, Mclaughlin T J, Joffe H, Et Al. (2006). Sociodemographic Predictors Of Antenatal And Postpartum Depressive Symptoms Among Women İn A Medical Group Practice. J Epidemiol Community Health, 60:221–7. DOI: 10.1136/jech.2005.039370
- Rondon MB. (2003). Maternity Blues: Cross-Cultural Variations And Emotional Changes. Primary Care Update For Ob/Gyns;10(4):167-71. doi:10.1016/S1068-607X(03)00029-5
- Sangün Ö, Dünder B. (2013). Yenidoğan Döneminde Hipoglisemiye Yaklaşım. Güncel Pediatri. 11: 31-8 DOI:10.4274/Jcp.11.06

- Schiller C.E. Meltzer-Brody S. Rubinow D.R. (2015). The Role Of Reproductive Hormones İn Postpartum Depression. Cns Spectr. Feb; 20(1): 48–59. Doi: 10.1017/S1092852914000480.
- Sel G, Barut A, Solak S, Uslu S, Gedik Y, Uzunoğlu S Ve Barut Z. (2019). Gebelerde Anksiyeteye Etkisi Bulunan Faktörler. Sted, 28 (5): 334-339. DOI: 10.17942/sted.501474
- Selçuk M Y, Usman M G, Oktay M, İstanbullu A, Özdemir Ö, Saraçoğlu F. (2012). The Relationship Of Postpartum Depression With Weight Gain During Pregnancy And Sociodemographic Factors. J Turgut Ozal Med Cent, 19(4):256-63. DOI: 10.7247/jtomc.19.4.10
- Selvi Y, Güleç M, Aydın A, Besiroğlu L. (2011). Psychometric Evaluation Of The Turkish Language Version Of The Profile Of Mood States (Poms). J Mood Dis, 1:152-161. DOI: 10.5455/jmood.20110902072033.
- Semerci, K. (2019). Annelerin Doğum Sonrası Konfor ve Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ümmühan AKTÜRK).
- Servet M. (2017). Prematüre Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelerin Postpartum Depresyon Ve Maternal Bağlanma Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK).
- Shane A L, Sanchez P J, Stoll B J. (2017). Neonatal Sepsis. The Lancet, 390: 1770-1780. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31002-4
- Sis Çelik A, Atasever İ. (2020). Gebelerde Algılanan Stres Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(2): 267-276. DOI: 10.17049/ataunihem.622304
- Şahin M, Yurdakul M. (2012). Gebelik Öncesi Danışmanlık, İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi, 20(1): 80-85.
- Şeker F D, Aydoğdu M, Annette Akgür S. (2019). Gebelerde Sigara ve Kafein Kullanımının Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlişkisi. Bağımlılık Dergisi-Journal Of Dependence, 20(1):21-31.

- Talipoğlu, Y. (2012). Aile Merkezli Bakımın Maternal Bağlanma Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Figen IŞIK ESENAY).
- Taner, S. (2014). Planlanmamış Gebeliklerin Doğum Sonrası. Aydın, Türkiye: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. Hüsniye ÇALIŞIR).
- Tarhan P, Yılmaz T. (2016). Gebelikte Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3(3):140-147. DOI 10.17681/hsp.61635
- Taştekne, F. (2019). Postpartum Depresyonun Gelişimindeki Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Ağustos, (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Senem Eren).
- Tosun Güleroğlu, F. (2017). Doğum Sonu Erken Dönemde Anne Bebek Ten Temasının Maternal Etkileri, Doktora Tezi, Kayseri, (Danışman Doç. Dr. Salime MUCUK).
- Turhal A, Karaca A. (2019). Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Altında Olan Annelerin Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar Ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi: Niteliksel Bir Çalışma, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9(3): 172-180. doi: <https://dx.doi.org/10.33631/duzcesbed.537161>
- Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları (TNSA) 2018 Verileri (Kasım 2019). http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim Zamanı:10.03.2022.
- Us Preventive Services Task Force (2019). Interventions To Prevent Perinatal Depression Us Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama, 321(6):580-587. doi:10.1001/jama.2019.0007
- Uygur Ö, Gönülal D, Akar M, Engür D, Öncel A M. (2020). Geç Preterm Bebeklerin Yenidoğan Dönemi Sorunları. Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 17 (4): 574-579. DOI: 10.38136/jgon.731839

