

T.C.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN
PREMATÜRE BEBEKLERİN EBEVEYNLERİNİN
ALGILADIKLARI EŞ DESTEĞİ İLE ANKSİYETE İLİŞKİSİ**

KÜBRA ÇAKIROĞLU

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2021

T.C.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN
PREMATÜRE BEBEKLERİN EBEVEYNLERİNİN
ALGILADIKLARI EŞ DESTEĞİ İLE ANKSİYETE İLİŞKİSİ**

KÜBRA ÇAKIROĞLU

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2021

ÖZET

Bu araştırma, yeni doğan yoğun bakım ünitesinde yatan prematüre bebeklerin ebeveynlerinin algıladıkları eş desteği ile anksiyete ilişkisinin ortaya konulması amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki çalışmanın örneklemini, İstanbul Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yeni doğan Yoğun Bakım ünitesinde Aralık 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında prematüre bebeği yatan 270 ebeveyn oluşturmuştur. Veriler, tanıtıcı veri formu, Beck Anksiyete Ölçeği ve Eş Destek Ölçeği ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzdellik hesaplamaları, Kolmogorov Smirnov testi, Shapiro Wilks testi, Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan anne ve babaların Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $9,73 \pm 9,21$ ve Eş Destek Ölçeği puan ortalaması $69,04 \pm 9,23$ olarak bulunmuştur. Ebeveynlerin evliliklerindeki mutluluk düzeyi, ruh halinin nasıl olduğu, eşlerinin öğrenim düzeyi, bebeğin hastanedeki yatış süresi ile Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Ebeveynlerin birbirlerine olan rolleri, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, eşin öğrenim düzeyi, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, eşin kendisine yardımcı olma durumu, gebelik sayısı, gebeliğin planlı olma durumu ile Eş Destek Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Eş Destek Ölçeği puan ortalaması ile Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Ebeveynlerin, eş destekleri arttıkça anksiyete düzeyleri düşmektedir.

Yenidoğan yoğun bakımda bebeği olan ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu süreçte desteğe ihtiyacı olan eşlerin profesyonel destek için yönlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Prematüre, Yeni doğan yoğun bakım, Anksiyete, Eş desteği, Ebeveyn.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SPOUSAL SUPPORT AND ANXIETY BY PARENTS OF PREMATURE BABIES HOSPITALIZED IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

The descriptive and relationship-seeking study sample consisted of 270 parents with premature babies hospitalized in Istanbul Sariyer Hamidiye Eftal Training and Research Hospital Neonatal Intensive Care Unit between December 2019 and June 2020. Data were obtained with the descriptive data form, Beck Anxiety Scale and Partner Support Scale. Number-percentage calculations, Kolmogorov Smirnov test, Shapiro Wilks test, Kruskal Wallis test and Mann Whitney U evaluated the data.

The Beck Anxiety Scale mean score of the parents participating in the study was 9.73 ± 9.21 and the Spousal Support Scale mean score was 69.04 ± 9.23 . A statistically significant difference was found between the happiness level of the parents in their marriage, the mood of their spouses, the education level of the spouses, the hospitalization period of the baby and the Beck Anxiety Scale mean score ($p<0.05$). A statistically significant relationship was found between the mean Spousal Support Scale score and the Beck Anxiety Scale mean score. Anxiety levels decrease as parents' spousal support increases.

It is recommended to evaluate parents' anxiety levels who have babies in the neonatal intensive care unit and direct the spouses who need support in this process for professional help.

Keywords: Prematurity, Neonatal intensive care, Anxiety, Partner support, Parent.

ÖNSÖZ

Çalışma konusunun belirlenmesinde ve çalışmanın hazırlanma sürecinin her aşamasında bilgi, tecrübe ve değerli zamanını esirgemeyerek bana her fırsatta yardımcı olan değerli hocam Sayın **Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'**a,

Çalışmamı yapabilmem için bana Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin kapılarını açan Sorumlu Hekim **Prof. Dr. Ali BÜLBÜL** ve tüm hemşire arkadaşlara

Hayatımın her aşamasında her koşulda yanımda olan hayattaki en büyük şansım, destek kaynağım, kızları olmaktan gurur duyduğum sevgili annem **Bedia ÇAKIROĞLU** ve babam **Aydın ÇAKIROĞLU'** na sonsuz teşekkürler.

Kübra ÇAKIROĞLU

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Kübra ÇAKIROĞLU

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	3
ABSTRACT	4
ÖNSÖZ	5
BEYAN	6
İÇİNDEKİLER	7
TABLolar LİSTESİ	9
KISALTMALAR LİSTESİ	10
1.GİRİŞ	11
2.GENEL BİLGİLER	13
2.1.Prematüritenin Tanımı	13
2.1.1.Prematürenin Sınıflandırılması	13
2.1.2.Prematüriteliğin Nedenleri	13
2.1.3.Prematürenin Görülme Sıklığı	14
2.1.4.Prematüre Bebeğin Sorunları	15
2.2.Bebeği YYBÜ’nde Olan Ebeveynlerin Yaşadıkları Stresörler ve Sorunları	16
2.3.Anksiyete	18
2.4.Eş Desteği	19
2.5. Ebeveynlerin Algıladıkları Eş Desteği İle Anksiyete İlişkisi	21
2.6. YYBÜ’nde Bebeği olan Ailelerin Ruhsal Sorunları ile Baş Etmede Hemşirenin Rolü	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1.Araştırmanın Tipi	24
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4.Verilerin Toplanması	25
3.5.Verilerin Toplama Araçları	25
3.6.Araştırmanın değişkenler	26
3.7.Verilerin Analizi	26
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	26
3.9.Araştırmanın Etik İlkeleri	26
4.BULGULAR	27
5.TARTIŞMA	46
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	52

KAYNAKLAR	54
EKLER	61
ÖZGEÇMİŞ	68



TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo1.Katılımcılara ilişkin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı.....	27
Tablo2.Yenidoğanlara ilişkin özelliklerin dağılımı.....	28
Tablo3.Katılımcıların psikolojik ve evlilik durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı.....	29
Tablo4.BAÖ ve EDÖ puanlarının dağılımı.....	30
Tablo5.BAÖ ve EDÖ puanlarına ilişkin normallik testleri.....	31
Tablo6 BAÖ ve EDÖ puanlarına ilişkin korelasyon değerlendirmesi.....	31
Tablo7.Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre BAÖ toplam puanlarının değerlendirilmesi.....	32
Tablo8.Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre EDÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi.....	33
Tablo9.Yenidoğanlara ilişkin özelliklere göre katılımcıların BAÖ toplam puanlarının değerlendirilmesi.....	36
Tablo10.Yenidoğanlara ilişkin özelliklere göre katılımcıların EDÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi.....	37
Tablo11.Katılımcıların psikolojik ve evlilik durumlarına ilişkin özelliklerine göre BAÖ toplam puanlarının değerlendirilmesi.....	38
Tablo12.Katılımcıların psikolojik ve evlilik durumlarına ilişkin özelliklerine göre EDÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi.....	40
Tablo13.Beck Anksiyete Ölçeğinin, Eş Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarını Yordama Durumlarının Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirmesi.....	43
Tablo14.BAÖ puanını etkileyen faktörlerin lineer regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	44

KISALTMALAR LİSTESİ

- ARK** : Arkadaşları
EDÖ : Eş Destek Ölçeği
BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
YYBÜ : Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
% : Yüzde
N : Sayı:
SPSS : Statistical Package for Social Sciences
WHO : World Health Organization
TDK : Türk Dil Kurumu

1.GİRİŞ

Kadın hayatının en özel dönemlerinden biri olarak adlandırılan hamilelik ve postpartum dönem bununla birlikte ruhsal bozuklukların gelişimi açısından dikkat edilmesi gereken bir dönemdir. Bu dönemde ebeveynler anne ve babalık rolünü üstlenirken, anneler bebek bakımına katılmak, güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim sağlamak, yeni rollerine uyum sağlamak, aile duyarlılığını geliştirmek ve gelişebilecek olası problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenlerden dolayı bu zorlu süreç özellikle anne için bir kriz yaşantısına dönüşebilmektedir (1,2).

Hamilelik süreci boyunca keyifli vakit geçirmek ve doğacak bebekleri için huzurlu ve rahat bir ortam hazırlamak ister, fakat hamile bireyin gebelik öncesinde var olan kronik hastalıkları, gebelikle gelişen maternal sağlığı ve fetal sağlığı olumsuz etkileyen ya da etkileyebilecek problemlerle karşılaşma riskleri bulunabilir. Bu nedenler, hamilelik dönemini olumsuz yönde etkilemekte birlikte, maternal kaygı ve stres düzeyini arttırmak için zemin hazırlamaktadır. Stres faktörünün artması maternal ve fetal sağlığı olumsuz yönde etkileyerek gebe bireyde pre-eklemsi riski, gestasyonel diyabetes mellitus, pre-term eylem, spontan abortus gibi problemlere neden olurken düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğumuna sebep olabilmektedir (3,4,5).

37. gestasyon haftasından önce doğan bebeklere *prematüre bebek* denilmektedir. Prematüre bebeklerin, term bebeklerden farklı olması ve birtakım sağlık sorunlarının bulunması, yoğun bakım ünitesine yatış sebebiyle ebeveyn-bebek ilişkisi olumsuz etkilenebilir. Preterm eylem hem aileyi, hem de ailenin bebeklerine yönelik davranışlarını etkileyen önemli bir unsurdur. Tüm aile için önemli bir kriz olan prematüre bebeğin doğumu, ebeveynlerin bebeğini kaybetme korkusu, ebeveynlerde yoğun anksiyete oluşturmaktadır. Bebeğini erken doğurmaktan dolayı suçluluk psikolojisi yaşayan annenin, güven eksikliği ve beklentilerinin karşılanmaması, bebeğine bağlanmasını zorlaştırabilir (6).

Çoğu zaman bilinç dışı çatışmaya bağlı olan anksiyete; iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi kelimelerle de tanımlanmaya çalışılan, nedeni bilinmeyen ve kişi tarafından açıklanamayan içsel çatışma ya da tehlikeli hissedilen, rahatsızlık verici endişe ve korku ile karakterize olan bir duygu durumudur. Anksiyete, kişiyi çevresinde yaşanan değişikliklere hazırlar ya da cevap vermesini sağlamaktadır. Anksiyete normal şartlarda psikolojik anlamda korunma sistemini oluşturmaktadır. Tehdit oluşturabilecek durumlarda ve tehdit varlığında, organizmanın kaç ya

da savaş mekanizmasını çalışmasını sağlar. Fakat anksiyete, ortada tehlike yaratacak bir olay yokken de oluşuyor, uzun sürüyor ve devam etmesi önlenemiyor ise “patolojik anksiyete” den bahsedilir. Yetersiz baş etme duygusu, ve geleceğe kaygısı ile belirsizlik düşünceleri, anksiyetenin bilişsel tarafını oluşturmaktadır (7).

Aile bireylerinin içine buldukları kriz dönemlerinde algıladıkları sosyal destek, krizin daha kolay bir şekilde ve az hasarla atlatılmasına neden olmaktadır. Bu zorlu süreçte ebeveynler, en çok desteği eşleri tarafından görmek isterler. Tedavi edilmeyen anksiyete, depresyona kadar ilerleyen bir tabloya neden olabilmektedir. Doğum sonrası depresyon, postpartum dönem ilk 4 hafta içinde başlamakla birlikte ilk 3-6 aylar içinde de başlayabilmekte, uzun yıllar devam edebilmektedir. Depresif belirtiler gösteren annelerle yapılan çalışmalarda, lohusa bireylerin postpartum dönemde en şikayetçi olduğu konulardan biri de yetersiz eş desteğine bağlı iletişim sorunları olduğunu göstermektedir (8).

Başka diğer araştırmalarda ise doğum sonrası depresyonun risk faktörleri arasında algılanan yetersiz eş desteği, doğum öncesi ve sonrası dönemde sağlanan düşük sosyal destek, bebek bakımı ile bebek sağlığı konusundaki problemler olduğu görülmektedir. Dolayısıyla babalar doğum sonrasında annelerle olan etkileşimleriyle alakalı olarak depresif semptomlar gösterirken, anneler için söz konusu olan oldukça unsur mevcuttur. Bu nedenle, anne depresyonunun baba için önemli bir risk faktörü olduğu ve babanın göz ardı edilemeyecek depresif belirtilerinin gelişiminde önemli rol oynadığı dikkate alınmalıdır (9).

Depresyon gibi ruhsal sorunlar, postpartum dönemde anneliğin ilk zamanlarından itibaren tanımlanabilir. Depresyon, bir bireyin yaşam kalitesinin güçlü bir yordayıcısıdır. Bireyleri desteklemek, sağlıklı nesiller yaratabilmek için gerekli olan birçok çalışma ile de desteklenmektedir. Mutluluklar, neşeler ya da krizler çoğunlukla ve en fazla da eşlerle paylaşılırken, onlardan gelen desteğin de önemi göz önünde bulundurulmalıdır. Bir toplumsal destek kaynağı olarak evlilik sistemi dünya üstünde en sık kullanılan ve bilhassa da kriz dönemlerinde kişilerin yaşamında mühim olan bir kurumdur (10).

Bu araştırmada, bebeği yoğun bakımda olan ebeveynlerin algıladıkları eş desteği ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prematüritenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre; annenin son adet tarihinin ilk gününden itibaren 37. gestasyonel haftasını tamamlamadan doğan bebekler doğum ağırlığına bakılmaksızın prematüre olarak kabul edilmektedir . Preterm doğumun nedenleri genellikle ya bilinmez ya da birden çok faktör bulunmaktadır. Erken doğum riski olan kadınlar tedavi görseler bile preterm doğumu önlemek her zaman mümkün olmamaktadır (11).

2.1.1. Prematüritenin sınıflandırılması

Özel bakım ihtiyaçlarının belirlenebilmesi ve bu ihtiyaçlarının karşılanmasına yol göstermesi açısından hem gestasyon haftasına göre hem de doğum ağırlığına göre yapılan sınıflama yöntemleri kullanılır (12,13). DSÖ prematüreleri gestasyon haftasına göre üç grupta sınıflandırmıştır (11) . Bunlar ;

- Hafif derecede prematüre (32-37 hafta)

-Orta derecede prematüre (28<32 hafta)

-İleri derecede prematüre (<28 hafta)

Prematürelerin doğum ağırlığına göre sınıflandırılmasında;

2500 gr'ın üstünde doğan preterm bebekler normal olarak kabul edilir. Doğum ağırlığına göre yapılan sınıflamada 2500 gr altındakiler düşük doğum ağırlıklı prematüre (DDA), 1500 gr altındakiler çok düşük doğum ağırlıklı prematüre (ÇDDA), 1000 gramın altındakiler çok çok düşük doğum ağırlıklı (ÇÇDDA) prematüre bebek denir (14).

2.1.2.Prematüreliliğin nedenleri

Preterm eylemin gerçek nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber, multifaktöriyel nedenler bulunmaktadır. Sağlıklı prenatal bakım alan ve sağlıklı beslenen kadınlarda preterm doğum yapma riski daha az görülmektedir. Sosyoekonomik seviyesi düşük olan kadınlarda

preterm doğum riski daha fazladır. Preterm doğuma neden olan faktörlere bakıldığında fetüs ile ilgili nedenler, uterus ve plasenta ile ilgili nedenler, maternal nedenler ve diğer nedenler olarak sınıflandırılmaktadır (15). Gebelikte kadınların stres yaşaması, olumsuz doğum sonuçlarına sebep olabilir. Ayrıca fetal gelişimin etkilenmesine, uzun süreli hastalık riskinin artmasına neden olmaktadır (16).

Fetüs ile ilgili başlıca nedenler incelendiğinde fetal distres, multifetal gebelik, hidrops, eritroblastosis ve konjenital fetal anomaliler bulunmaktadır (17). Uterus ve plasenta ile ilgili nedenlere bakıldığında uterus problemleri/anomalileri, plasental yetmezlik, plasenta previa, abruptio plasenta, ve plasenta patolojileri bulunmaktadır (18). Servikal yetmezlik, preeklampsi, kronik hastalık (kalp hastalığı, böbrek hastalıkları, diabetes mellitus, hipertansiyon, genitoüriner enfeksiyonlar, hipertiroidi, astım, anemi vb), enfeksiyon (üriner sistem enfeksiyonları, bakteriyel vajinosis, korioamnionit vb), stres, şiddete uğrama, yanık veya travma olması, önceki gebeliklerde abortus anamnezi, sigara, alkol ve madde bağımlılığı, daha önce prematüre doğum öyküsü, prenatal bakım ve düzenli takip eksikliği, annenin yaşının 16'dan küçük, 35'ten büyük olması, sık doğum (2 yıldan az aralıklarla), hepatit, düşük sosyoekonomik-kültür ve eğitim düzeyi, cerrahi girişimler veya obezite maternal nedenler arasında yer almaktadır (19). Diğer nedenler arasında ise erken membran rüptürü, polihidramnios, oligohidramnios ve genetik faktörler bulunmaktadır (6).

