

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

115207

**PREMATÜRE ÇOCUKLARDA GELİŞİMSEL, DAVRANIŞSAL,
COŞKUSAL ÖZELLİKLER İLE BUNLARA ETKİ EDEN ETMENLER**

115207

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
UZMANLIK TEZİ

DR. AYLİN ÖZBEK

T.C.

115207

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. SÜHA MİRAL

İZMİR-2002

ÖNSÖZ

Tıp fakültesi öğrencilik yıllarımdan başlayarak bilgi ve deneyimlerini esirgmeden paylaştan, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık dalını seçmemde önemli etkileri olan, değerli hocalarım Prof. Dr. Ayşen Baykara ve Prof. Dr. Süha Miral'e teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında gösterdiği özen ve desteği için danışman hocam Prof. Dr. Süha Miral'e ayrıca teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitimime katkıları bulunan Yard. Doç. Dr. Taner Güvenir, Yard. Doç. Dr. Özlem Bozobalı, Yard. Doç. Dr. Aynur Akay ve Yard. Doç. Dr. Şahbal Aras'a teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında farklı bakış açıları sunarak yetişmemde emekleri geçen Prof. Dr. Hüray Fidaner, Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Tunç Alkın, Doç. Dr. Köksal Alptekin, Doç. Dr. Can Cimilli, Doç. Dr. Ayşegül Özerdem, Doç. Dr. Beyazıt Yemez ve Yard. Doç. Dr. Yıldız Akvardar'a teşekkür ederim.

Çocuk Nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyiminden yararlandığım sayın Prof. Dr. Eray Dirik'e teşekkür ederim

Tez çalışmam sırasında değerli desteklerini gördüğüm hocam Prof. Dr. Hasan Özkan, Uzm. Dr. Nuray Duman , Uzm. Dr. Abdullah Kumral ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi çalışanlarına teşekkür ederim.

Tezimin gelişim testi uygulamalarını büyük bir öz veri ve sabırla yapan çalışma arkadaşım Psikolog Neslihan Eminağaoğlu'na, istatistiksel değerlendirmesinde büyük katkıları olan Dr. Hülya Ellidokuz'a ayrıca teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca, kendi uzmanlık dallarına ait bilgi ve deneyimlerini paylaşarak donanımıma katkıda bulunan Çocuk Gelişim Uzmanı Arzu Boztok ve Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu'na, tıp fakültesinin ilk yıllarından beri süren birlikteliğimiz için Dr. Deniz Tirit Karaca'ya ve birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Her zaman olduğu gibi, tez çalışmam sırasında da bana her türlü desteği sunan sevgili eşim Dr. Alpay Özbek'e, yaşından beklenmeyecek sabrı ve öz verisi ile beni şaşırtan biricik kızım Ladin'e ve beni yetiştiren aileme ayrıca teşekkür ederim.

Dr. Aylin Özbek
İzmir-2002

İÇİNDEKİLER

1) GİRİŞ.....	1
2) AMAÇ.....	3
3) GENEL BİLGİLER	4
• PREMATÜRİTE TANIMI	4
• PREMATÜR ÇOCUKLARDA NÖROGELİŞİMSEL VE BİLİŞSEL SÜREÇLER VE SORUNLARI.....	4
• PREMATÜR ÇOCUKLARDA COŞKUSAL, DAVRANIŞSAL GELİŞİM VE SONUÇLARI.....	8
• PREMATÜR ÇOCUKLARDA GELİŞİMİ ETKİLEYEN ETMENLER	11
• PREMATÜR ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ	18
• PREMATÜR ÇOCUK VE AİLESİNE YAKLAŞIM	19
4) HİPOTEZ.....	22
5) GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
6) BULGULAR	33
7) TARTIŞMA.	68
8) SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	91
9) ÖZET.....	95
10)KAYNAKLAR.....	98
11)EKLER	107

GİRİŞ

Normal bir gebelik 40 hafta sürer. Ancak her yıl ülkemizde gerçekleşen 1.5 milyon canlı doğumun 140.000'ni, dolayısı ile %10'u (9), Amerika Birleşik Devletleri'nde ise %11'i 37. gebelik haftasından önce doğmaktadır (64). Son yıllarda tıp teknolojisindeki hızlı gelişmelere paralel olarak prematür doğan bebeklerin yaşama oranlarında belirgin artışlar kaydedilmiştir (45). Ancak bu olumlu gelişme prematür doğan bebeklerin uzun dönem işlevsellikleri ve prognozlarına ilişkin kaygıları da beraberinde getirmiştir.

Bu nedenle, son 20 yıla ait yazın gözden geçirildiğinde prematür çocukların, özellikle ve ağırlıklı olarak, nörolojik ve bilişsel gelişimlerini konu alan çok sayıda yayına rastlanmıştır (17,80). Bu alanda yapılan çalışmalarda prematür doğumun mental retardasyon, serebral palsi ve duyuşal defisitler gibi major nörolojik komplikasyonlarının yanı sıra, kaba ve ince motor, dil gelişimi, problem çözme becerileri, görsel algısal, sensorimotor işlevler ile bellek ve dikkat işlevleri üzerine olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir (6,10,12,17 80). Ayrıca prematür çocuklara çeşitli yaşlarda uygulanan zeka testlerinde zamanında doğan çocuklara göre IQ (Intelligence Quotient, zeka bölümü) puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (9,12,13,68,82). Uzun dönem izlem çalışmalarında bu çocukların okul yıllarında da güçlüklerle karşılaştıkları, öğrenme bozukluklarının %20'lere varan oranlarda görülebildiği (9,16,48) bildirilmiştir. Hatta bazı araştırmacılar bu çocukların yarısının özel eğitim desteğine gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir (55).

Giderek artan bir oranda ilgi odağı olan ancak görece daha az araştırılmış (5,7,57) bir başka konu ise, prematür çocukların coşkusall ve davranışsal gelişim ve sorunlarıdır. Yazında bu konuya ilişkin araştırmalarda yöntemsel farklılıklardan kaynaklanan çelişkili sonuçlar bulunmakla birlikte (34), bu çocuklarda hiperaktivite, dikkat eksikliği, davranım sorunları, anksiyete ve ilişkili bozukluklar, içe kapanıklık ve depresyon, sosyal yeterlilik ve işlevsellikte sorunlar, somatik yakınmalarda artış ve dışa atım bozukluklarının zamanında doğan çocuklara göre daha sık olduğu bildirilmiştir (3,4,5,6,16,48,82).

Gelişim süregelen ve çok değişkenli bir süreç olduğu için, prematür çocuklarında gelişimine etki eden bir çok etmen söz konusudur. Biyolojik ve psikolojik süreçleri birbirinden ayırmak, fiziksel ve ruhsal sağlığı da sosyodemografik ortamdan ayrı ele almak mümkün değildir. Üçü birlikte prematür bebeğin gelişimini etkileyen önemli unsurları oluştururlar (81). Prematür çocuğun bilişsel, sosyal ve coşkusal özellikleri; prenatal, perinatal ve postnatal tıbbi durumu (3,12,63,77,78,81) kadar ait olduğu ailenin sosyoekonomik düzeyinden de etkilenir (31,34,41,47,48,50,52,72,75,). Ayrıca aşırı koruyup kollama tutumundan, ihmal, istismara varan bir yelpaze içerisinde seyreden ebeveyn tutumları da bu süreçlerle yakından ilişkili bulunmuştur (8,18,23,31,41).

Prematüritenin uzun dönem sonuçlarının bütüncül bir yaklaşımla ele alınıp incelenmesi, doğumundan itibaren gelişimi risk altında olan, incinebilirliği yüksek prematür çocuklar ve ailelerinin prognozu açısından büyük önem taşımaktadır.

AMAÇ

İnsanın biyopsikososyal bir varlık olduğu görüşünün kabulüyle birlikte intrauterin yaşamdan başlayarak sağlığa etki eden biyolojik, ruhsal ve sosyal etmenler bütün olarak ele alınıp incelenmektedir. Prematür doğum hem bebeğin hem de ailenin hazır olmadığı bir olay olup, prematür olmak işlevselliğin tüm alanlarını yaşam boyu etkileyebilecek bir durumdur (53). Beraberinde türlü gelişimsel riskleri getiren bu durumda prematür doğan çocuğa tıbbi hizmet ve destek vermek kadar, kısa ve uzun dönemde ruhsal sağlığını sağaltma ve koruma amaçlı hizmet vermek de kaçınılmazdır. Bu süreçte çocuğun içinde yaşadığı ailenin, özellikle annenin, desteklenerek bilgilendirilmesi sağlıklı anne çocuk ilişkisinin gelişmesinde, dolayısıyla çocuğun biyopsikososyal gelişiminde önemli rol oynar (65).

Bu nedenle prematüritenin kısa, orta ve uzun dönemli sonuçlarıyla bu sonuçlara etki edebilecek biyolojik etkenler, çevre koşulları, çocuğun ebeveynleriyle etkileşimi ve ebeveyn tutumlarının etkilerinin belirlenmesi önem taşır (37,47,48).

Bu çalışmada amaç:

1.Major bilişsel, motor ve duyuşsal defisiti bulunmayan prematür çocukların okul öncesi dönemde (4-5.5yaş) gelişim düzeyleri ile coşkusal, davranışsal özellik ve sorunlarının benzer yaştaki zamanında doğan çocuklardan oluşan kontrol grubuyla karşılaştırılarak araştırılması.

2.Prematuritenin doğum kilosuna göre belirlenen alt gruplarının bu alanlardaki farklılıklar açısından araştırılması.

3.Neonatal dönemde uygulanan kranial ultrasonografi bulguları ile gelişim düzeyleri, coşkusal, davranışsal özellik ve sorunların ilişkisinin araştırılması.

4.Ailenin sosyoekonomik düzeyi ve ebeveyn tutumlarının olası etkilerinin belirlenmesidir.

GENEL BİLGİLER

PREMATÜRİTE TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, son adet tarihinden sonra 37 haftadan önce doğan tüm canlı doğumlar prematür olarak tanımlanmaktadır. Ancak 2500g altında doğan tüm çocuklara geçmişte prematür adı verilmiştir (64). Prematür bebekler homojen bir populasyon olmadıklarından, gebelik yaşı yada doğum kilosuna göre sınıflandırılmaları uygun görülmiştir (31). Gebelik yaşına göre 32. ile 36. haftalar arasında doğan bebeklere erken doğan (preterm), 32. haftadan daha erken doğan bebekler ise çok erken doğan (very preterm) adı verilmektedir (82). Doğum kilosuna göre sınıflandırmada 2500g –1501g. arası doğan bebekler düşük doğum ağırlıklı (DDA), 1500g. ile 1001g. arası doğan bebekler ise çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA) olarak adlandırılmaktadır. Doğum kilosu 1000g. ve altında ise çok çok düşük doğum ağırlıklı (ÇÇDDA) adı verilmektedir (15,64).

Son 30 yılda prematür bebekler giderek artan oranlarda yaşatılabilmektedir. Günümüzde 1500g. ile 2500g. arası doğum kilosuna sahip çocuklar için %95'e varan yaşam oranları bildirilmektedir (64). Doğum kilosu 1500g. altına indiğinde ise bu oran %70'lere düşmektedir (45). Tüm bu olumlu gelişmelere karşın prematürite günümüzde yenidoğan mortalite ve morbiditesinin başlıca sorumlusu olmaya devam etmekte, ÇDDA yenidoğan ölümlerinin %50'sinin nedenini oluşturmaktadır. Ciddi özürleri bulunanların ise yarısı ÇDDA ile doğan bireylerdir (64).

PREMATÜR ÇOCUKLARDA NÖROGELİŞİMSEL VE BİLİŞSEL SÜREÇLER VE SORUNLARI

Yazında 1970'lerde başlayan yaşam oranlarında artışa rağmen; ciddi serebral palsy, toplam IQ puanının 70'in altında olması ile belirli mental retardasyon, bilateral işitme yitimi, ciddi görme yitimi ve epilepsi olarak tanımlanan (13,64) major nörogelişimsel bozukluk oranı değişmeyerek 1980'lere dek azaltılamamıştır (22). Bu oran 1990'lara gelindiğinde teknolojideki hızlı gelişmelere paralel seyrederek düşüş göstermiş ve genel olarak %10-20 oranında bildirilmiştir (35). Günümüze gelindiğinde ise prematürite ile ilişkili serebral palsy oranı %3-6, ciddi işitme ve görme defektleri ise %1-4 oranında bildirilmektedir (64). Halen ilgi

ağırlıklı olarak minor nörogelişimsel anomalilere yönelmiş, bu popülasyonda ince ve kaba motor işlevler, dil gelişimi , sensorimotor işlevler, akademik beceriler gibi özgül gelişimsel alanlar araştırılmaya başlanmış, zamanından önce doğan çocuklarda %45 oranında en az bir nörogelişimsel alanı ilgilendiren sorun olacağı öne sürülmüştür (13, 55,19,32,71,16,79,2).

Prematür doğumun sonraki zeka düzeyleri ile ilişkisi çok sayıda araştırmaya konu olmuştur. Doğum kilosuna ile IQ düzeylerinin ilişkili olabileceği öne sürülmüş, hatta bu ikisi arasında doğrusal bir ilişki olduğunu ileri süren araştırmacılar da olmuştur (26). 500g. ile 1500g. arası doğum kilosuna sahip prematür çocukların total IQ puanlarının zamanında doğan kontrollerden ortalama 8 ile 13 puan daha düşük olduğu, yine %6-%12 oranında mental retardasyon bulunduğu gösterilmiştir. Prematür çocukların özellikle genel bilgi, aritmetik gibi sözel, resim tamamlama ve küplerle desen gibi performans testlerinden düşük puanlar aldıkları öne sürülmüştür (32,55,60). Ross ve ark (1991) ise çok düşük doğum ağırlıklı prematür çocuklarla yaptığı çalışmada, %8 oranında mental retardasyon, %14 oranında ise sınırda entelektüel işlevsellik bildirmişlerdir (50). Bazı çalışmalarda doğum kilosundan bağımsız sonuçlardan da söz edilmiş, hem 2500g-1500g. arası, hem de 1500g. altı doğum kilosuna sahip çocuklarda %18 oranında 70 puanın altında IQ değerleri saptanmıştır (68). Wolke 1998 yılında yaptığı derlemesinde ise, 1500g. üstü, 2500g. altı doğum kilosuna sahip prematür çocukların zamanında doğan kontrollere göre, IQ puanı farklılıkları göstermelerine karşın, bu farkın klinik önem taşımaktan uzak kaldığını bildirmiştir (83). Bu farklı ve kimi zaman birbiriyle çelişen sonuçlar, yöntemsel farklılıkların yanı sıra (34), IQ değerlerinin biyolojik (77,78) ve özellikle yaş büyüdükçe önemi artan çevresel etmenlerle (2) yakından ilişkili olmasına bağlanmıştır.

Yazında major nörogelişimsel bozuklukları olmayıp, okul öncesi dönemde belirgin sorun yaşamamasalar da prematür çocukların, özellikle doğum kilosuna 1500g. altında olanlarının, minor motor, sensorimotor, nörolojik anomalilere sahip oldukları belirtilmekte ve bu sorunların ilköğretim yada sonrasında beklentiler arttıkça belirgin hale gelebileceği yer almaktadır (13,32,79). Major nörogelişimsel bozukluğu olmayan çok düşük doğum ağırlıklı prematür çocukların zamanında doğan kontrol grubu çocuklara göre ince motor becerilerde belirgin güçlükler

yaşadığı ve bu güçlülerin büyük oranda bronkopulmoner displazi, intrakranial hemoraji ve hastanede yatış süresi gibi perinatal etmenlerle yakından ilişkili olduğu öne sürülmüştür (80). Zamanından önce doğan çocukların 6. yaştaki motor performansının değerlendirildiği bir çalışmada özellikle 32. gebelik haftasından önce doğan çocukların ince ve kaba motor performanslarının zamanında doğan kontrollere göre 2 kat daha bozuk olduğu, bu çocukların anneleri ve öğretmenleri tarafından daha sakar çocuklar olarak tanımlandıkları sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada minor nörolojik bulgular olarak tanımlanan distonik hareketler, disdiyakokinezi de zamanından önce doğan çocuklarda daha sık tespit edilmiştir (32). Jongmans ve arkadaşları da (1997) çalışmalarında, 35. gebelik haftasından önce doğan prematür bebekleri minor nörolojik ve motor performans açısından araştırmışlar, zamanında doğan kontrollere göre prematür çocukların belirgin güçlükleri olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmacılar en belirgin farkların 25.-29. haftalarda doğan çocuklarda gözleendiğini, bu çocukların 33.-34. haftalarda doğan prematürelere de daha kötü performans gösterdiklerini bildirmişlerdir (20).

Yazında yukarıdaki verilerle, sayıları daha az olmakla birlikte, uyumsuz ve çelişen sonuçlar da yer almaktadır. 1500g.-2500g. doğum ağırlıklı zamanından önce doğan çocuklarda yalnızca kaba motor becerilerin ılımlı düzeyde etkilendiği, ince motor işlevlerin zamanında doğan çocuklardan farklılık göstermediği de öne sürülmüştür (71).

Nörogelişimsel açıdan ilgi odağı olan bir başka konu ise dil gelişimidir. Çocuğun iletişimi, bilişsel gelişimi, öğrenme becerileri ve toplumsal uyumu dil gelişiminin farklı yönleriyle ile çok yakından ilişkilidir. Gelişimi bütün olarak değerlendiren ve prematür çocuklarda genel gelişim geriliği ile birlikte görülen dil gelişim geriliklerine dikkat çeken çalışmalar (48) dışında prematür çocuklarda dil gelişimini konu alan sınırlı sayıda çalışma ve veri bulunmaktadır. Jennische ve Sedin (1998) neonatal yoğun bakım gerektiren çocuklarda, gerektirmeyen çocuklara göre, konuşmanın motor komponentinin daha bozuk olduğunu tespit etmiştir. Çocuğun karşılıklı konuşma sırasında kendi düşüncelerini karşı tarafa aktarabilmesi ve karşı taraftan gelen iletileri alabilme motivasyonu olarak tanımlanan iletişime yönelik olma işlevi, özellikle 28. ile 31. haftalar arasında doğan çocuklarda daha yetersiz olarak saptanmıştır. Fonolojik kusurlar ve uygun

kelimeyi bulabilme becerisi ve gramer bozuklukları çalışmanın yapıldığı 6.5 yaş grubu için prematüre çocuklarda normal sınırlar içerisinde bulunmuştur (19).

Sözü edilen prematüriteyle ilişkili olabilecek düşük IQ düzeyleri, minor motor gelişimde sorunlar, nörolojik gelişim ve dil gelişimi alanlarında görülebilecek sorunlar, herhangi bir major nörogelişimsel bozukluk eşlik etmese dahi, okul çağlarında öğrenme bozuklukları açısından büyük risk oluştururlar (13,16,47). Yazında prematür çocuklarda kontrollere göre öğrenme bozukluklarının anlamlı oranda artmış olduğu, bunun oranının tüm prematüreler için %19'a, 1500g. altında doğan çocuklar için ise %42'lere varabileceği bildirilmiştir (35,48,50,51,55,). Öğrenme ile ilgili sorunları nedeniyle bu çocuklar kimi yazarlara göre 3, kimi yazarlara göre ise 2 kat daha fazla özel eğitim desteğine gereksinim duymaktadırlar (16,50,55). Wolke (1998) özel eğitim desteğinin yanı sıra prematür çocukların sınıf tekrarı yada okula geç başlama gibi yaşa uygun olmayan eğitim düzeyi, normal okulda özel dersler gibi özel eğitim desteğine daha fazla ihtiyaç duyma, sınıftaki diğer öğrencilere göre daha başarısız olma gibi okul problemlerini de daha sık yaşantıladıklarını bildirmiştir (83).

Prematür çocuklardaki öğrenme bozukluklarını ele alan araştırmalarda, özellikle 1000g. altında doğum kilosuna sahip çocukların okuma, yazma, ve matematik alanlarında benzer yaştaki kontrollere göre belirgin güçlükler yaşadıkları bildirilmiştir (80,83). Horwood ve arkadaşları (1998), 7.-8.yaşlarında 1500g. altında doğum kilosuna sahip 1000 çocukla yaptıkları çalışmalarında, IQ ve diğer sensorinöral etmenleri dışlasalar da, akademik becerilerin bu popülasyonda anlamlı düzeyde düşük olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu çalışmada prematür çocuklarda okuma bozuklukları %31, matematik bozukluğu %37, yazılı anlatım bozukluğu ise %36 oranında saptanmıştır (16).

Prematüriteyle ilişkili olabilecek nörogelişimsel sorunlarda cinsiyetin etkisi de yazında sınırlı sayıda da olsa yer alan veriler içerisinde. Dil becerilerinin gelişiminde prematürelerin daha az sorun yaşadığı (80,19), buna ek olarak özellikle çok çok düşük doğum ağırlıklı (1000g. altı doğum kilosuna sahip) popülasyonda kızların işitme ile ilgili işlevlerde erkek prematürelerden üstün olduğu (15) bildirilmiştir.

Öte yandan, normal sınırlarda IQ ve nörolojik bakısı olan prematüre çocukların bilişsel testlerde, aritmetik beceriler dışında, zamanında doğan çocuklardan farklılık göstermediği de bildirilen veriler arasındadır (50). 2500g. altında doğan çocukların %95'inin ilkokul çağlarına geldiklerinde aynı sosyoekonomik düzeydeki zamanında doğan çocuklarla benzer akademik sonuçları gösterdikleri kaydedilmiştir. Bu durum akla düşük doğum ağırlığının olası etkilerinin ilkokul yaşına değin kaybolabileceğini getirmiştir (48).

Prematür çocukların akademik becerilerine ilişkin farklı sonuçlarla karşılaşılması, bu becerilerin hem perinatal, hem de sosyodemografik değişkenlerle yakından ilişkili olmasındandır. Perinatal etmenler yapısal değişikliklere neden olarak, özellikle 1000g. altında doğum kilosu olanlarda, ciddi akademik güçlüklerle yol açar. Sosyodemografik özellikler ise daha hafif düzeyde ve sınırlı akademik sorun ile ilişkili bulunmuştur (47).

PREMATÜR ÇOCUKLARDA COŞKUSAL, DAVRANIŞSAL GELİŞİM VE SORUNLARI

Prematür çocukların işlevselliklerinde erken çocukluk yıllarından sonraya uzanan sorunlar daha fazla oranlarda saptanmaya başlandıkça, özellikle nörolojik olmayan sorunlara odaklanan çalışmaların sayılarında artış olmasına rağmen coşkusal ve davranışsal alanlar sınırlı çalışılabilmiş alanlardır (16,41). Prematür bebeğin tıbbi komplikasyonları ve yapılan farklı terapötik girişimlerin yanı sıra, normal ebeveyn bakımının kaçınılmaz olarak kesintiye uğraması, ailenin prematür doğuma verdiği tepki ve sosyodemografik ortamı coşkusal ve davranışsal özelliklerle yakından ilişkilidir (34,47,75,77,78,83). McCormick (1996) doğum kilosunun önemine dikkat çekmiş, doğum kilosu düştükçe ileriki yaşlarda akran ilişki sorunları, hiperaktivite, saldırganlık gibi alanlarda sorunların artarak, davranışsal işlevselliğin azalacağını belirtmiştir (37). Sözü edilen çok değişkenli etkileşim nedeniyle yazında bu konuda farklı ve çelişen verilere rastlanmakla birlikte, prematür çocukların coşkusal ve davranışsal alanda term çocuklara oranla daha fazla sorun yaşadıkları sıkça bildirilmektedir (34,35,41,48, 52,57,75,83). Hatta bu çocuklarda DSM-IV tanı ölçütlerini karşılayacak psikiyatrik bozukluklar oluşmadan önce bazı sorun davranışların saptanabileceği öne sürülmüştür (75).

Pharoah ve arkadaşlarının 1994 yılında DDA çocuklarda 8 ve 9. yaşlardaki davranış bozukluklarının prevalansını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, ebeveynler tarafından bildirilen davranış bozuklukları %36, öğretmenler tarafından belirlenenler ise %27 oranında saptanmıştır. Coşkusal sorunlar olarak tanımladıkları anksiyete, fobik özellikler ve somatik yakınmalar, davranım sorunları olarak tanımladıkları agresivite ve antisosyal özellikler en sık izlenen sorunlar olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada erkek prematürelde hiperaktivite kontrol grubuna göre 4 kat daha fazla bildirilmiş, kız prematürelere ise kontrollerden farklılık göstermediği saptanmıştır (44). Benzer sonuçlara Ross ve arkadaşlarının (1990) çalışmasında da rastlanmaktadır. Bu çalışmada da özellikle prematür erkek çocukların hiperaktivite, agresivite ve suça yatkınlık açısından zamanında doğan erkek çocuklara göre anlamlı yükseklikler gösterdiği bildirilmiştir (52). Prematür çocuklarda hiperaktivitenin zamanında doğan çocuklara göre daha sık olduğu görüşü farklı araştırmacılar tarafından da desteklenmiştir (83).

Bu alandaki diğer çalışmalarda zamanından önce doğan çocukların, özellikle ÇDDA grubun, sıkça deprese davranış gösterdikleri bildirilmiştir. Bu çocuklarda içe kapanıklık, uyku sorunları, somatik yakınmalar, anksiyete gibi içe atım bozukluklarını benzer yaş ve sosyoekonomik düzeydeki kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (16,75). Ayrıca prematür çocukların erken çocuklukta uykuya dalma sorunları olduğu belirtilmiş (74), istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, zamanından önce doğan bebeklerin 4.5–5. yaşlarında zamanında doğan kontrollere göre gece uyanmalarının 1.7 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (82).

Bazı çalışmacılar ise prematüre çocuklarda özellikle sosyal işlevsellik üzerinde durmuşlardır. Bu çocukların arkadaş sayısı, arkadaşlarıyla birlikte olma sıklığı, yaşlılarıyla geçinebilmesi, kendini oyalama becerileri gibi sosyal becerilerinin kontrol gruplarına göre daha düşük olduğu belirtilerek prematür popülasyonda, aşırı utangaçlık daha sık bildirilmiştir (41,52,57). Sosyal işlevsellikle ilişkili sorunların düşük IQ ile birlikteliğine dikkat çekilmiş, bu soruna düşük sosyoekonomik düzeyin de etkisinin olacağı öne sürülmüştür. Prematür çocuklarını daha incinebilirliği yüksek olarak algılayan ebeveynlerin, çocuklarının

sosyal etkileşimlerini kısıtlayıcı tutumları, sosyal gelişimi sınırlandıran bir diğer etmen olarak bildirilmiştir (52).

Serbest oyun çocukluk çağında, çocuğun gelişen becerilerini ve yeteneklerini göz önüne serdiği kadar onun coşkusal dünyasına ve davranışına ilişkin sınırsız veri sunar (59). Yazında prematür çocukların serbest oyun davranışını inceleyen ve araştıran çalışmalara çok az sayıda rastlanmaktadır. Macey ve arkadaşlarına (1987) göre prematür çocuğun oyunu zamanında doğan kontrol grubuna göre daha az aktif ve daha az keşfedici olarak tanımlanmıştır. Bu çocuklar oyun sırasında annelerinden daha zor ayrılmışlar ve annelerine daha fazla ilgi göstermişlerdir (31).

Prematüre çocuklarda coşkusal ve davranışsal gelişime ait bütün bu olumsuz verilerin yanı sıra, yazında genel davranış skorları açısından zamanından önce ve zamanında doğan çocukların farklılık göstermediğini de bildiren, umut verici sonuçlara da rastlanmaktadır (35). Patricia ve arkadaşları (1996) prematüritenin uzun dönem davranışsal sonuçlarını araştırdıkları çalışmalarında, prematür çocukların davranışsal sorunları olmakla birlikte bunların zamanında doğan kontrol grubundan anlamlı derecede farklılık göstermediğini saptamışlardır. Çalışmacılar hem prematür hem de kontrol grubunda erkeklerin kızlara göre daha fazla davranış sorunu gösterdiklerini belirtmişlerdir. Bu durumda tek farklı veri olarak kızlarda somatik yakınmaların daha sık olmasını göstermişlerdir. Her iki grupta davranış sorunlarının yaşla değişiklik gösterdiğini, adolesansa doğru sosyal alan sorunlarının azaldığını, ancak dikkat eksikliği, hiperaktivite, agresivite ve suça eğilim gibi davranış sorunlarının ise yaşla daha kalıcı bir seyir izlediğini ileri sürmüşlerdir. Düşük doğum ağırlıklı ve 32. haftadan önce doğan çocuklarda ise anksiyete, depresyon ve somatik yakınmaların yaşla değişiklik göstermediğinin de altını çizmişlerdir (57).

Coşkusal ve davranışsal süreçleri belirleyen bir başka unsurda temperamenttir. Temperament (mizaç) insan davranışının, bu yönden tartışılrsa da, yaşam boyu sabit kalan, genetik yada gelişimsel belirleyicisidir (27). Yazında prematüritenin temperament üzerine etkisini araştıran çok az sayıda çalışma bulunmakta ve prematüritenin temperament üzerine etkisinin olmadığı belirtilmektedir (41).

PREMATÜR ÇOCUKLARDA GELİŞİMİ ETKİLEYEN ETMENLERLER

Gelişim yaşam boyu süren çok değişkenli bir süreçtir. Yazında prematür çocukların gelişimine etki edebilecek etmenler biyolojik, sosyodemografik ve çevresel etmenler olarak belirtilmektedir (41,48,74). Ayrıca prematür doğumun ailede yarattığı etkiler üzerinde de durularak, ailenin prematür doğumla baş etme becerileri ve prematür çocuğa yönelik tutumları ve çocuklarıyla etkileşimleri gelişimi etkileyebilecek etmenler olarak ileri sürülmektedir (31,60,65)

Biyolojik etmenler pre ve perinatal dönemde beynin gelişim ve organizasyonuna yönelik hasarlanmalar oluşturabilirler. Bütün bunlar daha sonraki nörolojik, bilişsel ve izleyen davranış sorunlarına yol açabilir (57). Bu etmenler içerisinde gebelik yaşı, doğum kilosu, konjenital anomaliler, pre ve perinatal hipoksi, respiratuvar yetmezlik, nekrotizan enterokolit, kolestatik karaciğer hastalıkları, beslenme sorunları, enfeksiyonlar, sensorinöral duyu kayıpları ve intraventriküler hemoraji neonatal mortalite ve morbiditeye etki eden başlıca sorunlar olarak belirtilmektedir (64,81).

Gestayonel yaş ve doğum kilosu immatüritenin derecesiyle doğrudan ilişkilidir. İmmatür organ işlevleri, tedavinin komplikasyonları, prematür doğumun kendisi ile ilişkili özgül tıbbi sorunlar prematüriteden kaynaklanan mortalite ve morbiditeye doğrudan etki ederler. Halen 22. gebelik haftasında doğan bebeklerin yaşatılabilimleri mümkün olamamakta, ancak 23. haftada %15, 24. haftada %56, 25. haftada ise %79 oranında yaşam şansına kavuşabilmektedirler. Ancak immatüritenin derecesi arttıkça bilişsel ve nörolojik defisit olasılığı da aynı oranda artmaktadır. Günümüzde 500g. ile 750g. arası doğum kilosuna sahip çocuklarda mental retardasyon, ciddi duyuşsal kayıplar gibi major nörogelişimsel bozukluklar %50'ye varan oranlarda bildirilmektedir. Doğum kilosu 1500g.a ulaştığında ise bu oran %10-20'lere gerilemektedir (64). Uzun dönem izlem çalışmalarında doğum kilosu düştükçe akademik, coşkusallık ve davranışsal işlevselliğin daha ağır tehlike de olduğu belirtilmektedir (26,32,37,83). Özellikle yüksek riskli grup olarak nitelendirilen 32. haftadan önce doğan çocukların gelişimsel açılardan belirgin artmış risk altında olduğundan söz edilmektedir (19,32,47,77,78).

