

Düşük Doğum Ağırlıklı Prematüre Bebek Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi

Observing the Depression and Anxiety Levels of the Mothers with Low-Weight-Birth Preterm Infants

Esra ŞAHİN,^a
Dr. Ahmet TİRYAKI^b

^aMEB Mehmet Akif Ersoy İlköğretim Okulu,
^bPsikiyatri AD,
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Trabzon

Geliş Tarihi/Received: 22.12.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 21.04.2011

*Bu çalışma, Türkiye Psikiyatri Derneği
45. Ulusal Psikiyatri Kongresi
(20-24 Ekim 2009, Ankara)'nde sunulmuştur.*

*Bu çalışma, Uzm.Psk. Esra ŞAHİN'in K.T.Ü.
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Psikolojisi
Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans
Programı'nda yürüttüğü tez çalışmasının
verilerine dayanılarak hazırlanmıştır.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Esra ŞAHİN
MEB Mehmet Akif Ersoy İlköğretim
Okulu, Trabzon,
TÜRKİYE/TURKEY
esraikizler@hotmail.com

ÖZET Amaç: Düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeği olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerini, term bebek annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile karşılaştırarak incelemektir. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışma grubu; Ocak-Haziran 2008 tarihleri arasında Yenidoğan Servisi'nde bulunan prematüre bebeği olan, doğum sırasında olumsuz sonuç gelişmeyen 45 anneden, kontrol grubu; aynı serviste term bebeği bulunan, doğumda hiçbir olumsuz sonuç gelişmeyen 42 anneden oluşmaktadır. Tüm katılımcılara doğumdan sonra 3.-15. günlerde yapılan uygulamalarda sırasıyla Sosyo-demografik Veri Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) uygulanmıştır. **Bulgular:** Gruplar sosyo-demografik özellikler açısından benzer bulunmuştur. Çalışma grubunun BDE ölçek puanları kontrol grubuna kıyasla yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda yer alan term bebek annelerinin BDE, BAE, STAI ölçek puanlarında ikinci uygulamanın yapıldığı 10. günde düşüş görülürken, çalışma grubundaki annelerde BDE, STAI ölçek puanlarında anlamlı bir azalma görülmemiş; sadece BAE ölçek puanlarında azalma görülmüştür. **Sonuç:** Düşük doğum ağırlıklı prematüre bebek annelerinin doğumdan sonraki ilk günlerden itibaren term bebek annelerine göre daha yüksek depresyon düzeylerine sahip oldukları görülmektedir. Doğumdan itibaren her türlü gelişimsel riskleri taşıyan bebekler ve annelerinin desteklenmesi, bebeğin ve annenin sağlığına kavuşması ve ailenin uyumu için büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Prematür doğum; depresyon, doğum sonrası; anksiyete

ABSTRACT Objective: The aim of this study is to compare the depression and anxiety levels in mothers with low-birth weight preterm new-borns with mothers with term new-borns. **Material and Methods:** The study group consists of 45 mothers who have preterm new-borns in the New-born Unit between the dates January-June 2008 and who haven't experienced any complications during delivery and the control group consists of 42 mothers who have term infants in the same unit. On the 3rd and 15th days following delivery, a test battery including the Socio-demographic Data Form, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI) has been applied sequentially to all participants. **Results:** The groups have been found out to be similar in terms of socio-demographic features. The BDI scale scores of the study group have been found out to be higher in comparison to the control group. While a decrease has been observed in the BDI, BAI and STAI scale scores of the mothers of term infants in the control group, no significant decrease has been observed in the BDI, BAI and STAI scale scores of the mothers in the study group, only a decrease in the BAI scale scores has been observed. **Conclusion:** It is really significant to support the babies having developmental risks following their birth and also their mothers, for the recovery of both the babies and their mothers and for the harmony of the family.

