

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN ANNELERİN YAŞAM KALİTESİ
VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melda ERDOĞDU

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN

ŞUBAT 2020

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN ANNELERİN YAŞAM KALİTESİ
VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Melda ERDOĞDU
(161105009)**

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN

ŞUBAT 2020

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 161105009 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Melda ERDOĞDU, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN ANNELERİN YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : **Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN**
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Jüri Üyeleri : **Prof. Dr. Türkinaz AŞTI**
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ
Biruni Üniversitesi

Teslim Tarihi :
Savunma Tarihi : 04 Şubat 2020



Aileme,

ÖNSÖZ

Bilim ve teknolojideki gelişmeler sayesinde prematüre bebeklerin hayatta kalma şansları artmakla birlikte, morbitide oranları nedeniyle ailelere emosyonel yük getirmektedir. Bu çalışma, prematüre yenidoğanların yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kaldıkları süre boyunca ebeveynlerinin yaşadıkları sorunların yaşam kalitesine etkileri ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesini hedeflemiştir. Araştırmanın planlanması, uygulanması ve sürdürülmesi aşamalarında benden desteğini esirgemeyen, tecrübeleriyle yol gösteren ve bu süreci yürütmemi sağlayan değerli tez danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN'a, Araştırmaya katılımları ile destek veren tüm prematüre bebeği olan annelere, Tez çalışmasına katkıda bulunan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan bütün meslektaşlarıma,

Araştırmanın yürütülmesinde kolaylıklar sağlayan, veri toplama aşamasında işbirliği sunan arkadaşım Hemşire Sultan ÖZTÜRK'e, Araştırmam boyunca ilgi, sevgi ve desteklerini esirgemeyen sevgili aileme ve manevi desteğiyle her daim yanımda olan sevgili eşime, Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Şubat 2020

Melda Erdoğan
(Hemşire)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Melda Erdoğan

İmza

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	v
BEYAN.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	ix
TABLO LİSTESİ	x
ÖZET.....	xi
SUMMARY	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Amacı	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Prematüre Bebek.....	3
2.1.1 Prematüre bebeklerin sınıflandırılması.....	3
2.1.2 Preterm doğumun sıklığı ve mortalite.....	3
2.1.3 Preterm doğumun sebepleri.....	4
2.1.4 Prematüre bebeklerin özellikleri.....	5
2.1.5 Prematüre bebeklerde görülen sorunlar.....	7
2.1.5.1 Neonatal dönem sorunları.....	7
2.1.5.2 Nörogelişimsel sorunlar.....	8
2.2 Doğum Sonrası Dönemde Prematüre Bebeği Olan Annelerin Yaşadıkları Sorunlar.....	9
2.2.1 Annelik hüznü.....	10
2.2.2 Postpartum depresyon.....	10
2.3 Preterm Doğum ve Sosyal Destek.....	11
2.3.1 Sosyal destek.....	11
2.3.2 Preterm doğum ve sosyal destek	12

2.4 Preterm Doğum, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler.....	12
2.4.1 Yaşam kalitesi.....	12
2.4.2 Preterm doğum yapan annelerin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler....	13
2.5 Prematüre Bebeği Olan Annelerin Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1 Araştırmanın Tipi.....	17
3.2 Araştırmanın Evreni.....	17
3.3 Araştırmanın Örneklemi.....	17
3.4 Veri Toplama Araçları.....	18
3.4.1 Bağımlı değişkenler.....	20
3.4.2 Bağımsız Değişkenler.....	20
3.5 Verilerin Toplanmasında İzlenen Yol.....	21
3.6 Araştırmanın Etik Boyutu.....	21
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	58
KAYNAKLAR	60
EKLER.....	66
ÖZGEÇMİŞ.....	86

KISALTMALAR

ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
OGS	: Oro-Gastrik Sonda
PPD	: Postpartum Depresyon
WHO	: World Health Organization
YYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 4.1 : Annelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	22
Tablo 4.2 : Annelerin Sağlık ve Hastalık Durumları.....	24
Tablo 4.3 : Annelerin Gebeliğine Ait Özellikleri.....	25
Tablo 4.4 : Annelerin Bebeklerine Ait Özellikleri.....	27
Tablo 4.5 : Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalar.....	30
Tablo 4.6 : Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.7 : Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.8 : Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.9 : Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.10 : Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	42
Tablo 4.11 : Doğum Sonrası Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	45
Tablo 4.12: Algılanan Sosyal Destek Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	46
Tablo 4.13 : Doğum Sonrası Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğin Bedensel Sağlık Üzerine Etkisi.....	47
Tablo 4.14: Doğum Sonrası Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğin Psikolojik Sağlık Üzerine Etkisi.....	48
Tablo 4.15: Doğum Sonrası Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğin Sosyal İlişkiler Üzerine Etkisi.....	49
Tablo 4.16 : Doğum Sonrası Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğin Çevresel Sağlık Üzerine Etkisi.....	50

PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN ANNELERİN YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ÖZET

Bu araştırma, prematüre bebeği olan annelerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla ilişki arayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Araştırma İstanbul’ da bir Vakıf Üniversitesi hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören 90 prematüre bebeğin annesi ile Temmuz 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri ‘Prematüre Bebeği Olan Anne ve Bebek Bilgi Formu’, ‘WHOQOL-BREF Ölçeği’, ‘Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’ ve ‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ kullanılarak toplandı. Veriler SPSS programında frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler ile Student testi, One Way Anova testi ve regresyon analizi kullanılarak değerlendirildi. Annelerin % 54,4’ünün yaşı 31 ve üzeri, babaların %67,8’i 31 ve üzeri yaş aralığındadır. Annelerin %96,7’si evli, %50’sinin evlilik süresi 1-5 yıldır. Annelerin %36,7’si lise, %16,7’si üniversite mezunudur. Annelerin %60’ı bir işte çalışmamakta ve %62,2’sinin aile geliri gideri ile aynıdır. Annelerin WHOQOL-BREF (TR) genel yaşam kalitesi puan ortalaması $73,87 \pm 9,28$, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalaması $10,52 \pm 4,80$, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel puan ortalaması $62,14 \pm 14,66$ bulundu. Araştırmada, postpartum depresyonun ve algılanan sosyal desteğin genel yaşam kalitesi için anlamlı bir belirleyici olduğu bulundu. Postpartum depresyon düzeyi genel yaşam kalitesi düzeyini azaltırken, algılanan sosyal destek genel yaşam kalitesi düzeyini arttırmaktadır. Aileden algılanan sosyal destek genel yaşam kalitesi düzeyini arttırırken arkadaştan ve özel insandan algılanan sosyal destek genel yaşam kalitesi düzeyini etkilememektedir. Sonuç olarak, doğum sonrası depresyon düzeyinin ve algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesini etkilediği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek, Postpartum Depresyon, Prematüre Bebeği Olan Anneler

QUALITY OF LIFE OF MOTHERS WITH PREMATURE INFANTS AND FACTORS AFFECTING QUALITY OF LIFE

SUMMARY

This study was carried out as a relationship-seeking study to determine the quality of life and factors affecting quality of life of mothers with premature babies. The study was conducted between July 2018 and September 2019 with the mother of 90 premature infants who were treated in a neonatal intensive care unit in a Vakıf University hospital in Istanbul. The data of the study were collected by using Mother and Baby Information Form with Premature Infants ', 'WHOQOL-BREF Scale ', 'Edinburgh Postnatal Depression Scale 'and' Multidimensional Perceived Social Support Scale '. Descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation were evaluated using SPSS program, Student's test, One Way Anova test and regression analysis. 54.4% of the mothers are aged 31 and over and 67.8% of the fathers are between 31 and over. 96.7% of the mothers were married and 50% had a marriage period of 1-5 years. 36.7% of the mothers are high school graduates and 16.7% are university graduates. 60% of mothers are not employed and 62.2% are the same as family income. The mean score of WHOQOL-BREF (TR) overall quality of life of the mothers was 73.87 ± 9.28 , and the Edinburgh Postnatal Depression Scale score was 10.52 ± 4.80 , and the mean score of the Multidimensional Perceived Social Support Scale was 62.14 ± 14.66 found. In the study, postpartum depression and perceived social support were found to be a significant predictor of overall quality of life. While the level of postpartum depression decreases the general quality of life, perceived social support increases the general quality of life. While perceived social support from the family increases the general quality of life level, perceived social support from friends and private people does not affect the overall quality of life. In conclusion, it was determined that postpartum depression level and perceived social support affect quality of life.

Keywords: Quality of Life, Social Support, Postpartum Depression, Mothers with Premature Infants

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Amacı

Gelişmiş ülkelerde bebek ölüm nedenleri arasında; konjenital anomaliler, prematürelilik ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili morbiditeler, ani bebek ölüm sendromu, maternal hastalıklar ile ilişkili morbiditeler ve kazalar sayılmaktadır. Ülkemizde bebek ölümlerinin en sık ve en önemli temel nedeni, prematürelilik ve ilişkili morbiditelerdir [1]. Düşük doğum ağırlığı ve prematürelilik gelişimsel geriliğe ve/veya bozukluğa yol açabilecek faktörlerdendir [2]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 37. gebelik haftasını tamamlamadan doğan bebekler doğum ağırlığına bakılmaksızın prematüre olarak kabul edilmektedir [3]. Dünyada prematürelilik oranı giderek artmaktadır. Dünya genelinde her 10 bebekten biri prematüre olarak dünyaya gelmektedir. Hayatta kalanlar, yaşamları boyunca prematüreliliğin getirdiği komplikasyonlarla başa çıkmak için uğraşmaktadır [4]. Bebek Ölümleri İzleme Sistemi kayıtlarına göre ise Türkiye’de bebeklerin temel ölüm nedenleri arasında % 45 ile prematürelilik 1. sırada gösterilmiştir [1].

Doğum, ebeveynler için mutlu olunması gereken bir süreç iken; erken doğum her şeyin ani oluşu, anne ve bebeğin çeşitli sağlık problemleri bu durumu değiştirmektedir [5]. Prematüre bebekler; doğduklarında anne yanında değil, yaşamını tehdit eden hastalıklarla mücadele etmek için yoğun bakımda kalmaktadır. Bebeğin doğar doğmaz anneye gösterilmeden yoğun bakıma çıkarılması, ebeveynlerde stres oluşturmaktadır [6]. Prematüre bebeğin yaşadığı sağlık sorunlarıyla birlikte, pospartum dönemde ebeveynlik rolüne ve bebeğin bakımına adapte olma sürecinde olan anne; stres, anksiyete, iç kontrol kaybı ve performans yetersizliği gibi duygular yaşamaktadır. Bütün bu duygular annenin fonksiyonel durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerken aynı zamanda bu döneme uyum sağlamaya başlayan annenin aldığı sosyal destek de uyum sağlamasına büyük ölçüde yardımcı olmaktadır [6]. Anneler bu dönemde annelik hüznünden başlayarak postpartum depresyon ve postpartum psikoza kadar gidebilen ciddi psikiyatrik

hastalıklarla karşı karşıya kalmaktadır. Doğum sonrası depresyon, annelik hüznü ile karıştırıldığından yaygın olmasına rağmen tanı konulan anne sayısı azdır. Doğum sonrası depresyon, doğum sonrası ilk 4 hafta içerisinde başladığı gibi, doğumdan sonraki 3 ile 6 ay arasında da başladığı bildirilmiştir [7,8]. İstenmeyen gebelik, ölüm, ayrılık, bebeğin çeşitli sağlık sorunlarının olması ve bu nedenle YYBÜ'ye yatış ve bebekten ayrı kalınması, travmatik doğum, eş ile yaşanan problemler gibi sebepler doğum sonu depresyonu etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır [9,5]. Postpartum depresyon, klinik depresyona benzerlik gösterse de buna ek olarak; bebeğe ve aileye karşı ilgisizlik, bebeğe zarar verme düşünceleri olabilir [10,11]. Postpartum dönemde yaşanan depresyon, annenin yaşam kalitesini olumsuz etkilerken, aynı zamanda prematüre bebeğe sahip olmak da postpartum yaşam kalitesini daha da düşürmektedir [12].

Yaşam kalitesi, bireyin yaşamının fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönleri üzerindeki performansını etkileyen çok boyutlu ve dinamik bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini “bireyin yaşamlarını, benimsedikleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında algılaması” olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi, anne ve çocuk sağlığı alanında da önemli rol oynamaktadır [13]. Postpartum dönemde yaşam kalitesi, annelerin kendileri tarafından algılanan fiziksel, duygusal ve sosyal refahı, kendini geliştirme becerilerini ve kendisi, çocukları ve ailesi için çevresindeki gerekli desteklere erişimini etkilemektedir [14]. Annenin sağlık durumunun, çocuklarının sağlığı üzerinde önemli bir etkisi vardır. Bunun yanı sıra sağlığı iyi olan çocuklar da, annelerinin veya bakım verenlerinin yüklerini azaltmakta ve bu sayede de çocuğun anne tarafından algılanan refahı üzerindeki olumsuz etkileri de azalmaktadır. Yapılan bir çalışmada, prematüre bebeğe sahip annelerin doğum sonrası yaşam kalitesi, term bebeğe sahip annelere göre biraz daha düşüktür ancak; diğer çalışmalarda doğumdan sonraki 6. ve 18. aylarda prematüre ve term bebeğe sahip annelerin yaşam kaliteleri arasında farklılık görülmemiştir [14]. Prematüre bebeği olan annelerin ruh sağlığının ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi, yoğun bakım ünitelerinde bu annelere yönelik bireysel eğitim programlarının oluşturulması için önem taşımaktadır. Bu bağlamda bu araştırma, prematüre bebeği olan annelerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Prematüre Bebek

Anne karnındaki bebeğin büyümesi ve organlarının dış ortama uyum sağlayabilmesi için belirli bir süre anne karnında kalması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 37. gebelik haftasını tamamlamadan doğan bebekler doğum ağırlığına bakılmaksızın prematüre olarak kabul edilmektedir [3].

2.1.1 Prematüre bebeklerin sınıflandırılması

Prematüre bebekler gebelik haftalarına göre veya doğum ağırlığına göre sınıflandırılmaktadır.

Gebelik haftalarına göre;

- Geç preterm: Gebelik haftası 34 ile 36 + 6/7 arası olan pretermier
- Orta derece preterm: Gebelik haftası 32 ile 33 + 6/7 arası olan pretermier
- Çok preterm: Gebelik haftası 32'nin altında olan pretermier
- İleri derece preterm: Gebelik haftası 25'in altında olan pretermier olarak sınıflandırılmaktadır.

Doğum ağırlıklarına göre;

- Düşük doğum ağırlıklı (DDA): 2500 gramın altındaki doğum ağırlıklı bebekler,
- Çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA):1500 gramın altındaki doğum ağırlıklı bebekler,
- İleri derece düşük doğum ağırlıklı (İDDDA): 1000 gramın altındaki doğum ağırlıklı bebekler olarak sınıflandırılmaktadır [15].

2.1.2 Preterm doğumun sıklığı ve mortalite

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012'de yayınlanan 'Born Too Soon' –'Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu'nda, her yıl 15 milyon bebeğin zamanından önce doğduğu bildirilmiştir. Dünya genelinde her 10 bebekten biri

premature olarak dünyaya gelmektedir. Hayatta kalanlar, yaşamları boyunca prematureliğin getirdiği komplikasyonlarla başa çıkmak için uğraşmaktadır [4].

Tüm dünyada preterm doğum oranı %11 olup, bu doğumların %84'ü 32 ile 36 gebelik haftalarında, %10'u 28 ile 32 gebelik haftalarında ve %5'i 28 gebelik haftasından daha düşük haftalarda gerçekleşmektedir [15].

Dünyada prematurelik oranı giderek artmaktadır. Bu artıştan en çok yardımcı üreme teknolojisi ile doğan çoğul bebeklerin sayısının artması sorumlu tutulmaktadır [1]. Teknolojideki ilerlemelerle premature bebeklerin hayatta kalma şansları artmakla birlikte, morbidite oranları nedeniyle hem ailelere hem de sağlık sistemlerine finansal ve emosyonel yük getirmektedir [16].

