



**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EBELİK ANABİLİM DALI**

**PREMATÜRE BEBEKLERİN ANNELERİNDE  
DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TURANA ISGANDARLI**

**DANIŞMAN**

**PROF. DR. FATMA DENİZ SAYINER**

**2019**





**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EBELİK ANABİLİM DALI**

**PREMATÜRE BEBEKLERİN ANNELERİNDE  
DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TURANA ISGANDARLI**

**DANIŞMAN**

**PROF. DR. FATMA DENİZ SAYINER**

**2019**



## KABUL VE ONAY SAYFASI

Turana ISGANDARLI'nın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı " PREMATÜRE BEBEKLERİN ANNELERİNDE DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON " başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek " **KABUL**" edilmiştir.

Tarih

10 / 05/2019

Üye: Prof. Dr Fatma Deniz SAYINER



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Neşe ÇELİK



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül DURMAZ



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 10/05/2019 tarih ve ... / ... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bekir ALATAŞ

Enstitü Müdürü

## ÖZET

### PREMATÜRE BEBEKLERİN ANNELERİNDE DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON

**Amaç;** Preterm doğum eyleminin etkileri bebekle sınırlı kalmamakla birlikte annelerde de adaptasyon, bebek bakımı ile ilgili sorumluluklar ve ciddi ruhsal problemlerle başetme gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu çalışmanın amacı prematüre bebeği olan annelerde yaşam kalitesini ve depresyon riski düzeylerini belirleme ve doğum sonu dönemde annenin yaşam kalitesi ile depresyon riski arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

**Yöntem;** Araştırma, 07 Kasım 2018 – 07 Mart 2019 tarihleri arasında, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek binasında 150 gönüllü anne ile yapılmıştır. Araştırmaya lohusa servisinde takip edilen ve miad bebeğe sahip olan 74 gönüllü anne ile bebeği ismi geçen hastanenin Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi'nde prematürite tanısı ile yatmakta olan 76 gönüllü anne katılmıştır. Veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen 24 soruluk anket formu, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır.

**Bulgular;** Çalışmada yer alan annelerin %49,3'ünün bebekleri miadında ve %50,7'sinin bebekleri ise prematüredir. Prematüre bebeği olan annelerin yaş ortalaması  $29.84 \pm 6.02$ , miad bebeği olan annelerinki ise  $28.22 \pm 4.69$  olarak bulunmuştur. Annelerin yaş ortalaması benzerdir ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Sigara kullanımı prematüre bebeği olan annelerde daha fazla görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Prematüre bebeği olan annelerde prematürite öyküsü daha çok görülmüştür ( $p < 0.05$ ). İlk gebeliği olan annelerin çoğunluğunu prematüre bebek anneleri oluşturmuştur ( $p < 0.05$ ).

Çalışmamızda prematüre bebek annelerinin doğum sonu yaşam kalitesi düşük ( $p<0.05$ ), doğum sonu depresyon riski yüksek ( $p<0.001$ ) bulunmuştur.

**Sonuç;** Araştırmamızda prematüre bebeği olan annelerin doğum sonu yaşam kalitesi düşük, depresyon riski ise yüksek bulunmuştur. Doğum sonu yaşam kalitesi ile depresyon riski arasında negatif yönlü, doğrusal ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda doğum sonu dönemde yaşam kalitesi azaldıkça/arttıkça depresyon riski artmıştır/azalmıştır.

**Anahtar Kelimeler;** prematürite, yaşam kalitesi, doğum sonu yaşam kalitesi, postpartum depresyon, yenidoğan yoğunbakım

## SUMMARY

### POSTPARTUM LIFE QUALITY AND DEPRESSION IN MOTHERS OF PREMATURE BABIES

**Aim;** The results of preterm labor are not limited to infants, mothers also have problems such as adaptation, baby care responsibilities and coping with serious mental problems. The aim of study was to determine the quality of life and the level of depression in mothers with preterm labor and to determine the relationship between the quality of life and depression in postpartum period.

**Material and Method;** The research was conducted with 150 volunteer mothers (76 volunteers have a preterm and 74 volunteers have a term infant) at the Istanbul Education and Research Hospital in Suleymaniye Obstetrics and Gynecology Department between 07 November 2018 and 07 March 2019. As a data collection tool; the questionnaire form which was composed of 24 questions, Postpartum Quality of Life Scale (PQLS) and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) were used. The data were filled by face-to-face interview technique. For statistical analysis and calculations, IBM SPSS Statistics 21.0 and MS-Excel 2007 programs were used.

**Results;** Women in the study, 49.3% had term and 50.7% had premature infants. The mean age of the mothers who had premature infants was  $29.84 \pm 6.02$  and the mothers who had term infants was  $28.22 \pm 4.69$  years. The mean age of the mothers was similar and no statistically significant difference was found. Smoking was more common in mothers who had premature infants ( $p < 0.05$ ). Prematurity was more common in mothers who had premature infants ( $p < 0.05$ ). In our study, postpartum quality of life of mothers who had premature infants was found to be low ( $p < 0.05$ ) and postpartum depression risk was to be high ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion;** In our study, postpartum life quality of mothers with premature infants were found to be low and the risk of depression was high. A negative, linear and statistically significant relationship was found between postpartum quality of life and depression risk.



In our study, the risk of depression increased / decreased as quality of life decreased / increased in postpartum period.

**Keywords;** prematurity, quality of life, postpartum quality of life, postpartum depression, neonatal intensive care

## İÇİNDEKİLER

KABULVE ONAY SAYFASI.....	iii
ÖZET.....	iv
SUMMARY.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞVE AMAÇ.....	1
1.1. Çalışmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Prematürite.....	5
2.1.1. Prematüre Bebeklerin Sınıflandırılması.....	5
2.1.1.1. Gestasyon Haftasına Göre Prematüre Bebeklerin Sınıflandırılması.....	6
2.1.1.2. Doğum Kilosuna Göre Prematüre Bebeklerin Sınıflandırılması.....	6
2.1.2. Preterm Doğum ve Nedenleri.....	7
2.1.3. Prematürelerin Fizyolojik Özellikleri.....	8
2.1.4. Prematürelerde Görülen Başlıca Sorunlar.....	9
2.1.4.1. Apne.....	9
2.1.4.2. Hipoglisemi.....	10
2.1.4.3. Hipotermi.....	11
2.1.4.4. Hiperbilirubinemi.....	12
2.1.4.5. Prematüriteye Bağlı Retinopati.....	13
2.1.4.6. Respiratuar Distres Sendromu.....	13
2.1.5. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri.....	14

2.2. Doğum Sonu Dönem.....	16
2.2.1. Doğum Sonu Dönemde Görülen Fizyolojik Değişiklikler.....	16
2.2.1.1. Ürogenital Sistem.....	16
2.2.1.2. Kardiyovasküler Sistem.....	18
2.2.1.3. Solunum Sistemi.....	19
2.2.1.4. Gastrointestinal Sistem.....	19
2.2.1.5. Memeler ve Laktasyon.....	20
2.2.2. Doğum Sonu Dönemde Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	21
2.2.2.1. Annelik Hüznü.....	21
2.2.2.2. Doğum Sonu Depresyon.....	22
2.2.2.3. Doğum Sonu Psikoz.....	23
2.2.3. Yaşam Kalitesi.....	24
2.2.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Doğum Sonu Dönem.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Şekli.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	26
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	26
3.4. Veri Toplama Aracı.....	27
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	27
3.4.2. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ).....	28
3.4.3. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....	29
3.5. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30

3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Sosyo-demografik Özellikler.....	34
4.2. Obstetrik Özellikler.....	43
4.3. DSYKÖ ile EDSDÖ Arasındaki İlişki.....	54
4.3.1. DSYKÖ Alt Boyutları ile EDSDÖ Arasındaki İlişki.....	56
4.4. Annelerin Duygusal Özellikleri .....	59
5. TARTIŞMA.....	63
5.1. Sosyo-demografik Özellikler.....	64
5.2. Obstetrik Özellikler.....	69
5.3. DSYKÖ ile EDSDÖ Arasındaki İlişki.....	71
5.4. Annelerin Duygusal Özellikleri.....	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81
6.1. Sosyo-demografik Özelliklerle İlgili Sonuçlar.....	81
6.2. Obstetrik Özelliklerle İlgili Sonuçlar.....	82
6.3. DSYKÖ ile EDSDÖ Arasındaki İlişki İle İlgili Sonuçlar.....	82
6.4. Annelerin Duygusal Özellikleri İle İlgili Sonuçlar.....	83
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	86
8. EKLER DİZİNİ.....	102
9. ÖZGEÇMİŞ.....	120

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 3.3.1.</b> DSYKÖ ve EDSDÖ'ü cronbachs alpha katsayıları.....	<b>32</b>
<b>Tablo 3.6.2.</b> DSYKÖ alt faktörlerinin cronbachs alpha katsayıları.....	<b>32</b>
<b>Tablo 4.1.1.</b> Annelerin yaş ortalaması.....	<b>34</b>
<b>Tablo 4.1.2.</b> Annelerin sosyo-demografik özellikleri.....	<b>36</b>
<b>Tablo 4.1.3.</b> Annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DSYKÖ puanları.....	<b>39</b>
<b>Tablo 4.1.4.</b> Annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre EDSDÖ puanları.....	<b>42</b>
<b>Tablo 4.2.1.</b> Annelerin obstetrik özellikleri.....	<b>44</b>
<b>Tablo 4.2.2.</b> Annelerin obstetrik özelliklerine göre DSYKÖ puanları.....	<b>48</b>
<b>Tablo 4.2.3.</b> Annelerin obstetrik özelliklerine göre EDSDÖ puanları.....	<b>53</b>
<b>Tablo 4.3.1.</b> Annelerin DSYKÖ ve EDSDÖ puanları.....	<b>54</b>
<b>Tablo 4.3.2.</b> Annelerin EDSDÖ'ne göre risk durumu.....	<b>54</b>
<b>Tablo 4.3.3.</b> Annelerin EDSDÖ'ne göre risk durumlarının karşılaştırması.....	<b>54</b>
<b>Tablo 4.3.4.</b> Annelerin gruplar bazında DSYKÖ ve EDSDÖ puanları karşılaştırması.....	<b>55</b>
<b>Tablo 4.3.5.</b> Annelerin DSYKÖ ile EDSDÖ arası korelasyon analizi.....	<b>55</b>
<b>Tablo 4.3.6.</b> Annelerin gruplar bazında DSYKÖ ile EDSDÖ puanları arası korelasyon analizi.....	<b>56</b>
<b>Tablo 4.3.1.1.</b> Annelerin DSYKÖ alt boyutlarına ait puanların karşılaştırılması.....	<b>57</b>
<b>Tablo 4.3.1.2.</b> Annelerin DSYKÖ alt boyutları ile EDSDÖ puanları arası korelasyon analizi.....	<b>58</b>
<b>Tablo 4.3.1.3.</b> Annelerin gruplar bazında DSYKÖ alt boyutları ile EDSDÖ puanları arası korelasyon analizi.....	<b>58</b>
<b>Tablo 4.4.1.</b> Annelerin duygusal özellikleri.....	<b>59</b>

**Tablo 4.4.2.**Annelerin duygusal özelliklerine göre DSYKÖ puanları.....**61**

**Tablo 4.4.3.** Annelerin duygusal özelliklerine göre EDSÖ puanları.....**62**

## **KISALTMALAR DİZİNİ**

**DDA:** Düşük Doğum Ağırlığı

**DSD:** Doğum Sonu Depresyon

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**DSYKÖ:** Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

**EDSDÖ:** Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği

**EMR:** Erken Membran Rüptürü

**ÇDDA:** Çok Düşük Doğum Ağırlığı

**ÇÇDDA:** Çok Çok Düşük Doğum Ağırlığı

**İUGG:** İntra Uterin Gelişim Geriliği

**PD:** Preterm Doğum

**PDA:** Patent Duktus Arteriozus

**PPD:** Postpartum Depresyon

**RDS:** Respiratuar Distres Sendromu

**ROP:** Retinopati

**NEK:** Nekrotizan Enterekolit

**MAS:** Mekonyum Aspirasyon Sendromu

**TPN:** Total Parenteral Nutrisyon

**TNSA:** Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

**VEGF:** Vasküler Endotelyal Growth Faktör

**YYBÜ:** Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem kadınlar için çok özel bir dönemdir. Birbirinden farklı ve karışık duygular bir arada ve yoğun olarak bu dönemde yaşanır. Vücudunu fizyolojik değişikliklere teslim eden anne aynı zamanda ebeveynlik rolüne geçişle yükümlüdür. Yeni sorumlulukların üstlenilmesi anneyi duygusal açıdan risk altında bırakmaktadır. Aileler doğum sonu dönemde bebeğe bakım vermektan bebeğin sağlık sorunlarını çözmeye kadar geniş aralıktaki sorunlarla baş etmek zorunda kalabilirler. Bu nedenle bazen bu dönem tüm aile için kriz haline dönüşebilmektedir (Dereli Yılmaz, 2017). Fizyolojik birçok değişimi eşzamanlı yaşayan anne, aynı zamanda karmaşık sosyolojik ve psikolojik bir süreçten geçmektedir. Aileye yeni bireyin katıldığı bu dönem, anne için yeni düzene alışmak, vücudundaki değişikliklerle uyum sağlamak zorunda olduğundan güçtür ( Aksakallı, Çapık, Ejder Apay, Pasinlioğlu & Bayram, 2012 ).

Bebek sahibi olmak ebeveynlerin sosyal hayatlarının değişmesine sebep olan bir etmendir. Annenin evde geçirdiği yaşam süresi bu dönemde arttığı için yaşamının her alanında kısıtlamalar oluşmaktadır. Alışkın olmadığı bu kısıtlamalar annede stres yaratmaktadır. Eşler arasındaki eski düzen bozulabilir, beklentiler değişebilir, rol ve sorumluluklarda artış görülebilir

( Özkahraman Koç, 2018 ). Bu dönemde yaşanan sağlık sorunlarını anne ve yenidoğanın sağlık sorunları adı altında iki başlıkta inceleyebiliriz. Annelerin başlıca sağlık sorunları; epizyo bölgesinde ağrı, kızarıklık ve enfeksiyon, yorgunluk, uykusuzluk, konstipasyon, hemoroid, meme ucu sorunları, idrar inkontinansı, idrar yolu enfeksiyonu, vajinal enfeksiyonlar, olumsuz beden imajı, disparanoya, annelik rolünü yerine getirememe, yenidoğan ve kendi bakımında yetersizlik olarak nitelendirilirken, yenidoğanın başlıca sağlık sorunları; yetersiz emme, sarılık, huzursuzluk, pamukçuk, pişik, göz ve göbek enfeksiyonları, ishal, yetersiz kilo alımı olarak nitelendirilmektedir ( Balkaya, 2002; Özkahraman Koç, 2018 ). Bu sorunlar sağlıklı her bebekte görülebilen ve baş edilmesi daha kolay olan sorunlardır. Fakat bunun yanında baş edilmesi daha zor olan ve yenidoğanın yoğun bakım ünitesine yatışını gerektiren ciddi



sağlık sorunları da mevcuttur. Yenidoğan ölümlerinin nedenleri arasında ciddi payı olan prematürite bu sorunların en önemlileri arasındadır. DSÖ tarafından yapılan tanıma göre 37. haftası tamamlanmadan doğan bebekler prematüre bebekler olarak kabul edilmektedir ( WHO, 2015 ). Son adet tarihinin ilk gününden itibaren 259 günden veya konsepsiyon sonrası 245 günden öncesi gerçekleşen doğumlar, preterm doğumlar olarak adlandırılmaktadır ( Göksever, Kılıç, Erata, 2008 ). Prematüre doğumun yaklaşık %80'nini 32-36. gebelik haftasında gerçekleşen doğumlar oluşturmaktadır. Prematürite perinatal, neonatal ve post neonatal dönemde önemli bir ölüm nedeni olmakla beraber, bakım ve tedavisi de oldukça zordur ( Turan, Bolışık, 2003 ). Preterm bebekler; intrauterin gelişme geriliği ile ilişkili olarak perinatal ölüm, fetal distres, mekonyum aspirasyon sendromu, hipoglisemi, polisitemi ve hipotermi gibi ilave sorunlar yaşayabilmektedir. Preterm doğumun uzun dönemdeki sonuçları; gelişimsel gerilik, duyma ve görme bozuklukları, kronik akciğer hastalıkları ve serebral palsi gibi durumlardır ( Göksever vd., 2008 ).

Ruhsal olarak erken doğum için hazırlıklı olmayan aile prematüre bir bebeğin doğumu ile aşırı derecede bunaltı yaşarlar ve çoğu zaman kendi kendilerine bu durumla baş etmeye çalışırlar. Bu durumdan en çok anne etkilenmektedir ( Turan, Bolışık, 2003 ).

Anne ile bebek arasında etkileşimin başlaması, annenin bebeğine dokunması, onu hissetmesi annenin bebeğini algılaması açısından önemlidir ( Korkmaz, 2003 ). Fakat yoğun bakımda takip edilen birçok prematüre bebek ile annesi arasında etkileşimin başlaması zaman alabilir. Bebeğin tedavi ve takip durumuna göre anne, belli bir süre bebeğini sadece küvöz dışından göre bilir, ona dokunması yasak olabilir. Ne yazık ki bu bebekler yaşamlarının ilk günlerinden itibaren yoğun bakım ünitelerinde, annelerinden ayrı, ağır hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalabilirler ( Uludağ, 2012 ). Preterm doğuma hem fiziksel hem emosyonel hem de psikolojik olarak hazır olmayan anne, bu durumda bakım vermede kendini yeterli algılamamaktadır ( Taş Arslan, Turgut, 2013 ). Bebeği yanında olan anneler ile bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan anneleri aynı değerlendirmemek gerekir. Her anne farklı bir

birey olarak ele alınmalı, sorunlarının farklı olduğu göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Yeni anne olmuş bir kadın için doğum sonu dönem, yaşam kalitesini etkileyen fiziksel, duygusal ve sosyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı bir dönemdir ( Shaw, Levitt, Wong, Kaczorowski, 2006 ). Sağlık açısından yaşam kalitesinin belirlenmesi bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığı ile ilgilidir ( Aydın Boylu, Paçacıoğlu ). Doğum sonu dönem hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan riskli bir dönem olduğu için yaşam kalitesi bu dönemde önemlidir. Sosyal desteği güçlü olan kadınlar bu dönemde daha kaliteli bir yaşama sahip olsalarda bizim çalışmamızda aile ve eş desteği başlıkları altında sosyal destek prematüre bebek annelerinde yaşam kalitesini yükseltmek için yeterli olmamıştır. Anneler bu dönemde sosyal desteğin yanı sıra profesyonel sağlık çalışanlarına da gereksinim duyarlar. Bu bağlamda sürekli ebe desteğinin doğum sonu dönemde prematüre anneleri gibi özellikli gruplarda kesintisiz devam etmesi gerekmektedir. Kadınların yaşam boyu en büyük destekçileri ve en yakın oldukları sağlık profesyonelleri ebelerdir. Bu yüzden ki, ebeler bu dönemde annelere gereksinimlerine göre yaklaşım sergilemeli, ihtiyaçlarına göre destekleyici bakım ve eğitim içeriği hazırlamalıdır. Kadını gebeliğinden itibaren tanımak ve iyi değerlendirmek doğum sonu dönemde ruhsal bozuklukların erken tespitinde ebelerin işini kolaylaştıracaktır.

Bazı kadınlar doğum sonu dönemi hafif semptomlarla atlatırken, bazıları ılımlı psikiyatrik bir tabloyla bazıları ise hastaneye yatış gerektirecek kadar ciddi bir şekilde atlatmaktadır ( Dereli Yılmaz, 2017 ). Bu dönem annelik hüznü, postpartum depresyon ve doğum sonu psikoz olmak üzere toplam 3 başlık altında ele alınmıştır ( Gülseren, 1999; Dereli Yılmaz, 2017; Marakoğlu vd., 2009; Sünter, Güz, Canbaz & DüNDAR, 2006 ). Annelik hüznü, doğumdan sonra sıklıkla 3. ve 4. günlerde ortaya çıkan, semptomları geçici olan ve 1-2 gün ile 1-2 hafta arasında sürebilen ağır olmayan bir komplikasyondur ( Dereli Yılmaz, 2017 ). Duygusal bir değişiklik hali diye tanımlanan bu durum yeni annelerin birçoğunda ( %50-85 ) görülmektedir. Geçici bir durum olmasına rağmen, bu vakaların %20'sinde doğum sonu ilk yılda majör

depresyon gelişebileceği ileri sürülmüştür ( Dereli Yılmaz, 2017; Oskay, Avcı Serbest, 2017 ).

Doğum sonu duygusal bozukluklar arasında en sık görülen postpartum depresyondur. Eğer postpartum hüznün semptomları 6 haftayı geçerse ve tablo daha da kötüye giderse, anne majör depresyon atağı olan postpartum depresyonu deneyimlemiş olur ( Oskay, Avcı Serbest, 2017 ). Annelerin yaklaşık %20'sinde postpartum depresyon gelişir. Olguların çoğu 3-6 ayda kendiliğinden iyileşebilmesine rağmen bazı durumlarda bir yıl boyunca dirençli bir depresyonun varlığı söz konusu olabilmektedir. Ağlama nöbetleri, mutsuzluk, duygusal dalgalanma, suçluluk hissi, yenidoğan ve diğer çocukların bakımında yetersizlik, sosyal izolasyon, endişe, ajitasyon gibi belirtilerin mevcutluğu söz konusudur ( Dereli Yılmaz, 2017 ). Postpartum depresyon ciddi sağlık problemlerine sebebiyet veren bir durumdur ( Tahaoğlu, 2015 ). Doğumdan 2-3 hafta sonra sinsiçe başlar ve 2 yıla kadar uzayabilir. Bazen doğum sonu 4-5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ( Gülseren, 1999 ). Semptomları yaşamın her döneminde görülebilen majör depresyon belirtileri ile özleşmektedir ( Dereli Yılmaz, 2017; Gülseren, 1999; Sünter vd., 2006 ). Bu yüzden doğum sonu depresyona yatkın olan anneleri erken tanılamak ve tedaviye başlamak, hastalığın uzun vadeli olumsuz etkilerini en aza indirmede faydalı olacağı düşünülmektedir ( Oskay, Avcı Serbest, 2017; Marakoğlu vd., 2009 ).

Doğum süreci anne ve bebek için çok yorucu bir süreçtir ( Rathfish, 2012 ). Özellikle beklenmedik preterm bir doğum anne için fazlasıyla yorucu, üzücü ve stres yaratabilen bir durumdur ( Adams, 2018 ). Duygusal bozukluklar açısından riskli bir dönem olarak ele alınan doğum sonu dönem, prematüre bir bebeğin doğumu ile daha riskli bir hal alabilir. Bebeğin yoğun bakım ünitesine alınmış olması ise bu dönemde annenin daha yakından takip edilerek desteklenmesini gerektirir. İyi bir multidisipliner yaklaşım içerisinde ebelik bakımının yetkin ve şefkatli olması esastır ( Şahin, Tiryaki, 2011; Adams, 2018 ).

## **1.1. Çalışmanın Amacı**

Preterm doğum eyleminin etkileri bebekle sınırlı kalmamakla birlikte annelerde de adaptasyon, bebek bakımı ile ilgili sorumluluklar ve ciddi ruhsal problemlerle başetme gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu çalışmanın amacı prematüre bebeklerin annelerinde yaşam kalitesini ve depresyon riski düzeylerini belirleme ve doğum sonu dönemde annenin yaşam kalitesi ile depresyon arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Prematürite

Doğum ağırlığına bakılmaksızın 37. gebelik haftasını tamamlamadan önce doğan bebekler doğum ağırlığına bakılmaksızın DSÖ tarafından prematüre olarak isimlendirilir. Her yıl dünyada 15 milyon prematüre bebek doğmakta ve bunlardan 1 milyonu hayatını kaybetmektedir. Prematüre 5 yaş altı çocuk ölümleri arasında 2. sırada yer almaktadır. Prematüre doğum hızı dünyada %5 ile %18 arasında değişmektedir. Prematürite kaynaklı çocuk ölümleri DSÖ raporlarında dünyada %17, Türkiyede %25 olarak bildirilmektedir ( WHO, 2015 ). Prematüre bir bebeğin doğumu bekleniyorsa doğumhanede yenidoğan uzmanı hekim ve yenidoğan ebesi bulunmalıdır. Resüsitasyon gerekebilecek acil durumlar için gereken araçlar, ilaçlar, oksijen tedavisi ve kuvöz hazırlanmalıdır ( Güngör, Oskay, 2017 ). Bu önlemler her preterm doğum için alınmalıdır fakat her prematüre bebek ciddi yaşam sıkıntısı ile doğmayabilir. Solunum sıkıntısı yaşamayan, deprese olmayan ve dışarıdan müdahaleye gereksinim duymayan preteremlerde yaşamın ilk anlarında ten tene teması izin verilmeli, kord atım durduktan sonra kesilmeli, bebek doğar doğmaz anneden ayrılarak başka bir ortama götürülmemelidir. Bebeğin aşıları, rutin boy, baş ve kilo ölçümleri ten tene temasın sonrasına ertelenebilir. Yaşam tehlikesi taşımayan prematürelerin anne ile temas etmesi engellenmemeli, emme refleksi var ise bebeğin emmesine fırsat verilmelidir. Bu bebekler yaşamın ilk dakikalarından itibaren sıkı takip edilmeli vücut ısısının düşmemesine dikkat edilmelidir.

#### 2.1.1. Prematüre bebeklerin sınıflandırılması

Prematüre bebekler gestasyon haftasına özgün sorunlar yaşadığı için doğru sınıflandırılmaları gerekli tıbbi yaklaşım açısından çok önemlidir ( Bayram, 2006 ). Prematüreler gestasyon haftasına ve doğum kilosuna göre iki grupta sınıflandırılmaktadır.

### *2.1.1.1. Gestasyon haftasına göre prematüre bebeklerin sınıflandırılması*

Gestasyon haftasına göre pretermiler 3 grupta sınıflandırılıyor. Doğum sırasında 36-34. gebelik haftaları arasında doğan bebekler geç prematüre, 32-34. gebelik haftaları arasında doğan bebekler orta derece prematüre, 32. gebelik haftasından önce doğan bebekler ise ileri derece prematüre olarak isimlendirilir. Kaynaklarda çoğu zaman sıralamaya dahil edilmeyen 36. gebelik haftası ve üzerinde doğan pretermiler ise sınırda preterm olarak isimlendirilir ( Altun Yılmaz, 2016; Güngör, Oskay, 2017 ).

Pretermlik seviyesi arttıkça mortalite ve morbidite de artmaktadır. Sınırda prematüre bebeklerin aile ile adaptasyonu daha kısa sürede sağlanmasına rağmen ileri derece prematüreler için aynı şey söylenemez. Bu bebeklerin hayati sorunları fazla olmakta ve uzun süre yoğun bakım ünitelerinde izlenmeleri gerekebilmektedir ( Bayram, 2006 ).

Yenidoğanın fiziksel özellikleri gebelik yaşına bağlı olarak değişir. Gebelik haftasının artması ile tonus ve fleksiyon artar ( Altun Yılmaz, 2016 ). Pretermilerin bir çoğu doğumdaki gebelik haftasına uyum göstererek doğar fakat uyum göstermeyip intra uterin gelişim geriliği ile doğan bebeklerde mevcuttur. İUGG tanısı ile doğan bebeklerin kilosu beklenenden daha düşük olabilir fakat unutulmamalıdır ki, düşük doğum ağırlığı ( DDA ) ile doğan bebekler prematüre olmaya bilir ( Güngör, Oskay, 2017 ). DDA genelde İUGG tanısına eşlik eden ve pretermilerle beraber term bebeklerde de görülebilen bir durumdur.

### *2.1.1.2. Doğum kilosuna göre prematüre bebeklerin sınıflandırılması*

Doğum kilosu perinatal morbidite ve mortaliteyi etkileyen en önemli faktörlerden biridir ( Oktay, Oktay, 2014 ). Dünyadaki bölgelere göre farklılık göstermekle beraber tüm gebeliklerin %10'unu DDA'lı bebekler, DDA' lı bebeklerin ise %70-75'i prematüre doğumlardır ( Resnik, 2002; Bayram, 2006 ).

Doğum ağırlığına göre yapılan sınıflamada 2500 gramın altındaki yenidoğanlar DDA'lı, 1500 gramın altındaki yenidoğanlar çok düşük doğum ağırlıklı ( ÇDDA ), 1000 gramın altındaki yenidoğanlar ise aşırı veya çok çok

düşük doğum ağırlıklı ( ÇÇDDA ) bebekler olarak isimlendirilmektedir ( Küçüködük, 1994; Neyzi, Ertuğrul, 2002; Çavuşoğlu, 2011 ).

Prematürelilik ve DDA genellikle birlikte görülür. Preterm bir bebeğin çeşitli vücut sistemleri immamamtürdür. Sağlıklı yenidoğanlardan daha farklı gereksinimleri olan bu bebeklerin sıklıkla bir süre hastanede yatmaları gerekebilir. Bebek daha yaşıamın ilk günlerinden itibaren annesinden ayrı kalabilir. Bu nedenle aile, özellikle anne ciddi bir şekilde desteklenmelidir ( Çavuşoğlu, 2011 ). Ebeveynlerin gereksinimleri önceden belirlenmeli ve bu gereksinimler doğrultusunda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir ( Taş Arslan, Turgut, 2013 ).

### **2.1.2. Preterm doğum ve nedenleri**

Preterm doğum ( PD ) bebeğin 37. gebelik haftası tamamlanmadan doğması olarak tanımlanır ( Adams, 2018 ). Preterm doğumun nedenleri genellikle ya bilinmez ya da multifaktöriyeldir. Erken doğum riski olan kadınlar tanımlansa bile preterm doğumu önlemek her zaman mümkün olmamaktadır. Bebeğin intrauterin gelişimini tamamlayarak dışarıdaki ortama uyum sağlayabilmesi için belli bir süreyi anne karnında geçirmesi gerekmektedir fakat 37. gebelik haftasından önce doğan bebekler bu süreci tamamlamadan dünyaya gelmektedirler ( Gezginç, Dalkılıç, 2011 ). Otuz beş haftanın üzerinde doğan bebekler hastanelerdeki servislerde annelerinin yanında takip edilebilir fakat ideal olan tüm preterm doğumların yenidoğan yoğunbakım ünitesi ( YYBÜ ) olan bir hastanede gerçekleşmesidir (Adams, 2018).