Key Words: Premature birth; depression, postpartum; anxiety

Prematüre bebekler, yüksek riskli yenidoğan grubunun en önemli kısmını oluşturmaktadır.¹ Prematürite; perinatal, neonatal ve post neonatal dönemlerde önemli bir ölüm nedeni olmakla birlikte, prematüre bebeğin oldukça güç ve masraflı olan bakım ve tedavisi nedeniyle üzerinde önemle durulan bir konudur.²

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan prematürite tanımına göre, 37 tamamlanmış haftadan önce doğan bebekler prematüre bebekler olarak kabul edilmektedir.³ Prematüre doğumun yaklaşık olarak %80'nini 32-36. gebelik haftalarında oluşan erken doğumlar oluşturmaktadır olup, bunlar morbidite ve mortalite açısından hafif vakalar olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde 1986 ve 1990 yılları arasında 1000 tekil gebelikten %66.4'ü termden önce sonlanırken, 1996 yılında prematüre doğum insidansı %5-10 arasında hesaplanmıştır.⁴

Prematüre doğum, neden olduğu yüksek perinatal mortalite ve morbidite hızlarıyla günümüzde halen ciddiyetini koruyan önemli bir obstetrik sorundur. Yaklaşık olarak tüm gebeliklerin %5-15'i prematüre doğum ile sonlanabilmektedir. Prematüre olarak doğmasına rağmen yaşama şansına sahip olan bebeklerde fiziksel ve mental açıdan ciddi problemler gelişebilmektedir.⁵ Sağkalım oranlarının artmasına rağmen aşırı düşük doğum ağırlığı ile dünyaya gelen bebeklerin olumsuz nörolojik sonuçlarınının sabit kalması sonucunda engelli çocuk sayısı artmaktadır.^{6,7}

Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin hastaneden taburcu edildikten sonra ailelerin gelecekle ilgili yaşadıkları belirsizlik ebeveynler için anlaşılabilir bir kaygı kaynağıdır.⁸ Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu özel bir dönemdir. Bebeğine, doğum sonrası rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücut imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur.⁶ Tüm bu etkenlere ek olarak prematüre bir bebeğin doğumu tüm aile için tam bir krizdir. Ruhsal açıdan erken doğuma hazır olmayan anne ve ailenin diğer üyeleri bebeğin doğumu ile birlikte yüksek oranda bunaltı yaşarlar ve kendi bireysel çözüm ve dene-

yimlerini kullanarak bu durumla baş etmeye çalışırlar. Özellikle annenin korku ve bunaltısı yüksek düzeydedir.²

Sağlıklı bireyler yetiştirebilmek için çocukların birinci derecede bakımını üstlenen annelerin fiziksel ve ruhsal sağlığı büyük önem taşımaktadır.⁹ Doğum sonrası dönemde anne kendini umutsuz, huzursuz, yalnız hissetmekte ve bebeğine veya çevresindeki insanlara karşı düşmanca duygulara sahip olabilmektedir.¹⁰ Annenin içinde bulunduğu bu duygudurumunu; hormonal değişimler, evlilik ilişkisi, yaş, çocuk sayısı, obstetrik komplikasyonlar, kişilik, prenatal dönemde yaşanan anksiyete/depresyon, yaşam stresi, sosyal desteğin yoksunluğu, postpartum hüzün, anneliği istememe, çocuk bakımının yarattığı stres, annelik rolüne adapte olamama gibi durumlar etkiler.¹¹

Doğumdan sonraki günlerde annelik rolünü etkileyen en önemli etmenlerden biri olan postpartum hüzün ya da annelik hüznü genellikle doğum sonrası 3-4. günlerde ortaya çıkmakta ve uyku bozukluğu, ağlama, yorgunluk, anksiyete, sinirlilik, duygu durumunda hızlı değişiklikler, konsantrasyon güçlüğü, eleştiriye aşırı duyarlılık gibi belirtileri bulunmaktadır. Annelik Hüznünün etkisi azalarak, genellikle doğum sonrası 10-15. günler içinde iyileşmektedir.¹²

Yapılan araştırmalarda; gebelikte yaşanan maternal stres, gebelik süresince hastanede yatma ve sigara içme; doğumdan sonraki dönemde ise erken doğum, düşük doğum ağırlığı, bebekte sağlık sorunu bulunması, bebeğin yenidoğan bakım ünitesinde kalması, bebeğini emzirememe, düşük-ölü doğum öyküsü bulunma gibi etkenlerle doğum sonrası depresyon görülme sıklığı arasında ilişki olduğu belirtilmektedir.¹³⁻¹⁵