2.1.3. Prematüritenin Görülme Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, dünya genelinde yılda 15 milyon bebek prematüre olarak doğmaktadır. Her yedi doğumdan yaklaşık biri anlamına gelmektedir. Bunun sonucunda 1 milyonun üzerinde bebek ise yaşamının ilk yılını tamamlayamadan hayatını kaybetmektedir. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin hemen hemen dörtte üçü eldeki verilerin en sınırlı durumda olduğu Güney Asya ve Sahra Altı Afrika'da gerçekleşmiştir. Türkiye'de prematüre doğum oranı yıllar içinde benzer bir grafik çizerken, Bakanlık verilerine göre her yıl 180 binden fazla bebek hayata erken başlamaktadır. Bu doğan bebeklerin yaklaşık 7 bin 500'ü yaşamını yitirmektedir (11).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012 'de yayınlanan ve 184 ülkenin yer aldığı "Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu'nda" Dünya prematüre doğum oranının %5-18 arasında değişmekte olduğu ifade edilir. WHO tarafından belirlenen, 2012 ile 2025 yılları

arasında %30 azalma sağlanması için gereken yılda %2,7'lik azalmanın gerisinde kalmıştır (11).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2018 yılı verilerine göre, her yıl 10 bebekten en az biri, yani 15 milyon bebek prematüre dünyaya gelmekte ve sayı her geçen gün artmaktadır. 184 ülkede prematüre doğum oranları yüzde 5 ile 11 arasında değişmektedir. Bu artış, geç yaşta anne olma, annenin diyabet ve yüksek tansiyon gibi kronik sağlık sorunları, tüp bebek tedavisinin daha fazla kullanılması ve sezaryen yöntemine daha fazla başvurulmasıyla ilgili olabilir (20).

Prematüre doğum sadece sosyo-ekonomik durumu düşük olan ülkelerde olmamakla birlikte, en fazla prematüre doğum oranına sahip ilk 10 ülke arasında Amerika Birleşik Devletleri ve Brezilya da yer almaktadır (11). Preterm doğum görülme sıklığının Amerika'da %12-13, Avrupa ve diğer gelişmiş ülkelerde %5-9 olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde preterm doğum prevalansı ile ilgili çalışmalar sınırlıdır (21).

2.1.4. Prematüre Bebeğin Sorunları

Term bebeklerden çok farklı olan preterm bebekler fiziksel olarak gelişmemekle birlikte derisi buruşuk ve pembe, arka ve ön fontaneli küçük, damarlar yüzeysel, başları vücutlarına oranla daha büyük, tırnaklar yumuşak ve kısadır. Deri altı yağ dokusunun ve kas yoğunluğunun az olması nedeniyle hipotermiye eğilim vardır. Sistemleri iyi gelişmediği için "Preterm Retinopatisi" görülebilir. Kilo artışı oldukça yavaştır. Hipoglisemi, anemi sık görülürken elektrolit dengesizliklerine yatkındır. Akciğerlerin kapasitesi gelişmediği için solunum sorunları görülmekte ve solunum desteği gerekmektedir. Akciğerleri gelişmemiş olmasına bağlı apne ve bradikardi prematürelere sık görülen problemlerdendir. Akciğerler yeterli bir şekilde havalanmadığı için Patent Ductus Arteriosus (PDA) 'ın olması solunum problemlerini artırır. Beyin damarlarının gelişmemiş olması nedeniyle intrakranial kanama riskleri bulunmaktadır. İmmün sistemleri düşük olduğu için enfeksiyonlara yatkındır (22,23).

Prematüre bebekler, yüksek riskli yenidoğan grubunun en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Son zamanlarda teknolojideki gelişmeler ve Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı yeni çalışmalarla, ülkemizde yenidoğan yoğun bakımında önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Bu ilerlemelerle, yenidoğan ölüm oranları yüksek ölçüde azalırken, prematüre bebeklerin yaşam oranlarında da artış sağlanmıştır. Hem ülkemizde hem de Dünyada, son zamanlarda prematüre

bebek bakımında önemli gelişmeler sağlansa da prematüre doğum oranlarının azaltılması konusunda ilerleme kaydedilememiştir. Şuan çoğu ülkede prematüre doğum oranının yükselişte olduğu, 1995 yılından günümüze, prematüre doğum oranında 2 kata yakın artış gözlemlenmektedir (24).

Prematüre bebeklerin maliyetli bakımı, uzun dönem hastanede yatışları ve taburculuk sonrası gelişen komplikasyonlar nedeniyle aileye ve ülkelere ciddi ekonomik yük getirmektedir. Prematüre doğum neonatal morbidite ve mortaliteye yol açan riskli bir durumdur. Annenin bebeğini kaybetme korkusu, umutsuzluk, çaresizlik ve kayıp duygularının yaşanmasına yol açmaktadır (25).

2.2.Bebeği YYBÜ'nde Olan Ebeveynlerin Yaşadıkları Stresörler ve Sorunlar

Ebeveyn ve bebek arasındaki ilişki temelini oluşturan bağlanma, ebeveynlerin bebeğiyle ilk yıllarda kuracağı ilişki bağı oldukça önemli bir yere sahiptir. Bebeğin doğup büyüdüğü yer, ev ortamı, ailenin ilgili oluşu, temel bağlanma olayını gerçekleştirecektir (26). Hamilelik ve doğum her kadında görülebilecek fizyolojik değişikliklerin yanında psikolojik ve sosyal değişimlere de neden olmaktadır. Ebeveynler; bebek bakımı verme, bebeklerine güvenli bir çevre kurma, bebekle sağlıklı iletişim kurma, rol ve yeni sorumluluklar yüklenerek bebekleri ile ilgili oluşabilecek problemlerle başa çıkmak zorundadırlar (27).

Doğum sonrası dönem olan postpartum dönem, aile için oluşan fiziksel değişikliklerin yanında ruhsal ve sosyal yönden değişikliklerin de olduğu önemli bir gelişimsel süreçtir. Ebeveynlerin bu değişikliklere alışabilmesi, annelik ve babalık rolü, bebeğini kabullenmesi ve ebeveyn bebek uyumu için zaman gerekir. Prematüre bir bebeğe sahip ebeveynler daha streslidir. Yaşadıkları en önemli stres nedenleri; bebeklerinin sağlığı ile ilgili kaygılar, uzun dönem hastanede kalmaları, taburculuk sonrasında bebeğin bakımını üstlenmek ve kalıcı hasarların olup olmayacağı konusunda endişelenmeleridir (28). Pearlın'ın Stres Süreci Modeli' ne göre ebeveynlerde stres emosyonel, sosyal ve fiziksel stres belirtileri olarak ortaya çıkmaktadır (29). **Emosyonel Stres:** Ebeveynler yenidoğan yoğun bakımda yatan bebekleri ile ilgili çok fazla endişe, korku, hayal kırıklığı, çaresizlik, suçluluk duygusu, umutsuzluk, iç sıkıntısı yaşamaktadırlar. **Sosyal Stres:** Prematüre bebeğin evde bakımı, evden ve aileden uzaklaşması, düşük ekonomik düzeyle birlikte aileye maddi ve manevi zorluklar

yaşatmaktadır. **Fiziksel Stres:** Ebeveynlerin hastane ortamında kalıyor olması, hijyen eksikliği, beslenme bozuklukları ve uykusuzluk da stres yaşatmaktadır (29).

Ebeveynlerde postpartum dönemde görülen en hızlı tepki bağlanma olarak adlandırılır. Doğum sonrası ebeveynler ve bebek arasında ilk 30 dakika içerisinde duygusal temas gelişmektedir. Bağlanma ebeveynden bebeğe doğru oluşan bir durumdur. Anne bebeğine sarılırken, bakarken ve bazı davranışlarla bağlanmayı başlatır. Bebeğin anneye yanıtı ise göz ve vücut hareketleriyle gerçekleşmektedir (30). İlk dokunuş ve ten teması anne- bebek uyumu için çok önemlidir. Bu sebeple gereken en kısa sürede anne-bebek buluşması olmalıdır. Doğumdan sonra annenin teni ile temas eden bebeklerin, diğer bebeklere göre daha az ağladığı, emzirmeye kolay uyum sağladığı, uyku düzeninin daha iyi olduğu ve vücut sıcaklığını daha iyi koruduğu bilinmektedir (31).

Bebeği doğum sonrası annenin göğsüne yatırmak, tanıdık ve güvenli olduğuna dair bebekte güven hissi yaratmaktadır. Annesinin vücut sıcaklığını, kalp atışlarını ve nefesini hisseden bebek daha rahatlamakta ve sakinleşmektedir. Anne için de bebeğinin kalp atışlarını, sıcaklığını hissetmesi de huzur vermektedir (32). Bağlanma sürecinin başlaması anne ve bebek sağlığına ayrıca doğumun gerçekleşme koşullarına bağlı olarak değişmektedir. Bebeğin ya da annenin hayati tehlikesi olduğu durumlarda ise ilk temas ve bağlanma süreci aksayabilir (30,33).

Preterm doğum, bebeğin doğum haftasına ve ağırlığına bakılarak yenidoğan yoğun bakım servisine yatırılma endikasyonu olabilir. 37.gestasyonel haftadan önce doğan prematüre bebekler, intrauterin gelişimini tamamlamadan doğdukları için dışarıdaki ortama uyum sağlamakta zorluk yaşarlar. 35 haftanın üzerinde doğan prematüre bebekler hastanedeki servislerde ebeveynlerinin yanında takip edilebilir ancak ideal olanı tüm preterm eylemlerin yenidoğan yoğun bakım servisi olan bir hastanede gerçekleşmesidir (34,35).

Preterm doğumun bebekte oluşturduğu olumsuz etkiler olduğu gibi aileye de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Hamilelik, ailenin yeni aile üyesi için hem biyolojik hem de psikolojik hazırlanma sürecidir. Bu süreçte bebeğin odasını hazırlama, kıyafetler alma, bebek bakımı konusunda bilgi edinme, aile düzenindeki değişimleri bebeğe göre ayarlama, anne ve babalık rollerini kazanmaya çalışmadır. Büyük aile bireyleri ve yakın çevre bile, beklenti içinde olan

aileyle birlikte bu sürece katılmaktadır. Oysa preterm doğum ile aile beklenmeyen farklı bir durumla karşı karşıya kalmaktadır (5).

Bu dönem morbitide ve mortalite hızlarının yüksek olduğu riskli bir dönemdir. Bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ailelerde bu durumun olumsuz duygular geliştirdiği bilinmektedir. Bunun nedenleri, tanı ve tedavi işlemlerinin nasıl yapıldığının bilinmemesi, bilgi eksikliği, tedavi sürecinin belirsizliği, ileride çocuklarında kalıcı bir hasarın olması düşüncesi veya fiziksel engelin kalabileceği ihtimali, doğum sonrası bebekle geç buluşmakla birlikte gelişen ebeveynlik duygusunun yerine getirilmemesine bağlı ailedeki suçluluk duygusu, hastane masraflarının oluşturduğu ekonomik sıkıntılar, yoğun bakım ünitesinde bulunan farklı araç ve gereçler, gürültü ve personelin yoğun çalışma temposu gösterilmektedir. (36).

Bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ailelerin gereksinimlerine bakıldığında, yapılan çalışmalarda en çok karşılaşılan aile gereksinimleri; bebeğini görebilme, kucağına alma, bebeğin durumu hakkında açık güvenilir ve doğru bilgi alma, bebeğinin bakımına katılma, ailelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yakın bir yerde olması, bebeğinin ihtiyacı olduğu bakım ve tedaviyi aldığına güvenme, ümit ve hastane personelinin aileye ve bebekleri hakkında yardımcı olabileceklerine inanma tanımlanmıştır. Dua edilmesi, personele güven duyma ve soru sorulması, fiziksel rahatlık ve diğer anne-babalarla konuşmada önemli olarak belirtilmiştir (37).

Bowlby'e göre, kendisinin inandığı önemli durum şudur; bebeğin anneye gereksinim ve ihtiyaç duyduğunu, yaşamda kalabilmek içgüdüsünde olduğunu vurgulamıştır. Yaptığı çalışmada annelerinden ayrılmak zorunda kalan bebeklerin, yetişkin dönemlerinde psikolojik problemler yaşadığı ve psikopatolojik sorunların olacağını söylemiştir (38).

2.3. Anksiyete

Kaygı (anksiyete) kavramına etimolojik olarak bakıldığında kökeninin latinedeki "angustioe" ve eski yunancadaki "anxietas" kelimelerinden geldiği görülmektedir. Bu kelimeler "düğümlenmiş ip" anlamına gelir. Kaygı aslında "ruh sıkıntısı" anlamına gelmektedir. TDK'ya göre kaygı "üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa" olarak tanımlanır (39).

Benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir durum olan kaygı, stres (anksiyete) olarak tanımlanmaktadır. Olumsuz duyguların da yaşandığı bu gerilim anında titreme, çarpıntı, terleme ve yüksek nabız gibi fiziksel semptomlar da görüldüğü bir tablodur. Biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı gebelik ve doğum kadın yaşamının önemli bir dönemidir. Bu dönemde bebeğin bakımı, yeni sorumluluklar, suçluluk duygusu, eş ve ailelerle olan sıkıntılar gibi sorunlar yaşanabilir. Bu sorunlar özellikle anne üzerinde stres oluşturarak ruhsal değişikliklere neden olabilir (40). Kadın yaşamının en güzel dönemlerinden biri olarak adlandırılan postpartum dönem aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişiminin başlaması açısından dikkat edilmesi gerekmektedir (1,2).

Postpartum dönemde depresif ruh haline yalnızca annelerde değil babalarda da rastlanmaktadır. Yapılan bir araştırmada, doğum sonrasında postpartum anksiyete yaşayan kadınların eşlerinin %24-50'sinde de benzer depresif belirtiler görülmüştür. Bunun yanında doğum yapan kişilerin eşlerinde görülen depresif semptomlara, doğumdan sonraki ilk 6 ayda daha çok rastlandığı, kadınlarda ise bu semptomlara 12 ay içerisinde daha fazla rastlandığı görülmüştür (41).

Bebek bakımına katılmadıkları için, çoğu zaman çok fazla psikolojik sıkıntıya katlanmak zorunda kalırlar ve hatta bebeğin hastaneden taburcu edilmesi ebeveynleri endişelendirebilir. Bu kaygı, bebek doğduktan sonra iki yıl sürebilmektedir. Doğum sonrası anksiyetesi olan annenin ruh sağlığı ve tedavi için toplumsal desteğin varlığı, annelerde ortaya çıkan postpartum anksiyete daha kolay bir şekilde atlatma sağlayacağı belirtilmektedir. Annelik rolüne daha iyi uyum sağladığı ve bu yeni rollünü olumlu karşıladığı, daha az stres yaşamış olduğu görülmektedir (42).

2.4. Eş Desteği

Ülkemizde yapılan çoğu çalışmada sosyal destek üzerinde durulmuş, sosyal destek alt boyutlarından olan “özel insan veya aile” alt boyutu eş desteği olarak değerlendirilmiştir (43,44).

Sosyal destek kavramı tüm toplumsal bilim alanlarında, hatta tıp alanında incelenen ve yaşamın her yönüne tesiri olduğu düşünülen son derece önemli bir kavram olmuştur. Çünkü toplumsal destek, kişilerin beden sağlığı, ruh sağlığı ve bunlarla birlikte de başarısı ile

ilişkilidir. Bunların yanı sıra kişilerin yaşadığı olduğu olumsuz olaylar ve anksiyeteye karşı da önemli bir tampon görevi görerek bireyleri korumaktadır (45,46).