Doğum yaşı 18 yaşı altı ve 35 yaşı üstü gebelikler, düşük sosyo-ekonomik statü, beslenme bozukluğu, yetersiz kilo alımı, özgeçmişte erken doğum öyküsü, akut idrar yolu enfeksiyonu, çoğul gebelik, aşırı yorgunluk, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı, servikal yetmezlik, doğum aralıklarının 2 yıldan az olması, erken membran rüptürü ( EMR ), plasenta anomalileri, uterus anomalileri, fetal anomaliler, annenin kronik hastalıkları ve yetersiz antenatal bakım gebeliğin erken dönemde sonlanabileceği ile ilgili risk

faktörleridir ( Bayram,2006; Çavuşoğlu,2011; Gezginç, Dalkılıç, 2011; Çelen 2013; Taşkın, 2016 ).

Preterm doğumun nedenleri düzeltilebilen ve düzeltilemeyen olarak iki başlıkta incelenebilir. Düzeltilebilen nedenler arasında; planlanmamış gebelik, düşük eğitim düzeyi, ev içi şiddet, yoksulluk, güvensiz çevre, stres, obezite, tedavisi olan hipertansiyon, diyabet, sigara, madde ve alkol kullanımı, yetersiz kilo alımı, hava kirliliği, düzeltilemeyen nedenler arasında ise; gebelik tansiyonu, plasenta previa, plasenta dekolman, EMR, doğum sayısı yer almaktadır ( Altun Yılmaz, 2016 ).

Preterm doğumun nedenleri bazı kaynaklarda anne ve fetüs kaynaklı olarak iki ayrı başlık altında ele alınmıştır. Maternal risk faktörleri olarak; preeklampsi, eklampsi, annenin yaşı ve kilosu, düşük sosyoekonomik düzey, prenatal bakım eksikliği, kronik hastalık, sigara, alkol ve ilaç kullanımı, enfeksiyonlar, aşırı fiziksel aktivite, fetal risk faktörleri olarak ise; kromozom anomalileri, çoğul gebelikler, konjenital enfeksiyonlar gösterilmiştir ( Göksever, Kılıç & Erata, 2008; Oktay, Oktay, 2014 ).

### ***2.1.3. Prematürelerin fizyolojik özellikleri***

Prematüre bebeklerin fizyolojik özellikleri gebelik haftasına göre değişiklik gösterir. Genel olarak bakılırsa; deri saydam, transparan ve kırmızı-pembe görünümde ve ödemlidir. Deri altı yağ dokusu azdır. Sırtta ve yüzde bol lanugo tüyleri vardır. Kulak kepçesi yumuşak, ince ve düz katlanmıştır. Erkek bebeklerde inmemiş testis, kız bebeklerde ise labia minörleri örtmeyen labia majörler görülebilir. Ağlama zayıf, refleksler azdır. Küçük, cılız ve kırılğan görüntü söz konusudur. Duruşu hipotonik, ekstremiteler ekstansiyondadır. Saçları ince ve tüysüdür. Fontaneller büyük, süturlar aralıklıdır. Başın gövdeye oranı büyüktür. Tırnaklar yumuşak, kıkırdaklar gevşek ve yumuşaktır. Ayak tabanı ve avuç içindeki çizgiler azdır. Meme başı küçüktür, palpe edilemez. Göğüs duvarı yumuşak, karın gergindir. Göbek kordonu geç kurur. Vücut ısını koruyamazlar, hipotermiye yatkındırlar. Akciğer immatürasyonundan dolayı apne ve bradikardi, böbrek immatürasyonundan dolayı ise sıvı elektrolit dengesizlikleri görülür. Anemi açısından riskli



bebeklerdir. Kalsiyum ve demir depoları yetersizdir. İnterkostal çekilmeler sık görülür. Emme ve yutma refleksleri ya yoktur ya da çok zayıftır ( Neyzi, Ertuğrul, 2002; Bayram, 2006; Çelen, 2013; Altun Yılmaz, 2016; İlkey Güngör, 2017 ).

#### **2.1.4. Prematürelerde görülen başlıca sorunlar**

Yenidoğan döneminde ciddi hastalıklar ve ölüm oranı prematüre bebeklerde daha yüksektir. Yenidoğan ölümlerinin sebepleri arasında prematüriteye bağlı gelişen komplikasyonlar ilk sırada, beş yaş altı bebek ölümleri arasında ise ikinci sırada yer almaktadır ( WHO, 2015 ).

Prematüre ve term bebekler arasındaki en önemli farklılıklar solunum sisteminin gelişimi ile ilgilidir. 26-28. gebelik haftasından önce alveollerin ve alveoler kapillerin gelişimi sınırlıdır. Akciğerlerin gelişimi açısından önemli olan surfaktan salınımı yetersizdir. Akciğerlerde surfaktan yetersizliğine bağlı olarak pretermiler birçok solunumsal rahatsızlıkla baş etmek zorunda kalabilirler ( Çavuşoğlu, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015; Gomella, 2017 ).

İmmatüritenin derecesine bağlı olarak prematürelerde bir takım ciddi sorunların görülmesi olasıdır. Hipoglisemi, hipotermi, respiratuar distres sendromu ( RDS ), apne, hiperbilirubinemi, prematüre retinopatisi ( ROP ) bu sorunlar arasındadır ( Balcı, 2006; Bayram, 2006; Çelen, 2013; Altun Yılmaz, 2016; Güngör, 2017 ).

##### **2.1.4.1. Apne**

Solunumun 20 saniyeden daha fazla durması ya da daha kısa süreli durması ( 10 saniye ) ve buna bradikardinin (kalp atım hızının 1 dakikada 100'ün altına düşmesi) eşlik etmesi apne olarak isimlendirilir. Prematürel apnesinin görülme sıklığı doğum haftası ve doğum kilosu ile ters orantılıdır. Apne 1500 gramın altındaki bebeklerde %50'den daha az, 1000 gramın altındaki bebeklerde ise %90 oranında görülmektedir ( Neyzi, Ertuğrul, 2002; Sağlık Bakanlığı, 2015; Gomella, 2017 ).

Herhangi bir obstrüksiyon olmaksızın solunum çabasının tümü ile durması santral apne olarak isimlendirilir. Görülme oranı %40'dır. Hava yolu

tıkanıklığına karşın bebeğin nefes almaya çalışması obstrüktif apne olarak bilinir, görülme oranı %10'dur. Santral ve obstrüktif apnenin birlikte görülmesi durumu miks apne olarak isimlendirilir, görülme oranı %50'den daha fazladır. Kalp hızında ve deri renginde değişiklik olmaksızın normal bir solunum şeklini 5-10 saniyelik apnenin izlemesi periyodik apne olarak bilinmekte, term bebeklerin %2-6'sında, pretermilerin %25'inde görülmektedir ( Bayram, 2006; Gomella, 2017 ).

#### *2.1.4.2. Hipoglisemi*

Yenidoğan hipoglisemisi birçok nedene bağlı olarak görülebilir. Hipoglisemi yenidoğanda mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde artıran bir sağlık sorundur ( Sağlam, Köksal, Tarım, Öztürk, 2004 ). Hipoglisemi kan şekerinin düşmesi sonucu ortaya çıkar ve farklı klinik bulgularla kendini gösterir ( Bayram, 2006 ). Fetal dönemin sona ermesiyle beraber plasentadan geçen glikoz düzeyinde 2-3 saat içerisinde düşme görülür ve bu durum yenidoğanda hipoglisemiye neden olabilir ( Bromiker vd, 2017 ). Hipogliseminin tek bir rakamla ifade edilmesi doğru olmasa da plazma glikoz konsantrasyonunun 40 mg/dl altında olması neonatal hipoglisemi olarak tanımlanır. Glikoz konsantrasyonu bu düzeyin üzerinde ise organizmanın ihtiyaçları genellikle karşılanır ( Satar, 2004 ).

Yenidoğanda hipoglisemi mekanizmasının temelinde yetersiz glukoz üretimi veya dokuların fazla glukoz kullanım durumu vardır. Yeterli olmayan glukoz üretimi veya glukoz sentezinin hiç yapılamaması, glikojen depolarının eksikliğinden kaynaklanırken, fazla kullanımı artan insülin sekresyonuna bağlı gelişebilmektedir ( Sağlam vd, 2004 ). Yenidoğan dönemimde hipoglisemi klinik bulgu vermese de bebeklerin %50'sinde görülür ( Satar, 2004; Bayram, 2006; Çavuşoğlu, 2011 ). Hipoglisemi varlığına bradikardi, taşikardi, tansiyon düşüklüğü, reflekslerde azalma, normal olmayan ağlama, beslenme bozukluğu, titreme, konvülsiyon gibi belirtiler sık eşlik edebilir ( Bayram, 2006 ).

Prematüre bebeklerde yağ ve glikojen depoları az miktarda ve yetersiz olduğu için hızlı tükenir. Bu depolarının hızlı tükenmesi doğum sonu ilk

günlerde hipoglisemiye neden olmaktadır. Doğum kilosu çok düşük olan bebeklerde bu durumun ilk 6 ve 12 saat içinde ortaya çıkması olasıdır ( Bayram, 2006 ). Yenidoğanın kan şekeri düşüklüğü ısrarla devam ederse etiyolojide diğer olası nedenler ve bozukluklar incelenmelidir. Bu bozukluklar; sepsis, hidrops fetalis, konjenital kalp hastalıkları, asfiksi ve santral sinir sistemi anomalilerini içerir ( Çavuşoğlu, 2011 ).

#### *2.1.4.3. Hipotermi*

Yenidoğanlarda görülen hipotermi yaşamı tehdit eden ciddi bir sağlık sorunudur. Rektal olarak ölçülen vücut sıcaklığının 36 derece altında olması yenidoğanın hipotermisi olarak adlandırılır ( Bayram, 2006 ). Bebeğin vücut sıcaklığı 36,0-36,4 derece arasında ise soğuk stres, 32,0-35,9 derece arasında ise ılımlı hipotermi, 32 derecenin altında ise şiddetli hipotermi olduğu kabul edilir ( WHO, 1994 ). Dünyanın birçok yerinde vücut sıcaklığı doğumdan hemen sonra ölçülüp kaydedilmediğinden hipoterminin epidemiyolojik tablosu ve klinik sonuçları henüz tam anlamıyla tamamlanamamıştır ( Lunze, Bloom, Jamison, Hamer, 2013 ).

Prematürelilik derecesi arttıkça yenidoğanda hipotermi görülme sıklığı da artmaktadır. Aynı zamanda gebelik haftası ile haftası yenidoğanın hipotermisi arasında ters yönde bir ilişki mevcuttur. Prematürelerin vücut ağırlığına kıyasla vücut yüzeyinin fazla olması ısı kaybının artmasına sebep olur. ( Bayram, 2006 ).

Isı kaybının önlenmesi DSÖ tarafından yenidoğanın en temel ihtiyaçları arasında yer almış olmasına rağmen, hipotermi sosyoekonomik düzeyi düşük olan Güney Asya ve Afrika gibi bölgelerde neonatal mortalite ve morbidite nedenleri arasında yer almaktadır. Neonatal mortalitenin yüksek olduğu ülkelerde hipoterminin yüksek olduğu bildirilmiştir ( Kumar, Shearer, Kumar, Darmstadt 2009 ).

#### *2.1.4.4. Hiperbilirubinemi*

Bilirubin karaciğerde yıkılan yaşlı eritrositlerden ortaya çıkan hemoglobinin en önemli yıkım ürünüdür. Dolaşımda direkt ve indirekt olarak iki formda bilirubin bulunur. Direkt bilirubin kanda doğrudan ölçülebilir ve

bilirubin metabolizmasının karaciğer içindeki ürünüdür. Safra, dışkı ve idrar ile vücuttan atılır. Sebebi tam olarak bilinmemekle birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ( YYBÜ ) yatan prematürelde total parenteral nütrisyonun ( TPN ) hiperbilirubeniye sebep olduğu düşünülmektedir ( Gomella, 2017 ).

Kanda direkt bilirubin seviyesinin artmasına bağlı cildin sarı-turuncu renk alması ile karakterize tablo fizyolojik sarılık olarak bilinir. %60 miad bebeklerde, %80 pretermelerde görülür ( Güngör, 2017 ). Sarılık olarak da bilinir. Serum total bilirubin değeri 5-6 mg dl olduğu zaman sarılık gözle görülür hale gelir. Yenidoğanlarda daha çok indirekt formu görülür. İndirekt hiperbilirubineminin kesin tanımı ve tedavisi karmaşıktır. Gestasyonel hafta, doğum kilosu, etnik köken vb. etkilemektedir ( Gomella, 2017 ).

Bilirubin seviyesindeki yükselmenin ne zaman başladığı, hangi evrede geri dönüşü olduğu veya hangi koşullarda kalıcı bozukluklara yol açtığı tam olarak bilinmemektedir ( Bülbül, Okan, Ciğerci, Nuhoglu, 2007 ). Beklenenden daha uzun süre değerlerin yüksek seyretmesi kernikterus diye isimlendirilen kalıcı beyin hasarına neden olur ( Özkan, Bekmezci, 2016 ). Amerika Birleşik Devletleri kernikterusun görüldüğü ülkeler arasında %27 oran ile birinci, Singapur %19 ile ikinci, Türkiye %16 ile üçüncü sırada bulunmaktadır ( Ip vd. 2004 ).

Yüksek bilirubin seviyesinin tespit edilmemesi bebekte bilirubin ansefalopatisine neden olabilir. Ciddi hiperbilirubinemi yenidoğanlarda kan değişimi yapılarak bilirubinin vücuttan uzaklaştırılır. Böylece bilirubinin sinir sistemine toksik etkisi engellenebilir. Rh uyuşmazlığı olan annelerin yakın takibi ve fototerapi sayesinde yüksek bilirubin değerlerinin neden olduğu akut bilirubin ansefalopatisi ve kernikterus görülme sıklığı azalmıştır ( Bülbül vd, 2007 ).

#### *2.1.4.5. Respiratuar distres sendromu ( RDS )*

Düşük doğum ağırlıklı prematürelere en önemli morbidite ve mortalite sebeplerden birisi RDS'dir. RDS immatür akciğerlerde surfaktan eksikliğine bağlı olarak gelişen akciğer olgunlaşma problemidir ( Kul vd, 2005 ).

Surfaktan yetersizliği yüzünden bebeğin yeterli derecede solunumu sağlayamaması ile ortaya çıkan bir hastalıktır ( Sağlık Bakanlığı, 2015 ). 28-30 haftalık doğan pretermelerde daha sık görülür. Genel olarak 35 haftanın altında doğan pretermeler etkilenir. Gebelik haftası dştkce RDS oranı artmaktadır. Diğer risk faktörleri olarak perinatal asfiksi, sezaryen ile doğum, ikiz eşi olmak, annede diyabet öyküsü gösterilebilir ( Rodriguez, 2003; Kul vd, 2005 ).

Surfaktan alveollerin yüzeyinde hava ile temas eden alanda yüzey gerilimini azaltır ve alveollerin kollabe olmasını önler (Sarıcı vd, 2004). Surfaktan sentezi gestasyonel 20. haftada başlayan, 24. haftadan sonra daha da artan; %90 lipidlerden, %10 proteinden oluşan bir lipoproteindir ( Kültürsay, Tansuğ, 2000 ).

RDS'nin birçok komplikasyonu ile prematreliğin komplikasyonları aynıdır. Erken dönemde RDS sebebi ile gelişen komplikasyonlara sepsis, Patent duktus arteriozus, kranial kanamalar, kalp ve böbrek yetmezlikleri, geç dönemde ortaya çıkan komplikasyonlara ise ROP, serebral palsi, bronkopulmoner displazi örnek verilebilir ( Rodriguez, 2000; Kul vd, 2005 ).

Tedavide genel destekleyici tedavinin yanı sıra ventilatör ve surfaktan tedavilerinde uygulanır. Surfaktan tedavisi pretermelerde bazen profilaktik bazen ise kurtarıcı olarak tercih edilir. Surfaktan bebeğin makineye bağlılık süresini kısaltabilen bir yöntemdir ( Kul vd, 2005 ).

#### *2.1.4.6. Prematüriteye bağlı retinopati ( ROP )*

ROP, bebeklik çağının önlenebilir körlük ve görme kaybı yapan nedenleri arasında ön sıralarda yer almaktadır. Sıklığı ülkelere göre değişmektedir. ROP'un ortaya çıkmasına neden olan çok sayıda risk faktörü bulunmaktadır. Ancak gestasyonel yaş ve doğum kilosu bunlardan en önemlileridir ( Sarıcı, Mutlu, Altınsoy, 2008 ). Prematüre retinopatisinin nedenlerine ek olarak uzun süren oksijen tedavisi gösterilebilir. Prematürelik tek başına ROP gelişmesinde büyük faktördür ( Bayram, 2006 ).

Prematüre retinopatisinin oluşumu ile ilgili birkaç teori mevcuttur. Günümüzde kabul edilen teoriye göre bu hastalık bifazik bir hastalıktır.

Birinci aşama doğumla başlayan hiperoksik ortamın oluşturduğu damar obliterasyonu ve ikinci aşama hipoksik neovaskülarizasyon fazıdır. Oksijen tedavisi de bu aşamanın gelişimini kolaylaştırabilir ( Yumuşak, Mutlu, Sarıcı, Oğurel, 2015 ). ROP'un derecesi gebelik haftası ve doğum kilosu ile ters orantılıdır ve 4 evrede incelenir. Birinci ve ikinci evrede girişim gerek kalmadan %80 kendiliğinden geriler. Fakat bu bebeklerin retina olgunlaşması açısından 40 haftaya kadar takip edilmesi gerekir. Evre 1 ve Evre 2' de kalıcı sekel çok az olmasına rağmen Evre 3 – Evre 4'de kalıcı sekelle karşılaşma oranı yüksektir ( Bayram, 2006; Sarıcı, Mutlu, Altınsoy, 2008 ).

İlk aşama gestasyonel 30-31. haftada beklenir. İmmatür retinanın artan metabolik ihtiyaçları aşırı Vasküler Endotelyal Growth Faktör ( VEGF ) salınımını tetikler. Sonuçta hipoksik vazoproliferasyon fazı, yani 2. aşama gelişir. Bu da gestasyonel 31-32. haftalara denk gelir. Hipoksik fazda iskemik vasküler retinadan salınan VEGF seviyesi pik yaparak eşik hastalık gelişiminde tetikleyici bir rol oynar ( Yumuşak vd, 2015 ). Prematüre retinopatisini 32 haftadan ve 1500 gramdan küçük prematürelerin önemli sorunudur. Olguların %70-80'i doğum kilosu 1000 gramın altında olan yenidoğanlarda ortaya çıkmaktadır ( Bayram, 2006 ). Bu bebeklerde hem prematürite hem de oksijen toksisitesi yüzünden retinopati sık görülür ( Sağlık Bakanlığı, 2015 ).

### ***2.1.5. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri ( YYBÜ )***

Prematüre doğan bebekleri yaşatabilmek için yapılabilecekler 50 yıl öncesine kadar oldukça sınırlıyken 1970'li yıllardan itibaren YYBÜ kurulmasıyla birlikte prematüre bebeklere sunulan sağlık hizmeti gelişmiştir ( Erdeve, 2009 ).

Yoğun bakım üniteleri, kritik hastaların izlendiği hastane birimleridir. Bu birimde bulunanlar ağır vakalar bulunduğu için invaziv girişimler ve monitörizasyon sık uygulanmaktadır, diğer birimlere göre yoğunbakım ünitelerinde yatış süresi uzamakta ve antibiyotik kullanımı artmaktadır ( İnan vd, 2002 ).

Teknolojinin gelişmesi ile YYBÜ'lerinin daha kapsamlı hale gelmesi preterm bebeklerin yaşama şansını arttırmaktadır. Zamanından daha erken doğan prematüre bebekler YYBÜ'de uyum sağlamakta güçlük yaşarlar. YYBÜ bakımı süresince yenidoğanlar uzun süreli bakıma ihtiyaç duyarlar ( İmseytoğlu, Yıldız, 2012 ). YYBÜ bakımının temel amacı; prematüre bebeğin gelişimsel, solunum ve sindirim, kardiyovasküler, nörolojik, üriner ve immün sistemlerinin desteklenmesidir ( Eras, Atay, Şakrucu, Bingöler, Dilmen, 2013 ). Bebeklerinin herhangi bir nedenle YYBÜ'ye yatırılması aileleri kaygılandırır. YYBÜ aileler için yabancı bir ortamdır. YYBÜ'leri genel olarak fazla çalışanın bulunduğu, seslerin fazla olduğu, ışıkların fazla parlak olduğu birimlerdir. Teknolojik aletler ve makineler fazladır. YYBÜ'sinde çalışan personelin kendi aralarında konuşmaları, koşturmaları ve davranışları ailelerin bu ortamda kendilerini dışlanmış hissetmelerine sebebiyet verir. Gebeliğin beklenenden daha erken sonuçlanması kızgınlığa neden olabilir ve doğum sonu ilk günlerde bebeğin durumundaki belirsizlikler ailede karışık duygular yaratabilir. Bu dönemde bebekleri yeterli zaman geçiremeyen anne ve babada depresyon belirtileri gözlenebilir ( Erdev ve vd, 2008 ). Prematüre bebeği yenidoğan yoğunbakımda yatan anne, ilk fırsatta bebeği tutması için teşvik edilmeli, annenin soruları yanıtlanmalı, bebek hakkında bilgi verilmelidir. Ailenin istediği zaman bebeği görmesine izin verilmeli, anne ve babanın mümkünse bebek bakımına katılması sağlanmalıdır ( Turan, Bolışık, 2003 ).

## **2.2. Doğum Sonu Dönem**

Doğum sonu dönem bebeğin doğumu ile başlar. Doğumu takiben 6 hafta süren, fizyolojik ve psikolojik karmaşık adaptasyonların gerçekleştiği bu dönem puerperium olarak isimlendirilir. Bu dönemde tüm sistemler, özellikle üreme organları doğum öncesi durumlarına geri dönerler. Retrogressive (gerileyici) ve proressive (ilerleyici) organ ve sistem değişiklikleri gözlemlenir. Retrogressive değişiklikler başta uterus ve vajina olmak üzere

organları ve diğer sistemlerde görülürken, progrressive değişimler laktasyona hazırlanan memelerde görülür ( Arthur, Evans, 2008; Taşkın, 2011 ).

Doğumdan sonraki ilk haftalarda özellikle ilk on günde anne ve bebek izlemlerinin daha yakından olması gerekir. Puerperium döneminin sonuna kadar anne ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda bakımın sürdürülmesi gerekmektedir. Risklerin farkında olarak, komplikasyonlara karşı dikkatli olunmalıdır. Doğum sonu dönemde anne ilk bir saatte on beş dakikada bir, ikinci saatte yarım saate bir, ilk yirmi dört saatte dört saatte bir, sonrasında hastanede kaldığı sürede sekiz saatte takip edilmelidir ( Aslan, 2017 ). Doğum sonu dönemde yapılan takiplerde anne, hayati belirtiler, cilt rengi, kanama kontrolü, idrar takibi, varsa insizyon yeri değerlendirmesi, fundusun yeri ve kıvamı, perinenin durumu, süt miktarı ve emzirme, hal ve hareketler göz önünde bulundurularak fizyolojik ve psikolojik olarak değerlendirilmelidir ( Taşkın, 2011; Aslan, 2017 ).

### ***2.2.1. Doğum sonu dönemde görülen fizyolojik değişiklikler***

#### ***2.2.1.1. Ürogenital sistem***

Doğum sonu involüsyon süreci 6 haftalık bir zaman diliminde çok hızlı gerçekleşir. İnvölüsyon üreme organlarının doğum sonu dönemde eski ölçülerine ve fonksiyonlarına dönme sürecidir ( Taşkın, 2011 ).

Uterus gebelik boyunca yaklaşık 11 kat büyür ( Köker, 2006 ). Uterus involüsyonu ve tonusunu değerlendirmek için fundus palpe edilmelidir. Uterus zaman içerisinde umblikusun altına inmeli ve sert olmalıdır ( Arthur, Evans, 2008 ). Uterusun involüsyonu, kas liflerinin kontraksiyonu, katabolizma ( metabolizmanın yıkım aşaması ) ve uterin epitelin rejenerasyonu olmak üzere 3 aşamada gerçekleşir. İnvölüsyon doğumdan sonra plasentanın ayrıldığı alanda hızla başlar ( Aslan, 2017 ). Doğumdan hemen sonra uterus sert, 1000 gram ağırlığında, greyfurt büyüklüğündedir ( Taşkın, 2011 ). Bu dönemde fundus umblikus hizasında palpe edilir. Postpartum ilk haftada 12 haftalık gebelikteki boyutuna iner ve simfisis pubis hizasında palpe edilir. Uterusun involüsyonu postpartum 6. haftada tamamlanır ve ağırlığı 100 grama düşer ( Köker, 2006 ).



Plasentanın ayrılmasıyla desiduada kan, küçük desidua parçaları, mukus, verniks kazeoza, lanugo ve mekonyum parçalarından oluşan spongioz bir tabaka loşia olarak atılır ( Taşkın, 2011; Aslan, 2017 ). İlk iki üç gün kanla karışık olarak atılan ve kırmızı renkte olan, loşia rubra adını alır. Dördüncü gün yüzeyin iyileşmesi ile loşianın kan içeriği azalır ve içeriğindeki lökosit oranı artar. Rengi kırmızıdan pembeye dönen loşia bu dönemde loşia seroza olarak adlandırılır. Yaklaşık 11. günde loşianın içeriğindeki eritrosit miktarı azalır ve rengi açık sarıya döner. Genelde doğum sonu 3, bazen 6 haftaya kadar görülür ve loşia alba diye isimlendirilir. Loşianın miktarı ve kokusu kanama ve enfeksiyon açısından önemlidir ( Köker, 2006; Arthur, Evans 2008; Taşkın, 2011; Aslan, 2017 ).

Doğumdan hemen sonra serviks gevşek ve şekilsizdir. İnvölüsyonu 6 hafta sürer. Anatomik yuvarlak olan servikal os, doğumdan sonra çizgi şeklini almaktadır ( Taşkın, 2011 ). Küçük sıyrık ve ezikler, ödem görülebilir. Serviksin involüsyonu hızlıdır. Doğum sonu ilk bir haftada external os kurşun kalem genişliğindedir. İnternal os gebelikten önceki şeklini alır ( Aslan, 2017 ). Tam iyileşme ve reepitilizasyon 6-12. haftada tamamlanır. Stroma ödemi, yuvarlak hücre infiltrasyonu ve endoservikal bez hiperplazisi 4 aya kadar devam eder ( Köker, 2006 ).

Vajina doğumda fetüsün geçişi nedeni ile gerilmiş durumdadır. Ödemli ve bereli bir görünümü vardır. İlk hafta boyunca gevşek kalır. 3 hafta sonra neredeyse doğumdan önceki görünüşünü alır. Rugalar belirginleşir ve labialar eski haline dönmeye başlar. Tam olarak doğumdan önceki haline postpartum 6.haftada gelir. Doğum sonu dönemde vajina mukozası atrofiktir ve vajina duvarları östrojen üretimi başlayana kadar ince görünümlüdür. Labia minör ve majörler nullipar bir kadına kıyasla daha gevşektir ( Taşkın, 2011; Aslan, 2017 ).

Fetüs başının baskısı nedeni ile perine ödemli, kırmızı ve gevşek görünümlüdür. Doğum sonu ilk haftada büyük ölçüde eski görüntüsünü kazanır fakat tonüsü biraz gevşek kalır. Epizyotomi veya laserasyon varsa perinenin iyileşme süresi uzar. Epizyotomi varlığında ağrı 2 haftada azalsa da

tamamen iyileşmesi 4-6 ay sürebilir. Doğum sonu dönemde perine kanamanın şekli ve miktarı, anormal görüntü, renk değişikliği, iyileşme ve hassasiyet yönünden değerlendirilmelidir ( Yücel, 2018 ).

Yeni doğum yapmış annenin idrarını 4-6 saatte idrarını spontan olarak yapması beklenir. Doğumu takiben ilk birkaç günde proteinüri görülmesi tipiktir. 3. günden sonra görülmez. Meme glandlarından kan dolaşımına laktoz absorbe olduğu için ilk günlerde idrarda şekerde görülebilir. İlk 5 günde idrar volümünde artış beklenendir. Gebelikte salgılanan hormonlar su tutma özelliğinden dolayı vücutta biriken fazla sıvının dolaşıma katılması ile diürez gelişir. Doğum sonu dönemde günlük idrar atılımı 500-1000 cc kadardır ( Taşkın, 2011 ). Doğumdan sonra ilk 1-2 saat içerisinde diürezin artışı nedeni ile mesane distansiyonu gelişebilir. Bu durumda abdomenden palpe edilerek anne idrar yapmaya teşvik edilir ( Aslan, 2017 ).

#### *2.2.1.2. Kardiyovasküler sistem*

Erken lohusalık döneminde kardiyovasküler fonksiyonlarda hızlı değişiklikler olur. Plasentanın ayrılmasından sonra trombosit düzeyi aniden düşer. Doğum sonrası düşük dirençli uteroplental dolaşım oblitere olduğundan maternal damar yatağında % 10-15 azalma olur. Kan hacmindeki bu azalma ile birlikte doğum sonu doğum sonu 3-7. günlerde hematokrit seviyesinde yükselme gözlenir ( Köker, 2006 ). Sonraki dönemde plazma artışından dolayı hematokrit seviyesi düşer ve 4-8 haftada normale döner. Uteroplental kanın genel dolaşıma katılması ile kalbe giden kan miktarı artması, uterus damarlarındaki basıncın azalması ve dokulararası sıvının dolaşıma katılması ile kalp atım hacminde geçici artış olur. Doğum sonu ilk dönemde anne bradikardiktir ( Aslan, 2017 ). Postpartum 7 hafta süren bir dönemde tromboemboli riski yüksektir. Doğum sonu ilk günlerde fibrinojenle beraber birkaç pıhtılaşma faktörünün daha seviyesi yüksektir ( Bukowski, Silver, 2008 ). Bu süreç doğumdan sonra birkaç gün daha devam etsede tromboza neden olma riski devam eder. Annenin doğumdan sonra erken ayağa kaldırılması bu riski azaltır ( Aslan, 2017 ).