Annelerde özellikle doğumdan sonra en sık görülen ruhsal bozukluklardan biri olan depresyon; annenin yaşam kalitesini düşürerek bozuk evlilik ilişkileri, iş gücü kayıpları, çocuk istismarı, çocuğuna ilgisizlik gibi olumsuz davranışlar geliştirmesine sebep olmakta, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyerek; olumsuz bağlanma örüntülerinin gelişmesine, benlik değerinin ve kendilik say-

gısının olumsuz etkilenmesine yol açabileceği ileri sürülmektedir.¹⁶⁻¹⁸

Doğum sonrası depresyonu, hem aile hem de sağlık personeli anneliğin “normal bir süreci” içinde yaşanan sorun olarak ele alabilmekte ya da uykusuzluk ve yorgunluğa bağlayabilmektedirler. Bununla beraber doğum sonrası depresyonu olan kadınlar toplum tarafından damgalanma korkusu nedeniyle tedavi için başvuru yapamamaktadır.¹⁹ Doğum sonrası depresyon tedavi edilmediği takdirde kronik, tekrarlayıcı ve ilerleyici bir hastalık olabilmekte, kadının yaşam kalitesini düşürmekte, intihar ve bebeğine zarar verme risklerini artırmaktadır.^{20,21}

Bireyin yaşam kalitesinin güçlü birer öngörücüsü olan depresyon gibi ruhsal sorunların anneliğin ilk zamanlarından itibaren tespit edilerek bireylerin desteklenmesi sağlıklı nesiller yaratabilmek için büyük önem taşıdığı pek çok araştırma tarafından desteklenmektedir.²²⁻²⁴ Bu nedenle doğum sonrası depresyonun erken tanınması ve uygun girişimlerle tedavi edilmesi önemlidir. Ülkemizde anne/bebek sağlığının korunması ve izlenmesi ile yetkilendirilen hekimler, temel sağlık hizmetlerinin her alanında, hizmet verdikleri kadınları doğum sonrası depresyon yönünden değerlendirebilir ve yardıma ihtiyacı olanlara uygun girişimlerde bulunabilirler.²⁵

Annede bebeğini yitireceği korkusu ve yoğun zorlanma; erken doğumla ilişkili suçluluk ile yetersizlik düşünceleri ve yas süreci, depresyonun yanı sıra bebeğe bağlanma davranışında gecikmelerle sonuçlanabilmektedir.²⁶ Ayrıca erken doğan bebeklerin anneleri birçok mücadelenin yanı sıra gelişim riski yüksek tıbben hassas bebeklere sahip olmaktadır. Yoğun bakım ünitesindeki odak noktası bebeklerin sağlığı olsa da ebeveynler yüksek risk altında olabilmektedirler.²⁷

Doğum sonu dönem anneler için bebeklerle ilgili gelişebilecek olumsuz sonuçlarla baş edilmesi, ebeveynlerin bebek bakımı vermesi, bebek için güvenli çevre oluşturması, bebekle iletişim kurması, yeni rolleri öğrenmesi ve aile duyarlılığını geliştirme gerektiren zor bir dönemdir.^{28,29}

Tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmanın temel amacı: Düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeği olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerini, term bebek annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile karşılaştırarak incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ÖRNEKLEM

Kesitsel bir araştırma olarak planlanan çalışmada, 01.Ocak-30.Haziran 2008 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Yenidoğan Servisinde preterm bebeği bulunan 58 anneden; 2500 g.'nin altında komplikasyonsuz düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getiren 45 (%77.5) gönüllü anne çalışma grubunu oluşturmaktadır. Kontrol grubu ise 2500 g.'nin üstünde term bebek dünyaya getiren 136 anneden; çalışma grubuyla yaş bakımından eşleştirilmiş 45 (%30.8) gönüllü anneden oluşturulmuştur. Kontrol grubunda yer alan 3 anneye ikinci uygulama sırasında ulaşılamadığı için 42 anne ile çalışma tamamlanmıştır.

Çalışma, doğumun 3. ve 15. günü olmak üzere iki değerlendirme şeklinde yürütülmüştür. Çalışma grubundaki annelerle her iki uygulama da bebeklerin tedavisi devam ettiği için hastane ortamında yapılmıştır. Kontrol grubundaki annelerle ise; ilk uygulama hastane ortamında, ikinci uygulama ise annelere telefon aracılığıyla ulaşılarak yapılmıştır. KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli onaylar alınarak hazırlanan çalışmada, gruplarda yer alan her olgudan aydınlatılmış onam formu ile yazılı onayları alınmıştır. Her bir uygulama yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Sosyo-demografik Veri Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Durumluk Sürekli Kaygı Envanterleri (STAI)'nden oluşan değerlendirme araçları her bir olguya araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form deneklerin; doğum tarihi, yeri, adres, telefon, yaşadığı

yer, meslek, eğitim, ekonomik durum ve deneyin doğum öyküsü ile ilgili bilgileri değerlendiren toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri

Envanterden elde edilen toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. BDE, sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplara uygulanmakta olup Türkiye’de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır.^{30,31} BDE’nin 17 ve üstündeki puanlarının %90’dan daha fazla doğrulukla tedavi gerektirebilecek depresyonu ayırt edebildiği belirlenmiştir.³²

Beck Anksiyete Envanteri

Envanterden elde edilen toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Envanter ergen ve yetişkinlere uygulanmakta olup Türkiye’de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Uluşoy, Hisli ve Erkmen tarafından yapılmıştır.³¹

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri

Envanterde ilk bölüm olan Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-1), bireyin belirli bir anda belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Diğer ölçek olan Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-2) ise, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Kağıt kalem testi olan envanter grup olarak uygulanabilmektedir. On dört yaş ve üstü normaler ve okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek kadar bilinci yerinde olan hastalara uygulama yapılabilir. Puanlama 20 ile 80 arasında değişmektedir. Türkiye’de ölçeğin geçerlilik/güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır.^{30,33}

VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmamızda sürekli ölçümlü değişkenlerin dağılımının normale uygun olup olmadığı Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sürekli ölçümlü değişkenler için ortalama \pm standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) olarak nominal değişkenler ise olgu sayısı ve (%) olarak gösterilmiştir. Çalışma ve kontrol grubu arasında yaş ortalamaları yönünden istatistiksel

olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı Student t testi ile incelenmiştir. Gruplar arasında BDE, BAE, STAI-1 ve STAI-2 ölçek düzeyleri yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare ve Fisher’in Tam Sonuçlu Olasılık testi ile karşılaştırılmıştır. Her grubun kendi içerisinde 3. gün ile 15. gün depresyon görülme sıklıkları arasındaki farkın önemliliği ise McNemar testi ile değerlendirilmiştir. $p < 0.05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma, 01 Ocak-30 Haziran 2008 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Yenidoğan Ünitesinde bebeği olan annelerle doğumun 3. ve 15. günleri olmak üzere iki değerlendirme şeklinde yapılmıştır. Çalışma grubu Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi (n= 31) ve Yenidoğan Ünitesinde (n= 14) preterm bebeği olan annelerden; kontrol grubu ise Yenidoğan Ünitesinde term bebeği olan annelerden (n= 42) oluşmaktadır.

Araştırmada çalışma ve kontrol grubundaki katılımcılar yaş bakımından eşleştirilmiştir. (p= 0.900). İki grup arasında sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırma yapılmış; istatistiksel olarak meslek, öğrenim düzeyleri, ekonomik durum, yerleşim yeri ve aile özellikleri açısından gruplar benzer bulunmuştur. Çalışmaya katılan olguların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Araştırmadaki gruplar arası farka bakıldığında; yapılan her iki değerlendirmede de çalışma grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek BDE ortalama puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir (p= 0.037 ve p= 0.014). Çalışma grubunda STAI-1 ortalama puanları 2. değerlendirmede kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p= 0.006). Grupların BAE ve STAI-2 ortalama puanları birbirine yakın olup, istatistiksel bir fark tespit edilmiştir.

Envanterlerin ortalama puanlarının grup içi değişim farkına bakıldığında, çalışma grubunda iki değerlendirme arasında sadece BAE ortalama pu-

TABLO 1: Katılımcıların gruplara göre sosyo-demografik özellikleri.

Değişkenler	Çalışma Grubu (n= 45)	Kontrol Grubu (n= 42)	p
Yaş Grupları			0.985
18-28 yaş	3 (%6.7)	3(%6.7)	
29-39 yaş	39 (%86.7)	37 (%86.1)	
40-50 yaş	3 (%6.7)	3(%6.7)	
Yerleşim Yeri			0.216
Şehir	14 (%31.1)	20 (%47.6)	
İlçe	16 (%35.6)	9 (%21.4)	
Köy	15 (%33.3)	13 (%31.0)	
Annenin Mesleği			0.985
Ev Kadını	39 (%86.7)	37 (%88.1)	
Memur	3 (%6.7)	2 (%4.8)	
Sağlık Personeli	2 (%4.4)	2 (%4.8)	
Diğer	1 (%2.2)	1 (%2.4)	
Babanın Mesleği			0.058
İşsiz	3 (%6.7)	-	
Çiftçi	2 (%4.4)	3 (%7.1)	
Memur	12 (%26.7)	8 (%19.0)	
Sağlık Personeli	1 (%2.2)	2 (%4.8)	
İşçi	21 (%46.7)	13 (%31.0)	
Diğer	6 (%13.3)	16 (%38.1)	
Annenin Öğrenim Düzeyi			0.717
Okuryazar Değil	3 (%6.7)	2 (%4.8)	
Okuryazar	4 (%8.9)	1 (%2.4)	
İlkokul	22 (%48.9)	22 (%52.4)	
Orta Öğretim	10 (%22.2)	10 (%23.8)	
Üniversite	6 (%13.3)	7 (%16.7)	
Babanın Öğrenim Düzeyi			0.609
Okuryazar Değil	2 (%4.4)	-	
Okuryazar	2 (%4.4)	2 (%4.8)	
İlkokul	16 (%35.6)	15 (%35.7)	
Orta Öğretim	15 (%33.3)	15 (%35.7)	
Üniversite	10 (%22.2)	10 (%23.8)	