Prematür çocuklarda özellikle ilk yaşlardaki gelişimsel gerilik için beyin hasarlanmasının birincil risk etmeni olduğu bildirilmiştir (76). İmmatür ve hasarlanmaya çok yatkın olan beyinin morfolojisini ve hasarlanma düzeyini belirleyerek uzun dönem gelişimsel sonuçları ön görebilmek, klinisyenlerin önemli bir hedefi olmuştur. Bu hedefe ulaşmada 1980'lerden sonra hızla gelişen kranial ultrasonografi klinisyenlere önemli olanaklar sunmuştur (3,61). Günümüzde kranial ultrasonografi beyinin morfolojisini görüntülemeye en yaygın olarak kullanılan araçtır. Ucuz ve uygulamasının kolay olması, invaziv olmaması ve kolay tekrarlanabilir olması önemli avantajlarıdır (38).

Prematür yenidoğanda en sık rastlanan kranial ultrasonografi anomalileri germinal matriks kanaması, intraventrüküler kanama, parankimal lezyonlar ve ventriküler genişlemedir (42). Özellikle 1500g. altında doğum kilosuna sahip prematürelerde %3-4 oranında görülen ve yazında sıkça prematüriteyle birlikte adı geçen bir diğer ultrasonografi anomalisi ise beyaz cevherde fokal yada diffüz ekojeniteler ve izleyen kistik oluşumlarla belirli periventrüküler lökomalazilerdir. Bu kistik oluşumlar ilerlemiş olgularda ventriküler genişlemelerle sonuçlanabilir (43). Ventriküler genişleme ve parankimal lezyonlar daha sonra gelişebilecek olan mental retardasyonun önemli ön belirleyicileridir. Hatta yazında bu lezyonların sonraki entelektüel işlevselliğin en önemli belirleyicisi olduğundan söz edilmiştir (77). Prematürelerde sıkça görülen geçici periventrüküler ekojenite artışı ise ödem iskemi yada hemoraji ile ilişkilendirilmiştir (43). Bu lezyonların daha sonra gelişecek hafif düzeydeki motor yada algısal güçlükler gibi nörogelişimsel geriliklerle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (43). Ancak bazı çalışmacılar geçici parankimal ekodansitelerin prognostik öneminin olmadığını bildirmişlerdir (62). Hatta bu tür geçici lezyonlar klinik olarak tamamen normal olarak değerlendirilmiş zamanında doğan yenidoğanlarda da %20'ye varan oranda saptanmıştır (38). Dolayısı ile hafif düzeylerdeki periventrüküler lökomalazinin gelişimsel sonuçlarla ilişkisi henüz netleşmemiştir (4).

Whitaker ve arkadaşları (1997) düşük doğum ağırlıklı prematür çocuklarda 6.yaşta saptanan psikiyatrik bozukluk ile neonatal kranial ultrasonografi anomalilerinin ilişkisini araştırmışlardır. Araştırmacılar, parankimal lezyon yada ventriküler genişlemesi bulunan çocuklarda en az bir psikiyatrik bozukluk görülme

riskinin diğer değişkenlerden bağımsız olarak 4 kat arttığını belirtmişlerdir. Bu çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, tik bozuklukları ve separasyon anksiyetesi bozukluğu anlamlı oranda sık saptanmıştır (78).

Sosyodemografik ve çevresel etkenlerde prematüre çocukların nörogelişimsel, coşkusal ve davranışsal gelişimine etki eden önemli etkenlerdir (34,47,71). Hatta yazında prematür çocukların çevrenin ve psikososyal stresörlerin etkisine zamanında doğan çocuklardan daha duyarlı olduğu da belirtilmektedir (81). Prematür bebekler yaşamla tanıştıkları ilk andan itibaren gelişimsel olarak hazır olmadıkları, çevreden kaynaklanan girdilerle baş etmek zorundadırlar. Deneyimledikleri ilk etkileşimler aydınlık ve gürültülü yoğun bakım ünitelerinde olur. Burada nadiren kucağa alınırlar ve kaçınılmaz olarak birçok girişime maruz kalırlar. Bebeğin davranışlarını özel olarak gözleyen ve duyarlı olan yoğun bakım çalışanları için bile bebeklere optimal yanıt verilmesi çok güçtür. Yoğun bakım ünitesinin bu ortamı prematür yenidoğanda irritabilite ve desorganize davranışa, hatta uzamış apne nöbetleri gibi fiziksel komplikasyonlarında artışına yol açar. Bu komplikasyonlarda, daha önceden de belirtildiği üzere mortalite , uzun ve kısa dönem morbidite üzerine etki ederler (81).

Prematür bebek hastaneden ayrılıp eve gittiğinde, uzun dönem prognozu ait olduğu ailenin sosyodemografik özellikleri ile yakından ilişkilidir. Bu konuda yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyin ilk bir yıl içindeki gelişimden çok, uzun dönem gelişim üzerine etkileri olduğu bildirilmiştir (72). Annenin lise düzeyinden daha düşük eğitim düzeyine sahip olması, tek ebeveynlilik, annenin adolesan yaşta olması, gebelik sürecinde düzenli tıbbi yardım alamamış olması, ailenin gelir düzeyinin düşük olması gibi düşük sosyoekonomik düzeyi işaret eden etmenlerin özellikle daha hafif düzeylerdeki öğrenme bozuklukları ve coşkusal sorunlarla ilişkisi birçok çalışmacı tarafından kabul görmüştür (31,47). Biyolojik etmenler kadar doğumdan sonra çocuğun yaşadığı çevrenin de bilişsel işlevlere etki ettiği belirtilmiştir (71). Düşük sosyoekonomik düzeye sahip prematür çocukların yüksek sosyoekonomik düzeye sahip prematür çocuklara göre toplam IQ, sözel ve akademik performansı değerlendiren testlerden daha düşük puanlar aldıkları saptanmıştır (50). Hatta bazı çalışmacılar, ilkokuldaki akademik beceriler açısından bakıldığında sosyoekonomik risk etmenlerinin, prematürite ve neonatal

hastalığın etkisi ile karşılaştırıldığında, çok daha etkin olduğunu göstermişlerdir (48). Sosyoekonomik etmenlerin etkisi üzerinde duran bir başka çalışmada ise, prematürite nedeniyle gelişim üzerine olabilecek olumsuz etkilerin, olumlu çevre desteğiyle 5.yaşa dek iyileştirilebileceğinden söz edilmiştir (72).

Gelişimsel süreçlere cinsiyetin etkisi de prematüriteyle ilişkili araştırmalara konu olmuş bir başka alandır. Erkek olmanın öğrenme ve coşkusal sorunlar için risk etmeni olduğu belirtilmektedir (47). Hindmarsh ve arkadaşları (2000), 1000g. altında doğum kilosuna sahip 336 çocukta, 2. yaşta bilişsel işlevlere cinsiyetin etkisini araştırmışlardır. Kız çocuklarının özellikle dil ve işitsel performanslarındaki başarıları nedeniyle erkek çocuklardan anlamlı düzeyde yüksek genel gelişim puanları aldıklarını saptamışlardır (15). Bazı çalışmalarda, istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, erkek çocuklarda daha fazla dikkat ile ilgili, kız çocuklarda ise daha fazla somatik sorunlar görüldüğü bildirilmiştir (57).

Prematür doğumun aileye etkileri, ailenin de prematür çocuğa yönelik tutumları gelişimin tüm alanlarına etki edebilecek diğer bir önemli etmendir (31). Prematür bir bebeğin doğumu tüm aile için bir krizdir (40). Yazın, özellikle annenin bu dönemdeki sürecine odaklanan çalışmalar içermektedir. Annede bebeğini yitireceği korkusu ve yoğun anksiyetenin, erken bir çocuk doğurmayla ilişkili suçluluk ve yetersizlik düşüncelerinin ve ardından gelişen yas sürecinin, kontrol gruplarına göre 10 kat artmış depresyonun yanı sıra, bebeğe bağlanma davranışında gecikmelerle sonuçlanabileceğine dikkat çekilmiştir (18,23,40,60). Bebeğin bakımının yoğun bakım personeli tarafından üstlenilmesi, annenin bakım veren olarak kendine güvenini yitirilmesine, kimi annelerde ise yoğun bakım ekibine yönelik kıskançlık ve rekabet duygusuna yol açabilmektedir (40). Annenin bu süreçlerle baş edebilmesi öncelikle bebeğin tıbbi risk durumu, gebelik yaşı ve gelişimsel durumu, annenin sosyal desteğinin niteliği, stresle baş etme becerileri, anne babanın evlilik ilişkilerinin ve annenin kendi annesiyle olan ilişkisinin özelliğine bağlıdır (23,60, 65).

Bağlanma davranışı, özellikle bağlanma kuramının öne sürülmesinin ardından ebeveyn çocuk ilişkisinin niteliğini belirlemeye yönelik olarak sıkça ele alınmıştır. Son şeklini Bowlby'nin verdiği bağlanma kuramına göre çocuğun yaşamının erken dönemlerinde ebeveyni ile kurduğu ilk duyarlı ve güvenli bağ

yoluyla biyolojik ve duygusal gereksinimleri, onun yardım isteyen mesajları algılanarak, en hızlı ve uygun şekilde giderilir. Bu erken ilişkinin doğası daha sonraki psikososyal gelişim üzerinde çok önemli etkiler yaratır. Güvenli bağlanma daha sonraki uyum yeteneğinin temelini oluşturur (69).

Doğumdan hemen sonraki dönem anne bebek bağlanması için duyarlı bir dönemdir (23). Bu süreç prematür doğumlardan sonra anne ve bebeğin kısmen yada tamamen ayrılmasıyla kesintiye uğramaktadır. Jeffocate ve arkadaşları (1979) prematür doğum ve anne bebek ayrılığının sonraki psikososyal gelişim ile ilişkisini araştırmışlar ve bu ayrılığın çocukta uzun dönem psikososyal gelişim sorunlarına yol açtığını belirtmişlerdir. Çalışmalarında zamanında ve zamanından önce doğan çocukların anne ve babalarına doğumdan sonra bebeğe yönelik sevgi ve bağlılık duygularını ilk ne zaman hissetmeye başladıkları sorulmuştur. Bu soruya her iki grubun babaları aynı yanıtı vererek, 1-2 hafta sonra bu duyguları hissetmeye başladıklarını bildirmişlerdir. Zamanında doğan çocukların annelerinin bir çoğu ilk 24 saatten sonra, zamanından önce doğan çocukların anneleri ise, %50 oranında 2.ayın sonuna doğru bu duyguları hissetmeye başladıklarını söylemişlerdir. Zamanından önce doğan grupta bebeğin ilk kucağa alınış zamanı bağlanmanın zamanını etkileyen bir etmen olarak saptanmış ve doğumdan hemen sonraki postpartum dönemdeki erken bedensel temasın, annedeki erken bağlanma davranışını etkileyen önemli bir etmen olduğu belirtilmiştir (18). Bağlanma davranışı geliştirmekte zorlanan annelerin bebeklerine dokunma konusunda isteksiz ve çekingen davrandıkları gözlenmiştir (23).

Prematür doğumda erken bağlanmaya etki edecek diğer bir etmen de bebek ile ilişkili etmenlerdir. Prematür bebeklerle etkileşim yaşamlarının başında daha az keyif vericidir. Fiziksel olarak itici oldukları gibi, daha zor yatıştırılabilirler ve ihtiyaçlarını zamanında doğan bebeklere göre daha güç belli ederler. Bu nedenle bakım veren kişilerde daha az doyum duyguları uyandırır (31). Özellikle hastaneden çıkışta bebeği ile yeterince bağ kuramayan anneler, bebeklerinden kaynaklanan zorlayıcı davranış ve engellenmeyi tolere edemeyebilirler (31).

Erken anne bebek ilişkisinde oluşabilecek bu olumsuz süreçler daha sonra annelik bozuklukları (mothering disorders) da denilen bir dizi hatalı ebeveyn tutumu ve anne çocuk ilişki sorununa yol açabilir (23). Bu durum gelişimi

engelleyecek düzeyde aşırı koruyup kollama tutumu ve çocuğu için uzun süre aşırı endişelenmeden, dövülmüş çocuk sendromuna dek uzanan bir yelpazede kendini gösterir. Bu sorunun gözlendiği annelerde şu ortak sosyodemografik özelliklere rastlanmıştır:

- Geçmişinde düşük yada küretajda dahil olmak üzere kayıpla sonuçlanan gebelik yada gebelikler olması
- Infertilite sorununun olması
- Ciddi hastalığı yada özürlü bulunan çocuk doğurma
- 17 yaşın altı yada 38 yaşın üzerinde anne olma
- Rh uyuşmazlığı, gebelik toksemisi yada diyabet gibi gebeliğinde bebeği de etkileyebilecek bir hastalığının olması (23).

Prematür doğumun ebeveyn tutumları açısından önemli bir sonucu İncinebilir Çocuk Sendromu (Vulnerable Child Syndrome) dur. Bu sendrom ilk kez Green ve arkadaşları tarafından 1964 de tanımlanmış ve bu güne değin sınırlı sayıda araştırmada referans olarak gösterilme dışında ilgi görmemiştir. Bu klinik tabloda, yaşamlarının erken döneminde yaşamsal hastalıkları olan yada ebeveynlerinin öleceğine inandığı bebeklerin, daha sonra sağlıklı hayatlar sürseler de, ebeveynleri tarafından incinebilir ve hastalığa yatkın olarak algılanmaları söz konusudur. Ebeveynlerin bu algıları, çocukları ile ilişkilerinde ürkek, tedirgin ve aşırı koruyucu olmalarına yol açmaktadır. Sendromun çocukta gözlenen klinik belirtileri ayrılık anksiyetesi, bebeksi davranışlar, beden sağlığı konusunda aşırı evhamlı ve tedirgin olma ile okul başarısızlığıdır (58). Yazında bu sendroma dikkat çeken bazı araştırmacılar, prematür çocuklarda gözlenen daha az keşfedici oyun, kaba ve ince motor koordinasyonun zayıflaması ve dil gelişiminde geriliklerin bu aşırı koruyuculukla ilişkili olabileceğine dikkat çekmişlerdir (31).

Prematür doğum çocuğun aşırı kollanıp korunmasıyla seyredebileceği gibi, ebeveynlerin stresörlere verdikleri farklı yanıtlarla bağlantılı olarak farklı tutumlara yol açabilir. Zamanından önce doğan çocuklar, zamanında doğan çocuklara göre ebeveynleri tarafından daha fazla kötüye kullanıma maruz kalırlar (31,65). Bu

süreçte erken anne bebek ayrılığının üzerinde durulmuş, annenin engellenme eşiği ve stresle baş etme becerileri ile eğitim düzeyinin düşüklüğünün önemine dikkat çekilmiştir (31,65). Bu popülasyonda en sık bildirilen kötüye kullanım türü ihmal, ardından sırasıyla duygusal istismar, fizik istismar ve az sayıda da cinsel istismar olarak belirlenmiştir (65). Strathearn ve arkadaşları (2001) çok çok düşük doğum ağırlıklı 352 çocuğu kapsayan araştırmalarında, 1000g. altında doğum kilosuna sahip bu çocukların %15'inin 4 yaşına ulaştıklarında şüpheli istismar nedeniyle koruma servislerinde değerlendirildiklerini saptamışlardır. Bu başvuruların ise %50'sinin 5.5 aydan daha küçük bebeklere ait olduğuna dikkati çekmişlerdir. Kötüye kullanım nedeniyle koruma servislerine başvuran çocukların izlemlerinde zeka düzeylerinin 12.ay ile 24.ay arasında düşüş gösterdiğini, 24.ayda sınırın altında zihinsel işlevsellik düzeyine gerilediğini bildirmişlerdir. Bu gerilemenin diğer gelişim parametrelerinden bağımsız seyrettiğini eklemişlerdir. Aynı olguların baş çevreleri de, 2. ve 4. yaşlarda kötüye kullanıma maruz kalmayan çok çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerden anlamlı oranda küçük kalmıştır (65). Prematür çocuklarda kötüye kullanımın bilişsel becerilerde bozulmaya yol açtığı verisi Kaplan ve arkadaşları (1999) tarafından da doğrulanmıştır (21).

Klaus ve Kennel (1982), bebekleri henüz yoğun bakım ünitesinde iken, ebeveynlerin tepkilerini gözlemişler ve her iki uçtaki sorunlu ebeveyn tutumu açısından bazı ebeveynleri yüksek riskli olarak adlandırmışlardır. Çalışmacılara göre yüksek riskli ebeveynler:

- Bebeklerini kısa sürelerle nadir ziyaret yada telefon eden
- Bebekleri ile ilgili sağlık personeline çok az soru soran
- Düşmanca davranan ve huzursuz olan
- Zaman zaman anksiyete düzeyleri uygunsuz olarak aşırı düşük ebeveynlerdir (24).

Yazında prematür doğumun aileye, ebeveyn tutumuna ve bağlanma davranışına olumsuz etki etmediğini öne süren sınırlı sayıda görüşe de rastlanmaktadır (31). Macey ve arkadaşları (1987), 12. ayda zamanında ve

zamanından önce doğmuş çocuklarda bağlanmanın kalitesini araştırmışlardır. Aisworth'ün yabancı durumlar testinin kullanıldığı bu çalışmada, 12. ayda bağlanmanın kalitesi açısından önemli bir fark saptanamamıştır. Ancak zamanından önce doğan bebeklerin anneleri ile yeniden birleşme sırasında daha fazla olumlu duygulanım sergiledikleri, yabancılarla etkileşime girmede zamanında doğan çocuklardan oluşan kontrol grubuna göre daha fazla zorlandıkları dikkati çekmiştir. Bu çocuklarla etkileşime girebilmek için annelerinin, kontrol grubu annelere göre, daha aktif olmaları gerektiği gözlenmiştir (31).

Singer ve arkadaşları (1999), çok düşük doğum ağırlıklı bebeğin doğumundan sonra ebeveynlerin yaşadıkları psikolojik süreci değerlendirmişlerdir. Ciddi tıbbi komplikasyonları olan yüksek riskli prematür grubun anneleri, düşük riskli prematür ve prematür olmayan bebeklerin annelerine göre ilk 3 yılda depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif davranışlarda belirgin artış göstermişlerdir. Düşük riskli, düşük doğum ağırlıklı çocukların anneleri ise ilk 8 aya kadar zamanında doğan grubun annelerinden daha fazla anksiyete ve depresyon oranlarına sahipken, 8.ayın sonunda her iki grup ebeveyn arasında fark gözlenmemiştir. 3.yılın sonunda ise tüm çocukların anneleri arasında psikolojik morbidite, ebeveyn rolünden memnun olma, bağlanma ve baş edebilmeyle ilişkili tatmin duygusu açısından fark saptanamamıştır. Ayrıca bu çalışmada annenin depresyon düzeyi ile bebeğin bilişsel gelişimi önemli oranda ilişkili bulunmuştur (60).

PREMATÜR ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ

Prematür bebeklere, özellikle yaşam sınırında olan olgulara, yoğun bakım desteği verilip verilmemesi giderek artan oranlarda tartışılmaya başlanmıştır (29, 66, 5). Özellikle çok çok düşük doğum ağırlıklı çocuklarda morbidite oranının yüksek olması ve özürlü bir çocuğun aile ve topluma getirdiği yükün yanı sıra, yoğun bakım hizmetinin maliyeti de bu tartışmaların temelini oluşturmaktadır (5). Lee ve arkadaşları (1991) ve Streiner ve arkadaşları (2001) 10 yıl aralarla, prematüre bebeklerin aktif sağaltımları konusunda ebeveynlerin, doktorların ve yoğun bakım hemşirelerinin görüşlerinin araştırıldığı çalışmalar yapmışlardır. Sonuçları açısından benzerlik gösteren bu iki çalışmada, çocukları çalışmalar sırasında sırasıyla 3-6 yaş ve 12-16 yaşlarında olan, çocukları zamanında ve zamanından

önce doğan ebeveynlerin tümü, ciddi olarak özürlü olacak olsalar bile, tüm bebeklerin sağaltılması gerektiğini söylemişlerdir. Yoğun bakım hemşirelerinin ise büyük oranda bu görüşe katılmadıkları saptanmıştır. Doktorların ise kendi aralarında bölünerek netleşemedikleri sonucuna varılmıştır (29,66).

Tüm bu tartışmalar doğrultusunda, prematürelerin sonraki yaşamlarının kalitesi gündeme gelmiş ve son 10 yıla ait yazın gözden geçirildiğinde prematürelerin yaşam kalitelerini değerlendiren çalışmalara rastlanır olmuştur (54,53). Yaşam kalitesi, bireyin yaşamını etkileyecek bir çok etmeni kapsayan karmaşık bir kavramdır. Sağlık, yaşam kalitesini bütün olarak etkileyen temel etmendir. Bu nedenle, prematür çocuklarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi öncelikle çalışılmıştır (53). Saigal ve arkadaşları (1994) çok çok düşük doğum ağırlıklı çocukların 8. yaşlarındaki yaşam kalitelerini araştırmışlar ve zamanında doğan kontrol grubu çocuklara göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Ancak bu çocukların kendi sağlık düzeylerini umulan yada korkulandan daha iyi olarak nitelendirdikleri de dikkati çekmiştir (54). Aynı çalışmacılar bu çocukları 12.-16. yaşa kadar izleyip, ilk çalışmalarını bu yaş grubunda tekrarlamışlardır. %27 oranında duyuşsal kusurları olan bu popülasyonun, kendi sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini kontrollere göre daha düşük bildirdiklerini saptamışlardır. Ancak bu çocuklar kontrollere yakın oranlarda bulundukları durumdan memnun olduklarını belirtmişlerdir. Sonuç olarak çalışmacılar ciddi özürlerine rağmen, bu çocukların adolesan çağa kadar baş etme becerileri geliştirerek, toplumda iyi işlev gördükleri sonucuna varmışlardır (53).

PREMATÜR ÇOCUK VE AİLESİNE YAKLAŞIM

Prematür doğum hem bebeğin hem de ailenin hazır olmadığı bir durumdur. Doğumdan itibaren türlü gelişimsel riskler altında bulunan bebek ve ailesinin desteklenmesi, bebeğin psikososyal gelişimi ve ailenin uyumu için büyük önem taşır. Teknoloji ve neonatal tıptaki hızlı gelişmelerin yardımıyla bebeğin olabildiğince çabuk yoğun bakım ünitesinden çıkarılması gerektiği yaygın olarak kabul gören bir düşüncedir (40). Bebeğin kaçınılmaz olarak yoğun bakıma gereksinim duyduğu dönemlerden başlayarak, bebeğe ve ailesine psikososyal destek sağlanması gerektiğine inanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda küçük prematür bebeğe dokunulduğunda, sallandığında, kucağa alınıp okşandığında

apne nöbetlerinin daha az olduğu tespit edilmiştir (24). Benzer şekilde yenidoğan yoğun bakım ünitesine gelip, bebeğine daha sık dokunan annelerin gebelik ve doğum sürecine ait fiziksel iyileşmelerinin de daha hızlı olduğu saptanmıştır (24). Anne-çocuk ilişkisinin temellerinin atıldığı yoğun bakım ünitesinde annenin bebeğini olabildiğince sık görüp, bedensel temasta bulunmaları büyük önem taşımaktadır (24,23). Annelerin doğumdan sonra yaşadıkları süreçleri nedeniyle kuvözde yatan bebeği görmeye geldiklerinde zamanında doğan bebeklerin annelerine göre onunla daha az konuştuğu ve bebeğin ekstremitelerine sadece parmak uçlarıyla dokunduğu gözlenmiştir (24). Bu süreçte annelere yoğun bakım hemşirelerinin büyük yardımı dokunabilir. Birçok anne tarafından kendi annesiymiş gibi algılanan hemşireler, destekleyici tutumlarıyla annenin anksiyetesinin üstesinden gelmesine yardımcı olabilirler (24).

Ailenin uyumunu kolaylaştırmada Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları hekimlerine de önemli görevler düşmektedir. Doktorların bebeğe ilişkin kötümser öngörüler, annenin bebeğini kaybedeceği düşüncesinin doğmasına ve bebeğe bağlanma davranışı geliştirememesine yol açabilir (23). Aileyi bilgilendirme sürecinde hekimlerin yeterli iletişim becerisine sahip olmaları, kaliteli sağlık hizmeti açısından vazgeçilmezdir. Çünkü etkin olmayan iletişimin sonuçları dramatik ve çoğunlukla sinsidir (58).

Prematür çocuklar ve ailelerine desteğin sadece yoğun bakım süreci ile sınırlı kalmaması, psikososyal desteğin sürekliliğinin olması gerektiği de yaygın olarak kabul görmüş bir yaklaşımdır (40). 1990 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde düşük doğum ağırlıklı prematür çocuklara ve ailelerine yönelik 8 merkezli bir eğitim programı başlatılmıştır. Bebek Ruh Sağlığı ve Gelişimi Programı (Infant Mental Health and Development Programme) adı verilen bu program, 2500g. altında doğum kilosuna sahip 985 çocuğa ve ailesine uygulanmıştır. Programda grubun bir kısmı rast gele örneklem yoluyla seçilip, bu çocuklarla eğitsel açıdan çalışılmış, annelerine ise çocuk gelişimi, dönem özelliklerini ve çocuğa yaklaşım stratejilerini temel alan bir eğitim verilmiştir. Diğer bir grup prematüre çocuk ise sadece pediyatrik açıdan izlenmiştir. Programa çocuklar 36 aylık oluncaya dek devam edilmiştir. 36. ayın sonunda yapılan değerlendirmelerde, sadece pediyatrik izlem alanlara göre eğitsel program

uygulanenlerin ortalama IQ puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca özellikle eğitim düzeyi düşük annelerin düşük doğum ağırlıklı çocuklarında, davranış sorunlarında da istatistiksel açıdan anlamlı azalma olduğu gözlenmiştir (68). Aile eğitiminin önemini altını çizen bu çalışmada çocuklar daha sonra 5 yaşına kadar izlenmişlerdir. 3 yaş ile 5 yaş arasını eğitim almadan geçiren 2500g. ile 1500g. doğum kilosuna sahip çocukların IQ puanları sadece pediyatrik açıdan izlenen çocuklarla aynı düzeyde saptanmıştır. Ancak IQ puanları aynı olsa da, eğitim gören grupta sınıf tekrarı $\frac{1}{4}$ oranındayken, sadece pediyatrik izlem grubunda bu oran $\frac{1}{2}$ olarak belirlenmiştir (6). 1000g. altında doğum kilosuna sahip çocuklarda ise bu tür bir erken eğitim ve aile desteğinin yararı ne bilişsel nede davranışsal açıdan gözlenememiştir (36).

Eğitiminin önemine işaret eden bu çalışmaların yanı sıra, annenin psikososyal açıdan desteklenmesi ve problem çözme becerilerinin artırılmasına yönelik yardımların da olumlu anne çocuk ilişkisine katkıda bulunacağı görüşü yaygın olarak kabul görmüştür (65). Bu süreçte çocuk psikiyatristlerinin psikososyal yöne dikkatin çekilebilmesinde liyezon görevi görmeleri gerektiğine inanılmaktadır (40).

HİPOTEZ

- 1.Prematür çocukların, major bilişsel, motor ve duyuşal defisitleri olmasa da, gelişim düzeyleri zamanında doğan çocuklardan daha geridir.
- 2.Prematür çocuklarda zamanında doğan çocuklara göre daha fazla davranışsal ve coşkusall sorunlar görölmektedir.
- 3 Doğum kilosu ve haftası düştükçe bu sorunların şiddeti ve sıklığı artış göstermektedir.
- 4.Neonatal kranial ultrasonografi anomalileri gelişim düzeyi, davranışsal ve coşkusall alanlardaki sorunlarla ilişkilidir.
- 5.Sosyodemografik özellikler ve ebeveyn tutumları prematür çocuklarda daha olumsuz olup, coşkusall ve davranışsal sorunlarına etki etmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

ÖRNEKLEM

A. Denek grubunun oluşturulması:

Çalışmaya, Şubat 2001-Nisan 2001 tarihlerinde kronolojik yaşları 4 yaş 0 ay ile 5 yaş 6 ay olan, 37. gebelik haftasından önce doğmuş, DEÜTF yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenmiş ve çalışmamızın kabul şartlarına uyan 43 çocuk alınmıştır. Çalışmaya alınan olguların yaş aralığı, uygulanan ölçeklerin ortak yaş aralığı olması nedeniyle, 4 yaş 0 ay-5 yaş 6 ay olarak belirlenmiştir. Olgulara yenidoğan yoğun bakım ünitesi adres ve telefon kayıtlarından ulaşılmaya çalışılmıştır. Kayıtlarda yer alan adreslere çalışmayı tanıtan ve katılımı öneren mektuplar yollanmış, ayrıca telefon görüşmeleri de yapılarak olguların ve ailelerinin çalışmaya katılımı sağlanmıştır. Bu yollarla ulaşılabilen tüm aileler çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Çalışma koşullarına uyabilecek 33 olguya ise kayıtlarda yer alan telefon numarası ve adreste bulunamamaları nedeniyle ulaşılammış ve çalışmaya alınamamıştır.

Çalışmaya alınma ölçütleri:

- Son adet tarihine göre 37. gebelik haftasından önce doğmuş olması
- Şubat 2001- Nisan 2001 tarihlerinde kronolojik yaşın 4 yaş 0 ay ile 5 yaş 6 ay arasında olması
- 36. aya değin saptanabilmiş zeka geriliği, serebral palsi, yaygın gelişimsel bozukluk yada duyuşal herhangi bir defisitinin olmaması
- Gerekli bilgilendirmeden sonra ebeveynlerinden çalışmaya katılmaları konusunda onayın alınmış olması

Çalışmadan dışlama ölçütleri:

- Yenidoğan yoğun bakım ünitesi dosya bilgilerinde herhangi bir konjenital anomali, intrakranial hemoraji, hipoksik iskemik ensefalopati bulunduğuna ilişkin veriye rastlanması

- 36. aya değin tespit edilebilmiş zeka geriliği, serebral palsi, yaygın gelişimsel bozukluk yada herhangi bir duyuşal defisitinin olması
- Herhangi bir kronik hastalığının olması
- Ebeveynlerinin çalışmaya katılmasına onay vermemesi

Bu ölçütleri karşılayan prematür çocuklar doğum kilolarına göre 2 alt gruba ayrılmışlardır.

1.Grup: Düşük doğum ağırlıklı çocuklar (DDA); doğum kiloları 2500g. ile 1500g. arasında olan 28 çocuktan oluşmaktadır.

2.Grup: Çok düşük doğum ağırlıklı çocuklar (ÇDDA), doğum kiloları 1500g. ve altında olan 15 çocuktan oluşmaktadır.