- World Health Organization (2015), Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması, Human Reproduction Programme Research for Impact. WHO/RHR/15.02
- Yağmur Y, Oltuluoğlu H, Orhan Ergin İ. (2019). İntrauterin Dönemde Fetal Cinsiyetin Annelerin Mutluluk Düzeyine Etkisi. *Acu Sağlık Bil Dergisi*, 10(1):89-93. <https://doi.org/10.31067/0.2018.98>
- Yar D, Yılmaz M. (2021). Women's Mental Health İn Pregnancy And Postpartum Period: Review Study. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 5(1); 93-100. doi: 10.46237/amusbfd.693233
- Yavuz M Y, Bilge C. (2022). Annelik Hüzününden Postpartum Depresyon ve Psikoza, *Haliç Üniv Sağ Bil Der*, 5(1) 1-10. Doi: 10.48124/husagbilder.845299
- Yıldız D. (2008). Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Danışmanlık Gereksinimleri Ve Yaklaşımlar, *Gülhane Tıp Dergisi*, 50: 294-298.
- Yüzgenç, R.B. (2018). Prematür Doğum Yapmış Anneler ile Miadında Doğum Yapmış Annelerin Depresyon, Kaygı ve Doğum Deneyim Düzeylerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Eylem ÖZTEN).

EK 5. Veri Toplama Formu

KATILIMCI TANILAMA FORMU

Değerli katılımcılar; bu çalışma Bebeği Hastanede Yatan Annelerin Bakıma Katılma ve Duygu durum Profilleri ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu formdan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Sizden alınan bilgilerin gizliliği araştırmacılar tarafından korunacaktır. Vereceğiniz cevapların doğruluğu araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle ankette bulunan sorulara içtenlikle cevap vermenizi rica ederiz. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

1. Doğum tarihini yazınız (19.....)
2. Boyunuz. (.....) Kilonuz. (.....)
3. Eğitim durumunuzu işaretleyiniz.
 - a. Okuma-yazma bilmiyor.
 - b. Okuma-yazma biliyor.
 - c. İlkokul mezunu
 - d. Ortaokul mezunu
 - e. Lise mezunu
 - f. Yüksekokul/Üniversite mezunu
4. Medeni durumunuz nedir?
 - a. Evli (Kaç yıldır evli olduğunuzu yazınız.)
 - b. Bekâr
5. Çalışma durumunu işaretleyiniz.
 - a. Çalışmıyor |
 - b. Çalışıyor (Ne iş yaptığınızı belirtiniz.)
6. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?
 - a. Var
 - b. Yok
7. Ailenizin aylık toplam gelirini nasıl algılıyorsunuz?
 - a. Gelir giderden az
 - b. Gelir gidere denk
 - c. Gelir giderden fazla
8. Sigara içiyor musunuz?
 - a. Evet (Günde ne kadar sigara içtiğinizi yazınız. Adet/Gün)
 - b. Hayır
9. Alkol kullanıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
10. İlk adet yaşınızı yazınız. (.....)
11. Aşağıdaki tabloda sizden istenen bilgileri doldurunuz.

Toplam Gebelik Sayısı	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	İstemli Düşük (küretaj) Sayısı	İstemsiz Düşük Sayısı

12. Bu bebeğinize planlayarak mı gebe kaldınız?
 - a. Hayır
 - b. Evet
13. Bu bebeğinizi istiyor muydunuz?
 - a. Hayır
 - b. Evet

14. Doğum öncesi bakım hizmetlerinden (düzenli doktor kontrolü, gebe okulu vs.) yararlandınız mı?
a. Hayır b. Evet
15. Doğum şekliniz nedir?
a. Vajinal Doğum b. Sezaryen
16. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu? (gebelik haftası)
17. Bebeğinizin Cinsiyeti Nedir?
a. Kız b. Erkek
18. Bebeğiniz sizin istediğiniz cinsiyette mi doğdu?
a. Hayır, b. Evet c. Fark etmez
19. Evde çocuk bakımı ve ev işleri konusunda size yardımcı olan kişi/kişiler var mı?
a. Hayır b. Evet (Kim*.....)
20. Daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü var mı?
a. Hayır, b. Evet (Yazınız.....)
21. Ailede depresyon öyküsü var mı?
a. Hayır b. Evet
22. Bebeğiniz hangi nedenle hastanede tedavi görüyor?
.....
23. Bebeğinizin yoğun bakım ünitesine kalış süresi ne kadardır?..... gün
24. Diğer çocuklarınızda erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalık öyküsü var mı?
a. Hayır b. Evet (Yazınız).....
25. Bebeğinizle ilk ne zaman dokundunuz?
a. Doğumdan dakika/saat sonra doğum salonunda
b. Doğumdan Saat/gün sonra yenidoğan yoğun bakım ünitesinde
26. Bebeğinizin bakımında hangilerini yaptınız? (Birden fazla cevap verebilirsiniz)