Ülkemizde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin sayısının artması, teknolojinin ilerlemesi ve kalitesinin iyileşmesi; prematurelerin, konjenital anomalili bebeklerin, asfiktik, sendromlu ve sepsisli bebeklerin yaşama oranlarını da arttırmıştır [17]. Bebek Ölümleri İzleme Sistemi kayıtlarına göre ise Türkiye'de bebeklerin temel ölüm nedenleri arasında % 45 ile prematurelik 1. sırada gösterilmiştir [1].

2012 Born To Soon raporuna göre; erken doğumların %60'ından fazlası Afrika ve Güney Asya'da görülmektedir. En yüksek rakamlara sahip 10 ülke içinde, Brezilya, ABD, Hindistan ve Nijerya'nın olması, erken doğumun küresel bir sorun olduğunu göstermektedir. Ülkeler içinde ise daha yoksul ailelerin daha yüksek risk altında olduğu bildirilmiştir [4].

2017 yılında çoğu önlenabilir sebep olmasına rağmen 2,5 milyon yeni doğanın öldüğü ve ölen bebeklerin yaklaşık üçte ikisinin erken doğduğu ve bu doğanların hayatta kalsalar dahi kronik rahatsızlıklar, gelişimsel gerilik ve kalıcı bir sakatlıkla karşı karşıya kalacağı bildirilmiştir [18].

2.1.3 Preterm doğumun sebepleri

Preterm doğumun sebeplerinde çeşitli etkenler rol oynamaktadır. Bunlar;

Demografik faktörler;

- Yaş
- Irk

- Sosyoekonomik durum

Davranışsal faktörler;

- Sigara ve tütün kullanımı
- Madde kullanımı
- Kötü beslenme
- Yetersiz prenatal bakım

Maternal faktörler

- Kötü obstetrik öykü
- Uterus / serviks anomalisi
- Miyomlar
- Hipertansiyon
- Diyabet

Gebelik komplikasyonları

- Çoğul Gebelik
- Amniyon sıvısının artması veya azalması
- Vajinal kanama
- Düşük vücut kitle oranı
- Fetal anomali
- Karın cerrahisi
- Enfeksiyon (sistemik / lokal)

[15].

2.1.4 Prematüre bebeklerin özellikleri

Prematüre bebeklerin gestasyon haftası ile ilişkili spesifik özellikleri vardır Bunlar:

- Baş vücuda oranla büyük olup, ön-arka fontanel geniş, süturlar aralıklı, kulak kıkırdağı yumuşak, kıvrım sayısı az, gözler kapalıdır.
- Deri ince, kırmızı ve jelatinöz görünümündedir. Deri altı yağ tabakası az, lanugo tüyleri boldur.
- Tırnaklar kısa ve yumuşaktır, 32. haftadan sonra parmak uçlarını geçer.

- Avuç içi ve ayak tabanı çizgileri azdır, sayı ve derinliği gebelik haftası arttıkça artar.
- Ekstremiteler uzundur.
- Göğüs duvarı yumuşak, karın gergindir.
- Meme başı palpe edilemez, pigmentasyon yoktur.
- Areola 34. gebelik haftasından sonra belirginleşir.
- Göbek kordonu geç kuruyup geç düşer.
- Genital organların gelişimi azdır.
- Erkeklerde testisler skrotuma inmemiş, kızlarda labia majörler minörleri örtmemiş olabilir.
- Solunum kasları zayıf ve göğüs kafesi yumuşaktır.
- Hipoventilasyon sonucu, karbondioksit retansiyonu, asidoz ve siyanoz gözlenir.
- Solunum diyafragmatik ve zayıftır.
- Apne ile birlikte periyodik solunum görülür.
- İnterkostal çekilmeler siktir.
- Fizyolojik hipotoni vardır ve immatürite arttıkça hipotonisite artar.
- Yakalama, emme, yutma, moro refleksleri az gelişmiştir.
- Emme, yutma ve solunum koordinasyonu 32-34. haftada gelişir.
- Mide kapasiteleri küçük, mide boşalma zamanı uzundur.
- Kusma, regürjitasyon ve karında distansiyon sık görülür.
- İlk günlerde ağırlık kaybı fazla, ağırlık alımı yavaş olur.
- Karaciğerin az gelişmiş olması nedeniyle hipoglisemi, hipoproteinemi, hipoprotrombinemi ve hiperbilirubinemi sık görülür.
- Anemi ve intrakraniyal kanamalar sık görülür.
- Derialtı yağ dokusu az ve vücut yüzeyi geniş, dolaşım iyi değildir.
- Titreme-terleme özelliği olmadığından hipotermi ve soğuk stresine eğilim bulunmaktadır.
- İmmün sistem immatürdür, anneden geçen immünglobülinler az olduğundan enfeksiyonlara eğilim fazladır.
- Glomerüler filtrasyon hızı düşüktür, özellikle el, ayak sırtı, tibia üzerinde ödem sık görülür.

- Retinal vasküler sistem gelişmediği için ROP (Prematüre Retinopati) sık görülmektedir [19-22].

2.1.5 Prematüre bebeklerde görülen sorunlar

2.1.5.1 Neonatal dönem sorunları

❖ Solunum Problemleri:

- Respiratuar distres sendromu
- Bronkopulmoner displazi
- Pnömoni, pnömotoraks, interstisyel amfizem
- Konjenital pnömoni
- Pulmoner hipoplazi
- Pulmoner kanama
- Apne

❖ Kardiyovasküler:

- Patent duktus arteriozus*
- Bradikardi (apne ile birlikte)*
- Hipotansiyon Konjenital malformasyonlar

❖ Hematolojik:

- Anemi
- Hiperbilirubinemi–indirekt*
- Subkutan ve iç organ kanamaları
- Yaygın damar içi pıhtılaşması
- K vitamin eksikliği
- İmmün veya non-immün hidrops

❖ Gastrointestinal: -

- Zayıf motilite*
- Nekrotizan enterokolit
- Hiperbilirubinemi
- Gastrointestinal perforasyon

❖ Metabolik–Endokrin:

- Hipoglisemi*
- Hipokalsemi*

- Hiperglisemi*
- Hipotermi*
- Geç metabolik asidoz - Ötiroidi (düşük tiroksin düzeyli)

❖ Merkezi Sinir Sistemi:

- İntraventriküler kanama*
- Periventriküler lökomalazi
- Hipoksik iskemik ensefalopati
- Konvülsiyonlar
- Prematüre retinopatisi
- Sağırılık
- Hipotoni*
- Konjenital malformasyonlar
- Kernikterus

❖ Renal Problemler:

- Hiponatremi*
- Hipernatremi*
- Hiperkalemi*
- Renal tübüler asidoz
- Renal glikozüri
- Ödem

❖ Enfeksiyonlar:

- Konjenital, perinatal, nazokomiyal

1. (*Sık görülenler)

olarak sınıflandırılabilir [23,24].

2.1.5.2 Nörogelişimsel sorunları

Beyin gelişiminin en hızlı olduğu dönem, gebeliğin son trimesteri ve erken yenidoğan dönemidir. Zamanından erken doğan prematüre bebeklerde intrauterin gelişimin tamamlanamamasına bağlı beyinde hasarlanma ve buna bağlı nörogelişimsel sorunlar gelişebilmektedir [25,26].

Yenidoğan yoğun bakımlarının ekipman ve teknolojik olarak ilerlemesi prematüre bebeklerin yaşama oranını arttırmakla beraber yaşam boyu devam eden nörogelişimsel sekellerin oranı da artırmaktadır. En riskli grup çok düşük doğum

ağırlığına (<1500gr) sahip olan bebekler olup bu bebeklerin %10-15'inde kalıcı motor sekeller, %20-25'inde belirgin bilişsel, davranışsal ve duyuşsal bozukluklar görülmektedir [26,27].

2.2 Doğum Sonrası Dönemde Prematüre Bebeği Olan Annelerin Yaşadıkları Sorunlar

Doğumda plasentanın çıkışından sonraki altı ile sekiz haftalık süreç postpartum dönem olarak adlandırılmaktadır [28-30]. Bu dönem kadınların hayatında birçok değışikliğe sebep olduğu için son derece heyecanlı, endişeli ve stresli olmaktadır [29,30]. Pospartum dönemde çok sayıda fiziksel ve ruşsal problem oluşabilmektedir [30-32]. Bu dönemde kadınların en sık yaşadığı problemler; inkontinans, enfeksiyon, cinsel problemler, emzirme ile ilgili problemler, anemi, yara iyileşmesi, baş ağrısı, sırt ağrısı, konstipasyon, hemoroid, bitkinlik, depresyon ve anksiyetedir [30,31]. Bu sağlık problemleri annenin kendini uzun süre hasta hissetmesine neden olmaktadır. Bu problemlerle baş edemeyen annelerin yaşam kalitesi ve sağlık durumu olumsuz etkilenebilmektedir [28,30,31]. Bu süreçte anneler stresle karşı karşıya kalmakta ve bu sürece uyum sağlayamayan annelerde çeşitli düzeylerde duyuşsal sorunlar gelişmektedir [33,34]. Yaşanan problemler anne sağlığının yanı sıra yenidoğan bebeğin sağlığını da olumsuz olarak etkileyebilmektedir [13]. Bununla birlikte, bu sorunlar sağlık profesyonelleri tarafından, daha çok bebeğin sağlığına yoğunlaşması nedeniyle genellikle göz ardı edilmektedir [13,34].

Beklenen doğumun çeşitli sebeplerden dolayı erken gerçekleşmesi, ebeveynler için zor bir durumdur. Çoğu zaman bebeğin gelişimi ani olur ve ailenin fiziksel ve duyuşsal olarak hazırlığı yoktur. Doğum, mutlu olunması gereken bir süreç iken; erken doğum ile planların değışmesi, her şeyin ani oluşu, anne ve bebeğin çeşitli sağlık problemleri bu durumu değıştirmektedir [5]. Term bebek ebeveynleri için eve gitme vakti gelmişken, prematüre bebeğe sahip ebeveynler için süreç yeni başlamaktadır [11,35]. Prematüre yenidoğanların ebeveynleri, bebeklerinin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kaldıkları süre boyunca emosyonel stres yaşamakta, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtileri göstermekte ve diğer ebeveynlik rollerini yerine getirmekte zorlanmaktadırlar [16,30].

Bebeğin doğar doğmaz anneye gösterilmeden yoğun bakıma çıkarılması, YYBÜ'nün alışılmadık ses, ışık, gürültü ve yoğunluğu, bebekle iletişime geçememe, bebeğin

kaybedilme korkusu, bebeğin sorunları hakkında yetersiz bilgi sahibi olma, annenin bebekten önce taburculuğu yani bebeğini orada bırakıp evine gitmesi, bebeğin bakımı hakkında endişeleri gibi birçok sorun ailenin karşılaştığı ve hazır olmadığı bir durumdur [17,36]. Beklenmedik bu durum, ebeveynlerde stres oluşturmaktadır. Bebeği yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres belirti ve sonuçları; endişe, korku, hayal kırıklığı, beslenme sorunları, uykusuzluk, evden ve aileden uzaklaşma, prematüre bebeğin evde bakımı olarak bildirilmiştir [37]. Pospartum dönemde kadınların yaşadığı fiziksel ve ruhsal problemler, annelerin ebeveynlik rollerini, ailevi ve toplumsal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir [6,16]. Pospartum dönemde ebeveynlik rolüne ve bebeğin bakımına adapte olma sürecinde olan anne stres, anksiyete, iç kontrol kaybı ve performans yetersizliği gibi duygular yaşamaktadır. Bütün bu duygular annenin fonksiyonel durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir [6].

2.2.1 Annelik hüznü

Annelik hüznü, doğum sonrası en sık görülen duygudurum bozukluğu olup, sıklığı %30 ile %75 arasında değişmektedir. Semptomlar hafiftir ve sıklıkla emzirmenin başlangıcına rastlamaktadır [38]. Anne kendisini depresif, endişeli, eleştirilere karşı hassas, yorgun olarak hisseder. Annelik hüznünün sebebi tam olarak bilinmeyip, hormonal olduğu düşünülmektedir [9]. Genellikle doğum sonu ikinci ve dördüncü günler ortaya çıkıp yaklaşık iki hafta kadar sürebilen tedavi gerektirmeyen bir durumdur [33,39]. Anneler pospartum dönemde annelik hüznünden başlayarak postpartum depresyon ve postpartum psikoza kadar gidebilen ciddi psikiyatrik hastalıklara karşı da risk altındadır. Bu nedenle annelik hüznü geçiren anneler, ruhsal bozukluğun diğer evrelere ilerlememesi için gözlemlenmelidir [7-9].

2.2.2 Postpartum depresyon

Postpartum depresyon (PPD) doğumdan sonra yaygın olarak görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Risk faktörleri arasında önceki bir psikiyatrik öykü, hamilelik sırasında depresyon geçirmiş olma, sosyo-ekonomik yetersizlik ve diğer tıbbi sorunlar gösterilmektedir [32]. PPD doğum sonrası ilk 4 hafta içerisinde başladığı gibi, doğumdan sonraki üç ile altı ay arasında da başlayabilmektedir [7,8]. Yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10-15'inde görülmektedir [40]. Postpartum depresyon belirtileri majör depresyon belirtilerine benzemektedir. Bunlar; ağlamaklı hal,

hareket ve konuşmada yavaşlama, suçluluk hissi, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, uyku bozuklukları, motivasyon kaybı, içe kapanma, yalnızlık, kendini çaresiz hissetme, bebeğine karşı aşırı ilgisizlik veya aşırı endişelenme, bebeğe zarar verme düşünceleridir [28,32,41]. İstenmeyen gebelik, ölüm, ayrılık, bebeğin çeşitli sağlık sorunlarının olması ve bu nedenle YYBÜ'ye yatış ve bebekten ayrı kalınması, travmatik doğum, eş ile yaşanan problemler gibi sebepler PPD'yi etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır [5,9,42]. PPD'nin çocuk gelişimi üzerinde kısa ve uzun süreli etkileri vardır. PPD annelik hüznü ile karıştırıldığından yaygın olmasına rağmen, çok azına tanı koyulabilmektedir. PPD'nin taramasında ve tedavisinde kadın doğum uzmanı, çocuk doktoru, hemşire ve ebeler önemli rol oynamaktadır. Tedavi seçeneklerinin psikoterapi ve antidepresan olması tedaviye uyumda engel oluşturmaktadır. Psikoterapistlere erişim ve anne sütü ile ilaç maruziyetinin uzun dönemli etkisinin bilinmemesi yaşanan zorluklardır [43,44]. PPD tedavi edilmez ise, suisid, hezeyan ve halusinasyonların hakim olduğu postpartum psikoza kadar gidebilir [45].

2.3 Preterm Doğum ve Sosyal Destek

2.3.1 Sosyal destek

DSÖ'ne göre sağlık; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir esenlik halinde olma durumudur [46]. Son yıllarda yapılan araştırmalar, fiziksel sağlığa biyolojik faktörlerin dışında psikolojik ve sosyal faktörlerin de etkisi olduğu yönündedir [47]. Sosyal desteği geçmişten bugüne birçok teorisyen tanımlamış, her bir tanım birbirinden farklı olsa da ortak beş özelliği vardır. Bunlar; emosyonel destek, iş oryantasyonuna yardım, geri bildirim ve değerlendirme, sosyal bağlılık ve entegrasyon ve yeni bilgilerin sağlanmasıdır [30,48]. Günümüzde sosyal destek 'güç durumdaki bireye ya da stres altındaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım'' olarak tanımlanmaktadır. Bireyler arası ilişkilerde güç durumdaki kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlamak, sağlığı korumayı sağlayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir [30,46,47]. Birey etrafındakilerden aldığı sosyal destek sayesinde, yaşadığı sorunların yarattığı stresin olumsuz etkileri ile daha kolay başa çıkabilmekte ve sağlığını koruyabilmektedir [30].

Sosyal desteğin kim tarafından sağlandığı ve nasıl algılandığı önemlidir. Yaşam süresince destek; aile üyelerinden, akrabalarından, komşulardan, arkadaşlardan ve ihtiyaç olduğunda ebe/hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinden sağlanabilir [46]. Algılanan sosyal destek ise kişinin kendine verdiği genel değer olarak kabul edilebilir. Başkaları tarafından sevilip sayıldığını, ihtiyacı olduğunda yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı sosyal destek daha fazladır. Bu nedenle algılanan desteği kişilik özellikleri, tutum ve mizaç da etkilemektedir [48].