Genel anlamda sosyal destek; yaşam tecrübelerini paylaşma ile alakalı duygusal ilgi, ihtiyacı olan kişiye direkt olarak destek ve ihtiyaçlarının karşılanması, bireyin problemleri için bilgi, öneri ve değerlendirmeye benzer oranda yapıcı geri bildirimleri içeren bir kavram olarak söylenebilir. Toplumsal destek tanımıyla alakalı literatür kaynaklarda farklı açıklamalar söz konusudur. Caplan'e göre sosyal destek, insanların duygusal meseleleri ile mücadele edebilmeleri için zorunlu olan, anksiyete durumlarda maddi ve manevi olanakları sağlayan ve bireylerin görevlerini paylaşan yakınlarından almış olduğu destektir (47). Ebeveynler, yaşam boyunca oluşan tüm pozitif ya da negatif duygularını birbirleriyle paylaşıırken, sosyal destek kaynağı olarak da genellikle eşlerini kullanmayı tercih ederler. Mutluluklar veya krizler genellikle en çok eşlerle paylaşılırken, onlardan gelen desteğin de önemi büyüktür. Önemli bir sosyal destek kaynağı olarak görülen evlilik kurumu, tüm dünya üzerinde en sık kullanılan ve özellikle kriz dönemlerinde de en ihtiyaç duyulan bir kurumdur (48,49).

Anne ve baba olma insan hayatının yaşamsal kriz olayıdır. Bu kriz durumlarında ebeveynler, doğal yardımcı olarak görülen aile bireyleri ve yakın çevrelerine dayanma gereksinimindedir. Bu sosyal destek, bireyin uyum süreci ve sağlığı üzerinde son derecede önemli bir etkiye sahiptir. Doğum sonrası dönemde sosyal destek almaları ebeveyn ve bebek sağlığı ile olumlu aile içi ilişkileri açısından önemlidir. Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin doğum sonrası dönemdeki ebeveynlerin anne ve babalık rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilediği, bebeğine olan maternal bağlanmayı hızlandırdığı ve arttırdığı, yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırdığı belirtilmiştir (50).

Eş desteği ile ilgili literatürde oldukça fazla araştırmalar yapılmıştır. Eş desteğinin, evlilik doyumunu ve evlilik uyumunu arttırdığı, aynı zamanda evlilikte strese bağlı olarak yaşanan sıkıntıları önleyip evlilik kurumunu koruduğu ve evlilik doyumunu fazlalaştırdığı belirtilmektedir. Evlilik içerisinde sağlanan destek miktarı kadar desteğin niteliği de önemlidir. Araştırmacılar, yeterli eş desteğini tanımlarken, desteği isteyen tarafın beklentileriyle, desteği sağlayacak olan tarafın bu beklentiye uyumlu olarak gösterdiği davranışları göz önünde bulundurmışlardır. Buna göre yeterli eş desteğinin olumlu olarak sağlandığı evliliklerde, diğer evliliklere göre daha fazla evlilik doyumunun olduğu

gözlemlenmiştir. Eşten gelen destek, eşin isteklerini karşılamıyorsa, durum ilişkide çiftlerin birbirini düşüncesiz ya da bencil olarak tanımlamasına sebep olabileceği görülmüştür. Bu verilerle birlikte eşe verilen desteğin niceliği kadar niteliğinin de önemli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (51).

Algılanan yetersiz destek ise evli kişilerde anksiyeteyi tetiklediği ve evlilik bağına zayıflatarak evlilik niteliğini olumsuz yönde etkilerken aile fertlerinin de iyi oluşlarını olumsuz düzeyde etkilediği söylenebilir (9). Geçmiş yıllarda meydana getirilen çalışmalar toplumsal desteğin farklı taraflarını içerecek bir kapsama sahip olsa da, en genel düzeyde toplumsal desteğin alınan ve algılanan olmak üzere iki şekli bulunmaktadır. Algılanan sosyal destek bireyin sosyal çevresinden almış olduğu mevcut sosyal desteğe dair kişisel algısına dayanmaktadır (52).

2.5. Ebeveynlerin Algıladıkları Eş Desteği İle Anksiyete İlişkisi

Günümüze kadar alanda yapılan araştırmalar, genellikle sosyal destek ve anneliğe geçiş konusuyla ilgili çalışmalardır fakat eş desteği, özellikle de doğum sonrası dönemde sağlanan eş desteği, literatürde çok fazla incelenen bir ilişki modeli olmamıştır. Sosyal destek, postpartum dönemde oldukça fazla bir öneme sahiptir. Annenin psikolojik durumu, kendini iyi hissetme, duygularını paylaşmakta ve anlatmakta arkadaşların fikirleri ile beraber olması, annenin doğum sonrası duygu durumundaki değişiklikleri dengede tutmasına ve psikolojik değişiklik sürecini anlatmasına destek olacağı bildirilmektedir (50).

Bu konuda yapılan araştırma sonuçlarında ise, eş desteği ve anksiyete ilişkisinin arasında önemli bir bağlantı olduğu vurgulanmıştır. Ebeveynlerin birbirlerine postpartum dönemde ulaşılabilir en yakın ve en kolay kaynak olduğu düşünülecek olursa, annenin annelik rolüne, babanın babalık rolüne uyum sağlaması ve bu bağlamda eşten destek alması 'eş desteği' kavramının önemini göstermektedir. Evlilik kurumunun daha kaliteli ve evlilik bağının daha güçlü olmasının, sağlanan yeterli eş desteğiyle ilişkili olduğu, aynı zamanda yetersiz sağlanan eş desteğinin de eşlerde anksiyeteye sebep olabileceği görülmüştür (9,51)

Türkiye'de bu ilişki arasında bağ araştırmacıların dikkatini çekmiş ve alanda yapılan araştırmaların sayısı son zamanlarda artmaya başlamıştır. Postpartum anksiyete sıklığı ve risk faktörlerini inceleyen bir meta-analizde, anne ve babada var olan geçmiş psikiyatrik

rahatsızlıkların, eşlerin birbirleriyle ve ailesiyle olan ilişkisinin ve sağlanan sosyal desteğin, en önemli psikososyal faktörler arasında olduğu görülmüştür (53,54). Tayvan'da 327 çiftle yapılan 5 yıl süren bir araştırmada, eşleri tarafından yetersiz sosyal destek sağlanan bireylerin, ilişkilerinde daha çok fedakarlıkta bulunmuş olduğu, evlilik doyumlarının daha düşük olduğu ve aynı zamanda daha çok depresif belirtiler görülmüştür (55).

Duygu düzenlemeye dair geliştirilen ve uygulanan bu stratejiler, olumlu yönde duyguyu arttırıp olumsuz duyguların azalmasına destek olduğu için, bu stratejilerin önemi ruhsal bozukluklar açısından da önem kazanmaktadır. Özellikle doğum sonrası dönem dikkate alındığında, ebeveynlik açısından destek olabilecek duygu düzenlemeye ilişkin bu yöntemler, kişilerarası iletişimde işlevselliğe, riskli davranışlarda azalmaya ve duygu durumunda düzenlemeye destek olabilir (56). Doğum sonrası dönemde, annelerin algıladığı sosyal desteğin olması, kendini daha değerli ve önemli hissetmesine, duygularını paylaşması ve etrafıyla yakın olmasına, kendini yalnız hissetmemesine olanak sağlar (8).

Annelerin çoğunda görülen doğum sonrası depresyon, postpartum dönemde oluşan, hormonal değişiklikler, stres etkenlerinin oluşu, hamileliğin planlanmaması, eksik sosyal algı, beklenmeyen gebelikler, eşler arasında uyumsuzluk ve anlaşmama, ailede depresyon öyküsü, önceden düşük yaşamış olması gibi olumsuz faktörlerin varlığı, postpartum anksiyeteye yakalanma riskini artırdığı görülmektedir (54). Postpartum anksiyetenin en ağır süreci olan psikoz başlangıcında, annenin kendini çaresiz ve yetersiz hissettiği, duygu durum değişimiyle birlikte yoğun bir karamsarlık, stres altında olduğu, değişik inanış ve semptomlar bulundurduğu negatif düşünceler geliştirdiği, kendi ve bebeğine zarar ve tehdit algısı geliştirdiği, bu duygulara inandığını belirtilmektedir (51).

Doğumdan sonra yapılmış olan çok fazla çalışmada, kadınların bekar olması, bebeğinin ölü doğması, öncesinde psikiyatrik sorun hayat öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vb. durumların, anksiyete için risk faktörü taşıdığıdır. Postpartum dönemden önce, psikoz tanısı alan ya da majör depresyonu olan kadınların postpartum dönemde atakların tekrar ettiği belirtilmektedir (57,58). Hamilelik dönemi, anne adayı kadar baba adayı için de değişkenlerden etkilenilmiş olan bir süreçtir. Eşler arasındaki uyum, destek ve iletişiminin önemli olduğu bu zaman diliminde ebeveynler mutluluk ve heyecanın dışında, korku ve endişe yaşarlar. Gebenin en çok destek gördükleri sosyal kaynağın eşleri olduğu

bilinmektedir. Algılanan sosyal desteğin yeterli olması gebede endişe ve depresyon seviyesini düşürdüğü, prenatal stresi azalttığından bahsedilmektedir (10).

2.6. YYBÜ’nde Bebeği Olan Ailelerin Ruhsal Sorunları ile Baş Etmede Hemşirenin Rolü

Preterm bebekler, intrauterin hayattan ekstrauterin hayata geçiş aşamasında term bebeklere göre daha çok zorlanırlar. Bunun sebebi organlarındaki immatürlüktür. Prematüre bebekler, özellikle solunum sistemlerinin gelişmemesinden dolayı solunum cihazı desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu durumda acil müdahale ve gelişebilecek komplikasyonları önlemek amacıyla doğumdan sonra yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı yapılarak tıbbi bakıma alınırlar. Yenidoğan yoğun bakım servislerini önemli kılan faktör neonatal ölüm hızını ve yenidoğan morbiditesini azaltmasıdır (37).

Prematüre bir bebek enfeksiyonlara yatkınlığı, beslenme ve solunum sorunları, vücut ısısı düzensizlikleri, değişiklikleri ve bakımı açısından özel ilgiye ihtiyaç duyar. Bu sebeple evde bakımın başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için, bebeğin yaşadığı ortam ve ne gibi bakımlara gereksinimi olacağı konusunda ailenin eğitilmesi büyük önem taşımaktadır (59).

Bağlanma sürecinin oldukça fazla önemli olduğu, bebek, annesine gereksinim duyduğu zamanlarda annesiyle birlikte olabilmesi ve annenin bu süreçte bebeğin ihtiyaçlarını karşılamaya çalışması, bebeğin isteklerine yardımcı olması gerektiği bildirilmektedir (60). Sümer’in (2015) aktardığına göre, Bowlby’in çalışmasında, anneye olan her türlü ayrılık ve yoksunluk ya da travma durumları, kaygı, sinirlilik sorunu, stres, psikopatolojik sorunlara yol açmaktadır (61).

Preterm bebeklerin bakımı ve tedavisi için alındığı yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, ebeveyn-bebek uyumunun ilk adımlarını atmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım hemşiresi, ailenin bebeğiyle ilgili ihtiyaçlarını belirleyip, bu ihtiyaçları doğrultusunda aileye yardımcı olarak özgüvenlerini sağlamaktadır (26). Yapılan araştırmalarda uzun dönem yatışı olan prematüre bebeklerinden ayrı kalan ailelerin deneyimlerini inceleyen araştırmacılar, bebeklerinin sağlıklı yaşamlarından endişelendikleri ve korktukları, ayrıca ailenin bebeğe bağlanmasında zorluk olduğunu saptamışlardır (45). Postpartum dönemde özellikle annenin bebeğine dokunması, kucaklaması, bakımına aktif olarak katılması ne kadar erken başlatılırsa anne-bebek bağlanması da erken oluşmaya

başlamış olmaktadır. Ailenin bebek bakımına aktif katılımı sağlanarak bebeğini kucaklaması, göz teması sağlanması, anne-bebeğin aynı odada kalması ve kanguru Bakımının uygulanması sağlanmalıdır (62).

Hasta ve ailesini bir bütün olarak kabul eden bütüncül bakım doğrultusunda, bakım ve tedavi süresince ebeveynler de yoğun bakım ünitesinin bir üyesi olarak görülmelidir. Ailelerin sosyal destek olarak arkadaşlarından yardım almaları, arkadaşları veya aileleri ile sohbet etmek, onlarla ağlamak, dua etmek, ara sıra içe kapanmak da baş etme mekanizmalarındandır (63). Prematüre bebeğin anneden erken ayrılması, anne ile arasında maternal bağlanmanın sağlanamaması, annenin bebeğini erken doğurmaya karşı kendinde suçluluk duygusu hissetmesi, istedikleri ve hayal ettikleri aile yapısına kavuşamamış olmaları ebeveynlerine hüznün yaşatmaktadır. Prematüre bebeğin ailesinin, anksiyete ile baş etmesinde en önemli yardımcı kişiler sağlık bakımını verenlerdir (29).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan ebeveynlerin algıladıkları eş desteği ile anksiyete ilişkisinin ortaya konulması amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yeni doğan Yoğun Bakım Servisi'nde Aralık 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Klinik, 28 küvöz kapasiteli olmak üzere, 3. Düzey yoğun bakımdır. Klinikte 30 hemşire vardiyalı olarak görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, veri toplama tarihleri arasında hastanenin yeni doğan yoğun bakım servisinde yatan tüm prematüre bebek (37. Gestasyon haftasından önce doğmuş) anne ve babaları oluşturmuştur. Örneklem seçiminde ise, 18 yaş ve üzerinde olan, Türkçe konuşup anlaşabilen, iletişim engeli olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden anne ve babalar çalışmaya alınmıştır. Örneklem sayısı olarak, 270 ebeveyn (135 çift) çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu, çalışma kriterlerine benzer özellikteki beş anneye uygulanmış, anlaşılmayan ifadeler olup olmadığı değerlendirilmiş, anket formundaki tüm ifadelerin anlaşılır olması nedeniyle sorularda herhangi bir düzeltme yapılmamıştır. Araştırma verileri, Veriler demografik veri formu, Eş Destek Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ile elde edilmiştir (Ek-1).

3.5. Veri Toplama Araçları

Eş Destek Ölçeği: Yıldırım (2004) tarafından, eşlerin algıladıkları desteği ölçmek için geliştirilmiştir. Üçlü likert tipi ölçekte (Bana uygun =3, kısmen uygun =2, bana uygun değil =1) tersine çevrilmiş üç madde (10, 20, 24) bulunmaktadır. 27 maddelik ölçekte alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan ise 81'dir. Duygusal destek 9 maddeden (1, 2, 3, 4, 6, 9, 12, 16, 21), maddi yardım ve bilgi desteği 7 maddeden (7, 13, 15, 17, 24, 25, 27), takdir desteği 8 maddeden (5, 10, 14, 18, 20, 22, 23, 26) ve sosyal ilgi desteği 3 maddeden (9, 11, 18) olmak üzere ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar algılanan eş desteğinin daha fazla olduğunu gösterirken, düşük puanlar ise kişinin eşinden az destek aldığını göstermektedir. Ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur (Yıldırım 2004). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri 0,91 olarak bulunmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeği, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Ölçek Aeron T.Beck (1988) tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. 21 maddeden oluşan ve her madde 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddenin toplamında 0-63 puan elde edilir ve toplam skorun artması anksiyete semptomlarının da arttığını gösterir. Beck Anksiyete Ölçeği'ndeki maddelerde anksiyetenin subjektif, somatik ve panikle ilgili belirtileri tarif edilmektedir.

Beck Anksiyete Ölçeği puanlama kriterleri şöyledir:

0-7 puan: Anksiyete belirtileri yok.

8-15 puan: Hafif düzeyde anksiyete

16-25 puan: Orta düzeyde anksiyete

26-63 puan: Şiddetli düzeyde anksiyete şeklindedir.