B. Kontrol Grubunun Oluşturulması:

DEÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD. genel çocuk polikliniğine başvuran, olgu grubuyla benzer yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzeye sahip, son adet tarihine göre 37. gebelik haftasından sonra doğmuş herhangi bir fiziksel ve ruhsal yakınması olmayan, ailelerinin çalışmaya katılmayı kabul ettiği toplam 37 çocuk alınmıştır.

Çalışmadan dışlama kriterleri:

- Saptanabilmiş zeka geriliği bulunması
- Kronik bir hastalığının olması
- Belirgin bir ruhsal yakınmasının olması
- Ebeveynlerinin çalışmaya katılmasına onay vermemiş olması

OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan olgu ve kontrol grubunda yer alan tüm çocuklar ve aileleriyle çocuktaki olası sorun davranış ve tanıyı saptamaya yönelik DSM-IV tanı ölçütlerini sorgulayan klinik görüşme ve ruhsal durum

değerlendirmesi yapılmıştır. Ayrıca olguların, DEÜTF.Çocuk sağlığı ve Hastalıkları AD. Çocuk Nörolojisi bölümünce nörolojik bakıları yapılmıştır.

Çocuğun ve ailenin sosyodemografik özellikleri ile prenatal, perinatal ve postnatal döneme ilişkin bilgilerini araştıran sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından ebeveynlerden alınan bilgiler doğrultusunda doldurulmuştur.

Çocuğun genel gelişimi, kaba motor gelişimi, ince motor gelişimi, dil bilişsel gelişimi ile sosyal beceri ve öz bakım becerilerinin gelişimini değerlendiren Ankara Gelişim Tarama Envanteri tüm çocuklara uygulanmıştır.

Ebeveynlere çocuklarının yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını belirleyen 4-18 yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behaviour Checklist, CBCL) uygulanmıştır. Yine ebeveynlere çocuk yetiştirme tutumlarını değerlendiren Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme ve Tutum ölçeği verilmiştir.

GEREÇLER

1) Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Özellikler başlığının taşıyan veri formu çocuğun özgeçmişi ve aile özelliklerini belirlemeye yönelik iki ana alt başlıktan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan çocuğun cinsiyeti, kronolojik yaşı, doğum tarihi, doğum kilosuna, doğum haftası, okula devam edip etmediği, adres ve telefon numaraları kaydedilmiştir.

Özgeçmiş bilgileri alt başlığı doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönem olarak üç bölüm içermektedir. Doğum öncesi döneme ilişkin olarak annenin gebeliği sırasında alkol, sigara, terapötik olan ve olmayan ilaç kullanımı, gebelik sırasında enfeksiyon ve radyasyonla karşılaşma öyküsü sorgulanmıştır. Hipertansiyon, hiperemesis gravidarum, düşük tehdidi gibi gebelik komplikasyonları ile gebelik sırasında fizik travma ile psikososyal stresör öyküsü de ebeveyne sorularak öğrenilmeye çalışılmıştır. Ayrıca çoğul gebelik varlığı ve gebelik sırasında düzenli sağlık yardımı alınıp alınmadığı da öğrenilmiştir.

Doğum bilgileri doğum şekline ait verileri kapsamaktadır. Doğum vaginal yolla yapıldı ise, forceps yada vakum ekstraksiyon kullanım öyküsü hem ebeveynlere sorularak, hem de dosya bilgileri yoluyla elde edilmiştir.

Doğum sonrası döneme ait veriler iki alt başlık şeklinde ele alınmıştır. İlk başlık yenidoğan dönemine ilişkin öyküyü içermektedir. Bu dönemde hiperbilirubinemi, respiratuvar distres sendromu (RDS), pnömotoraks, bronkopulmoner displazi, septisemi ile konvülsiyon geçirme öyküsü ve resüsitasyona gereksinim olup olmadığına ilişkin öykü araştırılmıştır. Ayrıca bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalış süresi ve bu sırada annenin bebeği ziyaret sıklığı ve eğer ziyaret etti ise, bu sırada bebeğe dokunup dokunmadığı da sorgulanmıştır. Emzirmeye başlama zamanı ve toplam emzirme süresi de yenidoğan dönemine ait elde edilen diğer bilgilerdir.

Doğum sonrası döneme ait ikinci alt başlık ise yenidoğan döneminden sonraki dönemleri sorgulamaktadır. Bedensel ve ruhsal hastalık öyküsü ile geçirilmiş tıbbi yardım gerektiren kaza olup olmadığı veriler arasındadır.

Aile özellikleri içerisinde ise anne ve babanın doğum sırasındaki ve mevcut yaşları, eğitim düzeyleri, meslekleri, bedensel ve ruhsal hastalık öykülerinin yanı sıra ailenin yapısı, ekonomik düzeyi, sosyal güvence durumu, varsa annenin önceki ve sonraki gebeliklerinin öyküsü, çalışmaya alınan çocuğun planlı, istenilen bir gebelik sonucu doğup doğmadığı, ailede başka prematür doğum ve infertilite öyküsüne ilişkin bilgiler yer almaktadır. Ayrıca ailedeki toplam çocuk sayısı, çalışmaya alınan çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu, varsa kardeşlerinin yaşları, bedensel ve ruhsal sağlık öyküleri de alınmıştır.

2) Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)

Ankara Gelişim Tarama Envanteri 0-6 yaş arasındaki bebek ve çocukların gelişimi ile ilgili derinlemesine ve sistemli bilgi sağlayan bir değerlendirme aracıdır. 1992 yılında Işık Şavaşır, Nihal Sezgin ve Neşe Erol tarafından kültürümüze özgü olarak geliştirilmiştir. Çocuğun gelişimi ve becerileri konusunda bilginin anneden alındığı bir gelişim testi olan AGTE, çocuğun gelişimini yakından izleyen öğretmen, bakıcı gibi kişilere de uygulanabilmektedir.

Envanter gelişimsel gecikme ve düzensizlik gösterme açısından risk altında olduğu düşünülen bebek ve çocukların erken dönemde tanınması ve gerekli önlemlerin alınmasına olanak sağlamaktadır. Envanter çocuk için çeşitli yaş gruplarına göre düzenlenen ve annelere sorularak 'Evet, Hayır, Bilmiyorum' şeklinde yanıtlanan 154 sorudan oluşmaktadır. Sorular gelişimin farklı, ancak birbiri ile ilişkili alanlarını, dil-bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal beceri-öz bakım, temsil edecek şekilde düzenlenmiştir. Sonuçlar, 0-6 yaş grubu bebek ve çocukların envanterin uygulandığı dönemdeki gelişimini adı geçen 4 alt test ve toplam gelişim puanı olarak yansıtmaktadır. Normlar 0-6 yaş grubunda çocuğu olan 860 anne ile görüşmeler sonucunda elde edilmiştir.

Kültürümüze özgü olarak geliştirilen AGTE her biri tek başına ayrı çalışmalar olan 5 aşamalı ön çalışma sonucunda geliştirilmiştir. Ön çalışmanın ilk aşamasında batı ülkelerinde geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği saptanmış sekiz bebek ve çocuk gelişim ölçeği Türkçe'ye çevrilmiş, daha sonra hemen her ölçekte rastlanan ortak maddeler gruplanarak madde sayısı azaltılmıştır.

İkinci aşamada ise, geliştirilmesi planlanan envanteri oluşturacak maddelerin içeriği ve anlatım biçimlerinin kültüre özgü olmasına dikkat edilmiştir. Bu amaçla alt sosyoekonomik düzeydeki annelerin çocukları ile iletişimde kullandıkları dil belirlenmeye çalışılmış, bu annelerle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşme sırasında temel gelişim basamakları ile ilgili bir çizelge de uygulanmıştır.

Üçüncü aşamada ise ilk aşamada elde edilen maddeler incelenmiş, dil ve bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal gelişim alanlarından oluşan 218 maddelik deneysel form oluşturulmuştur.

Anneden alınan bilgilerle geliştirilmek istenen envanterin çocukların gelişimini gerçekçi bir şekilde yansıtıp yansıtmadığı, yani envanterin geçerliliğini saptamak amacıyla, deneysel envanteri oluşturan 218 madde çocuklara uygulanacak şekilde düzenlenerek deneysel envanterin çocuk formu geliştirilmiştir. Anne ve çocuk formları arasında her iki form arasında %20'yi aşan bir fark olması durumunda o madde ölçekten çıkarılmıştır.

Normatif çalışmada ise envanterin 168 maddelik formu 860 anneye uygulanmış ve yapılan analiz sonucunda yaş ile başarı oranında artma göstermeyen maddeler çıkarılarak, ölçeğe 154 maddelik son hali verilmiştir (56).

Ölçek 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Dil- bilişsel gelişim alt ölçeği, basit ses ve sözel davranışlar, karmaşık dil ifadeleri ile dili anlama ve açık olarak ifade edebilme, basit problemleri çözebilme, sayı ve zaman kavramı gibi becerileri içeren 65 maddeden oluşmaktadır. İnce motor gelişimi değerlendiren alt ölçek 26 maddeden oluşmaktadır. Basit el-göz koordinasyonu, ince-motor davranışlar gibi görsel motor becerileri değerlendirmektedir. Kaba motor gelişim değerlendiren alt ölçek hareket ve hareketle ilgili kuvvet ve denge koordinasyonunu içeren 24 maddeden oluşmaktadır. Sosyal beceri-öz bakım alt ölçeği ise 39 madde içermekte ve yeme, içme, tuvalet temizliği, giyinme gibi öz bakım alışkanlıkları ile özerklik, sosyal etkileşim ve inisiyatif gibi gelişimsel özellikleri yansıtmaktadır. Tüm bu alt testlerden alınan puanların toplamı genel gelişimi yansıtan genel gelişim alt ölçek puanını oluşturur.

Çocuklarının annelerinin 'evet' yanıtının verdikleri her soru için 1 puan verilir. Alt testlerin toplam puanları bu 1 puanlar toplanarak bulunur. Bulunan puanlar, ölçeğin değerlendirme kılavuzu içinde yer alan profil aracılığı ile yaş düzeyi şeklinde ifade edilir. Yaş düzeyleri 2 yaşına kadar ay, 2 yaşından sonra yıl ve ay olarak gösterilmektedir. Çocuğun genel gelişim puanı hesaplandıktan sonra T- puanları profili yardımı ile genel gelişim T puanı da hesaplanabilir. Genel gelişim T-puanı, çocuğun genel gelişiminin normal dağılımın neresine düştüğünü belirlemeye yarayan standart bir puandır. Çocuğun almış olduğu genel gelişim alt ölçek puanı profilde 50 T-puanı karşılığına geliyor ise ortalamayı, 60-40 arasında ise ortalama 1 standart sapma uzaklığı, 70-30 arasında ise ortalama 2 standart sapma uzaklığı göstermektedir.

3)4-18 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behaviour Checklist-CBCL)

CBCL , 4-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ile sorun davranışlarını ebeveynlerinden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendiren bir ölçektir.

Ölçek 8 yeterlilik ve 113 sorun davranış maddesinden oluşmaktadır. Yeterlilikle ilgili ilk bölüm etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerini içeren 20 madde içermektedir. Etkinlik ölçeği; spor etkinlikleri, spor dışı ilgi alanları, ev yada ev dışında yapılan işleri kapsamaktadır. Sosyallik ölçeği ise üye olunan klüp ve kuruluşları, arkadaş, kardeş, anne babayla ilişkileri ile kendi başına oyun oynama veya iş yapabilme becerileri gibi sosyal alanlardaki işlevselliği belirler. Okul ölçeği, 6 yaşın üzerindeki çocuklarda okuldaki başarı düzeyini, okul sorunları ve okul etkinliklerine katılımı yansıtır. Bu çalışmada örneklem 6 yaşın altında olduğundan ölçeğin etkinlik ve okuldaki yeterlilik alt ölçeği kullanılmamıştır.

Ölçeğin diğer bir bölümünü ise sorun davranışları belirleyen kısım oluşturur. Çocuk ve gençlerde görülen davranış ve duygusal sorunları tanımlayan 113 madde içerir. Ebeveynlerden çocuğunda son 6 ay içinde gözlemlediği davranış durumunu 0 'doğru değil', 1 'bazen yada biraz doğru', 2 'çok yada sıklıkla doğru' olarak, 3 puanlı Likert tipi skalaya işaretlemesi istenir. Daha sonra veriler önceden hazırlanmış bilgisayar programı ile değerlendirilir. Ölçeğin bu bölümünden içe yönelim ve dışa yönelim olarak iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İçe yönelim davranış puanını sosyal içe dönüklük, somatik sorunlar ve anksiyete/depresyon alt gruplarından alınan puanlar, dışa yönelim davranış puanını ise suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar alt gruplarından elde edilen puanlar belirler. Ayrıca içe ve dışa yönelim davranış belirti puanı içinde yer almayan sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları da ölçekte yer almaktadır. Tüm alt testlerin toplamından toplam problem alt puanı elde edilmekte, bu puan ne kadar yüksekse o kadar fazla soruna işaret etmektedir (10).

CBCL, 1983 yılında Achenbach ve Edelbroch tarafından geliştirilmiştir. 1983 formu Türkçe'ye Melda Açıkalan ve Işık Savaşır tarafından çevrilmiştir. 1991 formu ise Neşe Erol ve Cengiz Kılıç tarafından dilimize kazandırılmıştır. Son çevirinin 1983 yılı çevirisi ile sürekliliğinin sağlanması amacıyla çeviriler karşılaştırılmış, benzerlik ve farklılıkları saptanmıştır. Çevirinin güvenilirliğini belirlemek amacıyla, test her iki dili de iyi düzeyde bilen ebeveynlere birer hafta arayla uygulanmış ve geçerlilik açısından iki dil arasında farklılık gözlenmemiştir. Erol ve ark. (1995) test-tekrar test güvenilirliği için ölçeği 50 aileye bir hafta ara ile iki kez uygulamış ve korelasyonları yüksek bulmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığı 4488 çocuk ve gencin

puanları üzerinden Cronbach alfa katsayısı ile incelendiğinde katsayılar içe yönelim alt ölçeği için 0.85, dışa yönelim alt ölçeği için 0.93, toplam sorun davranış ölçeği için ise 0.93'dür. Tüm alt ölçeklerin iç tutarlılıkları kabul edilebilir düzeydedir. Sonuçlar il, ilçe ve köylerde ölçeğin güvenilir olarak kullanılabileceğini göstermiştir (11).

4) Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument-PARİ)

Shaffer ve Bell tarafından 1958 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. Türkçe uyarlamasını Güney LeCompte ve Ayhan LeCompte yapmıştır. Orijinali 115 maddeden oluşmaktadır. Ancak Türkçe'ye çevirisi sırasında anlam kaybına uğrayabilecek maddeler kaldırılarak toplam madde sayısı 60 olarak belirlenmiştir. Türkçe formun geçerlilik çalışması ise Psk.Şenay Küçük tarafından yapılmıştır (25). Faktör analizi sonucu PARİ ölçeğinde 5 faktör boyutu elde edilmiştir. Bu faktör boyutları şunlardır:

1) Birinci Faktör Boyutu: Aşırı Annelik

Bu boyuttaki alt ölçekler; aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan bağımlı, aktif yada çalışkan olmasını isteme, annenin aşırı fedakar olması ve çocuğun da bunu anlaması gerektiğine inanma gibi konuları içermektedir. Annenin çocuğa zorla ve aşırı müdahalesini, çocuğun anne ve babasına müdahalesini ve çocuğun anne ve babasına bağımlılığını ölçebilmektedir. Bu boyut 16 maddeden oluşur. Bu boyutu yansıtan madde numaraları şunlardır:1, 3, 4, 7, 11, 12, 14, 26, 27, 28, 32, 34, 36, 46, 51, 57.

2) İkinci Faktör Boyutu: Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma

Çocuğa eşit haklar tanımak, düşünce ve fikirlerini açıkça ortaya koyabilmesini desteklemek, onunla arkadaşlık edebilmek ve paylaşabilmek gibi alanları kapsar. Anne ve babanın çocuğu yüreklendirici konuşmalar yapma ve çocukla paylaşma düzeylerini ölçen 9 maddeden oluşur. Bu boyutu yansıtan madde numaraları şunlardır: 2, 13, 18, 22, 29, 37, 44, 45, 59

3) Üçüncü Faktör Boyutu: Ev Kadınlığını Red Etme

Kadının kendi annesi yada başkalarına bağımlılığı, sinirliliği, çocuklarla uzun süre birlikte olmaktan hoşlanmamak, yeni doğan bebeğin bakımından ürkme gibi konuları kapsar. Bu boyut evde sessiz duran kadının mutsuzluğu ve ev ve çocuk bakımına ilişkin doyumsuzluğunu ölçebilmektedir. Bu boyut 13 maddeden oluşur. Bu maddeler şunlardır: 6, 9, 16, 17, 21, 23, 31, 38, 41, 42, 49, 52, 55.

4) Dördüncü Faktör Boyutu: Karı-Koca Geçimsizliği

Eşler arasındaki geçimsizliğin çocuk yetiştirme üzerindeki etkisi, kocanın geçimsizliği, anneye çocuk yetiştirme konusunda yardımcı olmayışı gibi konuları kapsar. Genel olarak evliliğinde ne derece ayrılık olabileceği konusunda testin uygulandığı kişinin dolaylı yoldan fikrini saptamaya yönelik bir boyuttur. 6 maddeden oluşur. Bunlar: 8, 19, 33, 40, 48, 54'dür.

5) Beşinci Faktör Boyutu: Baskı ve Disiplin

Yukarıda söz edilen boyutlarda yer almayıp, kendi aralarında korelasyon gösteren diğer alt testler birleştirilerek bir boyut elde edilmiş, baskı ve disiplin boyutu adı verilmiştir. Bu boyutta cezalandırma, katı disiplin, baskıya çocuğun verdiği yanıtlar karşısında ebeveyn tutumunu değerlendirilir. İçerdiği maddeler şunlardır: 5, 10, 15, 20, 24, 25, 30, 35, 39, 43, 47, 50, 53, 56, 58, 60.

Likert tipi bir ölçek olan, 1, 2, 3, 4 olarak derecelendirilmiş PARİ'nin değerlendirilmesi sırasında 2, 29, 44. maddeler dışında tüm maddeler doğrudan işaretlenen dereceden puan alır. Bir madde için 4 puanı işaretleyen kişiye o madde için +4 puan verilir. Benzer şekilde eğer 1 puanı işaretlemişse o madde için +1 puan alacaktır. Ancak 2, 29 ve 44. maddeler için hesaplama daha farklıdır. Bu maddelerde 5-x formülü uygulanır. 4 puanı işaretlemiş bir kişi 5-4, yani +1 puan alacaktır. 1 puanı işaretlemiş bir kişiye ise 5-1=+4 puan verilecektir. Her faktör boyutu için puanlar ayrı ayrı toplanır. Sonuçta her bir olgu için tek bir toplam puan yerine 5 ayrı boyut yansıtan 5 ayrı puan hesaplanmış olur (25).

5)Kranial Ultrasonografi:

Kranial ultrasonografi 1980'lerin başından itibaren uygulanmaya başlanmış, ön fontanel aracılığı ile beynin görüntülendiği bir görüntüleme tekniğidir (78).

Çalışmada yer alan olguların yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalışları sırasında yapılmış olan kranial ultrasonografi bulguları dosya bilgilerinden öğrenilmiştir.



BULGULAR

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMUNA İLİŞKİN BULGULAR:

Yaş ve Cinsiyet:

Çalışmaya alınan olgular 54-64 ay yaş aralığındadırlar. Çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA) grupta yaş ortalaması 58.9 ± 4.9 ay, düşük doğum ağırlıklı (DDA) grupta 58.3 ± 5.4 ay, kontrol grubunda ise 56.0 ± 6.1 aydır. Her üç grupta yaş ortalamaları açısından fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 1: Grupların Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı

	ÇDDA	DDA	Kontrol	Toplam	*p değeri
	ort $\pm$ SS	ort $\pm$ SS	ort $\pm$ SS	ort $\pm$ SS	
Yaş (Ay)	58.9 ± 4.9	58.3 ± 5.4	56.0 ± 6.1	57.3 ± 5.8	0.182

*Kruskal-Wallis Test

ÇDDA grupta 7 kız (%46.7), 8 erkek (%53.3); DDA grupta 14 kız (%50.0), 14 erkek (%50.0), kontrol grubunda ise 19 kız (%51.4), 18 erkek (%48.6) olgu vardır. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 2: Grupların Cinsiyete Göre Dağılımı

	ÇDDA		DDA		Kontrol		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kız	7	46.7	14	50.0	19	51.4	40	50	0.338
Erkek	8	53.3	14	50.0	18	48.6	40	50	
Toplam	15	100	28	100	37	100	80	100	

Doğum Kilosu ve Doğum Haftası:

Olgu grubunda doğum kilosu 850 gr. ile 2500 gr. arasında olup, ÇDDA grupta ortalama doğum kilosu 1276.3 ± 183.4 gr., DDA grupta 2052.5 ± 310.1 gr'dir. Kontrol grubunda yer alan olguların doğum kiloları ise 2800-6400 gr. arasında olup ortalama doğum ağırlığı 3435.1 ± 662.2 gr'dir. Örneklem grubunda gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlığına sahip olgu bulunmamaktadır. Doğum haftası ise olgu

grubunda 27-36 hafta arasında, kontrol grubunda 38-41 hafta arasındadır. ÇDDA grupta ortalama doğum haftası 30.5 ± 2.7 , DDA grupta 33.8 ± 2.1 , kontrol grubunda ise 39.3 ± 1.1 haftadır. Olgu grupları ve kontrol grubu arasında doğum kiloları ve doğum haftaları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark vardır ($p < 0.001$)

Tablo 3: Grupların Doğum Kilolarına ve Doğum Haftalarına Göre Dağılımı

	ÇDDA (n=15) ort±SS	DDA (n=28) ort±SS	Kontrol (n=37) ort±SS	*p değeri
Doğum Kilosu (gr)	1276.3±183.4	2052.5±310.1	3435.1±662.2	0.000
Doğum haftası	30.5±2.7	33.8±2.1	39.3±1.1	0.000

*Kruskal-Wallis Test

Doğum Öncesi Döneme Ait Özgeçmiş Özellikleri:

Çalışmada yer alan olgu ve kontrol grubunun doğum öncesi döneme ait özgeçmiş bilgileri Tablo 4'de gösterilmiştir. ÇDDA grubunda 5 (%33.3), DDA grubunda 5 (%17.9), kontrol grubunda 3 (%8.1) çocuğun özgeçmişinde gebelik sırasında hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. ÇDDA grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek oranda gebelik sırasında hipertansiyon bulunduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır. ÇDDA çocukların 2'sinde (%13.3), DDA çocukların hiçbirinde, kontrol grubu çocukların ise 7'sinin gebelik öykülerinde fizik travma yer almaktadır. Kontrol grubunda yer alan çocukların annelerinin gebelik dönemlerinde DDA grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla fizik travma ile karşılaştıkları ($p < 0.05$) belirlenmiştir. ÇDDA grubunda 3 (%20.0), DDA grubunda 14 (%50) olgu çoğul gebelik sonucu doğmuşlardır. Kontrol grubunda ise çoğul gebelik öyküsü olan çocuk bulunmamaktadır. Hem ÇDDA hem de DDA grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artmış çoğul gebelik bulunduğu ($p < 0.05$) dikkati çekmektedir. Ayrıca, ÇDDA grupta %100.0 (n=15), DDA grupta %92.9 (n=26), kontrol grubunda ise %100.0 (n=37) oranlarında gebelik sırasında düzenli tıbbi takip yapıldığı dikkati çekmiştir. Gruplar arasında annenin alkol, sigara ve ilaç kullanımı, gebelikte geçirilen enfeksiyon oranı, gebelikte radyasyonla karşılaşılması, hiperemesis gravidarum, düşük tehdidi ve

psikososyal stresör varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4: Grupların Doğum Öncesi Döneme Ait Özgeçmiş Bilgilerinin Dağılımı

	ÇDDA (n=15)		DDA (n=28)		Kontrol (n=37)		p değerleri	
	n	%	n	%	n	%	ÇDDA- Kontrol	DDA- Kontrol
Annenin alkol kullanımının olması	0	0	0	0	1	2.7	1.000	1.000
Annenin sigara kullanımının olması	2	13.3	6	21.4	11	29.7	0.300	0.572
Annenin ilaç kullanımının olması	11	73.3	18	64.3	20	54.1	0.534	0.454
Gebelikte enfeksiyon geçirilmesi	1	6.7	3	10.7	7	18.9	0.412	0.495
Gebelikte radyasyon ile karşılaşılması	0	0	0	0	1	2.7	1.000	1.000
Gebelikte hipertansiyon olması	5	33.3	5	17.9	3	8.1	0.036	0.275
Hiperemesis gravidarum olması	6	40.0	7	25.0	9	24.3	0.318	1.000
Düşük tehdidinin olması	7	46.7	7	25.0	13	35.1	0.534	1.000
Gebelikte psikososyal stresör varlığı	7	46.7	13	46.4	17	45.9	1.000	1.000
Gebelikte fizik travmaya uğranması	2	13.3	0	0	7	18.9	1.000	0.016
Çoğul gebelik olması	3	20.0	14	50	0	0	0.021	0.000
Düzenli tıbbi izlemin yapılması	15	100.0	26	92.9	37	100.0	□	□

□=Veriler sabit olduğu için istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Doğum Şekli:

ÇDDA grupta 5 (%33.3) olgu, DDA grupta 6 (%21.4), kontrol grubunda ise 14 (%21.4) olgu vaginal yolla, ÇDDA grupta 10 (%66.7), DDA grupta 22 (%78.6), kontrol grubunda ise 23 (%78.6) olgu sezeryan ile doğmuştur. Gruplar arasında doğum şekilleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5: Grupların Doğum Şekillerine Göre Dağılımı:

	ÇDDA		DDA		Kontrol		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Vaginal yol ile doğum	5	33.3	6	21.4	14	21.4	25	31.3	0.362
Sezeryan ile doğum	10	66.7	22	78.6	23	78.6	55	68.8	0.183
Toplam	15	100	28	100	37	100	80	100	

Yenidoğan Dönemi Komplikasyonları:

Olgu ve kontrol gruplarının yenidoğan dönemi komplikasyonlarına ilişkin özgeçmiş bilgileri Tablo 6 ve 7'de gösterilmiştir. Çok düşük doğum ağırlıklı grupta 10 (%66.7), düşük doğum ağırlıklı grupta 16 (%57.1), kontrol grubunda ise 4 (%10.8) çocuğun yenidoğan döneminde tıbbi komplikasyonu olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında komplikasyon oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). ÇDDA grupta %46.7 ($n=7$), DDA grupta %46.4 ($n=13$), kontrol grubunda %10.8 ($n=4$) oranlarında hiperbilirubinemi öyküsü saptanmıştır. Respiratuvar distres sendromu ÇDDA grupta 4 (%26.7), DDA grupta 5 (%7.9) olguda belirlenmiş, kontrol grubunda yenidoğan döneminde bu bozukluk öyküsüne rastlanmamıştır. Hiperbilirubinemi ve respiratuvar distres sendromu hem ÇDDA, hem de DDA grupta anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Pnömotoraks, yenidoğan konvülziyonu ve resüsitasyona gereksinim ÇDDA grupta ve kontrol grubunda hiç görülmezken, DDA grubunda pnömotoraks 1 (%3.6), yenidoğan konvülziyonu 1 (%3.6), resüsitasyona gereksinim ise 2 (%7.1) olguda saptanmıştır.

Tablo 6: Grupların Yenidoğan Döneminde Komplikasyon Durumu:

	ÇDDA		DDA		Kontrol		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Komplikasyon var	10	66.7	16	57.1	4	10.8	30	37.5	0.000
Komplikasyon yok	5	33.3	12	42.9	33	89.2	50	62.5	
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0	80	100.0	

Tablo 7: Grupların Yenidoğan Dönemi Komplikasyonlarına Göre Dağılımı:

	ÇDDA		DDA		Kontrol		Toplam		p değerleri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	ÇDDA-Kontrol	DDA-Kontrol
Hiperbilirubinemi	7	46.7	13	46.4	4	10.8	24	30	0.008	0.002
Respiratuvar Distres Sendromu	4	26.7	5	7.9	0	0.0	9	11.3	0.005	0.012
Pnömotoraks	0	0.0	1	3.6	0	0.0	1	1.3	□	0.431
Septisemi	1	6.7	2	7.1	1	2.7	4	5.0	0.498	0.573
Konvülsiyon	0	0.0	1	3.6	0	0.0	1	1.3	□	0.431
Resüsitasyona gereksinim	0	0.0	2	7.1	0	0.0	2	2.5	□	0.182

□=Veriler sabit olduğu için istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Yenidoğan Yoğun bakım Ünitesinde Bulunulan Döneme İlişkin Veriler:

Olguların yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalış süreleri, bu sırada annenin bebeğini ziyaret sıklığı ve eğer ziyaret etmişse bebeğine dokunmasına izin verilip verilmediğine ilişkin veriler Tablo 8’de gösterilmiştir. Kontrol grubundan hiçbir olgunun yenidoğan döneminde yoğun bakım gereksinimi olmadığı, ÇDDA ve DDA grubundaki tüm olguların ise yoğun bakımda kaldıkları, ÇDDA grupta bu sürenin en sık 2 hafta-1 ay olduğu (n=9,%60.0), DDA grupta ise grubun çoğunluğunun (n=20,%71.4) 2 haftadan az yoğun bakımda kaldığı saptandı. DDA

grubunda annelerin %39'u (n=11) bebeklerini haftada en az 3 kez ziyaret ederken, bu oran ÇDDA grubunda %20 (n=3) olarak tespit edildi. ÇDDA çocuğa sahip olan annelerin çoğunun bebeklerini haftada 1 kez (n=4,%26.7) ve 2 haftada 1 kezden daha seyrek (n=4,%26.7) ziyaret ettiği belirlendi. ÇDDA ve DDA gruplarında ziyaretler sırasında bebeğe dokunulmasına sırasıyla %60.0 (n=9) ve %60.7 (n=17) oranlarında izin verilmediği görüldü.