anlarında meydana gelen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubunda ise iki değerlendirme arasında uygulanan envanterlerin tümünün (BDE, BAE, STAI-1 ve STAI-2) ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır ($p = 0.003$, $p < 0.001$, $p < 0.001$ ve $p < 0.001$) (Tablo 2).

İki değerlendirme arasında BDE kesme puanına göre (≥ 17) klinik olarak olası depresyon görülme sıklıklarına bakıldığında gruplar arasında, 1. değerlendirmede depresyon görülme sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p = 0.066$),

2. değerlendirmede çalışma grubundaki depresyon görülme sıklığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p = 0.039$). Değerlendirmeler arasında grupların kendi içlerinde BDE kesme puanına göre klinik olarak olası depresyon görülme sıklıkları ise benzer bulunmuştur (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmada elde edilen verilerde, düşük doğum ağırlığına sahip prematüre bebek annelerinin doğumdan sonraki ilk günlerden itibaren term be-

TABLO 2: Ortalama ölçek puanlarının 1. ve 2. değerlendirilmede grup içi ve gruplar arası değişimi.

Değişkenler	Gruplar	1. Değerlendirme	2. Değerlendirme	p ^a
BDE	Çalışma Grubu	12.2 ± 10.4	11.3 ± 9.8	0.075
	Kontrol Grubu	7.6 ± 6.5	6.1 ± 6.8	0.003
	p ^b	0.037	0.014	
BAE	Çalışma Grubu	16.2 ± 13.5	10.9 ± 11.1	<0.001
	Kontrol Grubu	13.9 ± 9.6	5.5 ± 4.8	<0.001
	p ^b	0.782	0.071	
STAI-1	Çalışma Grubu	41.7 ± 11.4	40.4 ± 12.1	0.109
	Kontrol Grubu	38.4 ± 8.5	33.4 ± 8.6	<0.001
	p ^b	0.213	0.006	
STAI-2	Çalışma Grubu	42.8 ± 10.1	41.0 ± 11.2	0.055
	Kontrol Grubu	43.0 ± 8.0	39.8 ± 10.1	<0.001
	p ^b	0.865	0.668	

^aGrup içi karşılaştırmalar.

^bGruplar arası karşılaştırmalar.

bek annelerine göre daha yüksek depresyon düzeylerine sahip oldukları görülmektedir. Ayrıca term bebek annelerinin yeni hayatlarına daha rahat uyum sağlayarak depresyon seviyesinde daha hızlı bir düşüş yaşadıkları dikkat çekmektedir (Tablo 2).

Gebelik ve annelik rolüne geçiş, kadının yaşamının önemli bir parçası olmakla birlikte aynı zamanda bir kriz dönemidir. Bir yandan anne olma sorumluluğu, diğer yandan bu rolle ilgili duygular kadının ruhsal uyumunu bozabilmektedir.³⁴ Doğum ile birlikte kadının hayatında başlayan yeni dönem gerek ruhsal gerekse fizyolojik açıdan birçok riski beraberinde getirmektedir. Bu dönemde yaşanan annelik hüznü doğum sonrası depresyon gelişiminde önemli bir risk etmenidir. Annelik hüznü doğum sonu ilk 10 günde, kadınların yaklaşık %50-80'inde yaşandığı bilinmektedir. Bu durum doğumdan sonraki ilk üç-beş günde çok yoğun olarak yaşanmakta ve genellikle 10. günden itibaren gerilemektedir.³⁵ Görüldüğü gibi uygulamalarımızın yapıldığı 3. gün annelik hüznünün en yoğun yaşandığı, 15. gün ise yavaş yavaş gerilemeye başladığı dönemdir. Elde edilen bu sonuç annelik hüznü ve doğum sonrası dönemde yaşanan ruhsal değişimi gösteren verilerle benzer bir gidiş göstermektedir.^{12,36}

Araştırmada BDE ortalama puanlarının iki değerlendirilmede de çalışma grubunda kontrol

TABLO 3: Birinci ve ikinci değerlendirmelerde Beck Depresyon Envanteri 17 kesme puanına göre (≥ 17) olası klinik depresyon oranları.