Ulusoy ve ark.'nın (1998) çalışmasında ölçeğin cronbach alpha değeri 0,85 olarak bulunmuştur (Ulusoy ve ark. 1998). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri 0,89 olarak bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Eş Destek Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması

Bağımsız değişkenler: Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri, bebeklerinin özellikleri, eş ilişkisine yönelik özellikler

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçülmüş, nicel verilerin analizinde t testi, Anova testi, Kruskal Wallis ve sperman korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran ebeveynlerin verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Çalışmanın verileri pandemi döneminde elde edilmesi, veri toplama sürecinde aksama yaşanmasına neden olmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler, yeni doğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan ebeveynlere genellenebilir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı (Ek-2) alınmıştır. Etik kurul onayı sonrasında, araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izin alınmıştır (Ek-3). Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuştur. Katılımcılara araştırmaya katılım konusunda özgür oldukları ve araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmayı bırakabilecekleri belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarının kimlik bilgileri verilmeden bilimsel amaçla yayınlanabileceği konusunda bilgi verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerden çalışma öncesinde yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Yenidoğan yoğun bakımda yatan prematüre bebeklerin anne ve babalarının algıladıkları eş desteği ile anksiyete ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

Tablo 1. Katılımcılara ilişkin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı (N:270)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	
Anne yaş ortalaması/ yıl	28,80±4,96	(18-41)	
Baba yaş ortalaması/ yıl	32,63±6,29	(18-49)	
Cinsiyet	Kadın	135	50,0
	Erkek	135	50,0
Yaş grubu	30 yaş ve ↓	136	50,4
	31 yaş ↑	134	49,6
Öğrenim durumu	İlköğretim	118	43,7
	Lise	103	38,1
	Üniversite	49	18,1
Çalışma durumu	Çalışıyor	150	55,6
	Çalışmıyor	120	44,4
Sosyal güvence	Yok	53	19,6
	Var	217	80,4
Evlilik süresi	1 yıl ↓	49	18,1
	1-3 yıl	88	32,6
	4-6 yıl	79	29,3
	7 yıl ve ↑	54	20,0
Çocuk sayısı	1	118	43,7
	2	92	34,1
	3 ve ↑	60	22,2

Katılımcılara ilişkin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Katılımcıların %50’si (n=135) yenidoğanın annesi, %50’si (n=135) ise yenidoğanın babasıdır. Annelerin yaşları 18 ile 41 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 28,80±4,96 yıldır. Babaların yaşları ise 18 ile 49 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 32,63±6,29 yıldır. Katılımcıların %50,4’ünün (n=136) 30 yaş ve altında olduğu, %43,7’sinin (n=118) ilköğretim mezunu olduğu, %55,6’sının (n=150) çalıştığı, %80,4’ünün (n=217) sosyal güvencesinin olduğu, %32,6’sının (n=88) 1-3 yıldır evli olduğu ve %43,7’sinin (n=118) tek çocuk sahibi olduğu saptandı.

Tablo 2. Yenidoğanlara ilişkin özelliklerin dağılımı (N:270)

Yenidoğana İlişkin Özellikler	n	%	
Gebeliğin planlı olması	Evet	158	58,5
	Hayır	112	41,5
Daha önce prematüre bebek doğması	Evet	51	18,9
	Hayır	219	81,1
Daha önce yeni doğan yoğun bakımda yatan bebeğin olması	Evet	45	16,7
	Hayır	225	83,3
Bebeğin doğum haftası	25-28 hafta	24	8,9
	29-32 hafta	31	11,5
	33-36 hafta	102	37,8
	37 hafta	113	41,9
	1000 g ve ↓	22	8,1
Bebeğin doğum kilosu	1001-1500 g	21	7,8
	1501-2000 g	47	17,4
	2001 g ve ↑	180	66,7
Bebeğin hastanede yatma süresi	7 gün ↓	112	41,5
	8-30 gün	113	41,9
	31 gün ↑	45	16,7

Katılımcıların %58,5'inin (n=158) gebeliği planladığı, %18,9'unun (n=51) daha önce prematüre bebeğe sahip olduğu, %16,7'sinin (n=45) yenidoğan yoğun bakımda yatan bebeğinin olduğu saptandı. Bebeklerin %41,9'unun (n=113) doğum haftasının 37 hafta olduğu, %66,7'sinin (n=180) doğum kilosunun 2001 gram ve üzerinde olduğu ve %41,9'unun (n=113) hastanede yatma süresinin 8-30 gün arasında değiştiği saptandı.

Tablo 3. Katılımcıların psikolojik ve evlilik durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı (N:270)

Psikolojik ve Evlilik Durumlarına İlişkin	n	%
---	---	---

Özellikler

Tanı alınan bir psikolojik rahatsızlığın olması	Hayır	265	98,1
	Evet	5	1,9
Eşin tanı alınan bir psikolojik rahatsızlığının olması	Hayır	261	96,7
	Evet	9	3,3
	İyi	162	60,0
Genel ruh hali	Orta	101	37,4
	Kötü	7	2,6
Psikolojik desteği ihtiyaç duyma durumu	Evet	58	21,5
	Hayır	212	78,5
	İyi	207	76,7
Eşi ile olan ilişkinin değerlendirilmesi	Orta	61	22,6
	Kötü	2	0,7
	Evet	230	85,2
Evlilikten mutlu olma durumu	Hayır	11	4,1
	Kararsız	29	10,7
	Evet	210	77,8
Eşin kendisine yeterince destek olduğunu düşünme durumu	Hayır	18	6,7
	Kararsız	42	15,6

Katılımcıların %1,9'unun (n=5) tanı aldığı psikolojik bir rahatsızlığının olduğu, %3,3'ünün (n=9) eşinin tanı aldığı psikolojik bir rahatsızlığının olduğu, %60'ının (n=162) genel ruh halinin iyi olduğu, %21,5'inin (n=58) psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu, %76,7'sinin (n=207) eşi ile olan ilişkisini iyi olarak tanımladığı, %85,2'sinin (n=230) evliliklerinden mutlu olduğu ve %77,8'inin (n=210) eşinin kendisine yeterince destek olduğunu düşündüğü saptandı.

Tablo 4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Eş Destek Ölçeği (EDÖ) puanlarının dağılımı

Ölçekler	ve	Alt	Madde Sayısı	Puan	Min-Maks	Ort±SS
----------	----	-----	--------------	------	----------	--------

Boyutlar		Aralığı	(Medyan)	
BAÖ toplam	21	0-63	0-40 (7)	9,73±9,21
Duygusal destek	9	9-27	9-27 (25)	23,87±3,51
Maddi yardım ve bilgi desteği	7	7-21	7-21 (18)	17,70±2,68
Takdir etme desteği	8	8-24	10-24 (20)	19,77±2,63
Sosyal ilgi desteği	3	3-9	3-9 (8)	7,70±1,34
EDÖ toplam	27	27-81	29-81 (72)	69,04±9,23
			n	%
	Minimal		160	59,3
	Hafif		47	17,4
	Orta		53	19,6
	Şiddetli		10	3,7

BAÖ ölçeği toplam puanlarının 0 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalamasının 9,73±9,21 ve medyanının 7 olduğu saptandı. Ayrıca katılımcıların %3,7'sinde (n=10) şiddetli anksiyete saptandı.

Duygusal destek alt boyutu puanları 9 ile 27 arasında değişmekte olup, ortalaması 23,87±3,51 ve medyanı 25 puandır. Maddi yardım ve bilgi desteği alt boyutu puanları 7 ile 21 arasında değişmekte olup, ortalaması 17,70±2,68 ve medyanı 18 puandır. Takdir etme desteği alt boyutu puanları 10 ile 24 arasında değişmekte olup, ortalaması 19,77±2,63 ve medyanı 20 puandır. Sosyal ilgi desteği alt boyutu puanları 3 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalaması 7,70±1,34 ve medyanı 8 puandır. EDÖ ölçeği toplam puanları 29 ile 81 arasında değişmekte olup, ortalaması 69,04±9,23 ve medyanı 72 puandır.

Tablo 5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Eş Destek Ölçeği (EDÖ) puanlarına ilişkin normallik testleri

Ölçekler ve Alt Boyutlar		Kolmogorov-Smirnov	Shapiro-Wilk
BAÖ toplam	İstatistik	0,159	0,871
	p Değeri	p<0,001**	p<0,001**

Duygusal destek	İstatistik	0,204	0,834
	p Değeri	p<0,001**	p<0,001**
Maddi yardım ve bilgi desteği	İstatistik	0,157	0,923
	p Değeri	p<0,001**	p<0,001**
Takdir etme desteği	İstatistik	0,157	0,919
	p Değeri	p<0,001**	p<0,001**
Sosyal ilgi desteği	İstatistik	0,219	0,849
	p Değeri	p<0,001**	p<0,001**
EDÖ toplam	İstatistik	0,140	0,895
	p Değeri	p<0,001**	p<0,001**

*p<0,05*** *p<0,01***

Yapılan normallik değerlendirme testlerine göre tüm ölçek toplam ve alt boyut puanlarının normal dağılıma uyum sağlamadığı tespit edilmiştir ($p<0,001$; $p<0,01$). Tüm sonuçlar değişkeninin normal dağılım göstermediği için, verilerin analizinde parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Tablo 6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Eş Destek Ölçeği (EDÖ) puanlarına ilişkin korelasyon değerlendirmesi

EDÖ Toplam ve Alt Boyutları	BAÖ	
	r	p
Duygusal destek	-0,426	p<0,001**
Maddi yardım ve bilgi desteği	-0,492	p<0,001**
Takdir etme desteği	-0,367	p<0,001**
Sosyal ilgi desteği	-0,399	p<0,001**
EDÖ toplam	-0,479	p<0,001**

r: Spearman Rho Korelasyon Katsayısı **p<0,05* ***p<0,01*

BAÖ toplam puanları ile duygusal destek, maddi yardım ve bilgi, takdir etme desteği, sosyal ilgi desteği alt boyutları ve EDÖ toplam puanları arasında negatif yönde ve sırasıyla %42,6, %49,2, %36,7, %39,9 ve %47,9 düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,001$; $p<0,01$).

Tablo 7. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre BAÖ toplam puanlarının değerlendirilmesi

Sosyo-Demografik Özellikler		BAÖ Toplam		Test Değeri	p Değeri
		Min-Maks (Medyan)	Ort±SS		
Cinsiyet	Kadın	0-40 (9)	11,19±9,66	-2,840	0,005**
	Erkek	0-40 (5)	8,23±8,50		
Yaş grubu	30 yaş ve ↓	0-40 (5,5)	9,85±9,92	-0,546	0,585

	31yaş ↑	0-40 (7)	9,60±8,47		
	İlköğretim	0-40 (8)	9,83±8,48		
Öğrenim durumu	Lise	0-40 (6)	10,24±10,22	2,309	0,315
	Üniversite	0-35 (4)	8,41±8,72		
Çalışma durumu	Çalışıyor	0-35 (5)	8,61±8,17	-2,009	0,045*
	Çalışmıyor	0-40 (8,5)	11,13±10,23		
Sosyal güvence	Yok	0-40 (7)	10,08±9,94	-0,022	0,983
	Var	0-40 (7)	9,65±9,05		
	1 yıl ↓	0-40 (4)	9,1±10,59		
Evlilik süresi	1-3 yıl	0-40 (9)	11,06±10,00	7,215	0,052
	4-6 yıl	0-26 (5)	7,71±7,20		
	7 yıl ve ↑	0-40 (8,5)	11,09±8,80		
Çocuk sayısı	1	0-40 (5)	10,03±10,05		
	2	0-38 (8)	9,55±8,40	0,100	0,951
	3 ve ↑	0-40 (7)	9,40±8,79		

Veriler Minimum-Maksimum (Medyan) ve Ortalama ± Standart Sapma olarak sunulmuştur.

Mann Whitney U Test

Kruskal Wallis Test

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Kadınların BAÖ toplam puanları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,005$; $p<0,01$). Çalışmayan katılımcıların BAÖ toplam puanları, çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,045$; $p<0,05$).

Tablo 8. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre EDÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi

Sosyo-Demografik Özellikler	Duygusal destek		Maddi yardım ve bilgi desteği		Takdir etme desteği		Sosyal ilgi desteği		EDÖ toplam		
	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	
Cinsiyet	Kadın	9-27 (25)	23,71±3,49	9-21 (18)	17,39±2,68	10-24 (20)	19,32±2,81	3-9 (8)	7,57±1,35	31-81 (70)	67,99±9,37
	Erkek	9-27 (26)	24,05±3,54	7-21 (19)	18,01±2,65	10-24 (21)	20,24±2,36	3-9 (8)	7,83±1,32	29-80 (73)	70,13±9,00
	Test Değeri	-1,304		-2,086		-2,936		-1,768		-2,169	
	p Değeri	0,192		0,037*		0,003**		0,077		0,030*	
Yaş grubu	30 yaş ve ↓	9-27 (25)	23,85±3,62	7-21 (18)	17,60±2,78	10-24 (20)	19,66±2,91	3-9 (8)	7,63±1,44	29-81 (71,5)	68,73±9,91
	31yaş ↑	14-27 (25)	23,90±3,40	10-21 (18)	17,80±2,58	13-24 (20)	19,89±2,33	4-9 (8)	7,78±1,23	44-81 (72)	69,37±8,52
	Test Değeri	-0,077		-0,458		-0,003		-0,523		-0,079	
	p Değeri	0,939		0,647		0,997		0,601		0,937	
Öğrenim durumu	İlköğretim ^a	9-27 (24)	23,26±3,87	7-21 (17)	17,29±2,83	10-24 (20)	19,47±2,93	3-9 (8)	7,55±1,42	29-81 (70,5)	67,57±10,3
	Lise ^b	13-27 (25)	23,96±3,27	10-21 (18)	17,83±2,62	13-24 (20)	19,85±2,46	5-9 (8)	7,72±1,27	44-80 (71)	69,37±8,43
	Üniversite ^c	16-27 (26)	25,16±2,70	12-21 (19)	18,39±2,25	11-24 (21)	20,35±2,13	4-9 (8)	8,02±1,23	43-81 (74)	71,92±7,38
	Test Değeri	9,897		5,886		2,417		4,317		5,285	
	p Değeri	0,007** a<b<c		0,053		0,299		0,115		0,053	
Çalışma durumu	Çalışıyor	15-27 (26)	24,13±3,31	10-21 (19)	17,98±2,53	11-24 (21)	20,13±2,37	4-9 (8)	7,80±1,30	43-81 (73)	70,04±8,58
	Çalışmıyor	9-27 (25)	23,56±3,73	7-21 (18)	17,34±2,82	10-24 (20)	19,33±2,88	3-9 (8)	7,58±1,39	29-81 (70)	67,80±9,88
	Test Değeri	-1,294		-1,881		-2,146		-1,358		-1,951	
	p Değeri	0,196		0,060		0,032*		0,175		0,051	
Sosyal güvence	Yok	9-27 (25)	23,23±4,35	7-21 (17)	17,15±3,16	10-23 (20)	19,32±3,12	3-9 (8)	7,47±1,54	29-79 (70)	67,17±11,37
	Var	13-27 (25)	24,03±3,27	10-21 (18)	17,83±2,54	11-24 (20)	19,88±2,50	4-9 (8)	7,76±1,28	43-81 (72)	69,50±8,60
	Test Değeri	-0,567		-1,192		-0,835		-1,065		-1,060	
	p Değeri	0,571		0,233		0,404		0,287		0,289	
Evlilik süresi	1 yıl ↓	9-27 (26)	24,51±3,92	7-21 (19)	18,16±2,95	10-23 (21)	19,96±3,02	3-9 (8)	7,84±1,45	29-80 (74)	70,47±10,64
	1-3 yıl	16-27 (26)	24,43±2,80	12-21 (18)	17,98±2,41	11-24 (20)	19,92±2,61	4-9 (8)	7,78±1,28	43-81 (72)	70,11±8,10
	4-6 yıl	13-27 (25)	23,39±3,69	10-21 (18)	17,56±2,64	13-24 (20)	19,58±2,58	5-9 (8)	7,63±1,31	44-81 (71)	68,16±9,33
	7 yıl ve ↑	14-27 (24)	23,09±3,72	10-21 (17)	17,02±2,82	14-24 (20)	19,65±2,43	4-9 (8)	7,54±1,38	48-79 (70)	67,30±9,29
	Test Değeri	7,702		6,979		2,887		2,526		7,165	
	p Değeri	0,053		0,073		0,409		0,471		0,067	
Çocuk	1	9-27 (26)	24,32±3,53	7-21 (19)	18,01±2,67	10-24 (21)	19,96±2,81	3-9 (8)	7,76±1,42	29-81 (73)	70,05±9,59

sayısı	2	13-27 (24)	23,40±3,50	10-21 (18)	17,57±2,54	13-24 (20)	19,50±2,55	4-9 (8)	7,62±1,33	44-81 (70,5)	68,09±8,96
	3 ve ↑	14-27 (25)	23,72±3,43	10-21 (17,5)	17,28±2,86	14-24 (20)	19,83±2,41	5-9 (8)	7,7±1,18	49-79 (70,5)	68,53±8,88
Test Değeri		5,192		3,837		3,593		1,339		4,881	
p Değeri		0,075		0,147		0,166		0,512		0,087	

Veriler Minimum-Maksimum (Medyan) ve Ortalama ± Standart Sapma olarak sunulmuştur.

Mann Whitney U Test

Kruskal Wallis Test

**p<0,05*

***p<0,01*

Erkeklerin maddi yardım ve bilgi desteği alt boyutu puanları, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,037$; $p<0,05$). Erkeklerin takdir etme desteği alt boyutu puanları, kadınların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,003$; $p<0,01$). Erkeklerin EDÖ toplam puanları, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,030$; $p<0,05$).