Tablo 8: Grupların Yenidoğan Yoğun bakım Ünitesinde Bulundukları Döneme İlişkin Verilerin Dağılımı:

	ÇDDA (n=15)		DDA (n=28)		Kontrol (n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Yoğun bakımda kalış süresi						
Hiç	0	0.0	0	0.0	37	100.0
2 haftadan az	1	6.7	20	71.4	0	0.0
2 hafta-1 ay arası	9	60.0	5	17.9	0	0.0
1 aydan uzun 2 aydan kısa	4	26.7	3	10.7	0	0.0
2 aydan uzun	1	6.7	0	0.0	0	0.0
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0
Yoğun bakımda kaldı ise annenin bebeği ziyaret sıklığı						
Haftada en az 3 kez	3	20.0	11	39.3	Yoğun bakımda kalmadı.	
Haftada 2 kez	1	6.7	6	21.4		
Haftada 1 kez	4	26.7	4	14.3		
2 haftada 1 kez	1	6.7	0	0.0		
2 haftada 1 kezden daha seyrek	4	26.7	3	10.7		
Hiç	2	13.3	4	14.3		
Toplam	15	100.0	28	100.0		
Yoğun bakımda ziyaret etti ise bebeğe dokunmasına izin						
Verildi	3	20.0	10	35.7	Yoğun bakımda kalmadı.	
İlerleyen ziyaretlerde verildi	3	20.0	1	3.6		
Hiç verilmedi	9	60.0	17	60.7		
Toplam	15	100.0	28	100.0		

Emzirme Dönemine İlişkin Veriler:

Tablo 9'da grupların emzirme dönemine ait verilerinin dağılımı gösterilmiştir. Kontrol grubunda 31 (%83.3) olguda emzirmeye doğumdan hemen sonra başlanmış, bu oran ÇDDA grupta 1 olgu (%6.7), DDA grupta ise 5 olgu (%17.9) olarak belirlenmiştir. ÇDDA grubunda emzirmeye en yüksek oranda (n=6,%40.0) doğumdan sonra 1-2 ay içinde başlanırken, DDA grubunda en sık (n=6,%21.4) doğumdan sonra ilk hafta içinde başlanmıştır. ÇDDA grubunda 2 (%13.3), DDA

grubunda 7 (%25.0) olgunun hiç emzirilmediği, kontrol grubundaki tüm çocukların emzirildiği saptanmıştır. ÇDDA grubunda (n=7, %46.7), DDA grubunda (n=8, %28.6) ve kontrol grubunda (n=25, %67.6) en sık görülen emzirme süresi 6 ay ve üzeridir.

Tablo 9: Grupların Emzirme Dönemine İlişkin Verilerinin Dağılımı:

	ÇDDA (n=15)		DDA (n=28)		Kontrol (n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Emzirmeye başlama dönemi						
Doğumdan hemen sonra	1	6.7	5	17.9	31	83.8
Doğumdan sonra ilk hafta	0	0.0	6	21.4	5	13.5
Doğumdan sonra 2. hafta	1	6.7	4	14.3	0	0.0
Doğumdan sonra 3.hafta	1	6.7	5	17.9	1	2.7
Doğumdan sonra 4. hafta	4	26.7	1	3.6	0	0.0
Doğumdan sonra 1-2 ay içinde	6	40.0	0	0.0	0	0.0
Hiç emzirilmedi	2	13.3	7	25.0	0	0.0
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0
Toplam emzirme süresi						
Hiç emzirilmedi	2	13.3	7	25.0	0	0.0
1 ay veya daha az	2	13.3	1	3.6	1	2.7
1 aydan uzun, 2 aydan kısa	2	13.3	2	7.1	0	0.0
2 ay, 4 ay arası	1	6.7	6	21.4	6	16.2
4 aydan uzun, 6 aydan kısa	1	6.7	4	14.3	5	13.5
6 ay ve daha uzun	7	46.7	8	28.6	25	67.6
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0

Yenidoğan Sonrası Döneme Ait Özgeçmiş Verileri:

ÇDDA grupta olguların 9'u (%60.0), DDA grupta olguların 16'sı (%57.1) ve kontrol grubunda olguların 17'si (%45.9) yenidoğan döneminden sonra izlem gerektiren bir bedensel hastalık geçirmişlerdir. Geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü ise ÇDDA grupta 3 (%20.0), DDA grupta 2 (%7.1), kontrol grubunda ise 6 (%16.2) çocukta belirlenmiştir. ÇDDA grubunda 4 (%26.7), DDA grubunda 14 (%50.0), kontrol grubunda ise 15 (%40.5) olguda tıbbi yardım gerektiren kaza öyküsü alınmıştır. Geçirilmiş bedensel ve ruhsal hastalık, tıbbi yardım gerektiren kaza açısından her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10: Grupların Yenidoğan Dönemi Sonrasına Ait Özgeçmiş Verilerinin Dağılımı:

	ÇDDA		DDA		Kontrol		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Geçirilmiş bedensel hastalık									
Var	9	60.0	16	57.1	17	45.9	42	52.5	p=0.544
Yok	6	40.0	12	42.9	20	54.1	38	47.5	
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0	80	100.0	
Geçirilmiş ruhsal hastalık									
Var	3	20.0	2	7.1	6	16.2	11	13.8	p=0.424
Yok	12	80.0	26	92.9	31	83.8	69	86.3	
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0	80	100.0	
Geçirilmiş tıbbi yardım gerektiren kaza									
Var	4	26.7	14	50.0	15	40.5	33	41.3	p=0.331
Yok	11	73.3	14	50.0	22	59.5	47	58.8	
Toplam	15	100	28	100	37	100	80	100	

AİLE ÖZELLİKLERİ

Aile Yapısı, Sosyoekonomik Düzey ve Sosyal Güvence Durumlarına Ait Veriler:

Çalışmada yer olan tüm gruplarda çekirdek aile yapısı en fazla görülen olup, ÇDDA grupta 11 (%73.3), DDA grupta 24 (%85.7), kontrol grubunda ise 31 (%83.8) aile bu yapıya sahiptir. ÇDDA grubunda hiç parçalanmış aile bulunmazken, DDA grubunda 1 (%3.6), kontrol grubunda ise 3 (%8.1) parçalanmış aile vardır. ÇDDA grubundaki çocuklardan 4'ü (%26.7), DDA grubunda 3'ü (%10.7), kontrol grubunda 3'ü (%8.1) geniş ailelere sahiptirler.

Tablo 11:Grupların Aile Yapısına Göre Dağılımı:

	ÇDDA		DDA		Kontrol		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Çekirdek	11	73.3	24	85.7	31	83.8	66	82.5	p=0.369
Parçalı	0	0	1	3.6	3	8.1	10	12.5	
Geniş	4	26.7	3	10.7	3	8.1	4	5.0	
Toplam	15	100	28	100	37	100	80	100	

Çalışmada ÇDDA grupta yer alan olguların 9'u (%60) üst, 3'ü (%20.0) orta, 3'ü (%20.0) alt sosyoekonomik düzeye sahiptir. DDA grubunda ise 8 (%28.6) üst, 11 (%39.3) orta, 9 (%32.1) alt sosyoekonomik düzeyden aile bulunmaktadır. Kontrol grubunda 15 (%40.5) üst, 13 (%35.1) orta, 9 (%24.9) alt sosyoekonomik düzeye sahip aile vardır. Her üç grubun sosyoekonomik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 12:Grupların Sosyoekonomik Düzeylerine Göre Dağılımı

	ÇDDA		DDA		Kontrol		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Üst	9	60.0	8	28.6	15	40.5	32	40.0	p=0.382
Orta	3	20.0	11	39.3	13	35.1	27	33.8	
Alt	3	20.0	9	32.1	9	24.9	21	26.3	
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0	80	100.0	

Grupların sosyal güvence durumlarına ait veriler Tablo 13'de gösterilmiştir. Çalışmada yer alan üç grup arasında sosyal güvence durumları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 13:Grupların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı

	ÇDDA		DDA		Kontrol		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Var	14	93.3	21	71.4	32	86.5	67	83.7	p=0.499
Yok	1	6.7	6	28.5	5	13.5	13	16.3	
Toplam	15	100.0	27	100.0	37	100.0	80	100.0	

Gebelik Öyküsüne İlişkin Veriler:

Çalışmada yer alan olgu gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fazla istenilen ve infertilite tedavisi sonucunda oluşan gebelik oranları bildirilmiştir ($p<0.05$). ÇDDA grubunda 12 (%80.0), DDA grubunda 26 (%92.9), kontrol grubunda ise 23 (%62.2) olgu istenilen bir gebelik sonucunda doğmuşlardır. ÇDDA grubunda bu gebeliklerin 6'sı (%40.0), DDA grubunda 19'u (%67.9), kontrol grubunda 16'sı (%43.2) planlı bir gebeliktir. ÇDDA grubunda 4 (%26.7), DDA grubunda 10 (%35.7), kontrol grubunda ise 1 (%2.7) olgu infertilite tedavisi sonucu doğmuşlardır.

Tablo 14: Grupların Gebelik ve İnfertilite Tedavisine İlişkin Aile Öykülerinin Dağılımı:

	ÇDDA		DDA		Kontrol		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	
İstenilen bir gebelik									
Evet	12	80.0	26	92.9	23	62.2	61	76.3	p=0.015
Hayır	3	20.0	2	7.1	14	37.8	19	23.8	
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0	80	100.0	
Planlı bir gebelik									
Evet	6	40.0	19	67.9	16	43.2	41	51.3	p=0.091
Hayır	9	60.0	9	32.1	21	56.8	39	48.8	
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0	80	100.0	
İnfertilite tedavisi									
Var	4	26.7	10	35.7	1	2.7	15	18.8	p=0.002
Yok	11	73.3	18	64.3	36	97.3	65	81.3	
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0	80	100.0	

Anne, Baba ve Kardeşlere İlişkin Veriler:

Olgu ve kontrol gruplarının anne yaşları ortalamaları ÇDDA, DDA ve kontrol grubunda sırasıyla 33.3 ± 5.6 yaş, 33.4 ± 5.8 yaş ve 33.0 ± 5.0 yaşıdır. Baba yaşlarının ortalamaları ise benzer sıra ile 38.1 ± 7.4 yaş, 36.5 ± 5.9 yaş ve 35.8 ± 5.7 yaşıdır. Çalışmada yer alan her üç grubun anne ve baba yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 15: Grupların Anne ve Baba Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı

	ÇDDA (n=15)	DDA (n=28)	Kontrol (n=37)	*p değeri
	ort$\pm$SS	ort$\pm$SS	ort$\pm$SS	
Annenin yaşı	33.3 ± 5.6	33.4 ± 5.8	33.0 ± 5.0	0.078
Babanın yaşı	38.1 ± 7.4	36.5 ± 5.9	35.8 ± 5.7	1.145

*Kruskal-Wallis Test

Anne ve Baba Eğitim Düzeyleri ve Mesleksel Dağılımları:

Olgu grubunda yer alan çocukların tümünün anne ve babası en az ilkokul mezunu olup, kontrol grubunda 2 (%5.4) anne, 1 baba (%2.7) okuma yazmayı bilmemekte, 1 (%2.7) baba ise sadece okuyup yazmaktadır. ÇDDA grubunda annelerin çoğunun (n=7, %46.7) üniversite, DDA grubunda lise (n=10, %35.7), kontrol grubunda da üniversite (n=20, %54.1) mezunu olduğu saptandı. Babaların ise tüm gruplarda çoğunlukla üniversite mezunu olduğu, oranların ise sırasıyla ÇDDA, DDA ve kontrol grubu için %60.0 (n=9), %35.7 (n=10) ve %48.6 (n=18) olduğu belirlendi. ÇDDA grubunda 9 (%60.0), DDA grubunda 13 (%46.6) annenin ev hanımı oldukları, kontrol grubunda ise 9 (%24.3) annenin ev hanımı olduğu görüldü. Kontrol grubunda annelerin (n=24, %64.9) ve babaların (n=22, %59.5) çoğunlukla memur olarak çalıştıkları, ÇDDA (n=8, %53.3) ve DDA (n=19, %67.9) gruplarında babaların çoğunlukla serbest meslek sahibi oldukları saptandı. Tüm grupların anne ve baba eğitim düzeyleri ve mesleklerinin dağılımı Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16:Grupların Anne ve Baba Eğitim Düzeyi ve Mesleklerinin Dağılımı

	ÇDDA (n=15)		DDA (n=28)		Kontrol (n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Annenin Eğitim Düzeyi						
Yok	0	0.0	0	0.0	2	5.4
Okur-Yazar	0	0.0	0	0.0	0	0.0
İlkokul	3	20.0	7	25.0	3	8.1
Ortaokul	1	6.7	0	0.0	0	0.0
Lise	4	26.7	11	39.3	12	32.4
Üniversite	7	46.7	10	35.7	20	54.1
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0
Annenin mesleği						
Ev hanımı	9	60.0	13	46.6	9	24.3
İşçi	0	0.0	1	3.6	1	2.7
Memur	5	33.3	9	32.1	24	64.9
Emekli	0	0.0	2	7.1	0	0.0
Serbest meslek	1	6.7	3	10.7	3	8.1
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0
Babanın Eğitim Düzeyi						
Yok	0	0.0	0	0.0	1	2.7
Okur-Yazar	0	0.0	0	0.0	1	2.7
İlkokul	1	6.7	8	28.6	2	5.4
Ortaokul	2	13.3	2	7.1	5	13.5
Lise	3	20.0	8	28.6	10	27.0
Üniversite	9	60.0	10	35.7	18	48.6
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0
Babanın Mesleği						
Çalışmıyor	0	0.0	0	0.0	2	5.4
İşçi	1	6.7	4	14.3	3	8.1
Memur	5	33.3	5	17.9	22	59.5
Emekli	1	6.7	0	0.0	1	2.7
Serbest meslek	8	53.3	19	67.9	9	24.3
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0

Olguların Kardeş Sayısı ve Ailenin Kaçınıcı Çocukları Olduklarına İlişkin Veriler:

ÇDDA grupta 5 (%33.3), DDA grupta 9 (%32.1) ve kontrol grubunda 16 (%43.2) çocuğun hiç kardeşi yoktur. ÇDDA grupta 7 (%46.7) olgunun 1, 3 (%20.0) olgunun 2 kardeşi vardır ve ÇDDA grup %60.0 oranında (n=9) ailenin ilk çocuğudur. DDA grubunda 13 (%46.4) olgunun 1, 6 (%21.4) olgunun ise 2 kardeşi vardır ve DDA grubu da, ÇDDA grubu gibi, çoğunlukla (n=22, %78.6) ilk çocuktur. Kontrol grubunda 19 (%51.4) olgunun 1, 1 (%2.7) olgunun 2, 1 (%2.7) olgunun ise 7 kardeşi vardır. Kontrol grubu çocuklar da %62.2 oranıyla (n=23) çoğunlukla ilk çocuklardır.

Tablo 17: Grupların Kaçınıcı Çocuk Oldukları ve Kardeş Sayısı Dağılımı ve Ortalamaları

	ÇDDA			DDA			Kontrol			*p değeri
	n	%	ort±ss	n	%	ort±ss	n	%	ort±ss	
Kardeş Sayısı										
0.0	5	33.3	0.87±0.74	9	32.1	0.9±0.74	16	43.2	0.60±0.56	0.278
1.0	7	46.7		13	46.4		19	51.4		
2.0	3	20.0		6	21.4		1	2.7		
7.0	0	0.0		0	0.0		1	2.7		
Toplam	15	100.0		28	100.0		37	100.0		
Kaçınıcı Çocuk Oldukları										
1.0	9	60.0	1.5±0.64	22	78.6	1.2±0.42	23	62.2	1.5±01.2	0.268
2.0	5	33.3		6	21.4		13	35.1		
3.0	1	6.7		0.0	0.0		0	0.0		
8.0	0	0.0		0.0	0.0		1	2.7		
Toplam	15	100.0		28	100.0		37	100.0		

*Kruskal-Wallis Test

Anne, Baba ve Kardeşlerde Ruhsal ve Fiziksel Hastalık Öyküsü:

ÇDDA grupta 5 (%33.3) anne, 4 (%26.7) baba ve 2 (%15.4) kardeşte, DDA grupta 2 (%7.1) anne, 2 (%2.7) baba ve 1 (%4.0) kardeşte, kontrol grubunda 8 (%21.6) anne, 6 (%16.2) baba ve 3 (%10.7) kardeşte bedensel hastalık öyküsü vardır. ÇDDA grupta anne, baba ve kardeşte ruhsal hastalık öyküsü sırasıyla 2 (%13.3), 1 (%6.7) ve 2 (%15.4) dir. DDA grubunda 2 anne (%7.1), 3 baba (%10.7) ve 2 (%7.1) kardeşte ruhsal hastalık öyküsüne rastlanmıştır. Kontrol grubunda annede 8 (%21.6), babada 4 (%10.8) ve kardeşlerde 3 (%10.7) olguda ruhsal

hastalık öyküsü belirlenmiştir. Gruplar arasında anne, baba ve kardeşlerde bedensel ve ruhsal hastalık öyküsü açısından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 18:Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Olguların Anne, Baba ve Kardeşlerinde Ruhsal ve Fiziksel Hastalık Dağılımı

	ÇDDA		Kontrol		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Annede bedensel hastalık							1.000
Var	5	33.3	14	37.8	19	36.5	
Yok	10	66.7	23	62.2	33	63.5	
Toplam	15	100.0	37	100.0	52	100.0	
Annede ruhsal hastalık							0.704
Var	2	13.3	8	21.6	10	19.2	
Yok	13	86.7	29	78.4	42	80.8	
Toplam	15	100.0	37	100.0	52	100.0	
Babada bedensel hastalık							0.448
Var	4	26.7	6	16.2	10	19.2	
Yok	11	73.3	31	83.8	42	80.0	
Toplam	15	100.0	37	100.0	52	100.0	
Babada ruhsal hastalık							1.000
Var	1	6.7	4	10.8	5	9.6	
Yok	14	93.3	33	89.2	47	90.4	
Toplam	15	100.0	37	100.0	52	100.0	
Kardeş(ler)de bedensel hastalık							0.387
Var	2	15.4	2	7.1	4	9.8	
Yok	11	84.6	26	92.9	37	90.2	
Toplam	13	100.0	28	100.0	41	100.0	
Kardeş(ler)de ruhsal hastalık							1.000
Var	2	15.4	3	10.7	5	12.2	
Yok	11	84.6	25	89.3	36	87.8	
Toplam	13	100.0	28	100.0	41	100.0	

Tablo 19:Düşük Doğum Ağırlıklı Olguların Anne, Baba ve Kardeşlerinde Ruhsal ve Fiziksel Hastalık Dağılımı

	DDA		Kontrol		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Annede bedensel hastalık							0.535
Var	2	7.1	8	21.6	10	15.4	
Yok	26	92.9	29	78.4	55	84.6	
Toplam	28	100.0	37	100.0	65	100.0	
Annede ruhsal hastalık							0.167
Var	2	7.1	8	21.6	10	15.4	
Yok	26	92.9	29	78.4	55	84.6	
Toplam	28	100.0	37	100.0	65	100.0	
Babada bedensel hastalık							0.721
Var	3	10.7	6	16.2	9	13.8	
Yok	25	89.3	31	83.8	56	86.2	
Toplam	28	100.0	37	100.0	65	100.0	
Babada ruhsal hastalık							0.380
Var	1	3.6	4	10.8	5	7.7	
Yok	27	96.4	33	89.2	60	92.3	
Toplam	28	100.0	37	100.0	65	100.0	
Kardeş(ler)de bedensel hastalık							1.000
Var	1	4.0	2	7.1	3	5.7	
Yok	24	96.0	26	92.9	50	94.3	
Toplam	25	100.0	28	100.0	53	100.0	
Kardeş(ler)de ruhsal hastalık							1.000
Var	2	8.0	2	7.1	4	7.5	
Yok	23	92.0	26	92.9	49	92.5	
Toplam	25	100.0	28	100.0	53	100.0	

GRUPLARIN RUHSAL BAKI SONUÇLARI

Çalışmaya katılan tüm olgulara yapılan ruhsal bakı sonuçları belirti düzeyinde ve DSM-IV (1) tanı ölçütlerini karşılayacak düzeyde olmak üzere iki alt başlıkta değerlendirilmiş, yapılan ruhsal bakı sonucunda gerekli görülen ve ailelerinin onay verdiği olgular psikiyatrik izleme alınmışlardır. Ruhsal bakıda belirti düzeyinde saptanan psikopatoloji, alınan ruhsal tanılar ve psikiyatrik izleme ilişkili veriler sırasıyla Tablo 20, 21 ve 22’de gösterilmiştir.

ÇDDA ve DDA grubunun yapılan ruhsal bakılarında, ÇDDA grupta 3 (%20.0) ve DDA grupta 5 (%17.9) oranlarında sosyal ve akran ilişki sorunları saptanmış, bu soruna kontrol grubunda 3 (%8.1) olguda rastlanmıştır. Fonolojik kusurlar ÇDDA grupta 3 (%20.0), DDA grupta 8 (%28.6), kontrol grubunda ise 4 (%10.8) olguda saptanmıştır. Hiperaktivite ÇDDA grubunda 3 (%20.0), DDA grubunda 4 (%14.3), kontrol grubunda ise 1 (%2.7) olguda belirlenmiştir. Dikkat eksikliği ise ÇDDA grupta 3 (%20.0), DDA grupta 5 (%17.9), kontrol grubunda ise 1 (%2.7) olguda izlenmiştir. Anksiyete belirtileri ÇDDA grupta 1 (%6.7), DDA grupta 3 (%10.7) ve kontrol grubunda 1 (%2.7) olguda saptanmıştır. Depresif bulgulara ise DDA grubundaki 2 (%7.1) olgu dışında rastlanmamıştır. Olgu gruplarında 5 olguda 2, 5 olguda 3, 2 olguda ise 4 ruhsal belirti aynı anda saptanmıştır. Kontrol grubunda 5 çocuk aynı anda 2 ruhsal belirtiye sahiptir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucu ÇDDA, DDA ve kontrol grupları arasında belirti düzeyinde saptanan psikopatoloji açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak ruhsal belirtisi olan toplam olgu sayısı açısından düşük doğum ağırlıklı grup kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fazladır ($p<0.05$). Çok düşük doğum ağırlıklı grup ise bu açıdan kontrol grubuna göre farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Tablo 20:Grupların Ruhsal Bakıda Belirti Düzeyinde Saptanan Psikopatolojiye Göre Dağılımları

	ÇDDA (n=15)		DDA (n=28)		Kontrol (n=37)		Toplam (n=80)		p değerleri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	ÇDDA- Kontrol	DDA- Kontrol
Sosyal ve akran ilişkisi sorunları	3	20.0	5	17.9	3	8.1	11	13.8	0.338	0.275
Fonolojik kusurlar	3	20.0	8	28.6	4	10.8	15	18.8	0.397	0.106
Hiperaktivite	3	20.0	4	14.3	1	2.7	8	10.0	0.067	0.156
İmpulsivite	1	6.7	1	3.6	2	5.4	4	5.0	1.000	1.000
Dikkat eksikliği	3	20.0	5	17.9	1	2.7	9	11.3	0.067	0.077
Anksiyete	1	6.7	3	10.7	1	2.7	5	6.3	0.498	0.307
Depresyon	0	0.0	2	7.1	0	0.0	2	2.5	Olgu yok	0.182
Semptomu olan toplam olgu	7	46.7	15	53.6	11	29.7	33	41.3	0.204	0.038

Çalışmaya katılan grupların yapılan ruhsal bakıları sonucunda ÇDDA grubunda 3 (%20.0) , DDA grubunda 1 (%3.6) olguda gelişimsel geriliğe rastlandı. Kontrol grubunda ise hiçbir olguda gelişimsel gerilik saptanmadı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). ÇDDA grubunda bir çocukta hem gelişimsel gerilik hem de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı düşünüldü. enüresis nokturna, ÇDDA grupta 2 (%13.3), DDA grupta 2 (%7.1) olguda görüldü. Kontrol grubunda ise hiçbir olguda saptanmadı. Sözü edilen tanılara sahip olma açısından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). DDA grubunda kekemelik 1 (%3.6), stereotipik davranış bozukluğu 1 (%3.6) olguda saptanmış olup, ÇDDA grubunda bu bozukluklara rastlanmadı. Kontrol grubunda 1 (%2.7) olguda stereotipik davranış bozukluğu görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ÇDDA grupta 1 (%6.7), DDA grupta 2 (%7.1) olguda görülürken, kontrol grubunda saptanmadı. Bu bozukluk açısından da gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Olgu grupları ve kontrol grubu aldıkları toplam ruhsal tanı açısından karşılaştırıldıklarında ise ÇDDA ve DDA grubundaki çocukların kontrol grubundaki

çocuklara göre anlamlı düzeyde yüksek oranlarda ruhsal tanı aldıkları belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 21: Grupların Aldıkları Ruhsal Tanılara Göre Dağılımları

	ÇDDA (n=15)		DDA (n=28)		Kontrol (n=37)		Toplam (n=80)		p değerleri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	ÇDDA- Kontrol	DDA- Kontrol
Gelişimsel Gerilik	3	20.0	1	3.6	0	0.0	4	5.0	0.021	0.431
Enüresis Nokturna	2	13.3	2	7.1	0	0.0	4	5.0	0.079	0.182
Kekemelik	0	0.0	1	3.6	0	0.0	1	1.3	Belirti saptanmadı	0.431
Stereotipik Davranış Bozukluğu	0	0.0	1	3.6	1	2.7	2	2.5	1.000	1.000
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	1	6.7	2	7.1	0	0.0	3	3.8	0.288	0.182
Alınan Toplam Ruhsal Tanı	6	40.0	7	25.0	1	2.7	14	17.5	0.016	0.017

Gelişim geriliği tanısı dışarıda bırakılarak yapılan istatistiksel değerlendirmede ise ÇDDA grubundan 2 (%13.3) olgunun, DDA grubundan 6 (%21.4) olgunun, kontrol grubundan ise 1 (%2.7) olgunun gelişimsel gerilik dışında tanı aldıkları belirlendi. DDA grubu için fark anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 22: Gelişim Geriliği Dışarıda Bırakılarak Grupların Aldıkları Toplam Ruhsal Tanı Dağılımı:

	ÇDDA		DDA		Kontrol		Toplam		p değeri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	ÇDDA- kontrol	DDA- kontrol
Ruhsal tanı alan olgu sayısı	2	13.3	6	21.4	1	2.7	9	11.3	0.196	0.037
Ruhsal tanı almayan olgu sayısı	13	86.7	22	78.6	36	97.3	71	88.8		
Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0	80	100.0		

Yapılan ruhsal değerlendirme sonucunda ÇÇDA, DDA ve kontrol gruplarında sırasıyla 5 (%33.3), 7 (%25.0), 2 (%5.4) olgu psikiyatrik izleme alınmıştır. Olgu grubunda (hem ÇDDA, hem de DDA) izleme alınma oranları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 23:Grupların Psikiyatrik İzleme Alınmalarına Göre Dağılımları

	ÇDDA (n=15)		DDA (n=28)		Kontrol (n=37)		Toplam (n=80)		p değerleri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	ÇDDA- Kontrol	DDA- Kontrol
Psikiyatrik İzleme Alınma	5	33.3	7	25.0	2	5.4	14	17.5	0.016	0.032

Olguların özgeçmiş bilgilerinde anlamlı oranda çoğul gebelik olması nedeniyle, çoğul gebelik sonucu doğan olgularda ruhsal belirti ve ruhsal tanı dağılımları değerlendirilmiştir. Çoğul gebelik sonucu doğan olguların 10'u (%58.8) herhangi bir ruhsal tanı ölçütünü karşılamaya yetmeyecek, en az bir ruhsal belirtiye sahip olup, bu çocukların 7'si (%41.2) bir ruhsal tanı almışlardır. Çoğul gebelik sonucu doğmamış olan olguların 23'ünde (%36.5) en az bir ruhsal belirtiye rastlanmıştır. Çoğul gebelik sonucu doğmamış olan çocukların 6'sı (%9.5) ruhsal bakıları sonucunda bir ruhsal tanı almışlardır. Çoğul gebelik öyküsü ile ruhsal belirtiye sahip olma oranları arasında anlamlı ilişki bulunmamış ($p>0.05$), ancak ruhsal tanı alma oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 24).

Tablo 24: Çoğul Gebelik Sonucu Doğan Olguların Ruhsal Belirti ve Ruhsal Tanı Almalarına Göre Dağılımları

	Çoğul Gebelik Öyküsü						p değeri
	Var (n=17)		Yok (n=63)		Toplam (n=80)		
	n	%	n	%	n	%	
Ruhsal belirtisi olan olgu	10	58.8	23	36.5	33	41.8	0.169
Ruhsal belirtisi olmayan olgu	7	41.2	40	63.5	46	58.2	
Toplam	17	100.0	63	100.0	80	100.0	
Ruhsal tanı almış olgu	7	41.2	6	9.5	13	16.3	0.005
Ruhsal tanı almamış olgu	10	58.8	57	90.5	67	83.8	
Toplam	17	100.0	63	100.0	80	100.0	

GRUPLARIN NÖROLOJİK BAKI SONUÇLARI

DDA grubunda 3 (%10.7), kontrol grubunda 3 (%3.8) çocuğun ailesi nörolojik bakı yapılmasını kabul etmedi. Nörolojik bakıları yapılan çocukların içerisinde ÇDDA grubunda 2 (%13.3) ve DDA grubunda 4 (%16.0) olguda bozukluk saptandı. Belirlenen nörolojik bulgular içerisinde disdiyadokokinezi, dismetri, pupiller asimetri, bilateral babinski pozitifliği, sağ bacakta 4/5 kas gücü, hiperaktif derin tendon refleksleri yer almaktadır. Kontrol grubundaki tüm çocukların nörolojik bakıları normaldir. ÇDDA grubu için kontrol grubu ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), DDA grubu için fark anlamlıydı ($p<0.05$).

Tablo 25: Grupların Nörolojik Bakı Sonuçlarına Göre Dağılımı

	ÇDDA		DDA		Kontrol		Toplam		p değerleri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	ÇDDA-Kontrol	DDA-Kontrol
Nörolojik Bakı Bozuk	2	13.3	4	16.0	0	0.0	6	8.1	0.079	0.023
Nörolojik Bakı Normal	13	86.7	21	84.0	34	100.0	68	91.9		
Toplam	15	100.0	25	100.0	34	100.0	74	100.0		

ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARI

Çalışmaya katılan olgu ve kontrol gruplarına uygulanan Ankara Gelişim Tarama Envanteri sonuçların ilişkin veriler Tablo 26 ve 27’de gösterilmiştir. ÇDDA grupta genel gelişim düzeyinde 2 (%20.0), DDA grubunda 4 (%14.3) olguda gerilik olmasına karşın, kontrol grubunda genel gelişim geriliği saptanmamıştır. Üç grup arasında genel gelişim düzeyi açısından anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p<0.05$). Dil-bilişsel gelişim alanında ise ÇDDA grubunda 4 (%26.7), DDA grubunda 4 (%14.3), kontrol grubunda ise 1 (%2.7) olguda gerilik olduğu belirlenmiştir. ÇDDA grubu için kontrol grubuna göre fark anlamlı düzeyde olup ($p<0.05$), DDA grubunda fark anlamlı değildir ($p>0.05$). İnce motor gelişim ise ÇDDA grubunda 5 (%33.3), DDA grubunda 7 (%25.0) ve kontrol grubunda ise 5 (%13.5) olguda geri olarak saptanmıştır. Bu alanda gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Sosyal ve öz bakım becerileri açısından ÇDDA grubunda 2 (%13.3), DDA grubunda 2 (%7.1), kontrol grubunda ise 1 (%2.7) çocukta gerilik belirlenmiş, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Kaba Motor becerilerde ise hem olgu gruplarında, hem de kontrol grubunda geriliğe rastlanmamıştır.