2.3.2 Preterm doğum ve sosyal destek

Doğum ve doğum sonrası dönem, önemli biyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Doğum sonu dönemde anne hem bebeğine alışmaya çalışmakta, onun temel ihtiyaçlarını sağlamak hem de doğum sonrası vücudundaki değişikliklere ve postpartum rahatsızlıklara uyum sağlamak zorundadır [7,34,49,50]. Annenin eşi ve aile üyeleri arasındaki sağlıklı ilişki, bu zorlu süreci daha rahat geçirmesine yardımcı olmaktadır [7,30,47,49].

Çocuk sahibi olan ailelerin yaşamları da artık eskisi gibi değildir. Anne için çalışıyorsa bir süre iş ve sosyal yaşamını ertelemek, baba için ise eş ilgisinin tamamen bebeğe yönelmesi ailede stres yaratabilir. Bu nedenle postpartum döneme uyum sağlamak zor bir süreçtir. Özellikle kadınların bu dönemde eşinden destek beklemesi ve beklentilerin karşılanmaması eşler arasında memnuniyetsizlik yaratmakta ve annenin psikososyal durumunu ve ebeveyn davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir [7,30,34,47,49,51]. Anneye yakın çevresi tarafından sağlanan bebek bakımına destek, ev işlerine yardım ve duygusal destek, annelik rolüne ilişkin yeterlik duygusunu artırarak depresyon riskini azaltmaktadır. Depresyon riskinin azalması bebek sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir [6,30].

2.4 Preterm Doğum, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

2.4.1 Yaşam kalitesi

Yaşam kalitesi uzun yıllar felsefenin bir tartışma konusu olup, antik ve ortaçağda insanın, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olma ve mükemmellik durumu olarak ele alınmıştır. İnsan hakları konusunda yaşanan gelişmelerle birlikte, yaşam kalitesi tüm politik kararların alınmasında önemli bir

gösterge olmuş, toplumların ulaşmayı amaçladığı evrensel bir hedef halini almıştır [30,52]

Yaşam kalitesi ile ilgili tanımlarda ortak nokta insan faktörü ve insanın öznel değerlendirme sistemidir [53]. Yaşam kalitesi, bireyin yaşamının fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönleri üzerindeki performansını etkileyen çok boyutlu ve dinamik bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini “bireyin yaşamlarını, benimsedikleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında algılaması” olarak tanımlamaktadır [13,30].

Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisine göre insanın fiziksel, güvenlik, sosyal, saygı görme ve kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi vardır. Bu ihtiyaçlar, yaşamın her döneminde karşılanması gerekirken, yaşam kalitesi bu ihtiyaçların kantitesini (nicelik) ve kalitesinin (nitelik) de önemli olduğunu vurgulamaktadır [53]. Uzun, başarılı ve mutlu bir yaşam için sağlıklı ve kaliteli yaşam vazgeçilmezdir. DSÖ, sağlığın temel insan hakkı olduğunu ve yaşam için önemli olduğunu vurgulamaktadır. Aynı zamanda kaliteli yaşamın sürdürülebilirliği de önemlidir. Kaliteli yaşamda ekonomi, çevre ve sosyal yapının etkileri de önemli rol oynamaktadır [54]. Yaşam kalitesi ile ilgili tanımlarda, yaşam kalitesi objektif ve sübjektif olmak üzere iki açıdan incelenmektedir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; gelir, eğitim, meslek, sağlık, yaşanılan konutun durumu iken; sübjektif göstergesi ise kişinin sahip olduğu bu imkânlardan duyduğu tatmin/doyumdur [53]. Yaşam kalitesi, anne ve çocuk sağlığı alanında da önemli rol oynamaktadır [13].

2.4.2 Preterm doğum yapan annelerin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler

Herhangi bir nedenle beklenenden daha önce gerçekleşen doğumlarda, bebeğin doğum sonrası YYBÜ’ye alınması annenin stres ve anksiyete yaşamasına neden olmaktadır [55]. Pospartum dönemde annenin yaşadığı sorunlar, sağlık profesyonelleri tarafından odak noktasının daha çok bebeğin sağlığı olması nedeniyle genellikle ihmal edilebilmektedir [13]. Literatürde bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığının yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olduğu vurgulanmaktadır [53]. Annelerin doğum sonu dönemde yaşadığı sağlık sorunların ihmal edilmesi annelerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir [13].

Postpartum dönemde yaşam kalitesi, annelerin kendileri tarafından algılanan fiziksel, duygusal ve sosyal refahı, kendini geliştirme becerilerini, kendisi, çocukları ve ailesi

için çevresindeki gerekli desteklere erişimini etkilemektedir. Annenin sağlık durumunun, çocuklarının sağlığı üzerinde önemli bir etkisi vardır. Bunun yanı sıra sağlığı iyi olan çocuklar da, annelerinin veya bakım verenlerinin yüklerini azaltmakta ve bu sayede de çocuğun anne tarafından algılanan refahı üzerindeki olumsuz etkileri de azalmaktadır [14].

Pospartum dönemde annelerin izlemi son derece önemlidir. Doğum sonrası izlemin yetersizliği hem anneleri hem de bebeklerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir [13]. Bireyin sosyal çevresi ve çevresi ile olan ilişkileri yaşam kalitesinin önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu noktada ailenin önemi üzerinde durulmakta, bireyin var olabileceği, ait olabileceği ve kendini gerçekleştirebileceği destekleyici bir aile çevresinin yaşam kalitesinin gelişmesinde önemli katkısı olabileceği vurgulanmaktadır [53]. Bu süreçte sosyal destek sistemlerinin eksikliği veya yetersizliği de annelerin kriz yaşamalarına neden olup yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir [13,34].

2.5 Prematüre Bebeği Olan Annelerin Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir. Anne ölüm oranları, üreme sağlığı hizmet sunumu kalitesi ile yakından ilişkili olup, çok boyutlu bir kalkınma göstergesidir. Ülkemizde 2003 yılından bu zamana kadar uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda anne ve çocuklara özel önem verilip, anne bebek ölümleri önceki yıllara göre azaltılmıştır [56].

Pospartum dönemde yeterli düzeyde profesyonel destek ve sosyal destek alamayan annelerde önemli komplikasyonlar oluşabilmektedir. Postpartum dönemde kadınlar kendi öz bakımlarında, doğum sonu kanamalar, puerperal enfeksiyon, puerperal tromboemboli, meme hastalıkları (meme başı çatlakları, meme iltihabı veya absesi, memelerde dolgunluk), emzirme problemleri, kabızlık, annelik rolüne uyum problemleri, kendini yetersiz hissettiği duygu durumu ile ilgili duygusal sorunlar gibi pek çok sağlık sorunu yaşamaktadır. Bununla birlikte yenidoğanın bakımı, beslenmesi gibi sorunlarla da karşı karşıya kalabilmektedir [50].

Ülkemizde doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetleri birinci basamakta aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından verilmektedir. Annelerin doğum

sonrası lohusa döneminde toplamda altı kez izlemi yapılmaktadır. Bunların üç tanesi, ilk 0-1 saat arasında, ilk 1-6 saatleri arasında, ilk 6-24 saatleri olmak üzere hastanede gerçekleştirilmektedir. Diğer üç tanesi, doğumu takip eden 2-5. Günler, 13-17. Günler ve 30-42. günler arasında evde veya sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmektedir. Bu izlemlerde annenin fiziksel sorunlarının yanı sıra ruhsal olarak da değerlendirilip riskli olanlar ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevk edilmektedir [56]. Pospartum dönemde depresyonun erken tanı ve tedavisi anne-bebek sağlığı ve sağlıklı bir pospartum döneminin geçirilmesi açısından önemlidir. Sağlık profesyonelleri pospartum depresyonun önlenmesi, tedavisi konusunda planlamalar yapmalı, erken tanı için çaba göstermeli, ev ziyaretleri ile annelerin uyum sağlamalarını kolaylaştırmak için eğitim ve danışmanlık hizmetlerini sürdürmelidirler [57].

Postpartum dönemde hem annede hem de bebekte görülen sorunlar önlenebilmektedir. Bunu önlemede bakımdan sorumlu olan hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir [50]. Yapılan araştırmalarda postpartum dönemdeki annelere verilen bakımın memnuniyet üzerine olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir. Ev ziyaretleri ve telefonla yapılan izlemlerde kadınların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik problemler daha kolay tespit edilebilmekte ve gerekli durumlarda ilgili kliniklere yönlendirilmeleri önemlidir [30]. Yapılan bir araştırmada, pospartum dönemde yapılan ev ziyaretlerinin ve eğitimlerin annelerin depresyon risklerini azalttığı ve yaşam kalitelerini arttırdığı belirlenmiştir [57].

Preterm doğumlarda ise gerektiğinde bebek YYBÜ'de tedavi olmakta ve anne taburcu edildikten sonra da bebeğin YYBÜ'de tedavisi devam etmektedir. Bu durumda YYBÜ'de çalışan hemşireler, bunu bir fırsat olarak değerlendirmeli ve annenin postpartum dönemde yaşadığı sorunları daha erken fark etmelidir. Yapılan araştırmada, bebeklerinin YYBÜ'de olması nedeniyle annelerin psikolojik ve fizyolojik yönde olumsuz etkilendiği, taburculuğa kadar en çok ulaşım, yetersiz ilgi ve bilgilendirme sorunlarının yaşandığı bildirilmiştir [55]. Ulaşım nedeniyle annelerin hastanede kalma süreleri uzamakta ve dinlenme ihtiyaçları artmaktadır. Annelere YYBÜ'ye yakın bir yerde dinlenebileceği, ihtiyaçlarını giderebileceği bir oda ayarlamak, bebeğin durumuna ilişkin gerekli bilgiyi vermek, emzirme ve bebeğin evdeki bakımına ilişkin danışmanlık vermek annelerin yaşadığı anksiyeteyi azaltabilir.

Sonuç olarak, postpartum dönemde yaşanılan sorunlar kadınların yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Hemşireler, kadınların yaşam kalitelerini iyileştirmelerine yardımcı olmak amacıyla postpartum dönemde yaşanılan sorunların önlenmesinde ve tedavisinde bireyselleştirilmiş bakım sağlamalıdır [32].



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, prematüre bebeği olan annelerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla ilişki arayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

3.2 Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Temmuz 2018 – Eylül 2019 tarihleri arasında, İstanbul’da bir Vakıf Üniversite Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi alan prematüre bebeği olan anneler oluşturmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 24 adet küvöz, iki adet açık yatak/küvöz vardır. Ünitelerde ayrıca 1., 2., 3. düzey odalar ve bir adet izolasyon amacıyla tek yataklı oda vardır. Hemşire sayısına bağlı olarak hasta alımı yapılmaktadır.

3.3 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada örneklemin belirlenmesi için power analizi yapıldı. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine 1 yıl içinde yatışı olan prematüre bebek sayısı 114’tür. Örneklem sayısını belirlerken “güç analizi” bu sayılar dikkate alınarak yapıldı. Power analiz ile yapılan hesaplamalar sonucunda çalışmaya minimum 88 prematüre bebeği olan annenin dahil olması gerektiği belirlendi.

Araştırma belirtilen tarihler arasında yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği tedavi alan annelere gelişigüzel örnekleme yöntemiyle seçilen ve aşağıdaki kriterlere uygun toplam 90 anne ile gerçekleştirildi.

Araştırmanın soruları

- Prematüre bebeğe sahip olan annelerin yaşam kalitesi ne düzeydedir?
- Prematüre bebeği olan annelerin ruh sağlığı ne düzeydedir?
- Prematüre bebeği olan annelerin sosyal destek alma durumları ne düzeydedir?
- Annelerin sosyodemografik ve sağlık ile ilgili özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarında fark var mıdır?
- Prematüre bebeği olan annelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Prematüre bebeği olmak,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul etmek

Araştırmanın güçlükleri

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin yatak sayısının az olması istenilen veri sayısına ulaşmayı zorlaştırmıştır. Aynı zamanda prematüre bebeklerin yatış süresinin uzun olması ve buna bağlı hasta sirkülasyonun yavaş olması veri toplamada zaman kaybına neden olmuştur.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma sadece bir hastanede ve belirli zaman diliminde gerçekleştirildiğinden sonuçlar genele yansıtılamamaktadır. Araştırmada herhangi bir fizyolojik ölçüm yapılmayıp, veriler katılımcıların kendi öz bildirimlerine dayanmaktadır.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri ‘Prematüre Bebeği Olan Anne ve Bebek Bilgi Formu’, ‘WHOQOL-BREF Ölçeği’, ‘Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’ ve ‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ kullanılarak toplandı.

Prematüre Bebeği Olan Anne ve Bebek Bilgi Formu:

Anneye ve bebeğe ait bilgiler olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde; annenin yaşı, eşin yaşı, medeni durum, evlilik süresi, eğitim, çalışma, iş, gelir düzeyi, aile tipi, çocuk sayısı, kronik rahatsızlıklar, sürekli kullanılan ilaçlar, gebeliğin istenme durumu, gebelik boyunca yaşanan sağlık sorunu varlığı, gebelikte sağlık kontrolleri, sigara kullanımı, alışkanlıklar, depresyon öyküsü, eş desteği, aileler arası ilişki ile ilgili 23 soru yer almaktadır. İkinci bölümde, bebeğin cinsiyeti, kaçınıcı gebelik olduğu, kilosu, boyu, baş çevresi, apgar puanı, doğum şekli, prematüre doğum sebebi, daha önce prematüre bebeğe sahip olma ve sayısı, bebekte anomali varlığı, bebeğin beslenme şekli, yatış süresi, yatışı hakkında bilgi sahibi olma, bilginin yeterlilik düzeyi ile ilgili 17 soru yer almaktadır (EK 1).

WHOQOL-BREF Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 ölçeğinin kısa formudur. WHOQOLBREF 27 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-BREF ölçeği Eser ve ark. tarafından 1999 yılında geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. WHOQOL-BREF, dört alan (domain) dan oluşmuştur. Ayır ayrı bölümleri (fasetleri) yoktur. Bu araç dört boyut halinde puanlanır: 1. Boyut: Bedensel sağlık; ağrı, rahatsızlık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara veya tedaviye bağımlılık, çalışabilme gücü, beden imgesi ve dış görünüş, cinsel yaşam ile ilgilidir. 2. Boyut: Psikolojik sağlık; olumlu duygular, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama, benlik saygısı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme, kişisel inançlar ile ilgilidir. 3. Boyut: Sosyal ilişkiler; bedensel güvenlik ve emniyet, fiziksel çevre, maddi kaynaklar, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşım, ulaşılabilirlik ve nitelik ile ilgilidir. 4. Boyut: Çevresel sağlık; ev ortamı, diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal destek ile ilgilidir. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Her bir alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden hesaplanır. Bu puanlamalardan hangisinin kullanılacağı araştırmacıya bağlıdır. Ülkemizde 100 puan üzerinden olan hesaplamalar daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçekte puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır. Ölçeğin korelasyon katsayıları 0,49 ile 0,78 (14 ve 17. sorular) arasında değişmektedir. Cronbach alfa değerleri, soru puanlarının alan puanları ile homojenitesini yansıtan değerler olarak tanımlandığında, WHOQOL-BREF(TR) 'nin bölüm ve alanlarının iç tutarlılığı oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Gerek hasta gerekse sağlıklı bireylerde en yüksek iç tutarlılık bedensel alanda (0,83 ve 0,79) en düşük iç tutarlılık ise sosyal alanda (ikisinde de 0,53) bulunmuştur [58] Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,91 bulundu (EK 2).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSÖ)

Doğum sonrası kadınlarda depresyon riskini belirleme düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeye yönelik tarama amaçlı hazırlanmıştır. Cox. ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Engindeniz tarafından yapılmıştır. Ölçek, 10 maddeden oluşan likert tipi kendini bildirim ölçeğidir. Her bir maddeye 0-3 arasında puan verilir ve toplam puan hesaplanır. Ölçeğin kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk

grubu olarak kabul edilmiştir [59]. Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,86 bulundu (EK 3).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet, Dahlem, Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker, Arkar ve Yıldız tarafından 2011 yılında yapılmıştır. ÇBASDÖ, üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş, özel bir insan) alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak; Kesinlikle hayır: 1, Kesinlikle evet: 7 arasında derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki (aile, arkadaş ve özel bir insan) 4 maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmıştır. Değerler 0,80 ile 0,95 arasında bulunmuştur. Üç örnekleme de ölçek ve alt ölçekler kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık göstermişlerdir [60]. Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,95 bulundu (EK 4).