Katılımcıların öğrenim durumları arasında duygusal destek alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,007$; $p<0,01$). Farklılığın hangi öğrenim düzeyinden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi kullanılmış ve yeni anlamlılık düzeyi 0,017 (0,05/3 grup) olarak alınmıştır. Buna göre ilköğretim mezunlarının duygusal destek alt boyutu puanları, lise ($p=0,003$) ve üniversite ($p=0,006$) mezunlarından anlamlı şekilde **düşük** saptandı ($p<0,017$).

Çalışan katılımcıların takdir etme desteği puanları, çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,032$; $p<0,05$).

Tablo 9. Yenidoğanlara ilişkin özelliklere göre katılımcıların BAÖ toplam puanlarının değerlendirilmesi

Yenidoğana İlişkin Özellikler	BAÖ Toplam		Test Değeri	p Değeri	
	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS			
Gebeliğin planlı olması	Evet	0-40 (6)	9,33±8,69	-0,254	0,799
	Hayır	0-40 (7,5)	10,29±9,91		
Daha önce prematüre bebek doğması	Evet	0-40 (7)	9,51±9,07	-0,093	0,926
	Hayır	0-40 (6)	9,78±9,26		
Daha önce yenidoğan yoğun bakımda yatan bebeğin olması	Evet	0-40 (7)	9,40±9,11	-0,219	0,827
	Hayır	0-40 (7)	9,80±9,25		
Bebeğin doğum haftası	25-28 hafta	0-38 (5)	10,29±11,55	0,548	0,908
	29-32 hafta	0-40 (8)	10,90±10,31		
	33-36 hafta	0-40 (6)	9,66±9,34		
	37 hafta	0-35 (7)	9,35±8,29		
Bebeğin doğum kilosu	1000 g ve ↓	0-38 (5)	10,09±11,88	0,847	0,838
	1001-1500 g	0-40 (7)	10,81±10,9		
	1501-2000 g	0-40 (7)	10,34±9,57		
	2001 g ve ↑	0-40 (7)	9,40±8,59		
Bebeğin hastanede yatma süresi	7 gün ↓ ^a	0-40 (4)	8,90±9,55	6,300	0,043* b>a
	8-30 gün ^b	0-40 (8)	10,61±8,85		
	31 gün ↑ ^c	0-38 (6)	9,58±9,23		

Veriler Minimum-Maksimum (Medyan) ve Ortalama ± Standart Sapma olarak sunulmuştur.

Z: Mann Whitney U Test

χ^2 : Kruskal Wallis Test

*p<0,05

Bebeğin hastanede yatma süreleri arasında katılımcıların BAÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,043; p<0,05). Farklılığın hangi süreden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmış ve yeni anlamlılık düzeyi 0,017 (0,05/3 grup) olarak alınmıştır. Buna göre bebeği 8-30 gün arasında hastanede yatanların BAÖ toplam puanları 7 gün ve altında yatanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p=0,011; p<0,017).

Tablo 10. Yenidoğanlara ilişkin özelliklere göre katılımcıların EDÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi

Yenidoğanlara İlişkin Özellikler	Duygusal destek		Maddi yardım ve bilgi desteği		Takdir etme desteği		Sosyal ilgi desteği		EDÖ toplam		
	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	
Gebeliğin planlı olması	Evet	13-27 (26)	24,30±3,16	11-21 (18)	17,89±2,38	11-24 (20)	19,9±2,43	4-9 (8)	7,82±1,27	43-81 (73)	69,91±8,20
	Hayır	9-27 (25)	23,27±3,89	7-21 (18)	17,43±3,04	10-24 (20)	19,6±2,90	3-9 (8)	7,54±1,42	29-81 (70)	67,83±10,44
	Test Değeri		-2,051		-0,709		-0,432		-1,573		-1,245
	p Değeri		0,040*		0,479		0,666		0,116		0,213
Daha önce prematüre bebek doğması	Evet	13-27 (25)	23,24±3,88	10-21 (18)	17,22±2,91	15-24 (20)	19,76±2,29	5-9 (8)	7,53±1,29	46-80 (70)	67,75±9,27
	Hayır	9-27 (25)	24,02±3,41	7-21 (18)	17,81±2,61	10-24 (20)	19,78±2,71	3-9 (8)	7,74±1,35	29-81 (72)	69,35±9,22
	Test Değeri		-1,337		-1,262		-0,703		-1,274		-1,315
	p Değeri		0,181		0,207		0,482		0,203		0,188
Yenidoğan yoğun bakımda yatan bebeğin olması	Evet	13-27 (25)	23,18±3,90	10-21 (18)	17,2±3,04	15-24 (20)	19,71±2,34	5-9 (8)	7,56±1,31	46-80 (70)	67,64±9,68
	Hayır	9-27 (25)	24,01±3,42	7-21 (18)	17,80±2,60	10-24 (20)	19,79±2,69	3-9 (8)	7,73±1,35	29-81 (72)	69,32±9,14
	Test Değeri		-1,461		-1,082		-0,775		-0,984		-1,121
	p Değeri		0,144		0,279		0,439		0,325		0,262
Bebek doğum haftası	25-28 hafta	13-27 (25)	23,13±4,49	12-21 (19)	17,75±2,88	14-23 (21)	19,67±2,78	5-9 (8)	7,58±1,61	46-79 (73)	68,13±11,00
	29-32 hafta	9-27 (25)	23,23±5,09	7-21 (18)	17,19±3,66	10-23 (20)	19,52±3,39	3-9 (8)	7,55±1,71	29-80 (72)	67,48±13,16
	33-36 hafta	14-27 (25)	24,17±3,04	10-21 (18)	17,87±2,50	13-24 (20)	19,97±2,38	4-9 (8)	7,85±1,24	47-81 (72)	69,86±8,14
	37 hafta	16-27 (25)	23,95±3,14	11-21 (18)	17,66±2,49	11-24 (20)	19,69±2,62	4-9 (8)	7,63±1,25	43-81 (71)	68,93±8,51
	Test Değeri		0,056		0,558		0,512		1,967		0,436
	p Değeri		0,997		0,906		0,916		0,579		0,933
Bebeğin doğum kilosu	1000 g ve ↓	13-27 (22)	22,59±4,52	12-21 (17,5)	17,27±2,91	14-22 (19,5)	19,00±2,78	5-9 (7,5)	7,32±1,55	46-79 (67,5)	66,18±10,85
	1001-1500 g	9-27 (26)	23,14±5,62	7-21 (18)	17,00±3,73	10-23 (21)	19,43±3,68	3-9 (8)	7,57±1,94	29-79 (72)	67,14±14,46
	1501-2000 g	16-27 (25)	24,55±2,82	10-21 (19)	17,89±2,82	13-23 (21)	20,04±2,68	5-9 (8)	8,06±1,15	44-80 (73)	70,55±8,5
	2001 g ve ↑	14-27 (25)	23,94±3,19	11-21 (18)	17,78±2,47	11-24 (20)	19,84±2,46	4-9 (8)	7,67±1,26	43-81 (71)	69,22±8,39
	Test Değeri		1,588		1,321		2,689		5,482		2,312
	p Değeri		0,662		0,724		0,442		0,140		0,510
Bebeğin hastanede yatma süresi	7 gün ↓	14-27 (25)	24,00±3,29	11-21 (18)	17,77±2,51	13-24 (21)	19,95±2,53	4-9 (8)	7,69±1,29	47-81 (72)	69,40±8,78
	8-30 gün	9-27 (25)	23,93±3,57	7-21 (18)	17,64±2,83	10-24 (20)	19,58±2,76	3-9 (8)	7,70±1,38	29-80 (71)	68,85±9,56
	31 gün ↑	13-27 (25)	23,42±3,92	12-21 (18)	17,67±2,76	14-24 (21)	19,82±2,60	5-9 (8)	7,73±1,40	46-79 (73)	68,64±9,68
	Test Değeri		1,588		1,321		2,689		5,482		2,312
	p Değeri		0,662		0,724		0,442		0,140		0,510

Veriler Minimum-Maksimum (Medyan) ve Ortalama ± Standart Sapma olarak sunulmuştur.

Mann Whitney U Test

Kruskal Wallis Test

*p<0,05

**p<0,01

Gebeliği planlı olan katılımcıların duygusal destek alt boyutu puanları, gebeliği planlı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,040$; $p<0,05$).

Tablo 11. Katılımcıların psikolojik ve evlilik durumlarına ilişkin özelliklerine göre BAÖ toplam puanlarının değerlendirilmesi

Psikolojik ve Evlilik Durumlarına İlişkin Özellikler		BAÖ Toplam		Test Değeri	p Değeri
		Min-Maks (Medyan)	Ort±SS		
Tanı alınan bir psikolojik rahatsızlığın olması	Hayır	0-40 (7)	9,56±8,9	-1,005	0,315
	Evet	3-40 (6)	18,6±19,57		
Eşinin tanı alınan bir psikolojik rahatsızlığının olması	Hayır	0-40 (6)	9,68±9,15	0,324	0,746
	Evet	0-38 (8)	11,11±11,46		
Genel ruh hali	İyi ^a	0-29 (4)	7,39±7,44	27,981	p<0,001**
	Orta ^b	0-40 (11)	12,85±10,01		
Psikolojik desteği ihtiyaç duyma	Kötü ^c	5-40 (14)	18,86±15,55	-3,723	p<0,001**
	Evet	0-40 (12)	14,50±11,8		
Eş ile olan ilişkinin değerlendirilmesi	Hayır	0-32 (5,5)	8,42±7,91	32,631	p<0,001** c>a,b
	İyi ^a	0-40 (4)	7,99±7,98		
Evlilikten mutlu olma durumu	Orta ^b	2-40 (12)	14,67±9,91	11,022	0,004** b>a,c
	Kötü ^c	38-40 (39)	39,00±1,41		
Eşin kendisine yeterince destek olduğunu düşünme	Evet ^a	0-40 (6)	8,99±8,72	31,406	p<0,001** a<b,c
	Hayır ^b	4-40 (11)	14,27±13,22		
	Kararsız ^c	2-40 (12)	13,90±9,98		
	Evet ^a	0-40 (5)	7,97±7,91		
	Hayır ^b	1-40 (12,5)	15,89±11,47		
	Kararsız ^c	0-40 (17)	15,88±10,58		

Veriler Minimum-Maksimum (Medyan) ve Ortalama ± Standart Sapma olarak sunulmuştur.

Z: Mann Whitney U Test

χ^2 : Kruskal Wallis Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Katılımcıların genel ruh halleri arasında BAÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$; $p<0,01$). Farklılığın hangi ruh halinden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmış ve yeni anlamlılık düzeyi 0,017 (0,05/3 grup) olarak alınmıştır. Buna göre ruh hali kötü olanların BAÖ toplam puanları, ruh hali iyi ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p<0,017$).

Psikolojik desteğe ihtiyaç duyan katılımcıların BAÖ toplam puanları, ihtiyaç duymayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,001$; $p<0,01$).

Katılımcıların eşi ile ilişki durumları arasında BAÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$; $p<0,01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmış ve yeni anlamlılık düzeyi 0,017 (0,05/3 grup) olarak alınmıştır. Buna göre eşi ile ilişkisi kötü olanların BAÖ toplam puanları, ruh hali iyi ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p<0,017$).

Katılımcıların evliliklerinden mutlu olma durumları arasında BAÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,004$; $p<0,01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmış ve yeni anlamlılık düzeyi 0,017 (0,05/3 grup) olarak alınmıştır. Buna göre evliliğinde mutlu olmayanların BAÖ toplam puanları, mutlu olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p<0,001$; $p<0,017$).

Katılımcıların eşinin kendisine destek olma durumları arasında BAÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$; $p<0,01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmış ve yeni anlamlılık düzeyi 0,017 (0,05/3 grup) olarak alınmıştır. Buna göre eşinin kendisine destek olduğunu düşünenlerin BAÖ toplam puanları, eşinin kendisine destek olmadığını ($p<0,001$) ve bu konuda kararsız olduğunu ($p<0,001$) düşünenlerden anlamlı şekilde **düşük** saptandı ($p<0,017$).

Tablo 12. Katılımcıların psikolojik ve evlilik durumlarına ilişkin özelliklerine göre EDÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi

Psikolojik ve Evlilik Durumlarına İlişkin Özellikler		Duygusal destek		Maddi yardım ve bilgi desteği		Takdir etme desteği		Sosyal ilgi desteği		EDÖ toplam	
		Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS
Tanı alınan bir psikolojik rahatsızlığın olması	Hayır	9-27 (25)	23,91±3,41	7-21 (18)	17,71±2,64	10-24 (20)	19,79±2,58	3-9 (8)	7,70±1,31	29-81 (72)	69,11±8,99
	Evet	9-27 (25)	22,20±7,46	9-21 (19)	17,20±4,82	10-22 (20)	18,80±5,02	3-9 (9)	7,60±2,61	31-79 (74)	65,80±19,72
	Test Değeri		-0,268		-0,292		0,000		-0,718		-0,281
	p Değeri		0,789		0,771		1,000		0,473		0,779
Eşinin tanı alınan bir psikolojik rahatsızlığının olması	Hayır	9-27 (25)	23,95±3,38	9-21 (18)	17,73±2,61	10-24 (20)	19,85±2,54	3-9 (8)	7,72±1,3	31-81 (72)	69,26±8,88
	Evet	9-27 (23)	21,56±6,06	7-21 (18)	16,67±4,39	10-22 (19)	17,56±4,16	3-9 (8)	7,11±2,15	29-77 (69)	62,89±16,1
	Test Değeri		-0,991		-0,453		-1,707		-0,632		-1,139
	p Değeri		0,322		0,650		0,088		0,528		0,255
Genel ruh hali	İyi ^a	17-27 (26)	24,77±2,68	12-21 (19)	18,37±2,22	14-24 (21)	20,28±2,14	4-9 (8)	7,91±1,17	48-81 (73)	71,32±7,18
	Orta ^b	14-27 (24)	22,91±3,61	10-21 (17)	16,89±2,71	11-24 (20)	19,17±2,90	4-9 (8)	7,53±1,35	43-80 (69)	66,50±9,60
	Kötü ^c	9-27 (17)	17,14±7,27	7-20 (13)	13,71±5,02	10-22 (19)	16,86±5,05	3-9 (5)	5,29±2,14	29-78 (56)	53,00±18,89
	Test Değeri		23,581		23,581		10,968		14,175		21,745
	p Değeri		p<0,001** a>b,c		p<0,001** a>b,c		p=0,004** a>b,c		p=0,001** a>b,c		p<0,001** a>b,c
Psikolojik desteği ihtiyaç duyma	Evet	9-27 (24)	22,36±4,68	7-21 (17,5)	16,62±3,42	10-24 (20)	19,07±3,37	3-9 (7,5)	7,28±1,64	29-80 (69,5)	65,33±12,32
	Hayır	15-27 (25)	24,29±3,00	10-21 (18)	17,99±2,36	13-24 (20)	19,97±2,37	4-9 (8)	7,82±1,22	44-81 (72)	70,06±7,93
	Test Değeri		-2,733		-2,522		-1,557		-2,088		-2,359
	p Değeri		0,006**		0,012*		0,120		0,037*		0,018*
Eş ile olan ilişkinin değerlendirilmesi	İyi ^a	16-27 (26)	24,59±2,82	10-21 (19)	18,08±2,47	11-24 (21)	20,17±2,35	4-9 (8)	7,86±1,21	43-81 (73)	70,71±7,87
	Orta ^b	13-27 (22)	21,92±3,85	12-21 (17)	16,7±2,56	13-23 (19)	18,74±2,72	4-9 (7)	7,33±1,43	46-80 (64)	64,69±9,47
	Kötü ^c	9-9 (9)	9,00±0,01	7-9 (8)	8,00±1,41	10-10 (10)	10,00±0,01	3-3 (3)	3,00±0,01	29-31 (30)	30,00±1,41
	Test Değeri		28,970		20,550		19,704		12,974		25,048
	p Değeri		p<0,001** a>b,c		p<0,001** a>b,c		p<0,001** a>b,c		p=0,002** a>b,c		p<0,001** a>b,c
Evlilikten mutlu olma durumu	Evet ^a	16-27 (26)	24,42±2,89	10-21 (19)	17,98±2,42	13-24 (20,5)	20,03±2,36	4-9 (8)	7,82±1,2	47-81 (73)	70,24±7,88
	Hayır ^b	9-26 (17)	18,45±5,80	7-20 (16)	14,73±4,10	10-22 (18)	16,18±4,45	3-9 (5)	5,82±2,32	29-76 (60)	55,18±15,98
	Kararsız ^c	13-27 (22)	21,62±4,36	10-21 (17)	16,55±3,08	13-23 (19)	19,14±2,82	5-9 (8)	7,48±1,4	44-79 (66)	64,79±10,66
	Test Değeri		23,681		12,901		11,070		9,696		17,017

	p Değeri	p<0,001** a>b,c	0,002** a>b,c	0,004** a>b,c	0,008** a>b,c	p<0,001** a>b,c
Eşin kendisine yeterince destek olduğunu düşünme	Evet ^a	17-27 (26) 24,83±2,60	12-21 (19) 18,34±2,15	14-24 (21) 20,38±2,11	5-9 (8) 7,96±1,13	53-81 (73) 71,50±6,86
	Hayır ^b	9-27 (21) 20,11±5,72	7-21 (15,5) 15,39±3,85	10-23 (17) 17,28±3,94	3-9 (7) 6,56±2,01	29-78 (59) 59,33±14,95
	Kararsız ^c	14-27 (20) 20,71±3,44	10-21 (15) 15,48±2,80	11-23 (18) 17,83±2,84	4-9 (7) 6,88±1,40	43-79 (59,5) 60,90±9,31
	Test Değeri	53,836	42,015	36,896	28,266	49,531
	p Değeri	p<0,001** a>b,c	p<0,001** a>b,c	p<0,001** a>b,c	p<0,001** a>b,c	p<0,001** a>b,c

Veriler Minimum-Maksimum (Medyan) ve Ortalama ± Standart Sapma olarak sunulmuştur.