a. Emzirme/biberonla besleme	b. Dokunma, elini tutma, okşama	c. Kilo değişimlerini sorma/araştırma
d. Sevgi sözcükleri ya da ninni söyleme	e. Gazını çıkarma	f. Emzik verme
g. Alt temizliğini yapma	h. Girişim öncesi, sonrası veya sonrasında kucağa alma	i. Uygun pozisyonunda yatırma
j. Soluk alıp verdiğini kontrol etme	k. idrar ve gaita çıkışını kontrol etme	l. Pırpırlama, sakinleştirme
m. Uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih etme	n. Giysilerini giydirme/çıkarma	o. Genel durumdaki bozulmanın farkına varma
p. Elini yüzünü silme	q. Kanguru bakımı yapmaya katılma	r. Banyo yaptırmaya veya yardım etme
s. Ağız bakımı yapma	t. Kucağına alma	u. Yara bakımı yapma (stoma, cilt travması, gastrostomi, kolostomi, trakeostomi gibi)
v. Diğer (belirtiniz.....)		

27. Bebeğinizin bakımına katılma konusunda kimden destek aldınız? (Birden fazla cevap verebilirsiniz)

- a. Hemşire/ebe
- b. Doktor
- c. Diğer sağlık personeli
- d. Eşim
- e. Annem
- f. Diğer(belirtiniz).....

28. Kimden destek almak istersiniz? (Birden fazla cevap verebilirsiniz)

- a. Hemşire/ebe
- b. Doktor
- c. Diğer sağlık personeli
- d. Eşim
- e. Annem
- f. Diğer(belirtiniz).....

BAKIMA KATILMA GÖZLEM FORMU

Gözlem Tarihi: / /

Gözlem Saati:

UYGULAMALAR	GÖZLEM	
	EVET / HAYIR	Bebeğin bu bakıma gereksinimi yok
Emzirme/biberonla besleme		
Kilo değişimlerini sorma/araştırma		
Gazını çıkarma		
İdrar ve gaita çıkışını kontrol etme		
Uygun pozisyonda yatırma		
Alt temizliğini yapma		
Giysilerini giydirme/çıkarma		
Elini yüzünü silme		
Banyo yaptırma veya yardım etme		
Ağız bakımı yapma		
Kucağına alma		
Pırpırlama, sakinleştirme		
Dokunma, elini tutma, okşama		
Sevgi sözcükleri ya da ninni söyleme		
Emzik verme		
Girişim öncesi, sırası veya sonrasında kucağa alma		
Soluk alıp verdiğini kontrol etme		
Uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih etme		
Genel durumdaki bozulmanın farkına varma		
Kanguru bakımı yapmaya katılma		
NG ve OG ile besleme		
Yara bakımı yapma (stoma, cilt travması, gastrostomi, kolostomi, trakeostomi gibi)		
DİĞER.....		
Toplam puan		

Gözlem formunda annelerin yaptığı bakım uygulamaları "Evet (+)" ve "Hayır (-)" olarak işaretlenmektedir. **Puanlamada** davranışın sıklığı dikkate alınmaz, (+) işaretlerinin toplam sayısı, toplam ölçek puanını oluşturur. Elde edilebilecek toplam gözlem puanı 0-22 arasında değişmekte ve puanın artması bakıma katılmanın arttığını göstermektedir.

Appendix 1. Duygudurumları Profili (DP)

İsim: Cinsiyet: Yaş: Tarih:

Aşağıda insanların sahip oldukları duygu ya da hisleri tanımlayan 58 kelimelik bir liste yer almaktadır. Lütfen bunların her birini dikkatle okuyunuz. Daha sonra, bu günde dâhil olmak üzere geçtiğimiz hafta içinde sizin bu duyguları ne derecede hissediyor olduğunuzu tanımlayan en uygun yanıtı işaretleyiniz.