Gruplar	1. Değerlendirme	2. Değerlendirme	p ^a
Çalışma Grubu (n=45)	11 (%24.4)	12 (%26.7)	1.000
Kontrol Grubu (n=42)	4 (%9.5)	4 (%9.5)	1.000
p ^b	0.066	0.039	

^aGrup içi karşılaştırmalar

^bGruplar arasındaki karşılaştırmalar

grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca çalışma grubunda 2. değerlendirilmedeki STAI-1 ortalama puanları da kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Yapılan araştırmalarda prematüre bebeklerde olumsuz sonuçların gelişme riskinin yüksek bulunduğu ve yoğun bakımda kalmaları gereken şartların gelişebileceği açıklanmaktadır.^{37,38} Elde edilen bu sonuçta, çalışma grubunda yer alan annelerin bebeklerinin sağlıklarının risk altında bulunması ve yoğun bakımda yatması gereken prematüre bebeklerin istenilen her an görülebilmesi, temasta bulunulamaması, bebeğin bakımının anne tarafından üstlenilememesi gibi olumsuz etmenlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.^{39,40}

Yapılan araştırmalarda özellikle prematüre doğum yapan annelerin daha yüksek düzeyde ruhsal-toplumsal zorlanma yaşadıkları vurgulanmak-

tadır.^{41,42} Psikolojik açıdan erken doğuma hazır olmayan anne ve ailenin diğer üyelerinin bebeğin doğumu ile birlikte yüksek oranda zorlanma yaşadıkları; özellikle annenin korku ve anksiyetesinin yüksek düzeyde olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir.³ Araştırmamızda çalışma grubundaki olguların anksiyete seviyesinde bu verilerle örtüşmeyecek şekilde anlamlı bir azalma tespit edilmiştir ($p < 0.001$). Bu sonuç değerlendirilirken doğum sonrası dönemde annelerin psikolojik değişimlerin yanı sıra fiziksel değişimler de yaşadıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Gebelikte ve doğum eyleminde enerji ihtiyacının ve fiziksel yorgunluğun artması, yumuşak doku travması, artan kan kaybına bağlı etkiler, epizyo bölgesinde ağrı, enfeksiyon belirti ve bulguları, süt kanallarında tıkanıklık, idrar yolu enfeksiyonu belirtileri, vajinal enfeksiyon belirti ve bulguları, yorgunluk, uykusuzluk bunlardan en önemlileridir.^{43,44} Annelerin anksiyete düzeylerini ölçmek için kullandığımız BAE'nin maddeleri incelendiğinde, somatik etkilerinin ölçüldüğü maddelerin çoğunlukta olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışma grubunda yer alan annelerin ilk uygulamada BAE'yi yanıtlarken, yaşadıkları erken ve zor doğum sonucu bedenlerinde hissettikleri gerek fizyolojik gerekse psikolojik yakınmaları değerlendirerek işaretleme yaptıkları düşünülmektedir. İkinci değerlendirme sonunda annelerde doğum sonucu bedenlerinde hissettikleri fiziksel rahatsızlıkların azalması ve anneliğin beraberinde getirdiği yeni hayatlarına uyum sağlamalarından dolayı değerlendirmelere anksiyete seviyelerinde azalma olarak yansıtıldığı düşünülmektedir.

Klinik düzeyde olası depresyon görülme sıklığı incelendiğinde; çalışma grubunda yer alan olgularda, ikinci değerlendirmede depresyon görülme sıklığının anlamlı düzeyde daha yüksek bulunduğu görülmektedir ($p = 0.039$). Bu konuda yapılan araştırmalar incelendiğinde; düşük doğum ağırlıklı prematüre bebek annelerinin bütün annelerin yaşadığı doğum sonrası fizyolojik ve psikolojik zorlanmalara ek olarak; erken doğum, bebeğin doğum ağırlığı, prematüre bebeklerde gelişebilecek sağlık sorunları, uzun hastane yatışları, bebeği görememe gibi değişkenler nedeniyle daha yoğun hissedilen doğum

sonrası annelik hüznü belirtileri yaşayabilecekleri vurgulanmaktadır.⁴⁵⁻⁴⁷ Bu yüzden çalışma grubundaki anneler için kontrol grubunda yer alan term bebek annelerine kıyasla annelik hüznü belirtilerini daha ağır hissederek, doğum sonrası depresyon için daha yüksek risk taşıdıkları düşünülmektedir.