3.4.1 Bağımlı Değişkenler

- WHOQOL-BREF Ölçeği
- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

3.4.2 Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, anneye ait (annenin yaşı, eşin yaşı, medeni durum, evlilik süresi, eğitim, çalışma, iş, gelir düzeyi, aile tipi, çocuk sayısı, kronik rahatsızlıklar, sürekli kullanılan ilaçlar, gebeliğin istenme durumu, gebelik boyunca yaşanan sağlık sorunu varlığı, gebelikte sağlık kontrolleri, sigara kullanımı, alışkanlıklar, depresyon öyküsü, eş desteği, aileler arası ilişki) değişkenler ile bebeğe ait (bebeğin cinsiyeti, kaçınıcı gebelik olduğu, kilosu, boyu, baş çevresi, apgar puanı, doğum şekli, prematüre doğum sebebi, daha önce prematüre bebeğe sahip olma ve sayısı, bebekte anomali varlığı, bebeğin beslenme şekli, yatış süresi, yatışı hakkında bilgi sahibi olma, bilginin yeterlilik düzeyi ile ilgili) bilgileri içermektedir.

3.5 Verilerin Toplanmasında İzlenen Yol

Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. Tanışmanın hemen ardından anneler için ‘‘Prematüre Bebeği Olan Anne ve Bebek Bilgi Formu’’, doğum sonrası depresyon düzeyini değerlendirmek için ‘‘ Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’’, yaşam kalitesini değerlendirmek için ‘‘ WHOQOL-BREF Ölçeği’’, algılanan sosyal desteği belirlemek için de ‘‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’’ uygulandı.

3.6 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Bezmialem Vakıf Üniversitesi Etik Kurulundan Etik Kurul Onayı ve kurum izni alındı (Tarih:10.07.2018, Sayı:54022451-050.05.04-) (EK 5). Araştırmaya katılan annelere araştırma ile ilgili bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alındı.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS 16.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) programında değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), korelasyon analizi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem kolmogorov smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uygun verilerin analizinde parametrik testler student t testi, One way Anova kullanıldı. Yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek için çoklu regresyon analizi yapıldı. Elde edilen sonuçlar % 95 güven aralığında ve anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde annelerin tanımlayıcı özellikleri, WHOQOL-BREF (TR), Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile ilgili bulguları tablolar halinde sunuldu.

Tablo 4.1 : Annelerin Sosyodemografik Özellikleri (N=90)

Özellikler	n	%
Yaş		
30 ve Altı	41	45,6
31 ve Üzeri	49	54,4
Eşin Yaşı		
30 ve Altı	29	32,2
31 ve Üzeri	61	67,8
Medeni Durum		
Evli	87	96,7
Bekar	3	3,3
Evlilik Süresi		
1-5 Yıl	45	50,0
6 ve Üzeri	45	50,0
Eğitim Durumu		
İlkokul	20	22,2
Ortaokul	22	24,4
Lise	33	36,7
Üniversite	15	16,7
Eş Eğitim Durumu		
İlkokul	14	15,6
Ortaokul	23	25,6
Lise	34	37,8
Üniversite	19	21,1
Çalışma Durumu		
Çalışıyorum	36	40,0
Çalışmıyorum	54	60,0
İş		
İşçi	16	17,8
Memur	14	15,6
Serbest Meslek	6	6,7
Ev Hanımı	54	60,0

Gelir Durumu		
Gelirim Giderimle Aynı	56	62,2
Gelirim Giderimden Fazla	34	37,8
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	86	95,6
Geniş Aile	4	4,4
Çocuk Sayısı		
1	40	44,4
2	24	26,7
3 ve Üzeri	26	28,9

Annelerin % 45,6'sı 30 yaş ve altı, %54,4'ünün yaşı 31 ve üzeri, babaların %32,2'si 30 ve altı, %67,8'i 31 ve üzeri yaş aralığındadır. Annelerin %96,7'si evli, %3,3'ü bekar, %50'sinin evlilik süresi 1-5 yıl, %50'sinin 6 yıl ve üzeridir. Annelerin eğitim durumuna bakıldığında; %22,2'si ilkokul, %24,4'ü ortaokul, %36,7'si lise, %16,7'si üniversite mezunudur. Babaların eğitim durumu %15,6'sının ilkokul, %25,6'sı ortaokul, %37,8'i lise, %21,1'i üniversite mezunudur. Annelerin %40'ı bir işte çalışmakta, %60'ı çalışmamaktadır. Annelerin %17,8'i işçi, %15,6'sı memur, %6,7'si serbest meslek, %60'ı ev hanımıdır. Annelerin %62,2'sinin geliri gideri ile aynı, %37,8'inin geliri giderinden fazladır. Anneler aile tipine göre %95,6'sı çekirdek aile, %4,4'ü geniş aile olarak yaşamaktadır. Annelerin %44,4'ü 1, %26,7'si 2, %28,9'u 3 ve üzeri çocuk sahibidir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2 : Annelerin Sağlık ve Hastalık Durumları (N=90)

Özellikler	n	%
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	23	25,6
Yok	67	74,4
Hastalıklar		
Ritim Bozukluğu	2	8,7
Astım	1	4,3
Pıhtılaşma Bozukluğu	4	17,4
Hipotiroidi	12	52,2
Ülser	1	4,3
Diyabet	3	13,0
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı		
Yok	68	75,6
Var	22	24,4
Sürekli Kullanılan İlaç		
Dideral	6	27,3
Levotiron	2	9,1
Clexane	2	9,1
Coraspin	1	4,5
Glifor	1	4,5
İnsülin	2	9,1
Euthyrox	6	27,3
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	16	17,8
Hayır	74	82,2

Annelerin %25,6'sının bir kronik rahatsızlığı var, %74,4'ünün yoktur. Anneler sahip oldukları kronik hastalıklara göre; %8,7'si ritim bozukluğu, %4,3'ü astım, %17,4'ü pıhtılaşma bozukluğu, %52,2'si hipotiroidi, %4,3'ü ülser, %13'ü diyabet hastalığına sahiptir. Annelerin %75,6'sı sürekli bir ilaç kullanmazken, %24,4'ü kullanmaktadır. Kullanılan ilaçlara göre; %27,3'ü Dideral, %9,1'i Levatiron, %9,1'i Clexane, %4,5'i Coraspin, %4,5'i Glifor, %9,1'i İnsülin, %27,3'ü Euthyrox kullanmaktadır. Annelerin %17,8'i sigara kullanırken, %82,2'si kullanmamaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3 : Annelerin Gebeliğine Ait Özellikleri (N=90)

Özellikler	n	%
Gebeliği İsteme Durumu		
Evet	71	78,9
Hayır	19	21,1
Gebelik Boyunca Sorun Yaşama Durumu		
Evet	43	47,8
Hayır	47	52,2
Kan Uyuşmazlığı		
Var	5	5,6
Yok	85	94,4
Preeklampsi		
Var	22	24,4
Yok	68	75,6
G.diyabet		
Var	13	14,4
Yok	77	85,6
Kolestaz		
Var	3	3,3
Yok	87	96,7
Hipertansiyon		
Var	12	13,3
Yok	78	86,7
Düzenli Kontrole Gitme Durumu		
Evet	86	95,6
Hayır	4	4,4
Kontrol Sıklığı		
Ayda İki Kez	11	12,8
Ayda Bir Kez	62	72,1
Doktor Çağırdığında	10	11,6
Haftalık	3	3,5
Gebelikte Sigara Kullanma Durumu		
Evet	7	7,8
Hayır	83	92,2

Günlük Kullanılan Sigara Adedi

1	1	14,3
2	3	42,9
3	2	28,6
5	1	14,3

Depresyon Geçirme Durumu

Evet	5	5,6
Hayır	85	94,4

Gebelikte Eş Desteği

Destek Oldu	76	84,4
Orta Derecede	14	15,6

Aile İle İlişki

İyi	56	62,2
Ne İyi Ne Kötü	34	37,8

Annelerin %78,9'u gebeliğini istediğini, %21,1'i istemediğini ifade etti. Annelerin %47,8'inin gebelikleri boyunca sorun yaşadığı, %52,2'sinin sorun yaşamadığı belirlendi. Annelerin gebelikleri boyunca yaşadıkları sorunlardan %5,6'sı kan uyuşmazlığı, %24,4'ü preeklampsi, %14,4'ü gestasyonel diyabet, %3,3'ü kolestaz, %13,3'ü hipertansiyondur. Annelerin %95,6'sının gebeliği boyunca düzenli kontrollere gittiği, %4,4'ünün gitmediği belirlendi. Annelerin kontrol sıklığının %12,8'i ayda iki kez, %72,1'i ayda bir kez, %11,6'sı doktor çağırdığında, %3,5'i haftalık kontrollerdir. Annelerin %7,8'i gebelikte sigara kullandığını, %92,2'si kullanmadığını ifade etti. Annelerin %14,3'ü 1 adet, %42,9'u 2 adet, %28,6'sı 3 adet, %14,3'ü 5 adet günlük sigara kullanmaktadır. Annelerin %5,6'sı depresyon geçirdiğini, %94,4'ü geçirmediğini ifade etti. Annelerin %84,4'ü gebelikte eşlerinden destek aldığını, %15,6'sı orta derecede destek aldığını ifade etti. Annelerin %62,2'sinin aile ilişkisi iyi, %37,8'inin aile ilişkisi ne iyi ne kötüdür (Tablo 4.3).

Tablo 4.4 : Annelerin Bebeklerine Ait Özellikleri (N=90)

Özellikler	n	%
Bebek Cinsiyeti		
Kız	42	46,7
Erkek	48	53,3
Kaçıncı Gebelik Olduğu		
1	29	32,2
2	26	28,9
3	18	20,0
4 ve Üzeri	17	18,9
Abortus Varlığı		
Yok	62	68,9
Var	28	31,1
Canlı Doğum		
1	40	44,4
2	23	25,6
3 ve Üzeri	27	30,0
Ölen Çocuk		
Yok	86	95,6
Var	4	4,4
Gebelik Haftası		
30 ve Altı	25	27,8
31 ve Üzeri	65	72,2
Bebek Kilo		
2000 ve Altı	57	63,3
2001 ve Üzeri	33	36,7
Bebek Boyu		
30-40	29	32,2
41-50	61	67,8
Bebek Baş Çevresi		
21-30	46	51,1
31 ve Üzeri	44	48,9
Doğum Şekli		
Normal Doğum	28	31,1
Sezaryen	62	68,9

Prematüre Doğum Sebebi		
Kanama	10	11,1
Hipertansiyon	10	11,1
Stres	5	5,6
Kan Uyuşmazlığı	3	3,3
Preeklampsi	23	25,6
Emr	4	4,4
Diyabetik Anne Bebeği	3	3,3
Çoğul Gebelik	2	2,2
Plasenta Previa	2	2,2
Anomali	3	3,3
Plasenta Dekolman	5	5,6
Servikal Yetmezlik	2	2,2
Bilmiyorum	10	11,1
Fetal Distress	8	8,9
Daha Önce Premature Bebek Doğumu		
Evet	11	12,2
Hayır	79	87,8
Premature Bebek Sayısı		
1	9	81,8
2	2	18,2
Bebekte Anomali Varlığı		
Evet	3	3,3
Hayır	87	96,7
Anomali		
Down Sendromu	1	33,3
Trizomi 18	1	33,3
Bartter Sendromu	1	33,3
Bebegin Beslenme Şekli		
OGS	52	57,8
Oral	38	42,2
Yoğun Bakımda Yatma Süresi		
1-10	37	41,1
11-20	25	27,8
20 Üzeri	28	31,1
Yatışla İlgili Bilgi Yeterlilik Durumu		
Yeterli	88	97,8
Kısmen	2	2,2

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin %46,7'si kız, %53,3'ü erkektir. Annelerin %32,2'sinin 1., %28,9'unun 2, %20'sinin 3, %18,9'unun 4 ve üzeri kez gebeliğidir. Bu gebeliklerin %31,1 abortus, %4,4'ü ölen çocuktur. Annelerin %44,4'ü 1, %25,6'sı 2, %30'u 3 ve üzeri canlı doğum yaptığını ifade etti. Annelerin doğumlarının %27,8'i 30 ve altı gebelik haftasında, %72,2'si 31 ve üzeri gebelik haftasındadır. Bebekler kilolarına göre %63,3'ü 2000 gram ve altında, %36,7'si 2001 gram ve üzerinde, boylarına göre %32,2'si 30-40 cm, %67,8'i 41-50 cm, baş çevrelerine göre %51,1'i 21-30cm, %48,9'u 31 cm ve üzeridir. Annelerin doğum şeklinin %31,1'i normal doğum, %68,9'u sezaryen doğumdur. Annelerin prematüre doğum yapma sebebinin %11,1'i kanama, %5,6'sı stres, %3,3'ü kan uyuşmazlığı, %25,6'sı preeklampsi, %4,4'ü erken membran rüptürü, %3,3'ü diyabetik anne bebeği, %2,2'si çoğul gebelik, %2,2'si plasenta previa, %3,3'ü anomali, %5,6'sı plasenta dekolman, %2,2'si servikal yetmezlik, %11,1'i bilinmeyen, %8,9'u fetal distresstir. Annelerin % 12,2'si daha önceden prematüre bebek sahibidir. Bunların %81,8'i 1, %18,2'si 2 prematüre bebeğe sahiptir. Annelerin %3,3'ünün bebeğinde bir anomali vardır. Anomalili bebeğe sahip annelerin bebeklerinin %33,3'ü Down sendromu, %33,3'ü Trizomo 18, %33,3'ü Bartter Sendromudur.

Annelerin bebeklerinin %57,8'i OGS, %42,2'si oral olarak beslenmektedir. Annelerin bebeklerinin %41,1'i 1-10 gün, %27,8'i 11-20 gün, %31,1'i 20 gün ve üzerinde yoğun bakımda yatmaktadır. Annelerin %97,8'inin yatışla ilgili bilgilerinin yeterli olduğunu, %2,2'si kısmen olduğunu ifade etti (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları (N=90)

Ölçekler		Ort	Ss	Min.	Max.
WHOQOL-BREF (TR)	Bedensel Sağlık	78,38	9,87	54,29	100,00
	Psikolojik Sağlık	74,03	11,22	50,00	100,00
	Sosyal İlişkiler	68,29	16,27	33,33	100,00
	Çevresel Sağlık	72,29	9,59	46,67	91,11
	Toplam	73,87	9,28	56,30	95,56
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon		10,52	4,802	3,00	21,00
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aileden Algılanan Sosyal Destek	20,36	5,36	8,00	28,00
	Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	22,31	4,54	8,00	28,00
	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	19,46	5,36	8,00	28,00
	Toplam	62,14	14,66	24,00	84,00

Annelerin WHOQOL-BREF (TR) ölçeği alt boyutları “bedensel sağlık” puan ortalaması 78,38±9,87 (Min=54.29; Maks=100), “psikolojik sağlık” puan ortalaması 74,03±11,22 (Min=50; Maks=100), “sosyal ilişkiler” puan ortalaması 68,29±16,27 (Min=33.33; Maks=100), “çevresel sağlık” puan ortalaması 72,29±9,59 (Min=46.67; Maks=91.11), “yaşam kalitesi genel” puan ortalaması 73,87±9,28 (Min=56.3; Maks=95.56)’ dir.

Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği puan ortalaması 10,52±4,80 (Min=3; Maks=21)’dir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutları “aileden algılanan sosyal destek” puan ortalaması 20,36±5,36 (Min=8; Maks=28), “özel insandan algılanan sosyal destek” puan ortalaması 22,31±4,54 (Min=8; Maks=28), “arkadaştan algılanan sosyal destek” puan ortalaması 19,46±5,36 (Min=8; Maks=28), “algılanan sosyal destek genel” puan ortalaması 62,14±14,66 (Min=24; Maks=84), olarak saptandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.6 : Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=90)

Demografik Özellikler	n	Bedensel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevresel Sağlık	Yaşam Kalitesi Genel
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 Ve Altı	41	78,606±9,479	74,065±9,384	69,756±17,198	73,008±9,357	74,399±8,969
31 Ve Üzeri	49	78,192±10,280	74,014±12,656	67,075±15,540	71,701±9,853	73,439±9,606
t=		0,197	0,022	0,776	0,641	0,487
p=		0,844	0,982	0,440	0,523	0,628
Eşin Yaşı						
30 Ve Altı	29	78,128±8,547	72,644±8,655	67,586±18,058	72,720±9,122	73,512±8,775
31 Ve Üzeri	61	78,501±10,506	74,700±12,268	68,634±15,508	72,095±9,884	74,050±9,579
t=		-0,167	-0,810	-0,284	0,287	-0,255
p=		0,868	0,363	0,777	0,774	0,799
Evlilik Süresi						
1-5 Yıl	45	77,333±9,206	73,407±9,860	69,037±17,124	72,741±9,349	73,613±8,896
6 Ve Üzeri	45	79,429±10,491	74,667±12,521	67,556±15,544	71,852±9,927	74,140±9,745
t=		-1,007	-0,530	0,430	0,437	-0,268
p=		0,317	0,597	0,668	0,663	0,789
Eğitim durumu						
İlkokul	20	79,714±9,539	73,500±12,541	65,333±18,930	70,111±9,105	72,889±8,623
Ortaokul	22	74,416±10,225	68,485±12,503	61,212±16,920	70,101±9,860	69,798±10,226
Lise	33	79,654±9,787	77,273±8,638	72,323±11,441	74,478±8,977	76,364±8,047
Üniversite	15	79,619±9,344	75,778±10,271	73,778±17,542	73,630±10,752	75,704±9,808
F=		1,599	3,040	3,046	1,413	2,609
p=		0,196	0,033	0,033	0,244	0,057
PostHoc=			3>2, 4>2 (p<0,05)	3>2, 4>2 (p<0,05)		

Eş Eğitim Durumu

İlkokul	14	79,388±10,759	71,429±9,493	64,762±17,817	70,476±9,118	72,381±9,331
Ortaokul	23	77,267±8,805	73,478±13,651	64,348±16,031	72,464±10,694	73,044±9,783
Lise	34	78,571±9,854	74,412±10,909	68,431±16,023	73,268±9,483	74,423±9,429
Üniversite	19	78,647±11,081	75,965±10,097	75,439±14,581	71,696±9,277	75,010±8,864
F=		0,151	0,462	1,952	0,304	0,309
p=		0,929	0,710	0,127	0,823	0,819

Çalışma Durumu

Çalışan	36	80,318±10,664	77,037±10,197	73,148±16,599	74,198±10,386	76,358±9,712
Çalışmayan	54	77,090±9,179	72,037±11,518	65,062±15,374	71,029±8,909	72,222±8,684
t=		1,531	2,110	2,368	1,546	2,111
p=		0,129	0,038	0,020	0,126	0,038

Gelir Durumu

Geliri Gideriyle Aynı	56	77,806±10,090	73,929±11,514	67,976±17,358	70,714±9,793	73,029±9,441
Geliri Giderinden Fazla	34	79,328±9,569	74,216±10,896	68,824±14,562	74,902±8,796	75,272±8,976
t=		-0,707	-0,117	-0,238	-2,042	-1,113
p=		0,481	0,907	0,812	0,044	0,269

Çocuk Sayısı

1	40	77,857±10,018	73,583±10,497	70,667±17,332	73,111±9,768	74,130±9,435
2	24	82,857±7,629	80,278±7,920	73,056±11,874	74,815±9,048	78,210±6,312
3 Ve Üzeri	26	75,055±10,272	68,974±12,428	60,256±15,718	68,718±9,128	69,487±9,644
F=		4,297	7,291	5,041	2,895	6,183
p=		0,017	0,001	0,008	0,061	0,003
PostHoc=		2>1, 2>3 (p<0,05)	2>1, 2>3 (p<0,05)	1>3, 2>3 (p<0,05)		1>3, 2>3 (p<0,05)

Eğitim durumu lise ve üniversite olan annelerin psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alt boyut puan ortalaması, eğitim düzeyi ortaokul olan annelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerin bedensel sağlık, çevresel sağlık, yaşam kalitesi genel puanları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Çalışan annelerin psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, genel yaşam kalitesi puan ortalamaları, çalışmayan annelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerin bedensel sağlık, çevresel sağlık puanları çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$). Annelerin yaşına, eşinin yaşına, evlilik süresine, eşinin eğitimine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Geliri gideriyle aynı olanların çevresel sağlık puan ortalamaları, geliri giderinden fazla olanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerin bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, yaşam kalitesi genel puanları gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çocuk sayısı 2 olan annelerin bedensel sağlık ve psikolojik sağlık alt boyut puan ortalamaları 1 ve 3 çocuğu olan annelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Çocuk sayısı 1 ve 2 olan annelerin sosyal ilişkiler alt boyut ve yaşam kalitesi genel puan ortalamaları 3 çocuğu olan annelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerin çevresel sağlık puanları çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.7 : Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=90)

Demografik Özellikler	n	Bedensel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevresel Sağlık	Yaşam Kalitesi Genel
Kronik Hastalık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Var	23	79,876±8,805	77,826±9,461	72,754±13,768	76,039±8,658	76,940±7,831
Yok	67	77,868±10,221	72,736±11,546	66,766±16,877	71,012±9,628	72,825±9,557
t=		0,840	1,904	1,534	2,214	1,860
p=		0,403	0,060	0,129	0,029	0,066
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı						
Yok	68	77,437±9,899	72,696±11,435	66,667±16,771	70,784±9,677	72,582±9,403
Var	22	81,299±9,403	78,182±9,635	73,333±13,801	76,970±7,836	77,879±7,797
t=		-1,609	-2,027	-1,687	-2,720	-2,387
p=		0,111	0,046	0,095	0,008	0,019
Gebeliği İsteme Durumu						
Evet	71	79,879±9,724	76,103±10,661	71,737±15,305	74,053±9,757	75,837±8,870
Hayır	19	72,782±8,485	66,316±10,055	55,439±13,343	65,731±5,254	66,550±6,941
t=		2,897	3,595	4,228	3,572	4,225
p=		0,005	0,001	0,000	0,000	0,000
Gebelik Boyunca Sorun Yaşama Durumu						
Evet	43	79,468±10,822	75,659±11,163	69,767±15,420	73,902±9,998	75,314±9,542
Hayır	47	77,386±8,913	72,553±11,190	66,950±17,079	70,827±9,076	72,561±8,936
t=		1,000	1,317	0,819	1,529	1,414
p=		0,320	0,191	0,415	0,130	0,161

Kronik hastalığı olanların çevresel sağlık puan ortalaması, kronik hastalığı olmayanların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerin bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, yaşam kalitesi genel puanları kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Sürekli ilaç kullananların psikolojik sağlık, çevresel sağlık ve yaşam kalitesi genel puan ortalaması, sürekli ilaç kullanmayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerin bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler puan ortalamaları sürekli ilaç kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Gebeliğini isteyenlerin bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevresel sağlık ve yaşam kalitesi genel puan ortalaması, gebeliğini istemeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Annelerin gebelik boyunca sorun yaşama durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8 : Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=90)

Demografik Özellikler	n	Bedensel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevresel Sağlık	Yaşam Kalitesi Genel
Gebelikte Eş Desteği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Destek Oldu	76	79,060±9,623	74,430±10,727	69,035±15,765	72,368±9,535	74,328±8,904
Orta Derecede	14	74,694±10,741	71,905±13,881	64,286±18,966	71,905±10,299	71,429±11,169
t=		1,533	0,772	1,003	0,165	1,075
p=		0,129	0,442	0,319	0,869	0,285
Aile İle İlişki						
İyi	56	79,541±9,636	75,714±11,023	72,976±14,406	73,413±9,700	75,556±8,947
Ne İyi Ne Kötü	34	76,471±10,097	71,275±11,162	60,588±16,442	70,458±9,277	71,111±9,288
t=		1,439	1,844	3,748	1,424	2,252
p=		0,154	0,069	0,000	0,158	0,027

**Bebek
Cinsiyeti**

Kız	42	79,388±9,156	75,238±10,415	72,222±12,134	73,757±9,066	75,520±8,493
Erkek	48	77,500±10,471	72,986±11,895	64,861±18,641	71,019±9,959	72,438±9,782
t=		0,904	0,949	2,185	1,356	1,585
p=		0,368	0,345	0,027	0,178	0,117

**Kaçıncı
Gebelik
Olduğu**

1	29	77,241±9,552	73,678±9,974	69,885±16,390	72,261±9,698	73,512±8,976
2	26	81,429±8,935	77,436±10,080	71,539±14,794	74,786±9,817	77,009±8,210
3	18	80,476±10,746	75,926±11,522	68,519±16,928	70,494±9,666	74,527±9,735
4 Ve Üzeri	17	73,445±9,300	67,451±12,557	60,392±16,410	70,458±8,984	69,020±9,512
F=		2,803	3,137	1,822	1,003	2,734
p=		0,045	0,030	0,149	0,396	0,049
PostHoc=		2>4, 3>4 (p<0,05)	2>4, 3>4 (p<0,05)			2>4 (p<0,05)

Gebelikte eş desteği durumuna göre annelerin bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevresel sağlık, yaşam kalitesi genel puanları anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Aile ile ilişkisi iyi olanların sosyal ilişkiler puan ortalaması, aile ile ilişkisi ne iyi ne kötü olanların sosyal ilişkiler puanlarından yüksek bulundu ($p<0,05$). Aile ile ilişkisi iyi olanların yaşam kalitesi genel puan ortalaması, aile ile ilişki ne iyi ne kötü olanların yaşam kalitesi genel puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerin bedensel sağlık, psikolojik sağlık, çevresel sağlık puanları aile ile ilişki durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Bebeğinin cinsiyeti kız olanların sosyal ilişkiler puan ortalaması, bebeği erkek olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Bebeğin cinsiyetine göre bedensel sağlık, psikolojik sağlık, çevresel sağlık, yaşam kalitesi genel puanları anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

İkinci ve 3. gebeliği olan annelerin bedensel sağlık puan ortalaması, 4. ve üzeri gebeliği olanların bedensel sağlık puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). İkinci ve 3. gebeliği olan annelerin psikolojik sağlık puan ortalaması, 4. ve üzeri gebeliği olanların puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). İkinci gebeliği olan annelerin yaşam kalitesi genel puan ortalaması, 4. ve üzeri gebeliği olanların puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerin sosyal ilişkiler, çevresel sağlık puan ortalaması kaçınıcı gebelik olduğu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9 : Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=90)

Demografik Özellikler	n	Bedensel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevresel Sağlık	Yaşam Kalitesi Genel
Canlı Doğum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1	40	77,857±10,018	73,583±10,497	70,667±17,332	73,111±9,768	74,130±9,435
2	23	83,478±7,154	80,725±7,782	73,913±11,355	74,879±9,246	78,647±6,070
3 Ve Üzeri	27	74,815±10,149	69,012±12,189	60,000±15,470	68,889±8,995	69,438±9,461
F=		5,365	7,876	5,881	2,786	6,964
p=		0,006	0,001	0,004	0,067	0,002
PostHoc=		2>1, 2>3 (p<0,05)	2>1, 2>3 (p<0,05)	1>3, 2>3 (p<0,05)		1>3, 2>3 (p<0,05)
Gebelik Haftası						
30 Ve Altı	25	74,514±9,255	68,000±13,574	61,333±17,321	68,178±10,076	69,007±8,800
31 Ve Üzeri	65	79,868±9,760	76,359±9,293	70,974±15,158	73,880±8,993	75,749±8,828
t=		-2,364	-3,340	-2,597	-2,605	-3,248
p=		0,020	0,008	0,011	0,011	0,002
OGS	52	76,868±10,251	71,603±12,706	66,026±16,503	70,128±9,874	71,866±9,601
Oral	38	80,451±9,048	77,368±7,795	71,404±15,647	75,263±8,461	76,628±8,169
t=		-1,720	-2,476	-1,560	-2,586	-2,472
p=		0,089	0,009	0,122	0,011	0,015

**Yoğun Bakım
Yatma Süresi**

1-10	37	75,907±10,046	73,153±9,717	67,207±14,856	70,931±9,477	72,412±8,987
11-20	25	80,571±9,759	76,267±11,358	67,200±17,312	73,956±8,947	75,437±9,664
20 Üzeri	28	79,694±9,342	73,214±12,973	70,714±17,436	72,619±10,371	74,418±9,369
F=		2,074	0,678	0,443	0,760	0,859
p=		0,132	0,510	0,644	0,471	0,427

İki canlı doğumu olanların bedensel sağlık puan ortalaması, 1 ile 3 ve üzeri canlı doğumu olanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). İki canlı doğumu olanların psikolojik sağlık puan ortalaması, 1 ile 3 ve üzeri canlı doğumu olanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Bir canlı doğumu ile 2 canlı doğumu olanların sosyal ilişkiler puan ortalaması, 3 ve üzeri canlı doğumu olanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Bir canlı doğumu ile 2 canlı doğumu olanların yaşam kalitesi genel puan ortalaması, 3 ve üzeri canlı doğumu olanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerin çevresel sağlık puan ortalaması canlı doğum sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Gebelik haftası 31 ve üzeri olanların bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevresel sağlık ve yaşam kalitesi genel puan ortalaması, gebelik haftası 30 ve altı olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Bebeği oral beslenen annelerin psikolojik sağlık, çevresel sağlık ve yaşam kalitesi genel puan ortalamaları, bebeği oro-gastrik sonda ile beslenenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Annelerin bedensel sağlık, sosyal ilişkiler puanları bebeğin beslenme şekline göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Annelerin bebeklerinin yoğun bakımda yatma süresine göre bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevresel sağlık, yaşam kalitesi genel puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$) (Tablo4.9)

Tablo 4.10 : Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki Korelasyon Değerleri (N=90)

		Bedensel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişkiler	Çevresel Sağlık	Yaşam Kalitesi Genel	Doğum Sonrası Depresyon	Aileden Algılanan Sosyal Destek	Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek Genel
Bedensel Sağlık	r	1,000									
	p	0,000									
Psikolojik Sağlık	r	0,746**	1,000								
	p	0,000	0,000								
Sosyal İlişkiler	r	0,693**	0,788**	1,000							
	p	0,000	0,000	0,000							
Çevresel Sağlık	r	0,672**	0,555**	0,566**	1,000						
	p	0,000	0,000	0,000	0,000						
Yaşam Kalitesi Genel	r	0,897**	0,878**	0,848**	0,830**	1,000					
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
Doğum Sonrası Depresyon	r	-0,623**	-0,686**	-0,506**	-0,540**	-0,692**	1,000				
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
Aileden Algılanan Sosyal Destek	r	0,420**	0,614**	0,673**	0,455**	0,600**	-0,346**	1,000			
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000			
Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	r	0,426**	0,551**	0,605**	0,401**	0,554**	-0,311**	0,865**	1,000		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000		
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	r	0,446**	0,592**	0,600**	0,461**	0,585**	-0,379**	0,898**	0,880**	1,000	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Algılanan Sosyal Destek Genel	r	0,449**	0,612**	0,653**	0,459**	0,605**	-0,362**	0,963**	0,948**	0,967**	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*p<0,05

**p<0,01

Bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevresel sağlık, yaşam kalitesi genel, doğum sonrası depresyon, aileden algılanan sosyal destek, özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, algılanan sosyal destek genel, arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; psikolojik sağlık ile bedensel sağlık arasında $r=0,746$ pozitif, ($p<0,001$), sosyal ilişkiler ile bedensel sağlık arasında $r=0,693$ pozitif ($p<0,001$), sosyal ilişkiler ile psikolojik sağlık arasında $r=0,788$ pozitif ($p<0,001$), çevresel sağlık ile bedensel sağlık arasında $r=0,672$ ($p<0,001$), çevresel sağlık ile psikolojik sağlık arasında $r=0,555$ pozitif ($p<0,001$), çevresel sağlık ile sosyal ilişkiler arasında $r=0,566$ pozitif ($p<0,001$), yaşam kalitesi genel ile bedensel sağlık arasında $r=0,897$ pozitif ($p<0,001$), yaşam kalitesi genel ile psikolojik sağlık arasında $r=0,878$ pozitif ($p<0,001$), yaşam kalitesi genel ile sosyal ilişkiler arasında $r=0,848$ pozitif ($p<0,001$), yaşam kalitesi genel ile çevresel sağlık arasında $r=0,83$ pozitif ($p<0,001$) ilişki bulundu.