Doğum sonu düşük kan basıncı intrapelvik basıncın azalması sonucu normal fizyolojik bir durum olarak gelişebilir. Fakat bu durum uterin hemorajisinde habercisi olabilir. Kan basıncının yüksekliği her zaman çok dikkatli değerlendirilmelidir.

#### *2.2.1.3. Solunum sistemi*

Doğum sonu dönemde annede progesteron seviyesi, karın içi basınç ve diyafragmatik basınç düşer. Uterusta biriken kan atıldıkça solunum kolaylaşır (Aslan, 2017). Progesteronun solunumu etkileyen santral etkisinin ortadan kalkması ile postpartum ilk günlerde karbondioksit seviyesi yüksektir. Eylem sırasında, intrapulmoner şantların artması ve kardiyak outputtaki düşmeye bağlı olarak oksijen saturasyonu da düşer ( Üstün, 2008 ). Doğum sonu dönemde akciğer sesleri temiz olmalıdır. Preterm eylem tedavisi almış veya hipertansiyon gelişmiş annelerde doğum sonu pulmoner ödem gelişme riski yüksektir. Bu sebepten akciğerler dikkatli dinlenmelidir ( Taşkın, 2011 ).

#### *2.2.1.4. Gastrointestinal sistem*

Çoğu zaman travay ve doğum sürecinde anne aç kalmakta ve enerji tüketmektedir. Sıvı alımının kısıtlanması, ağızdan solunum ve terleme aşırı susuzluk hissine sebep olur ( Aslan, 2017 ). Gastrointestinal tonus ve motilite postpartum 2-3. günlerde normale döner. Fakat doğum sonrası dönemde ağrının varlığı defekasyonu kısmen geciktirir ( Üstün, 2008 ). Hemoroidler, perinedeki dikişler ve fetüs başının doğum sırasında rektuma baskısı ağrıya sebep olabilir. Doğum sonu hareketin azlığı, az besin alımı, karın duvarının gevşemesi, barsaklar üzerindeki basıncın azalması barsak peristaltizminin yavaşlamasına ve konstipasyona neden olur. Genellikle barsak fonksiyonları 3-4 gün içinde normale döner ( Taşkın, 2011 ). Gastrointestinal sistemin eski haline dönme süreci ise 3-4 ayda gerçekleşir ( Üstün, 2008 ).

#### *2.2.1.5. Memeler ve laktasyon*

Doğumdan sonra östrojen ve progesteron seviyelerinin düşmesi ile gebelik boyunca baskılanan prolaktin aktive olur ve memelerden süt salgılamasını başlatır. Laktasyonun başlaması ile memeler genişler ve sertleşir. İlk 48 saat boyunca hassastırlar ( Taşkın, 2011 ). Memelerin her birinde

ortalama 400 gram ağırlık artışı olur ve kan akımı gebelik öncesi dönemin 2 katına çıkar. Laktasyon 3 aşamada gerçekleşir. Memelerin büyüme ve gelişimi mammogenez, süt salgısının başlaması laktogenez, başlamış süt salgısının devam etmesi ise galaktopoez diye isimlendirilir. Süt salgısının devamlılığı için düzenli emzirme ve meme bezlerinin boşaltılması gereklidir. Emzirme sırasında meme başı uyarıldığı için oksitosin salgılanır. Oksitosin uterus kontraksiyonlarına neden olarak involüsyon sürecine yardımcı olur ( Aslan, 2017 ). Emzirme eylemi bebek doğar doğmaz ilk 20 dakikada gerçekleşmeli anne ile bebeğin ten teması sağlanmalıdır. Bebekler emme, yutma ve yakalama reflekslerine sahip olarak doğdukları için annesinin memesini bulmakta ve emmekte zorlanmayacaklardır. İlk temas ve emzirme anne ve bebek bağlanması ve laktasyonun başlaması açısından önemlidir. Ayrıca emzirme adet döngüsünü düzenlemesi nedeni ile annede uterus, meme ve over kanseri riskini azaltır ( Rathfish, 2012 ). Ciddi hayati tehlikelerle doğan prematüre bebekler acil müdahale gerektirdiği için, emme ve yutma refleksleri gelişmediği için ilk emzirmeden mahrum kalabilirler. Bu durum aynı zamanda anne ile ten temasının ve bağlanmanında gecikmesine sebep olur.

Doğumdan hemen sonra salgılanan koyu sarımsı önsüte kolostrum adı verilir. Kalsiyum, mineraller ve yağda eriyen vitaminlerden zengindir. Doğum sonu 2-4. günlerde geçiş sütüne döner. Geçiş sütü ortalama 2 hafta boyunca salgılanır. Kolostruma göre daha yüksek oranda yağ, laktoz ve vitamin içerir. Anne sütünün bileşimi 14. günden sonra matür süt olarak değişim gösterir. Bu sütün % 10'u büyüme için gerekli olan karbonhidrat, protein ve yağ içerir. Geri kalan kısmı ise sudan oluşur ( Taşkın, 2011 ).

### *2.2.2. Doğum sonu dönemde görülen psikolojik değişiklikler*

Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olmakla beraber, karmaşık bir psikolojik süreci de içerisinde barındırır ( Gülseren, 1999 ). Yeni bir bebeğin aileye katılması genellikle olumlu bir durum olarak algılansa da annelerin bir kısmında farklı duyguların gözlemlenmesi olasıdır ( Ayvaz, Kocaoğlu, Tiryaki, Ak, 2006 ). Kadın yaşamının en güzel dönemi olarak nitelendirilen doğum sonrası dönem aynı

zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından dikkat edilmesi gereken dönemdir ( Ay, Tektaş, Mak, Aktay, 2018 ). Doğum sonu dönemde annenin psikolojisinin değerlendirilmesi postpartum değerlendirmenin en önemli kısmıdır. Bu süreçte annenin genel tutumu, yeterlilik duygusu, destek sistemleri ve bakım verme becerisi değerlendirilir ( Taşkın, 2011 ). Bu dönemde ortaya çıkan psikolojik sorunların ayrımı çok net belirlenmemiş olsa da belirtilerine göre; annelik hüznü, postpartum depresyon ve doğum sonu psikoz olmak üzere toplam 3 başlık altında ele alınmıştır ( Gülseren, 1999; Sünter, Güz, Canbaz & DüNDAR, 2006; Marakoğlu vd., 2009; Dereli Yılmaz, 2017 ).

#### *2.2.2.1. Annelik hüznü*

Bebek hüznü veya annelik hüznü olarak bilinen hafif depresyon durumudur. Yaygın olarak görülen bu durum doğum sonu ilk haftada başlar ve iki haftadan uzun sürmez ( Aslan, 2017 ). Hüzün, öfke, ağlama, iştahsızlık, hayal kırıklığı, uyuyamama gibi belirtiler ortaya çıkar ( Taşkın, 2011 ). Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte doğum, doğum sonu rahatsızlıklar, yorgunluk, bebek bakımı ile ilgili anksiyete, kendini beğenmeme gibi duygusal hislere bağlı olarak gelişebilir. Bu dönemde annenin hormonların etkisinde olduğu bilinmektedir ( Aslan, 2017 ). Annelik hüznü geçiren annelerin, bu durumun postpartum depresyona dönüşmemesi açısından yakınları ve sağlık çalışanları tarafından gözlem altında bulundurulması gerekmektedir ( Karamustafaoğlu, Tomruk, 2000 ). Bütün sosyal toplumlarda ve kültürlerde görülür. Ruhsal destek ve eğitim ile düzelir ( Bozkaya, Ünsal, 2006 ).

#### *2.2.2.2. Doğum sonu depresyon*

Doğum olayı her kadın için önemli bir olaydır. Anneliğe geçiş döneminde her kadın fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikolojik değişimlere de maruz kalır. Doğum sonrası dönemde kadınlar annelik hüznünden postpartum psikozu kadar ciddi psikiyatrik hastalıklara karşı risk altındadırlar. Bu dönemde en sık görülen rahatsızlık ise postpartum depresyondur ( Deveci, 2003 ). Annelik hüznünün iki haftadan fazla sürdüğü ruhsal dengesizlik ve

bozukluk hali doğum sonu depresyon veya postpartum depresyon ( PPD ) olarak bilinir. Doğum öncesi dönemde doğum sonrası oluşabilecek depresyonun risk faktörleri belirlenebilir. DSD'in belirtileri majör depresyon belirtileri ile çoğunlukla aynıdır. Deprese ruh hali, hayattan zevk alamama, iştahta değişiklik, uykusuzluk veya aşırı uyuma, bitkinlik, suçluluk duygusu, yoğunlaşma güçlüğü, değersiz hissetme, kararsızlık belirtilerinin iki haftadan daha uzun sürmesi her iki depresyon türü için ortak özelliştir ( Bozkaya, Ünsal, 2006 ).

Biyolojik ve psikososyal faktörler doğum sonu depresyonun başlıca nedenleri arasında yer almaktadır. Doğum sonu ilk haftada östrojenin düzeyi düşerken prolaktin düzeyi artmaktadır. Prolaktin düzeyinin emzirmeyen annelerde hızlı bir şekilde düşmesinin doğum sonu depresyonu etkilediği düşünülmektedir ( Gülseren, 1999 ). Bu dönemde anne ve bebeğin birbirinden ayrılmadan gözlem altında tutulması önemlidir ( Marakoğlu vd., 2009 ). Doğum sonu depresyonun psikososyal risk faktörleri arasında; gebelikteki depresyon ve anksiyete, önceki depresyon öyküsü, sosyal destek eksikliği, bebek bakımı ile ilgili stres, annelik hüznü, özgüven eksikliği, düşük sosyoekonomik durum, istenmeyen gebelikler, ailede depresyon öyküsü, düşük eğitim düzeyi, doğum sayısı, prematürite, emzirememe, istenmeyen bebek cinsiyeti, travmatik doğum deneyimi, stresli yaşam, zor veya komplikasyonlu gebelik gösterilebilir ( Oskay, Avcı Serbest, 2017 ).

Postpartum depresyonda olan anneler genellikle; kendilerini değersiz hisseder, anksiyete bozukluğu yaşar ve suçluluk duyarlar. Aynı zamanda hiperaktivite, yeme bozuklukları, uyku düzeninde bozulmalar, öfke, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, intaharla ilgili düşünceler, kararsızlık, cinsel ilişki ve diğer aktivitelerde azalmalarda yaşanabilmektedir. Diğer psikiyatrik durumlara kıyasla postpartum depresyon belirtileri daha geç dönemde ortaya çıkar. Anneler bu dönemde mutlu olmaları gerektiğine inandıkları için depresif duygular taşımaktan dolayı suçluluk duymakta, belirtileri saklamaktadırlar. Bu durum ise doğum sonu depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçmasına neden olmaktadır.

PPD sadece bebek ve annesi açısından değil, tüm aile açısından olumsuz sonuçlar doğuracağından özel yaklaşım gerektiren bir durumdur ( Erdem, Bucaktepe, 2012 ). Fakat bu dönemi kadınlar mutlu olunması gereken bir dönem olarak algıladıkları için kendi yaşadıkları ruhsal durumu ve üzüntüyü saklamaya gerek duyarlar. Bu durum ise postpartum PPD belirtilerinin sıklıkla gözden kaçmasına sebep olmaktadır ( Gülseren, 1999 ). Aynı zamanda doğum sonu dönemde cinsel istekte azalma, iştahsızlık, uyku değişiklikleri normal bir durum olarak algılanması da bu durumun gözden kaçma sebebi olabilmektedir ( Karamustafaoğlu, Tomruk, 2000 ). PPD tespit edildiğinde tedavi, izlem ve eğitim amacı ile anne bebeği ile beraber hastaneye yatırılıp takip edilmeli, annenin bebeğine bakabilme özgüveni sağlanarak izolasyon hissi azaltılmalıdır ( Bozkaya, Ünsal, 2006 ). Ne yazık ki bu durum her anne ile bebek arasında sağlanamamaktadır. Prematüre bebekler zamanından erken doğdukları için çoğu zaman annelerinden ayrılarak yoğun bakım ünitelerinde takip edilirler. Bu durum anne için oldukça travmatik ola bildiği gibi, bebeğin hayati tehlikesi devam ettikçe bu süreç devam etmektedir. Bu ise anneye kendini yetersiz hissettirir. Beklenen normal süreç yaşanmadığı için anneliğe geçiş süresi uzar ( Oskay, Avcı Serbest, 2017 ). PPD tedavisinde psikoterapi, farmakoterapi veya elektrokonvulziv tedavi gibi yöntemler kullanılabilir ( Bozkaya, Ünsal, 2006 ).

### *2.2.2.3. Doğum sonu psikoz*

Doğum sonu dönemde görülen ruhsal bozukluklar arasında en ciddi sonuçları olan durum psikozdur. Yaklaşık 1-2/1000 oranında görülür ( Oskay, Avcı Serbest, 2017 ). Doğum sonu psikoz sıklıkla akut gelişen bir bozukluktur. Doğum sonu ilk birkaç gün içerisinde veya ilk 8 haftada belirtiler ortaya çıkar. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Akut olarak huzursuzluk ve yetersiz uyku en belirgin bulgusudur ( Dereli Yılmaz, 2017 ). Sıklıkla depresyon, sanrılar ve annede kendine ya da bebeğine zarar verme düşüncesini içeren bir sendromdur ( Oskay, Avcı Serbest, 2017 ). Sıklıkla annelik hüznü ve PPD ile karıştırılır. Sanrılar ve halüsinasyonlar tanı koydurucu bulgulardır. Anne bebeği ile beraber hastanede tedavi edilmelidir. Tedavide antiepileptikler ve antidepresanlar kullanılabilir ( Bozkaya, Ünsal, 2006 ). Sanrılar annelerin

%50'sinde, halüsinasyonlar %25'inde ortaya çıkar. Doğum sonu psikozda özkıyım, bebek istismarı ve bebeği öldürme riski var olduğundan erken tanı ve tedavi şarttır ( Oskay, Avcı Serbest, 2017 ).

### **2.2.3. Yaşam kalitesi**

#### *2.2.3.1. Yaşam kalitesi kavramı ve doğum sonu dönem*

Yaşam kalitesi en eski çağlardan beri tartışılan bir kavram olsa da ilk kez 1960 yılında Long tarafından kullanılmıştır. Yaşam kalitesi her toplumun ulaşmak istediği evrensel bir göstergedir. Bu göstergenin değerlendirilmesinde ortak ve standart bir sistem geliştirilmemiş olsa da subjektif ve objektif olmak üzere iki şekilde incelenmektedir ( Aydıner Boylu, Paçacıoğlu, 2016; Akın, 2018 ).

Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde kendi durumlarını algılama biçimi DSÖ tarafından yaşam kalitesi olarak tanımlanır. Yaşam kalitesi kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve göze çarpan özellikleri ile olan ilişkilerinden etkilenen karmaşık ve geniş kapsamlı bir kavramdır ( WHO, 2012 ). Yaşam kalitesinin evrenselliği Maslow'un beş ana başlıkta topladığı ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanabilir. Maslow insan temel ihtiyaçlarını fiziksel gereksinimler, güvenlik gereksinimi, sosyal gereksinimler, saygı görme gereksinimi ve kişisel görüşlerini ortaya koyma başlıkları altında toplamıştır ( Aydıner Boylu, Paçacıoğlu, 2016 ). Maslow bu ihtiyaçların nicelik ve niteliğinin önemli olduğunu vurgulamıştır.

Yeni anne olmuş bir kadın için doğum sonrası dönem, yaşam kalitesini etkileyen fiziksel, duygusal ve sosyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı bir zamandır. Bu dönemde çok az sayıda anne, ilk birkaç hafta veya ayları gerçek bir sorun yaşamadan atlatabilmektedir ( Shaw, Levitt, Wong, Kaczorowski, 2006 ).

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, gelir, sağlık, sosyal destek, yaşanılan konut ve iş yaşamı yaşam kalitesinin göstergeleri arasındadır. Sağlık açısından yaşam kalitesinin belirlenmesi bireyin fiziksel, psikolojik ve



sosyal sağlığı ile ilgilidir. Bireyin hangi durumda olursa olsun fiziksel dayanıklılık isteyen aktiviteler ile günlük yaşam aktivitelerini, bireyin kendi bakımını yerine getirebilmesi ve bunların yeterli düzeyde yerine getirebilmesi yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili objektif göstergeleri arasındadır ( Aydıner Boylu, Paçacıoğlu, 2016 ). Doğum sonu dönem yaşam kalitesini etkileyen birçok fizyolojik ve psikolojik faktörleri içinde barındırmaktadır. Doğum sonu döneme uyum sağlamakta zorlanan anne için prematüre bir bebeğin varlığı travmaya dönüşerek yaşam kalitesinin daha da düşürebilmektedir. Doğum sonu depresyonun annelerin yaşam kalitesini ve bebeklerin gelişimini etkileyen önemli bir sağlık sorunu olduğu düşünülmektedir ( Durukan vd., 2011 ).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Prematüre bebeğe sahip annelerde doğum sonu yaşam kalitesi ve depresyon riskini belirlemek ve yaşam kalitesi ile depresyon riski arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile yapılmış tanımlayıcı, kesitsel tipte olan araştırma, problemi daha iyi tanımlamak amacı ile iki grup ile yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Çalışma 07 Kasım 2018-07 Mart 2019 tarihleri arasında İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek binası yenidoğan yoğunbakım ünitesi ve lohusa servisinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın yapıldığı hastane Kanuni Sultan Süleyman tarafından 1555'de yaptırılmış olup, 120 yatak kapasitesi ( 19 çocuk, 6 çocuk acil, 22 kuvüzlü üçüncü basamak YYBÜ ve 32 yataklı lohusa servisi ) ve 29 polikliniği bulunmaktadır. YYBÜ kendi içerisinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere üç ayrı bölümden oluşur. Bölümde 1 uzman neonotolog, 2 yandal uzmanı, 2 yandal asistanı olmak üzere 3 uzman hekim, 8 asistan hekim, biri sorumlu servis ebesi olmak üzere 22 ebe ve hemşire, 1 tıbbi sekreter çalışmaktadır. Ünitenin içerisinde 4 yataklı anne oteli bulunmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

##### ***3.3.1. Araştırmanın evreni***

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan çalışmanın evrenini, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek binasında 07.11.19-07.03.19 tarihleri arasında yenidoğan yoğunbakım ünitesinde yatıyor olan prematüre bebeklerin anneleri ve bu tarihlerde miadında ve sağlıklı doğan bebeklerin anneleri oluşturmaktadır.

##### ***3.3.2. Araştırmanın örnekleme***

Çalışmanın örnekleme büyüklüğünü belirlemek amacıyla G\*Power 3.1.9.2 paket programı yardımıyla aşağıdaki bilgiler elde edildi.

Grup Sayısı : 2

Tekrar Sayısı: 0

Etki Genişliği(f): 0.55

Tip I hata oranı: 0.05

Tip II hata oranı: 0.95

Çalışmanın Gücü: 0.95

Gereken en az denek sayısı: 73

Araştırılacak konu için katılımcılara uygulanacak prosedürlerin farklılığını istatistiksel olarak ortaya koyabilmek ve çalışmanın amacını tanımlayabilmek için takip süresince yaşanacak bilgi kayıplarını karşılamak ve çalışmayı %95 güç ile gerçekleştirebilmek için çalışman 150 kişi ile yapılmıştır. Çalışma 07.11.19-07.03.19 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek binası YYBÜ'nde yatan prematüre bebeklerin ve doğum sonu takip amacı ile lohusa servisine yatırılan normal bebeklerin anneleri arasından rastgele seçilmiş, gönüllü 76 prematüre bebek annesi ve 74 miadında sağlıklı ve miadında doğan bebek annesiyle tamamlanmıştır.

Türkçe bilmeyenler ve 18 yaş altı kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

### **3.4. Veri Toplama Aracı**

Veriler konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.4.1. Kişisel bilgi formu**

Kişisel Bilgi Formu yaş, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sosyal güvence, eşin çalışma durumu, eve giren toplam gelir, herhangi bir hastalığın varlığı, madde bağımlılığı, ilk gebelik yaşı, abortus ve yaşayan sayısı ve gebelik öyküsünü de içeren sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri içeren 24 sorudan oluşmaktadır ( EK-1 ).

İlk 23 soru bütün anneler tarafından cevaplandırılmış olup, 24. Soru sadece prematüre bebeği YYBÜ'nde yatan anneler tarafından cevaplandırılmıştır.

### **3.4.2. Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği ( DSYKÖ )**

Doğum sonu dönemde yaşam kalitesini değerlendirmek için Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmaktadır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hill, Aldag, Riner ve Bloomfield tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Bu ölçek annenin içerisinde bulunduğu durumu algılamasına göre değerlendirilmektedir. DSYKÖ, annenin algılamasına göre değerlendirilen bir ölçek olup 5 alt kısımdan, 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları akrabalık aile/arkadaş ( 9 madde ), sosyoekonomik ( 9 madde ), eş ( 5 madde ), sağlık ( 8 madde ), psikolojik ( 9 madde ) boyuttan oluşmaktadır. Ölçek doğum sonu, annelerin kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettiklerini değerlendirmektedir. Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde memnuniyet, ikinci bölümde ise önemlilik derecesi 6'lı likert skalasına göre değerlendirilir. Ölçeğin memnuniyet ve önemlilik bölümleri 1'den 6'ya kadar numaralandırılmıştır ( 1-hiç memnun değil, 6-çok memnun ). Annelerden sorulardaki alanla ilgili olarak ne kadar memnun olduğunu ya da o alanın onun için ne kadar önemli olduğunu tanımlayan en doğru şıkkın seçilmesi istenmiştir.

Yaşam kalitesi ölçeği puanlarını hesaplamak için; 1'den 6'ya kadar olan memnuniyet maddelerin her birinden 3.5 çıkarılmakta, ölçeğin önemlilik boyutundaki aynı maddelerle memnuniyet boyutundan alınan puanlar çarpılmaktadır. İşlem sonrası elde edilen puanlar toplanarak ölçek soru sayısına bölünerek, negatif sonuçlar oluşmaması için bölümden elde edilen rakama sabit bir değer kabul edilen 15 puan eklenip sonuç bulunmaktadır. Sonuç olarak Yaşam Kalitesi Skoru 0-30 aralığında çıkmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir ( Hill, Aldag, Hekel, Riner, Bloomfield 2006 ).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Altıntuğ ve Ege tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe formunun doğum yapmış kadınlarda doğum sonu yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir. Türkçe ölçeğin

faktör analizinde faktör yükü 0.41 ile 0.80 arasında değişmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde beş faktörlü yapı doğrulanmıştır. Ölçek toplam puanına göre Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı: 0.95, alt ölçeklerden psikolojik ( 0.83 ), akrabalık/ aile-arkadaş ( 0.84 ), sosyoekonomik ( 0.87 ), eşiniz ( 0.78 ), sağlık ( 0.81 ) olarak bulunmuştur ( Altuntuğ, Ege 2012 ).

### **3.4.3. Edinburgh doğum sonu depresyon ölçeği ( EDSÖ )**

Postpartum depresyonu taramak için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılmaktadır. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve arkadaşları tarafından 1987'de geliştirilmiştir. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 10 soru içermektedir. Ölçümü dörtlü likert tiptedir. Uygulaması kolay olduğundan kişiler kendi başlarına doldururlar. Her maddenin puanlaması farklıdır ( 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanır ). Ölçek 0-30 puan arasında puanlandırılır. Toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir.

Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1996'da yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik sırasıyla %84 ve %88, cronbach alfa değeri ise 0.79 olarak hesaplanmıştır. Kesme puanının 12-13 olduğu gösterilmiştir ( Engindeniz, Küey, Kültür 1997 ). Türkiye ölçeğin kesme puanı 13 olarak hesaplanmış, 13 ve üzerindeki değerleri alan annelerin sevk edilmesi uygun görülmüştür ( Eren 2007 )

### **3.5. Veri Toplama Aracının Uygulanması**

Araştırmanın verileri 07 Kasım 2018-07 Mart 2019 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek binası yenidoğan yoğunbakım ünitesi ve lohusa servisinde toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere araştırma hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onam alınmıştır ( EK-4 ).

Kişisel Bilgi Formu doğum sonu dönemde hastanenin lohusa servisinde yatan annelerle ve bebeği YYBÜ'nde yatan annelerle yüz yüze görüşme tekniği

kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Ölçekler ise araştırmacının gözleminde anneler tarafından işaretlenmiştir.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan annelerin bebeklerinin miad ve prematüre doğması bazında değerlerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile sınınanarak parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olup olmadığını tespit etmek için Mann Whitney U non parametrik testi uygulanmıştır. Çalışmanın değerleri normal dağılıma uygunluk göstermediği için ortanca ( medyan ) ve çeyreklikler arası genişlik ( ÇAĞ ) değerleri hesaplanmıştır. Bebeklerinin miad ve prematüre doğması bazında yaş değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğinde Independent sample t test ile bakılmış ve ortalama standart sapma hesaplanmıştır. Annelerin bebeklerinin miad ve prematüre doğması bazında sosyodemografik ve obstetrik bilgiler içeren soruların karşılaştırılmasında Ki Kare Karşılaştırma testi kullanılmıştır. Miadında ve prematüre bebeğiolan annelerin DSYKÖ toplam puanları ile EDSÖ toplam puanları arasında ilişkiyi saptamak amacı ile korelasyon analizi yapılarak, spearman rho ilişki katsayıları hesaplanmış, scatter plot grafikleri çizilmiştir.

Cronbach's Alpha katsayısı 0.5'ten küçük ise tutarsız, 0.5 ile 0.6 arasında ise kötü, 0.6 ile 0.7 arasında ise şüpheli, 0.7 ile 0.8 arasında ise kabul edilebilir, 0.8 ile 0.9 arasında ise iyi ve 0.9'dan büyük ise çalışma mükemmel olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda DSYKÖ cevapların iç tutarlılık katsayısı 0.903, EDSÖ cevaplarına ait iç tutarlılık katsayısı 0.860 olarak hesaplanmıştır ( Tablo 3.6.1 ).

**Tablo 3.6.1. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine ait iç tutarlılık analizi**

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
DOğUM SONU YAşAM KALİTESİ ÖLÇEğİ ( DSYKÖ )	40	0.903
EDINBURGH DOğUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEğİ ( EDSÖ )	10	0.860

DSYKÖ 5 alt faktörden oluştuğu için faktörlere ait iç tutarlılık katsayısı hesaplandığında; Faktör 1 iç tutarlılık katsayısı 0.746, Faktör 2 iç tutarlılık katsayısı 0.809, Faktör 3 0.552, Faktör 4 0.786 ve Faktör 5'e ait cronbach's alpha katsayısı 0.834 olarak saptanmıştır ( Tablo 3.6.2 ).

**Tablo 3.6.2. DSYKÖ alt faktörlerine ait iç tutarlılık cronbachs alpha katsayıları**

Faktör no	Madde sayısı	Cronbach's Alfa
Faktör 1	10	0.746
Faktör 2	9	0.809
Faktör 3	5	0.552
Faktör 4	8	0.786
Faktör 5	8	0.834

Çalışmada yer alan 74 miadında bebeği olan annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından olan Akrabalık-aile-arkadaş ( Faktör 1 ) alt boyut puan ortalaması  $27.78 \pm 18.39$ , Sosyo ekonomik alt boyut ( Faktör 2 ) puan ortalaması  $6.58 \pm 25.22$ , Eş alt boyut ( Faktör 3 ) puan ortalaması  $16.43 \pm 10.20$ , Sağlık alt boyut ( Faktör 4 ) puan ortalaması  $15.39 \pm 19.97$ , Psikolojik alt boyut puan ortalaması  $31.91 \pm 16.17$  olarak hesaplanmıştır ( Tablo 3.6.3 ).

Çalışmada yer alan 76 prematüre bebeği olan annenin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından olan Akrabalık-aile-arkadaş ( Faktör 1 ) alt boyut puan ortalaması  $18.57 \pm 20.63$ , Sosyo ekonomik alt boyut ( Faktör 2 ) puan ortalaması  $11.65 \pm 25.16$ , Eş alt boyut ( Faktör 3 ) puan ortalaması  $18.90 \pm 12.53$ , Sağlık alt boyut ( Faktör 4 ) puan ortalaması  $1.67 \pm 30.48$ , Psikolojik alt boyut puan ortalaması  $6.26 \pm 24.26$  olarak hesaplanmıştır ( Tablo 3.6.3 ).

**Tablo 3.6.3. DSYKÖ alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler**

Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt boyutları	Miad bebeği olan Ort±SS	Prematüre bebeği olan Ort±SS
Akrabalık-aile-arkadaş	$27.78 \pm 18.39$	$18.57 \pm 20.63$
Sosyo ekonomik	$6.58 \pm 25.22$	$11.65 \pm 25.16$
Eş	$16.43 \pm 10.20$	$18.90 \pm 12.53$
Sağlık	$15.39 \pm 19.97$	$1.67 \pm 30.48$
Psikoloji	$31.91 \pm 16.17$	$6.26 \pm 24.26$
Toplam sayı	74	76

Sadece prematüre bebeği olan annelerin cevapladığı Kişisel Bilgi Formu'nun 24. sorusuna ait cevap dağılımlarının sayı ve yüzdeleri hesaplanarak, ölçeklerin puanları ve seçenekler Kruskal Wallis nonparametrik test ve Mann Whitney U nonparametrik test kullanılarak, istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği ölçülmüştür.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar IBM SPSS Statistics 21.0 ( IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp. ) programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışmanın istatistiksel anlamlılık düzeyi **p<0.05** olarak kabul edilmiştir.