Z: Mann Whitney U Test

χ^2 : Kruskal Wallis Test

**p<0,01

Katılımcıların genel ruh halleri arasında duygusal destek ($p<0,001$), maddi yardım ve bilgi desteği ($p<0,001$), takdir etme desteği ($p=0,004$), sosyal ilgi desteği ($p=0,001$) alt boyut ve EDÖ toplam ($p<0,001$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Farklılığın hangi ruh halinden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmış ve yeni anlamlılık düzeyi 0,017 (0,05/3 grup) olarak alınmıştır. Buna göre ruh hali körü olanların duygusal destek maddi yardım ve bilgi desteği takdir etme desteği sosyal ilgi desteği alt boyut ve EDÖ toplam puanları, ruh hali iyi ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) olanlardan anlamlı şekilde **düşük** saptandı ($p<0,017$).

Psikolojik desteğe ihtiyacı olmayan katılımcıların duygusal destek ($p=0,006$), maddi yardım ve bilgi desteği ($p=0,012$), sosyal ilgi desteği ($p=0,037$) alt boyutu ve EDÖ toplam ($p=0,018$) puanları, psikolojik desteğe ihtiyacı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$; $p<0,01$).

Katılımcıların eşi ile ilişki durumları arasında duygusal destek ($p<0,001$), maddi yardım ve bilgi desteği ($p<0,001$), takdir etme desteği ($p=0,001$), sosyal ilgi desteği ($p=0,002$) alt boyut ve EDÖ toplam ($p<0,001$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmış ve yeni anlamlılık düzeyi 0,017 (0,05/3 grup) olarak alınmıştır. Buna göre eş ile ilişkisi körü olanların duygusal destek maddi yardım ve bilgi desteği takdir etme desteği sosyal ilgi desteği alt boyut ve EDÖ toplam puanları, eş ile ilişkisi iyi ($p<0,001$) ve orta ($p<0,001$) olanlardan anlamlı şekilde **düşük** saptandı ($p<0,017$).

Katılımcıların evliliklerinden mutlu olma durumları arasında duygusal destek ($p<0,001$), maddi yardım ve bilgi desteği ($p=0,002$), takdir etme desteği ($p=0,004$), sosyal ilgi desteği ($p=0,008$) alt boyut ve EDÖ toplam ($p<0,001$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmış ve yeni anlamlılık düzeyi 0,017 (0,05/3 grup) olarak alınmıştır. Buna göre evliliğinde mutlu olmayanların duygusal destek maddi yardım ve bilgi desteği takdir etme desteği sosyal ilgi desteği alt boyut ve EDÖ toplam puanları, evliliğinde mutlu olan ($p<0,001$) ve kararsız ($p<0,01$) olanlardan anlamlı şekilde düşük saptandı ($p<0,017$).

Katılımcıların eşinin kendisine destek olma durumları arasında duygusal destek ($p<0,001$), maddi yardım ve bilgi desteği ($p<0,001$), takdir etme desteği ($p<0,001$), sosyal ilgi desteği ($p<0,001$) alt boyut ve EDÖ toplam ($p<0,001$) puanları açısından istatistiksel olarak

anlamli farklilik saptandi ($p<0,01$). Farklilikin hangi durumdan kaynaklandigini saptamak amaciyla yapilan post-hoc test olarak Bonferroni duzeltmeli Mann Whitney U testi kullanilmis ve yeni anlamlilik duzeyi 0,017 (0,05/3 grup) olarak alinmistir. Buna gore esinin kendisine destek oldugunu dusunenlerin duygusal destek maddi yardim ve bilgi desteği takdir etme desteği sosyal ilgi desteği alt boyut ve EDÖ toplam puanlari, destek olmadigini dusunen ($p<0,001$) ve kararsiz ($p<0,01$) olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandi ($p<0,017$).

Tablo 13. Beck Anksiyete Ölçeğinin (BAÖ) Eş Destek Ölçeği (EDÖ) Toplam ve Alt Boyutlarını Yordama Durumlarının Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirmesi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Katsayılar	SH	t	p	Katsayılar için %95 GA	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Duygusal Destek	Sabit	25,451	0,282	90,224	<0,001**	24,896	26,006
	BAÖ	-0,162	0,021	-7,691	<0,001**	-0,204	-0,121
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği	Sabit	19,039	0,209	90,996	<0,001**	18,627	19,451
	BAÖ	-0,138	0,016	-8,830	<0,001**	-0,169	-0,107
Takdir Etme Desteği	Sabit	20,849	0,216	96,651	<0,001**	20,425	21,274
	BAÖ	-0,111	0,016	-6,858	<0,001**	-0,142	-0,079
Sosyal İlgi Desteği	Sabit	8,261	0,109	75,684	<0,001**	8,046	8,476
	BAÖ	-0,058	0,008	-7,076	<0,001**	-0,074	-0,042
EDÖ	Sabit	73,601	0,725	101,547	<0,001**	72,174	75,028
	BAÖ	-0,468	0,054	-8,649	<0,001**	-0,575	-0,362

SH: Standart Hata GA: Güven Aralığı * $p<0,05$ ** $p<0,01$

BAÖ puanlarının EDÖ toplam ve alt boyut puanlarını yordama durumları doğrusal regresyon modeli ile incelenmiştir.

BAÖ puanı ile Duygusal Destek alt boyutu puanları arasındaki regresyon modeli değerlendirildiğinde, modelin ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ve R^2 değerinin 0,425 olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$). Modelde BAÖ puanı sabit tutulduğunda elde edilen ortalama Duygusal Destek puanının yaklaşık olarak 25 puan (Sabit=25,451), standart hatasının ise 0,282 olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$). BAÖ puanındaki 1 puanlık artışın ise Duygusal Destek puanında 0,162 puanlık azalmaya neden olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$).

BAÖ puanı ile Maddi Yardım ve Bilgi Desteği alt boyutu puanları arasındaki regresyon modeli değerlendirildiğinde, modelin ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ve R^2 değerinin 0,475 olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$). Modelde BAÖ puanı sabit tutulduğunda elde edilen ortalama Maddi Yardım ve Bilgi Desteği puanının yaklaşık olarak 19 puan (Sabit=19,039), standart hatasının ise 0,209 olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$).

BAÖ puanındaki 1 puanlık artışın ise Maddi Yardım ve Bilgi Desteği puanında 0,138 puanlık azalmaya neden olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$).

BAÖ puanı ile Takdir Etme Desteği alt boyutu puanları arasındaki regresyon modeli değerlendirildiğinde, modelin ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ve R^2 değerinin 0,386 olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$). Modelde BAÖ puanı sabit tutulduğunda elde edilen ortalama Takdir Etme Desteği puanının yaklaşık olarak 21 puan (Sabit=20,849), standart hatasının ise 0,216 olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$). BAÖ puanındaki 1 puanlık artışın ise Maddi Yardım ve Bilgi Desteği puanında 0,111 puanlık azalmaya neden olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$).

BAÖ puanı ile Sosyal İlgı Desteği alt boyutu puanları arasındaki regresyon modeli değerlendirildiğinde, modelin ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ve R^2 değerinin 0,397 olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$). Modelde BAÖ puanı sabit tutulduğunda elde edilen ortalama Sosyal İlgı Desteği puanının yaklaşık olarak 8 puan (Sabit=8,261), standart hatasının ise 0,109 olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$). BAÖ puanındaki 1 puanlık artışın ise Maddi Yardım ve Bilgi Desteği puanında 0,058 puanlık azalmaya neden olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$).

BAÖ puanı ile EDÖ toplam puanları arasındaki regresyon modeli değerlendirildiğinde, modelin ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ve R^2 değerinin 0,467 olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$). Modelde BAÖ puanı sabit tutulduğunda elde edilen ortalama EDÖ toplam puanının yaklaşık olarak 74 puan (Sabit=73,601), standart hatasının ise 0,725 olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$). BAÖ puanındaki 1 puanlık artışın ise EDÖ toplam puanında 0,468 puanlık azalmaya neden olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; $p<0,01$).

Tablo 14. BAÖ puanını etkileyen faktörlerin lineer regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Bağımsız Değişkenler	Katsayılar	SH	t	p	Katsayılar için %95 GA	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	9,394	1,928	4,874	<0,001**	5,599	13,189
Cinsiyet (Kadın)	2,016	1,334	2,101	0,032*	-0,612	4,643
Çalışma durumu (çalışıyor)	-1,433	1,345	-1,065	0,288	-4,081	1,216
Bebeğin hastanede yatma süresi (1 Hafta ↓)	-0,746	1,617	-0,461	0,645	-3,930	2,439
Bebeğin hastanede yatma süresi (1 Hafta- 1 Ay)	1,034	1,613	0,641	0,522	-2,141	4,210

Bağımlı Değişken: BAÖ Puanı SH: Standart Hata GA: Güven Aralığı ** $p<0,01$ * $p<0,05$

BAÖ toplam puanını etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla, yapılan regresyon analizi için tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanan ve

anlamlılık seviyesine yakın olan *cinsiyet, çalışma durumu ve bebeğin hastanede yatma süresi* değişkenleri kullanılmıştır.

Değişkenlerin BAÖ toplam puanına etkileri regresyon analizi ile değerlendirildiğinde, modelin anlamlı olduğu bulunmuştur, fakat modelin açıklayıcılığı R^2 değeri 0,186 saptandığından düşük sonuçlanmıştır ($p=0,048$; $p<0,05$). Modelde tüm değişkenler sabit tutulduğunda elde edilen ortalama BAÖ toplam puanının yaklaşık olarak 9 puan (Sabit=9,394), standart hatasının ise 1,928 olduğu saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Diğer değişkenler sabit tutulduğunda; kadınların, erkeklere nazaran İşyeri BAÖ toplam puanlarının yaklaşık 2 puan daha fazla (2,016) olduğu saptandı ($p=0,032$; $p<0,05$). Diğer değişkenlerin BAÖ toplam puanı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, modelin açıklayıcılığı açısından modelde kalmasına karar verilmiştir ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA

Yenidoğan yoğun bakımda bebeği yatan ebeveynlerin algıladıkları eş desteği ile anksiyete arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Katılımcıların %21,5'inin (n=58) psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu, %76,7'sinin (n=207) eşi ile olan ilişkisini iyi olarak tanımladığı, %85,2'sinin (n=230) evliliklerinden mutlu olduğu ve %77,8'inin (n=210) eşinin kendisine yeterince destek olduğunu düşündüğü saptandı. (**Tablo 3**). Bu sonuç, az bir oranda da olsa katılımcıların psikolojik ve eş desteğine gereksinimi olduğunu göstermektedir. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde Aksakallı, Çapık, Bayram (2012) ile Türkoğlu, Çelik, Pasinlioğlu (2014)'nin çalışmalarında da lohusaların önemli düzeyde desteğe ihtiyaç duyduğu ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmadığı belirtilmiştir (42). Metin (2014)'in çalışmasında gebelerin sosyal destek ölçeği arasından eş desteği puan ortalamasının, diğer ortalamalardan oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir (45). Çalışmadan farklı olarak, Yılmaz (2012)'in çalışmasında ise eş desteği puan ortalamasının (20,5), aile desteği puan ortalamasından (25,3) düşük olduğu görülmüştür (54). Karataş ve Mete (2012)'nin çalışmasında aile desteği puan ortalamasının (23.26±6.865), arkadaş desteği puan ortalamasının (19,40±9,795) olduğu görülmüştür Vırıt, Akbaş, Savaş, Sertbaş, Kandemir çalışmalarında da en az sosyal desteğin arkadaştan, algılanan en fazla sosyal desteğin ise eşten alınan sosyal destek olduğunu ortaya koymuşlardır (65). Karataş ve Mete'nin (2012) sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (65). Annelerin eşleri tarafından algıladıkları sosyal desteğin fazla olmasının sebebi, en fazla paylaşımda buldukları kişinin eşleri olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada, BAÖ puan ortalamasına göre katılımcıların %3,7'sinde (n=10) şiddetli anksiyete saptanırken, %59,3'ünde (n=16) minimal anksiyete saptanmıştır (**Tablo 4**). Büyükkayacı, Duman ve Koçak'ın (2013) araştırmalarında gebe kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyleri incelenmiştir. Aile desteği arttıkça anksiyete belirtilerinin arttığı, analizine göre ise, aileden alınan sosyal destek değişkeninin sürekli ve durumluk kaygı ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (67). Arkadaş ve özel bir insan (eş) alt ölçeklerinin ise anksiyete ile pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu, depresyon ile ise arkadaş değişkeninin negatif yönde anlamlı düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Literatürdeki bilgilere bakılacak olursa, gebelikte depresyon ve anksiyete semptomlarının yeterli sosyal destek varlığı ile

azalabileceği, eş, arkadaş ve yakın aile üyelerinin sosyal destek kaynakları açısından önemli olduğu belirtilmiştir (67). Yalçın'ın (2015) sosyal desteğin kişileri anksiyetenin zararlı etkilerinden koruduğunu, anksiyete yaratan durumu ya da durumun anlamını değiştirmesini sağladığını ya da kişinin stresöre vereceği tepkiye hazırladığını belirtmektedir (68). Gebelik döneminde arkadaşlar, eş ve ailenin sağladığı sosyal destek, gebeyi bilişsel ve duygusal olarak rahatlatıp stres etkenleri ve kaygı ile baş etmesine yardım etmekte, gebenin annelik rolüne adapte olmasını kolaylaştırmakta ve sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmasını sağlamaktadır (69). Başka diğer bir çalışmada da bu çalışmadan farklı olarak annelerin destek almak istedikleri ilk sırada eşler yer almaktadır fakat Moshki ve Cheravi çalışmasında diğer destek sağlayıcılardan ziyade ailedeki bireylerin sağladığı destek daha yüksek bulunmuştur (70).

Çalışmada, BAÖ toplam puanları duygusal destek, maddi yardım, bilgi-takdir etme desteği, sosyal ilgi desteği ile EDÖ toplam puanları arasında negatif yönde ve sırasıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,001$; $p<0,01$) (**Tablo 6**). Anksiyeteye beraber bireyin benlik saygısında anlamlı bir şekilde düşüş gözlemlenmektedir. Bireyin kendini yeterli görmemesi, başarısız hissetmesi, yetersiz benlik algısı evliliğe de yansiyacak ve evlilik doyumunu olumsuz yönde etkileyecektir (71). Mutsuz, depresif duygu durumuna sahip eşler arasında evliliklerinde mutlu ve memnun olmaları beklenmemektedir. Eşlerden en az birinde olan depresif ruh hali ev içinde kendini yansıtmakta ve eşini de etkilemektedir (72). BAÖ ve EDÖ arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Bu bulguyu destekler nitelikte çalışmada da depresyon puanının eş desteği puanı ile negatif yönde bir parametre olduğu görülmüştür. Doğal olarak depresif düşünce biçimleri ve duyguları ortamda kendini belli etmekte ve karşı tarafı da etkilemektedir (73).