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmada olguların tek bir merkezden, belirli bir zaman dilimi içerisinde alınmış küçük bir grup olması konu ile ilgili genelleme yapılmasını güçleştirmektedir. Ayrıca araştırma çerçevesinde ruhsal hastalık tanılarına yer verilmemesi ve öz bildirim ölçekleri kullanılarak klinik bir değerlendirme yapılmamış olması başka bir kısıtlılıktır.

Bütün kısıtlılıklarına rağmen klinik açıdan değerlendirilirse, prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyon riskinin term bebek annelerine göre daha yüksek olabileceği söylenebilir. Doğum sonrası depresyonu tanılamak, hem depresyonlu kadına yardım etmek, hem de yeni bebek veya diğer çocukların güvenliği sağlamak açısından önemlidir. Doğum sonrası ilk yıl içinde yeni anne ile birçok kez etkileşimde bulunan hemşire/ebelerin depresyon belirtilerini izleyip, anneyi doğum sonrası depresyon açısından değerlendirmeleri ve hekim kontrolü konusunda anneyi bilinçlendirmeleri yararlı olabilir. Özellikle doğumdan itibaren her türlü gelişimsel riskleri taşıyan prematüre bebekler ve annelerinin desteklenmesi, bebeğin ve annenin sağlığına kavuşması ve ailenin uyumu için büyük önem taşımaktadır.