### **3.7.Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmanın yapılabilmesi için, T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 2018 tarih ve 25403353-05.99-E.72979 sayılı onay alınmıştır ( EK-5 ). Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetiminden gerekli olan izinler yazılı olarak alınmıştır ( EK-6 ).



## 4. BULGULAR

Çalışmamızın bulguları annelerin sosyodemografik özelliklerini, obstetrik özelliklerini, ölçeklerin birbiri ile ilişkisini ve prematüre bebeği olan annelerin duygusal özelliklerini içeren bulgular olmak üzere 4 başlık altında ele alınmıştır.

### 4.1.Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza katılan annelerin genel yaş ortalaması  $29.04 \pm 5.45$  olarak hesaplanmıştır. Miadında bebeği olan annelerin yaş ortalaması  $28.22 \pm 4.69$ , prematüre bebeği olan annelerin yaş ortalaması ise  $29.84 \pm 6.02$  olarak bulunmuştur. Yaş değerleri 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (  $p=0.068$ /Tablo 4.1.1 ).

**Tablo 4.1.1. Annelerin yaş ortalaması**

	<b>Prematüre Doğan Ort <math>\pm</math> SS</b>	<b>Miadında Doğan Ort <math>\pm</math> SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Yaş	$29.84 \pm 6.02$	$28.22 \pm 4.69$	1.840	0.068

-Independent sample t test

Çalışmamızda yer alan annelerin %49.3'nün (  $n=74$  ) bebeği miadında, %50.7'nin (  $n=76$  ) bebeği prematüre olarak doğmuştur. Annelerin miad ve prematüre bazında sosyo-demografik özelliklerinin dağılımına baktığımız zaman; medeni durum, evli olanlara ait evlilik süresi, öğrenim durumları, meslekleri, sosyal güvence durumları, eşlerinin çalışma durumları, eve giren gelir düzeyleri, hastalık durumları ve sürekli kullandıkları ilaçların dağılımı her iki grupta benzer olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( sırasıyla;  $p=0.084$ ,  $p=0.184$ ,  $p=0.320$ ,  $p=0.349$ ,  $p=0.706$ ,  $p=0.762$ ,  $p=0.656$ ,  $p=0.952$ ,  $p=0.828$ /Tablo 4.1.2 ).

Sigara kullanmayan annelerde miad bebek doğum oranı %53.3 (  $n=65$  ), preterm bebek doğum oranı %32.1 (  $n=9$  ) olarak bulunmuştur. Sigara kullanan annelerde ise bu oran miad bebeği olan annelerde %46.7 (  $n=57$  ), prematüre bebeği olan annelerde ise %67.9 (  $n=9$  ) olarak belirlenmiştir ( Tablo

4.1.2 ). Çalışmamızda sigara kullanım oranı prematüre bebeği olan kadınlarda daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p=0.044/Tablo 4.1.2** ).

Tablo 4.1.2. Annelerin sosyo-demografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Prematüre bebeği olan		Miad bebeği olan		x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Medeni Durum</b>					20.981	*0.084
Bekar	3	100.00	0			
Evli	73	49.7	74	50.3		
<b>Evlilik süresi</b>					4.845	0.184
1 yıldan daha az	13	72.2	5	27.8		
2-5 yıl	21	42.9	28	57.1		
6-10 yıl	20	47.6	22	52.4		
11 yıldan daha fazla	22	53.7	19	46.3		
<b>Eğitim durumu</b>					4.698	0.320
Okuryazar değil	8	44.4	10	55.6		
Okuryazar	3	37.5	5	62.5		
İlkokul	43	47.3	48	52.7		
Lise	15	68.2	7	31.8		
Yüksek Öğretim	7	63.6	4	36.4		
<b>Meslek</b>					3.293	0.349
Ev hanımı	65	48.5	69	51.5		
İşçi	3	60.0	2	40.0		
Devlet Memuru	2	100.0	0			
Özel sektör çalışanı	6	66.7	3	33.3		
<b>Sosyal güvence</b>					0.142	0.706
Var	30	52.6	27	47.4		
Yok	46	49.5	47	50.5		
<b>Eşin çalışma durumu</b>					0.092	0.762
Çalışıyor	5	55.6	4	44.4		
Çalışmıyor	71	50.4	70	49.6		
<b>Eve giren gelir miktarı</b>					2.438	0.656
Asgari ücretten az	6	46.2	7	53.8		
Asgari ücret	32	50.8	33	49.2		
1500 TL – 2000 TL	12	42.9	16	57.1		
2500 TL – 3500 TL	13	50.0	13	50.0		
3500 TL ve üzeri	13	65.0	7	35.0		
<b>Hastalık varlığı</b>					0.004	0.952
Evet	9	50.0	9	50.0		
Hayır	67	50.8	65	49.2		
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>					0.047	0.828
Evet	8	53.3	7	46.7		
Hayır	68	50.4	67	49.6		
<b>**Sigara kullanımı</b>					4.070	<b>0.044</b>
Sigara kullanıyor	19	67.9	9	32.1		
Sigara kullanmıyor	57	46.7	65	53.3		

\*Denek yetersizliğinden test istatistiği verilemez.

\*\*Madde bağımlılığı verisinde denek az olduğundan sigara kullanımı alınmıştır.

Yaş grubu 18-25 olan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 18.15, prematüre bebeği olan annelerin ise 16.26, yaşları 26 ve üzeri olan annelerin DSYKÖ puanı 17.20, prematüre bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 16.75 olarak saptanmıştır.

Yaş grubu 18-25 olan annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p=0.032/ Tablo 4.1.3** ).

Evlilik süresi 2-5 yıl, 6-10 yıl ve 10 yıldan daha fazla olan annelerin DSYKÖ puanları birbirine benzer bulunmuştur ( Tablo 4.1.3 ). Evlilik süresi 1 yıldan daha az olan ve miadında bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.06, prematüre bebeği olan annelerin ise 16.18 olarak bulunmuştur. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( **p=0.015/Tablo 4.1.3** ).

Okuryazar olmayan, okuryazar, lise ve yüksek öğretim mezunu olan annelerin DSYKÖ puanları birbirine benzer bulunmuştur. İlkokul mezunu olan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.37, prematüre bebeği olan annelerin ise 16.18 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( **p<0.001/Tablo 4.1.3** ).

Meslek durumlarına baktığımız zaman çalışmamızda ev hanımı olan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.20, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.37 olarak saptanmıştır, annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( **p=0.004/Tablo 4.1.3** ).

Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayan ve miadında bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.06, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.26 olarak bulunmuştur. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( **p=0.015/Tablo 4.1.3** ).

Çalışmamızda eşleri çalışmayan annelerin DSYKÖ puanı benzer bulunmuştur ( Tablo 4.1.3 ). Eşi çalışan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.31, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16,43 olarak

bulunmuştur. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (  $p=0.002$ /Tablo 4.1.3 ).

Eve giren gelir miktarı incelendiğinden geliri asgari ücretten daha az olan, 1500-2000 TL arasında olan, 2500-3500 Tl ve 3500 TL üzerinde olan grupların DSYKÖ puanları her iki anne grubu arasında benzer bulunmuştur. Gelir durumu asgari ücret olan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 18.18, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.90 olarak saptanmıştır, annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (  $p<0.001$ /Tablo 4.1.3 ).

Herhangi bir hastalığı olan annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları benzer bulunmuştur ( Tablo 4.1.3 ). Hastalığı olmayan, sağlıklı annelerden miad bebeği olanların DSYKÖ puanı 17.25, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.37 olarak saptanmıştır, annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (  $p<0.001$ /Tablo 4.1.3 ).

Sürekli ilaç kullanan annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları benzer bulunmuştur ( Tablo 4.1.3 ). Sürekli ilaç kullanmayan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.25, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.37 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (  $p=0.003$ /Tablo 4.1.3 ).

Tablo 4.1.3. Annelerin sosyodemografik özelliklerine göre DSYKÖ puanları

Sosyo - demografik Özellikler	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği						
	Prematüre Bebeği Olan			Miad Bebeği Olan			t; p
	n	Medyan	Min; Max	n	Medyan	Min; Max	
<b>Yaş grupları</b>							
18-25	24	16.26	11.88;19.88	20	18.15	13.63; 20.69	2.145; <b>0.032</b>
26 ve üzeri	52	16.75	11.31; 19.81	54	17.20	13.38; 20.51	1.846; 0.065
<b>Evlilik süresi</b>							
1 yıldan daha az	13	16.18	14.31; 19.50	5	17.06	16.88;19.00	2.424; <b>0.015</b>
2-5 yıl	21	17.05	11.31; 19.88	28	18.49	14.33; 20.69	1.405; 0.160
6-10 yıl	20	16.62	11.88; 19.81	22	17.31	13.38; 20.31	1.310; 0.190
11 yıldan fazla	22	16.87	13.06; 18.88	19	16.90	14.94; 20.51	0.392 0.695
<b>Eğitim durumu</b>							
Okuryazar olmayan	8	15.65	11.31; 19.50	10	15.84	113.38; 18.09	0.534; 0.633
Okuryazar	3	16.18	16.06; 16,19	5	18.68	15.63; 20.11	1.350; 0.250
İlkokul	43	16.18	11.88; 19.88	48	17.37	13.63; 20.69	3.518; <b>&lt;0.001</b>
Lise	15	18.18	14.25; 19,81	7	17.25	15.25; 19.81	0.212; 0.837
Yüksek Öğretim	7	17.31	16.38; 18.63	4	17.09	15.54; 20.06	0.379; 0.788
<b>Meslek</b>							
Ev hanımı	65	16.37	11.31; 19.88	69	17.20	13.38; 20.69	2.881; <b>0.004</b>
İşçi	3	19.43	17.06; 19.44	2	-	16.13	1.826; 0.200
Devlet memuru	2	16.90	15.69; 18.13	0	-	-	-
Özel sektör çalışanı	6	16.56	14.75; 18.19	3	18.68	18.06; 19.19	1.823; 0.095
<b>Sosyal güvence</b>							
Var	30	17.18	11.88; 19.88	27	18.06	14.50; 20.69	1.487; 0.137
Yok	46	16.26	11.38; 19.50	47	17.06	13.38; 20.51	2.429; <b>0.015</b>
<b>Eşin çalışma durumu</b>							
Çalışıyor	71	16.43	11.31; 19.88	70	17.31	13.38; 20.69	3.151; <b>0.002</b>
Çalışmıyor	5	16.75	14.94; 19.44	4	15.13	13.86; 16.63	1.599; 0.110
<b>Eve giren gelir miktarı</b>							
Asgari ücretten az	6	15.75	11.31; 19.44	7	15.62	14.94; 16.63	0.510; 0.628
Asgari ücret	32	15.90	12.80; 19.38	33	18.18	13.86; 20.69	4.243; <b>&lt;0.001</b>
1500 – 2000 TL	12	16.81	11.88; 19.50	16	16.87	13.38; 18.69	0.093; 0.945
2500 – 3500 TL	13	16.62	13.06; 19.88	13	17.18	14.50; 19.81	0.205; 0.840
3500 TL ve üzeri	13	18.06	14.25; 19.44	7	19.18	15.54; 20.31	1.667; 0.097
<b>Kronik hastalık öyküsü</b>							
Var	9	16.87	12.80; 19.81	9	15.62	14.94; 18.75	0.310; 0.796
Yok	67	16.37	11.31; 19.88	65	17.25	13.38; 20.69	2.993; <b>&lt;0.001</b>
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>							
Evet	8	16.96	13.06; 19.81	7	16.93	15.54; 18.75	0.232; 0.867
Hayır	68	16.37	11.31; 19.88	67	17.25	13.38;20.69	2.920; <b>0.003</b>
<b>Sigara kullanımı</b>							
Var	19	15.87	11.31; 19.81	9	17.18	13.38; 20.31	1.674; 0.095
Yok	57	16.87	11.88; 19.88	65	17.25	13.63;20.69	1.689; 0.091
<b>Toplam sayı</b>			<b>76</b>			<b>74</b>	-

Mann Whitney U non parametrik test

Yaş grubu 18-25 olan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 18.50, yaşları 26 ve üzeri olan ve miad bebeğe sahip annelerin EDSDÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak bulunmuştur.

Her iki yaş grubundaki prematüre bebeği olan annelerin EDSDÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ /Tablo 4.1.4 ).

Öğrenim durumu okur yazar olmayan, okuryazar, ilkokul, lise ve yüksek öğretim olan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (sırasıyla;  $p=0.016$ ,  $p=0.036$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p=0.042$ ).

Ev hanımı olan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSDÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (  $p<0.001$ /Tablo 4.1.4 ).

Özel sektör çalışanı olan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 2.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSDÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p=0.035$ /Tablo 4.1.1 ).

Sosyal güvencesi olan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00, sosyal güvencesi olmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak bulunmuştur. Gruplar bazında EDSDÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ /Tablo 4.1.4 ).

Eşi çalışan ve miadında bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olanlarıinki ise 16.00 olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (  $p<0.001$ /Tablo 4.1.4 ). Eşi çalışmayan annelerin EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.1.4 ).

Eve giren gelir miktarı, asgari ücretten az olan, asgari ücret olan, 1500-2000 TL olan, 2500- 3500 TL olan ve 3500 TL ve üzeri olan ve prematüre bebeği olan annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( **sırasıyla; p=0.014, p<0.001, p=0.008, p=0.006, p=0.001/Tablo 4.1.4** ).

Herhangi bir hastalığı olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 7.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 12.00, herhangi bir hastalığı olmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00 olarak bulunmuşve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **sırası ile; p=0.032, p<0.001/Tablo 4.1.4** ).

Sürekli ilaç kullanmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p<0.001/Tablo 4.1.4** ). Çalışmamızda sürekli ilaç kullanan annelerin EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.1.4 ).

Sigara kullanmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p<0.001/Tablo 4.1.4** ).

Sigara kullanan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 6.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 17.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p=0.006/Tablo 4.1.4** ).



Tablo 4.1.4. Annelerin sosyodemografik özelliklerine göre EDSDÖ puanları

Sosyo - demografik Özellikler	EDSDÖ						
	Prematüre Bebeği Olan			Miad Bebeği Olan			
	n	Medyan	Min; Maks	N	Medyan	Min; Maks	t; p
<b>Yaş grupları</b>							
18-25	24	18.50	0.00; 27.00	20	4.00	0.00; 10.00	5.009; <0.001
26 ve üzeri	52	15.00	1.00; 29.00	54	5.00	0.00; 23.00	6.287; <0.001
<b>Evlilik süresi</b>							
1 yıldan az	13	18.00	3.00; 26.00	5	4.00	0.00; 6.00	2.923; <b>0.002</b>
2-5 yıl	21	15.00	0.00.; 29.00	28	4.00	0.00; 23.00	4.049; <0.001
6-10 yıl	20	13.00	6.00; 27.00	22	5.50	0.00; 17.00	3.548; <0.001
11 yıldan fazla	22	18.00	8.00; 24.00	19	7.00	0.00; 21.00	4.705; <0.001
<b>Öğrenim durumu</b>							
Okuryazar olmayan	8	19.00	6.00; 24.00	10	7.00	2.00; 21.00	2.364; <b>0.016</b>
Okuryazar	3	-	-	5	2.00	0.00; 6.00	2.306; <b>0.036</b>
İlkokul	43	15.00	0.00; 27.00	48	5.00	0.00; 23.00	6.231; <0.001
Lise	15	15.00	6.00; 29.00	7	1.00	0.00; 13.00	3.362; <0.001
Yüksek Öğretim	7	19.00	3.00;	4	6.00	2.00; 11.00	2.088; <b>0.042</b>
<b>Meslek</b>							
Ev hanımı	65	15.00	0.00; 29.00	69	5.00	0.00; 23.00	7.686; <0.001
İşçi	3	6.00	6.00; 23.00	2	-	-	1.826; 0.068
Devlet memuru	2	18.50	16.00; 21.00	0	-	-	-
Özel sektör çalışanı	6	16.00	3.00; 26.00	3	2.00	1.00; 8.00	2.110; <b>0.035</b>
<b>Sosyal güvence</b>							
Var	30	16.00	0.00; 27.00	27	4.00	0.00; 13.00	5.136; <0.001
Yok	46	15.00	1.00; 29.00	47	5.00	0.00; 23.00	6.254; <0.001
<b>Eşin çalışma durumu</b>							
Çalışıyor	71	16.00	0.00; 29.00	70	5.00	0.00; 23.00	8.001; <0.001
Çalışmıyor	5	15.00	3.00; 19.00	4	6.00	2.00; 10.00	1.225; 0.221
<b>Eve giren gelir miktarı</b>							
Asgari ücretten az	6	18.00	12.00; 24.00	7	7.00	2.00; 21.00	2.377; <b>0.014</b>
Asgari ücret	32	16.00	6.00; 26.00	31	5.00	0.00; 13.00	6.184; <0.001
1500 – 2000 TL	12	13.00	3.00; 27.00	16	5.00	1.00; 23.00	2.582; <b>0.008</b>
2500 – 3500 TL	13	15.00	0.00; 21.00	13	5.00	0.00; 13.00	2.734; <b>0.006</b>
3500 TL ve üzeri	13	19.00	6.00;29.00	7	4.00	0.00; 11.00	3.231; <b>0.001</b>
<b>Hastalık varlığı</b>							
Var	9	12.00	7.00; 22.00	9	7.00	2.00; 13.00	2.140; <b>0.032</b>
Yok	67	16.00	0.00; 29.00	65	4.00	0.00; 23.00	7.677; <0.001
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>							
Evet	8	12.00	7.00; 22.00	7	7.00	2.00; 13.00	1.854; 0.072
Hayır	68	16.00	0.00; 29.00	67	5.00	0.00; 23.00	7.744; <0.001
<b>Sigara kullanımı</b>							
Var	19	17.00	3.00; 29.00	9	6.00	2.00; 21.00	2.768; <b>0.006</b>
Yok	57	15.00	0.00; 27.00	65	5.00	0.00; 23.00	7.322; <0.001
<b>Toplam sayı</b>	<b>76</b>			<b>74</b>			<b>-</b>

Mann Whitney U non parametrik test

## 4.2. Obstetrik Özellikler

Miad ve prematüre bebeği olan annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; ilk gebelik yaşı 18-25 olan annelerin %53.8'i ( n=56 ) miad bebek sahibi, %46.2'si ( n=48 ) prematüre bebek sahibi, 26 yaş ve üstü yaş aralığındaki annelerin ise %39.1'i ( n=18 ) miad bebek sahibi, %60.9'u ( n=28 ) prematüre bebek sahibidir. İlk gebelik yaşı gruplar bazında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.2.1 ).

Bir çocuk sahibi olan annelerin %100'ü ( n=1 ) de miadında, iki çocuk sahibi olanların %30.3'ü ( n=10 ) miadında, %69.7'si ( n=23 ) prematüre, üç çocuk sahibi olanların %46.6'sı ( n=27 ) miadında, %53.4'ü ( n=31 ) prematüre, dört ve üzeri çocuk sahibi olanların %62.1'i ( n=36 ) miadında, %37.9'u ( n=22 ) ise prematüre bebek sahibidir. Çocuk sayısı gruplar bazında anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.2.1 ).

Düşük varlığı, eş ile akraba olma durumu, gebeliği isteme durumu, depresyon öyküsü, sağlık problemi, gebelik süresince kontrollerin düzenli yaptırılması ve kullanılan ilaçlar bebeklerinin miad ve prematüre olması bazında dağılımı istatistiksel olarak etkilememiştir. ( Tablo 4.2.2 ).

Prematürite öyküsü olan annelerin %28'i ( n=7 ) miadında, %72'si ( n=18 ) preterm doğum yapmıştır. Bebeklerinin miad ve prematüre olması bazında prematürite öyküsü istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p=0.019/Tablo 4.2.1** ).

Araştırmaya katılan annelerden ilk gebeliği olanların %25'i ( n=8 ) miadında, %75'i ( n=24 ) prematüre, ikinci gebeliği olanların %58.3'ü ( n=21 ) miadında, %41.7'si ( n=15 ) prematüre, üçüncü gebeliği olanların %61.3'ü ( n=19 ) miadında, %38.7'si ( n=12 ) prematüre, dördüncü gebeliği olanların %48.3'ü miadında, %51.7'si prematüre, beş ve üzeri gebeliği olanların %54.5'i ( n=12 ) miadında, %45.5'i ( n=10 ) prematüre bebek sahibidir ( Tablo 4.2.1 ). Miad ve preterm doğum bazında annelerin gebelik sayıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p=0.029/Tablo 4.2.1** ).

Tablo 4.2.1. Annelerin obstetrik özellikleri

Obstetrik öykü	Prematüre bebeği olan		Miad bebeği olan		x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>İlk gebelik yaşı</b>						
18-25	48	46.2	56	53.8	2.763	0.096
26 ve üzeri	28	60.9	18	39.1		
<b>Düşük varlığı</b>						
Hayır	32	53.3	28	46.7	0.284	0.594
Evet	44	48.9	46	51.1		
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
1-2	23	69.7	11	30.3	89.751	00.021
3	31	53.4	27	46.6		
4 ve üzeri	22	37.9	36	62.1		
<b>Prematürite öyküsü</b>						
Evet	18	72.0	7	28.0	5.462	<b>0.019</b>
Hayır	67	46.4	58	53.6		
<b>Eşi ile akrabalık durumu</b>						
Evet	14	37.8	23	62.2	3.234	0.072
Hayır	62	54.9	51	45.1		
<b>Gebelik sayısı</b>						
1	24	75.0	8	25.0	10.772	<b>0.029</b>
2	15	41.7	21	58.3		
3	12	38.7	19	61.3		
4	15	51.7	14	48.3		
5 ve üzeri	10	45.5	12	54.5		
<b>Gebeliği isteme durumu</b>						
Evet	61	52.1	56	47.9	0.460	0.498
Hayır	15	45.5	18	54.5		
<b>Gebelikte boyunca düzenli kontrol durumu</b>						
Evet	62	50.8	60	49.2	0.006	0.938
Hayır	14	50.0	14	50.0		
<b>Gebelik boyunca sağlık sorunu varlığı</b>						
Evet	15	53.6	13	46.4	0.116	0.733
Hayır	61	50.0	61	50.0		
<b>Gebelik boyunca ilaç kullanımı</b>						
Evet	8	50.0	8	50.0	0.001	0.977
Hayır	67	50.4	66	49.6		
<b>Depresyon öyküsü varlığı</b>						
Evet	5	41.7	7	58.3	0.423	0.516
Hayır	71	51.4	67	48.6		

İlk gebelik yaşı 18-25 aralığında olan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.59, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.38 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p=0.001/Tablo 4.2.2** ).

İlk gebelik yaşı 26 ve üzeri olan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p=0.770 /Tablo 4.2.2** ).

Düşük varlığı olan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma durumu bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( Tablo 4.2.2 ).

Düşük durumu olmayan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.21, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.26 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p=0.008/Tablo 4.2.2** ).

Yaşayan çocuk sayısı 1-2, 3 ve 4 ve üzeri olan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma durumu bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.2.2 ).

Prematürite öyküsü olan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma durumu bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.2.2 ).

Prematürite öyküsü olmayan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.20, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.37 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p=0.007/Tablo 4.2.2** ).

Eş ile akrabalık durumu olan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma durumu bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.2.2 ).

Eş ile akrabalık durumu olmayan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.20, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.35 olarak

saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p=0.008$ /Tablo 4.2.2 ).

Gebelik sayısı 1, 2, 3, 4, 5 ve üzeri olan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma durumu bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.2.2 ).

Gebeliği isteyen ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.31, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.43 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (  $p=0.007$ /Tablo 4.2.2 ).

Gebeliği istemeyen annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma durumu bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (  $p=0.421$ /Tablo 4.2.2 ).

Gebeliği süresince düzenli kontrol yaptıran ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.20, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.75 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p=0.022$ /Tablo 4.2.2 ).

Gebeliği süresince düzenli kontrol yaptırmayan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma durumu bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.2.2 ).

Gebeliği süresince ilaç kullanan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma durumu bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.2.2 ).

Gebeliği süresince ilaç kullanmayan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.22, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.61 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p=0.029$ /Tablo 4.2.2 ).

Depresyon öyküsü olan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma durumu bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (  $p=0.639$ /Tablo 4.2.2 ).

Depresyon öyküsü olmayan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.25, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.43 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p=0.004/Tablo 4.2.2** ).

Tablo 4.2.2. Annelerin obstetrik özelliklerine göre DSYKÖ puanları

Obstetrik Özellikler	Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği						
	Prematüre Bebeği Olan			Miad Bebeği Olan			t; p
	n	Medyan	Min; Maks	n	Medyan	Min; Maks	
<b>İlk gebelik yaşı</b>							
18-25	48	16.38	11.88; 19.88	56	17.59	13.38; 26.69	3.225; <b>0.001</b>
26 ve üzeri	28	16.90	11.31; 19.44	18	16.18	14.33; 19.21	0.293; 0.770
<b>Düşük varlığı</b>							
Var	32	16.87	11.31; 19.81	28	17.22	13.38; 19.31	0.904; 0.366
Yok	44	16.26	11.88; 19.88	46	17.21	13.63; 20.63	2.656; <b>0.008</b>
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>							
1-2	23	16.33	12.94; 19.50	11	16.87	15.25; 19.81	1.294; 0.207
3	31	16.37	11.31; 19.88	27	18.01	14.33; 19.58	1.676; 0.094
4 ve üzeri	22	16.71	13.06; 19.81	36	17.20	13.38; 20.69	1.050; 0.294
<b>Prematürite öyküsü</b>							
Var	18	16.84	11.88; 19.81	7	18.18	14.94; 19.21	1.000; 0.326
Yok	58	16.37	11.31; 19.88	67	17.20	13.38; 20.69	2.718; <b>0.007</b>
<b>Eş ile akrabalık durumu</b>							
Var	14	17.46	12.80; 19.88	23	17.37	13.86; 20.69	0.439; 0.676
Yok	62	16.35	11.31; 19.81	51	17.20	13.38; 20.31	2.666; <b>0.008</b>
<b>Gebelik sayısı</b>							
1	24	16.18	12.94; 19.81	8	16.87	15.25; 19.81	1.502; 0.135
2	15	18.18	11.88; 19.88	21	18.56	14.33; 19.58	0.819; 0.427
3	12	16.90	11.31; 19.44	19	17.81	13.63; 20.69	0.933; 0.367
4	15	16.62	14.06; 17.84	14	17.00	13.38; 20.11	1.027; 0.310
5 ve üzeri	10	16.87	14.38; 18.88	12	17.20	15.54; 20.51	0.924; 0.381
<b>Gebeliği isteme durumu</b>							
Evet	61	16.43	11.31; 19.88	56	17.31	13.38; 20.69	2.688; <b>0.007</b>
Hayır	15	16.75	12.80; 19.81	18	17.00	13.63; 20.51	0.832; 0.421
<b>Gebelik boyunca düzenli kontrol durumu</b>							
Evet	62	16.75	11.31; 19.81	60	17.20	13.38; 20.69	2.284; <b>0.022</b>
Hayır	14	15.81	13.06; 19.88	14	18.07	13.86; 20.11	1.425; 0.164
<b>Gebelik boyunca sağlık sorunu varlığı</b>							
Evet	15	16.87	12.94; 19.81	13	17.25	13.38; 20.51	0.853; 0.413
Hayır	61	16.43	11.31; 19.88	61	17.20	13.63; 20.69	2.658; <b>0.008</b>
<b>Gebelik boyunca ilaç kullanımı</b>							
Evet	8	16.62	13.19; 18.44	8	18.12	15.63; 20.51	1.895; 0.058
Hayır	68	16.61	11.88; 19.88	66	17.22	13.38; 20.69	2.183; <b>0.029</b>
<b>Depresyon öyküsü varlığı</b>							
Evet	5	16.87	15.81; 18.44	7	15.62	13.63; 20.31	0.570; 0.639
Hayır	71	16.43	11.31; 19.88	67	17.25	13.38; 20.69	2.867; <b>0.004</b>
<b>Toplam sayı</b>	<b>76</b>			<b>74</b>			

Mann Whitney U non parametrik test

İlk gebelik yaşı 18-25 olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

İlk gebelik yaşı 26 ve üzeri olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 17.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p=0.002$ /Tablo 4.2.3 ).

Düşük öyküsü olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 6.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 14.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Düşük öyküsü olmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 4.50, prematüre bebeği olan annelerinki ise 18.50 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Yaşayan çocuk sayısı 1-2 olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 3.50, prematüre bebeği olan annelerinki ise 19.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Yaşayan çocuk sayısı 3 olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Yaşayan çocuk sayısı 4 ve üzeri olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 6.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 14.50 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).



Prematürite öyküsü olan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma durumu bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.2.3 ).

Prematüre öyküsü olmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 17.50 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Eşi ile akrabalık durumu olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Eşi ile akrabalık durumu olmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebelik sayısı 1 olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 18.50 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebelik sayısı 2 olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 18.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p=0.005$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebelik sayısı 3 olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 12.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebelik sayısı 4 olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak saptanmıştır. Annelerin

gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p=0.002$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebelik sayısı 5 ve üzeri olan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 8.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.50 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p=0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebeliği isteyen ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebeliği istemeyen ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 4.50, prematüre bebeği olan annelerinki ise 14.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebelik boyunca düzenli kontrol yaptıran ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebelik boyunca düzenli kontrol yaptıran ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.50, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebelik boyunca sağlık sorunu yaşıyan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 17.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p=0.002$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebelik boyunca sağlık sorunu yaşamayan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.2.3 ).

Gebelik boyunca ilaç kullanan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 12.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 5.50 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p=0.008/Tablo 4.2.3** ).

Gebelik boyunca ilaç kullanmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 16.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 5.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p<0.001/Tablo 4.2.3** ).

Depresyon öyküsü olan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma durumu bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( p=0.460/Tablo 4.2.3 ).

Depresyon öyküsü olmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p<0.001/Tablo 4.2.3** ).