Doğum sonrası depresyon ile bedensel sağlık arasında $r=-0,623$ negatif ($p<0,001$), doğum sonrası depresyon ile psikolojik sağlık arasında $r=-0,686$ negatif ($p<0,001$), doğum sonrası depresyon ile sosyal ilişkiler arasında $r=-0,506$ negatif ($p<0,001$), doğum sonrası depresyon ile çevresel sağlık arasında $r=-0,54$ negatif ($p<0,001$), doğum sonrası depresyon ile yaşam kalitesi genel arasında

$r=-0,692$ negatif ($p<0,001$), aileden algılanan sosyal destek ile bedensel sağlık arasında $r=0,42$ pozitif ($p<0,001$), aileden algılanan sosyal destek ile psikolojik sağlık arasında $r=0,614$ pozitif ($p<0,001$), aileden algılanan sosyal destek ile sosyal ilişkiler arasında $r=0,673$ pozitif ($p<0,001$), aileden algılanan sosyal destek ile çevresel sağlık arasında $r=0,455$ pozitif ($p<0,001$), aileden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi genel arasında $r=0,6$ pozitif ($p<0,001$), aileden algılanan sosyal destek ile doğum sonrası depresyon arasında $r=-0,346$ negatif ($p<0,001$), özel insandan algılanan sosyal destek ile bedensel sağlık arasında $r=0,426$ pozitif ($p<0,001$), özel insandan algılanan sosyal destek ile psikolojik sağlık arasında $r=0,551$ pozitif ($p<0,001$), özel insandan algılanan sosyal destek ile sosyal ilişkiler arasında $r=0,605$ pozitif ($p<0,001$), özel insandan algılanan sosyal destek ile çevresel sağlık arasında $r=0,401$ pozitif ($p<0,001$), özel insandan algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi genel arasında $r=0,554$ pozitif ($p<0,001$), özel insandan algılanan sosyal destek ile doğum sonrası depresyon arasında $r=-0,311$ negatif ($p<0,001$), özel insandan algılanan sosyal destek ile aileden algılanan sosyal destek arasında $r=0,865$ pozitif

($p<0,001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile bedensel sağlık arasında $r=0,446$ pozitif ($p<0,001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile psikolojik sağlık arasında $r=0,592$ pozitif ($p<0,001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile sosyal ilişkiler arasında $r=0,6$ pozitif ($p<0,001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile çevresel sağlık arasında $r=0,461$ pozitif ($p<0,001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi genel arasında $r=0,585$ pozitif ($p<0,001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile doğum sonrası depresyon arasında $r=-0,379$ negatif ($p<0,001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile aileden algılanan sosyal destek arasında $r=0,898$ pozitif ($p<0,001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ile özel insandan algılanan sosyal destek arasında $r=0,88$ pozitif ($p<0,001$), algılanan sosyal destek genel ile bedensel sağlık arasında $r=0,449$ pozitif ($p<0,001$), algılanan sosyal destek genel ile psikolojik sağlık arasında $r=0,612$ pozitif ($p<0,001$), algılanan sosyal destek genel ile sosyal ilişkiler arasında $r=0,653$ pozitif ($p<0,001$), algılanan sosyal destek genel ile çevresel sağlık arasında $r=0,459$ pozitif ($p<0,001$), algılanan sosyal destek genel ile yaşam kalitesi genel arasında $r=0,605$ pozitif ($p<0,001$), algılanan sosyal destek genel ile doğum sonrası depresyon arasında $r=-0,362$ negatif ($p<0,001$), algılanan sosyal destek genel ile aileden algılanan sosyal destek arasında $r=0,963$ pozitif ($p<0,001$), algılanan sosyal destek genel ile özel insandan algılanan sosyal destek arasında $r=0,948$ pozitif ($p<0,001$), algılanan sosyal destek genel ile arkadaştan algılanan sosyal destek arasında $r=0,967$ pozitif ilişki ($p<0,001$) bulundu (Tablo 4.10).

Tablo 4.11 : Doğum Sonrası Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (N=90)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
	Sabit	68,879	19,100	0,000			
Yaşam Kalitesi Genel	Doğum Sonrası Depresyon	-1,052	-7,715	0,000	72,108	0,000	0,615
	Algılanan Sosyal Destek Genel	0,259	5,790	0,000			

Doğum sonrası depresyonun ve algılanan sosyal destek genelin yaşam kalitesi genel arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=72,108$; $p<0,001$). Yaşam kalitesi genel düzeyindeki toplam değişim %61.5 oranında doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek genel tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,615$). Doğum sonrası depresyon yaşam kalitesi genel düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-1,052$). Algılanan sosyal destek genel yaşam kalitesi genel düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,259$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12 : Algılanan Sosyal Destek Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (N=90)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Yaşam Kalitesi Genel	Sabit	51,507	12,457	0,000			
	Aileden Algılanan Sosyal Destek	0,627	16,963	0,000			
	Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	0,108	0,276	0,783	16,938	0,000	0,349
	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	0,369	0,969	0,335			

Aileden algılanan sosyal destek, özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi genel arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=16,938$; $p<0,001$). Yaşam kalitesi genel düzeyindeki toplam değişim %34.9 oranında aileden algılanan sosyal destek, özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,349$). Aileden algılanan sosyal destek yaşam kalitesi genel düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,627$). Özel insandan algılanan sosyal destek yaşam kalitesi genel düzeyini etkilememektedir ($p>0,05$). Arkadaştan algılanan sosyal destek genel yaşam kalitesi düzeyini etkilememektedir ($p>0,05$) (Tablo4.12).

Tablo 4.13 : Doğum Sonrası Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğin Bedensel Sağlık Üzerine Etkisi (N=90)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Bedensel Sağlık	Sabit	79,117	17,000	0,000			
	Doğum Sonrası Depresyon	-1,090	-6,197	0,000	34,999	0,000	0,433
	Algılanan Sosyal Destek Genel	0,173	2,999	0,004			

Doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek genel ile bedensel sağlık arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu (F=34,999; p<0,05). Bedensel sağlık düzeyindeki toplam değişim %43.3 oranında doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek genel tarafından açıklanmaktadır (R²=0,433). Doğum sonrası depresyon bedensel sağlık düzeyini azaltmaktadır (β =-1,090). Algılanan sosyal destek bedensel sağlık düzeyini arttırmaktadır (β =0,173) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14 : Doğum Sonrası Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğin Psikolojik Sağlık Üzerine Etkisi (N=90)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Psikolojik Sağlık	Sabit	67,261	15,404	0,000	71,802	0,000	0,614
	Doğum Sonrası Depresyon	-1,249	-7,565	0,000			
	Algılanan Sosyal Destek Genel	0,320	5,928	0,000			

Doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek genel ile psikolojik sağlık arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=71,802$; $p<0,05$). Psikolojik sağlık düzeyindeki toplam değişim %61.4 oranında doğum sonrası depresyon ve algılanan sosyal destek genel tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,614$). Doğum sonrası depresyon psikolojik sağlık düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-1,249$). Algılanan sosyal destek psikolojik sağlık düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,320$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15 : Doğum Sonrası Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğin Sosyal İlişkiler Üzerine Etkisi (N=90)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Sosyal İlişkiler	Sabit	42,066	5,833	0,000	45,411	0,000	0,500
	Doğum Sonrası Depresyon	-1,053	-3,864	0,000			
	Algılanan Sosyal Destek Genel	0,600	6,725	0,000			

Doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek genel ile sosyal ilişkiler arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=45,411$; $p<0,05$). Sosyal ilişkiler düzeyindeki toplam değişim %50 oranında doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek genel tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,500$). Doğum sonrası depresyon sosyal ilişkiler düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-1,053$). Algılanan sosyal destek sosyal ilişkiler düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,600$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16 : Doğum Sonrası Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğin Çevresel Sağlık Üzerine Etkisi (N=90)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Çevresel Sağlık	Sabit	68,970	14,309	0,000			
	Doğum Sonrası Depresyon	-0,859	-4,712	0,000	25,702	0,000	0,357
	Algılanan Sosyal Destek Genel	0,199	3,333	0,001			

Doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek genel ile çevresel sağlık arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu (F=25,702; p<0,05). Çevresel sağlık düzeyindeki toplam değişim %35.7 oranında doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek genel tarafından açıklanmaktadır(R²=0,357). Doğum sonrası depresyon çevresel sağlık düzeyini azaltmaktadır (β =-0,859). Algılanan sosyal destek çevresel sağlık düzeyini arttırmaktadır (β =0,199) (Tablo 4.16).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, prematüre bebeği olan annelerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yürütülen araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışıldı. Araştırma sonucunda, prematüre bebeği olan annelerin depresyon düzeylerinin ve algıladıkları sosyal desteğin genel yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarını anlamlı belirleyicisi olduğu bulundu. Annelerin depresyon düzeyleri azaldıkça ve algıladıkları sosyal destek arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı belirlendi. Özellikle aileden algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesi açısından anlamlı belirleyici olduğu belirlendi.

Araştırma sonucunda prematüre bebeği olan annelerin WHOQOL-BREF (TR) genel yaşam kalitesi puan ortalaması $73,87 \pm 9,28$ 'dir. Bu sonuca göre annelerin yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Durukan ve arkadaşlarının (2011) 2 hafta- 18 aylık bebeği olan 708 anne ile yaptıkları çalışmada annelerin WHOQOL-BREF genel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması $60,18 \pm 9,99$ bulunmuştur. Bu sonuç araştırma sonuçlarına göre daha düşük olması örneklemin özelliklerinin farklı olması ile açıklanabilir [12].

WHOQOL-BREF (TR) ölçeğinin bedensel sağlık, psikolojik sağlık ve çevresel sağlık alt boyut puan ortalamaları arasında en düşük puan ortalaması sosyal ilişkiler alt boyutundadır. Özkars'ın (2017) prematüre doğum yapmış annelerde yaptığı çalışmada da yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt boyutu diğerlerine göre düşük bulunmuştur [9]. Sosyal ilişkiler alt boyutu diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşamı kapsamaktadır. Araştırmanın prematüre bebeği olan annelere yapılmasının, bebeklerinin YYBÜ'de kalmasının ve bebeklerinin kaldıkları süre boyunca annelerin görüş ve/veya emzirme saatlerine katılmalarının sosyal ilişkiler puan ortalamasının diğer alt boyutlara göre düşük olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği puan ortalaması $10,52 \pm 4,80$ 'dir (Min=3; Maks=21). Ölçeğin kesme noktası 13 olarak hesaplanıp bu

puanın üzerinde puan alan anneler, depresyon yönünden risk grubu olarak kabul edilmektedir [61]. Puan ortalamasına göre araştırmaya katılan annelerin depresyon yönünden düşük risk altında olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel puan ortalaması $62,14 \pm 14,66$ 'tır. Mermer ve ark., (2010) yaptığı araştırmada, annelerin doğum sonrası dönemde algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının $65,75 \pm 14,06$ olması araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir [49]. Ölçeğin aileden algılanan, özel insandan algılanan ve arkadaştan algılanan sosyal destek olmak üzere 3 alt boyutu vardır. Araştırmada, özel insandan algılanan sosyal destek puan ortalaması en yüksek, aileden algılanan orta ve arkadaştan algılanan sosyal destek en düşük bulundu. Mermer ve arkadaşlarının (2010) İzmir'de 273 anne ile yaptığı çalışmada aileden algılanan sosyal destek en yüksek puan ortalamasındayken, özel bir insandan algılanan sosyal destek en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür [49]. Bingöl ve Tel'in (2007) çalışmasında özel insandan algılanan sosyal destek en yüksek puan ortalamasını alırken, arkadaş desteği en düşük puan ortalamasını almıştır. Farklı gruplarda yapılan çalışmalar, annelerin algıladıkları sosyal desteğin en fazla kimden aldığı açısından farklılık göstermektedir [61].

Araştırmada eğitim durumu lise ve üniversite olan annelerin psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alt boyut puan ortalaması, eğitim düzeyi ortaokul olan annelere göre yüksek bulundu. Yaşam kalitesinin psikolojik sağlık alt boyutu beden imgesi, dış görünüş, benlik saygısı, maneviyat, öğrenme ve dikkat toplama ile ilişkili iken, sosyal ilişkiler alt boyutu diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilişkilidir. Eğitim durumu lise ve üniversite olanların arkadaş çevresinin daha fazla olmasına bağlı algıladıkları sosyal desteğin fazla olduğu ve eğitim seviyesi arttıkça öğrenme ve benlik saygısının yükselmesine bağlı yaşam kalitelerinin psikolojik sağlık boyutunda daha fazla olduğu düşünüldü. Altınparmak'ın (2006) gebe kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada; eğitim durumunun yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği bulunmuştur [62]. Çelik ve ark.,'nın (2014) yaptığı çalışmada da üniversite mezunu olan annelerin diğer annelere göre doğum sonu yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur [6]. Kadınlar arasında yaşam kalitesi ile ilgili yapılan araştırmalarda genel olarak eğitim düzeyi arttıkça, yaşam kalitesinin de olumlu olarak etkilendiği görülmüştür [63].

Araştırmada çalışan annelerin psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, genel yaşam kalitesi puan ortalamaları, çalışmayan annelere göre yüksektir. Annelerin, ev ve ev işleri dışında başka bir uğraşlarının olması birçok konuda daha iyi hissettirmiş olabilir. İş ortamında arkadaşları ile görüşmesi, işin gereği dış görünüşüne özen göstermesinin ve ev rutini dışında da üretken olmalarının kendilerini daha iyi hissettirdiği ve buna bağlı yaşam kalitelerini yüksek bulduğu düşünülmektedir. Bulut ve Deveci'nin (2017) yaptığı çalışmada çalışan kadınların genel sağlık alt boyut ortalaması çalışmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur [63]. Eğicioğlu'nun (2008) üreme çağındaki kadınlarla yaptığı araştırmada kadınların eğitim düzeyleri ile fiziksel fonksiyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur [64]. Sonuç olarak, çalışan kadının özgüvenindeki artışın sağlığını olumlu olarak değerlendirmesine yansıyabileceği düşünüldü.

Araştırmada geliri gideriyle aynı olanların çevresel sağlık puan ortalamaları, geliri giderinden fazla olanlardan yüksektir. Yaşam kalitesinin çevresel sağlık alt boyutu maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sosyal yardım, ulaşılabilirlik, ev ortamı, yeni bilgi beceri edinme fırsatları ile ilişkilidir. Bu sonuç gelir durumunun fazla olmasından çok, kişilerin kendi gelir durumunu algılamalarının önemli olduğunu göstermektedir. Eğicioğlu'nun (2008) üreme çağındaki kadınlarda yaptığı araştırmada kadınların gelir durumları ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [64]. Bu sonuçlar gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi için daha kapsamlı araştırmalar yapılması gerektiğini göstermektedir.

Araştırmada çocuk sayısı 2 olan annelerin bedensel sağlık ve psikolojik sağlık alt boyut puan ortalamaları 1 ve 3 çocuğu olan annelere göre yüksektir. Çocuk sayısı 1 olanların, ilk çocuğu olmasına bağlı ve bilgi beceride eksiklikleri olabilir. Çocuk sayısı 3 olanların ise oluşan iş yüküne bağlı zaman sıkıntısı nedeniyle günlük işleri yürütememe, uyku ve dinlenmede eksiklik, rutin ihtiyaçlarını giderememeye bağlı olumsuz duygulara sahip olabilir. Bu nedenle çocuk sayısı 2 olan annelerden bedensel sağlık ve psikolojik sağlık alt boyut puanlarının düşük olduğu düşünüldü. Araştırmada çocuk sayısı 1 ve 2 olduğunda annelerin sosyal ilişkiler alt boyut ve genel yaşam kalitesi yüksek bulundu. Çocuk sayısının artması ile çocuğun aileye daha fazla sorumluluk yüklemesi kişinin kendine, sosyal yaşamına ve ekonomisine

daha fazla zaman ayıramadığından dolayı genel yaşam kalitesini düşürebilir. Sonuç olarak mevcut çocuk sayısının annelerin yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur. Ancak Yılmaztürk'ün (2010) Eskişehir'de yapmış olduğu araştırmada yaşayan tek çocuğa ya da 3 ve üzeri çocuğa sahip olma arasında fazla bir fark bulunmadığı belirtilmiştir [65].