SONUÇ

Bu araştırmanın sonucunda, düşük doğum ağırlıklı prematüre bebek annelerinin doğumdan sonraki ilk günlerden itibaren term bebek annelerine göre daha yüksek depresyon düzeylerine sahip oldukları görülmektedir. Doğumdan itibaren her türlü gelişimsel riskleri taşıyan bebekler ve annelerinin desteklenmesi, bebeğin ve annenin sağlığına kavuşması ve ailenin uyumu için büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kerimoğlu G, Kavunçoğlu S, Arslan G, Kocaman C, Yıldız H. [Neuromotor developmental follow-up of the preterm infants]. *The Journal of Tepecik Teaching Hospital* 2004;14(1):33-9.
2. Turan TM, Bolışık B. [An investigation of the effects of planned education given in clinic on mothers and the premature babies]. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing* 2003;7(1):39-46.
3. Neyzi O, Ertuğrul T. [Preterm births]. *Pediatrici*. Cilt 1. 3. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Yayınevi; 2000. p.326-7.
4. Göksever H, Kılıç B, Erata Y. [Epidemiologic factors in preterm birth]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2008;18(5):294-305.
5. Mutluer E, Erkaya S, Yalvaç S, Karçaaltıncaba D, Haberal A. [Comparison of efficiency and safety of nifedipin and magnesium sulfate for the treatment of preterm labour: a randomized study]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009; 19(5):271-7.
6. Çelebioğlu A. [Nursery approach and emotions of the parents in accepting new born to the hospital]. *International Journal of Human Sciences* 2004;149(1):1-8.
7. Tommiska V, Ostberg M, Fellman V. Parental stress in families of 2 years old extremely low birth weight infants. *J Am Pharm Assoc* 2002; 86(3):161-4.
8. Auslander GK, Netzer D, Arad I. Parental anxiety following discharge from hospital of their very low birth weight infants. *Family Relations* 2003;52(1):12-21.
9. Radke-Yarrow M. Depressed mothers. *Children of Depressed Mothers. Depressed mothers*. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1998. p.48-59.
10. Tezel A. [Nurses/midwiferies responsibilities in the assesment of postpartum depression]. *New Symposium* 2008;46(1):184-7.
11. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35(1):69-74.
12. Erdem Ö, Bez Y. Postpartum blues and postpartum depression]. *Konuralp Tıp Dergisi* 2009; 1(1):32-7.
13. Gülnar D, Sunay D, Çaylan A. [Risk factors related with postpartum depression.] *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20 (3):141-8.
14. Akdolun N, Vural G, Eroğlu K. [Factors affecting exclusive breastfeeding in the first sixweeks postpartum in Bolu, Turkey]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009;19(3): 142-9.
15. Erbil N, Oruç H, Karabulut A. [Determanation of depression and affecting factors in pregnancy]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009;19(2):67-74.
16. Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000;107(10):1210-7.
17. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dündar C. [Postpartum depression in Turkey: prevalence and related factors.] *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi* 1996;3(1):26-31.
18. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdelli H, Pilowsky DJ, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(1):29-36.
19. Çeber E, Bilge A, Mermer G, Yücel Ü. [Risk of postnatal depression and pregnancy in Bornova, İzmir.] *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20(1):1-9.
20. Gülnar D, Sunay D, Çaylan A. [Risk factors related with postpartum depression.] *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20 (3):141-8.
21. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. [Postnatal depression and effecting factors in Turkey]. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2009;10(1): 14-20.
22. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. [Depression, anxiety levels and coping strategies with stress in continuous ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis patients in a university hospital]. *Archives of Neuropsychiatry* 2008;45(3):78-84.
23. Zimmermann PR, Camey SA, Mari Jde J. A cohort study to assess the impact of depression on patients with kidney disease. *Int J Psychiatry Med* 2006;36(4):457-68.
24. Ayvaz S, Hocaoğlu C, Tiryaki A, Ak I. [Incidence of postpartum depression in Trabzon province and risk factors at gestation]. *Türk Psikiyatri Derg* 2006;17(4):243-51.
25. Yüksel N. [Majör depressive disorder]. *Birinci Basamakta Depresyon Tanı ve Tedavi*. 4. Baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2001. p.407-9.
26. Klaus M, Kennell J. Intervention in the premature nurse: Impact on development. *Ped Clin North. Am* 2010;29(2):1263-79.
27. Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, Baleu J. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA* 1999; 281(9): 799-805.
28. Beydağ DK. Adaptation to motherhood in the postpartum period and the nurse's role]. *TAF Prev Med Bull* 2007; 6(6): 479-84.
29. Strathearn L, Gray PH, O'Callaghan MJ, Wood DO. Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: a prospective study. *Pediatr* 2001; 108(1):142-51.
30. Öner N. [Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory]. *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler*. 2.Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1997. p.298-300, 365-6.
31. Şahin NH. [Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory]. *Savaşır I, Şahin NH editörler. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. 1. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997. p.29-31, 67-70.
32. Karaçam Z, Kitiş Y. [The postpartum depression screening scale: its reliability and validity for Turkish population]. *Türk Psikiyatri Derg* 2007;18(3):1-13.
33. Öner N, Lecompte A. [Description and scoring of state-Trait anxiety inventory]. *Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı*. 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1998. p.1-4.
34. Durat G, Kutlu Y. [The prevalence of postpartum depression and related factors in Sakarya]. *New Symposium* 2010;48(1):63-8.
35. Virit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G. [Association between the level of depression and anxiety with social support in pregnancy]. *Archives of Neuropsychiatry* 2008;45 (1):9-13.
36. Pitt B, Psych MRC. Maternity blues. *Br J Psychiatry* 1983;122(3): 431-3.
37. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144(2):35-47.
38. McLennan JD, Kotelchuck M, Cho H. Prevalence, persistence, and correlates of depressive symptoms in a national sample of mothers of toddlers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(11):1316-23.
39. Warner R, Appleby L, Whitton A. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1996; 168(1):607-11.
40. Pelchat D, Ricard N, Bouchard JM, Perreault M, Saucier JF, Berthiaume M, et al. Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability. *Child Care Health Dev* 1999;25(5):377-97.

41. İşler A. [The role of neonatal nurses in initiating the mother-infant relationship in premature infants]. Turkish Journal of Perinatology 2007; 15(1):1-6.
42. İşler A, Görak G. [The role of neonatal nurses in initiating the mother-infant relationship in premature infants]. Çocuk Dergisi 2007;7(1): 36-41.
43. Baklaya AN. [Care needs of mothers in postpartum period and the role of the midwife and nurse]. Journal of Cumhuriyet University School of Nursing 2002;6(2): 42-9.
44. Kısa C. [Postpartum psychiatric disorders]. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi 2004;12(Ek 4):11-5.
45. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. Am J Obstet Gynecol 1995;173(2):639- 45.
46. Susman JL. Postpartum depressive disorders. J Fam Pract 1996;43(Suppl 6):S17-24.
47. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S.[Postpartum depression]. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009; 29(1):206-14.