Tablo 4.2.3 . Annelerin obstetrik özelliklerine göre EDSÖ puanları

Obstetrik Özellikler	EDSDÖ						
	Prematüre Bebeği Olan			Miad Bebeği Olan			t; p
	n	Medyan	Min; Maks	n	Medyan	Min; Maks	
<b>İlk gebelik yaşı</b>							
18-25	48	15.00	0.00; 27.00	56	5.00	0.00; 17.00	7.462; <0.001
26 ve üzeri	28	17.00	1.00; 29.00	18	4.00	0.00; 23.00	3.170; <b>0.002</b>
<b>Düşük varlığı</b>							
Var	32	14.00	6.00; 26.00	28	6.00	0.00; 17.00	4.691; <0.001
Yok	44	18.50	0.00; 29.00	46	4.50	0.00; 23.00	6.148; <0.001
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>							
1-2	23	19.00	7.00; 29.00	11	3.50	0.00; 13.00	4.403; <0.001
3	31	16.00	0.00; 27.00	27	4.00	0.00; 23.00	4.558; <0.001
4 ve üzeri	22	14.50	6.00; 24.00	36	6.00	0.00; 21.00	3.727; <0.001
<b>Prematürite öyküsü</b>							
Var	18	10.00	6.00; 27.00	7	5.00	1.00; 21.00	1.762; 0.078
Yok	58	17.50	0.00; 29.00	67	5.00	0.00; 23.00	7.723; <0.001
<b>Eş ile akrabalık durumu</b>							
Var	14	16.00	0.00; 24.00	23	5.00	0.00; 13.00	4.068; <0.001
Yok	62	15.00	1.00; 29.00	51	4.00	0.00; 23.00	6.737; <0.001
<b>Gebelik sayısı</b>							
1	24	18.50	3.00; 29.00	8	4.00	0.00; 13.00	3.871; <0.001
2	15	18.00	0.00; 27.00	21	4.00	0.00; 23.00	2.781; <b>0.005</b>
3	12	12.00	6.00; 26.00	19	4.00	0.00; 10.00	3.817; <0.001
4	15	15.00	6.00; 23.00	14	5.00	1.00; 17.00	3.064; <b>0.002</b>
5 ve üzeri	10	15.50	8.00; 24.00	12	8.00	0.00; 13.00	3.278; <b>0.001</b>
<b>Gebeliği isteme durumu</b>							
Evet	61	16.00	0.00; 29.00	56	5.00	0.00; 23.00	7.112; <0.001
Hayır	15	14.00	1.00; 26.00	18	4.50	0.00; 13.00	3.694; <0.001
<b>Gebelik boyunca düzenli kontrol durumu</b>							
Evet	62	16.00	1.00; 29.00	60	5.00	0.00; 23.00	7.096; <0.001
Hayır	14	15.00	0.00; 26.00	14	5.50	0.00; 10.00	3.851; <0.001
<b>Gebelik boyunca sağlık sorunu varlığı</b>							
Evet	15	17.00	1.00; 29.00	13	5.00	0.00; 21.00	3.119; <b>0.002</b>
Hayır	61	15.00	0.00; 27.00	61	5.00	0.00; 23.00	7.459; <0.001
<b>Gebelik boyunca ilaç kullanımı</b>							
Evet	8	12.00	1.00; 20.00	8	5.50	0.00; 10.00	2.637; <b>0.008</b>
Hayır	68	16.00	0.00; 29.00	66	5.00	0.00; 23.00	7.643; <0.001
<b>Depresyon öyküsü varlığı</b>							
Evet	5	7.00	1.00; 12.00	7	6.00	2.00; 21.00	0.739; 0.460
Hayır	71	16.00	0.00; 29.00	67	5.00	0.00; 23.00	8.189; <0.001
<b>Toplam sayı</b>	<b>76</b>			<b>74</b>			

Mann Whitney U non parametrik test

### 4.3. DSYKÖ ile EDSÖ Arasındaki İlişki

Çalışmamızda yer alan annelerin DSYKÖ puan ortalaması  $16.85 \pm 1.99$ , EDSÖ puan ortalaması  $10.63 \pm 7.47$  olarak hesaplanmıştır ( Tablo 4.3.3 ).

**Tablo 4.3.1. Annelerin DSYKÖ ve EDSÖ puanları**

Ölçekler	Ortalama $\pm$ SS	Min; Maks
Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği	$16.85 \pm 1.99$	11.31; 20.69
Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği	$10.63 \pm 7.47$	0; 29
<b>Toplam</b>	74+76	

Çalışmamızda yer alan annelerin %39.3'ünün ( n=59 ) EDSÖ puanı 13 (kesme sayısı) ve üzerinde ( riskli ), %60.7'sinin ( n=91 ) EDSÖ puanı 13'ün altında saptanmıştır ( Tablo 4.3.1).

**Tablo 4.3.2. Annelerin EDSÖ'ne göre risk durumu**

EDINBURGH DOĞUM SONU DEPRESYON ÖLÇEĞİ	n	%
Risk var	59	39.3
Risk yok	91	60.7

Prematüre bebeği olan annelerin %89.8'i ( n=53 ) doğum sonu depresyon açısından daha riskli bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p < 0.001$ /Tablo 4.3.2 ).

**Tablo 4.3.3. Annelerin EDSÖ'ne göre risk durumlarının karşılaştırılması**

	Miad Doğan	Prematüre Doğan		
EDSÖ	n (%)	n (%)	$\chi^2$	p
Risk var	6 (10.2)	53 (89.8)	59.677	<b>&lt;0.001</b>
Risk yok	68 (74.7)	23 (25.3)		

-Ki Kare Karşılaştırma testi

Çalışmamızda yer alan ve bebekleri miadında doğan annelerin DSYKÖ puanı 17.22, bebekleri prematüre doğan annelerinki ise 16.53 olarak bulunmuştur. DSYKÖ puanları 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p = 0.006$ /Tablo 4.3.4 ).

Çalışmamızda yer alan ve bebekleri miadında doğan annelerin EDSÖ puanı 5.00, bebekleri prematüre doğan annelerinki ise 15.50 olarak bulunmuştur. EDSÖ puanları 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.3.4 ).

**Tablo 4.3.4. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ ve EDSÖ puanları karşılaştırması**

Ölçekler	Grup				Z	p
	Prematüre bebeği olan		Miad bebeği olan			
	Medyan	Min; Max;	Medyan	Min; Max;		
DSYKÖ	16.53	11.31; 19.88	17.22	13.38; 20.69	2.735	<b>0.006</b>
EDSÖ	15.50	0.00; 29.00	5.00	0.00; 23.00	8.087	<b>&lt;0.001</b>

*Mann Whitney U non parametrik test*

Çalışmamızda yer alan annelerin DSYKÖ toplam puanları ile EDSÖ toplam puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (  $\rho=-0.519$ ,  $p<0.001$  ). Annelerin DSYKÖ toplam puanları artarken/azalırken, EDSÖ toplam puanları azalmış/artmıştır ( Tablo 4.3.5 ).

**Tablo 4.3.5. Annelerin DSYKÖ ile EDSÖ puanları arası korelasyon analizi**

Ölçekler	Spearman Rho İlişki Katsayısı; p
DSYKÖ – EDSÖ	-0.519; <0.001
Toplam sayı	74+76

Çalışmada yer alan miad bebeği olan annelerin (  $n=74$  ) DSYKÖ toplam puanları ile EDSÖ toplam puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (  $\rho=-0.505$ ,  $p<0.001$  ). Annelerin DSYKÖ toplam puanları artarken/azalırken, EDSÖ toplam puanları azalmış/artmıştır.

Çalışmada yer alan prematüre bebeği olan annelerin (  $n=76$  ) DSYKÖ toplam puanları ile EDSÖ toplam puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (  $\rho=-0.462$ ,  $p<0.001$  ). Annelerin DSYKÖ toplam puanları artarken/azalırken, EDSÖ toplam puanları azalmış/artmıştır.

**Tablo 4.3.6. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ ile EDSDÖ puanları arası korelasyon analizi**

Ölçekler	Miad Spearman Rho İlişki Katsayısı; p	Prematüre Spearman Rho İlişki Katsayısı; p
DSYKÖ – EDSDÖ	-0.505; <0.001	-0.462; <0.001
Toplam sayı	74	76

#### **4.3.1. DSYKÖ Alt Boyutları ile EDSDÖ Arasındaki İlişki**

Çalışmamıza katılan ve miadında bebeği olan annelerin ( n=74 ) DSYKÖ alt boyutlarından olan akrabalık-aile-arkadaş alt boyut puan ortalaması 27.78±18.39, prematüre bebeği olan annelerin ( n=76 ) alt boyut puan ortalaması 18.57±20.63 olarak hesaplanmıştır. Farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( **p=0.006/Tablo 4.3.1.1** ).

Miadında bebeği olan annelerin ( n=74 ) DSYKÖ alt boyutlarından olan sosyoekonomik alt boyut puan ortalaması 6.58±25.22, prematüre bebeği olan annelerin ( n=76 ) alt boyut puan ortalaması 11.65±25.16 olarak hesaplanmıştır. Farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ( Tablo 4.3.1.1 ).

Miadında bebeği olan annelerin ( n=74 ) DSYKÖ alt boyutlarından olan eş alt boyut puan ortalaması 16.43±10.20, prematüre bebeği olan annelerin ( n=76 ) alt boyut puan ortalaması 18.90±12.53 olarak saptanmıştır. Farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( **p=0.041/Tablo 4.3.1.1** ).

Miadında bebeği olan annelerin ( n=74 ) DSYKÖ alt boyutlarından olan sağlık alt boyut puan ortalaması 15.39±19.97, prematüre bebeği olan annelerin ( n=76 ) alt boyut puan ortalaması 1.67±30.48 olarak saptanmıştır. Farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( **p=0.011/Tablo 4.3.1.1** ).

Miadında bebeği olan annelerin ( n=74 ) DSYKÖ alt boyutlarından olan psikolojik alt boyut puan ortalaması 31.91±16.17, prematüre bebeği olan annelerin ( n=76 ) alt boyut puan ortalaması 6.26±24.26 olarak hesaplanmıştır. Farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( **p<0.001/Tablo 4.3.1.1** ).

**Tablo 4.3.1.1. Annelerin DSYKÖ alt boyutlarına ait puanların karşılaştırılması**

<b>DSYKÖ Alt boyutları</b>	<b>Miad Bebeği Olan Ort±SS</b>	<b>Prematüre Bebeği Ort±SS</b>	<b>Z;p</b>
Akrabalık-aile-arkadaş	27.78 ± 18.39	18.57 ± 20.63	2.763; <b>0.006</b>
Sosyo ekonomik	6.58 ± 25.22	11.65 ± 25.16	0.991; 0.322
Eş	16.43 ± 10.20	18.90 ± 12.53	2.039; <b>0.041</b>
Sağlık	15.39 ± 19.97	1.67 ± 30.48	2.535; <b>0.011</b>
Psikolojik	31.91 ± 16.17	6.26 ± 24.26	6.581; <b>&lt;0.001</b>
Toplam sayı	74	76	

*Mann Whitney U non parametrik test*

Çalışmada yer alan annelerin akrabalık-aile-arkadaş alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (  $\rho=-0.460$ ,  $p<0.001$ /Tablo 4.3.1.2 ). Annelerin DSYKÖ alt boyutlarından olan akrabalık-aile-arkadaş alt boyut puanları artarken/azalırken, EDSÖ toplam puanları azalmış/artmıştır.

Çalışmada yer alan annelerin sosyoekonomik alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, zayıf güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (  $\rho=-0.149$ ,  $p<0.001$ /Tablo 4.3.1.2 ). Annelerin DSYKÖ alt boyutlarından olan sosyoekonomik alt boyut puanları artarken/azalırken, EDSÖ toplam puanları azalmış/artmıştır.

Çalışmada yer alan annelerin eş alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (  $p=0.069$ /Tablo 4.3.1.2 ).

Çalışmada yer alan annelerin sağlık alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (  $\rho=-0.484$ ,  $p<0.001$ /Tablo 4.3.1.2 ). Annelerin DSYKÖ alt boyutlarından olan sağlık alt boyut puanları artarken/azalırken, EDSÖ toplam puanları azalmış/artmıştır.

Çalışmada yer alan annelerin psikolojik alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (  $\rho=-0.697$ ,  $p<0.001$ /Tablo 4.3.1.2 ). Annelerin DSYKÖ alt boyutlarından olan psikolojik alt boyut puanları artarken/azalırken, EDSÖ toplam puanları azalmış/artmıştır.



**Tablo 4.3.1.2. Annelerin DSYKÖ alt boyutları ile EDSÖ puanları arası korelasyon analizi**

DSYKÖ alt boyutları - EDSÖ	Spearman Rho İlişki Katsayısı; p
Akrabalık-aile-arkadaş – EDSÖ	-0.460; <0.001
Sosyo ekonomik düzey – EDSÖ	-0.149; <0.001
Eş – EDSÖ	-0.050; 0.069
Sağlık – EDSÖ	-0.484; <0.001
Psikoloji – EDSÖ	-0.697; <0.001
Toplam sayı	76+74

Miad bebeği olan annelerin ( n=74 ) DSYKÖ alt boyutları ile EDSÖ toplam puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (**rho=-0.400, -0.403, -0.403, -0.435, -0.438, p<0.001/Tablo 4.3.1.3** ). Miadında bebek sahibi olan annelerin DSYKÖ alt boyut puanları artarken/azalırken, EDSÖ toplam puanları azalmış/artmıştır.

Çalışmada prematüre bebeği olan annelerin ( n=76 ) DSYKÖ alt boyutlarından olan akrabalık-aile-arkadaş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları ile EDSÖ toplam puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( **rho=-0.461, -0.486, -0.544, p<0.001/Tablo 4.3.1.3** ). Annelerin DSYKÖ alt boyutlarından olan akrabalık-aile-arkadaş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları artarken/azalırken, EDSÖ toplam puanları azalmış/artmıştır.

Annelerin DSYKÖ alt boyutlarından sosyoekonomik ve eş alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( Tablo 4.3.1.3 ).

**Tablo 4.3.1.3. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ alt boyutları ile EDSÖ puanları arası korelasyon analizi**

DSYKÖ alt boyutları – EDSÖ	Miad Bebeği Olan Spearman Rho İlişki Katsayısı; p	Prematüre Bebeği Olan Spearman Rho İlişki Katsayısı; p
Akrabalık-aile-arkadaş – EDSÖ	-0.400; <0.001	-0.461; <0.001
Sosyoekonomik düzey – EDSÖ	-0.403; <0.001	-0.074; 0.524
Eş – EDSÖ	-0.403; <0.001	-0.022; 0.851
Sağlık – EDSÖ	-0.435; <0.001	-0.486; <0.001
Psikoloji – EDSÖ	-0.438; <0.001	-0.544; <0.001
Toplam sayı	74	76

#### 4.4. Annelerin Duygusal Özellikleri

Çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerinin; %93.4'ü ( n=71 ) bebeğini emziremediği için üzüldüğünü, %47.4'ü ( n=36 ) bebeğinde sekel ( hasar ) kalacağından korktuğunu, %60.5'i ( n=46 ) bebeğini kaybetmekten korktuğunu, %67.1'i ( n=51 ) bebeğimin küçük olmasından dolayı endişe duyduğunu, %86.8'i ( n=66 ) bebeğine dokunamadığı için üzüldüğünü, %27.6'sı ( n=21 ) bebeği prematüre olduğu için kendini suçlu hissettiğini, %94.7'si ( n=72 ) ailesinin desteğini hep hissettiğini, %96.1'i ( n=73 ) eşinin desteğini hep hissettiğini, %48.7'si ( n=37 ) bebeğinin yoğunbakımda olmasının yeme-içme alışkanlıklarını etkilediğini, %52.6'sı ( n=40 ) bebeğinin yoğunbakımda olmasının uyku alışkanlıklarının değişmesine neden olduğunu bildirmiştir ( Tablo 4.4.1 ).

**Tablo 4.4.1 Annelerin duygusal özellikleri**

<b>Bebeğinizin yoğun bakım ortamında sizden uzak kalması size ne hissettiriyor? (n=76)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bebeğimi emzirememek beni üzüyor	71	93.4
Bebeğimde sekel (hasar) kalacağından korkuyorum	36	47.4
Bebeğimi kaybetmekten korkuyorum	46	60.5
Bebeğimin küçük olması beni endişelendiriyor	51	67.1
Bebeğime dokunamamak beni üzüyor	66	86.8
Bebeğim prematüre olduğu için kendimi suçlu hissediyorum	21	27.6
Ailemin desteğini hep hissediyorum	72	94.7
Eşimin desteğini hep hissediyorum	73	96.1
Bebeğimin durumu yeme-içme alışkanlıklarımın değişmesine neden oluyor	37	48.7
Bebeğimin durumu uyku alışkanlıklarımın değişmesine neden oluyor	40	52.6
Bebeğimin durumu günlük hayatımda aksaklıklara neden oluyor	25	32.9

Prematüre bebeği olan annelerin duygusal özelliklerinin ölçek puanlarına göre dağılımına bakıldığında; bebeğini emziremediği için üzülen annelerin DSYKÖ ve EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( sırasıyla; **p=0.006**, **p<0.001/Tablo 4.4.2**, **Tablo 4.4.3** ). Annelerin DSYKÖ puanlarının düşük ( 16.62 ), EDSDÖ puanlarının ise yüksek ( 16.00 ) olduğu saptanmıştır.

Bebeğinde sekel (hasar) kalacağından korkan annelerin DSYKÖ ve EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( sırasıyla;

**p=0.005, p<0.001/Tablo 4.4.2, Tablo 4.4.3** ). Annelerin DSYKÖ puanları düşük ( 15.71 ), EDSDÖ puanları yüksek ( 18.00 ) bulunmuştur .

Bebeğini kaybetmekten korkan annelerin DSYKÖ ile EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( sırası ile; **p=0.001, p<0.001/Tablo 4.4.2, Tablo 4.4.3** ). Annelerin DSYKÖ puanları düşük ( 16.18 ), EDSDÖ puanları yüksek ( 18.00 ) bulunmuştur.

Bebeği küçük olduğu için endişelenen annelerin DSYKÖ ile EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( sırası ile; **p=0.001, p<0.001/Tablo 4.4.2, Tablo 4.4.3** ). Bu kadınların DSYKÖ puanı düşük ( 16.06 ), EDSDÖ puanı yüksek ( 18.00 ) bulunmuştur.

Bebeğine dokunamadığı için üzülen annelerin DSYKÖ ve EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( sırasıyla; **p=0.005, p<0.001/Tablo 4.4.2, Tablo 4.4.3** ). Annelerin DSYKÖ puanları düşük ( 16.37 ), EDSDÖ puanları yüksek ( 16.50 ) bulunmuştur.

Bebeği prematüre olduğu için kendini suçlayan annelerin EDSDÖ puanı yüksek bulunmuştur( 19.00 ). Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( **p<0.001/Tablo 4.4.3** ).

Bebeği prematüre olduğu için yenidoğan yoğunbakıma yatırılan annelerin yeme-içme ve uyku alışkanlıklarının bozulduğu, günlük hayatlarının aksadığı saptanmıştır. Yeme-içme alışkanlıkları bozulan annelerin DSYKÖ puanları düşük ve istatistiksel olarak anlamlı farketmiştir ( **p<0.001/Tablo 4.4.2** ). Annelerin EDSDÖ puanları yüksek bulunmuş ( **p<0.001/Tablo 4.4.3** ) ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

Uyku alışkanlığı değişen annelerin DSYKÖ puanı düşüktür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( **p<0.001/Tablo 4.4.2** ).

Bu annelerin EDSDÖ puanı yüksek bulunmuş ( **p<0.001/Tablo 4.4.3** ) ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

Günlük hayatının aksadığı belirlenen annelerin DSYKÖ ölçek puanı düşük olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (

$p < 0.001$ /Tablo 4.4.2 ). Bu bağlamda EDSÖ puanı yüksek olarak saptanmış (  $p < 0.001$ /Tablo 4.4.3 ) ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

Tablo 4.4.2. Annelerin duygusal özelliklerine göre DSYKÖ puanları

Prematüre bebeği olan kadınların duygusal özellikleri	DSYKÖ		
	Medyan	Min; Max;	Z;p
<b>Bebeğimi emzirememek beni üzüyor</b>			
Evet	16.62	11.31; 19.88	2.725; <b>0.006</b>
Hayır	17.20	14.31; 19.44	
<b>Bebeğimde sekel kalacağından korkuyorum</b>			
Evet	15.71	11.31; 19.88	2.790; <b>0.005</b>
Hayır	17.06	12.94; 19.50	
<b>Bebeğimi kaybetmekten korkuyorum</b>			
Evet	16.18	11.31; 19.88	3.249; <b>0.001</b>
Hayır	17.06	12.94; 19.44	
<b>Bebeğimin küçük olması beni endişelendiriyor</b>			
Evet	16.06	11.31; 19.88	3.426; <b>0.001</b>
Hayır	17.06	13.88; 19.50	
<b>Bebeğime dokunamamak beni üzüyor</b>			
Evet	16.37	11.88; 19.50	2.793; <b>0.005</b>
Hayır	17.20	11.31; 19.88	
<b>Bebeğim prematüre olduğu için ben suçluyum</b>			
Evet	16.18	11.31; 19.81	1.595; 0.111
Hayır	16.90	11.88; 19.88	
<b>Ailemin desteğini hep hissediyorum</b>			
Evet	16.62	11.31; 19.88	2.148; <b>0.032</b>
Hayır	17.19	14.06; 16.75	
<b>Eşimin desteğini hep hissediyorum</b>			
Evet	16.62	11.88; 19.88	2.172; <b>0.030</b>
Hayır	17.20	11.31; 16.75	
<b>Yeme-içme alışkanlıklarım etkileniyor</b>			
Evet	15.62	11.31; 18.63	4.988; <b>&lt;0.001</b>
Hayır	17.20	12.94; 19.88	
<b>Uyku alışkanlıklarım etkileniyor</b>			
Evet	15.75	11.31; 19.81	4.369; <b>&lt;0.001</b>
Hayır	17.12	12.94; 19.88	
<b>Günlük hayatımda aksaklıklara neden oluyor</b>			
Evet	15.68	11.88; 19.19	3.563; <b>&lt;0.001</b>
Hayır	17.06	11.31; 19.88	

Tablo 4.4.3. Annelerin duygusal özelliklerine göre EDSDÖ puanları

Prematüre bebeği olan kadınların duygusal özellikleri	EDSDÖ		
	Medyan	Min; Max;	Z; p
<b>Bebeğimi emzirememek beni üzüyor</b>			
Evet	16.00	0; 29	8.011; <0.001
Hayır	5.00	6; 15	
<b>Bebeğimde sekel kalacağından korkuyorum</b>			
Evet	18.00	0; 29	5.811; <0.001
Hayır	7.00	3; 23	
<b>Bebeğimi kaybetmekten korkuyorum</b>			
Evet	6.00	0; 29	6.707; <0.001
Hayır	17.50	1; 25	
<b>Bebeğimin küçük olması beni endişelendiriyor</b>			
Evet	18.00	0; 29	6.745; <0.001
Hayır	6.00	6; 22	
<b>Bebeğime dokunamamak beni üzüyor</b>			
Evet	16.50	3; 29	8.039; <0.001
Hayır	5.00	0; 21	
<b>Bebeğim prematüre olduğu için ben suçluyum</b>			
Evet	19.00	3; 29	4.603; <0.001
Hayır	7.00	0; 27	
<b>Ailemin desteğini hep hissediyorum</b>			
Evet	15.00	0; 29	7.652; <0.001
Hayır	5.00	3; 22	
<b>Eşimin desteğini hep hissediyorum</b>			
Evet	15.00	0; 29	7.846; <0.001
Hayır	5.00	3; 21	
<b>Yeme-içme alışkanlıklarım etkileniyor</b>			
Evet	19.00	6; 29	6.467; <0.001
Hayır	6.00	0; 23	
<b>Uyku alışkanlıklarım etkileniyor</b>			
Evet	18.00	6; 29	6.608; <0.001
Hayır	6.00	0; 23	
<b>Günlük hayatımda aksaklıklara neden oluyor</b>			
Evet	19.00	6; 29	5.354; <0.001
Hayır	7.00	0; 26	

## 5. TARTIŞMA

Doğum sonu dönemde yeni bir bebeğe kavuşmak aile için her ne kadar mutluluk verici olsada, annede ruhsal problemlerin gelişimi açısından da bir o kadar önemli ve riskli bir dönemdir. Kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli sorunların bu dönemde ortaya çıktığı ve yaşamsal önem taşıdığı yapılan çalışmalar ile de desteklenmiştir ( Balkaya, 2002; Şahin, Tiryaki, 2011; Çelik, Türkoğlu, Pasinlioğlu, 2014 ). Bu dönemde kadınlar yaşam kalitesini düşüren ve depresyon riskini arttıran birçok faktörle karşı karşıyadırlar. Düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim durumu, sosyal güvencenin olmaması, eşin çalışmaması, eve giren gelirin azlığı, aile içi şiddet, evlenme yaşı, ilk gebelik, madde bağımlılığı, gebeliğin istenmemesi, kronik bir hastalığın olması, sürekli ilaç kullanımı, bebeğin yoğun bakım ünitesinde yatıyor olması, hasta bebeğe sahip olma, emzirememe, sosyal destek azlığı, önceki gebelikte yaşanan sorunlar, önceden yaşanan psikolojik problemler doğum sonu dönemde annelerde depresyonu tetikleyen ve yaşam kalitesini düşürebilen faktörler arasında gösterilmiştir ( Sünter, Güz, Canbaz & Dündar, 2006; Şahin, Tiryaki, 2011; Poçan, Aki, Parlakgümüs, Gereklioğlu & Dolgun, 2013; Çelik, Türkoğlu, Pasinlioğlu, 2014; Türkoğlu, Baysal, Küçükoğlu, 2014; Demir, Şentürk, Çakmak & Altay, 2016 ).

Çalışmamızın tartışma bölümü annelerin sosyodemografik özelliklerinin, obstetrik özelliklerinin, ölçekler arası ilişkinin ve prematüriteye bağlı duygusal özelliklerin tartışması olmak üzere 4 ana başlık altında ele alınmıştır.

## 5.1.Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda annelerin sosyodemografik özelliklerinden yaş, medeni durum, evlilik süresi, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, eşin çalışma durumu, eve giren gelir miktarı, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanım durumları benzer bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.1.1, Tablo 4.1.2 ).

Sigara kullanımını preterm eyleme sebep olan başlıca risk faktörlerinden biridir ( Anders, Day, 2000; Çelen, 2013; Taşkın, 2011; Ko vd 2014; ). Sigara kullanımını gestasyonel yaş ve DDA ile birebir ilişkilidir ( Backe, 1993; Alp vd., 1995, Wisborg, Henriksen, Secher, 2001; Marakoğlu, Sezer, 2003 ). Çalışmalar sigara kullanımının ölü doğuma, ani bebek ölümü sendromuna, fetüste gelişim geriliğine, konjenital major anomalilere ve kalp anomalilerine sebep olduğunu göstermiştir ( Alp vd., 1995; Alverson, Strickland, Gilboa, Correa, 2011; Raisanen, 2014 ). Sigara içen annelerde preterm eylem görülme riski içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ( Wisborg, Henriksen, Hedegaard, Jergen, 1996 ). Aynı zamanda sigara içen annelerin bebeklerinde YYBÜ'ne yatış oranı daha yüksek olduğu bildirilmektedir ( Oster, Delea, Colditz, 1988; Raisanen, 2014 ).

Çalışmamızda sigara kullanım durumu literatürle uyumlu olarak prematüre bebeği olan annelerde daha fazla görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.05$ /Tablo 4.1.2 ).

Çalışmamıza katılan annelerin sosyodemografik özelliklerine göre DSYKÖ puanlarına bakıldığında, 26 yaş ve üzeri olan annelerin, evlilik süresi 2-5 yıl ve üzerinde olanların, eğitim durumu okuryazar olmayan, okuryazar, lise ve yükseköğretim olanların, mesleği işçi, özel sektör çalışanı ve devlet memuru olanların, sosyal güvencesi olanların, gelir durumu asgari ücret dışında olanların DSYKÖ puanları benzer bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.1.3 ).

Çalışmamıza katılan ve prematüre bebeği olan, 18-25 yaş aralığında bulunan annelerin DSYKÖ puan ortancası ( 16.26 ) düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (  $p<0.05$ /Tablo 4.1.3 ).

Yaş faktörü yaşam kalitesini etkileyen başlıca göstergeler arasındadır ( Aydıner Boylu, Paçacıoğlu, 2016 ). Genç ve erken anne yaşı preeklempsi, anemi, zor doğum eylemi, kanama, prematüre, DDA gibi doğum sonu döneme etki eden bir çok faktörle ilişkilidir. ( Taşkın, 2011 ).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaş ortalaması ile DSYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı ilişki saptanmış, en düşük DSYKÖ puan ortalaması  $\leq 24$  yaş grubunda bulunmuştur ( Yılmaztürk, 2010 ). Yapılan başka bir çalışmada ise anne yaşı arttıkça DSYKÖ puanlarının da arttığı gözlemlenmiştir ( Bağcı, 2014 ). Anne yaşının DSYKÖ puanını etkilemediğini gösteren çalışmalarda mevcuttur ( Öztürk, 2014 ). Çalışmamızda 18-25 yaş aralığında bulunan, ilk gebeliği olan ve prematüre bebek sahibi olan annelerin oranı ( %60.9 ) daha fazladır. Normal koşullar altında doğum sonu dönemde anneler yenidoğan bakımı ile ilgili birçok sorun yaşayabilir ve bakım vermede yetersiz kalabilirler. Bu yaş aralığındaki annelerde ilk kez anne olmanın ve prematüre bebeğe sahip olmanın da getirdiği sıkıntılar karşısında annelerin yaşam kalitesinin negatif yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda evlilik süresi 1 yıldan az olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları miad bebeği olan annelere göre daha düşük ( 16.18 ) bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p<0.05/Tablo 4.1.3** ). Öztürkün çalışmasında doğum sonu dönemde evlilik süresi uzadıkça DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur ( Öztürk, 2014 ). Aradaki farkın Öztürkün çalışmasının normal doğum sonu süreç yaşayan annelerle, bizim çalışmamızın ise prematüre bebeği olan özellikli annelerle yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim durumu yaşam kalitesinin belirleyicilerinden biridir ( Aydıner Boylu, Paçacıoğlu, 2016 ). Eğitim düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir ( Loscocco, Spitze, 1990; Leung, Tay, Chang, 1997 ). Ülkemizde kadınların eğitim düzeyi istenilen düzeyde değildir. Kadın nüfusunun çoğunluğunu eğitimsiz ve ilkokul mezunu kadınlar oluşturmaktadır. Türkiyede eğitimsiz kadınların oranı % 12, ilkokul mezunu kadınların oranı ise % 34.6 olarak bildirilmiştir ( TNSA, 2013 ).