Tablo 26: Grupların Ankara Gelişim Tarama Envanterinde Saptanan Gelişimsel Geriliklere Göre Dağılımı

	ÇDDA (n=15)		DDA (n=28)		Kontrol (n=37)		Toplam (n=80)		p değerleri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	ÇDDA- Kontrol	DDA- Kontrol
AGTE Alt Testleri										
Genel Gelişim	2	20.0	4	14.3	0	0.0	6	7.5	0.021	0.030
Dil-Bilişsel Gelişim	4	26.7	4	14.3	1	2.7	9	11.3	0.021	0.156
İnce Motor Gelişim	5	33.3	7	25.0	5	13.5	17	21.3	0.129	0.195
Sosyal ve öz bakım Becerileri Gelişimi	2	13.3	2	7.1	1	2.7	5	6.3	0.196	0.573
Kaba Motor Gelişim	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Tüm grupta bozukluk saptanmadı	

Olgu gruplarının her ikisinin ortalama genel gelişim T puanı kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.001$)

Tablo 27:Grupların Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) Genel Gelişim T Puanına Göre Dağılımı

	ÇDDA	DDA	Kontrol	Toplam	*p değeri
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
AGTE Genel Gelişim T Puanı	45.7±7.7	47.9±8.7	53.9±5.4	50.2±7.9	0.000

*Kruskal-Wallis Test

Grupların Psikiyatrik Tanı Almaları ile Ankara Gelişim Tarama (AGTE) Envanteri Sonuçlarının İlişkisi:

Tüm gruplar için, AGTE sonucunda genel gelişim, dil-bilişsel gelişim, sosyal ve öz bakım becerileri gelişimi geriliği anlamlı olarak artmış ruhsal tanıyla birliktelik göstermektedir ($p<0.05$). İnce motor becerilerde gelişimsel geriliği olan olgularda artmış ruhsal tanı oranı saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu ilişkiye ait veriler Tablo 28’de özetlenmiştir.

Tablo 28: Grupların Psikiyatrik Tanı Almaları ile Ankara Gelişim Tarama (AGTE) Envanteri Sonuçlarının İlişkisi

AGTE Alt Testleri		Psikiyatrik Tanı						p değeri
		Almamış		Almış		Toplam		
		n	%*	n	%	n	%	
Genel Gelişim	Normal	66	98.5	7	53.8	73	91.3	0.000
	Geri	1	1.5	6	46.2	7	8.8	
	Toplam	67	100.0	13	100.0	80	100.0	
Dil-Bilişsel Gelişim	Normal	65	97.0	6	46.2	71	88.8	0.000
	Geri	2	3.0	7	53.7	9	11.3	
	Toplam	67	100.0	13	100.0	80	100.0	
İnce Motor Gelişim	Normal	55	82.1	8	61.5	63	78.8	0.136
	Geri	12	17.9	5	38.5	17	21.3	
	Toplam	67	100.0	13	100.0	80	100.0	
Sosyal ve Öz bakım Becerileri Gelişimi	Normal	65	97.0	10	76.9	75	93.8	0.028
	Geri	2	3.0	3	23.1	5	6.3	
	Toplam	67	100.0	13	100.0	80	100.0	

AGTE Sonuçlarının Cinsiyet ile İlişkisi: AGTE alt testleri ve Genel Gelişim T puanı, olguların cinsiyeti ile ilişkili bulunmamıştır ($p \geq 0.05$)

ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (CBCL) SONUÇLARI:

CBCL Sonuçlarının Gruplara Göre Dağılımı:

Olguların sorun davranışlarını belirlemek amacıyla anne ve/veya babalar tarafından doldurulan CBCL sonuçları Tablo 29'da gösterilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, alt testlere ait puanlar arttıkça o alanda sorun davranışın artmış olduğu düşünülmektedir. Buna göre ÇDDA, DDA ve kontrol grupları

arasında sosyal içe dönüklük T puanı (sırasıyla ortalama 51.7±3.2, 54.6±5.6, 54.2±7.5), anksiyete ve depresyon T puanı (sırasıyla ortalama 56.3±6.2, 55.6±6.3, 55.7±6.5), sosyal sorunlar T puanı (sırasıyla ortalama 52.5±3.4, 53.6±5.3, 53.4±5.3), düşünce sorunları T puanı (sırasıyla ortalama 57.6±6.8, 56.8±6.6, 54.2±6.8), dikkat sorunları T puanı (sırasıyla ortalama 54.9±5.6, 55.9±7.0, 54.9±5.6), saldırgan davranış T puanı (sırasıyla ortalama 55.1±5.9, 54.1±4.9, 54.9±5.6), cinsel sorun davranış T puanı (sırasıyla 55.1±7.6, 55.9±7.0, 54.9±5.6) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak olgu grubunda, kontrol grubuna göre somatik sorunlar T puanı ÇDDA grupta ortalama 57.1±3.2, DDA grupta 55.1±7.2, kontrol grubunda ise 52.1±4.0'dır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Her üç grubun içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun davranış T puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 29: Grupların CBCL Puanlarına Göre Dağılımı

	ÇDDA	DDA	Kontrol	Toplam	
CBCL Alt testi	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	p* değeri
Sosyal içe dönüklük T puanı	51.7±3.2	54.6±5.6	54.2±7.5	53.7±6.3	0.271
Somatik sorunlar T puanı	57.1±7.6	55.1±7.2	52.1±4.0	54.1±6.3	0.024
Anksiyete depresyon T puanı	56.3±6.2	55.6±6.3	55.7±6.5	55.8±6.3	0.883
Sosyal sorunlar T puanı	52.5±3.4	53.6±5.3	53.4±5.3	53.3±5.0	0.894
Düşünce sorunları T puanı	57.6±6.8	56.8±6.6	54.2±6.8	55.8±6.8	0.111
Dikkat sorunları T puanı	54.9±5.6	55.9±7.0	54.9±5.6	55.2±6.1	0.908
Saldırgan davranış T puanı	55.1±4.9	54.1±4.9	54.5±5.2	54.5±5.0	0.723
Cinsel davranış T puanı	55.1±7.6	54.5±8.4	57.3±9.3	56.0±8.9	0.350
İçe yönelim T puanı	54.3±9.2	53.4±9.9	51.1±9.9	52.5±9.7	0.454
Dışa Yönelim T puanı	53.3±5.8	51.7±8.2	52.2±8.2	52.2±7.7	0.855
Toplam sorun davranış T puanı	55.1±8.0	53.7±8.9	53.0±9.4	53.7±8.9	0.763

*Kruskal-Wallis Test

CBCL Sonuçlarının Cinsiyet İle İlişkisi:

CBCL sonuçları kız ve erkek olgularda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ (PARİ) SONUÇLARI

Çalışmaya katılan olgu ve kontrol grubu çocukların anne ve/veya babalarınca doldurulan ebeveyn tutumları ve aile hayatını değerlendiren ölçekte değerlendirilen boyuta ait puan arttıkça, o boyutta tanımlanan ebeveyn tutumu ve aile yaşantısının artmış olduğu düşünülür. ÇDDA, DDA ve kontrol grupları arasında PARİ-I (aşırı kontrolü annelik boyutu), PARİ-III (ev kadınlığını red etme boyutu), PARİ-IV (karı koca geçimsizliği boyutu) ve PARİ-V (baskı ve disiplin boyutu) ortalama puanları açısından gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) PARİ-II (demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutu) ÇDDA (ortalama 29.8 ± 3.6) ve DDA (ortalama 30.5 ± 2.8) gruplarında kontrol grubuna (ortalama 27.8 ± 3.7) göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 30: Grupların Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARİ) Sonuçları

	ÇDDA	DDA	Kontrol	Toplam	*p değeri
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
PARİ I	38.7±7.8	40.7±8.8	36.0±9.1	38.2±8.9	0.112
PARİ II	29.8±3.6	30.5±2.8	27.8±3.7	29.1±3.6	0.005
PARİ III	25.1±5.4	27.0±7.8	25.2±6.4	25.8±6.8	0.775
PARİ IV	11.9±3.4	13.0±4.8	11.3±4.1	11.9±4.3	0.326
PARİ V	29.2±5.6	29.7±8.2	27.4±7.4	28.5±8.0	0.400

*Kruskal-Wallis Test

Yenidoğan Döneminde Tıbbi Komplikasyon Bulunması ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) Genel Gelişim T Puanı ve Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) Sonuçlarının İlişkisi:

Her iki olgu ve kontrol gruplarının yenidoğan döneminde tıbbi komplikasyonlarının bulunup bulunmayışı ile Ankara gelişim Tarama Envanteri (AGTE) genel gelişim T puanı ile Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) sonuçlarının ilişkisi araştırılmıştır. Buna göre yenidoğan döneminde tıbbi komplikasyon öyküsü olan olgularda CBCL alt testleri olan içe dönüklük T puanları (ortalama 52.1 ± 4.3), anksiyete ve depresyon T puanları (ortalama 53.7 ± 5.1) komplikasyon öyküsü olmayan çocuklara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Diğer CBCL alt testleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Ayrıca komplikasyon öyküsü bulunan olgularda genel gelişim T puanı (ortalama 47.2 ± 8.9), komplikasyon öyküsü olmayan olgulara göre (ortalama 52.0 ± 6.6) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 31).

Tablo 31: Yenidoğan Döneminde Tıbbi Komplikasyon Bulunması ile AGTE Genel Gelişim T Puanı ve CBCL Sonuçlarının İlişkisi:

	Yenidoğan döneminde tıbbi komplikasyon			*p değeri
	Var	Yok	Toplam	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
AGTE genel gelişim T puanı	47.2±8.9	52.0±6.6	50.2±7.9	0.027
CBCL alt testleri				
Sosyal içe dönüklük T puanı	52.1±4.3	54.9±7.1	53.9±6.3	0.030
Somatik sorunlar T puanı	54.7±6.3	53.9±6.3	54.1±6.3	0.387
Anksiyete depresyon T puanı	53.7±5.1	57.0±6.6	55.8±6.3	0.013
Sosyal sorunlar T puanı	52.7±4.9	53.7±5.1	53.3±5.0	0.309
Düşünce sorunları T puanı	57.3±7.1	54.9±6.5	55.8±6.8	0.127
Dikkat sorunları T puanı	54.6±5.6	55.6±6.4	55.2±6.1	0.540
Saldırgan davranış T puanı	54.1±4.2	54.7±5.4	54.5±5.0	0.865
Cinsel davranış T puanı	54.2±7.2	56.9±9.3	55.9±8.9	0.197
İçe yönelim T puanı	50.0±9.8	54.1±9.7	52.5±9.7	0.063
Dışa Yönelim T puanı	51.0±7.5	53.0±7.8	52.2±7.7	0.296
Toplam sorun davranış T puanı	52.5±8.5	54.4±9.2	53.7±8.9	0.212

*Kruskal-Wallis Test

Grupların Doğum Kiloları, Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) Genel Gelişim T Puanı, Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutumu (PARİ) ve Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) Sonuçlarının Birbirleriyle İlişkileri:

Çalışmada yer alan tüm gruplarda AGTE Genel Gelişim T puanı, PARİ-I (aşırı kontrolcü annelik boyutu), PARİ-III (ev kadınlığını red etme boyutu) ve PARİ-V (baskı ve disiplin boyutu) ile anlamlı düzeyde negatif korelasyon göstermektedir (sırasıyla $r=-0.3$, $p<0.05$; $r=-0.4$, $p<0.05$; $r=-0.5$, $p<0.05$). Olguların doğum kilosuna, AGTE Genel Gelişim T puanı ile anlamlı düzeyde pozitif ($r=0.3$, $p<0.05$), CBCL alt testlerinden somatik sorunlar T puanıyla anlamlı düzeyde negatif korelasyon göstermektedir ($r=-0.2$, $p<0.05$). Ayrıca CBCL alt testlerinden sosyal sorunlar T puanı da PARİ-I ve PARİ-V boyutlarıyla anlamlı düzeyde pozitif korelasyon göstermektedir (sırasıyla $r=0.3$, $p<0.05$; $r=0.3$, $p<0.05$). AGTE Genel Gelişim T puanı ve CBCL alt testleri arasında anlamlı düzeyde korelasyon bulunmamıştır. Bu veriler Tablo 32'de gösterilmiştir.

Tablo 32: Grupların Doğum Kiloları, Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) Genel Gelişim T Puanı, Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutumu (PARI) ve Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) Sonuçlarının Birbirleriyle İlişkileri

		Doğum kilosusu	PARI-I	PARI-II	PARI-III	PARI-IV	PARI-V
AGTE Genel gelişim T puanı	r	0.3	-0.3	0.1	-0.4	-0.2	-0.5
	p	0.002	0.003	0.651	0.001	0.045	0.000
Sosyal içe dönüşlülük T puanı	r	0.2	0.0	-0.0	0.1	-0.1	0.1
	p	0.163	0.830	0.454	0.323	0.626	0.271
Somatik sorunlar T puanı	r	-0.3	0.0	-0.1	0.0	0.1	0.0
	p	0.03	0.877	0.652	0.923	0.501	0.996
Anksiyete depresyon T puanı	r	-0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
	p	0.926	0.267	0.779	0.678	0.746	0.401
Sosyal sorunlar T puanı	r	0.0	0.3	-0.1	0.3	0.2	0.3
	p	0.907	0.009	0.636	0.063	0.155	0.007
Düşünce sorunları T puanı	r	-0.2	0.1	-0.1	0.1	0.2	0.1
	p	0.034	0.606	0.238	0.352	0.170	0.232
Dikkat sorunları T puanı	r	-0.1	0.1	-0.2	0.1	0.2	0.2
	p	0.604	0.230	0.348	0.189	0.091	0.077
Saldırgan davranış T puanı	r	-0.1	0.01	-0.1	0.1	0.0	0.0
	p	0.528	0.586	0.597	0.615	0.889	0.993
Cinsel davranış T puanı	r	0.0	-0.1	-0.1	0.0	-0.1	-0.1
	p	0.777	0.475	0.328	0.703	0.286	0.337
İçe yönelim T puanı	r	-0.1	0.1	-0.1	0.1	0.0	0.1
	p	0.491	0.229	0.731	0.739	0.820	0.5
Dışa yönelim T puanı	r	-0.1	0.1	-0.1	0.0	0.0	0.0
	p	0.346	0.669	0.698	0.829	0.907	0.966
Toplam sorun davranış T puanı	r	-0.1	0.0	-0.1	0.0	0.0	0.0
	p	0.494	0.813	0.670	0.939	0.826	0.972
PARI-I	r	-0.2	1.000	-0.1	0.5	0.4	0.7
	p	0.189	-	0.384	0.000	0.000	0.000
PARI-II	r	-0.3	-0.01	1.000	-0.2	-0.1	-0.3
	p	0.002	0.384	-	0.120	0.832	0.002
PARI-III	r	0.0	0.5	-0.2	1.000	0.5	0.6
	p	0.859	0.000	0.120	-	0.000	0.000
PARI-IV	r	-0.1	0.4	-0.0	0.5	1.000	0.5
	p	0.444	0.000	0.832	0.000	-	0.000
PARI-V	r	-0.1	0.7	-0.3	0.6	0.5	1.000
	p	0.507	0.000	0.002	0.000	0.000	-

Pearson Korelasyon

Grupların Sosyoekonomik Düzeyi ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) Genel Gelişim T puanı, Çocuklar ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) ve Ebeveyn Tutumu ve Aile Hayatı Değerlendirme Ölçeği (PARİ) Sonuçlarının İlişkisi:

Çalışmada yer alan tüm gruplar için sosyoekonomik düzey, PARİ-I (aşırı annelik boyutu), PARİ-III (ev kadınlığını red etme boyutu), PARİ-IV (karı-koca geçimsizliği boyutu) ve PARİ-V (baskı ve disiplin boyutu) sosyoekonomik düzey ile anlamlı ilişki göstermiştir (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.006$, $p=0.014$). CBCL alt testlerinden sosyal içe dönüklük T puanı ($p=0.010$), sosyal sorunlar T puanı ($p=0.030$), ve dışa yönelim T puanı ($p=0.027$) sosyoekonomik düzeyle anlamlı ilişki göstermişlerdir.

AGTE genel gelişim T puanı, PARİ-II (demokratik tutum ve eşitlik tanıma) , CBCL alt testlerinden somatik sorunlar, anksiyete ve depresyon, düşünce sorunları, dikkat sorunları, saldırgan davranış, cinsel sorun davranış, içe yönelim ve toplam sorun davranış T puanları sosyoekonomik düzey ile ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu veriler Tablo 33'de gösterilmiştir.

Tablo 33: Grupların Sosyoekonomik Düzeyi ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) Genel Gelişim T puanı, Çocuklar ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) ve Ebeveyn Tutumu ve Aile Hayatı Değerlendirme Ölçeği (PARI) Sonuçlarının İlişkisi:

	Sosyoekonomik Düzey				
	Üst	Orta	Alt	Toplam	*p değeri
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
AGTE					
Genel gelişim T puanı	52.1±7.3	50.7±6.7	46.7±9.0	50.2±7.8	0.085
PARI Boyutu					
PARI I	34.2±7.6	36.7±7.6	50.0±7.5	38.2±8.9	0.000
PARI II	30.1±3.7	29.1±2.9	27.7±3.8	29.1±3.6	0.066
PARI III	23.2±6.3	26.3±6.7	29.1±6.0	25.8±6.8	0.006
PARI IV	10.4±3.1	12.3±4.4	14.0±4.9	12.0±4.3	0.014
PARI V	24.4±5.5	27.9±5.2	35.6±7.3	28.5±7.4	0.000
CBCL alt testi					
Sosyal içe dönüklük T puanı	51.4±3.0	55.5±7.8	55.4±7.0	53.9±6.3	0.010
Somatik sorunlar T puanı	53.0±5.1	54.2±6.3	55.7±7.6	54.1±6.3	0.287
Anksiyete depresyon T puanı	54.2±5.2	56.0±5.3	58.0±8.3	55.8±6.3	0.161
Sosyal sorunlar T puanı	52.0±4.3	53.9±4.0	54.8±6.2	53.3±5.0	0.030
Düşünce sorunları T puanı	54.6±6.2	57.1±7.3	55.8±6.9	55.8±6.8	0.424
Dikkat sorunları T puanı	53.3±4.9	56.0±6.2	56.8±7.1	55.2±6.1	0.116
Saldırgan davranış T puanı	53.6±4.0	55.6±6.0	54.2±4.7	54.5±5.0	0.472
Cinsel davranış T puanı	55.2±8.0	58.4±10.1	53.8±7.4	55.9±8.9	0.172
İçe yönelim T puanı	49.0±9.7	54.5±7.6	55.3±11.0	52.3±9.7	0.080
Dışa Yönelim T puanı	49.9±7.8	55.7±6.7	51.2±7.5	52.2±7.7	0.027
Toplam sorun davranış T puanı	51.0±8.6	56.7±7.3	54.0±10.3	53.7±8.9	0.087

*Kruskal-Wallis Test

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE UYGULANAN KRANİAL ULTRASONOGRAFİ SONUÇLARI

Grupların Yenidoğan Döneminde Ultrasonografi Uygulanmalarına Göre Dağılımları:

Olguların kranial ultrasonografi sonuçlarına ait bilgiler hastane dosyalarının taranması ile elde edilmiştir. ÇDDA grubunda 10 (%66.7), DDA grubunda 11 (%39.1) olguya kranial ultrasonografi uygulanmış, kontrol grubunda ise hiçbir çocuğa yenidoğan döneminde kranial ultrasonografi uygulanmamıştır. Olgu ve kontrol gruplarına ait bu veriler Tablo 34'de gösterilmiştir.

Tablo 34: Grupların Yenidoğan Döneminde Kranial Ultrasonografi Uygulanmalarına Göre Dağılımları

Kranial Ultrasonografi Uygulaması	ÇDDA (n=15)		DDA (n=28)		Kontrol (n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Var	10	66.7	11	39.1	0	0.0
Yok	5	33.3	17	60.8	37	100.0
Genel Toplam	15	100.0	28	100.0	37	100.0

Grupların Kranial Ultrasonografi Sonuçlarına Göre Dağılımları:

Kranial ultrasonografi uygulanan ÇDDA grubunda yer alan 10 olgunun 4'ünde (%40.0) periventriküler lökomalaziye rastlanmakta, 6 (%60.0) olgunun ise ultrasonografi bulgularının normal olduğu görülmektedir. DDA grupta ise kranial ultrasonografi verisi bulunan 11 olgunun 2'sinde (%18.2) periventriküler lökomalazi saptanmıştır. İki olgu grubu arasında ultrasonografi anormallikleri açısından bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Gruplara ait bu veriler Tablo 35'de gösterilmiştir.

Tablo 35: Yenidoğan Döneminde Kranial Ultrasonografi Uygulanan Olguların Sonuçlarına Göre Dağılımları

	ÇDDA		DDA		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Normal	6	60.0	9	81.8	15	71.4	0.361
Periventriküler Lökomalazi Mevcut	4	40.0	2	18.2	6	28.6	
Toplam	10	100.0	11	100.0	21	100.0	

Kranial Ultrasonografi ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri

Sonuçlarının İlişkisi:

Olgulara uygulana kranial ultrasonografi sonuçları ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri sonucuna göre saptanan gelişimsel gerilik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu veriler Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36: Yenidoğan Döneminde Yapılan Kranial Ultrasonografi Bulguları İle Ankara Gelişim Tarama Envanteri Sonuçlarına Göre Saptanan Gelişimsel Gerilik İlişkisi

	Kranial Ultrasonografi Bulgusu						p değeri
	Normal (n=15)		Periventriküler Lökomalazi Mevcut (n=6)		Toplam (n=21)		
	n	%*	n	%*	n	%*	
AGTE Alt Testleri	n	%*	n	%*	n	%*	
Genel Gelişim Geriliği	4	26.7	0	0.00	4	19.0	0.281
Dil-Bilişsel Gelişim Geriliği	4	26.7	0	0.0	4	19.0	0.228
İnce Motor Gelişim Geriliği	6	40.0	2	33.3	8	38.1	1.000
Sosyal ve Öz bakım Becerileri Gelişimi Geriliği	3	20.0	0	0.0	3	14.3	0.526

%=Kranial ultrason uygulanmış çocukların içindeki % oranı

Yenidoğan Döneminde Uygulanan Kranial Ultrasonografi Bulguları İle Çocuk Ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının İlişkisi:

Gruplara yenidoğan döneminde uygulana kranial ultrasonografi bulguları ile çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği sonuçlarının ilişkisi Tablo 37’de özetlenmiş olup, somatik sorunlar T puanı periventriküler lökomalazisi olan olgularda (ortalama 60.2±5.8), periventriküler lökomalazisi olmayan olgulara göre (ortalama 54.4±4.8) anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Her iki grup için sosyal içe çekilme, anksiyete ve depresyon, sosyal sorunlar, düşünce ve dikkat sorunları, saldırgan ve cinsel sorun davranış T puanlarında, kranial ultrasonografi sonucu normal ve bozuk olan olgular arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 37: Yenidoğan Döneminde Yapılan Kranial Ultrasonografi Bulguları İle Çocuk Ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının İlişkisi

	Kranial Ultrasonografi Bulgusu			*p değeri
	Normal (n=15)	Periventriküler Lökomalazi Mevcut (n=6)	Toplam (n=21)	
CBCL Alt testi	ort±SS	ort±SS	ort±SS	
Sosyal içe çekilme T puanı	52.6±5.1	51.8±3.4	52.4±4.6	0.922
Somatik sorunlar T puanı	54.4±4.8	60.2±5.8	56.0±5.6	0.044
Anksiyete depresyon T puanı	53.9±5.0	56.7±4.5	54.7±5.0	0.141
Sosyal sorunlar T puanı	53.1±5.1	54.2±3.5	53.9±4.6	0.177
Düşünce sorunları T puanı	56.5±6.8	57.2±7.3	56.7±6.8	0.838
Dikkat sorunları T puanı	55.5±7.2	59.5±7.9	56.7±7.5	0.181
Saldırgan davranış T puanı	53.5±3.9	56.5±5.4	54.3±4.8	0.154
Cinsel davranış T puanı	54.7±6.8	61.5±9.2	56.6±8.0	0.059
İçe yönelim T puanı	52.2±7.5	55.7±8.5	53.2±7.8	0.275
Dışa yönelim T puanı	50.1±7.8	56.2±4.3	51.8±7.3	0.127
Toplam sorun davranış T puanı	52.4±7.7	58.5±5.3	54.1±7.5	0.093

*Mann-Whitney U Test

Yenidoğan Döneminde Yapılan Kranial Ultrasonografi Bulguları İle Psikiyatrik Tanı Alma, Psikiyatrik İzleme Alınma ve Normal Olmayan Nörolojik Bakı Sonuçlarının İlişkisi:

Yenidoğan döneminde yapılan kranial ultrasonografi bulguları ile psikiyatrik tanı alma, psikiyatrik izleme alınma ve normal olmayan nörolojik bakı sonuçlarının ilişkisi Tablo 38’de gösterilmiş olup, ultrasonografi bulgusu normal yada bozuk olan olgularda anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 38: Yenidoğan Döneminde Yapılan Kranial Ultrasonografi Bulguları İle Psikiyatrik Tanı Alma, Psikiyatrik İzleme Alınma ve Normal Olmayan Nörolojik Bakı Sonuçlarının İlişkisi

	Kranial Ultrasonografi Bulgusu						p değeri
	Normal		Periventriküler Lökomalazi Mevcut		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%*	
Psikiyatrik tanı alma	5	33.3	1	16.7	6	28.6	0.424
Psikiyatrik İzleme Alınma	5	33.3	1	16.7	6	28.6	0.424
Normal olmayan nörolojik bakı	4	26.7	0	0.0	4	19.4	0.269

*=Kranial ultrason uygulanmış çocukların içindeki % oranı

TARTIŞMA

Bu çalışmada, prematüre çocuklardan oluşan olgu grubu, yazında doğum kilosuna göre sınıflandırma yapan çalışmalarda olduğu gibi (26,47,48) çok düşük doğum ağırlıklı (1500g. altında doğum kilosuna sahip) ve düşük doğum ağırlıklı (1501-2500g. arası doğum kilosuna sahip) olarak iki alt grupta değerlendirilmiştir. Çok düşük doğum ağırlıklı olgularda doğum kilosu ortalama 1276.3 ± 183.4 g., düşük doğum ağırlıklı grupta 2052 ± 310.1 g.dir. Kontrol grubu ise 3435 ± 662.2 g. ortalama doğum ağırlığına sahiptir. Her üç grupta yer alan çocukların doğum kiloları 10 ile 90 persentil sınırları içerisinde olup, gebelik yaşına göre düşük doğum kilolu olgu bulunmamaktadır. Çok düşük doğum ağırlıklı olgular ortalama 30.5 ± 2.7 gebelik haftasında doğmuşlardır. Düşük doğum ağırlıklı grup ise ortalama 33.8 ± 2.1 , kontrol grubu çocukları ise 39.3 ± 1.1 doğum haftasına sahiptir.

Yazında, doğum kilosu açısından bakıldığında, 1500g., özellikle de 1250g. altında doğum kilosuna sahip olguların gelişimsel, nörolojik ve davranışsal sorunlar açısından ciddi risk taşıdığı belirtilmektedir (19,32,50). Ayrıca doğum haftası göz önüne alındığında da gebeliğin 31. haftası ve altında doğan çocukların yüksek riskli bebekler (83) olarak tanımlandığı dikkati çekmektedir. Çalışmanın örneklemine bu çerçeveden bakılacak olursa, çok düşük doğum ağırlıklı grubun sonraki gelişimsel sorunlar açısından yüksek riskli grup sınırında yer aldığı, düşük doğum ağırlıklı grubun ise yüksek risk grubunda bulunmadığı dikkati çekmektedir.

Olguların yaş ortalaması, kronolojik yaş olarak, çok düşük doğum ağırlıklı grupta 58 ± 4.9 ay, düşük doğum ağırlıklı grupta 58.3 ± 5.4 ay, kontrol grubunda ise 56.0 ± 6.1 aydır. Üç grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Çalışma örnekleminin seçiminde konulan yaş ölçütü, DEÜTF yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen, çalışmada kullanılan ölçeklerin yaş aralıklarına uyan (CBCL uygulamasında alt sınır 4 yaş, AGTE uygulamasında üst sınır 5 yaş 6 ay) yaş grubunun 4 yaş 0 ay ile 5 yaş 6 ay olması nedeniyledir. Yazında prematürite ile ilgili çoğu çalışmada kronolojik yaş kullanılırken, bazı çalışmalarda (70,15) prematürite için düzeltilmiş yaş kullanıldığı dikkati çekmektedir. Düzeltilmiş yaş hesaplanırken, çocuğun doğması beklenen haftadan kaç hafta önce doğduğu belirlenerek çocuğun kronolojik yaşından

çıkarılır (70). Bu düzeltmenin 3 yaştan sonraki olgularda, düzetme yapılması yada yapılmamasının çalışma sonuçlarını etkilemediği öne sürülerek, düzeltilmiş yaş kullanılmasının gereksiz olduğu belirtilmiştir (74). Bu nedenle, bu çalışmada kronolojik yaşı kullanılması uygun bulunmuştur.

Çok düşük doğum ağırlıklı grup 7 (%46.7) kız, 8 (%53.3) erkek, düşük doğum ağırlıklı grup 14 (%50) kız, 14 (%50) erkek olgu içermekte olup, kontrol grubu 19 (%51.4) kız, 18 (%48.6) erkek çocuktan oluşmaktadır. Çok düşük doğum ağırlıklı, düşük doğum ağırlıklı ve kontrol gruplarının kendi içlerinde ve olgu ile kontrol grupları arasında, cinsiyet yönünden anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yazında, cinsiyetin prematürite ve onun komplikasyonlarının cinsiyetle ilişkisini araştırmayı amaçlayan çalışmalara rastlanmamakta, ancak sınırlı sayıda araştırmada erkek prematürelerin kız prematürelere göre gelişimsel risklerinin daha fazla olduğu yönünde verilere rastlanmaktadır (44).

Bu çalışmada, gelişim üzerine etkileri olabilecekleri düşünülen prenatal özellikleri değerlendirmek amacıyla olgu ve kontrollerin doğum öncesi döneme ait özgeçmiş bilgileri içerisinde annenin alkol, sigara, terapötik olan yada olmayan ilaç kullanımı, gebelikte geçirilen enfeksiyonlar, gebelikte radyasyon ile karşılaşılması, gebelik sırasında hipertansiyon olması, hiperemesis gravidarum, düşük tehdidi, psikososyal stresör varlığı, travma öyküsü ile çoğul gebelik ve düzenli tıbbi izlem öyküsü araştırılmıştır. Çalışmada çok düşük doğum ağırlıklı grupta %33.3 oranında gebelikte hipertansiyon saptanmıştır. Bu oran kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Çok düşük ve düşük doğum ağırlıklı grupların her ikisinde de çoğul gebelik istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Yukarıda sözü edilen diğer prenatal etmenler açısından çok düşük ve düşük doğum ağırlıklı olgu grubu ile kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bu etmenlere yazında prematürite nedenleri içerisinde yer verilmiş ve prematür doğumla birlikteliklerine dikkat çekilmiş, prematür doğumların yarısında bu etmenlerden birinin var olduğu belirtilmiştir (64,81). Annenin gebelikteki sağlığı, sigara, alkol terapötik olan yada olmayan ilaç kullanımı gibi etmenlerin prematür doğum öncesi olması yada olmamasının, prematür çocuklar içerisinde gelişimsel farklılıklara yol açtığı ve bu farklılıkların gelişim sürdükçe devam ettiği bildirilmiştir

(81). Prenatal etmenler içerisinde yer alan çoğul gebeliğin ise özellikle dil gelişimi açısından risk etmeni olduğu sınırlı sayıda çalışmada öne sürülmüştür (19).