Evlilik desteği, eşin olumsuz duygusal durumunun kaybolmasına katkıda bulunarak evlilik doyumunu üzerinde dolaylı bir etkiye sahiptir. Eş desteği alanların stres, kaygı ve korkularını azaltır. Bu, destek kaynağı olarak eşine ve kendisine en yakın olan kişiye karşı olumlu duygularını yükseltir (74). Eş desteği ile evlilik doyumunu arasındaki ilişki iletişim üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Çiftlerin karşılıklı desteği en çok sözlü iletişim yoluyla hissedilir. İletişim sürecindeki açık filtreler, mesaj niyeti ve empatik dinleme becerileri, çiftlerin iletişime katkılarında birbirlerine daha fazla destek olmalarını sağlar (75).

Çalışmada kadınların BAÖ toplam puanları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Çalışmayan katılımcıların BAÖ toplam puanları, çalışanlardan istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde **yüksek** saptandı (**Tablo 7**). BAÖ'deki sorular ebeveynlerin duygu durumlarını, kendilerinden memnuniyetlerini, sosyal ilgilerini ölçmektedir. Belki de postpartum depresyonda olan bazı hastalar belirtilerinin farkındalığına erişemediği için minimal depresyonda olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların %43,7'sinin (n=118) ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. (**Tablo 1**). Çalışmaya göre ilköğretim mezunlarının duygusal destek alt boyutu puanları, lise ve üniversite mezunlarından anlamlı şekilde **düşük** saptandı. Çalışan katılımcıların takdir etme desteği puanları, çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. (Tablo 8). Çelen'in (2013) prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyinin incelediği çalışmasında annelerin %38,2'si lise mezunu, babaların % 32'si ilkokul mezunudur (34,76). Balcı'nın (2018) prematüre bebeğin evdeki bakımına yönelik yaptığı çalışmasında annelerin %69'u ilkokul mezunudur. Güneş'in (2019) prematüre bebeklere yönelik yaptığı çalışmasında ise annelerin %47,5'i lise mezunudur . Çağlar'ın (2019) prematüre bebek ve risk faktörlerini incelediği çalışmasındaki babaların %57'si ortaöğretim mezunu olduğu bulunmuştur (74,78). Babaların eğitim seviyelerinin yüksek olması, ailenin refah ve sağlık koşullarının iyileşmesi bakımından önem taşımaktadır.

Çelen'in (2013) prematüre bebeği olan ebeveynlerin kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında da anne yaşı, baba yaşı, annenin eğitim düzeyi, annelerin gebelik sayısı, bebeğin doğum şekli, cinsiyeti, gestasyonel haftası, beslenme şekli ve bebeğin almış olduğu tanılar, çalışmada kullanılan DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır (34). Öztürk'ün (2013) prematüre bebek annelerinde yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu, sosyoekonomik durum, çoğul gebelik varlığı, gebeliğin gerçekleşme şekli, medeni durum ve anne yaşı gibi maternal faktörlerin postpartum depresyonda etkili faktörler olmadığı bulunmuştur (26). Ancak bu çalışmada birtakım anlamlı ilişkiler olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum bize eğitim seviyesi yüksek olan annelerin, bebeklerinin durumu nedeniyle yaşadıkları zorluklar karşısında kaygı düzeyleriyle daha iyi baş ettiklerini göstermektedir. Çelen (2013) çalışmasında babaların eğitim düzeyine bakıldığında ilkokul mezunu olan babaların SKÖ puanının, lise mezunu olan babalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (26).

Çalışmaya göre bebeği 8-30 gün arasında hastanede yatanların BAÖ toplam puanları 1 hafta yatanlardan anlamlı şekilde **yüksek** saptandı (**Tablo 9**). İtalya'da yapılan bir araştırmada, annenin sık YYBÜ ziyaretleri nedeniyle maruz kaldığı stresörlere, ziyaret kısıtlılığı nedeniyle

sınırlı olarak katılabilen babanın anneyi anlamak, yatıştırmak ve YYBÜ dışında kalan hayatı düzenlemek gibi işlevleri üstlenerek ilişki doyumundaki ana faktörlerden olan iletişim ve çatışma çözümü becerilerinin yüksekliği ile ilişkili olarak araştırma sonucu ortaya konan stres ve anksiyeteyi negatif yönde anlamlı olarak nasıl etkilediğini açıklamaktadır (Lonia,2016). Eduardo ve arkadaşları, preterm doğumun postpartum depresyon açısından bir risk faktörü olup olmadığına ilişkin hazırladıkları çalışmada 2474.140 kadını inceleyen 26 çalışmayı taramıştır. İncelenen çalışmalardan 18 tanesi preterm doğum ile postpartum depresyon arasında ilişki bulmuş, 8 tanesi ise ilişki bulmamıştır (78,79).

Bu çalışmada, gebeliği planlı olan katılımcıların duygusal destek alt boyutu puanları, gebeliği planlı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde **yüksek** saptandı (**Tablo10**). Sonuç olarak Araştırmaya göre, gebeliği planlı olan annelerin, olmayan annelere göre depresyon düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Aynı şekilde araştırmada anksiyete düzeyinin de düşük olduğu dikkat çekmektedir. Hastanede çocuğu yatan annelerin gebeliğinin planlı olanların planla olmayanlara göre depresyon ve anksiyete düzeyinin düşük olmasına sebep olarak annelik rollerime hazır olması, sorunlarla baş edebilme becerilerinin oluşması, sorumluluk bilincine sahip olması olarak düşünülebilir. Buna göre hastaneye yatma her durumda anneyi etkilemektedir. Fakat hastane yatma süresi arttıkça etkilenme düzeyi de doğru orantılı şekilde artmaktadır (80).

Çalışma sonucuna göre eşinin kendisine destek olduğunu düşünenlerin BAÖ toplam puanları, eşinin kendisine destek olmadığını ve bu konuda kararsız olduğunu düşünenlerden anlamlı şekilde **düşük** saptandı (**Tablo 11**). Çelen'in (2013) yaptığı araştırmada, prematüre bebeklerin gestasyon haftaları ile annelerin ve babaların sorumluluk ve süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir. Çalışma bulguları literatür ile karşılaştırıldığında; literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonucun oluşmasında; YDYBÜ, erken ya da herhangi bir sağlık problemi ile doğan bebeklerin gerekli tedavi, takip ve yaşam desteğinin verildiği, bebeklerin enfeksiyonlardan korunması için kapalı olarak tasarlanan özel ünite olmasından kaynakladığı düşünülmektedir. Bu çalışma sonucunu incelendiğinde; ebeveynler haftalarına bakmaksızın bebeklerinin bir yoğun bakım ünitesinde olması, uygulanan tedavi sırasında küvöz içerisinde olması, istediği zaman diliminde onu görememesi ve dokunamaması gibi sebeplerden dolayı büyük stres yaşadıkları belirlenmiştir (66).

Diğer bir çalışma örneğinde, YYBÜ’nde prematüre bebeği yatan annelerde stres düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Annelerin bebeğinden ayrı kalması, emzirememesi, bakım verememesi gibi anne için olumsuz durumlar, annelerin annelik rollerini yerine getiremedikleri düşüncesine yol açmaktadır. Ayrıca annelerin bebeğinden ayrı olduğu süreç içinde bebeğini koruyamadığı düşüncesi kendilerini çaresiz hissetmelerine sebep olmaktadır. Bu durumlar annenin anksiyete yaşamasını sağlamaktadır. Annelerin istekleri zaman bebeklerini görmesi, bakımlarına aktif olarak katılması ve bebeği için uygun zaman geldiğinde emzirmesi gibi durumlar desteklenerek annelerin yaşadığı stresin azalabileceği düşünülmektedir (70).

Omak (2017) tarafından yapılan çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin kaygı düzeyleri ölçülmüş, annelerin durumluk anksiyete puan ortalamaları 40.43 ± 4.31 , sürekli anksiyete puan ortalamaları ise 41.43 ± 4.89 olarak bulunmuştur (37). Çakmak (2015) tarafından yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının anksiyete düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisine bakılmış, $43,60 \pm 11,06$ durumluk kaygı ölçeği ortalaması ile katılımcıların yüksek düzeyde kaygılı oldukları belirlenirken, $40,01 \pm 9,20$ sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması ile hafif düzeyde kaygılı oldukları tespit edilmiştir (81). Çelen (2013) tarafından yapılan çalışmada ise annelerin durumluk kaygı puan ortalaması 40.15 ± 11.25 iken sürekli kaygı puan ortalaması 44.30 ± 8.98 olarak belirlenmiştir (34,82).

Çalışmada görüldüğü üzere, eşinin kendisine destek olduğunu düşünenlerin; duygusal destek, maddi yardım ve bilgi desteği, takdir etme desteği, sosyal ilgi desteği alt boyut ve EDÖ toplam puanları, destek olmadığını düşünen ve kararsız olanlardan anlamlı şekilde **yüksek** saptandı (Tablo 12). Ayrıca eşinin kendisine destek olduğunu düşünenlerin BAÖ toplam puanları, eşinin kendisine destek olmadığını ve bu konuda kararsız olduğunu düşünenlerden anlamlı şekilde **düşük** saptandı (Tablo12). Bu durum sonucuna göre algılanan eş desteği yükselirken, anksiyete seviyesinde azalma görülmektedir. Benzer bir çalışmada Durukan ve ark.’nın (2011) çalışmalarında annelerin %68,1’i eşlerinden tam destek alırken %14,8’inin orta derecede destek aldığını ve %17,1’inin destek almadığını ortaya koymaktadır (65,83). Nur ve ark.’nın (2004) çalışmasında eşin ilgisinin az olmasını postpartum depresyonu 2,73 kat arttırdığını, Dağlar ve Nur’un (2004) çalışmasında ise sosyal destek alan gebelerin depresyon riskinin azalttığını belirtmişlerdir (65,84). Bu nedenle YYBÜ hemşirelerinin eş

desteğini sağlamak amacıyla aile merkezli bakım kapsamında babaları bebeğin bakımına dâhil etmeleri, eşlerine destek olmada büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada BAÖ puanı ile EDÖ toplam puanları arasındaki regresyon modeli değerlendirildiğinde, modelin ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (**Tablo 13**). Lineer regresyon kullanılarak BAÖ'nün 1 puanlık artışı EDÖ toplam puanlarının azalmasını sağlamaktadır. Eşiyle arası iyi olan ve her zaman eşlerinden yardıma ihtiyaç duyduğunu söyleyen kadınlar ile profesyonel psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığını söyleyen kadınlar bu bulguyu doğrulamaktadır. Literatürde başka sağlık sorunları olan kadınlarla yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Murat (2019) tarafından yapılan bir araştırma, kadınlarla ilişkileride günlük yaşamdaki desteğin EDÖ puanlarının önemli yordayıcıları olduğunu bulmuştur. Babaların hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönemde hamile kadınlara sağladığı desteğin annelerin, çocukların, ailelerin ve toplumların sağlık gelişimine önemli katkı sağlaması beklenmektedir (85).

Çevresinden destek almadan sorunlarını paylaşmayan hamileler, zorluk puanları yüksek olarak sınıflandırıldı (73). Bir başka çalışmada ise gebelik sırasında duygusal destek alan gebelerin, destek alamayan kadınlara göre çocuklarına bağlanma düzeylerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (63). Akkaş (2014) araştırmasında, eşinin desteğiyle hamile kalan ve eşinin desteğinin çok farkında olan kadınların, destek almayan hamile kadınlara göre ikili koordinasyona sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yekenkunrul (2011), hamile çiftin koordinasyonu ile karı-koca ilişkisi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, karı kocadan gelen destek düzeyi arttıkça karı koca arasındaki işbirliğinin arttığını bulmuştur. Gebelerin eşlerinden ve aileden aldıkları sosyal destek sistemlerinin kadınları güçlendirdiği, sorun yönetimini iyileştirdiği ve gebelik farkındalığını olumlu yönde etkilediğine inanılmaktadır (33,86).

Tablo 14'te kadınların BAÖ toplam puanları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Kadın ve erkeğin bireysel özelliklerinin olduğu bilinmektedir. Bu durumun sonuçlara yansımamış olması, son zamanlarda kadının toplumdaki statüsünün değişmesi ve kadın algısının çökmesi ile açıklanabilir. Buna karşılık, anksiyete sonuçları bize kadının duygusal ve kırılgan yapıları nedeniyle anksiyeteye yatkın olduğu bilgisini hatırlatıyor. Bu durum literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çelik ve Tümkaya (2012) bu durumun olası bir nedeni olarak kadınların toplumda daha aktif olduğunu belirtmektedir. Özellikle

toplumsal cinsiyet rollerindeki değişim ve kadınların daha üretken olması aile ortamına da yansıyor (42,87).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yenidoğan yoğun bakımda bebeği yatan ebeveynlerin algıladıkları eş desteği ile anksiyete arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşığıdaki gibi bulunmuştur.

- Kadınların, bir işte çalışmayanların, evliliğinde mutlu olmayanların, eşi ile ilişkisi kötü olanların, ruh hali kötü olanların, psikolojik desteğe ihtiyaç duyanların ve bebeği 1 hafta-1 ay arasında hastanede yatanların BAÖ toplam puanları, erkeklerden ve bir işte çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde **yüksek** bulunmuştur.
- Katılımcılardan eşinin kendisine destek olduğunu düşünenlerin BAÖ toplam puanları, eşinin kendisine destek olmadığını ve bu konuda kararsız olduğunu düşünenlerden anlamlı şekilde **düşük** saptandı
- Katılımcılardan ilköğretim mezunlarının “duygusal destek” alt boyutu puanları, lise ve üniversite mezunlarından anlamlı şekilde **düşük** saptandı.
- Eşinin kendisine destek olduğunu düşünenlerin duygusal destek maddi yardım ve bilgi desteği takdir etme desteği sosyal ilgi desteği alt boyut ve EDÖ toplam puanları, destek olmadığını düşünen ve kararsız olanlardan anlamlı şekilde **yüksek** saptandı.
- BAÖ puanı ile EDÖ toplam puanları arasındaki regresyon modeli değerlendirildiğinde, modelin ileri düzeyde **anlamlı** olduğu bulunmuştur.

Çalışma sonucunda aşığıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Prematüre bebeklerin YYBÜ’ne alınması ile annelerin yaşadığı anksiyete yüksek bulunduğundan, stresi azaltmak için bebeğin durumu, üniteye ilişkin bilgi, emzirme ve evdeki bakıma yönelik bilgilerden oluşan danışmanlık hizmeti verilmelidir.
- YYBÜ’lerinde yatış süreleri uzadıkça anksiyete arttığından, maternal bağlanmanın desteklenmesi amacıyla; anne-bebek sağlığında öneminin bilinmesi, anne-bebek bağlanmasını etkileyen faktörlerin (annenin postpartum

depresyon durumu, bebeklerini ilk kez kucağına alma zamanı) dikkate alınmalıdır.

- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan annelerin bebeklerinin bakımına katılımı ile ilgili hastane yönetimi ve çalışanlar tarafından her türlü psikolojik ve fiziksel destek sağlanmalı,
- Doğum öncesi dönemde alınan eğitimlere eşler de dahil edilmeli uygun ortamlarda danışmanlık verilerek eş desteğinin önemi anlatılmalı ve gebenin eş desteği algısının yükseltilmesi sağlanmalıdır.
- YYBÜ hemşirelerinin bebeğin YYBÜ'nde yatmasının maternal bağlanma ve postpartum anksiyete üzerine etkisi ve etkileyen faktörleri bilmeleri bu konuda hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli ve bu eğitimlerde güncel araştırma sonuçlarına yer verilmelidir.
- Çalışmanın sonuçlarının araştırmanın yapıldığı yeni doğan yoğun bakım ünitesin de çalışanlarıyla paylaşılması, eğitici ve danışmanlık rolleri kapsamında bilgi verilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Erdoğan F, Kadak MT, Kartal V, Arıcı N. Postpartum depression in mothers of babies with infantile colic, *Yeni Symposium*, 2014, 52:7–11.
2. Erdem Ö, Bucaktepe PGE. "The prevalence and screening methods of postpartum depression", *Dicle Tıp Dergisi*, 2012, 39:458–61.
3. Elkin N. "Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ve bunları etkileyen faktörler", *Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 8(1): 22-31.
4. Atasever İ, Çelik A. "Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 21(1): 60-68.
5. Shapiro GD, Fraser WD, Frasch MG, Séguin JR. "Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: Associations and mechanisms", *Journal of Perinatal Medicine*, 2013, 41(6): 631-645.
6. Batman D. *Prematüre yenidoğanların ebeveynlerine uygulanan web tabanlı eğitimin bebeğin bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeylerine etkisi* (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; Aydın, 2014.
7. Suner S. *Anksiyete duyarlılığı ile çocukluk dönemi yaşantıları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez). Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2019
8. Şahin NH, Soypak F. "Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği", *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2010, 4(4): 186–197
9. Günsel DA. *Evli bireylerin algıladıkları eş desteğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi, KKTC Örneği* (Tez). Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans tezi; 2013.
10. Doğrul E. *Gebelerde eş desteğinin annelik rolü, beden algısı ve distres düzeyi ile ilişkisi* (Tez). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2020.
11. World Health Organization. *Fact Sheet No:363*, 2013
12. Peker N. *Prematüre yenidoğanlarda kanguru bakımının bebeğin büyümesi ve anne-bebek ilişkisine etkisi* (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2015.
13. Baysoy N, Kavuncuoğlu S. *Düşük doğum ağırlıklı preterm bebeklerin taburculuk sonrası izlemi ve rehospitalizasyon sıklığının ve nedenlerinin araştırılması* (Tez). Uzmanlık Tezi; 2011.