Her bir numara şu anlama gelmektedir:

0=Asla

1=Çok az

2=Orta derecede

3=Oldukça fazla

4=Aşırı

2.Gergin	0	1	2	3	4	32.Cesaretsiz	0	1	2	3	4
3.Öfkeli	0	1	2	3	4	33.Gücenmiş	0	1	2	3	4
4.Yıpranmış	0	1	2	3	4	34.Sinirli	0	1	2	3	4
5.Mutsuz	0	1	2	3	4	35.Yalnız	0	1	2	3	4
7.Hayat dolu	0	1	2	3	4	36.Zavallı	0	1	2	3	4
8.Şaşkın	0	1	2	3	4	37.Sersem	0	1	2	3	4
9.Yaptıklarına üzgün	0	1	2	3	4	38.Neşe saçan	0	1	2	3	4
10.Keyifsiz	0	1	2	3	4	39.Acı duyan	0	1	2	3	4
11.Olanlara kaygısız	0	1	2	3	4	40.Tükenmiş	0	1	2	3	4
12.Hırçın	0	1	2	3	4	41.Sıkıntılı	0	1	2	3	4
14.Mahzun	0	1	2	3	4	42.Kavgacı	0	1	2	3	4
15.Aktif	0	1	2	3	4	44.Kasvetli	0	1	2	3	4
16.Sabırsız	0	1	2	3	4	45.Çaresiz	0	1	2	3	4
17.Surati asık	0	1	2	3	4	46.Tembel	0	1	2	3	4
18.Hüzünlü	0	1	2	3	4	47.İsyankar	0	1	2	3	4
19.Çalışkan	0	1	2	3	4	48.Yardımsız	0	1	2	3	4
20.Panik yapan	0	1	2	3	4	49.Bezgin	0	1	2	3	4
21.Umutsuz	0	1	2	3	4	50.Şaşırmış	0	1	2	3	4
22.Rahat	0	1	2	3	4	51.Tetikte	0	1	2	3	4
23.Bir şeye değmeyen	0	1	2	3	4	52.Aldatılmış	0	1	2	3	4
24.Kinci	0	1	2	3	4	53.Kızgın	0	1	2	3	4
26.Huzursuz	0	1	2	3	4	54.Becerikli	0	1	2	3	4
27.Hareketsiz duramayan	0	1	2	3	4	56.Enerji dolu	0	1	2	3	4
28.Konsantre olamama	0	1	2	3	4	57.Aksi huylu	0	1	2	3	4
29.Yorgun	0	1	2	3	4	58.Degersiz	0	1	2	3	4
31.Usanmış	0	1	2	3	4	59.Unutkan	0	1	2	3	4
						60.Dikkatsiz	0	1	2	3	4
						61.Çok korkmuş	0	1	2	3	4
						62.Suçlu	0	1	2	3	4
						63.Dinç	0	1	2	3	4
						64.Herşeyle ilgili şüpheli	0	1	2	3	4
						65.Ne yapacağını bilemeyen	0	1	2	3	4

Önemli not: Ölçeğin burada 58 maddelik, 6 faktörlü çözümü sunulmuş olup hiçbir faktöre uymayan 7 madde [(1) Arkadaşça, (6) İyimser, (13) Nazik, (25) Sempatik, (30) Yardımsever, (43) Yumuşak huylu ve (55) Tevekkül eden] dışlanmıştır.

EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. 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
 - a. Her zaman olduğu kadar (0)
 - b. Artık pek o kadar değil (1)
 - c. Artık kesinlikle o kadar değil (2)
 - d. Artık hiç değil (3)
2. Geleceğe hevesle bakıyorum.
 - a. Her zaman olduğu kadar (0)
 - b. Artık pek o kadar değil (1)
 - c. Artık kesinlikle o kadar değil (2)
 - d. Artık hiç değil (3)
3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.
 - a. Evet, çoğu zaman (3)
 - b. Evet, bazen (2)
 - c. Çok sık değil (1)
 - d. Hayır, hiçbir zaman (0)
4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.
 - a. Hayır, hiçbir zaman (0)
 - b. Çok seyrek (1)
 - c. Evet, bazen (2)
 - d. Evet, çoğu zaman (3)
5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.
 - a. Evet, çoğu zaman (3)
 - b. Evet, bazen (2)
 - c. Hayır, çok sık değil (1)
 - d. Hayır, hiçbir zaman (0)
6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.
 - a. Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum. (3)
 - b. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum. (2)
 - c. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum. (1)
 - d. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum (0)
7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorluk çekiyorum.
 - a. Evet, çoğu zaman (3)
 - b. Evet, bazen (2)
 - c. Çok sık değil (1)
 - d. Hayır, hiçbir zaman (0)
8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.
 - a. Evet, çoğu zaman (3)
 - b. Evet, oldukça sık (2)
 - c. Hayır, çok sık değil (1)
 - d. Hayır, hiçbir zaman (0)

9. Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.
- a. Evet, çoğu zaman (3)
 - b. Evet, oldukça sık (2)
 - c. Çok seyrek (1)
 - d. Hayır, asla (0)
10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.
- a. Evet, oldukça sık (3)
 - b. Bazen. (2)
 - c. Hemen hemen hiç (1)
 - d. Asla (0)