Çalışmada yer alan her iki olgu grubunda çoğul gebelik ve çok düşük doğum ağırlıklı grupta gebelikte hipertansiyon dışında doğum öncesi risk etmeni saptanmamış olması; düzenli tıbbi izlemin çok düşük doğum ağırlıklı grupta %100, düşük doğum ağırlıklı grupta %92.2 gibi yüksek oranlarda olması yazında sözü edilen etiyolojik ve gelişim için risk oluşturan prenatal etmenlerin çalışma grubunda oldukça sınırlı olduğuna işaret edebilir.

Doğum kilosu ve doğum haftası ile birlikte perinatal süreçler içerisinde yer alan doğum şekli olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark taşımamaktadır ($p>0.05$). Her üç grupta sezaryan ile doğum oranı vaginal doğumdan yüksektir. Prematür doğumlarla ilişkili olarak yazında bildirilen sezaryan ile doğum oranı %68 olup (16), çalışmada saptanan çok düşük doğum ağırlıklı grup için %66.7, düşük doğum ağırlıklı grup için %78.6 oranlarıyla uyumlu sayılabilir.

Yenidoğan döneminde bebeğin karşılaştığı tıbbi bozuklukların şiddeti ve türü gelişimsel süreçlere ve prematüritenin kısa, orta ve uzun dönem sonuçlarına etki edebilecek perinatal etmenler olarak bildirilmektedir (48,49,67).

Bu çalışmada doğumdan sonraki dönemde çok düşük doğum ağırlıklı grupta olguların 3'de 2'si, düşük doğum ağırlıklı grupta olguların yaklaşık yarısında en az bir tıbbi komplikasyon öyküsü vardır. Her iki olgu grubu ve kontrol grubu arasında yenidoğan döneminde tıbbi komplikasyona sahip olma açısından anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 6). Sözü edilen tıbbi komplikasyonlar içerisinde hiperbilirubinemi ve respiratuvar distress sendromu kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Konvülsiyon, sepsis, pnömotoraks ve resüsitasyona gereksinim başta olmak üzere diğer komplikasyonlara çok az sayıda ve istatistiksel olarak anlam taşımayan oranlarda rastlanılmıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Yazında doğum sonrası yenidoğanı etkileyen tıbbi ve biyolojik süreçlerin özellikle ve ağırlıklı olarak küçük yaşlarda gelişime etki ettiği (2), prematüriteyle ilişkili tıbbi komplikasyonların prematür bebekler içerisinde farklı ve birbirine

benzeşmeyen gelişimsel profillerin oluşmasına yol açabileceği (80) bildirilmiştir. Prematür doğumla ilişkili olarak olgunlaşmamış organ işlevlerinin ve tıbbi tedavinin komplikasyonlarının, yenidoğan ölümlerine ve sonraki işlev yitimleri ve sorunlarına önemli etki yaptığı belirtilmiş, respiratuvar distres sendromunun 1000 ile 1250g. arası doğan çocuklarda %60, 1250-1500g. arası doğan çocuklarda ise %40 oranında görüldüğü ve özellikle sonraki işlev yitim ve sorunlarıyla doğrudan ilişkisi bulunduğu dikkat çekilmiştir. Hiperbilirubinemde benzer şekilde prematür doğumda oldukça sık görülen bir durum olarak belirtilmektedir (64). Aylward ve arkadaşları (1989), düşük doğum ağırlıklı prematüre çocukların izlem çalışmalarının metaanalizini yaptıkları yazılarında, perinatal etmenlerin farklılığının çalışma sonuçlarının yorumlanmasında yol açtığı güçlüklerle dikkat çekerek, optimal perinatal şartları respiratuvar distresin, intrakranial hemorajinin ve konvülziyonların olmaması olarak tanımlamışlardır (2).

Çalışmada respiratuvar distresin düşük ve çok düşük doğum ağırlıklı olgu grubunda anlamlı oranda fazla görülmesi, yazında yer alan bu bozuklukların oldukça sık görüldüğü bilgisiyle uyumludur. Konvülziyon öyküsünün olmaması, intrakranial hemoraji öyküsünün çalışmanın dışlama kriterleri içinde yer alması ile örneklemin, Aylward ve arkadaşlarının sözünü ettikleri optimal perinatal şartları kısmen karşıladığı anlamına gelebilir.

Hastanede kalış süresi perinatal dönemde prematür bebeğin karşılaştığı tıbbi komplikasyonların şiddetiyle ilişkilidir (49). Çalışmada kontrol grubundan hiçbir çocuğun yenidoğan döneminde yoğun bakım gereksiniminin olmadığı, çok düşük doğum ağırlıklı grupta olguların %60'ının 2 hafta ile 1 ay arasında, düşük doğum ağırlıklı grubun ise %71.4 oranında 2 haftadan daha kısa sürelerle hastanede kaldıkları belirlendi. Çok düşük doğum ağırlıklı tek bir olgu dışında hastanede kalış süresi 2 ayı geçen olgu örnekleme de yer almıyordu.

Yazında hastanede kalış süresini yenidoğanın daha sonraki bilişsel gelişimi ile ilişkilendiren çalışmalara rastlanmakta, hastanede kalış süresi uzadıkça bilişsel işlevlerin bozulduğuna dikkat çekilmekte (71), hastanede kalış süresinin yenidoğanın tıbbi durumunun önemli bir göstergesi olduğu ve ortalama 2 ayın altına indikçe sonraki gelişimsel komplikasyon oranlarının azalacağı belirtilmektedir (49). İnce motor performansın, dil gelişiminin, 2 ve 3. yaşlardaki

genel gelişimsel sonuçların, hastane de kalış süresi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (80).

Çalışmanın örneklem grubu bu açıdan ele alındığında, her iki olgu grubunun 2 aydan daha kısa sürelerle hastanede kaldıkları göz önüne alınırsa, gelişimsel risklerinin bu açıdan düşük olduğu söylenebilir.

Klauss ve Kennell (1970), bebeği yoğun bakımda olan annelerin bebeklerini kaybetme korkularıyla bebeklerine bağlanma davranışı geliştiremeyip, bebeklerini görme ve dokunmada isteksiz ve çekingen olabileceklerini öne sürmüştür. Doğumdan sonraki duyarlı dönemde anne ve bebeğin kısmen yada tamamen ayrılmasının anne çocuk ilişkisini etkileyerek psikososyal gelişime etki edebilecek sonuçlara yol açabileceği öne sürülmüştür (58). Bir başka çalışmada ise prematür bebeğin ilk kucağa alındığı süre bağlanma davranışı ile yakından ilişkili bulunmuştur (18).

Bu çalışmada davranış ve coşkusal sorunlara etki edebileceği bildirilen, daha sonraki anne-çocuk ilişkisini, dolayısı ile daha sonraki psikososyal gelişimi etkileyebilecek bir etmen olarak karşımıza çıkan (23), yoğun bakım sürecinde annenin bebeği ziyaret etmesi ve bu ziyaretler sırasında bedensel temasta bulunmaları öyküsü de araştırılmıştır. Çok düşük doğum ağırlıklı grubun anneleri bebeklerini düşük doğum ağırlıklı grubun yarısına yakın bir oranda ziyaret etmişlerdir. Çok düşük doğum ağırlıklı grupta anneler ağırlıklı olarak haftada bir yada 2 haftada bir bebeklerini görmeye gelmişlerdir. Çok düşük doğum ağırlığı grubun annelerinin %13.3'ü, düşük doğum ağırlıklı grubun ise %14.3'ü bebeklerini hiç ziyaret etmemişlerdir. Her iki olgu grubunun annelerinin yarıdan fazlasına bebeklerine dokunma izni verilmemiştir. Çok düşük doğum ağırlıklı grup en sık doğumdan sonra 1-2 ay içerisinde emzirilmeye başlanmış, düşük doğum ağırlıklı grup ağırlıklı olarak doğumdan sonraki 1 hafta içinde emzirilebilmişlerdir.

Prematür çocuğun gelişiminin ait olduğu ailenin yapısı, sosyoekonomik düzeyi, ebeveynlerinin eğitim düzeyi, ebeveynlerinin sağlık durumları ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (31).

Bu çalışmada, her iki olgu ve kontrol grubunda çekirdek aile yapısı en fazla görülenidir (Tablo 11). Çok düşük doğum ağırlıklı grupta ailelerin %73.3'ü, düşük

doğum ağırlıklı grupta ise %85.7'si, kontrol grubunda %83.8'i çekirdek aile yapısına sahiptir. Çok düşük doğum ağırlıklı grupta hiç parçalanmış aile bulunmazken, düşük doğum ağırlıklı grupta %3.6, kontrol grubunda ise %8.1 oranında parçalanmış aile mevcuttur. Geniş aile yapısı çok düşük doğum ağırlıklı grupta %26.7 düşük doğum ağırlıklı grupta %10.7, kontrol grubunda ise %8.1 oranındadır. Aile yapıları açısından kontrol ve olgu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Çok düşük doğum ağırlıklı grupta olgular %60 oranında üst, %20 oranında orta, %20 oranında da alt sosyoekonomik düzeye sahiptir. Düşük doğum ağırlıklı grupta ise üst sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin oranı %28.6, orta ve alt sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin oranı ise sırasıyla %39.3 ve %32.1'dir. Prematüre olgu grubu ile kontrol grubunun aileleri arasında sosyoekonomik düzey açısından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo12). Tüm grupların aileleri ağırlıklı ve yüksek oranlarda sosyal güvenceye sahiplerdir (Tablo 13).

Bu çalışmada ailelerin gebelik öyküsü de araştırılmış ve düşük doğum ağırlıklı grubun %92, çok düşük doğum ağırlıklı grubun %80, kontrol grubunun ise %62 oranında istenilen gebelik sonucu doğduğu öğrenilmiştir. Düşük doğum ağırlıklı grup daha fazla olmak üzere, her iki olgu grubu anlamlı düzeyde yüksek oranlarda infertilite tedavisi sonucu doğmuşlardır.

Olguların annelerinin yaş ortalaması çok düşük doğum ağırlıklı grupta 33.3 ± 5.6 , düşük doğum ağırlıklı grupta 33.4 ± 5.8 'dir. Babaların ise yaş ortalamaları aynı sıra ile 38.1 ± 7.4 ve 36.5 ± 5.9 'dur. Hem annelerde, hem de babalarda yaş ortalaması açısından kontrollere göre istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Tüm gruplarda ebeveynler orta yaş grubundan olup, hiçbir grupta adolesan yada geç yaşta doğum yapan ebeveyne rastlanmamıştır (Tablo 15).

Ebeveynlerin eğitim düzeylerine ilişkin sonuçlarda (Tablo 16) çok düşük doğum ağırlıklı grup olguların annelerinin en fazla (%46 oranında) üniversite mezunu olduğu, düşük doğum ağırlıklı grup annelerinin ise ağırlıklı olarak (%39.3 oranında) lise mezunu oldukları görüldü. Kontrol grubu annelerin de ağırlıklı olarak (%54.1 oranında) üniversite mezunu olduğu belirlendi. Lise ve

üniversiteden mezun olma oranları birlikte ele alındığında her üç grubun ağırlıklı olarak iyi eğitilmiş annelere sahip oldukları belirlendi. Çok düşük doğum ağırlıklı grupta babaların %60 oranında ve ağırlıklı olarak üniversite mezunu olduğu, düşük doğum ağırlıklı ve kontrol grup babaların da en fazla üniversite mezunu oldukları oranların ise sırasıyla %35.7 ve %48.6 olduğu görüldü.

Çalışmada yer alan grupların ebeveynlerinde ruhsal ve bedensel hastalık öyküsü araştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$).

Grupların kardeş özelliklerine bakıldığında ise, her üç grubun ağırlıklı olarak 1 kardeşe sahip oldukları ve çoğunlukla ilk çocuk oldukları dikkati çekmektedir. Kardeşlerinde bedensel ve ruhsal hastalık öyküsü açısından araştırıldığında da olgu grupları ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Yazında, çocuğun ait olduğu ailenin yapısı, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve sağlık durumları gibi sosyoekonomik durumla ilişkili etmenlerin gelişim üzerine önemli etkileri olduğu bildirilmektedir (31,47,50,67). Prematür çocukların zamanında doğmuş çocuklara göre çevresel etmenlere daha duyarlı oldukları öne sürülmüştür (30). Resnick ve arkadaşları (1999), 1000g. üzerinde doğum kilosuna sahip prematüre çocukların annelerinin eğitimi lise düzeyinden daha aşağıda ve parçalanmış ailelere sahiplerse bilişsel gelişimleri açısından risk altında olduklarına dikkat çekmişler ve bu etmenlerin bilişsel gelişim ve izleyen yıllarda okul başarısı üzerine doğum kilosundan 5 kat daha fazla etkisi olacağını belirtmişlerdir (47). Vohr ve arkadaşları (1983), sosyodemografik etmenlerin ilk 1 yıllık gelişim üzerine kısıtlı etkileri olduğu, ancak 5.yaşta bu etmenlerin oldukça önem taşıdığını, hatta sosyoekonomik düzeyle ilişkili etkenlerin, prematüritenin gelişim üzerine olası etkilerini değiştirip, düzeltebileceğini öne sürmüşlerdir. Özellikle orta ve üst sosyoekonomik düzeylerin, çevre zenginleştirici etmenler içererek bu iyileştirici etkileri yaptıklarını belirtmişlerdir (72). Bazı çalışmacılar sosyoekonomik etmenlerin gelişim için önemini vurgularken, konunun oldukça karmaşık olduğuna ve prematüritenin gelişim üzerine etkilerini konu alan çalışmaların sosyoekonomik etmenler göz ardı edilmeden dikkatle yorumlanması gerektiğine değinmektedirler (31).

Bu çalışma, aile özelliklerinin gelişime etkisi açısından ele alınırsa, infertilite tedavisi sonucu doğmuş olma gibi yazında sonraki davranış ve gelişim üzerine olumsuz etkisi olacağı belirtilen (23) etmen dışında; prematüre grubun oldukça iyi eğitilmiş annelere sahip olduğu, ebeveynlerinde ruhsal ve fiziksel hastalık öyküsü açısından kontrol grubundan fark göstermedikleri, ailelerin ağırlıklı olarak üst ve orta sosyoekonomik düzeyde aileler oldukları, çok yüksek oranlarda sosyal güvenceye sahip oldukları dikkati çekmektedir. Ailelerin bu özellikleri göz önüne alınırsa düşük riskli aileler oldukları söylenebilir.

Çalışmada değerlendirilmesi planlanan gelişimsel süreçler ve olası sorunlar şu başlıklar altında ele alınmıştır; dil-bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal beceri ve öz bakım becerileri alt başlıklarını içeren genel gelişim, davranış ve coşkusal gelişim ve nörolojik durum. Örneklemede yer alan tüm çocukların genel gelişim düzeyleri, dil-bilişsel, ince ve kaba motor, sosyal ve öz bakım becerileri ile davranışsal ve coşkusal gelişim ve özellikleri ruhsal bakıları yapılarak değerlendirilmiştir. Ruhsal bakımının yanı sıra, gelişim düzeyleri için Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE), davranışsal özellikleri saptamaya yönelik ise Çocuklar ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) kullanılmıştır. Olguların nörolojik durumları DEÜTF Çocuk Hastalıkları Çocuk Nörolojisi tarafından yapılan nörolojik bakı ile değerlendirilmiştir

Olgu ve kontrol gruplarının ruhsal bakıları sonucunda elde edilen veriler iki başlıkta değerlendirilmiştir. Bakı sırasında izlenen klinik bulgular, bir tanı koymaya yetecek şiddet yada süre kriterini karşılamıyorsa belirti düzeyinde alt başlığı içerisinde ele alınmışlardır. Eğer saptanan bulgular bir ruhsal tanı kriterini karşılıyorsa, bu veriler de alınan ruhsal tanı alt başlığı içinde değerlendirilmiştir.

Gruplarda belirti düzeyinde saptanan ruhsal bakı bulguları sosyal ve akran ilişki sorunları, fonolojik kusurlar, hiperaktivite, impulsivite, dikkat eksikliği, anksiyete ve depresif belirtilerdir (Tablo 20). Prematüre grupta sosyal ve akran ilişki sorunları, kontrol grubundan yaklaşık 2-2.5 kat, fonolojik kusurlar 2 kat, hiperaktivite 5-7.5 kat daha fazla görünmesine karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Dikkat eksikliği de hiperaktiviteye çok benzeyen oranlarda saptanmış bu bulgu içinde istatistiksel anlamlılık saptanamamıştır ($p>0.05$). Impulsivite, anksiyete ve depresif belirtiler açısından da gruplar arasında

fark görülmemiştir ($p>0.05$). Özetle, istatistiksel olarak anlam taşımamakla birlikte, prematüre olgu grubunda sosyal ve akran ilişki sorunları, fonolojik kusurlar, hiperaktivite ve dikkat eksikliği kontrol grubuna göre daha fazla saptanmıştır.

Gelişim testi sonuçlarına kör olarak yapılan ruhsal bakı sonrasında gelişimsel gerilik düşünülen olguların çok düşük doğum ağırlıklı grupta anlamlı oranda yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gelişimsel gerilik bir DSM-IV (1) tanısı olmamakla birlikte çocuk psikiyatrisi literatüründe dil-bilişsel gelişim, motor becerilerin gelişimi, sosyal becerilerin gelişimi alanlarının bir yada daha fazlasında gecikmelerin olduğu özellikle okul öncesi olguları tanımlamada kullanılmaktadır (33).

Düşük doğum ağırlıklı grupta bu tanıya %3.6 oranında rastlanırken, kontrol grubundan hiçbir çocuk bu tanıyı almamıştır. Enüresis nokturna, kekemelik, stereotipik davranış bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu saptanan diğer ruhsal tanılar içerisinde olup, her iki olgu grubu ve kontrol grupları arasında bu tanılar açısından istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0.05$). Grupların aldıkları ruhsal tanılar Tablo 21’de özetlenmiştir.

Olgu ve kontrollerin aldıkları toplam psikiyatrik tanı oranı ise çok düşük doğum ağırlıklı grupta %40.0, düşük doğum ağırlıklı grupta ise %25’dir. Kontrol grubunda %2.7 olan bu oran, her iki prematüre grubu için istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 21). Gelişimsel gerilik tanısı dışarıda bırakılarak yapılan istatistiksel çalışmada ise çok düşük doğum ağırlıklı grubun kontrol grubundan anlamlı oranda fark göstermediği, oysa düşük doğum ağırlıklı grubun anlamlı oranda fazla tanı almayı sürdürdüğü görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 22).

Yapılan ruhsal bakı sonucunda izleme alınan olguların sayısı da olgu grupları için kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 23).

Yazında prematür çocuklarda, ciddi duyuşsal ve nörolojik sorunları olmasa da davranış ve coşkusallık açısından sorunlarla daha sık karşılaşıldığı belirtilmektedir (34,35,52,57,75,83,). Kuperus ve arkadaşları (1993) ise, bu çocuklarda DSM-IV tanı ölçütlerini karşılayacak psikiyatrik bozukluklar oluşmadan önce bazı sorun davranışların saptanabileceğini ileri sürmüşlerdir (75). Sıkça görülen sorunlar

içerisinde anksiyete, fobik özellikler, somatik yakınmalar ve davranım bozuklukları başlığı altında ele alınan antisosyal ve saldırgan davranışlar (44), özellikle çok düşük doğum ağırlıklı grupta depresif belirtiler (16,75), sosyal işlevsellikte sorunlar, aşırı utangaçlık, akran ilişki sorunları yer almaktadır (44). Hiperaktivite de prematür çocuklarda sıkça bildirilen davranış sorunları içerisinde yer almakta, özellikle erkek prematürelere kontrol grubundan 4 kat daha fazla bildirilen çalışmalara rastlanmaktadır (52). Dikkat eksikliği ise bu grup çocukta %14 oranında bildirilmektedir (57).

Öte yandan yazında, sayıları daha az olmakla birlikte, prematür çocukların davranış özellik ve sorunları açısından kontrol grubu çocuklardan anlamlı farklılıkları olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (74). Özellikle pre ve perinatal risklerin düşük olduğu çocuklarda davranış sorunları açısından zamanında doğmuş çocuklara göre anlamlı farklılığın saptanmadığına dikkat çekilerek, bu çocukların aktivite düzeylerinde ılımlı artışların olabileceği, bu durumunsa birlikte olabilecek nörolojik anomaliden kaynaklanacağı öne sürülmektedir (74).

Prematüre çocuklarda davranış ve coşkusallık özelliklerinde araştırıldığı bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında belirti düzeyinde sosyal ve akran ilişki sorunları, fonolojik bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite kontrol grubuna göre yüksek oranlarda görülmesine karşın istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. İstatistiksel anlamlılığın saptanamamış olması örneklem sayısının düşüklüğü sonucu olabilir. Ayrıca anlamlılığın olmaması, yazında az sayıda yer alan düşük riskli prematüre çocuklarda davranış sorunlarının kontrol grubu çocuklardan farklı olmadığı bilgisiyle de uyumlu olabilir. Öte yandan ruhsal belirtisi olan toplam olgu sayısına bakıldığında, düşük doğum ağırlıklı grupta kontrol grubuna göre anlamlı oranda ruhsal belirti olduğu saptandı. Çok düşük doğum ağırlıklı grup ise bu açıdan kontrol grubundan anlamlı farklılık göstermedi. Bu bulgu akla düşük doğum ağırlıklı grupta orta sosyoekonomik düzeyde ailenin fazla oranda olması, çok düşük doğum ağırlıklı ve kontrol gruplarında ise ağırlıklı olarak yüksek sosyoekonomik düzeye sahip aile bulunması gibi çevresel etmenlerle, ebeveyn tutumlarının ruhsal belirti oluşmasına etkileri olabileceğini

akla getirmektedir. Ayrıca, yazında da yer aldığı gibi belirti düzeyinde saptanan ruhsal bulgular daha sonraki ruhsal bozukluğun öncül belirtileri de olabilir.

Çok düşük doğum ağırlıklı grupta prenatal risk etmenlerinin düşük olması, optimal perinatal şartların kısmen karşılanıyor olması, iyi eğitilmiş annelere sahip olmaları, üst sosyoekonomik düzeye ait olmaları gibi olumlu çevre şartlarına karşın, çok düşük doğum kilosuna sahip olmaları ve perinatal komplikasyon oranlarının anlamlı oranda yükseklik göstermesi ile ilişkili olarak gelişim geriliği tanısını yüksek oranlarda aldıkları düşünülebilir.

Yüksek tanı oranının gelişimsel gerilikle ilişkisini netleştirmek ve bu tanı dışında olabilecek dağılımları saptayabilmek amacıyla, istatistiksel değerlendirme gelişim geriliği tanısı dışarıda bırakılarak tekrarlanmıştır. Bunun sonucunda ise çok düşük doğum ağırlıklı grubun ruhsal tanı alma oranı açısından kontrol grubundan fark göstermemesi, düşük doğum ağırlıklı grubun ise anlamlı oranda fazla tanı almayı sürdürmüş olması dikkat çekicidir. Ruhsal belirtiye sahip olma gibi, ruhsal tanı alma oranı da, düşük doğum ağırlıklı grupta sosyoekonomik düzeyin, çok düşük doğum ağırlıklı ve kontrol grubuna göre, daha düşük olması ve ebeveyn tutumlarıyla ilişkili olabilir.

Diğer yandan çalışmanın örnekleme bakılacak olursa, düşük doğum ağırlıklı grupta çoğul gebelik oranının %50 gibi oldukça yüksek oranda olduğu dikkati çeken özellikler arasındadır. Yazında ikiz çalışmaları farklı ruhsal bozuklukların etiyolojilerinin araştırılması ve genetik yatkınlığın belirlenmesi amacıyla sıkça karşımıza çıkmaktadır. Genetik yapılarından dolayı ikizler insan gelişiminde genetik etmenlerin rolünün incelenmesine olanak sağlamaktadır (73). Ancak genetik, organik bakış açısı dışında ikiz olmanın ruh sağlığını ne yönde etkileyebileceği yönünde güncel verilere yazında rastlanmamıştır. Bu konuya sınırlı sayıda klasik kitap içerisinde yer verilmiştir. Howlin çoğul gebeliğin etkilerini konu alan yazısında bu çocukların ebeveynleri ile bireysel ilişki kurma şanslarının daha az olduğuna dikkat çekmiş ve bu çocukların bazı dil becerilerini yaşıtlarına göre daha yavaş edindiklerine değinmiştir (17). Volkan ve Ast (1998) ikizliğin beraberinde bireysellik, kendilik görünümü ve kimlik, ego farklılaşması, yoğun rekabet yada aşırı yoğun bağlar kurma gibi riskler taşıyabileceğini aktarmışlardır (73).

Bu çalışmada, çoğul gebelik sonucu doğan olguların yapılan ruhsal bakı sonrasında, çoğul gebelik sonucu doğmamış olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek oranda ruhsal tanı aldıkları belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu durum çoğul gebelik oranı %50 düzeyinde olan düşük doğum ağırlıklı grubun diğer gruplara göre yüksek oranda ruhsal tanı almasına katkıda bulunmuş olabilir. Bu katkı birkaç şekilde gerçekleşmiş olabilir. Ruhsal bozukluğa yatkınlık oluşturabilecek genetik etkilerin çalışma örneklem grubuna, ikiz kardeşlerin her ikisi de örneklem içinde yer alması nedeniyle, iki kat yansıdığı düşünülebilir. Ayrıca ikiz olmanın beraberinde getirmiş olabileceği psikososyal risklere düşük doğum ağırlıklı grup daha açık olabilir. Bu nedenlerle bu grupta psikopataoloji oranı diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuş olabilir.

Ayrıca, düşük doğum ağırlıklı olgu grubunun, çok düşük doğum ağırlıklı olgu grubundan daha fazla oranda ruhsal belirti ve ruhsal tanıya sahip olması çalışmanın yöntemsel sorunları ile de ilişkili olabilir. Çalışmanın örnekleminde yer alan olguların ebeveynleri çocukluk çağı ruhsal hastalık öyküsü açısından sorgulanmamıştır. Dolayısı ile olguların ruhsal belirti ve tanıya sahip olma oranına etki edebilecek önemli bir etmen olan aile yüklülüğü belirlenememiştir.

Her iki olgu grubunda psikiyatrik izleme alınma oranlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunması, çok düşük doğum ağırlıklı grupta anlamlı oranda yüksek gelişim geriliği tanısı alınmış olması ile ilgili görünmektedir. Düşük doğum ağırlıklı grupta anlamlı oranda yüksek psikiyatrik izleme alınma oranları, ruhsal belirtiye sahip olan ve gelişim geriliği dışında kalan tanıları alan olguların anlamlı düzeyde yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Olguların yapılan nörolojik bakılarında (Tablo 25) çok düşük doğum ağırlıklı grupta %13.3, düşük doğum ağırlıklı grupta ise %16 oranlarında nörolojik bozukluk saptanmıştır. Belirlenen nörolojik bulgular içerisinde disdiyakokinezi, dismetri, pupiller asimetri, bilateral babinski pozitifliği, 4/5 oranında kas gücü, hiperaktif derin tendon refleksleri yer almaktadır. Çok düşük doğum ağırlıklı grup patolojik nörolojik bulguya sahip olma açısından kontrollerle karşılaştırıldığında 'p' değeri 0.079 olarak saptanmıştır. Bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Düşük doğum ağırlıklı grup ise kontrollere göre anlamlı düzeyde

fazla nörolojik patolojik bulguya sahiptir ($p<0.05$). Düşük doğum ağırlıklı grupta üç çocuğa ailelerinin izin vermemesi nedeniyle nörolojik bakı yapılamamıştır.

Major nörogelişimsel bozuklukları olmayan prematürelerin nörolojik değerlendirmelerine yer veren çalışmalarda, bu çocuklarda disdiyadokokinezi, distonik hareketler (32), duyarlı prematür beyinin iskemik hasarlanması sonucu göz hareketlerinde sorunlar, nistagmus, kas gücü kayıpları (12), silik motor bozukluklar görüldüğü bildirilmiştir (38).

Çalışmada düşük doğum ağırlıklı grupta anlamlı düzeyde nörolojik bakıda bozukluk saptanması yazınla uyumludur. Ancak çok düşük doğum ağırlıklı grupta kontrol grubundan 13 kat daha fazla nörolojik bozukluk saptanması ve anlamlılık sınırına çok yakın olmasıyla birlikte, istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durumun örneklemin sayısal kısıtlılığı ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Diğer yandan düşük doğum ağırlıklı grupta belirti düzeyinde psikopatoloji, ruhsal tanı alma oranlarının da yüksek olduğu anımsanacak olursa, yazında yer alan davranış sorunlarının nörolojik bozukluklardan kaynaklanabileceği (74) verisi ile uyumlu olarak, ruhsal bakıda saptanan bozukluklara nörolojik sorunların da etki etmiş olabileceği düşünülebilir.

Ankara Gelişim Tarama Envanteri sonuçlarında (Tablo 26) çok düşük doğum ağırlıklı ve düşük doğum ağırlıklı grubun genel gelişimlerinin benzer yaş ve sosyoekonomik düzeydeki kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde geri olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Genel gelişim T puanı ise her iki olgu grubu için kontrollerden anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.001$) (Tablo 27). Ayrıca genel gelişim T puanı doğum kilosuyla anlamlı düzeyde uyumlu bulunmuştur ($r=0.3$, $p=0.002$). Çok düşük doğum ağırlıklı grubun kontrol grubuna göre dil-bilişsel alanda da anlamlı geriliği olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Dil-bilişsel gelişimin düşük doğum ağırlıklı grupta %14.3 oranında geri kaldığı, bu oranın kontrol grubu çocuklarında %2.7 olduğu dikkati çekmektedir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte ($p>0.05$) çok düşük doğum ağırlıklı grupta kontrol grubuna göre yaklaşık 2.5 kat, düşük doğum ağırlıklı grupta ise 2 kat daha fazla ince motor becerilerde bozukluk saptanmıştır. Sosyal beceri ve öz bakım alanlarında çok düşük doğum ağırlıklı grubun %13.3, düşük doğum ağırlıklı grubun %7.1, kontrol

grubunun ise %2.7 oranlarında bu alanda gerilik gösterdiği belirlenmiştir. Sosyal beceri ve öz bakım alanlarında da düşük doğum ağırlıklı grup kontrollere göre yaklaşık 5 kat daha sorunludur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Kaba motor gelişimle ilişkili geriliğe her iki olgu ve kontrol grubunda rastlanmamıştır.

Yazında özellikle çok düşük doğum ağırlıklı grubun, ince ve kaba motor becerilerle sosyal beceriler alanlarında zamanında doğmuş çocuklara göre anlamlı düzeyde gerilikleri olabileceği bildirilmiştir (32,80) Bu veriler başka çalışmalarca da desteklenmiş, prematüre çocukların motor performans açısından kontrol grubu çocuklara göre 2 kat daha fazla bozukluklara sahip olduğu öne sürülmüştür (32). Major nörolojik anomalisi olmayan prematüre grupla yapılan diğer araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş (55), prematüre çocuklarda genel gelişimsel geriliğe eşlik eden dil gelişimi geriliklerinin bulunduğu belirtilmiş, dil gelişim sorunlarının %11 oranında görülebileceği bildirilmiştir (48). Yazında prematür çocukların minor gelişimsel anomaliler olarak tanımlanan ince ve kaba motor beceriler, dil becerileri, dikkat ve sensorimotor işlevlerde kontrol grubuna göre iki kat daha fazla sorun yaşadıkları gösterilmiştir (13).