Çalışmamızda eğitim durumu ilkokul olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanı miad bebeği olan annelere göre düşük ( 16.18 ) bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p<0.05/Tablo 4.1.3** ).

Ülkemizde yapılan çalışmalar doğum sonu dönemde annenin eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığını, eğitim düzeyi düşüldükçe yaşam kalitesinin düşütüğünü göstermiştir ( Durukan, İlhan, Bumin, Aycan, 2011; Çelik, Türkoğlu, Pasinlioğlu, 2014 ). Ülkemizde yapılan bir çalışmada eğitim durumu ilköğretim ve altı olan kadınların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur ( Altıparmak, Eser, 2007 ). Bizim çalışmamıza benzer olarak Yılmaztürkün ve Öztürkün çalışmalarında ilköğretim mezunu olan annelerin DSYKÖ puanları daha düşük olarak bulunmuştur ( Yılmaztürk, 2010; Öztürk, 2014 ). Bu bağlamda çalışmamızın sonuçları literatürle uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamıza katılan prematüre bebek sahibi annelerin ( n=76 ) çoğu ev hanımıdır ( n=65 ) ve herhangi bir işte çalışmamaktadır. Prematüre bebeği olan ev hanımı annelerin DSYKÖ puanı miad bebeği olan annelere göre daha düşük ( 16.37 ) bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p<0.05/Tablo 4.1.3** ). Ülkemizde yapılan bir çalışmada YBÜ'de bebeği yatan annelerin büyük çoğunluğunun ( %86 ) herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur ( Kurnaz, 2007 ). Altıparmakla Eserin çalışmasında çalışan kadınların yaşam kalitesi çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( Altıparmak, Eser, 2007 ). Doğum sonu yaşam kalitesi ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda çalışan kadınların DSYKÖ puanları çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( Bağcı, 2014; Öztürk, 2014 ).

Sağlık güvence ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu düşünülmüktedir ( Aldinç, 2007; Koçoğlu, Akın, 2009 ). Çalışmamızda sosyal gevecesi olmayan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları miad bebeği olan annelere göre daha düşük ( 16.26 ) ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( **p<0.05/Tablo 4.1.3** ). Altıparmak ve Eserin çalışmasında sosyal güvence varlığı 15-49 yaş kadınlarda yaşam kalitesi üzerinde etkili bulunmuştur ( Altıparmak, Eser, 2007 ). Çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak Yılmaztürk ve Öztürkün çalışmalarında sosyal güvencenin olmayışı

doğum sonu dönemde annelerin yaşam kalitesini düşüren faktör olarak belirlenmiştir ( Yılmaztürk, 2010; Öztürk, 2014 ).

Eşin çalışma durumu kadınlarda yaşam kalitesini etkileyen bir faktördür. Ülkemizde yapılan çalışmalar doğum sonu dönemde eşin çalışmıyor olmasının annelerin yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermiştir ( Yılmaztürk, 2010; Durukan, İlhan, Bumin, Aycan, 2011 ; Öztürk, 2014 ). Bizim çalışmamızda ise eşi çalışan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanı miad bebeği olan annelere göre daha düşük ( 16.43 ) bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.05$ /Tablo 4.1.3 ). Çalışmamıza katılan prematüre bebek annelerin ( n=76 ) çoğunluğunun eşi çalışmaktadır ( n=71 ). Doğum sonu dönemde destek ihtiyaçları artan anneler prematüre bebeğin varlığı karşısında daha çok destek ihtiyacı duymaktadırlar. Çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerin eşleri çalıştığı için gereksinim duydukları destekten yoksun kaldıkları ve yaşam kalitesininin bu durumdan etkilendiği düşünülmektedir.

Gelir düzeyi yaşam kalitesinin başlıca göstergeleri arasındadır. İnsanın temel ihtiyaçlarının yanı sıra, eğitim, sağlık, ulaşım gibi yaşam kalitesini etkileyen göstergelerin istenilen düzeyde olması için ekonomik durumun iyi olması gerekmektedir ( Torlak ve Yavuzçehre, 2008; Aydın Boylu, 2007 ). Yapılan araştırmalar gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığını göstermiştir ( Park, 2002; Diener, Diener, 2002; Aydın Boylu, 2007 ).

Çalışmamızda gelir durumu asgari ücret olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları miad bebeği olan annelere göre daha düşük ( 15.90 ) bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.05$ /Tablo 4.1.3 ). Ülkemizde 15-49 yaş kadınlarla yapılan bir çalışmada geliri giderini karşılanmayan kadınlarda yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur ( Altıparmak, Eser, 2007 ). Öztürkün çalışmasında doğum sonu dönemde geliri giderinden daha az olan annelerin, Bağcının çalışmasında gelir durumu kötü ve orta olan annelerin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur ( Öztürk, 2014; Bağcı, 2014 ). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumluluk göstermektedir.

DSÖ tarafından sağlık sadece sakatlık ve hastalığın olmayışı değil, fizksel, ruhsal ve sosyal açıdan da bireyin tam bir iyilik hali içerisinde bulunması olarak tanımlanmıştır. Sağlık durumu yaşam kalitesinin başlıca göstergeleri arasındadır. Sağlık açısından yaşam kalitesinin belirlenmesi bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı ile ilgilidir ( Aydın, Boylu, Paçacıoğlu, 2016 ).

Ülkemizde yapılan çalışmalar sağlığın yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Kronik hastalık varlığı yaşam kalitesini düşüren bir faktör olarak belirtilmiştir ( Altıparmak, Eser, 2007; Demirağ, 2015 ).

Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük olarak bulunmuştur. Sayı olarak çalışmamızda kronik hastalığı olmayan ( n=67 ) ve sürekli ilaç kullanmayan ( n=68 ) prematüre bebek anneleri ( n=76 ) çoğunluktadır. Literatüre zıtlık teşkil eden bu durumun prematüre bebek varlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin sosyodemografik özelliklerine göre EDSÖ puanlarına baktığımızda; yaş grubu 18-25 ve 26 ve üzeri olan prematüre bebek annelerinin, evlilik süresi 1 yıldan daha az, 2-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıldan fazla olan, okuryazar olmayan, okur yazar olan, ilkokul, lise ve yükseköğretim mezunu olan, ev hanımı olan, devlet memuru olan, sosyal güvencesi olan ve olmayan, eşi çalışan, gelir durumu asgari ücretten az olan, asgari ücret olan, 1500-2000 TL olan, 2500-3500 TL ve 3500 TL üzeri olan, kronik hastalığı olan ve olmayan, sürekli ilaç kullanan, sigara kullanan ve kullanmayan prematüre bebek anneleri doğumsonu depresyon açısından riskli bulunmuşlardır. EDSÖ puanları bazında sadece eşi çalışmayan ve sürekli ilaç kullanmayan annelerin puanları benzer bulunmuştur. Geri kalan tüm sosyodemografik özellikler EDSÖ puanları bazında prematüre bebeği olan annelerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( Tablo 4.1.4 ). Adaptasyonu zor olan doğum sonu dönemde prematüre bebeğin varlığı bizim çalışmamızda sosyodemografik özelliklerin neredeyse tamamı üzerinde etkilidir. Çalışmamızda prematüre bebek annelerinin doğum sonu depresyon riski sosyodemografik özelliklere bakılmaksızın daha yüksek bulunmuştur.

## 5.2. Obstetrik Özellikler

Çalışmamıza katılan annelerin obstetrik özelliklerine bakıldığında; İlk gebelik yaşı, düşük varlığı, yaşayan çocuk sayısı, eş ile akrabalık durumu, gebeliği isteme durumu, gebelikte sürekli kontrol durumu, sağlık sorunu ve ilaç kullanımı ve depresyon öyküsü varlığı her iki grupta benzer olarak bulunmuştur ( Tablo 4.2.1 ).

Prematüritenin başlıca risk faktörlerinden birisi de daha önceden prematürite öyküsünün mevcut olmasıdır ( Taşkın, 2011; Altun Yılmaz, 2016; Güngör, Oskay 2017 ). Prematürite öyküsü bizim çalışmamızda da gruplar arasında farklılık göstermektedir. Daha önceden prematüre öyküsünün varlığı çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerde daha fazla görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı farketmiştir (  $p<0.05$ /Tablo 4.2.1 ). Çalışmamızın sonuçları bu bağlamda literatürle uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda yer alan annelerin gebelik sayısı iki grup arasında farklı bulunmuştur. İlk gebeliğinde preterm doğum yapan annelerin oranı çalışmamızda daha yüksek olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.05$ /Tablo 4.2.1 ). Doğum sayısının 0 veya 4'den fazla olması literatürde preterm eylem açısından risk faktörü olarak belirlenmiştir ( Altun Yılmaz, 2016 ). Çalışmamız bu anlamda literatürle uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin obstetrik özelliklerine göre DSYKÖ puanları incelendiğinde; Düşük varlığı olan, yaşayan çocuk sayısı 2, 3, 4 ve üzeri olan, prematüre öyküsü olan, eşi ile akrabalık durumu olan, gebelik sayısı 1, 2, 3, 4, 5 ve üzeri olan, gebeliği plansız olan, gebeliği boyunca kontrollerini düzenli yaptırmayan, gebelik boyunca herhangi bir sağlık sorunu yaşayan ve ilaç kullanan ve daha önceden depresyon öyküsü olan annelerde DSYKÖ puanları benzer olarak bulunmuştur ( Tablo 4.2.2 ).

İlk gebelik yaşı 18-25 olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları miad bebeği olan annelere göre daha düşük ( 16.38 ) ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (  $p<0.05$ /Tablo 4.2.2 ). Çalışmamızda adaptasyonu zor

olan doğum sonu dönemde ilk gebeliğe prematüre bebek varlığının eklenmesinin annelerinin DSYKÖ puanlarını düşürdüğü düşünülmektedir.

Çalışmamızda, literatürde risk faktörü olarak belirlenmeyen düşük varlığının ve prematüre öyküsünün, eş ile akrabalık durumunun, gebeliği istememe durumunun olmayışı, gebelikte kontrollerin düzenli olması, herhangi bir sağlık sorunu ve ilaç kullanımının olmayışı, daha önceden depresyon öyküsünün yaşanmamış olması çalışmamızda gruplar arasında fark oluşturmuştur. Obstetrik özellikleri normal olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları miad bebeği olan annelere göre daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( Tablo 4.2.2 ). Çalışmamızdaki bu farkın prematüre bebeğin varlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin obstetrik özelliklerine göre EDSÖ puanlarına baktığımız zaman; prematürite öyküsü ve depresyon öyküsü olan annelerin EDSÖ puanları iki grup arasında benzer bulunmuştur ( Tablo 4.2.3 ).

İlk gebelik yaşı 18-25 ve 26 yaş üstü olan, düşük öyküsü olan ve olmayan, yaşayan çocuk sayısı 1-2, 3, 4 ve üzeri olan, prematüre öyküsü olan, eş ile akrabalık durumu olan ve olmayan, gebelik sayısı 1, 2, 3, 4, ve üzeri olan, gebeliği isteyen istemeyen, gebeliği boyunca düzenli olarak kontrollerini yaptıran ve yaptırmayan, gebeliği boyunca herhangi bir sağlık sorunu yaşayan ve yaşamayan, ilaç kullanan ve kullanmayan, daha önceden depresyon öyküsü olmayan anneler arasında EDSÖ puanları farklılık göstermiştir. Obstetrik özellikler farketmeksizin prematüre bebek annelerinin EDSÖ puanları daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( Tablo 4.2.2 ). Çalışmamızdaki bu farkın prematüre bebek varlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

### 5.3. DSYKÖ İle EDSÖ Arasındaki İlişki

Çalışmamızda yer alan annelerin DSYKÖ puan ortalaması  $16.85 \pm 1.99$ , olarak bulunmuştur ( Tablo 4.3.1 ). Ülkemizde DSYKÖ ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, bizim çalışmamıza benzer olarak Öztürkün çalışmasında annelerin ölçek puan ortalaması  $16.53 \pm 0.83$ , Yılmaztürkün çalışmasında ise  $15.93 \pm 0.97$  olarak bulunmuştur ( Yılmaztürk, 2010; Öztürk, 2014 ). Ölçek puanlarına gruplar bazında ayrı ayrı bakacak olursak; çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerin DSYKÖ puan ortancası (  $16.53$  ) miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puan ortancasından (  $17.22$  ) daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p < 0.05$  / Tablo 4.3.4 ). Çalışmamızın sonuçları ile benzer olarak Yılmaztürkün çalışmasında prematüre bebeği olan annelerin DSYKÖ puanları diğer gruba göre daha düşük bulunmuştur ( Yılmaztürk, 2010 ).

Çalışmamıza katılan annelerin EDSÖ puan ortalaması  $10.63 \pm 7.47$  olarak bulunmuştur ( Tablo 4.3.1 ). Gruplara ayrı ayrı bakacak olursak; prematüre bebeği olan annelerin EDSÖ puan ortancası (  $15.00$  ), miad bebeği olan annelerin EDSÖ puan ortancasına (  $5.00$  ) göre daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p < 0.05$  / Tablo 4.3.4 ). Ülkemizde yenidoğan yoğunbakım ünitesinde prematüre bebeği yatan annelerle yapılmış bir çalışmada annelerin EDSÖ puan ortalaması  $16 \pm 4.76$  olarak bulunmuştur ( Öztürk, Saruhan, 2013 ). YYBÜ'de bebeği olan annelerle yapılan başka bir çalışmada annelerin depresyon riski yüksek, EDSÖ puan ortalaması ise  $14.31 \pm 6,91$  olarak bulunmuştur ( Küçüköğlü, Çelebioğlu, Coşkun, 2014). Çalışmamızın sonuçları bu bağlamda literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda EDSÖ'ne göre doğum sonu depresyon riski %39.3 olarak belirlenmiştir ( Tablo 4.3.2 ). Ülkemizde doğum sonu dönemde depresyon riski oranı %6-58 arasında, gelişmekte olan ülkelerde %5.2 - 74.0, gelişmiş ülkelerde ise %1.9 - 82.1 arasında değişmektedir ( Norhayati N.M., at al. 2015; Ay vd, 2018 ).

Çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerde bu oran % 89.8, miad bebeği olan annelerde ise %10.2 olarak bulunmuştur ( Tablo 4.3.3 ).

Çalışmamızda prematüre bebek anneleri doğum sonu depresyon riski açısından miad bebek annelerine göre 8.8 kat daha riskli bulunmuştur. Korja ve arkadaşlarının prematüre bebek anneleri ile yaptıkları çalışmada EDSÖ kullanılarak belirlenen depresyon riski %12.6, Vigod ve arkadaşlarının çalışmasında ise % 40 olarak belirlenmiştir ( Korja vd, 2008; Vigod, Villegas, Dennis, Ross, 2010 ). Hem ülkemizde hemde dünyada yapılan çalışmaları prematüre bebeği olan annelerin doğum sonu depresyon açısından daha riskli grup olduğunu göstermiştir ( Korja vd, 2008; Vigod, Villegas, Dennis, Ross, 2010; Gungor, Oskay, Beji, 2011; Şahin, Tiryaki, 2011; Gulamani, Premji, Kanji, Azam, 2013 ).

Çalışmamızda yer alan annelerin DSYKÖ puanları ile EDSÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçek puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( **p<0.001/Tablo 4.3.5** ).

Miad ve prematüre bebeği olan annelerin ölçek puanları arasındaki ilişkiye ayrı ayrı bakıldığında;

Miad bebeği olan annelerin ölçek puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( **p<0.001/Tablo 4.3.6** ).

Prematüre bebeği olan annelerin ölçek puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( **p<0.001/Tablo 4.3.6** ).

Çalışmamızda annelerin DSYKÖ puanları arttıkça EDSÖ puanları azalmış, DSYKÖ puanları azaldıkça EDSÖ puanları artmıştır.

Çalışmamıza katılan annelerin DSYKÖ alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde;

DSYKÖ alt boyutlarından olan Akrabalık-aile-arkadaş, eş, sağlık ve psikolojik alt boyut ölçek puanları prematüre bebek annelerinde miad bebeği olan annelere göre daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **sırası ile; p<0.05, p<0.05, p<0.05, p<0.001/Tablo 4.3.1.1** ). Sosyoekonomik alt boyut puanları iki grup arasında benzer

bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( Tablo 4.3.1.1 ).

Çalışmamızda DSYKÖ alt boyutlarından olan Akrabalık-aile-arkadaş, sosyoekonomik, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasında negatif, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( **sırası ile; p<0.001, p<0.001, p<0.001, p<0.001/Tablo 4.3.1.2** ). DSYKÖ alt boyutlarından olan akrabalık-aile-arkadaş, sosyoekonomik, eş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları arttıkça, EDSÖ puanları azalmış, akrabalık-aile-arkadaş, sosyoekonomik, eş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları azaldıkça EDSÖ puanları artmıştır.

Çalışmamızda DSYKÖ alt boyutlarından eş alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( Tablo 4.3.1.2 ).

DSYKÖ alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasındaki ilişkiye gruplar bazında ayrı ayrı bakıldığında;

Miad bebeği olan annelerde DSYKÖ alt boyutlarının tamamı ( akrabalık-aile-arkadaş, sosyoekonomik, eş, sağlık, psikolojik ) ile EDSÖ puanları arasında negatif, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( **sırası ile; p<0.001, p<0.001, p<0.001, p<0.001, p<0.001/Tablo 4.3.1.3** ).

Çalışmamızda miad bebeği olan annelerde DSYKÖ alt boyut puanları arttıkça EDSÖ puanları azalmış, DSYKÖ alt boyut puanları azaldıkça EDSÖ puanları artmıştır.

Prematüre bebeği olan annelerin DSYKÖ alt boyutlarından olan akrabalık-aile-arkadaş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( **sırası ile; p<0.001, p<0.001, p<0.001/Tablo 4.3.1.3** ). Çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerinin DSYKÖ alt boyutlarından olan akrabalık-aile-arkadaş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları arttıkça, EDSÖ puanları azalmış, akrabalık-aile-arkadaş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları azaldıkça EDSÖ puanları artmıştır. DSYKÖ alt boyutlarından olan sosyoekonomik ve eş alt boyut puanları ile EDSÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( Tablo 4.3.1.3 ).



#### 5.4. Annelerin Duygusal Özellikleri

Ebeveynlerde doğum sonu dönemde görülen en hızlı tepki bağlanmadır. Doğum sonrası anne-baba ve bebek arasında ilk 30-60 dakika içerisinde yakın duygusal temas gelişmektedir. Bağlanma ebeveyn den bebeğe doğru gelişen bir durumdur. Anne bebeğe bakarken bazı davranışlarla bağlanmayı başlatır. Bebeğin anneye yanıtı göz ve vücut hareketleriyle gerçekleşir (Aslan, 2017). İlk dokunuş ve ten teması anne ve bebek için çok önemlidir. Doğumdan sonra annenin teni ile temas eden bebeklerin daha az ağladığı, emzirmeye daha kolay uyum sağladığı, uyku düzeninin daha iyi olduğu ve vücut sıcaklığını daha iyi koruduğu bilinmektedir ( Bardacke, 2012 ). Bebeği doğar doğmaz annesinin göğsüne yatırmak, herşeyin tanıdık ve güvenli olduğuna dair bebekte güven hissi geliştirir. Annesinin vücut sıcaklığı, kalp atışları ve nefesi bebeği rahatlatır ve sakinleştirir. Aynı şekilde bebeğinin kalp atışlarını hissetmek, nefes aldığını anlamak anne için de güven oluşturur. Anne bebek etkileşiminin mümkün olan en erken zamanda başlaması hem anne hem de bebek için önemlidir ( Rathfisch, 2012 ). Bağlanmanın süresi anne ve bebek sağlığına ve doğumun gerçekleşme koşullarına bağlıdır ( Aslan, 2017). Bebeğin veya annenin hayati tehlikesi söz konusu ise ilk temas ve bağlanma süreci aksayabilir.

Bizim çalışmamıza katılan prematüre bebeği olan annelerin hepsinin bebeği doğar doğmaz hayati tehlike ve risk söz konusu olduğu için YYBÜ'ne yatırılmıştır. Hayati risk taşıyan prematüre bebekler doğar doğmaz annelerinden ayrıldığı için ilk dokunuş, ten tene temas ve bağlanmanın sağladığı faydalardan yoksun kalmakta, aynı şekilde annelerde bu durumdan etkilenmektedir. Prematüritenin annelerde anksiyete, depresyon ve kaygı seviyesini arttırdığı bildirilmiştir ( Uludağ, Ünlüoğlu, 2012).

Çalışmamızda bebeğini emzirememe (  $p<0.05$  ), bebeğinde sekel kalacağından korkma (  $p<0.05$  ), bebeğini kaybetme korkusu (  $p=0.001$  ), bebeğin küçük olmasından endişe duyma (  $p=0.001$  ), bebeğine dokunamama (  $p<0.05$  ), annenin yeme-içme alışkanlıklarının değişmesi (  $p<0.001$  ), annenin uyku alışkanlıklarının değişmesi (  $p<0.001$  ), annenin günlük hayatının

aksaması (  $p < 0.001$  ), prematüre bebeklerin annelerinde yaşam kalitesini düşürerek depresyon riskini arttıran başlıca faktörler olarak bulunmuştur ( Tablo 4.4.1 ).

Çalışmamızda annelerin duygusal özelliklerine göre ölçek puanları incelendiğinde; bebeğini emziremeyen annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p < 0.05$ /Tablo 4.4.2 ). EDSDÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p < 0.001$ /Tablo 4.4.3 ).

Sağlıklı bir doğum sürecinde anne ile bebek arasındaki ilk ten teması gerçekleştikten sonraki aşama emzirmedir. Yenidoğana verilecek en sağlıklı besin anne sütüdür. Miadında ve sağlıklı doğan bebekler yakalama ve emme refleksine sahip doğarlar ve bu sayede memeyi daha kolay kavrayıp emebilirler. Bu refleksler doğum sonu ilk 20-30 dakikada doruk noktaya ulaşır ( Ratfhisch, 2012 ). Emzirme sırasında ortaya çıkan oksitosin süt üretiminin oluşmasını ve devamlılığını sağlayan, anne ile bebek arasında bağlanmayı oluşturan başlıca faktördür ( Bardacke, 2012 ). Preterm bebekler doğdukları gestasyonel haftaya göre yakalama ve emme refleksleri gelişmeden doğabiliyor, annesinin memesini emerek değil, oragastrik veya nazogastrik sonda ile beslenebiliyor, bazende parenteral yollarla sıvı ve ilaçlarla beslenebiliyorlar. Bu durum anne-bebek bağlanmasını geciktirdiği gibi, sevgi hormonu olarak bilinen oksitosininde salınmasını engeller. Emzirmeyen annelerin bizim çalışmamızda depresyon açısından riskli bulunmasının oksitosin yetersizliğine ve bağlanma sürecindeki gecikmeye bağlı olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda emzirmeyen annelerde prolaktin seviyesinin hızla düştüğü bilinmektedir. Prolaktin seviyesindeki hızlı düşüşün kadınlarda doğum sonu depresyonu tetiklediği bildirilmiştir ( Gülseren, 1999 ).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada emzirme anne ile bebek arasında bağlanmayı sağlayan başlıca faktörlerden birisi olarak bulunmuştur ( Evcili, Abak, Tali, Yurtsal, 2014 ).

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada doğum sonu dönemde bebeğini emziremeyen annelerde bizim çalışmamıza benzer olarak yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur ( Bağcı, 2014 ).

Çalışmalar düşük doğum ağırlıklı bebeklerin ve prematürelere zihinsel yetersizliğe ve davranış problemine açık olduğunu göstermiştir ( Xu, Filler, 2005 ). Ülkemizde yapılan bir çalışmada YYBÜ'de bebeği olan annelerin bebeklerinin hasta olacağından, özürlü olacağından ve gelişiminin geç olacağından endişe duydukları bildirilmiştir ( Kurnaz, 2007 ).

Çalışmamızda bebeğinde sekel kalacağından korkan annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p < 0.05$ /Tablo 4.4.2). EDSDÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p < 0.001$ /Tablo 4.4.3 ).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada yoğunbakımda bebeği olan annelerin %50'den fazlasının bebeğini kaybetmekten korktuğu bildirilmiştir ( Kurnaz, 2007 ). Çalışmamızda bebeğini kaybetmekten korkan annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p = 0.001$ /Tablo 4.4.2). EDSDÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p < 0.001$ /Tablo 4.4.3 ).

Bebeğin küçük olması doğum sonu dönemde yoğunbakımda bebeği yatan annelerde endişe yaratan durumlar arasındadır ( Kurnaz, 2007 ). Çalışmamızda bebeğinin küçük olmasından endişe duyan annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p = 0.001$ /Tablo 4.4.2). EDSDÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p < 0.001$ /Tablo 4.4.3 ).

Bebekleri YYBÜ'ne yatan ailelerin artmış kaygı, depresyon ve travma belirtileri gösterdikleri bilinmektedir. Yeni anne olmanın yarattığı duygusal problemlere ek olarak; hasta bir bebeğe sahip olma, yoğunbakım ünitesinin stresli ortamı, bebekten fiziksel ve duygusal olarak izolasyon gibi faktörler aileler için ek stres kaynağı oluşturmaktadır ( Carter, Mulder, Bartram, Darlow, 2005; Melnyk vd., 2006 ). Annelerin yaşadığı stresin; bebeklerin tıbbi durumu, YYBÜ'de yatışının süresi, doğum ağırlığı, gestasyon haftası gibi

faktörlerden bağımsız olduğu ve en önemli sebebinin annenin annelik rolünü yerine getiremeyerek bebeğine yardımda kendini eksik hissetmesi, onu kucaklayamaması, acı çekmekten koruyamaması olduğu bildirilmektedir ( Singer vd, 1999; Shaw vd., 2006 ). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bebeğine dokunamayıp, bakım verememenin yoğunbakımda bebeği yatan annelerin hastanede yaşadığı sorunlardan birisi olduğu bulunmuştur ( Kurnaz, 2007 ).

Çalışmamızda bebeğine dokunamayan annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p<0.05/Tablo 4.4.2**). EDSDÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **p<0.001/Tablo 4.4.3** ).

Yapılan bir çalışmada sarılmanın anne ile bebek arasında bağlanmayı sağlayan başlıca faktörlerden biri olduğu bulunmuştur ( Evcili, Abak, Tali, Yurtsal, 2014 ).

Ülkemizde term ve preterm bebeklerin anneleri ile yapılan başka bir çalışmada doğum sonu ilk 30 dakikada bebeğini kucağına alan term bebek annelerinin bebeklerini daha pozitif algıladıkları saptanmıştır. Bu çalışmada prematüre bebeklerin annelerinin bebeklerine ilk dokunma zamanları ilk 30 dakikadan daha sonra olduğu için bebeklerini negatif algıladıkları bulunmuştur. Bebeklerin ilk kucağa alınma zamanı ile bebeği algılama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Preterm bebek annelerinin term bebek annelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farkla bebeklerini daha negatif algıladıkları çalışmanın sonucunda ortaya çıkmıştır ( Manav, Yıldırım, 2010 ). Bu durum prematüre bebeklerin yenidoğan yoğunbakım ünitesine yatırılmadığı hallerde bile gözlem amacı ile takip altında tutulmasından dolayı bebekle annenin iletişiminin gecikmesinden kaynaklanmıştır. Bizim çalışmamızda da anne bebek arasında ilk temasın geç başlaması, annenin bebeğine dokunamaması annelerin doğum sonu dönemde yaşam kalitesini düşürerek depresyon riskini arttırdığı düşünülmektedir.

Şok, kızgınlık, umutsuzluk gibi duyguların yanı sıra bebekleri yoğunbakımda yatan anneler suçluluk duygusu da yaşamaktadır ( Spear,

Epps, Locke, 2002 ). Çoğu anne bu dönemde hazırlıksızdır ve YYBÜ ile ilgili bir fikri yoktur. Bebeğini bilmediği bu ortamda bırakmak annelere bebekleri üzerinde kotrollerini kaybettiğini düşündürmektedir. Anne bu dönemde uyuşukluk, boyun eğme ve suçluluk gibi duygularla mücadele etmektedir ( Whitfield, 2003 ).

Çalışmamızda bebeği prematüre doğduğu için kendini suçlu hisseden annelerin EDSÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.4.3 ).

Doğum sonu dönemde kadınlar bir çok fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ve sorunlarla karşı karşıyadırlar. Bu dönemde, en sık görülen sorunlar arasında beslenme bozuklukları, uyku ve dinlenme sorunları, bebekle ilgili kaygı ve endişe hissi, suçluluk duygusu, özgüven eksikliği gösterilmektedir ( Kara, Çakmaklı, Nacak, Türeci, 2001; Tezel, Gözüm, 2005; Bozkaya, Ünsal, 2006; Taşkın, 2016; Yılmaz Dereli, 2017 ). Anneler kendilerini yenidoğan bakımında yetersiz hissettikleri için anneliğe geçiş süresi uzamaktadır ( Balkaya 2002 ). Prematüre bebeği olan annelerde ise bu sorunlarla başetme ve anneliğe geçiş süresi daha zordur. Bu annelerin bebeği yoğunbakımda takip edildiği için anne ile bebek arasında etkileşim gecikmektedir. Beklenen normal süreç başlamadığı için anne kendini yetersiz hissetmektedir ( Oskay, Avcı Serbest, 2017 ).