Araştırmada, kronik hastalığı olanların çevresel sağlık puan ortalaması, kronik hastalığı olmayanların puan ortalamalarından yüksektir. Çevresel sağlık ev ortamı, diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal destek ile ilgilidir. Kronik hastalığı olan bireylerin diğer kişiler ile ilişkilerinin ve sosyal desteklerinin daha iyi olduğu görülmektedir. Araştırmada, sürekli ilaç kullananların psikolojik sağlık, çevresel sağlık ve genel yaşam kalitesi puan ortalaması, sürekli ilaç kullanmayanlara göre yüksektir. Çeşitli araştırmalarda mevcut rahatsızlıkları için sürekli ilaç kullanımının kendilerini iyi hissettirdiği, hayatta kalmalarını sağladığı, hastane dışında olmalarını ve iyi bir yaşam kalitesi sağladığını bildirmişlerdir [69,70]. Altuntaş ve ark. (2015) kronik bir rahatsızlığı olan ve sürekli ilaç kullanan 10 kişiye yaptığı araştırmada, 3 katılımcı yapacakları etkinliklerini ilaçlara göre düzenledikleri için kendilerini kısıtlanmış hissettiklerini belirtmişlerdir [71].

Araştırmada, gebeliğini isteyenlerin bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevresel sağlık ve genel yaşam kalitesi puan ortalaması, gebeliğini istemeyenlere göre yüksektir. Bebeğin istenen bir bebek olması, annenin bebeği algılamasını ve ortaya çıkan sorunların üstesinden gelme konusunda daha dirençli olmalarına neden olmaktadır. Bu durum yaşam kalitesinin gelişmesine de olumlu yönde katkı sağlayacaktır. Gebeliğin isteyerek olmasının, eşin ve aile yakınlarının sevinmesi ve desteği nedeniyle yaşam kalitesi üzerine etkileri bildirilmiştir [72].

Araştırmada, aile ile ilişkisi iyi olanların sosyal ilişkiler ve genel yaşam kalitesi puan ortalaması, aile ile ilişkisi ne iyi ne kötü olanlardan yüksektir. Mermer ve ark., (2010) yaptığı çalışmada kadınların doğumdan sonra daha fazla sosyal desteğe gereksinim duydukları bulunmuştur Doğumdan sonra annelik duygusu ve rolünün pekişmesi, yenidoğanın sağlıklı gelişimi için doğum sonrasındaki destek çok önemlidir [49]. Bu nedenle aile ile ilişkisi iyi olanların sosyal ilişkiler ve genel yaşam kalitesi puan ortalamasının yüksek olduğu düşünüldü.

Araştırmada, bebeğinin cinsiyeti kız olanların sosyal ilişkiler puan ortalaması, bebeği erkek olanlardan yüksektir. Bazı toplumlarda kız veya erkek çocuğa sahip olmanın kültürel ve sosyal olarak önemli olabileceği düşünüldü. Yapılan bazı araştırmalarda, postpartum ruhsal sağlığı etkileyen faktörler; sosyal destek, emzirme, gebelik öncesi sağlığın iyiliği, gebelik problemleri yaşamama ve kız çocuğa sahip olma olarak bildirilmiştir [72,73].

Araştırmada, 2. ve 3. gebeliği olan annelerin bedensel sağlık, psikolojik sağlık ve genel yaşam kalitesi puan ortalaması, 4. ve üzeri gebeliği olanlardan yüksektir. Gebeliğin kadınlar için zor bir süreç olup, fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkilenebileceği ve bunun da yaşam kalitesini düşürebileceği düşünüldü. Ceylan'ın (2010) yaptığı araştırmada, hiç gebe kalmayan ya da hiç doğum yapmayan kadınların, gebelik ve doğum sayıları 1-2 ya da 3 ve üzeri olanlara göre daha iyi bir yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır [74]. Bu sonuca göre de gebe kalma ve/veya doğum yapma sayısı ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğu söylenebilir.

Araştırmada, iki canlı doğumu olanların bedensel sağlık ve psikolojik sağlık puan ortalaması, 1 ile 3 ve üzeri canlı doğumu olanlardan yüksektir. Oliveara ve ark. (2015) yaptığı çalışmada birden fazla çocuğu olan annelerin, annelik görevlerine uyum sağlamak için yeterli deneyimi sağladıkları bildirilmiştir [73]. Ancak çocuk sayısının artması ile anne daha fazla sorumluluk sahibi olacağı için mevcut görevlerini yerine getirememeye bağlı stres yaşayabilir ve bu anneyi bedensel olarak yorgun düşürüp ruhsal olarak da etkileyebilir. Bir ve 2 canlı doğumu olanların sosyal ilişkiler ve genel yaşam kalitesi puan ortalaması, 3 ve üzeri canlı doğumu olanlardan yüksektir. Bir ve 2 çocuk varlığında annenin çevresindekilerle daha fazla sosyal ilişki içerisinde bulunabileceği ve yaşamını daha kaliteli değerlendirebileceği düşünüldü.

Araştırmada, gebelik haftası 31 ve üzeri olanların bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevresel sağlık ve genel yaşam kalitesi puan ortalaması, gebelik haftası 30 ve altı olanlardan yüksektir. Uludağ ve Ünlüoğlu'nun (2012) yaptığı araştırmada, gebelik haftası azaldıkça annelerin kaygı düzeylerinin arttığı bulunmuştur [8]. Bebeklerin gebelik haftalarının düşmesi onların hayatta kalma şanslarını da azaltıp annelerin yaşadığı stres, kaygı ve endişe duygularına bağlı yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Araştırmada, bebeği oral beslenen annelerin psikolojik sağlık, çevresel sağlık ve genel yaşam kalitesi puan ortalamaları, bebeği oğs ile beslenenlerden yüksektir. Gebelik haftası <32-34 hafta olan prematürelerde, emme/yutma disfonksiyonunda veya ağızdan beslenemeyenlerde, medikal veya hastalık nedenleriyle oral beslenemeyenlerde, RDS'li bebeklerde ve ağızdan yeterli besin alamayanlara destek olarak enteral (Orogastrik/Nazogastrik sonda) beslenme yapılmaktadır [75]. Enteral beslenme endikasyonu olan bebeklerin yaşadığı sorunlar nedeniyle annelerin psikolojik sağlık, çevresel sağlık ve genel yaşam kalitesi puan ortalamalarının, bebeği oral beslenenlere göre daha düşük geldiği düşünüldü.

Araştırmada, postpartum depresyonun ve algılanan sosyal desteğin genel yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının anlamlı belirleyicisi olduğu bulundu. Postpartum depresyon düzeyi genel yaşam kalitesi düzeyini azaltırken, algılanan sosyal destek genel yaşam kalitesi düzeyini arttırmaktadır. Bingöl ve Tel'in (2007) yaptıkları araştırmada, postpartum dönemdeki kadınların önemli düzeyde PPD riski taşıdıkları ve sosyal destekleri arttıkça PPD olasılıklarının da azaldığı bulunmuştur [62]. Özkars'ın (2017) 115 prematüre bebek annesine yaptığı araştırmada, annelerin yaşadığı travma ve depresyonun annenin yaşam kalitesi ile ilişki içerisinde olduğu bulunmuştur [9]. Yapılan birçok araştırmada PPD'nin kadınların yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir [32,57]. Sonuç olarak, algılanan sosyal destek yaşam kalitesini artırırken, PPD genel yaşam kalitesini azaltmaktadır.

Araştırmada, aileden algılanan sosyal desteğin genel yaşam kalitesinin anlamlı belirleyicisi olduğu belirlendi. Aileden alınan sosyal destek arttıkça genel yaşam kalitesi düzeyi de artmaktadır. Özel insandan ve arkadaştan algılanan sosyal destek yaşam kalitesi genel düzeyini etkilememektedir. Yapılan araştırmada, kadınların postpartum dönemde önemli düzeyde desteğe ihtiyaç duydukları ve bu ihtiyaca yönelik alınan desteğin çok fazla olmadığı bildirilmiştir [7,47]. Mermer ve ark., (2010) yaptığı çalışmada gebelikte ve doğum sonrasında kadının ailesinden aldığı sosyal desteğin daha anlamlı ve doyurucu olduğu bulunmuştur [49]. Farklı toplumlarda yapılan araştırmalarda postpartum dönemde yaşanabilecek olumsuz durumlar için sosyal desteğin anne ve bebek sağlığı açısından önemli bir faktör olduğu ve aradaki ilişkinin kültürler arası değişiklik gösterdiği belirtilmiştir. Türk

kültüründe sosyal desteğin sadece eşten değil, eşin ailesinden alınan desteğin de çok önemli olduğu bildirilmiştir [76,77,78].



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırma sonucunda; annelerin WHOQOL-BREF (TR) ölçeği genel yaşam kalitesi puan ortalaması $73,87 \pm 9,28$ olup, annelerin yaşam kaliteleri orta düzeydedir. Annelerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalaması $10,52 \pm 4,80$, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel puan ortalaması $62,14 \pm 14,66$ bulundu.

Annelerin eğitim durumu, çalışma durumu, gelir gider algısı, çocuk sayısı, kronik hastalık varlığı, sürekli kullanılan ilaç varlığı, gebeliği isteme durumu, aile ile ilişkisi, bebeğin cinsiyeti ve kaçınıcı gebelik olma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarında anlamlı farklar bulundu.

Annenin yaşı, eşin yaşı, evlilik süresi, eş eğitim durumu, gebelik boyunca sorun yaşama, gebelikte eş desteği, yoğun bakımda yatma süresinin yaşam kalitesini etkilemediği belirlendi.

Doğum sonrası depresyonun ve algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesinin anlamlı belirleyicisi olduğu belirlendi. Doğum sonrası depresyon genel yaşam kalitesi düzeyini azaltırken, algılanan sosyal destek genel yaşam kalitesini arttırmaktadır.

Araştırmada, aileden algılanan sosyal desteğin genel yaşam kalitesinin anlamlı belirleyicisi olduğu belirlendi. Aileden alınan sosyal destek arttıkça genel yaşam kalitesi düzeyi de artmaktadır. Özel insandan ve arkadaştan algılanan sosyal destek yaşam kalitesi genel düzeyini etkilememektedir.

Sonuç olarak, doğum sonrası depresyon düzeyinin ve algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesini etkilediği belirlendi.

6.2. Öneriler

- Anne ve bebeğin sağlığı için doğum sonrası dönemde annelere gerekli sosyal desteğin verilmesi önemlidir. Bu nedenle birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık çalışanlarının annelerin doğum sonu algıladıkları sosyal

destekleri değerlendirerek, eş, aile ve yakın çevresi ile işbirliği yapması önemlidir.

- Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin arttırılması için, ihtiyaçları belirlenmeli güçlü yönlerinin devam ettirilmesi, zayıf yönlerinde desteklenmesi önemlidir.
- Postpartum dönemde prematüre bebeği olan anneler yeni doğan yoğun bakım hemşireleri ve daha sonraki dönemde de birinci basamakta aile sağlığı hemşireleri tarafından hem fiziksel hem ruhsal olarak değerlendirilmeli, risk altında olan anneler gereken destek sağlanması ve st kurumlara sevk edilmesi önerilir.



KAYNAKLAR

- [1] Korkmaz, A., Aydın, Ş., Çamurdan, A. D., Okumuş, N., Onat, F. N., Özbaş, S., ...Köse, M. R. (2013). Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56, 105-121.
- [2] Peterson, N. L. (1998). *Early intervention for handicapped and at-risk children*. London: Love Publishing Company.
- [3] Arslan, F. T. ve Turgut, R. (2013). Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(3), 119-124.
<http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/2>
- [4] WHO (2012) *Born too soon – The global action report on preterm birth*, 1-85.
- [5] Özyazıcıoğlu, N. ve Tüfekçi, F. (2009). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(4), 66-72.
- [6] Türkoğlu, N., Çelik, A. S. ve Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteği belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(1), 18-24.
- [7] Türkoğlu, N., Baysal, H. ve Küçükoğlu, S. (2014). Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 1-8.
- [8] Uludağ, A. ve Ünlüoğlu, İ. (2012). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 4(3), 19-26.
- [9] Özkars, B. (2017). *Prematüre doğum yapmış annelerin travma, depresyon, maternal bağlanma ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- [10] Neyestani, A., Saeidi, R., Salari, M. ve Karbandi, S. (2017). The effect of implementing a discharge program on quality of life of mothers with premature infants. *Evidence Based Care Journal*, 7(1), 60-71.
- [11] Efe, Ş., Taşkın, L. ve Eroğlu, K. (2009). Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *J Turkish-German Gynecol Assoc*, 10, 14-20.

- [12] Durukan, E., İlhan, M., Bumin, M. ve Aycan, S. (2011). 2 hafta – 18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 28, 385-393.
- [13] Rezaei, N., Azadi, A., Zargousi, R., Sadoughi, Z., Tavalaei, Z. ve Rezayati, M. (2016). Maternal health-related quality of life and it's predicting factors in the postpartum period in Iran. *Scientifica* (Vol. 2016, article ID 8542147,7).<http://dx.doi.org/10.1155/2016/8542147>
- [14] Moura, M. R. S., Araújo, C. G. A., Prado, M. M., Paro, H. B. M. S., Pinto, R. M. C., Abdallah, V. O. S. Silva, C. H. M. (2017). Factors associated with the quality of life of mothers of preterm infants with very low birth weight: A 3-year follow-up study. *Quality of Life Research*, 26(5), 1349-1360.
- [15] Yurdakök, M. (2017). Pediatri. İçinde: Özdil, M. ve Perk, Y.(Cilt 1., ss.923-924).
- [16] Melnyk, B. M., Crean, H. F., Feinstein, N. F. ve Fairbanks, E. (2008). Maternal anxiety and depression following a premature infants' discharge from the nicu: explanatory effects of the cope program. *Nursing Research*, 57(6), 1-7.
- [17] Şahin, E. ve Tiryaki, A. (2011). Düşük doğum ağırlıklı prematüre bebek annelerinde depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 21(3), 155-163.
- [18] WHO (2018). *Nearly 30 million sick and premature newborns in dire need of treatment every year*. <https://www.who.int/news-room/detail/13-12-2018-nearly-30-million-sick-and-premature-newborns-in-dire-need-of-treatment-every-year>
- [19] Balcı, S.(2006). *Preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme-gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisi*.(Doktora tezi).İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [20] Çavuşoğlu, H. (2011). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. (Cilt 1., Vol. 10, ss.51-67). Ankara.
- [21] Çavuşoğlu H. (2011). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. (Cilt 2., Vol. 10, ss.51-67). Ankara.
- [22] Ovalı, F., Çavuşoğlu, H., Danışman, N., Demirel, N., Erdeve, Ö., Karaman, A. ve ark. (2012). *Sağlık Bakanlığı Yenidogan Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Kitapçığı*, 14-24. Ankara.
- [23] Behrman, R. E., Kliegman, R. M. ve Jenson, H.B. (2002). *Nelson Textbook of Pediatrics*. (Cilt 17., Vol. 1., ss.551-577).U.S.A
- [24] Karabudak, S. S. ve Ergün, S. (2013). Yenidogan hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde: Conk, Z., Başbakal, Z., Yılmaz, B. H. ve Bolışık, B. *Pediatri Hemşireliği*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 289-352.