Çalışmanın genel gelişim ve dil-bilişsel alanı ilgilendiren sonuçları yazınla uyum göstermektedir. Genel gelişim T puanının doğum kilosu düştükçe düşmesi ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bulunması (Tablo 32) dikkat çekici ve yazınla uyumludur (26,48). Doğum kilosunun etkisinin yanı sıra, genel ve dil bilişsel gelişimin hastanede kalış süresi daha uzun olan çok düşük doğum ağırlıklı grupta kontrollere göre anlamlı düzeyde bozuk olması, hastanede kalış süresi daha kısa olan düşük doğum ağırlıklı grupta, dil bilişsel gelişimde anlamlı oranda bozukluk saptanmaması, yazın bilgisiyle uyumludur (80). Çok düşük doğum ağırlıklı grubun hastanede kalış süreleri, yazında sözü edilen gelişimsel riskin arttığı 2 aydan (49) çok daha az olmasına rağmen, genel gelişim düzeyleri kontrol grubuna göre belirgin ve anlamlı olarak daha geridir. Dolayısı ile yenidoğan döneminde hastanede kalış süresinin, yazına göre perinatal hastalığın şiddetinin (49), sonraki gelişim üzerine etkisini, gelişimi etkileyebilecek olan doğum kilosu gibi diğer perinatal ve çevresel etmenlerle birlikte ele alınmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda ince motor ve sosyal beceri ve öz bakım becerileri alanlardaki gerilikler yüksek oranlarda saptanmış ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum, çalışmanın en önemli kısıtlılığı olan olgu sayısının azlığına bağlanabilir. Öte yandan yazında gelişim, pre, peri ve postnatal değişkenlerle yakından ilişkili olarak bildirilmektedir (80). Ayrıca çocuğun içinde yaşadığı ailenin sosyoekonomik düzeyi (72) gelişimin farklı alanlarına etki etmekte, bu açılardan heterojen olan prematür çocuklar içerisinde farklı gelişimsel profillerin oluşmasına yol açtığı bildirilmektedir (80).

Çalışmada yer alan her iki olgu grubunun prenatal döneme ilişkin özgeçmiş bilgileri hatırlanacak olursa, olguların gelişimsel açıdan risk taşıyan prenatal etmenlere oldukça az oranda sahip oldukları dikkati çekecektir. Bu döneme ilişkin risklerinin düşük olması da ince ve kaba motor beceriler ile sosyal ve öz bakım becerilerinde istatistiksel olarak anlamlı olmayan fark saptanmasına yol açmış olabilir. Diğer yandan çoğul gebelik oranının %20 olduğu çok düşük doğum ağırlıklı grupta dil-bilişsel becerilerin anlamlı oranda düşük olması, çoğul gebelik oranının %50 olduğu düşük doğum ağırlıklı grupta ise dil-bilişsel gelişimin kontrol grubundan anlamlı fark göstermemiş olması, çoğul gebeliğin dil gelişimi üzerine olumsuz etki ettiği yönündeki sınırlı sayıda yazın bilgisiyle uyumlu görünmemektedir. Dolayısı ile bu çalışma çoğul gebeliğin dil gelişimi üzerine olumsuz etki yaptığı verisini desteklememektedir.

Olgu grubu Aylward ve arkadaşlarının (1989) sözünü ettikleri daha önce değinilen optimal perinatal şartları kısmen karşılamaktadır. Bu durum da, olguların anlamlı düzeyde genel gelişim geriliklerinin olmasına rağmen ince ve kaba motor, öz bakım becerileri gibi gelişimin bazı alanlarında anlamlı düzeyde sorun yaşamamaları ile ilişkili olabilecek bir başka etmen olabilir.

Ayrıca olgu grubunun doğum öncesi özgeçmiş bilgileri, aile özellikleri ve sosyoekonomik düzey gibi olumlu çevre şartlarına sahip oldukları ve yazında yer alan olumlu çevre şartlarının prematüritenin özellikle 5 yaşa gelindiğinde olabilecek olumsuz etkilerini iyileştirici etki yaptığı (72) verisi anımsanacak olursa, bu durumun ince ve kaba motor becerileri, sosyal beceri ve öz bakım becerilerinin, kontrol grubu düzeyinde olmasa da, iyileştirilmesine yardımcı dokunduğu düşünülebilir. Ancak, doğum haftası, doğum kilosu ve perinatal tıbbi

durum gibi perinatal etmenlerin genel gelişim üzerine olabilecek olumsuz etkileri bu örneklem grubunda zenginleştirici çevre şartlarına rağmen giderilememiş ve her iki prematür grubun genel gelişimleri kontrollerden anlamlı düzeyde geri seyretmiş olabilir.

Herrgård ve arkadaşları (1993) prematürelerde gelişimsel özellikleri konu alan çalışmaları sonucunda, prematür çocukların dil gelişimi, bellek ve dikkat işlevlerinde de bozuklukların olabileceğini bildirmiş, major nörogelişimsel bozuklukları olmayan olgularda dahi, özellikle doğum haftası 32 haftanın altında ise, yapılan zeka testleri sonuçlarında anlamlı düzeyde düşük IQ puanlarına sahip oldukları belirtilmiştir. Çalışmacılar prematüre olgu grubunun %45'inde en az bir nörogelişimsel alanı ilgilendiren sorun olduğunun altını çizmişlerdir. Çalışmalarında dil becerileri ve motor becerilerde sorunları olan prematüre çocukların, IQ düzeyleri ne olursa olsun, ileriki yaşamlarında öğrenme sorunları açısından büyük risk taşıdıklarına dikkat çekilmişlerdir (13). Yazında bu görüşü destekleyen diğer araştırmalara da rastlanmakta, prematür çocukların, özellikle 1500g.altında doğum kilosuna sahip olguların, kontrol grubu çocuklara göre anlamlı düzeyde fazla öğrenme bozukluğuna sahip oldukları bildirilmektedir (51). Ross ve arkadaşlarının (1991) yaptığı çalışmada çok düşük doğum ağırlıklı grupta %8 oranında mental retardasyon, %14 oranında da sınırdaki entelektüel işlev tanımlanmaktadır (50).

Ankara Gelişim Tarama Envanteri bir gelişim testidir. Dolayısı ile uygulanan çocukların IQ puanları konusunda bilgi verememekte ve yazında gelişim testi sonuçlarının sonraki zeka düzeyi konusunda net bilgi veremeyeceği bildirilmektedir (46). Ancak Hille ve arkadaşları (1994) 5. ve 9. yaşlarda değerlendirdikleri prematüre çocuklarda, 5. yaştaki gelişimsel geriliklerin 9.yaştaki okul başarısı ile yakından ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (26). Bu çalışmada elde edilen her iki olgu grubunun genel gelişim düzeylerinin geri olması ve genel gelişim T puanının her iki olgu grubu için anlamlı düzeyde düşük olduğu yönündeki veriler, Hille ve arkadaşlarının verisi doğrultusunda değerlendirilecek olursa, genel gelişim geriliği yanı sıra dil bilişsel gelişim gerilikleri de olan çok düşük doğum ağırlıklı olguların kontrol gruplarından daha fazla oranda okul başarı sorunları yaşayabilecekleri anlamına gelebilir.

Ankara Gelişim Tarama Envanteri sonuçlarının ruhsal tanı almayla ilişkisi araştırıldığında, ruhsal bakı sonucu tanı alan olguların gelişim testi sonuçlarında, genel gelişim ($p<0.001$), dil-bilişsel gelişim ($p<0.001$), ve sosyal ve öz bakım becerileri gelişimlerinin ($p<0.05$) tanı almayan gruba göre anlamlı oranda düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 28). Çalışmada ruhsal bakı ile ağırlıklı ve anlamlı düzeyde gelişim geriliği tanısının koyulması gelişim testi sonuçlarıyla uyushmaktadır. Ruhsal tanı alan olgularda gelişim geriliklerinin daha sık saptanmış olması da yazındaki davranış sorunlarının bilişsel gelişimle ilişkili olabileceği bilgisiyle uyumludur (75).

Prematür çocuklarda gelişimi oldukça önemli oranda etkileyen bir başka etmen de beyin hasarlanmasıdır (76). Bu çalışmada olguların yenidoğan yoğun bakım ünitesinde uygulanan kraniyal ultrasonografi bulguları ile gelişim alanları, nörolojik bakı ve davranış sorunları arasında ilişki araştırılmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ve hastane kayıtları incelendiğinde çalışmaya katılan çok düşük doğum ağırlıklı grubun %66.7'sine, düşük doğum ağırlıklı grubun ise %39.1'ine kraniyal ultrasonografi uygulandığı görülmüştür. Kraniyal ultrasonografi uygulanan çok düşük doğum ağırlıklı olguların %60.0'da normal bulgular, %40.0'da ise periventriküler lökomalazi bulunduğu görülmüştür. Düşük doğum ağırlıklı grupta ise olguların %71.4'ünde normal bulgular, %28.6'sında periventriküler lökomalazi saptanmıştır. Olguların kraniyal ultrasonografi bulguları ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri alt testleri, genel gelişim T puanı ve nörolojik bakı sonuçları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yazında prematür yenidoğanların ultrasonografik incelenmeleri sonucunda sıkça germinal matriks kanaması, intraventriküler kanama, parankimal lezyonlar ve ventriküler genişlemeye rastlandığı bildirilmiştir (42). 1500g. altındaki doğum kilosuna sahip prematürelde %3-4 oranında görülen, beyaz cevherde izlenen periventriküler lökomalazilerin kimi olgularda kistik genişlemelere ve ventriküler genişlemelere yol açacağı (43) ve ventriküler genişleme ile parankimal lezyonların daha sonraki mental retardasyonun önemli prekürsörleri ve entelektüel işlevselliğin en önemli belirleyicileri oldukları öne sürülmüştür (77). Ancak bu tür değişikliklerle seyretmeyen periventriküler lökomalazilerin gelişim üzerilerine etkileri henüz netlik kazanmamış, bu nedenle periventriküler ekodansite teriminin

aslında daha uygun olacağı öne sürülmüştür (4). Hatta bazı araştırmacılar bu tür lezyonları zamanında doğan yenidoğanlarda da % 20 oranlarında saptamışlardır (38). Bu bulgunun oldukça öznel bir veri olduğu, ultrason operatörünün deneyimi ve cihazın teknik özellikleriyle ilişkili olarak yanlış pozitiflerin yüksek oranlarda bildirildiği de yazında yer almaktadır (4)

Bu çalışmada gelişim üzerine olumsuz etkisi olacağı bilinen, yukarıda sözü edilen, germinal matriks kanaması, intraventriküler kanama, parankimal lezyonlar ve ventriküler genişleme gibi kranial ultrasonografi bulgularına sahip oldukları belirlenen olgular örneklem dışında bırakılmış, gelişimsel açıdan prognostik önemi netleşmemiş, kistik genişlemelerle seyretmeyen periventriküler lökomalazileri olan olgular çalışmaya alınmışlardır. Çalışma sonuçları, bu lezyonlarla gelişim özellikleri ve nörolojik bakı sonuçlarının ilişkili olmadığı yönündedir. Ancak olgu sayısının azlığı nedeni ile sonuçlar dikkatle yorumlanmalıdır.

Yazın gözden geçirildiğinde prematüre çocukların davranış ve coşkusal gelişim ve özelliklerine ilişkin çeşitli yöntemsel farklılıklardan kaynaklanan çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Özellikle okul öncesi çocuklarda coşkusal ve davranış özelliklerini değerlendirmenin güçlüklerine dikkat çekilerek, hem klinik hem de ebeveyn değerlendirmesinin birlikte ele alınması gerektiği öne sürülmektedir (75). Bu neden göz önüne alınarak bu çalışmada prematüre çocuklarda davranış ve coşkusal gelişim ve sorunları ruhsal bakının yanı sıra ebeveynler tarafından işaretlenen Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) ile değerlendirilmiştir.

Çalışmada yer alan grupların CBCL sonuçlarında, her iki prematür alt grupta somatik sorunlar T puanı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer CBCL alt testleri olan sosyal içe dönüklük, anksiyete ve depresyon, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, saldırgan davranış, cinsel sorun davranış, içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun davranış T puanlarında kontrol gruplarına göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yazında davranış sorunlarını CBCL ile değerlendiren çalışmalarda (52,57), prematür çocukların özellikle sosyal yeterlilik alanlarında sorun yaşadıkları

bildirilmekte, davranış sorunları açısından özellikle erkek prematürelerde davranım bozukluğu ile ilişkili olabilecek saldırgan davranış, ve hiperaktivitenin daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Schothorst ve arkadaşlarının 1996 yılında yaptıkları çalışmada özellikle 32 haftadan önce doğmuş çocuklarda sosyal sorunlar T puanlarının kontrol grubu çocuklara göre anlamlı yükseklik gösterdiği bildirilmektedir. Aynı çalışmada somatik sorunlar T puanının yüksek olduğu ve özellikle ilkokul yaşlarının başından başlayarak yaşla bu sorun davranışta artışın gözlemlendiği bildirilmiştir. Dikkat sorunları ve saldırgan davranış T puanlarının ise erkek prematürelerde okul öncesi dönemde yüksek bulunduğu, ve bu sorun davranışların yaşla azalma eğiliminde olduğuna dikkat çekilmiştir. Araştırmacılar elde ettikleri bu sonuçların, çalışmalarının örnekleminde yer alan gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlıklı ve 32 gebelik haftasından önce doğmuş çocuklardan kaynaklandığını, perinatal riskleri daha az olan prematürelerin ise genel popülasyona benzer davranış özellik ve sorunlarına sahip olduklarını belirtmişlerdir (57).

CBCL kullanan çalışmalarda ölçeğin ebeveynler tarafından dolduruluyor olmasının etkilerine değinilmiş ve çocuklarının yaşamlarının ilk yıllarında davranış sorunlarına daha duyarlı olabilen ebeveynlerin daha sonra bunlara tolerans geliştirerek daha az oranda bildirdiklerine dikkat çekilmiştir (52,57).

Olguların CBCL sonuçları, somatik yakınmaların ebeveynler tarafından fazla bildirilmeleri dışında, ruhsal bakıda saptanan belirtiler ve gelişim geriliği dışındaki tanılar ayrı ayrı ele alındığında, kontrol grubuna göre anlamlı farklılık göstermemesiyle uyumlu olarak değerlendirilebilir. Ancak ruhsal belirtiye ve ruhsal tanıya sahip olma oranının özellikle yüksek olduğu düşük doğum ağırlıklı grup için toplam sorun davranış T puanının yüksek olmaması dikkat çekicidir. Bu durum, yazında da değinildiği gibi, prematür çocukların ebeveynlerinin, var olan davranış sorunlarına tolerans geliştirmiş ve daha az oranda bildirmiş olması ile ilişkili olabilir.

Öte yandan yazında çocukluk çağında bazı ruhsal bozuklukların somatik yakınmalarla birlikteliğinden söz edilmektedir. Bunların içinde sıkça baş ağrısı, bulantı, kusma, karın ağrısı gibi bedensel yakınmaların eşlik edebileceği ayrılık anksiyetesi, sosyal fobi, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu gibi

anksiyete bozuklukları ve depresyonun bulunduğu bildirilmekte, bu ruhsal bozukluklarda hekime başvuru nedeninin somatik yakınmalar olabileceğine dikkat çekilmektedir (39). Çalışmada CBCL alt ölçeği olan somatik sorunlar T puanının prematür grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanması ve özellikle düşük doğum ağırlıklı grupta anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanan ruhsal belirti ve ruhsal tanı oranının bulunması, bir ruhsal sorunun kendisini somatik yakınmalar olarak gösteriyor olması ile de ilişkili olabilir.

Prematür çocuklarda genel gelişim, davranış ve coşkusallık ve sorunlarına prenatal, perinatal ve postnatal etmenler kadar etkili olabilecek ebeveyn tutumları da çalışmada araştırılmıştır. Bu veriler ülkemizde çalışmanın örneklem yaşına uygun olarak ebeveyn tutumunu değerlendirebilecek tek ölçek olan, ebeveynlerce işaretlenen, Aile Hayatı ve Ebeveyn Tutumu Ölçeği (PARI) yoluyla toplanmıştır.

Prematüre çocukların ebeveynleri, kontrol grubu ebeveynlere göre demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutu olan PARI-II boyutunda, anlamlı düzeyde yüksek puanlar almışlardır ($p<0.05$). Bu sonuç prematür çocukların ailelerinin bu çalışmanın örneklem grubunda, kontrol grubu ailelerine göre, çocuklarına eşit haklar tanıdıkları, onunla arkadaşlık edip, paylaşım yapabildikleri anlamına gelmektedir. Ayrıca bu çalışmada ebeveyn tutumları, sosyoekonomik düzeyle anlamlı oranda ilişkili bulunmuş ($p<0.05$), aşırı annelik, ev kadınlığını red etme, karı-koca geçimsizliği, baskı ve disiplin boyutlarından alınan puanlar sosyoekonomik düzey düştükçe artış göstermiştir. Demokratik tutum ve eşitlik tanıma boyutunun sosyoekonomik düzeyle ilişkisi ise anlamlılık sınırına yakındır ($p=0.066$).

Doğum kilosu, ebeveyn tutumları, CBCL puanlarının birbirleriyle ilişkisi de değerlendirilmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi doğum kilosu ile genel gelişim T puanı arasında pozitif bir korelasyonun bulunmasının yanı sıra, genel gelişim T puanı PARI-I boyutu (aşırı annelik boyutu), PARI-III boyutu (ev kadınlığını red etme boyutu), PARI-V boyutu (baskı ve disiplin boyutu) ile anlamlı negatif korelasyon göstermektedir (sırasıyla $r=-0.3$, $p=0.003$; $r=-0.4$, $p=0.001$; $r=-0.5$, $p=0.000$). Ayrıca PARI-I boyutu ve PARI-V boyutu puanları arttıkça, CBCL alt testi olan sosyal sorunlar puanının düştüğü gözlenmiştir (sırasıyla $r=-0.3$, $p=0.003$, $r=-$

0.5, $p=0.000$). CBCL ölçeğinin bir başka alt testi olan somatik sorunlar T puanı da doğum kilosu düştükçe artış göstermektedir ($r=-0.3$, $p=0.03$).

Prematür çocuklara ebeveyn tutumları yazında çok farklı ve çelişkili sonuçlar içermektedir. Infertilite tedavisi görmüş, 17 yaşın altı yada 38 yaşın üstünde çocuk sahibi olmuş, bebeği etkileyebilecek tıbbi hastalığı bulunan, daha önceden ciddi özrü bulunan çocuk doğurmuş annelerin annelik bozuklukları göstermeleri açısından risk grubunu oluşturdukları bildirilmektedir (23).

Bazı çalışmalarda annelerin süre giden bebeklerini kaybetme korkusunun etkilerine dikkat çekilerek, çocuklarını incinmeye yatkın olarak algılayan annelerin çocuklarını aşırı koruyup kollayabilecekleri bildirilmiştir (18). Green ve arkadaşlarının 1964 yılında tanımladıkları incinebilir çocuk sendromu (Vulnerable Child Syndrome) adını verdikleri durumda, doğumun ardından uzamış anne-bebek ayrılıklarının olduğu, yada annelerin bebekliklerinde öleceğine inandıkları çocuklarda, daha sonra aşırı bedensel uğraşlar, ayrılma anksiyetesi ve okul başarısızlıkları ile belirli bilişsel ve coşkusal sorunlar bildirilmiştir (58).

Diğer yandan başlangıçta anneleri ile olan erken etkileşimleri daha az optimal olan prematür bebekler büyüyüp geliştikçe, davranış ve fizyolojilerinin daha organize olmaya başladığı, bunu izleyen dönemde de annelerin bebeklerinin sinyallerini daha iyi algıladıkça prematür ve zamanında doğan çocuklar arasındaki anne-bebek etkileşiminden doğan farklılıkların azalacağı bildirilmiştir (31). Beckwith ve Cohen prematür çocukların annelerinin bebekleriyle ilişkilerini zamanında doğmuş çocukların annelerine göre, daha az haz verici olarak nitelendirdikleri, ancak çocukları ile ilişki kurabilmek için çok daha çabalı olduklarını bildirmişlerdir (Aktaran 31).

Incinebilir çocuk sendromu içerisinde tanımlanan belirtilerden somatik yakınmalar ve dil-bilişsel gerilik olgu gruplarında anlamlı olarak yüksek bulunan bozukluklardır. Buna karşın olguların PARİ ölçeklerinde olumlu ebeveyn tutumunu yansıtan demokratik ve eşitlik tanıma boyutundan (PARİ-II) yüksek puanlar almaları dikkat çekicidir. PARİ'nin ebeveynlerin çocuklarının bedenlerine ilişkin kaygı ve ilişkili tutumları ölçen madde içermemesi, ebeveynlerin bu yöndeki kaygı ve tutumlarının belirlenememesine yol açmış olabilir. Bazı ebeveynlerin, yazında

da belirtildiği gibi, çocukları ile ilişkide kontrol grubu ebeveynlere göre daha çabalı olmaları, çocukları okul öncesi döneme geldiklerinde daha paylaşımcı, onlara eşit haklar tanıyan ve yüreklendirici ebeveyn tutumu geliştirmeleri ile ilişkili olabilir. Ayrıca ebeveyn tutumunun sosyoekonomik düzeyle yakından ilişkili olduğu çalışma sonucunda saptanmış olup (Tablo 33), ağırlıklı olarak orta ve üst sosyoekonomik düzeyin olumlu ebeveyn tutumu gelişmesine katkısı olabilir.

Prematür doğum tüm ailenin hazır olmadığı bir durumdur. Başta anne olmak üzere bireylerin bu durumla ne şekilde baş edecekleri karmaşık, bir çok etmenden etkilenebilecek ve bireysel farklılıkların olması kaçınılmaz bir süreçtir (48). Prematür doğuma verilen tepkileri araştıran çalışmalar yorumlanırken bu unsurun göz önüne alınması gerektiği düşünülmektedir. Bu çalışmada olgu gruplarının, davranışlarına etki edebilecek aile ile ilişkili pre ve perinatal süreçler açısından bakıldığında, avantaj ve dezavantajlara birlikte sahip oldukları görülmektedir. Yazında belirtildiği gibi bu çalışmada da, çok düşük doğum ağırlıklı, dolayısı ile daha yüksek riskli bebeklerin anneleri, daha düşük riskli grup olan düşük doğum ağırlıklı gruba göre, bebeklerini yenidoğan yoğun bakım ünitesinde daha az ziyaret etmişlerdir. Zamanında doğan çocuklardan farklı ve annelere göre yüksek riskli bebeklerin anneleri onları ziyaret etme konusunda daha isteksiz davranmış olabilirler. Bu ziyaretler sırasında annelerin bebeklere dokunmaları büyük oranda mümkün olamamıştır. Olgu grubunda annelik bozuklukları için risk oluşturabilecek infertilite tedavisi sonrası doğum kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde fazladır. Özellikle çok düşük doğum ağırlıklı grupta emzirme geç başlamıştır. Ancak tüm gruplar ağırlıklı olarak 6 ay yada daha fazla emzirilmişlerdir. Çoğu istenilen gebelik ile doğmuşlardır. Parçalanmış aile sayısı oldukça az olup, adolesan yada çok geç yaşta annesi olan olgu yoktur. Özellikle çok düşük doğum ağırlıklı grup oldukça iyi eğitilmiş annelere sahiptirler. Çok düşük doğum ağırlıklı grupta daha yüksek oranda üst sosyoekonomik düzeyde aile olmakla birlikte orta ve üst sosyoekonomik düzey toplamı olgularda eşittir. Düşük ve çok düşük doğum ağırlıklı grupta gelişimsel gerilik dışarıda bırakıldıktan sonra, çok düşük doğum ağırlıklı çocukların perinatal dönemdeki tüm olumsuz yaşantılarına karşın, düşük doğum ağırlıklı gruptan daha az ruhsal tanı alma oranına sahiptirler. Dolayısı ile 4-5.5 yaşlardaki prematüre çocuklarda doğum ağırlığı, tıbbi komplikasyonların sayısı ve şiddeti gibi perinatal etmenlerin genel

gelişim üzerine etkilerinin sürmesine karşın, davranışsal prognoz üzerine sosyoekonomik düzeyin daha ağırlıklı etki etmiş olabileceği düşünülebilir.



SONUÇLAR VE ÖNERİLER

- Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası döneme ait özgeçmiş bilgilerine ilişkin sonuçlar
 - ✓ Çoğul gebelik oranı ÇDDA ve DDA prematüre grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fazladır.
 - ✓ Her iki prematüre grupta yenidoğan döneminde toplam tıbbi komplikasyon oranı, özellikle respiratuvar distress sendromu ve hiperbilirubinemi, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir.
 - ✓ Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalışları sırasında ÇDDA grubun anneleri DDA grubun annelerine göre bebeklerini daha seyrek ziyaret etmişlerdir.
 - ✓ Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde her iki prematüre grubun anneleri ile bedensel temasları kısıtlı olmuştur.
 - ✓ Çalışmada yer alan grupların tümü, prematüre grupta geç başlanmasına rağmen, ağırlıklı olarak 6 ayı geçen sürelerde emzirilebilmişlerdir.
- Aile özelliklerine ilişkin sonuçlar
 - ✓ Olgu ve kontrol gruplarının sosyoekonomik düzeyleri eşit olmakla birlikte ÇDDA grupta ağırlıklı olarak üst, DDA grupta ağırlıklı olarak orta sosyoekonomik düzeyde aile yer almaktadır.
 - ✓ Her iki prematüre grup anlamlı düzeyde istenilen gebelik sonucu doğmuşlardır.
 - ✓ Her iki prematüre grupta infertilite tedavisi öyküsü anlamlı düzeyde yüksektir.
- Ruhsal bakı sonuçları
 - ✓ DDA grupta ruhsal bakı sırasında saptanan semptomu olan toplam olgu sayısı anlamlı düzeyde yüksektir.
 - ✓ İstatistiksel olarak anlam taşımamakla birlikte prematüre grupta sosyal ve akran ilişki sorunları kontrol grubundan 2-2.5 kat, fonolojik kusurlar 2 kat, hiperaktivite 5-7.5 kat daha fazla saptanmıştır.
 - ✓ Ruhsal bakı sonucunda ÇDDA grup anlamlı oranda yüksek gelişimsel gerilik tanısı almıştır.
 - ✓ Ruhsal tanı alan toplam olgu sayısı her iki prematüre grup için kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

- ✓ Gelişim geriliği tanısı dışarıda bırakılarak yapılan değerlendirme sonucunda DDA grup yüksek oranda ruhsal tanı almayı sürdürmüş, ÇDDA grubunda ise ruhsal tanı alma oranı kontrollere benzer oranda bulunmuştur.
- ✓ Her iki prematür grupta psikiyatrik izleme alınma oranları kontrol grubundan yüksektir.
- ✓ Çoğul gebelik sonucu doğan olgularda ruhsal tanı alma oranı anlamlı düzeyde yüksektir.
- Nörolojik bakı sonuçları
 - ✓ ÇDDA grupta nörolojik bakıda bozukluk bulunma oranı istatistiksel anlamlılık sınırına yakın, DDA grupta ise anlamlı oranda yüksektir.
- Kranial ultrasonografi bulgularına ait sonuçlar
 - ✓ ÇDDA grupta olguların 2/3'üne, DDA grupta ise yaklaşık 1/3'üne kranial ultrasonografi uygulanmıştır.
 - ✓ Kranial ultrasonografi uygulanan ÇDDA olgularda, DDA olgulara göre daha fazla oranda periventriküler lökomalaziye rastlanmıştır.
 - ✓ Her iki olgu grubu için periventriküler lökomalazi ile ruhsal tanı alma ve semptoma sahip olma, nörolojik bakı sonuçları, AGTE sonuçlarında saptanabilen gelişim gerilikleri, CBCL ile değerlendirilen davranış sorunları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.
- Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) sonuçları
 - ✓ ÇDDA ve DDA grupta genel gelişim düzeyi kontrollere göre anlamlı düzeyde geridir.
 - ✓ ÇDDA grupta dil-bilişsel gelişim anlamlı düzeyde geridir.
 - ✓ Ruhsal tanı almış olgularda genel gelişim, dil-bilişsel gelişim ve sosyal beceri öz bakım becerileri gelişimi anlamlı düzeyde geridir.
 - ✓ Yenidoğan döneminde tıbbi komplikasyon oranı yüksek olan olgularda genel gelişim düzeyi anlamlı düzeyde düşüktür.
 - ✓ Olguların doğum kilosuna ile genel gelişim düzeyleri arasında doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır.

- Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) sonuçları
 - ✓ Her iki prematüre grup için somatik sorunlar anlamlı düzeyde yüksektir.
 - ✓ Olguların doğum kilosı düştükçe somatik sorunlar artmaktadır.
 - ✓ Yenidoğan döneminde tıbbi komplikasyonu olan olgularda sosyal içe dönüklük anksiyete ve depresyon anlamlı düzeyde yüksektir.
 - ✓ Sosyal içe dönüklük, sosyal sorunlar ve dışa yönelim sorunları farklı sosyoekonomik düzeylerde anlamlı farklılık göstermektedir.
- Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI) sonuçları
 - ✓ Prematür grubun aileleri, kontrol grubu ailelere göre daha fazla demokratik ve eşitlik tanıyan ebeveyn tutumu göstermektedir.
 - ✓ Aşırı annelik uygulayan, ev kadınlığı rolünü red eden, baskı ve disiplin uygulayan ebeveyn tutumları, çocukların genel gelişim düzeylerini anlamlı oranda etkilemekte ve bu tutumların sergilenmesi arttıkça, genel gelişim düzeyi azalmaktadır.
 - ✓ Aşırı annelik, baskı ve disiplin uygulayan ebeveyn tutumları, çocukların anlamlı oranda daha fazla sosyal sorunlar yaşamasına yol açmaktadır..
 - ✓ Aşırı annelik uygulayan, ev kadınlığı rolünü red eden, baskı ve disiplin uygulayan ebeveyn tutumları ve eşler arasında geçimsizlik bulunması üst, orta ve alt sosyoekonomik düzeylerde anlamlı farklılık göstermekte, sosyoekonomik düzey düştükçe bu tutum ve sorunlar atmaktadır.

Prematürite beraberinde türlü gelişimsel riskleri getirebilecek, ülkemizde her yıl doğan çocukların %10'unu etkileyen bir durumdur. Bu çalışma prematüriteyi ve risklerini biyopsikososyal bir bütün olarak ele alması nedeniyle ülkemizde yapılmış ilk ve önemli bir çalışmadır. Ancak olgu sayısının azlığı, ruhsal bakının tek çalışmacı tarafından yapılması ve sosyoekonomik düzeyin, ülkemizde uygun ölçme aracı bulunmaması nedeniyle, klinik izlenime göre belirlenmiş olması önemli kısıtlılıklarıdır.