Çalışmamızda yeme içme alışkanlıkları değişen annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.4.2 ). EDSÖ puanları yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.4.3 ).

Bebeğinin durumundan dolayı uyku alışkanlıklarının değiştiğini ifade eden kadınların DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.4.2 ). EDSÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p<0.001$ /Tablo 4.4.3 ).

Çalışmamızda günlük hayatında aksaklıklar alan annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir

(  $p < 0.001$  / Tablo 4.4.2 ). EDSDÖ puanları yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (  $p < 0.001$  / Tablo 4.4.3 ).

Bizim çalışmamıza benzer olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada doğum sonu dönemde kadınlarda görülen beslenme ve uyku sorunları yaşam kalitesini düşüren faktörler olarak bulunmuştur ( Bağcı, 2014 ).

Doğum sonu dönemde sosyal destek; anneye yakın çevresi tarafından sağlanan bebek bakımına destek, ev işlerine yardım ve duygusal desteği içermektedir ( Herbert 1994 ). Sosyal destek annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyon görülme riskini azaltmaktadır ( Gülseren, 1999 ).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada sosyal destek arttıkça doğum sonu depresyon riskinin düştüğü görülmüştür ( Bingöl, Tel, 2007 ).

Yapılan çalışmalar eş ile arası iyi olan ve doğum sonu dönemde eşi tarafından desteklenen annelerin kendilerini daha iyi hissettiklerini göstermiştir ( Başer, Mucuk, Korkmaz, Seviğ, 2005; Çankaya, Yılmaz Dereli, Can, & Kodaz, Değerli, 2017 ). Başka bir çalışmada ise sosyal destekten ziyade prematüre bebek annelerinde YYBÜ'de çalışan profesyonellerin verdiği desteğin daha etkili olduğu görülmüştür ( Spear, Epps, Locke, 2003 ). Ülkemizde yapılan bir çalışma prematüre bebeği olan annelerin herşeyden daha ziyade bilgi gereksinimine ihtiyaç duyduğunu göstermiştir ( Sola, Diken, 2008 ).

Çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerin aile desteği ( %94.7 ), ve eş desteği ( %96.1 ) yüksek bulunmasında rağmen, annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **sırası ile;  $p < 0.05$ ,  $p < 0.05$  / Tablo 4.4.2** ). EDSDÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( **sırası ile;  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$  / Tablo 4.4.3** ). Çalışmamızda aile ve eş desteği prematüre bebek annelerinde doğum sonu yaşam kalitesi ve depresyon üzerinde etkili bulunmamıştır. Bebeği prematüre olan ve yoğunbakım ünitesinde tedavi görmekte olan annelerin doğum sonu dönemde sosyal desteğin yanı sıra profesyonel desteğe de ihtiyaç duydukları düşünülmektedir. Yaşamlarının her

döneminde kadınların en yakın olduğu profesyonel meslek grubu mensupları olan ebeler, doğum sonu dönemde hem hastanede hem de birinci basamakta ev ziyaretleri ile annelerle daha yakından ilgilenmeli, annenin kendi bakımı ve bebek bakımı ile ilgili konularda, ruhsal problemlerle başetmede annelere destek olmalıdırlar. Çalışmamızda aile ve eş desteğinden oluşan sosyal desteğin doğum sonu dönemde annelerde yaşam kalitesi ve depresyon riski üzerinde etkili olmamasının, profesyonel ebe desteğine duydukları ihtiyaçtan kaynaklandığı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek, prematüre bebek annelerinin duygusal sorunlarını tespit etmek amacı ile, literatür eşliğinde hazırlanan Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Annelerin doğum sonu dönemde depresyon riskini belirlemek amacı ile Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, yaşam kalitesini değerlendirmek için ise Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

### 6.1. Sosyo-demografik Özelliklerle İlgili Sonuçlar

- 1.Sigara içme oranı prematüre bebeklerin annelerinde daha yüksek bulunmuştur.
- 2.Yaş aralığı 18-25 olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.
- 3.Evlilik süresi 1 yıldan az olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.
- 4.Eğitim durumu ilkokul olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.
- 5.Sosyal güvencesi olmayan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.
- 6.Eşi çalışan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.
- 7.Kronik hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.
- 8.Yaş, evlilik süresi, eğitim durumu, meslek durumu, sosyal güvence varlığı, eşin çalışma durumu, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanma durumu farketmeksizin prematüre bebek annelerinin EDSDÖ puanları yüksek bulunmuştur.



## **6.2. Obstetrik Özelliklerle İlgili Sonuçlar**

- 1.Prematürite öyküsü preterm bebek sahibi kadınlarda daha fazla görülmüştür.
- 2.Prematürite daha çok ilk gebeliği olan kadınlarda görülmüştür.
- 3.İlk gebelik yaşı 18-25 olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.
- 4.İlk gebelik yaşı, düşük varlığı, çocuk sayısı, prematürite öyküsü, eş ile akrabalık durumu, gebelik sayısı, gebeliğin istenme durumu, gebelik boyunca düzenli kontrol varlığı, gebelikte sağlık sorunu ve ilaç kullanımı, depresyon öyküsü farketmeksizin pematüre bebeği olan annelerin EDSDÖ puanları yüksek bulunmuştur.

## **6.3. DSYKÖ İle EDSDÖ Arasındaki İlişki İle İlgili Sonuçlar**

- 1.Prematüre bebeği olan annelerin miadında bebeği olan annelere göre DSYKÖ puanları düşük, EDSDÖ puanları yüksek bulunmuştur.
- 2.Annelerin doğum sonu depresyon riski %39.3 olarak bulunmuştur.
- 3.Prematüre bebeği olan annelerin doğum sonu depresyon riski %89.8 olarak bulunmuştur.
- 4.DSYKÖ ile EDSDÖ arasında negatif yönlü, doğrusal, ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. DSYKÖ puanları arttıkça/azaldıkça EDSDÖ puanları azalmış/artmıştır.
- 5.DSYKÖ alt boyutlarından akrabalık-aile-arkadaşlık, eş, sağlık ve psikolik alt boyut puanları prematüre bebeği annelerinde prematüre bebeği olan anneler göre daha düşük bulunmuştur.
- 6.Annelerin DSYKÖ alt boyutlarından akrabalık-aile-arkadaş, sosyoekonomik, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları ile EDSDÖ puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. DSYKÖ alt boyut puanları arttıkça/azaldıkça EDSDÖ puanları azalmış/artmıştır.

7.Prematüre bebeği olan annelerin DSYKÖ alt boyutlarından akrabalık-aile-arkadaş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları ile EDSDÖ puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. DSYKÖ alt boyut puanları arttıkça/azaldıkça EDSDÖ puanları azalmış/artmıştır.

#### **6.4. Annelerin Duygusal Özellikleri İle İlgili Sonuçlar**

1.Bebeğini emzirememe, bebeğinde sekel kalacağından korkma, bebeğini kaybetmekten korkma, bebeğinin küçük olmasından endişe duyma, bebeğine dokunamama, bebeğinin durumundan dolayı suçluluk duyma, eşin ve ailenin desteğini hissetme, yeme-içme ve uyku alışkanlıklarının değişmesi,günlük hayatda aksaklılların olması prematüre bebeği olan annelerin başlıca duygusal özellikleri olarak bulunmuştur.

2.Bebeğini emziremeyen, bebeğinde sekel kalacağından korkan, bebeğini kaybetmekten korkan, bebeğinin küçük olmasından endişe duyan, bebeğine dokunamayan, eşinin ve ailesinin desteğini hisseden, yeme-içme ve uyku alışkanlıkları değişen, günlük hayatı aksayan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları düşük bulunmuştur.

3.Bebeğini emziremeyen, bebeğinde sekel kalacağından korkan, bebeğini kaybetmekten korkan, bebeğinin küçük olmasından endişe duyan, bebeğine dokunamayan, bebeğinin durumundan dolayı kendini suçlu hisseden, eşinin ve ailesinin desteğini hisseden, yeme-içme ve uyku alışkanlıkları değişen, günlük hayatı aksayan prematüre bebek annelerinin EDSDÖ puanları yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın sonuçlarına göre;

- Hayatın her aşamasında kadınlara en yakın meslek grubu üyeleri olan ebelerin preterm doğumla ilgili detaylı bilgi sahibi olmaları, preterm doğumun risk faktörlerini iyi bilmeleri, anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri ile ilgili yeterli donanıma sahip olmaları ve bu konuda kadınları eğiterek desteklemeleri, preterm doğumun olası sonuçlarına kadınları hazırlamaları,
- Doğum sonu dönemde gelişebilecek riskli süreçler göz önünde bulundurularak ebenin anneyi daha yakından tanınması ve takip etmesi için antenatal dönemden itibaren sürekli ebe desteğinin sağlanması,
- Doğum sonu dönemde kadınlarda gelişebilecek fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin ebeler tarafından iyi bilinmesi, bu süreçte anne ve bebeğe ihtiyaçları doğrultusunda gereken desteği sağlaması,
- Madde kullanımının, özellikle sigaranın anne bebek sağlığı açısından gebelik öncesi ve gebelik döneminde zararlı etkileri konusunda kadınların ebeler tarafından etraflıca bilgilendirilmesi,
- Erken doğumu gerçekleştiren kadınların bebeğinin yatırılacağı YYBÜ'si hakkında ebeler tarafından bilgilendirilmesi, annenin üniteyi görmesinin sağlanması,
- Annenin endişelerini gidermek için bebeğin durumu, bebeğe yapılacak işlemler ve bebeğin etrafındaki cihazlarla ilgili annenin detaylı bir şekilde bilgilendirilmesi ve tüm sorularının yanıtlanması,
- Doğum sonu erken ten teması gerçekleşmediyse en kısa sürede ebe desteği ile anne ve bebek arasında ten temasının başlatılması,
- Annenin istediği zaman bebeğine dokunmasına izin verilmesi,
- Ebe desteği ile en kısa sürede emzirmenin başlatılması,
- Emzirmenin mümkün olmadığı durumlarda ebenin anneyi sütünü sağma konusunda teşvik etmesi, süt sağma konusunda eğitim vermesi,

- Postpartum dönemdeki prematüre bebek annelerinin ebe tarafından daha detaylı gözlemlenerek depresyon riskinin en erken dönemde tespit edilmesi,
- Postpartum dönemde annelerinin fiziksel ihtiyaçları, beslenme ve uyku düzenleri ile ilgili ebeler tarafından bilgilendirilmesi ve eksik yanlarının tespit edilerek desteklenmesi önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- Adams, C. (2018). Preterm Doğum. Chapman, V., Charles, C. (Ed). *Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı*, (204-217). Ankara: Nobel
- Aksakallı, M., Çapık, A., Ejder Apay, S., Pasinlioğlu, T., & Bayram, S. (2012). Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2012;3(3):129-135 Doi: 10.5505/phd.2012.57441
- Aldınç, H., Aytar, B., Demetçi, M. E., Seçen, E. A., Şahin, A., & Yılmaz, H. (2004). Ankara ilinden seçilen birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin medikososyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*.
- Alp, H., Selimoğlu, M. A., Yaman, S., Energin, M., Altınkaynak, S., & Orbak, Z. (1995). Gebelikte sigara kullanımının fetusa etkileri. *Türk Pediatri Arşivi*, 30(2).
- Altıparmak, S., Eser, E., 2007, 15-49 Yağ Grubu Evli Kadınlarda Yağam Kalitesi, Aile ve Toplum, Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 3: 11, 29-33 s.
- Altuntuğ K, Ege E. (2012). Doğum sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3):214-222.
- Altun Yılmaz, E. (2016). *Yüksek Riskli Yenidoğan*. Ekti Genç, R., Özkan, H. (Ed.) (2016). *Ebeler için Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları* (1. Baskı). Elazığ: Anadolu Nobel
- Alverson, C. J., Strickland, M. J., Gilboa, S. M., & Correa, A. (2011). Maternal smoking and congenital heart defects in the Baltimore-Washington Infant Study. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 66(7), 408-409.
- Andres, R. L., & Day, M. C. (2000). Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Seminars in Neonatology* (Vol. 5, No. 3, pp. 231-241). WB Saunders.

- Aslan, A. T., Dogru, D., & Ozcelik, U. (2003). Akut respiratuar distres sendromu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 209-221.
- Aslan, E. (2017). *Normal Lohusalık Süreci ve Bakım*. Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (2. Baskı). İstanbul: Nobel
- Aslan, E. (2017). *Lohusalık Döneminde Psikososyal Adaptasyon*. Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (2. Baskı). İstanbul: Nobel
- Backe, B. (1993). Maternal smoking and age: Effect on birthweight and risk for small-for-gestational age births. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 72(3), 172-176.
- Bağcı, S., Altıntuğ, K. (2014). Annelerin doğum sonunda yaşadığı sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Balcı, S. (2006). Preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme-gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisi. (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Balkaya, N. A. (2002). Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2), 42-9.
- Bardacke, N. (2012). Farkındalıkla Doğum. Onan. Ö (çev). İstanbul: Doğan Novus
- Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. (2005). Postpartum Dönemde Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi; 14: 54–58.
- Baqui, A. H., Williams, E. K., Darmstadt, G. L., Kumar, V., Kiran, T. U., Panwar, D., Santosham, M. (2007). Newborn care in rural Uttar Pradesh. *The Indian Journal of Pediatrics*, 74(3), 241-247.

- Bayram, N. (2006). Riskli pretermlerde transport edilen ve edilmeyen grupların morbidite ve mortalite yönünden karşılaştırılması. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Bilgiç, D., Dağlar, G., Özkan, S. A., & Kadioğlu, M. (2015). Postpartum Depresyonda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 13-35.
- Bingöl, T. Y., & Tel, H. (2007). Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri İle Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 1-6.
- Bromiker, R., Perry, A., Kasirer, Y., Einav, S., Klinger, G., & Levy-Khademi, F. (2019). Early neonatal hypoglycemia: incidence of and risk factors. A cohort study using universal point of care screening. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(5), 786-792.
- Bülbül, A., Okan, F., Ciğerci, N., & Nuhoglu, A. (2007). Hiperbilirubinemi nedeniyle kan değişimi uygulanan zamanında doğmuş bebeklerin klinik özellikleri ve kan değişimi nedenleri Orijinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*, 42(3), 107-111.
- Cella F. (1995). Measuring the quality of life in palliative care, *Semin Oncol*, 22 (Suppl 3): 73-81 p
- Ceylantekin, Y., Alikaya, C., Köken, G. N. (2011). Ağız ve Diş Hijyeninin Erken Doğumla İlişkinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 21(3), 184-189.
- Copoğlu, U., Kokaçya, M., & Demircan, C. (2015). Gebelik ve Laktasyon Döneminde Ruhsal Bozukluklar ve Tedavisi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 6(24), 43-53.
- Çankaya, S., Yılmaz, S. D., Can, R., & Kodaz, N. D. (2017). Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8, 232-40.

- Çelen, R. (2013). Prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörler, Yüksek lisans tezi, Konya Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Çiğdem, E., Turan. T. (2018). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Prematüre Bebeğin Gelişiminin Desteklenmesi. G.O.P. Taksim E.A.H. Derleme / Review JAREN 2018;4(2):127-132
- Danaci, A. E., Dinç, G., Deveci, A., Şen, F. S., & İçelli, İ. (2002). Postnatal Depression İn Turkey: Epidemiological and Cultural Aspects. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37(3), 125-129.
- Demir, S., Şentürk, M. B., Çakmak, Y., & Altay, M. (2016). Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni, 54(2), 83-89.
- Demirağ, S. A. (2015). Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 6(6), 6-9.
- Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S. (Ed.). (2017). *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. Ankara; Akademisyen.
- Derbent, A. U., Simavli, S. A., Kafali, H., & Turhan, N. (2012). A Comparison of Subgroups of Spontaneous Preterm Delivery: Preterm Labor with İntact Membranes and Preterm Premature Rupture of Membranes. *Anatolian Journal of Obstetrics & Gynecology*, (1).
- Dereli Yılmaz S. (2017). *Doğumun Dördümcü Evresi ve Postpartum Dönem*. (Ed.), *Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S. (Ed.). (s. 137-170). Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. Ankara; Akademisyen
- Deveci, A. (2003). Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri, 2(3), 42-46.
- Diener, E., Diener., R.B. (2002). "Will Money Increase Subjective Well-Being?", *Social Indicators Research*, 57, 119-169.



- Durukan, E., İlhan, M. N., Bumin, M. A., & Aycan, S. (2011). 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 2011(4), 385-393.
- Ekti Genç, R., Özkan, H. (Ed.) (2016). *Ebeler için Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları* (1. Baskı). Elazığ: Anadolu Nobel
- Engindeniz N (1996) *Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu için Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi.
- Engindeniz N, Küey L, Kültür S. (1997). Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Bahar Sempozyumları, 1(1):51-2.
- Eras, Z., Atay, G., Şakrucu, E. D., Bingöler, E. B., & Dilmen, U. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(3), 97-103.
- Erdeve, Ö. (2009). Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımında ailenin yeri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51, 199-203.
- Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S., & Türmen, T. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 104-109.
- Eren, Tİ. (2007). *Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri*. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi.
- Evcili, F., Abak, G., Tali, B., & Yurtsal, Z. B. (2014). Erken doğum sonrası dönemdeki loğusaların anne-bebek bağlanmasına ilişkin görüşleri. *Merhaba*, 138.
- Gezginç, K., Dalkılıç, E. U. (2011). Obstetrik acillere yaklaşım. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 10, 128-32.

- Goker, A., Yanikkerem, E., Demet, M. M., Dikayak, S., Yildirim, Y., & Koyuncu, F. M. (2012). Postpartum depression: is mode of delivery a risk factors. *ISRN obstetrics and gynecology*, 2012.
- Göksever, H., Kılıç, B., & Erata, Y. (2008). Preterm Doğumlarda Epidemiyolojik Faktörler. *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 18(5), 294-305.
- Gungor, I., Oskay, U., & Beji, N. K. (2011). Biopsychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: a case-control study on Turkish women without chronic illnesses. *Journal of clinical nursing*, 20(5-6), 653-665.
- Gülнар, D., Sunay, D., & Çaylan, A. (2010). Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 20(3), 141-148.
- Gülseren L. Postpartum Depression: A Rewiev. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1999; 10(1): 58-67
- Güngör, İ., Oskay, Ü. (2017). *Riskli Doğum Eylemi*. Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (2. Baskı). İstanbul: Nobel
- Herbert P (1994). Support of first-time mothers in the three months after birth. *Nursing Times* 15(24): 36-37
- Hill P, Aldag JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. (2006). Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire, *Journal of Nursing Measurement*, 14(3):205-20.
- Ip, S., Chung, M., Kulig, J., O'Brien, R., Sege, R., Glicker, S., ... & Lau, J. (2004). An evidence-based review of important issues concerning neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics*, 114(1), e130-e153.
- İmseytoğlu, D., & Yıldız, S. (2012). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Müzik Terapi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2), 160-165.

- İnan, D., Saba, R., Keskin, S., Ögünç, D., Çiftçi, C., Günseren, F., ... & Gültekin, M. (2002). Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde hastane infeksiyonları. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2(2), 129-135.
- Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., & Türeci, F. (2001). Doğum sonrası depresyon. *Sted*, 10(9), 333-4.
- Karamustafaloğlu, N., Tomruk, N. (2000). Postpartum Hüzün ve Depresyonlar. *Türk Psikiyatri Dizin*, 1(2), 64-71
- Kartal, Y. A., & Oskay, U. Y. (2017). Anxiety, depression and coping with stress styles of pregnant women with preterm labor risk. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 716.
- Kerimoğlu ve ark. Prematüre Bebeklerin Uzun Dönemdeki Nöromotor Gelişimleri. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 2004; 14(1): 33-39
- Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (2. Baskı). İstanbul: Nobel
- Kirkan, T. S., Aydın, N., Yazıcı, E., Akcalı Aslan, P., Acemoglu, H., & Daloglu, A. G. (2015). The depression in women in pregnancy and postpartum period: A follow-up study. *International journal of social psychiatry*, 61(4), 343-349.
- Kirpınar, I., Tepeli, I. Ö., Gözüm, S., & Pasinlioglu, T. (2012). Erzurum il merkezinde doğum sonrası depresyonlarının sıklık ve yaygınlığı ile DSM-IV tanimsal dağılımı: İleriye dönük bir çalışma/Is postpartum depression a specific diagnosis? A prospective study. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 16.
- Ko, T. J., Tsai, L. Y., Chu, L. C., Yeh, S. J., Leung, C., Chen, C. Y., ... & Hsieh, W. S. (2014). Parental smoking during pregnancy and its association with low birth weight, small for gestational age, and preterm birth offspring: a birth cohort study. *Pediatrics & neonatology*, 55(1), 20-27.
- Koçoğlu, D., & Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi.

- Koçyiğit, İ. D., Taşkaldıran, A., Alp, Y. E., Tekin, U., Atıl, F., Tüz, H. H., & Sağsöz, N. (2011). Preterm eylemle sonuçlanan odontojen kaynaklı enfeksiyon. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 28(3), 203-207.
- Korkmaz, Z. (2003). Primipar annelerin bebeklerini algılama durumu (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Björkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., ... & PIPARI Study Group. (2008). Maternal depression is associated with mother–infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97(6), 724-730.
- Kul, M., Saldır, M., Gülgün, M., Kesik, V., Sarıcı, S. Ü., Alpay, F., & BD, G. N. (2005). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde respiratuvar distres sendromu tanısıyla takip edilen düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların retrospektif değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Der*, 47, 290-3.
- Kumar, V., Shearer, J. C., Kumar, A., & Darmstadt, G. L. (2009). Neonatal hypothermia in low resource settings: a review. *Journal of Perinatology*, 29(6), 401.
- Kurnaz, E. (2007). Bebeği Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Olan Annelerin Endişeleri ve Bakım Gereksinimleri. ( Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Küçüköğlü, S., Çelebioğlu, A., & Coşkun, D. (2014). Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 921-932.
- Küçüködük Ş. (1994). Yenidoğan ve Hastalıkları. Ankara: Feryal
- Kültürsay, N., & Tansuğ, N. (2000). Sürfaktan ve neonatal respiratuvar distres sendromunda ekzojen surfaktan kullanımı. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2000; 1(2):47-52.

- Leung K.F., Tay M. , Chang T.B.L. (1997). Hong Kong Çin Versiyonu Denemesi. World Health Organization Quality of Life Measure, Abreviated Version WHOQOL- Breef Hong Kong Hosbital Fasthority.
- Loscocco, K. A., & Spitze, G. (1990). Working conditions, social support, and the well-being of female and male factory workers. *Journal of health and social behavior*, 31(4), 313-327.
- Lawn, J. E., Cousens, S., Zupan, J., & Lancet Neonatal Survival Steering Team. (2005). 4 million neonatal deaths: when? Where? Why?. *The lancet*, 365(9462), 891-900.
- Lawn, J. E., Lee, A. C., Kinney, M., Sibley, L., Carlo, W. A., Paul, V. K., Darmstadt, G. L. (2009). Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why, and what can be done?. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107(Supplement), S5-S19.
- Lee, A. C., Cousens, S., Wall, S. N., Niermeyer, S., Darmstadt, G. L., Carlo, W. A., & Lawn, J. E. (2011). Neonatal resuscitation and immediate newborn assessment and stimulation for the prevention of neonatal deaths: a systematic review, meta-analysis and Delphi estimation of mortality effect. *BMC public health*, 11(3), S12.
- Lunze, K., Bloom, D. E., Jamison, D. T., & Hamer, D. H. (2013). The global burden of neonatal hypothermia: systematic review of a major challenge for newborn survival. *BMC medicine*, 11(1), 24.
- Manav, G., & Yıldırım, F. (2010). Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. *Cumhuriyet Medical Journal*, 32(2), 149-157.
- Marakoğlu, K., Özdemir, S., & Çivi, S. (2009). Postpartum depresyon. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(1), 206-214.
- Marakoğlu, K. Sezer, R. E. (2003). Sivas' ta Gebelikte Sigara Kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 157-164.

- Mozurkewich, E. L., Naglie, G., Krahn, M. D., & Hayashi, R. H. (2000). Predicting preterm birth: a cost-effectiveness analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 182(6), 1589-1598.
- Nebioğlu, M., Akbaba, S., Kabalcioğlu, F., Eroğlu, Y., & Gültekin, M. (2013). Mevsimlik tarım işçilerinde doğum sonrası depresyon riskini yordayan etkenlerin incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(4).
- Neyzi, O., Ertuğrul, T. (Ed.) (2002). *Pediyatri cilt I*. İstanbul: Nobel
- Oktay, G., & Oktay, M. (2014). Aile Sağlığı Biriminde Kayıtlı Bebeklerin Doğum Ağırlığını Etkileyen Faktörler. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, (2), 129-137.
- Okyay, P., Atasoylu, G., Meteoğlu, D., Demiröz, H., Çobanoğlu, M., & Beşer, E. (2006). Aydın ilinde 2004 yılı bebek ölümleri ve ölü doğumlar: bildirim sorunları, tanımlayıcı özellikleri ve nedenleri.
- Oskay, Ü., Avcı Serbest, N. (2017). Riskli Postpartum Dönem ve Hemşirelik Yaklaşımı. Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (2. Baskı). İstanbul: Nobel
- Oster, G., Delea, T. E., & Colditz, G. A. (1988). Maternal smoking during pregnancy and expenditures on neonatal health care. *American Journal of Preventive Medicine*, 4(4), 216-219.
- Oza, S., Lawn, J. E., Hogan, D. R., Mathers, C., & Cousens, S. N. (2014). Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000–2013. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 19-28.
- Özbaşaran, F., Çoban, A., & Kucuk, M. (2011). Prevalence and risk factors concerning postpartum depression among women within early postnatal periods in Turkey. *Archives of gynecology and obstetrics*, 283(3), 483-490.
- Özbek, A., & Miral, S. (2003). Çocuk ruh sağlığı açısından prematürite. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46, 317-327.

- Özdemir, R., Akçay, A., Dizdar, E. A., Oğuz, Ş. S., Yurttutan, S., Yapar, E. G., & Dilmen, U. (2011). Mekonyum aspirasyon sendromu sıklığı ve prognostik faktörler: tek merkez deneyimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54, 211-5.
- Özkahraman Koç, Ş. (2018). *Doğum Sonrası Dönemde Psikososyal Adaptasyon*. Yeşilçiçek Çalık, K., Coşar Çetin, F. (Ed). *Ebeler ve Ebelik Öğrencileri için Normal Doğum ve Sonrası Dönem*, (240-257). İstanbul: İstanbul
- Özkan, H., Bekmezci H. (2016). *Yenidoğan sarılıkları*. Ekti Genç, R., Özkan, H. (Ed.) (2016). *Ebeler için Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları* (1. Baskı). Elazığ: Anadolu Nobel
- Özmen, D., Çetinkaya, A. Ç., Ulas, S. C., & Özmen, E. (2014). Association between perceived social support and postpartum depression in Turkey. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 4(10), 2025.
- Öztürk, R., & Saruhan, A. (2013). 1-4 Aylık Premature Bebeği Hastanede Tedavi Gören Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 15(1).
- Park, J. and Others. (2002) "Impacts of Poverty on Quality of Life in Families of Children With Disabilities", *Exceptional Children*, 68(2), 151-170.
- Peacock, J. L., Bland, J. M., & Anderson, H. R. (1995). Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine. *Bmj*, 311(7004), 531-535.
- Pinar, S. E., & Ucar, N. (2017). Mental Health Status of the Women With Risky Pregnancies in the Hospital and Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1426.
- Poçan, A. G., Aki, Ö. E., Parlakgümüs, A. H., Gereklioglu, Ç., & Dolgun, A. B. (2013). The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 46(2), 179-194.

- Raisanen, S., Sankilampi, U., Gissler, M., Kramer, M. R., Hakulinen-Viitanen, T., Saari, J., & Heinonen, S. (2014). Smoking cessation in the first trimester reduces most obstetric risks, but not the risks of major congenital anomalies and admission to neonatal care: a population-based cohort study of 1 164 953 singleton pregnancies in Finland. *J Epidemiol Community Health*, 68(2), 159-164.
- Resnik, R. (2002). Intrauterine growth restriction. *Obstetrics & Gynecology*, 99(3), 490-496.
- Rodriguez, R. J. (2003). Management of respiratory distress syndrome: an update. *Respiratory care*, 48(3), 279-287.
- Sağlam, H., Köksal, N., Tarım, Ö., & Öztürk, B. (2004). Yenidoğan Hipoglisemisinde Hiperinsülinizmin Yeri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(1), 31-35.
- Sarıcı, S. Ü., Mutlu, F. M., & Altınsoy, H. İ. (2008). Prematüre retinopatisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 51-61.
- Sarıcı, S. Ü., Yurdakök, M., Naçar, N., Korkmaz, A., Yiğit, Ş., & Tekinalp, G. (2004). Yenidoğan bebeklerde respiratuvar distress sendromunun tedavisinde iki farklı doğal sürfaktan preparatının klinik etkinliklerinin karşılaştırılması. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 161-6.
- Satar, M. (2004). Neonatal Hipoglisemi ve Hiperglisemi. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrics Special Topics*, 2(7), 787-792.
- Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., Kaczorowski, J., & McMaster (2006). University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, 33(3), 210-220.
- Sola C., & Diken, İ. H. (2008). Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı çocuga sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 9(02), 21-39.