- [25] **Anderson, P. J.** (2014). Neuropsychological outcomes of children born very preterm. *Seminars In Fetal And Neonatal Medicine Journal* (Cilt 2., Vol. 19, ss. 90-96).
- [26] **Önal, E. E.** (2017). Prematüre bebeklerde nörolojik sorunlar ve izlemi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 9(4), 45-49.
- [27] **Topçuoğlu, S. ve Ovalı, F.** (2014). Prematüre bebeklerin uzun dönem sorunları. *Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics-Special Topics*, 7(1), 79-83.
- [28] **Koçak, D. Y. ve Büyükkayacı, Duman, N.** (2016). İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri*, 2(3), 7-13.
- [29] **Ateş, E.** (2014). Postpartum bakım. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 5(5):125-8.
- [30] **Güleç, D., Öztürk, R., Sevil, Ü. ve Kazandı, M.** (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 24(1), 36-41.
- [31] **Van der Woude D. A. A., Pijnenborg, J. M. A. ve De Vries, J.** (2015). Health status and quality of life in postpartum women: a systematic review of associated factors. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* (Vol. 185, ss. 42-52).
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.11.041>
- [32] **Papamarkou, M., Sarafis, P., Kaite, C. P., Malliarou, M., Tsounis, A. ve Niakas, D.** (2017). Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. *BMC women's health*, 17(1), 115.
- [33] **Beydağ, K. D.** (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.
- [34] **Balkaya, N. A.** (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 42-49.
- [35] **Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S. ve Türmen, T.** (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 104-109.
- [36] **Şahin, N. ve Oskay, Ü.** (2008). Prematüre bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerde ortaya çıkan stresörler. *Çocuk Dergisi*, 8(2), 108-113.
- [37] **Manav, G. ve Yıldırım, F.** (2010). Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 32, 149-157.
- [38] **Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N. Tanaka, K.** (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 211-217.

- [39] Doğan, Yüksekol, Ö., Çoban, Arguvanlı, S. ve Başer, M . (2014). Annelik hüznü ve hemşirelik. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* , 2 (1) , 56-61 . <https://dergipark.org.tr/tr/pub/erusaglik/issue/5987/79594>
- [40] Erdem, Ö. ve Bucaktepe, P. G. E. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3), 458-461.
- [41] Erdem, Ö. ve Çelepkolu, T. (2014). Postpartum depresyonun risk faktörleri ve nedenleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 93-99.
- [42] Kearn, J. (2019). *Predictors of depression and anxiety in mothers of moderate and late preterm infants in level II neonatal intensive care units* (Yüksek lisans tezi). University of Calgary, Calgary, Canada.
- [43] Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A. ve Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357-364.
- [44] Ulaş, S. C., Köken, S. ve Tayhan, E. (2016) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin annelik hüznünü önlemedeki rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19.
- [45] Erdem, Ö. (2014). Doğum sonrası psikoz. *Konuralp Medical Journal* , 6 (1) , 74-77. Doi:10.18521/ktd.88251
- [46] Khorshid, L. ve Arslan, G. G. (2006). Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim*, 81(1), 182-188.
- [47] Aksakallı, M., Çapık, A., Ejder, Apay, S., Pasinlioğlu, T. ve Bayram, S. (2012). Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3):129-135. Doi: 10.5505/phd.2012.57441
- [48] Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75.
- [49] Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U. ve Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71-76.
- [50] Bağcı, S. ve Altuntuğ, K. (2016). Problems experienced by mothers in postpartum period and their associations with quality of life. Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3266-3279.
- [51] Leahy, Warren, P., McCarthy, G. ve Corcoran, P. (2011). Postnatal depression in first-time mothers: prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Archives of psychiatric nursing*, 25(3), 174-184.
- [52] Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1999, 3: 18-26.

- [53] **Boylu, A. A. ve Paçacıoğlu, B.** (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
- [54] **Akın, G.** (2018). Sağlıklı ve kaliteli yaşamda sürdürülebilir dünya görüşü. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(2), 877-891.
- [55] **Kurnaz, E.** (2007). *Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan annelerin endişeleri ve bakım gereksinimleri*. (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [56] **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü** (2018) *Doğum sonu bakım yönetim rehberi* (Yayın No: 925). Ankara.
<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42925/dogum-sonu-bakim-yonetim-rehberi.html>
- [57] **Tel, H.** (2018). Effects of home visits and planned education on mothers' postpartum depression and quality of life. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 9(3), 119-125.
- [58] **Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S., Elbi, H. ve Göker, E.** (1999). Whoqol-100 ve whoqol-bref'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(2), 23-40.
- [59] **Engindeniz, N., Küey, L. ve Kültür, S.** (1997). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği'nin türkçe formu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları 1. Kitabı: 23-26 Nisan Antalya*; 51-52.
- [60] **Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H.** (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- [61] **Bingöl, T. Y. ve Tel, H.** (2007). Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 1-6.
- [62] **Altıparmak S.** (2006). Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5, 416-423.
- [63] **Bulut, İ. Ve Deveci, S.** (2017). Elazığ kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörler, 17. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, (ss.61-69). Türkiye: Edirne, 20-24 Ekim.
- [64] **Eğicioğlu, H.** (2008). *Üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendromun yaşam kalitesine etkisinin araştırılması*. (Yüksek lisans tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- [65] **Yılmaztürk Y.** (2010). *Postpartum dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- [66] **Altıparmak, S. ve Eser, E.** (2007). 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi. *Aile ve Toplum Dergisi* 3(11), 29-33.

- [67] Aydın, P., Günay, T., Baydur, H. ve Şimşek, H. (2012). İzmir’de yarı kentsel bir bölgede 45-59 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 10, 88-93.
- [68] Riegel, B. ve Carlson, B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education Counseling*, 46 (4), 287-288.
- [69] Wu, J.R., Moser, D.K., Lennie, T.A., Peden, A.R., Chen, Y.C. ve Heo, S. (2008). Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart Lung*, 37 (1), 8- 8.
- [70] Altuntaş, O., Akı, E. ve Huri, M. (2015). Kronik hastalıklarda ilaç kullanımının yaşam kalitesi ve sosyal katılıma etkisi üzerine nitel bir çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3 (2) , 79-86.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/ered/issue/33221/369686>
- [71] Kılıçarslan, S. (2008). *Edirne şehir merkezinde'ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri*. (Yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Tıp Fakltesi, Edirne.
- [72] McGovern, P., Dowd, B., Gjerdingen, D., Gross, C.R., Kenney, S. ... Lundberg, U. (2006) Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *The Annals of Family Medicine*, 4(2), 159–167.
- [73] Oliveira, M. F., Parker, L., Ahn, H., Catunda, H. L. P., Bernardo, E. B. R. Pinheiro, A. K. B. (2015). Maternal predictors for quality of life during the postpartum in Brazilian mothers, *Health*, 7(3), 371–380.
- [74] Ceylan B. (2010). *Eskişehir Tepebaşı ilçesinde yaşayan 40-59 yaş grubu kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi*. (Yüksek lisans tezi). Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- [75] Türk Neonatoloji Derneği (2018). *Yüksek riskli bebek izlem rehberi*, 5-8.
http://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2018/01/yuksek_riskli_bebek_izlem_rehberi.pdf
- [76] Şentürk, V. (2008). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi*, 16, 25-34.
- [77] İnandı, T., Buğdaycı, R., DüNDAR, P., Sümer, H. ve Şaşmaz, T. (2005). Risk factors for depression in the first postnatal year: a Turkish study. *Soc q Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 725-30.
- [78] Danacı, A.E., Dinç, G., Deveci, A., Sen, F.S.ve İçelli, İ. (2002). Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 125-129.

EKLER

EK 1: Prematüre Bebeği Olan Anne ve Bebek Bilgi Formu

EK 2: WHOQOL-BREF leği

EK3: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon leği

EK4: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği (ÇBASDÖ)

EK5: Etik Kurul İzni

EK 1

Prematüre Bebeği Olan Anne ve Bebek Bilgi Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma, prematüre bebeği olan annelerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış bir yüksek lisans tezidir. Bu çalışmada elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçla kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Soru formunun değerlendirilebilmesi için tüm soruların eksiksiz doldurulması gerekmektedir. Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

Melda ERDOĞDU

Bezmialem Vakıf
Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Tezli Y.L
Öğrencisi

Anneye Ait Bilgiler

1. Yaşınız
2. Eşinizin Yaşı
3. Medeni Durumunuz
1.()Evli 2.()Bekar 3.()Boşanmış
4. Evlilik süreniz
5. Eğitim durumunuz
1.()Okur-yazar değil 2.()İlkokul 3.()Ortaokul 4.()Lise 5.()Üniversite
6. Eşinizin eğitim durumu
1.()Okur-yazar değil 2.()İlkokul 3.()Ortaokul 4.()Lise 5.()Üniversite
7. Çalışma durumunuz
1.()Çalışıyorum 2.()Çalışmıyorum

8. İşiniz
1.()İşçi 2.()Memur 3.()Serbest Meslek 4.()Diğer (Açıklayınız)
9. Gelir durumunuz
1.()Gelirim giderimden az 2.()Gelirim giderimle aynı 3.()Gelirim giderimden fazla
10. Aile tipiniz
1.()Çekirdek aile 2.()Geniş aile 3.() Diğer (belirtiniz)
11. Kaç çocuğunuz var ?
12. Sürekli tedavi gördüğünüz kronik bir rahatsızlığınız var mı?
1.()Var (yazınız).....
2.()Yok
13. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?
1.()Var (yazınız).....
2.()Yok
14. Bu gebeliği istiyor muydunuz?
1.()Evet 2.()Hayır
15. Gebeliğiniz boyunca herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?
(Hipertansiyon, gestasyonel diyabet, preeklamsi, v.b.)
1.()Evet (yazınız).....
2.()Hayır
16. Gebeliğiniz boyunca düzenli olarak kontrollere gittiniz mi? (Sıklığını yazınız)
1.()Evet (yazınız).....
2.()Hayır
17. Sigara kullanıyor musunuz?
1.()Evet
2.()Hayır
18. Gebeliğiniz süresince sigara kullandınız mı ? (Sıklığını yazınız)
1.()Evet.....
2.()Hayır
19. Alışkanlıklarınız var mıdır?(alkol, madde bağımlılığı v.b.)

1.()Evet 2.()Hayır

20. Var ise sıklığını belirtiniz

21. Daha önce geçirilmiş depresyon öykünüz var mı?

1.()Evet 2.()Hayır

22. Gebeliğiniz süresince eşinizin size destek olma durumunu değerlendiriniz.

1.()Destek oldu 2.()Orta derecede 3.()Olmadı

23. Eşinizin ve kendinizin ailesi ile olan ilişkileriniz nasıldır?

1.()İyi 2.()Ne iyi ne kötü 3.()Kötü

Bebeğe Ait Bilgiler

1. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

1.()Kız 2.()Erkek

2. Kaçınıcı gebeliğiniz (Gravida, Parite, Abortus)

.....

3. Gebelik haftanız

.....

4. Bebeğinizin kilosu

.....

5. Bebeğinizin boyu

.....

6. Bebeğinizin baş çevresi

.....

7. Bebeğin apgar puanı

.....

8. Doğum şekliniz

1.()Normal doğum 2.()Sezeryan

9. Prematüre doğum sebebiniz

.....

10. Daha önce prematüre bebeğiniz oldu mu?

1.()Evet 2.()Hayır

11. Oldu ise kaç tane?

.....

12. Bebekte anamoli var mı?

1.()Evet 2.()Hayır

13. Evet ise açıklayınız.

.....

14. Bebeğinizin beslenme şekli

1.()Ogs 2.()Oral 3.()Anne sütü/Biberon

15. Bebeğiniz ne zamandır yoğun bakımda yatıyor?

.....

16. Bebeğinizin yatışı hakkında bilgi aldınız mı?

1.()Evet 2.()Hayır

17. Aldığınız bilgi yeterli mi?

1.()Evet 2.()Hayır 3.()Kısmen

WHOQOL-BREF(TR)

Türkçe Ulusal Kısa Sürüm - Şubat 1999

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

RUH SAĞLIĞI PROGRAMI

CENEVRE

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz.
Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?

Erkek

Kadın

Doğum tarihiniz nedir?

_____/_____/_____

GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

Hiç eğitim almadım

ilkokul-ortaokul

Lise veya eşdeğeri

Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş

evli

evli gibi yaşıyor

ayrı yaşıyor

boşanmış

eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı?

evet

hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

hastalık / sorun

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüdünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5

14	Boş zamanları	1	2	3	4	5
F21.	değerlendirme uğraşları					
1	için ne ölçüde fırsatınız olur?					

		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi, Ne Kötü	Oldukça İyi	Çok İyi
15	Hareketlilik (etrafa dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5
F9.1						

		Hiç Hoşnut Değil	Çok Az Hoşnut	Ne Hoşnut, Ne Değil	Epeyce Hoşnut	Çok Hoşnut
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
F3.3						
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
F10.3						
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
F12.4						
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
F6.3						
20	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
F13.3						

21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

EK 3

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1) *Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.*

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Artık pek okadar değil
- ☐ Artık kesinlikle okadar değil
- ☐ Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) *Geleceğe hevesle bakıyorum.*

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

Son 7 gündür;

3) *Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.*

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

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

- ☐ Hayır, hiç bir zaman
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

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

- ☐Evet, çoğu zaman
- ☐Evet, bazen
- ☐Hayır, çok sık değil
- ☐Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) *Her şey giderek sırtıma yükleniyor.*

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

Son 7 gündür;

7) *Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.*

- ☐Evet, çoğu zaman
- ☐Evet, bazen
- ☐Çok sık değil
- ☐Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

8) *Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.*

- ☐Evet, çoğu zaman
- ☐Evet, oldukça sık
- ☐Çok sık değil
- ☐Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

9) *Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.*

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

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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



EK 4

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK 5

Evrak Tarih ve Sayısı: 22/10/2018-16080



T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 54022451-050.05.04-
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN

10.07.2018 tarihinde yapılan Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında "Prematüre Bebeği Olan Annelerin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler " başlıklı başvurunuz değerlendirilmiş olup karar yazısı ektedir.
Bilgilerinize.

e-imzalıdır
Prof.Dr. İsmail MERAL
Başkan

Ek: Karar Yazısı (2 sayfa)

22/10/2018 Sek.

Elif Gamze ASLAN

Adres: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Caddesi) Fatih / İstanbul
Telefon: 0 (212) 523 22 88 Faks: 0 (212) 533 23 26
e-Posta: info@bezmialem.edu.tr Elektronik Ağ: www.bezmialem.edu.tr

Bilgi için: Elif Gamze ASLAN
Unvanı: Sekreter

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)
KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Prematüre Bebeği Olan Annelerin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler
-----------------------	--

10.07.2018

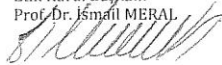
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Adnan Menderes Bulvarı Vatan Caddesi 34093 Fatih/İstanbul
	TELEFON	(0212) 523 22 88 - 1028
	FAKS	(0212) 533 23 26
	E-POSTA	egaslan@bezmialem.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşirliği			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-	Gerekli Değil ☐ Var ☒
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Gerekli Değil ☐ Var ☒
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:15/171	Tarih: 10.07.2018		
	Yürütücülüğünü Dr. Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN 'ın yaptığı "Prematüre Bebeği Olan Annelerin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler" Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.			

Sayfa 1 / 2

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. İsmail MERAL



**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)
KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Prematüre Bebeği Olan Annelerin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler
-----------------------	--

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. İsmail MERAL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İsmail MERAL	Fizyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Ömer SOYSAL	Göğüs Cerrahisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Nuran YILDIRIM	Tıp Tarihi ve Etik	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Türkinaz AŞTI	Hemşirelik Bölümü	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Semra ÖZÇELİK	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Teoman AYDIN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Fahri AKBAŞ	Tıbbi Biyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Binnur AYDOĞAN TEMEL	Eczacılık	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Aclan ÖZDER	Aile Hekimliği	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Nazmiye DÖNMEZ	Restoratif Diş Tedavisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Nur BÜYÜKPINARBAŞILI	Tıbbi Patoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Av. Mustafa Fırat ALKAYA	Hukuk	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Eda BAYRAKTAR	Sivil Üye	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Sayfa 2 / 2

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. İsmail MERAL

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Melda ERDOĞDU
Doğum Tarihi ve Yeri : 26.08.1993 İstanbul
E-posta : calikmelda@hotmail.com

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2016, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

- 2016-2018 yılları arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşire olarak çalıştı.