14. Eras A. "Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek", *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2013, 47(3): 25-30.
15. Juliana AF, De Paula E, Marcos GR, Menezes PR, Del-Ben CM "Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis", *Journal Of Affective Disorders*, 2019.
16. Togher KL, Treacy E, O’Keeffe GW, Kenny LC. "Maternal distress in late pregnancy alters obstetric outcomes and the expression of genes important for placental glucocorticoid signalling", *Psychiatry Research*, 2017, 255: 17-26.
17. Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F ve Lista G. "Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental stress", *Europe's Journal of Psychology*, 12(4): 604- 621.
18. Taşkın L. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*, 13. Baskı, Akademisyen yayınevi, Ankara, 2011.
19. Altun YE. "Yüksek Riskli Yenidoğan", Ekti Genç R, Özkan H. *Ebeler için Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları*, 1. Baskı, Anadolu Nobel, Elazığ, 2016.
20. World Health Organization , 2018
21. Ege E, Akın B, Altuntuğ K, Arıöz A, Koçoğlu D. "Spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörler", *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2009, 6(3):197-205.
22. DeMauro SB, Abbasi S, Lorch S. "The impact of feeding interval on feeding outcomes in very low birth-weight infants", *J Perinatol*, 2011, 31: 481-486.
23. Afand N, Keshavarz M, Fatemi SN. "Effects of infant massage on state anxiety in mothers of preterm infants prior to hospital discharge", *Journal of Clinical Nursing*, 2017, 26:1887–1892.
24. Okumuş N. *Hayata Prematüre Başlayanlar*, Aysun Yayıncılık, Ankara, 2012.
25. Üstgörül S, Yanıkerem E. "Postpartum dönemde kadınların psikososyal durumları ve etkileyen risk faktörleri", *JAREN*, 2017, 3(Ek sayı): 61-68.
26. Öztürk R. *Prematüre bebeği olan annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisi* (Tez). Ege Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2010.
27. Güleç D. "Ebeveynlerin doğum sonu yaşadıkları duygusal sorunlar ve hemşirelik bakımı", *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2014, 11(1): 54-60.
28. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. "Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: A systematic review and metaanalysis", *Archives of Psychiatric Nursing*, 2017, 31(4): 420-428.

29. Uludağ A, Ünlüoğlu İ. "Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler: Stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi", *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012, 4(3): 19-26.
30. Aslan E. "Lohusalık Döneminde Psikososyal Adaptasyon", Kızılkaya BN. *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 2. Baskı, Nobel, İstanbul, 2017.
31. Bardacke N. *Farkındalıkla Doğum*, Onan Ö. (Çev). Doğan Novus, İstanbul.
32. Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İA, Çelikel F, Sezer RG. "Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015, 16(6): 440-450.
33. Arslan S, Okçu G, Coşkun AM, Temiz F. "Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler", *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2019. 6(1): 179-92.
34. Çelen R. *Prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörler* (Tez). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
35. Adams C. *Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı*, (204-217). Nobel, Ankara, 2018.
36. Konukbay D, Arslan F. "Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14(2): 16-22.
37. Omak D. *Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin kaygı düzeyleri* (Tez). Avrasya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.
38. Coates S, John B, Margaret S. "Mahler: Their Lives and Theories 1", *In Relational Psychoanalysis*, 2014, 4: 131-157.
39. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. <https://sozluk.gov.tr/>, (23.06.2018).
40. Selçuk MY, Usman MG, Oktay M, Istanbulu A, et al. "The relationship of postpartum depression with weight gain during pregnancy and sociodemographic factors" [Article in Turkish], *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 2012, 19: 256–263.
41. Leung BM, Letourneau NL, Giesbrecht GF, Ntanda H, Hart M, APrON Team. "Predictors of postpartum depression in partnered mothers and fathers from a longitudinal cohort", *Community Ment Health J*, 2017, 53(4): 420-31.
42. Türkoğlu N, Çelik AS ve Pasinlioğlu T. "Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteğin belirlenmesi", *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2014, 11(1): 18-24.

43. Cohen K, Capponi S, Nyamukapa M, Baxter J, Crawford A, Worly B. "Partner involvement during pregnancy and maternal health behaviors", *Maternal and child health journal*, 2016, 20(11): 2291-8.
44. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. "Ebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010, 1(2): 71-6.
45. Metin A. *Gebelerin Algıladıkları sosyal destek ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
46. Güven S, Şener A, Yıldırım B. Eşlerin farklı değişkenlere göre sosyal destek algısı, 2011, 1-15.
47. Heikkinen S, Lamsa A, Hiillos M. "Narratives by women managers about spousal support for their careers", *Scandinavian Journal of Management*, 2014, 30: 27-39.
48. Çağ P, Yıldırım İ. "Bazı sosyo-demografik değişkenlere göre evli bireylerin evlilik doyumu düzeyleri: Bir profil çalışması", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2018, 17(67): 1027-1042.
49. Çağ P, Yıldırım İ. "Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler", *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 2016, 4(39): 13- 23.
50. Şahin NH, Dişsiz M, Dinç H, Soypak F. "Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği: Ölçek geliştirme çalışması", *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2014, 17(2): 73-79.
51. Moshki M, Cheravi K. "Relationships among depression during pregnancy, social support and health locus of control among Iranian pregnant women", *International Journal of Social Psychiatry*, 2016, 62(2): 148-155.
52. Mackinnon SP. "Perceived social support and academic achievement: Cross-lagged panel and bivariate growth curve analyses", *Journal of Youth and Adolescence*, 2012, 41(4): 474-485.
53. Matricardi S, Agostino R, Fedeli C, Montiroso R. "Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU", *Acta Paediatrica*, 2013, 102(1): 8-14.
54. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhsu M. "Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar", *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2014, 45(2): 71-77.

55. Lin W, Li T, Chen LH. "Sacrifice in a supportive marriage: Social support as a Moderator buffers the negative effects of sacrifice in marriage", *Journal of Happiness Studies*, 2017, 18(2): 575.
56. Rutherford HJV, Wallace NS, Laurent HK ve Mayes LC. "Emotion regulation in parenthood", *Developmental Review*, 2015, 36: 1–14.
57. Moshki M, Baloochi-Beydokhti, T ve Cheravi K. "The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control", *Journal of Clinical Nursing*, 2014, 23(15-16): 2256-2263.
58. Öztürk R, Saruhan A. "1-4 Aylık premature bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2013, 1: 32-47.
59. Keleş ÖD, Şarman G. *Kuvözden Dünyaya*, Ankara, Oksijen Yayınları, 2011.
60. Yılmaz F. *Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2012.
61. Sümer, N (Mayıs, 2015). Anne Gezindiğin Bağ, Baba Yaslandığın Dağ. Yaşam Baoyu Bağlanma. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Psikoloji Günleri.
62. Törüner EK, Büyükgönenç L. "Riskli Yenidoğan". Törüner EK, Büyükgönenç L. *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, Göktuğ Yayıncılık, Ankara, 2011.
63. Küçüköğlü S, Aytekin A, Gülhaş NF. "Identifying the needs of mothers whose babies were admitted to neonatal intensive care units", *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015, 12(3): 182-188.
64. Karataş T, Mete S. "Gebelikte bulantı kusma sorunu yaşama durumu ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2012, 5(2): 47-52.
65. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. *Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks18 months*. *Balkan Med J* 2011;28:385-93.
66. Chourasia N, Surianarayanan P, Adhisivam B, Bhat BV. "NICU admissions and maternal stress levels", *The Indian Journal of Pediatrics*, 2013, 80(5): 380-4.
67. Büyükkayacı N, Koçak C. "The effect of social support on state anxiety levels during pregnancy", *Social Behavior and Personality*, 2013, 41(7): 1153-1164.

68. Yalçın İ. "İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye’de yapılmış çalışmaların meta analizi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2015, 26(1): 21-32.
69. Şen S, Egeliolu N, Saruhan A. "Göçün gebelikteki depresyon, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi", *International Journal of Human Sciences*, 2012, 9(2): 1-13.
70. Chiejina E, Ebenebe R, Odira C, (2014). "Relationships between parental demographic variables and parental stress over their hospitalized infants in NICU", *Global Advanced Research Journals*, 3: 72-8.
71. Yıldız, MA ve Baytemir K. A "Mediation role of self-esteem in the relationship between marital satisfaction and life satisfaction in married individuals", *Journal of the Faculty of Education*, 2016, 17(1): 67-80.
72. Bayram S. "Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012, 3(3):129-35.
73. Tutarel-Kışlak Ş ve Göztepe I. "Duygu dışavurumu, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler" *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2017, 3(2): 27-47.
74. Çağlar S. "Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım: anne görüşleri", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2019; 28(2): 120-126.
75. Sungur MZ. *Aşk evlilik sadakatsizlik: Şeytan üçgeni*, 49. Baskı, Destek Yayınları, İstanbul, 2021.
76. Çelik M, Tümkaya S. "Öğretim elemanlarının evlilik uyumu ve yaşam doyumlarının iş değişkenleri ile ilişkisi", *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2012, 13(1): 223-238.
77. Turcpar AF, Kadıoğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M ve Mollamahmutoğlu L. "Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: A prospective study", *BMC Pregnancy & Childbirth*, 2015, 15(1): 108.
78. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S ve Holmes, W. "Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review", *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, 90(2):139G-149G.
79. Eren BM. *Prematüre bebeği yenidoğan yoğun bakımda yatan annelerde anne bebek bağlanması ve ilişkili faktörler* (Tez). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2018

80. ırlak A, Erdemir F. “Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16(2):73-81.
81. Kutlutürk S, Çelik G, Tonak HA, Kızılay O, Topçuoğlu S. "Preterm doğumlu çocuğa sahip annelerin yaşam kalitesi, durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi", *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (Özel Sayı-1): 34-35.
82. Tarhan N. *Mutlu evlilik psikolojisi*. Timaş Yayınları, İstanbul, 2019.
83. Çoban A, İnce Z. *Tedavi, girişimler, sık karşılaşılan sorunlar, hastalıklar ve ilaçlar, Neonatoloji*, 6. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2012.
84. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. *Prevalence of postnatal depression and risk factors in women in Sivas City* [Article in Turkish]. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2004;26:55–9.
85. Türkçapar H. "Depresyon, bilişsel ve davranışçı terapisi", *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırma Dergisi*, 2013, 2(3): 173-81.
86. Yıldırım, İ. "Eş Destek Ölçeğinin geliştirilmesi", *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2004, 3(22): 19-26.
87. Montiroso R, Provenzi L, Calciolari G, Borgatti R. "Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs", *Acta Paediatrica*, 2012, 101(2): 136-142.

EKLER

EK-1 : ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Sizi Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ danışmanlığında araştırmacı Kübra ÇAKIROĞLU tarafından yürütülen “Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan anne ve babaların algıladıkları eş desteği ve anksiyete ilişkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, bebeği yoğun bakımda olan prematüre anne ve babaların algıladıkları eş desteği ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Katılımcının

Adı-Soyadı: Kübra ÇAKIROĞLU

Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Sosyo-Demografik Sorular

1.Yakınlık Dereceniz

Anne Baba

2.Yaşınız.....

3.Öğrenim durumunuz nedir?

İlköğretim Lise Üniversite

4.Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyor Çalışmıyor

5. Sosyal güvenceniz var mı?

Yok Var

6.Ne kadar süredir evlisiniz ?

Bir yıldan az 1-3 yıl arası 4-6 yıl arası 7 yıl ve üzeri

7. Planlanan bir gebelik miydi?

Evet Hayır

8.Kaç çocuğunuz var ?

1 2 3 ve üstü

9. Daha önce prematüre doğan bebeğiniz oldu mu?

Evet Hayır

10. Daha önce Yeni doğan Yoğun Bakımda yatan bebeğiniz oldu mu?

Evet Hayır

11. Bebeğinizin doğum haftası nedir ?

25-28 hafta 29-32 hafta 33-36 hafta 37 hafta

12.Bebeğinizin doğum kilosunu nedir ?

1000 gr ve altı 1001- 1500 gr 1501-2000 gr 2001 gr ve üzeri

13.Bebeğinizin hastanede yatış süresi ne kadar?

7 günden az 8-30 gün 31 günden fazla

14..Daha önce tanı aldığınız herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

Evet Hayır

15. Eşinizin daha önce tanı almış olduğu herhangi bir psikolojik rahatsızlık var mı?

Evet Hayır

16. Genel olarak ruh haliniz nasıl?

İyi Orta Kötü

17. Psikolojik desteğe ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

18. Eşiniz ile ilişkiniz sizce nasıl?

İyi Orta Kötü

19. Evliliğinizden mutlu musunuz?

Evet Hayır Kararsızım

20. Eşinizin size yeterince destek olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır Kararsızım

Eş Destek Ölçeği

Aşağıdaki maddeler eşinizden algıladığınız destek ile ilgilidir. Her maddeyi, eşinizle olan ilişkinizi düşünerek madde karşısındaki “*bana uygun, kısmen uygun, bana uygun değil*” seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplandırınız.

		Bana - Kısmen - Uygun		
		Uygun	Uygun	Değil
Eşim;				
1.	Bana hoş espriler yapar	()	()	()
2.	Yaptıklarımı destekler	()	()	()
3.	Benimle olmak için zaman yaratmaya çalışır	()	()	()
4.	Kazancını ve tüm eşyalarını benimle paylaşır	()	()	()
5.	Başarılarımı takdir eder	()	()	()
6.	Bana sarılır, üzerime titrer	()	()	()
7.	Evimizle ilgili her türlü sorunla ilgilenir	()	()	()
8.	Benimle sohbet eder, dertleşir	()	()	()
9.	Bana yanımda olduğunu hissettirir	()	()	()
10.	Bana suçlayıcı, yargılayıcı davranır	()	()	()
11.	Beni hoş, eğleneceğim yerlere götürür	()	()	()
12.	Bana şefkat gösterir	()	()	()
13.	Hastalık, taşınma gibi durumlarda bana yardım eder	()	()	()
14.	Hatalarımı bana nazikçe gösterir	()	()	()
15.	Benimle alışverişe, sinemaya veya gezmeye gelir	()	()	()
16.	Beni sever, okşar	()	()	()
17.	Evimizle ilgili işlerde bana yardım eder	()	()	()
18.	Benim üstün, güçlü yönlerimi vurgular	()	()	()
19.	Görüş ve isteklerime önem verir	()	()	()
20.	Beni gerçekten anlamaz	()	()	()
21.	Bana gerçekten değer verir	()	()	()
22.	Bana değer verdiğini başkalarına hissettirir	()	()	()
23.	Beni üstün ve zayıf yönlerimle kabul eder	()	()	()
24.	Pek çok şeyini benden gizler, benimle paylaşmaz	()	()	()
25.	Sorunlarla başa çıkmamda bana yardım eder	()	()	()
26.	Verdiğim kararları destekler	()	()	()
27.	Sağlığımınla yakından ilgilenir	()	()	()

Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	HİÇ etkilemedi	HAFİF DÜZEYDE etkiledi	ORTA DÜZEYDE etkiledi	CİDDİ DÜZEYDE etkiledi
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.Sıcak/ateş basmaları				
3.Bacaklarda halsizlik titreme				
4.Gevşeyememe				
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.Baş dönmesi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengeyi kaybetme duygusu				
9.Dehşete kapılma				
10.Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklik				
14.Kontrolü kaybetme korkusu				
15.Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21.Terleme (Sıcağa bağlı olmayan)				

EK 2: ETİK KURUL FORMU**EK 3: KURUM İZİNİ****ÖZGEÇMİŞ**

Adı	Kübra	Soyadı	Çakıroğlu
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Telefon	
e-mail			

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre

Yabancı Diller

<i>Yabancı Diller</i>	<i>İngilizce</i>
------------------------------	------------------

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Word, Microsoft Excel