- Spear ML, Leef K, Epps S, Locke R. (2002). Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *Am J Perinatol*; 19: 205-213.
- Sünter T.A, Güz H, Canbaz S, Dündar C. Samsun İl merkezinde Doğum Sonrası Depresyonu Prevelansı ve Risk Faktörleri. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 2006; 3(1): 26-31
- Şahin, E., & Tiryaki, A. (2011). Düşük Doğum Ağırlıklı Prematüre Bebek Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 21(3), 155-163.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı 2015. Temel Yenidoğan Sağlığı. Erişim adresi: [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/cekus/docs/8-%20temel\\_yenidogan\\_bakimi.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/cekus/docs/8-%20temel_yenidogan_bakimi.pdf). Erişim tarihi: 20.13.2019
- Tahaoğlu E. A., Tuğrul C., Külahçioğlu M. İ., Aydın Öztürk B., Balsak D., Bademkiran H., Gül E., Görkem Ü., Güngör T. (2015).
- Taşkın, L. (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı, Ankara: Akademisyen
- Tezel, A., Gözüm, S. (2005). Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12(2), 62-68.
- Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. S. (2008). "Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme", *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17 (2), 23-44.
- TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2008. Erişim adresi: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf). Erişim tarihi: 19.03.2019.
- TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013. Erişim adresi: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf). Erişim tarihi: 20.03.2019

- Turan, M. T., & Bolşık, B. (2003). Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 39-46.
- Turkcapar, A. F., Kadioğlu, N., Aslan, E., Tunc, S., Zayıfoğlu, M., & Mollamahmutoğlu, L. (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15(1), 108.
- Türkoğlu, N., Baysal, H. Y., & Küçükoğlu, S. (2014). Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 1-8.
- Tyson, J. E., Parikh, N. A., Langer, J., Green, C., & Higgins, R. D. (2008). Intensive care for extreme prematurity—moving beyond gestational age. *New England Journal of Medicine*, 358(16), 1672-1681.
- Uludağ, A., Ünlüoğlu, İ. (2012). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012(3), 19-26.
- Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C. L., & Ross, L. E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(5), 540-550.
- Whitfield MF.( 2003 ). Psychological effects of intensive care on infants and families after discharge. *Semin Neonatol*; 8: 185-193.
- Wisborg, K., Henriksen, T. B., Hedegaard, M., & Jergen, N. (1996). Smoking during pregnancy and preterm birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 103(8), 800-805.
- Wisborg, K., Henriksen, T. B., & Secher, N. J. (2001). Maternal smoking and gestational age in twin pregnancies. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 80(10), 926-930.

- World Health Organization (WHO) 1997. Measuring Quality of Life. Erişim adresi: [https://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf). Erişim tarihi: 27.03.2019
- World Health Organization (WHO) 2012. Born Too Soon The Global Action Report on Preterm Birth. Erişim adresi; [https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf). Erişim tarihi: 27.03.2019
- World Health Organization (WHO) 2015. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf?sequence=1). Erişim tarihi: 19.03.2019
- World Health Organization (WHO) 2015. Preterm birth. Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Erişim tarihi: 24.03.2019
- World Health Organization (WHO) 2018. World Health Statistics. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>. Erişim tarihi: 28.03.2017
- Xu, Y. ve Filler, J. W. (2005). Linking assessment and intervention for developmental/ functional outcomes of premature, lowbirth-weight children. *Early Childhood Education Journal*, 32, 6-13.
- Yağmur, Y., & Ulukoca, N. (2010). Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *International journal of public health*, 55(6), 543-549.
- Yaman, S., Altay, N. (2015). Posttraumatic stress and experiences of parents with a newborn in the neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 140-152.
- Yeşilçiçek Çalık K., Coşar Çetin F. (Ed.) (2018). Ebeler ve Ebelik Öğrencileri için Normal Doğum ve Sonrası Dönem. İstanbul: İstanbul
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., & Karakurt, P. (2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 31-46.

- Yılmaztürk, Y. (2010). Postpartum dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Yumuşak, E., Mutlu, F. M., Sarıcı, S. Ü., & Oğurel, R. (2015). Prematüre Retinopatisi, Tanısı ve Değerlendirmede Standardizasyon. *Journal of Retina-Vitreous*, 23(2), 179-185.
- Yücel, Ü. (2018). Doğum Sonrası Dönem ve Bakımı. Yeşilçiçek Çalık, K., Coşar Çetin, F. (Ed). *Ebeler ve Ebelik Öğrencileri için Normal Doğum ve Sonrası Dönem*, (223-238). İstanbul: İstanbul

## **8. EKLER DİZİNİ**

### **EK-1**

## PREMATÜRE BEBEKLERİN ANNELERİNDE DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON

Sevgili Anneler,

Bu Soru Formu Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Fakültesi/Ebelik Bölümü'nde yapılmakta olan Yüksek Lisans Tez çalışması için hazırlanmıştır. Çalışmanın amacı, prematüre bebeği olan annelerin yaşam kalitesini ve depresyon durumunu belirlemektir. Soru formu için vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu nedenle soruları cevaplarken içten olmanızı diliyoruz. Katılımınız ve gösterdiğiniz duyarlılık için teşekkür ederiz.

KİŞİSEL	BİLGİ	FORMU
<b>1. Yaş;</b>	A) Ev hanımı	
<b>2. Medeni durum;</b>	B) İşçi	
A) EvliB) Bekar	C) Devlet memuru	
<b>3. Evli iseniz evlilik süresi;</b>	D) Özel sektör çalışanı	
A) 1 yıldan daha az	E) Serbest meslek	
B) 1-5 yıl	<b>6. Sosyal güvence;</b>	
C) 5-10 yıl	A) Var B) Yok	
D) 10 yıldan daha fazla	<b>7. Eş'in çalışma durumu</b>	
<b>4. Öğrenim durumu;</b>	A) Çalışıyor B) Çalışmıyor	
A) Okur yazar değil	<b>8. Eve giren toplam gelir durumu;</b>	
B) Okur yazar	A) Asgari ücret	
C) İlkokul	B) Asgari ücretten daha az	
D) Lise	C) 1500 TL – 2000 TL	
E) Yüksek öğretim	D) 2500 TL – 3500 TL	
<b>5. Meslek;</b>	E) 3500 TL ve üzeri	

**9. Herhangi bir hastalığınız var mı?**

A) Evet B) Hayır

(Var ise belirtiniz-----  
-----)

**10. Sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?**

A) Evet B) Hayır

(Var ise belirtiniz-----  
-----)

**11. Madde bağımlılığı**

A) Alkol

B) Sigara

C) Hap/İlaç

D) Diğer

E) Hiçbiri

**12. İlk gebelik yaşıınız;**

A) 18-25 yaş

B) 25-35 yaş

C) 35-40 yaş

D) 40 yaş üstü

**13. Düşük veya küretaj var mı?**

A) Evet B) Hayır

**Var ise sayı belirtiniz;**

- Düşük -----

- Küretaj -----

**14. Yaşayan çocuk sayısı;**

A) 0 B) 1 C) 2 D) 3 E) 4 ve üzeri

**15. Daha önceki çocuklarınızda prematürite öyküsü var mı?**

A) Evet B) Hayır

**16. Eşiniz akrabanız mı?**

A) Evet B) Hayır

**17. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?**

A) 1 B) 2 C) 3 D) 4 E) 5 ve üzeri

**18. İsteyerek mi gebe kaldınız?**

A) Evet B) Hayır

**19. Gebeliğiniz boyunca düzenli kontrollerinizi yaptırdınız mı?**

A) Evet B) Hayır

**20. Gebeliğiniz boyunca herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?**

A) Evet B) Hayır

(Yaşadıysanız açıklayın; -----  
-----)

**21. Gebeliğiniz boyunca sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç oldu mu?**

A) Evet B) Hayır

(Varsa açıklayın; -----  
-----)

**22. Doğum şeklinize kendiniz mi karar verdiniz?**

A) Evet B) Hayır

**23.Daha önce depresyon öyküsü yaşadınız mı?**

A) Evet B) Hayır

**24.Bebğiniz yoğun bakım ortamında sizden uzak kalması size ne hissettiriyor?**

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

A) Bebeğimi emzirememek beni üzüyor

B) Bebeğimde sekel (hasar) kalacağından korkuyorum

C) Bebeğimi kaybetmekten korkuyorum

D) Bebeğimin küçük olması beni endişelendiriyor

E) Bebeğime dokunamamak beni üzüyor

F) Bebeğim prematüre olduğu için kendimi suçlu hissediyorum

J) Ailemin desteğini hep hissediyorum

K) Eşimin desteğini hep hissediyorum

L) Bebeğimin durumu yeme-içme alışkanlıklarımın değişmesine neden oluyor

M) Bebeğimin durumu uyku alışkanlıklarımın değişmesine neden oluyor

N) Bebeğimin durumu günlük hayatımda aksaklıklara neden oluyor

## DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (DSYKÖ)

### Bölüm 1

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne kadar memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç memnun değil

4= Biraz memnun

2= Orta derecede memnun değil

5= Orta derece memnun

3= Biraz memnun değil

6= Çok memnun

... den ne kadar memnunsunuz?

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?	1= Hiç memnun değil	2= Orta derecede memnun değil	3= Biraz memnun değil	4= Biraz memnun	5= Orta derece memnun	6= Çok memnun
1. Sağlığınız						
2. Ağrı düzeyiniz						
3. Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz						
4. Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5. Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						
6. Fiziksel Görünüşünüz						
7. Uyku Düzeyiniz						
8. memeleriniz						
9. Doğum Nedeni ile Olan Dikişleriniz						
10. Cinsel Yaşamınız						
11. İç Huzurunuz						
12. Genel Olarak Mutluluğunuz						
13. Genel Olarak Yaşamınız						
14. Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15. Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A) Eşinizden						
B) Ailenizden						
C) Arkadaşınızdan ya da Diğer İnsanlardan						
16. Eşiniz ile İlişkiniz						
17. Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme Yeterliliğiniz						



18. Bebeğinizin Sağlığı						
19. Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20. Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21. Ev İşleri İçin Ayırdığınız Zaman						
22. Arkadaşlarınız/Akrabalarınız için Ayırdığınız Zaman						
23. Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24. Kendiniz için Ayırdığınız Zaman						
25. Yeni Bebeğinizi Beslenme Yeterliliğiniz						
26. Eşinizin Sağlığı						
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28. Yaşadığınız Ev						
29. komşularınız						
30. Ekonomik Bağımsızlığınız						
31. Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) mal varlığınız						
B) Mali Durumunuz						
C) Çevresel Koşullarınız						
35. İş/Çalışma						
A) Eşinizin İşi						
B) Kendi İşiniz						

## Bölüm 2

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanla ilgili ne kadar önemli olduğunu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

**1= Hiç önemli değil**

**4= Biraz önemli**

**2= Orta derecede önemli değil**

**5= Orta derece önemli**

**3= Biraz önemli değil**

**6= Çok önemli**

*...den ne kadar önemli?*

NE DERECEDE ÖNEMLİ?	1= Hiç memnun değil	2= Orta derecede memnun değil	3= Biraz memnun değil	4= Biraz memnun	5= Orta derece memnun	6= Çok memnun
1. Sağlığınız						
2. Ağrı düzeyiniz						
3. Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz						
4. Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5. Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						
6. Fiziksel Görünüşünüz						
7. Uyku Düzeyiniz						
8. Memeleriniz						
9. Doğum Nedeni İle Olan Dikişleriniz						
10. Cinsel Yaşamınız						
11. İç Huzurunuz						
12. Genel Olarak Mutluluğunuz						
13. Genel Olarak Yaşamınız						
14. Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15. Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A) Eşinizden						
B) Ailenizden						
C) Arkadaşınızdan ya da Diğer İnsanlardan						
16. Eşiniz ile İlişkiniz						
17. Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme Yeterliliğiniz						
18. Bebeğinizin Sağlığı						
19. Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20. Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21. Ev İşleri İçin Ayırdığınız Zaman						
22. Arkadaşlarınız/Akrabalarınız için Ayırdığınız Zaman						
23. Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24. Kendiniz için Ayırdığınız Zaman						
25. Yeni Bebeğinizi Beslenme Yeterliliğiniz						
26. Eşinizin Sağlığı						
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28. Yaşadığınız Ev						
29. Komşularınız						
30. Ekonomik Bağımsızlığınız						
31. Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						

32. Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal Varlığınız						
B) Mali Durumunuz						
C) Çevresel Koşullarınız						
35. İş/Çalışma						
A) Eşinizin İşi						
B) Kendi İşiniz						

## EK-3

### EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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 tarafını görebiliyorum.*

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) *Geleceğe hevesle bakıyorum.*

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) *Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4) *Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.*

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5) *İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6) *Her şey giderek sırtıma yükleniyor.*

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum

- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) *Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8) *Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür

9) *Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

Son 7 gündür

10) *Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.*

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla

Değerlendirme: Ölçek bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin değerlendirilmesinde tüm sorular 0-3 arasında puanlandırılır ve ölçekte alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Ölçekteki sorulardan 1., 2. ve 4. sorular 0-1-2-3 biçiminde puanlanırken; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. sorular ise 3-2-1-0 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 13 olarak hesaplanmıştır.

**PREMATÜRE BEBEKLERİN ANNELERİNDE  
DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON  
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

Sayın Katılımcı,

Sizi Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde yürütülmekte olan bir çalışmaya katılmaya davet ediyorum. Araştırmanın adı “*Prematüre Bebeklerin Annelerinde Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Depresyon*” dur. Çalışmamız bir anket çalışmasıdır. Bu çalışmada normal bebeğe sahip olan annelerle prematüre (37. gebelik haftası ve daha öncesinde doğmuş olma) bebeğe sahip olan annelerin yeni yaşamına uyum sağlama, bebeğini kabullenme, üzerine düşen sorumluluğun bilincinde olma, doğum sonu dönemde ortaya çıkabilecek ruhsal bozukluklarla başetme gibi durumlar karşısında ne gibi davranışlar sergilediği, sorunlarla nasıl başa çıktıkları araştırılacaktır. Çalışma İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Binası Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapılan prematüre bebeklerin anneleri ve doğum sonu dönemde takip amaçlı kadın doğum lohusa servisinde yatmakta olan, normal bebeklerin anneleri ile yapılacaktır. Bu araştırma her iki gruptaki annelerin depresyon düzeylerinin belirlenmesi, yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve depresyon düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Araştırmanın sonuçlarının; doğum sonu dönemde ortaya çıkan depresyonun prematüre bebeğe sahip bir annenin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini, normal bebeğe sahip annelerle arasındaki farkları ortaya çıkaracağı düşünülmektedir..

Kişisel bilgi formunda 24 adet soru yer almaktadır. Prematüre bebeğe sahip anneler bu soruların hepsini, normal bebeğe sahip olan anneler ise ilk 23 soruyu cevaplayacaklardır. Kişisel bilgi formunun arkasında her birinde 35 soru bulunan ve toplam iki bölümden oluşan Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği ve 10 sorudan oluşan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği yer almaktadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır.

Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizde anketimize vereceğiniz yanıtların süresi ortalama 20-30 dakikanızı alacaktır. Soruları cevaplarken araştırmacı yanınızda bulunacak ve soru-cevap şeklinde yüz yüze konuşma yöntemi kullanılarak veriler toplanacaktır. Araştırmanın herhangi bir deneysel kısmı yoktur. Araştırma kapsamında sadece gönüllülerin Kişisel bilgi formu yardımıyla görüşleri alınacak, katılımcılara herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Çalışma süresince araştırmaya katılanlara herhangi bir tıbbi işlem uygulanmayacaktır. Gönüllünün maruz kalacağı öngörülen riskler veya rahatsızlık yoktur. Gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Elde edilen veriler sadece bilimsel çalışmalar için kullanılacak olup, kesinlikle kişisel kimlik bilgileriniz olmaksızın kullanılacaktır. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili kişisel tüm bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Binasında yürütülecek olan araştırmanın en az 73 gönüllüye ulaşılan kadar 4 ay boyunca devam etmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz.

### ***(Katılımcının Beyanı)***

Sayın Turana ISGANDARLI ve Fatma Deniz SAYINER tarafından yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*)

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Söz konusu araştırma için hazırlanan bu form iki nüsha şeklinde olup, imzaladığımda bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

İmza:

**Katılımcı ile görüşen araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı:

Tel:

İmza:



## EK-5 Etik Kurul Kararı



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : 25403353-050.99-E.72979  
Konu : 2018 - 23 Karar

09/07/2018

Sayın Doç.Dr.Fatma Deniz SAYINER  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Bölümü

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz **“Prematüre Bebeği Olan Annelerde Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Depresyon”** başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL  
Etik Kurul Başkanı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır. Evrak doğrulama adresi:  
<https://ebysnetm.ogu.edu.tr/Home/Doğrulama/2722e11e-7867-498b-9e92-2a5567fcc13f>

Adres	: Meselik Kampüsü PK.26480 Odunpazarı	Ayrıntılı Bilgi	: Aysun SERTTAŞ - Bilgisayar İşletmeni
Telefon	: 0222 2392979-4690	Faks	: 222 239 37 72
E-Posta	: aserttas@ogu.edu.tr	Elektronik Ağ	: <a href="http://girisimselolmayanetikkurul.ogu.edu.tr/">http://girisimselolmayanetikkurul.ogu.edu.tr/</a>
		KEP Adresi	: esk.osmangaziunirek@ohs01.kep.tr



**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**BAŞKANLIĞI**

**Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL**  
(Başkan)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Uğur BİLGE**  
(Başkan Yardımcısı)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Özlem ÖRSAL**  
(Raportör)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Biyostatistik Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Anatomi Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Timuçin KAŞIHOĞLU**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı /  
Romatoloji Bilim Dalı

**Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Ömer KILIÇ**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı /  
Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı

**Doç. Dr. Batu Can YAMAN**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi  
Restoratif Diş Tedavisi  
Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Bekir YAŞAR**  
Genel Cerrahi Uzmanı

**Av. Önder CAN**  
Avukat

Etik Kurul Sekreterliği  
Ayşın SERTTAS  
Makbule SARIÇİÇEK  
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

**KARAR FORMU**

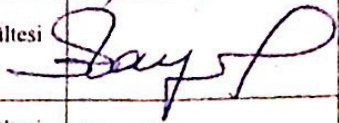

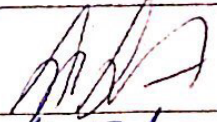
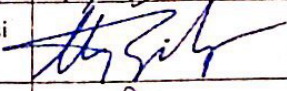


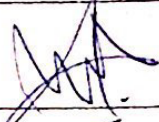

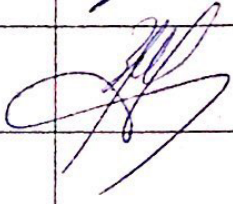
<b>Başvuru Tarihi:</b> 26.01.2018	<b>Çalışmanın Başlığı:</b> "Premature Bebeği Olan Annelerde Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Depresyon" <b>Çalışmacılar:</b> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü - Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Turana ISGANDARLI (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
<b>Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi:</b> 06.02.2018	<b>Sonuç:</b> 1. Çalışma Uzman görüşüne gönderilmiştir. 2. Bilgilendirilmiş Onam Formunun araştırmanın amacının da ayrıntılı olarak yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.
<b>Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi:</b> 26.02.2018	<b>Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER'in yazısı</b> Danışmanı olduğum "Prematüre Bebeği Olan Annelerde Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Depresyon" başlıklı proje ile ilgili olarak 13.02.2018 tarihli, 64 sayılı yazı ile istenilen düzeltme EK'te sunulmuştur. Gereğinin yapılmasını arz ederim.
<b>Gelen görüş tarihi:</b> 28.02.2018	<b>Uzman Görüşü</b> Tarafınızdan 80558721/G-65 sayılı yazı ile "Prematüre Bebeği Olan Annelerde Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Depresyon" başlıklı çalışmaya ilişkin görüşüm istenmiştir. Çalışmaya ilişkin görüş ve önerilerim aşağıdadır; 1. Çalışmanın bilimsel açıdan daha değerli sonuçlar ortaya koyabilmesi için aynı zamanda prematüre doğum yapmamış ve bebeği yanında annelerden oluşmuş bir grubun bulunması gerekir. Bu öneri uyulma zorunluluğu barındırmayan bir öneridir. 2. TC yasalarına göre 16 yaşından gün alınmadan evlenmek olanaksızdır. 15 yaş altında evlenmiş olanların saptanması durumunda adli bildirim yapılacak mıdır? 3. 18 yaş altı evlilikler TCK'da belirtilen bazı koşullar

	<p>altında cinsel saldırı olarak nitelenebilmektedir. Buna dair şüphe ortaya çıkması durumunda adli bildirim yapılacak mıdır?</p> <p>4. İkinci ve üçüncü maddelerdeki hususların aydınlatılarak yeniden başvuru yapılması gerekir. 28.02.2018</p>
<p><b>Çalışmanın değerlendirildiği ikinci toplantı tarihi:</b></p> <p>13.03.2018</p>	<p><b>Sonuç:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun Sağlık Bakanlığı Formatına göre yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.</li> <li>2. Tarafınıza iletilen Uzman Görüşü dikkate alınarak araştırma broşürünüzün yeniden hazırlanması gerekmektedir.</li> </ol>
<p><b>Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi:</b></p> <p>26.02.2018</p>	<p><b>Doç.Dr.Fatma Deniz SAYINER'in yazısı</b></p> <p>Sorumlu araştırmacısı olduğum Prematüre Bebeklerin Annelerinde Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Depresyon isimli proje tarafınızdan istenen değişiklikler yapılarak tekrar düzenlenmiştir. Yapılan değişikliklerin Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmesi için gereğini arz ederim.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu Sağlık Bakanlığının formatma göre tekrar düzenlenmiş ve ekte sunulmuştur.</li> <li>2. Uzman görüşüne istinaden, <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Sadece prematüre bebeklerin anneleri ile yapılacak olan çalışma aynı zamanda normal bebeğe sahip annelerle de yapılacak ve herbirinde 75 kişi olacak şekilde 2 grupta çalışılacaktır. Yapılan değişikliklerle ilgili olarak çalışma protokolü tekrar düzenlenmiştir. Çalışma protokolü ektedir.</li> <li>2.2. Türkiye Cumhuriyeti yasalarına göre 16 yaş altı evlilikler yasadışı olduğu için, bu grup çalışmanın dışında tutulacaktır. Kişisel Bilgi Formu buna göre tekrar düzenlenmiştir. Kişisel Bilgi Formunun 12. sorusu tekrar düzenlenmiş, Eski formda bulunan evlilik yaşı ile ilgili olan soru tamamen silinmiştir. Düzenlenmiş Kişisel Bilgi Formu ektedir.</li> <li>2.3. 18 yaş altı evlilikler çalışmanın dışında tutulacaktır. Bununla ilgili soru Kişisel bilgi formundan silinmiştir. Düzenlenmiş Kişisel Bilgi Formu ektedir.</li> <li>2.4. 2. ve 3. maddelerdeki hususlar aydınlatılarak çalışma protokolü tekrar düzenlenmiştir. Düzenlenmiş çalışma protokolü ektedir.</li> </ol> </li> </ol> <p>Saygılarımla,</p>
<p><b>Çalışmanın değerlendirildiği üçüncü toplantı tarihi:</b></p> <p>26.06.2018</p>	<p><b>Sonuç:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1982 Anayasasına "Özel hayatın gizliliği" başlıklı 20.madde ve eklenen 3.fıkra ile kişisel veriler koruma altına alınmıştır. Herkes kendisi ile ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Ayrıca Türk Medeni Kanunu'nda kişilik haklarının korunmasını düzenleyen 23 ve 24.madde uyarınca kişisel veriler korunmaktadır. Kişisel sağlık verilerinin işlenmesinde "Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetin Sağlanması Hakkındaki Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" şartlarına uyum esastır.</li> <li>2. Hasta haklarına uyum zorunludur.</li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Gönüllülerin sağlığı, hakları ve güvenliği dikkate alınması gereken en önemli hususlardır. Bu hususlar bilimin ve toplumun çıkarlarından aha önde gelir.</li><li>4. Bilgi gizliliğinin sağlanması gereken önemli durumlardan biri görüşmeler esnasındaki gizlilik tir.</li><li>5. Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınmalıdır.</li><li>6. Araştırmacılar İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2015), Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (2013)'ni imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir.</li><li>7. Araştırmacıların yetkin ve bu araştırma için yeterli oldukları anlaşılmaktadır.</li></ol>
<b>Karar Tarihi:</b> 26.06.2018 <b>Karar No:</b> 09	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Doç.Dr.Fatma Deniz SAYINER (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) sorumluluğuunda yürütülen " <i>Prematüre Bebeği Olan Annelerde Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Depresyon</i> " başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmacılara başarılar dileriz.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1 Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2 Doç. Dr. Ömer KILIÇ (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı	
3 Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4 Doç. Dr. Uğur BİLGE	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
5 Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik Anabilim Dalı	
6 Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
7 Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
8 Prof. Dr. Timuçin KAŞIHOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı / Romatoloji Bilim Dalı	
9 Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
10 Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
11 Av. Önder CAN	Hukuk	

## EK-6 Kurum İzni

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
S.B.Ü.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### BİLİMSEL KURUL TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi  
Başhekim  
Üyeler

:29/08/2018  
:Prof.Dr.Özgür YİĞİT  
: Op.Dr.Yusuf KARALI – Uz.Dr.Mehmet Emin PIŞKINPAŞA – Mükerrer  
ALPAK – Meral KURT DURMUŞ – Serpil KAYALI – Şaduman ÖZMAY


### KARAR


İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan 01.08.2018 tarih ve E.2394 sayılı yazısı ekinde bulunan Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programına kayıtlı, 522720140005 numaralı öğrencisi Turana İSGANDARLI'nın, Prof. Dr. Fatma Zehra SAYINER'in danışmanlığında yürütülen "Prematüre Bebeklerin Annelerinde Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Depresyon" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapabilme talebi incelenmiştir.


Adı geçenin yapacağı çalışma bilgi güvenliği ile bilimsel çalışmanın etkinliği açısından değerlendirilerek hastanemizde gerçekleştirilmesi uygun bulunmuş olup, çalışmanın gelişim aşamalarının, değişiklik durumunun ve çalışmanın sonlanma zamanı ile ilgili Bilimsel Kurulu'na bilgi verilmesine karar verilmiştir.


Prof.Dr.Özgür YİĞİT  
Başhekim


  
Op.Dr. Yusuf KARALI  
Başhekim Yardımcısı

  
Uz.Dr.Mehmet Emin PIŞKINPAŞA  
İç Hast. Kln. Eğ. Gör.

Mükerrer ALPAK  
İd.ve Mali İş. Müd.  


  
Şaduman ÖZMAY  
Sağ. Bak. Hiz. Müd.

Serpil KAYALI  
İd. ve Mali İş. Müd. Yar.  
Eğ. Ar.Çe. Sor.  


Meral KURT DURMUŞ  
Müdür Yardımcısı  


Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 029f9f69-ae4f-4a65-a97c-9564809658f5 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### **Bireysel Bilgiler**

Adı-Soyadı: Turana ISGANDARLI

Doğum tarihi ve yeri: 10.08.1991/Cebrayıl/Azerbaycan

Uyruğu: Azerbaycan Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

İletişim adresleri: 00905534677828 / turana.senan@gmail.com

### **Eğitim Durumu**

İlköğretim: 99 Numaralı Bakü Şehir Orta Mektebi, Bakü

Lise: Bakü Türk Anadolu Lisesi, Bakü

Üniversite: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Ebelik Bölümü

### **Yabancı Diller**

Azerbaycan Türkçesi: Ana dil

Rusça: İleri seviye

İngilizce: İleri seviye

Fransızca: Başlangıç seviye

### **Yayınlar:**

1.Isgandarlı T, Şahan T, Aslantekin F, Doğum Ağrısını Azaltmada Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler poster sunumu, 4. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 19 Mayıs Üniversitesi, Samsun, 2013

2.Isgandarlı T, Kurtul B, Erkal S, Perine Yönetimi poster sunumu, 4. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 19 Mayıs Üniversitesi, Samsun, 2013

3.Şahan T, Isgandarlı T, Gebelikte Şiddet sözel sunum, 1. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, 2014

4. Isgandarlı T, Şahan T, Pelvis Tiplerinin Doğum Eylemine Etkisi sözel sunum, 1. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, 2014
5. Öztürk A, Isgandarlı T, Şahan T, Suda Doğum poster sunumu, 1. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, 2014
6. Gövce Z, Isgandarlı T, Şahan T, Doğu Batı Ekseninde Türkiyede Küretaj poster sunumu, 1. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, 2014
7. Isgandarlı T, Şahan T, Öztürk A, Ebelik Öğrencilerinin Doğum Korkusuna Yönelik Endişelerinin Belirlenmesi poster sunumu, 1. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, 2014
8. Isgandarlı T, Şahan T, Tarihsel Süreçte Ebelik poster sunumu, 3. Uluslararası 7. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2016
9. Isgandarlı T, Kızılrırmak S, Sayiner D, Türkiyede Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel Uygulamalar sözel sunum, 3. Uluslararası 7. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2016
10. Isgandarlı T, Şahan T, Özerdoğan N, Kadına Yönelik Şiddet ve Gebelik Üzerine Etkisi poster sunumu, 4. Uluslararası 8. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Biruni Üniversitesi, İstanbul, 2017
11. Şahan T, Isgandarlı T, GOP-Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sezeryan Prevelansı poster sunumu, 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Amasya Üniversitesi, Amasya, 2018
12. Isgandarlı T, Şahan T, Sayiner F.D, Ebelik Açısından Prematüritenin Önemi poster sunumu, 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Amasya Üniversitesi, Amasya, 2018



## **Bilimsel Etkinlikler**

Burslar : Türk Cumhuriyetleri ve Akraba Toplulukları Üniversite Bursu

Ödüller: -

Projeler: -

Sözlü Konferans veya Seminerler: -

Kurslar ve Eğitim Programları:

1.Ege Üniversitesi Neonatoloji Bilim Dalı Yenidoğan Yoğunbakımda Bebek Dostu Uygulamalar ve Kanguru Bakımı Kursu, İstanbul, 2018

2.Amasya Üniversitesi 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Refleksoloji Kursu, Amasya, 2018

3.Gebelik ve Doğumda Akupres Uygulamalı Eğitimi, Serum Akademi, İstanbul, 2019

4.Akupunktur ve Moksa, Gebelik ve Doğumda Etkili Uygulamalar Konferansı, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, 2019

5.Birinci Ulusal Zeynep Kamil Ebelik Sempozyumu, İstanbul, 2019

6.Yedinci Acıbadem Kadın Doğum Günleri, İstanbul, 2019

7.Holistik Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, 2019

8.Dokunmanın Gücü Söyleşisi, İstinye Üniversitesi Hastanesi Liv Hospital Bahçeşehir, İstanbul, 2019