Bu çalışmanın örneklemini nörobilişsel ve fiziksel sorunları olmayan premature çocuklardan oluşmaktadır. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında anlamlı düzeyde yüksek gelişim geriliği ve ruhsal tanı alma oranları dikkati çekmektedir. Bu nedenle her hangi bir major nörobilişsel sorun ve ruhsal yakınma olmasa dahi, bu

çocukların rutin izlemine çocuk ruh sağlığı ve gelişimi profesyonellerinin de katılarak, psikososyal gelişimleri de izlenmelidir. Psikososyal gelişim geriliklerinin erken saptanmasının ve prematür çocuğa sahip olan, öncelikle anne olmak üzere, tüm ailenin doğum sürecinden başlayarak desteklenip, uygun rehberlik yapılmasının koruyucu ruh sağlığı açısından büyük önem taşıdığı düşüncesindeyiz. Tüm bu nedenlerle , ülkemizde bu alanda bilgi birikimine katkıda bulunacak kapsamlı ve geniş olgu sayısına sahip çalışmalara gereksinim olduğu inancındayız.



ÖZET

Prematürite beraberinde türlü gelişimsel riskleri getiren ve işlevselliğin tüm alanlarını etkileyebilecek bir durumdur (53). Son yıllarda prematürelerin yaşama oranlarındaki artış (64) beraberinde gelişimsel sonuçlara odaklanılması ve bu çocukların gelişim özellik ve sorunlarına ilginin artmasına yol açmıştır. Prematür çocuğun gelişimine prenatal, perinatal ve postnatal tıbbi durumu ve süreçleri (43, 63,78,), içinde yaşadığı ailenin sosyoekonomik özellikleri ve kendisine yönelen ebeveyn tutumlarının etki edebileceği düşünülmektedir (31,34,47,75).

Yazında prematuritenin kısa, orta ve uzun dönem dönem sonuçlarına odaklanan çok sayıda çalışma dikkati çekmektedir (2,37,45,80). Ancak prematür grubun karşılaştıkları prenatal, perinatal ve postnatal etmenlerin çok farklılık ve çeşitlilik göstermesi nedeniyle oldukça heterojen bir grup olması, konuya ilişkin çalışmalarda gözlenen yöntemsel farklılıklar elde edilen bilgileri karşılaştırma ve sentezleme güçlüklerine yol açmaktadır (57). McCormick (1997) bu konudaki yazısında nörolojik olmayan gelişimsel süreçlere odaklanan az sayıda çalışma olması, doğum kilosu ve doğum haftası gibi özgül sınıflandırmaların yapılmasındaki farklılığın ulaşılan sonuçlarda uyumsuzluklara yol açabildiğini belirtmektedir (34). Patricia ve arkadaşları ise (1996) çoğu çalışmada kontrol grubunun olmadığına dikkat çekmekte ve bu durumun çalışma sonuçlarının yorumlanmasında güçlüklerle yol açtığını bildirmektedir (57).

Bu çalışmada nörogelişimsel süreçlerin yanı sıra davranış ve coşkusal gelişim de ele alınarak, bu süreçlere etki edebilecek prenatal, perinatal, postnatal etmenler, içinde yaşanan ailenin özellikleri ve ebeveyn tutumları incelenmiştir. Çalışmaya Şubat 2001-Nisan 2001 tarihleri arasında kronolojik yaşları 4 yaş 0 ay ile 5 yaş 6 ay arasında olan, gebelik haftası 37 haftadan önce doğmuş, yenidoğan döneminde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenmiş 43 prematür ve kontrol grubu olarak benzer yaş ve sosyoekonomik düzeye sahip 37 zamanında doğan çocuk alınmıştır. Olgular grubu oluşturulurken yenidoğan yoğun bakım ünitesi dosya bilgilerinde konjenital anomali, intrakranial hemoraji, kistik genişlemelerle seyretmiş periventriküler lökomalazisi olan, hipoksik iskemik ensefalopati bulunduğu ilişkin verilerin

olduğu çocuklar çalışma dışında bırakılarak perinatal etmenler bu açılardan sabitlenmeye çalışılmıştır.

Prematüre çocuklardan oluşan olgu grubu, çok düşük doğum ağırlıklı (1500g. altında doğum kilosuna sahip) ve düşük doğum ağırlıklı (1501-2500g. arası doğum kilosuna sahip) olarak iki alt grupta değerlendirilmiştir. Çok düşük doğum ağırlıklı grup 15, düşük doğum ağırlıklı grup ise 28 çocuktan oluşmaktadır. Kimi çalışmacılara göre doğum kilosuna sonraki gelişim ile yakından ilişkili olarak düşülürken (48,26,47,83), kimi araştırmacılar gebelik yaşını gelişim alanları için daha belirleyici olarak bildirilmiştir (74). Bu çalışmada, yazında ağırlıklı olarak doğum ağırlığına göre sınıflandırma yapan çalışma bulunması göz önüne alınarak, örneklem grubunun istatistiğe uygun sayıda olabilmesi gibi pratik nedenlerle de doğum kilosuna göre sınıflama yapılması uygun görülmüştür.

Çalışmada pre, peri ve postnatal süreçler ve özgeçmiş bilgileri, aile özelliklerine ait bilgiler sosyodemografik veri formu ile toplanmıştır. Olguların gelişimsel özellik ve sorunları ile davranış ve coşkusal özellik ve sorunları ruhsal bakı ile değerlendirilmiştir. Ruhsal bakı sırasında elde edilen veriler belirti düzeyinde ve tanı alacak düzeyde olmak üzere iki alt başlıkta ele alınmıştır. Olguların nörolojik gelişimleri ve durumları Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Nörolojisi bölümünde yapılan nörolojik bakı ile değerlendirilmiştir. Çalışmada yer alan çocukların gelişim düzeylerini belirlemek amacıyla ruhsal bakının yanı sıra Ankara Gelişim Tarama Envanteri uygulanmıştır. Davranış ve coşkusal özellik ve süreçlerde ruhsal bakıya ek olarak ebeveynler tarafından doldurulan Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) ile araştırılmıştır. Gelişimsel süreçlere etki edebileceği düşünülen ebeveyn tutumlarında, ülkemizde bu yaş grubu çocuklar için bulunan tek ölçek olan Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI) değerlendirilmiştir. Bunlara ek olarak, yenidoğan döneminde yapılmış kranial ultrasonografi bulguları ile gelişimsel süreçler ve davranış ilişkisi araştırılmıştır. Bu amaçla olguların kranial ultrasonografi sonuçları dosya bilgilerinden elde edilmiştir.

Çalışmanın sonuçlarında prematüre çocuklarda oluşan olgu grubunun ruhsal tanı alma oranları ile psikiyatrik izlem gerektirme oranları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. Çok düşük doğum ağırlıklı grupta gelişim geriliği

tanısı anlamlı oranda yüksek saptanmıştır. Gelişim geriliği dışarıda bırakılarak yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, düşük doğum ağırlıklı grubun anlamlı düzeyde ruhsal tanı almayı sürdürdüğü, çok düşük doğum ağırlıklı grubun ise bu açıdan kontrol grubuna benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Her iki olgu grubunun nörolojik baki sonuçları da kontrol grubuna göre daha fazla bozukluk içermektedir. Ayrıca, Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) sonuçlarına bakıldığında hem çok düşük, hem de düşük doğum ağırlıklı grubun genel gelişim düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Çok düşük doğum ağırlıklı grubun dil-bilişsel gelişimi de kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde geri olarak belirlenmiştir. Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeğinin (CBCL) sonuçlarında her iki olgu grubunda somatik sorunlar anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Ebeveyn tutumlarını araştıran Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği (PARI) sonuçlarında, prematüre çocukları olan ebeveynlerin demokratik tutum sergileyen ve eşitlik tanıyan ebeveyn tutumlarını anlamlı düzeyde yüksek gösterdikleri belirlenmiştir.

Bu sonuçların birbirleriyle ilişkilerine bakıldığında ise genel gelişim düzeyinin doğum kilosu, yenidoğan dönemindeki tıbbi sorunlar ve olumsuz ebeveyn tutumlarıyla anlamlı ilişkili gösterdiği, aşırı annelik (PARI-I boyutu) ve aşırı baskı ve disiplin (PARI-V boyutu) uygulayan ebeveyn tutumlarının CBCL ile saptanabilen sosyal sorunları arttırdığı belirlenmiştir. Olguların sosyoekonomik düzeyi ise demokratik ebeveyn tutumu dışındaki tüm ebeveyn tutumları, CBCL ile araştırılan sosyal içe dönüklük, sosyal sorunlar ve dışa yönelim davranışları ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur.

KAYNAKLAR

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and satistical manual of mental disorders. 4th edition. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994
- 2) Aylward GP, Pfeiffer SI, Wright A, Verhulst SJ. Outcome studies of low birth weight infants published in the last decade: A metaanalysis. J Pediatr, 115:515-520, 1989
- 3) Behnke M, Eyler FD, Garvan CW, Tenholder MJ, Wobie K, Woods NS, Conlon M, Cumming W. Cranial ultrasound abnormalities identified at birth: their relationship to perinatal risk and neurobehavioral outcome. Pediatrics, 103:p.e41, 1999
- 4) Bennett FC, Silver G, Leung EJ, Mack LA. Periventricular echodensities detected by cranial ultrasonography: usefulness in predicting neurodevelopmental outcome in low-birth-weight, preterm infants. Pediatrics, 85(Suppl):400-404, 1990
- 5) Blackman JA. Neonatal intensive care: is it worth it? Pediatric Clinics of North America, 38:1497-1511, 1991
- 6) Brooks-gunn J, McCarton CM, Casey PH, McCormick MC, Bauer CR, Bernbaum JC, Tyson J, Swanson M, Bennett FC, Scott DT, Tonascia J, Meinert CL. Early intervention in low-birth-weight premature infants. Jama, 272:1257-1262, 1994
- 7) Brozynski MEA, Dipietro MA, Burpee B, Claflin CJ. Cranial sonography and neurological examination at term and motor performance through 19 months of age. J Dev Behav Pediatr, 14:112-116, 1993
- 8) de Vries LS, Dubowitz V, Lary S, Whitelaw A, Dubowitz LMS, Kaiser A, Silverman M, Wigglesworth. Predictive value of cranial ultrasound in the newborn baby: a reappraisal. Lancet, : 137-140, 1985
- 9) Doğramacı İ. Neonatoloji. Ed: Dağoğlu T. 1.baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul sunuş içinde, 2000

- 10)Erol N, Arslan M, Akçakın M. The Adaptation and Standardisation of the Child Behaviour Checklist among 6-18 years old Turkish Children. Eunethydis European Approaches to Hiperkinetic Disorders içinde. Sergeant J (ed), Fotorotor, Egg, Zurich. 109-113, 1995
- 11)Erol N, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu: Çocuk ve gençlerde yeterlilik alanları ile sorun davranışların dağılımı,Türkiye ruh sağlığı dağılımı raporu, T.C.Sağlık Bakanlığı Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yayını Ankara. 25-75, 1998
- 12)Fawer CL, Diebold P, Calame A. Periventricular leucomalacia and neurodevelopmental outcome in preterm infants. Arch Dis Child, 62:30-36, 1987
- 13)Herrgard E, Luoma I; Tuppurainen K, Karjalainen S, Martikainen A. Neurodevelopmental profile at five years of children born at <32 weeks gestation. Dev Med Child Neurol, 35:1083-1096, 1993
- 14)Hille ETM, Ouden LD, Bauer L, Oudenrijn C, Brand R, Verloove-Vanhorick SP. School Performance at nine years of age in very premature and very low birth weight infants: Perinatal risk factors and predictors at five years of age. J Pediatr 125:426-434,1994
- 15)Hindmarsh G, O'Callaghan MJ, Mohay A, Rogers Y. Gender differences in cognitive abilities at 2 years in ELBW infants. Early Hum.Dev, 60:115-122, 2000
- 16)Horwood LJ, Mogridge N, Darlow BA. Cognitive, educational, and behavioural outcomes at 7 to 8 years in a national very low birthweight cohort. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 79:F12-F20, 1998
- 17)Howlin P. Language. Scientific foundations of developmental psychiatry. Ed:Rutter M. 1st.edition. William Heinemann Books Limited, London 210, 1980
- 18)Jeffocate JA, Humphrey ME, Lloyd JK. Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery. Dev Med Child Neurol, 21:344-352, 1979
- 19)Jennische M, Sedin G. Speech and language skills in children who required neonatal intensive care. I. Spontaneous speech at 6,5 years of age. Acta Pediatr 87:654-666, 1998

- 20)Jongmans M, Mercuri E, de Vries L, Dubowitz L, Henderson SE. Minor neurological signs and perceptual-motor difficulties in prematurely born children. Arch Dis Child 76:F9-F14, 1997
- 21)Kaplan SJ, Pelcovitz D,Labruna V. Child and Adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. PartI: Physical and emotional abuse and neglect.J.Am.Acad.Child Adolesc. Psyhiatry, 38:1214-1222, 1999
- 22)Kitchen WH, Doyle LW, Ford GW, Murton LJ, Keith CG, Rickards AL, Kelly E, Callanan C. Changing two-year outcome of infants weighing 500 to 999 grams at birth: Ahospital study. J Pediatr, 118:938-943, 1991
- 23)Klaus M, Kennel JH. Mothers separated from their new born infants.Pediatric Clinics of North America, 7:1015-1037, 1970
- 24)Klaus M, Kennell J. Intervention in the premature nursery: impact on development. Pediatric Clinics of North America, 29:1263-1273, 1982
- 25)Küçük Ş.The Validity of the Turkish Form of the PARl Subscales. Doktora Tezi Boğaziçi Üniversitesi, 1987
- 26)Lagercrantz H. Better born too soon than too small. Lancet 350:1044-1045,1997
- 27)Lamb EM, Nash A, Teti DM, Bornstein MH. Infancy. Child and adolescent psyhiatry a comprehensive textbook. Ed:Lewis M. 2nd edition. Williams and Wilkins Company, Maryland. 261, 1996
- 28)Lee KS, Penner PL, Cox M. Impact of very low birth weight infants on the family and its relationship to parental attitudes Pediatrics, 88:105-109, 1991
- 29)Lee SK, Penner PL, Cox M. Comparison of the attitudes of health care professionals and parents toward active treatment of very low birth weight infants. Pediatrics, 88:110-114, 1991
- 30)Leonard CH, Clyman RI, Piecuch RE, Juster RP, Ballard RA, Behle MB. Effect of medical and social risk factors on outcome of prematurity and very low birth weight. J Pediatr, 116:620-626, 1990
- 31)Macey TJ, Harmon RJ. The impact of premature birth on the development of the infant in the family. J Consul ClinPsyhol, 55:846-852, 1987

- 32) Marlow N, Roberts BL, Cooke RWI. Motor skills in extremely low birthweight children at the age of 6 years. Arch Dis Child 64:839-847, 1989
- 33) Mayes LC. Infant assesment. Child and adolescent pscyhiatry a comprehensive textbook. Ed:Lewis M. 2nd edition. Williams and Wilkins Company, Maryland. 431-439, 1996
- 34) McCormick M. The outcomes of very low birht wieght infants. Are we asking the right questions? Pediatrics, 99:896-875, 1997
- 35) McCormick MC, Gotrmaker SL, Sobol AM. Very low birth weight children: Behaviour problems and school difficulty in a national sample. J Pediatr, 117:687-693, 1990
- 36) McCormick MC, McCarton C, Tonascia J, Brooks-Gun J. Early educational intervention for very low birth weight infants: Results from the infant health and development program. J Pediatr, 123:527-533, 1993
- 37) McCormick MC, Workman-Danials K, Brooks-Gunn J. The behavioral and emotional well-being of school-age children with different birth weights. Pediatrics, 97:18-25, 1996
- 38) Mercuri E, DubowitzL, Brown SP, Cowan F. IncidenCe of cranial ultrasound abnormalities in apparently well neonatas on a postnatal ward:correlation with antenatal and perinatal factors and neurological status.Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 79:F185-F189, 1998
- 39) Nemzer ED. Somatoform disorders. Child and adolescent pscyhiatry a comprehensive textbook. Ed:Lewis M. 2nd edition. Williams and Wilkins Company, Maryland.693-702, 1996
- 40) Oberfield R, Gabriel PH. Prematurity, birth defects, and early death:Impact on the family. Child and adolescent pscyhiatry a comprehensive textbook. Ed:Lewis M. 2nd edition. Williams and Wilkins Company, Maryland. 948-949, 1996
- 41) Oberklaid F, Sewell J, Sanson A, Prior M. Temperament and behavior of preterm infants:A six-year follow-up. Pediatrics, 87:854-861, 1991
- 42) Paneth N, Rudell R, Monte W, Rodriguez E, Pinto J, Kairam R Kazam E. White matter necrosis in very low birth weight infants: Neuropathologic and

- ultrasonographic findings in infants surviving six days or longer. *J Pediatr*, 116:975-984, 1990
- 43) Perlman JM. White matter injury in the preterm infant: an important determination of abnormal neurodevelopment outcome. *Early Hum Dev*, 53:99-120, 1998
- 44) Pharoah POD, Stevenson CJ, Cooke RWI, Stevenson RC. Prevalence of behaviour disorders in low birthweight infants. *Arch Dis Child*, 70:271-274, 1994
- 45) Pine TRL, Jackson JC, Bennett FC. Outcome of infants weighing less than 800 grams at birth: 15 years' experience. *Pediatrics*, 96:479-483, 1995
- 46) Racusin GR, Moss NE. Psychological assessment of children and adolescents. *Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*. Ed: Lewis M. 2nd edition. Williams and Wilkins Company, Maryland. 465-478, 1996
- 47) Resnick MB, Gueorguieva RV, Carter RL, Ariet M, Sun Y, Roth J, Bucciarelli RL, Curran JS, Mahan CS. The impact of low birth weight, perinatal conditions, and sociodemographic factors on educational outcome in kindergarten. *Pediatrics*, 104:e74, 1999
- 48) Resnick MB, Roth J, Ariet M, Carter RL, Emerson JC, Hendrickson JM, Packer AB, Larsen JJ, Wolking WD, Lucas M, Schenck BJ, Fearnside B, Bucciarelli RL. Educational outcome of neonatal intensive care graduates. *Pediatrics*, 89:373-278, 1992
- 49) Ross G, Krauss AN, Auld PAM. Growth achievement in low-birth-weight premature infants: relationship to neurobehavioral outcome at one year. *J Pediatr*, 103:105-108, 1983
- 50) Ross G, Lipper E, Auld AM. Educational status and school-related abilities of very low birth weight premature children. *Pediatrics*, 88:1125-1134, 1991
- 51) Ross G, Lipper E, Auld AM. Hand preference, prematurity and developmental outcome at school age. *Neuropsychologia*, 30:483-494, 1992
- 52) Ross G, Lipper EG, Auld PAM. Social competence and behaviour problems in premature children at school age. *Pediatrics*, 86:391-397, 1990

- 53)Saigal S, Feeny D, Furlong W, Rosenbaum P, Burows E, Stoskopf B. Self-perceived health status and health-related quality of life of extremely low-birth-weight infants at adolescence. *Jama*, 276:453-459, 1996
- 54)Saigal S, Feeny D, Furlong W, Rosenbaum P, Burows E, Torrance G. Comparison of the health-related quality of life of extremely low birth weight children and a reference group of children at age eight years. *J Pediatr*, 125:418-425, 1994
- 55)Saigal S, Szatmari P, Rosenbaum P, Campbell D, King S. Cognitive abilities and school performance of extremely low birth weight children and matched term control children at age 8 years: A regional study. *J Pediatr* 118:751-760, 1991
- 56)Savaşır I, Sezgin N, Erol N. Ankara gelişim tarama el kitabı. 1.baskı. Türk Psikologlar Derneği, Ankara, 1994
- 57)Schothorst PF, Van Engeland H.Long-term behavioural sequelae of prematurity. *J Am Acad Child Adolesc psychiatry*, 35(2):175-183, 1996
- 58)ShonkoffJP. Reactions to the threatened loss of a child:A vulnerable child syndrome, by Morris Green and Albert Solnit, *Pediatrics*, 34:58-66,1964. *Pediatrics*, 102(1pt2):239-241, 1998
- 59)Singer JL. Cognitive and affective implications of imaginative play in childhood. *Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*. Ed:Lewis M. 2nd edition. Williams and Wilkins Company, Maryland. 202-211, 1996
- 60)Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, Baley J. Maternal Psychological stress and parenting distress after the birth of a very low birth weight infant. *JAMA*, 281:799-805, 1999
- 61)Steward A, Hope PL, Hamilton P, Costello AM, Baudin J, Bradford B, Amiel-Tison C, Reynolds EOR. Prediction in very preterm infants of satisfactory neurodevelopmental progress at 12 months. *Dev Med Child Neurol*, 30:53-63, 1988
- 62)Steward al, Reynolds EOR, Hope PL, Hamilton PA, Costello AML, Bradford BC, Wyatt JS. Probability of neurodevelopmental disorders estimated from

- ultrasound appearance of brains of very term infants. *Dev Med Child Neurol*, 29:3-11, 1987
- 63) Stewart AL, Rifkin L, Amess PN, Kirkbride V, Townsend JP, Miller DH, Lewis SW, Kingsley DPE, Moseley IF, Foster O, Murray RM. Brain structure and neurocognitive and behavioural function in adolescents who were born very preterm. *Lancet*, 353:1653-1657, 1999
 - 64) Stoll BJ, Kliegman RM. The high-risk infant. *Nelson textbook of pediatrics*. Eds: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. 16th edition. W.B. Saunders Company, USA. 477-485, 2000
 - 65) Strathearn L, Gray PH, O'Callaghan J, Wood DO. Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: A prospective study. *Pediatrics*, 108:142-151, 2001
 - 66) Streiner DI, Saigal S, Burrows E, Stoskopf B, Rosenbaum P. Attitudes of parents and health care professionals toward active treatment of extremely premature infants. *Pediatrics*, 108:152-157, 2001
 - 67) Suing IK, Vohr B, Oh W. Growth and neurodevelopment of very low birth weight infants with intrauterine growth retardation: comparison with control subjects matched by birth weight and gestational age. *J Pediatr*, 123:618-624, 1993
 - 68) The infant Health and Development Programme. Enhancing the outcomes of low birth weight, premature infants. *JAMA*, 263:3035-3042, 1990
 - 69) Thompson RA. Attachment theory and research. *Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*. Ed: Lewis M. 2nd edition. Williams and Wilkins Company, Maryland. 126-134, 1996
 - 70) Thorburn RJ, Stewart AL, Hope PL, Lipscomb AP, Reynolds EOR, Pape KE. Prediction of death and major handicap in very preterm infants by brain ultrasound. *Lancet*, 8230: 1119-1120, 1981
 - 71) Vohr B, Coll CG, Flanagan P, Oh W. Effects of intraventricular hemorrhage and socioeconomic status on perceptual, cognitive, and neurologic status of low birth weight infants at 5 years of age. *J Pediatr* 121:280-285, 1992

- 72)Vohr RB, Oh W. Growth and development in preterm infants small for gestational age. J Pediatr, 103:941-945, 1983
- 73)Volkan VD, Ast G. İkizlik. Bilinç dışında kardeşler ve psikopatoloji. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara. 105-121, 1998
- 74)Walker J. The behaviour of 3-year-old children who were born preterm. Child Care Health and DEV, 15:297-313, 1989
- 75)Weisglas-Kuperus N, Koot HM, Baerts W, Fetter WPF, Sauer PJJ. Behaviour problems of very low-birthweight children. Dev Med Child Neurol, 35:406-416, 1993
- 76)Whitaker A, Johnson J, Sebris S, Pinto J, Wasserman G, Kairam R, Shaffer D, Paneth N. Neonatal cranial ultrasound abnormalities: association with developmental delay at age one in low birth weight infants. J Dev Behav Pediatr, 11:253-260, 1990
- 77)Whitaker AH, Feldman JF, Van Rossem R, Schonfeld IS, Pinto-Martin JA, Torre C, Blumenthal SR, Paneth NS. Neonatal cranial ultrasound abnormalities in low birth weight infants: relation to cognitive outcomes at six years of age. Pediatrics, 98:719-729, 1996
- 78)Whitaker AH, Van Rossem R, Feldman JF, Schonfeld IS, Pinto-Martin JA, Torre C, Shaffer D, Paneth NS. Psychiatric outcomes in low-birth-weight children at age 6 years: relation to neonatal cranial ultrasound abnormalities. Arch Gen Psychiatry, 54:847-855, 1997
- 79)Whitfield MF, Grunau RVE, Holsti L. Extremely premature (< 800 g) schoolchildren: multiple areas of hidden disability. Arch Dis Child, 77: F85-F90, 1997
- 80)Williamson WD, Wilson GS, Lifschitz MH, Thurber SA. Nonhandicapped very-low-birth-weight infants at one year of age:developmental profile. Pediatrics, 85 (3pt 2):405-410, 1990
- 81)Wittenberg J-VP. Psychiatric considerations in premature birth. Can J Psychiatry, 35: 734-740, 1990
- 82)Wolke D, Söhne B, Riegel K, Ohrt B, Österlung K. An epidemiologic longitudinal study of sleeping problems and feeding experience of preterm and

term children in southern Finland: Comparison with a southern German population sample. J Pediatr, 133: 224-231, 1998

83) Wolke D. Psychological development of prematurely born children. Arch Dis Child, 78:567-570, 1998





EKLER

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Adı-Soyadı :	Görüşme Tarihi :
Cinsiyeti :	Dosya No :
Okul :	Doğum Tarihi :
Tel. No :	Doğum Haftası :
Adres :	Doğum Kilosu :

ÖZGEÇMİŞ

I. Doğum Öncesi Dönem

A-Alkol kullanımı	1)Var	2)Yok
B-Sigara kullanımı	1)Var	2)Yok
C-İlaç kullanımı	1)Var	2)Yok
D-Enfeksiyon	1)Var	2)Yok
E-Radyasyon ile karşılaşma	1)Var	2)Yok
F-Hipertansiyon	1)Var	2)Yok
G-Hiperemesis gravidarum	1)Var	2)Yok
H-Dışık tehdidi	1)Var	2)Yok
I-Gebelik sırasında psikososyal stresör	1)Var	2)Yok
J-Gebelik sırasında fizik travma	1)Var	2)Yok
K-Çoğul gebelik	1)İkiz 2)Üçüz 3)Üçüzden fazla	
L-Düzenli takip	1)Var	2)Yok

II. Doğum Bilgileri

A-Vaginal doğum		
a-Forceps kullanımı	1)Var	2)Yok
b-Vakum kullanımı	1)Var	2)Yok
B-Sezeryan ile doğum		

III. Doğum Sonrası Dönem

A-Yenideğerlendirme Dönemi

a-Hiperbilirubinemi	1)Var	2)Yok
b-RDS	1)Var	2)Yok
c-Pnömotoraks	1)Var	2)Yok
d-Bronkopulmoner displazi	1)Var	2)Yok
f-Septisemi	1)Var	2)Yok
g-Konvülsiyon	1)Var	2)Yok
h-Resüsitasyona gereksinim	1)Var	2)Yok

ı-Yoğun bakımda kalış süresi:

- 1)2 haftadan az
- 2)2hafta -1.ay arası
- 3)1.aydan uzun, 2 aydan kısa
- 4)2 aydan uzun

j-Yoğun bakımda kalışı sırasında annenin bebeği ziyaret sıklığı:

- 1)Haftada en az 3 kez
- 2)Haftada 2 kez
- 3)Haftada 1 kez
- 4)2 haftada 1 kez
- 5)2 haftada 1 kezden daha seyrek
- 6)Hiç

k-Yoğun bakımda anne ziyaret ettiyse, bu sırada bebeğe dokunmasına izin:

- 1)İlk ziyaretten itibaren verildi.
- 2)İllerleyen ziyaretler sırasında verildi
- 3)Hiç izin verilmedi

l-Emzirmeye başlama dönemi:

- 1)Doğumdan hemen sonra
- 2)Doğumdan sonraki ilk hafta içinde
- 3)Doğumdan sonraki 2. hafta içinde
- 4)Doğumdan sonraki 3.hafta içinde
- 5)Doğumdan sonraki 4.hafta içinde
- 6)Doğumdan sonraki 1 ay-2 ay içinde
- 7)Hiç emzirmedi

m-Eğer emzirildiyse, toplam emzirme süresi:

- 1)1 ay veya daha kısa
- 2)1 aydan uzun, 2 aydan kısa
- 3)2 ay 4 ay arası
- 4)4 aydan uzun, 6 aydan kısa
- 5)6 ay veya daha uzun

B)Yenidoğan Döneminden Sonraki Dönemler:

a-Geçirilmiş bedensel hastalık:

- 1)Hiç yok
- 2)Solunum Sistemi ile ilişkili
- 3)Dolaşım Sistemi ile ilişkili
- 4)Nörolojik Sistem ile ilişkili
- 5)Boşaltım Sistemi ile ilişkili
- 6)Kas-İskelet Sistemi ile ilişkili
- 7)Sindirim Sistemi ile ilişkili
- 8)Endokrin Sistem ile ilişkili
- 9)Diğerleri-----

b-Geçirilmiş ruhsal hastalık.

- 1)Hiç yok
- 2)İletişim Bozuklukları
- 3)Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları
- 4)Beslenme ve Yeme Bozuklukları
- 5)Tik Bozukluğu
- 6)Duygu Durum Bozukluğu
- 7)Motor Beceriler Bozukluğu
- 8)Seçici Konuşmamazlık
- 9)Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
- 10)Tepkisel Bağlanma Bozukluğu
- 11)Basmakalıp Davranış Bozukluğu
- 12)Psikotik Bozukluklar

c-Tıbbi yardım gerektiren geçirilmiş kaza:

- 1)Hiç yok
- 2)1 kez
- 3)2 kez
- 4)3 kez yada daha fazla

AİLE ÖZELLİKLERİ

A-Aile yapısı:

- 1)Çekirdek aile 2)Geniş aile 3)Boşanma 4)Ayrılma 5)Ölüm

B-Ailenin ekonomik düzeyi:

- 1)Üst 2)Orta 3)Alt

C-Prematüre çocuğunuzun doğduğu dönem ile şimdiki gelir düzeyiniz arasında fark var mı?

- 1)Yok 2)Arttı 3)Azaldı

D-Ailenin sosyal güvencesi:

- 1)Var 2)Yok

E-Ailedeki toplam çocuk sayısı:

- 1)1 2)2 3)3 4)4 5)4'den fazla

F-Kaçıncı çocuk:.....

G-Gebelik öyküsü:

- 1)İlk gebelik
2)Öncesinde 1 küretaj yada ölü doğum
3)Öncesinde 1'den daha fazla küretaj yada ölü doğum
4)Öncesinde 1 yada daha fazla sağlıklı gebelik

H-İstenilen bir gebelik mi?

- 1)Evet 2)Hayır

I-Planlı bir gebelik mi?

- 1)Evet 2)Hayır

J-Ailede başka prematür doğum:

- 1)Var 2)Yok

K-Ailede infertilite tedavisi

- 1)Var 2)Yok

ANNENİN ÖZELLİKLERİ

A-1)Sağ

2)Ölü

B-1)Öz

2)Üvey

C-Annenin yaşı:

D-Annenin doğum sırasındaki yaşı:

E-Eğitim düzeyi: 1)Yok 2)Okur-yazar 3)İlkokul 4)Ortaokul 5)Lise 6)Üniversite

F-Mesleği:

1)Evhanımı 2)İşçi 3)Memur 4)Emekli 5)Serbest meslek

G-Sağlığı:

a-Sağlıklı

b-Bedensel hastalık

c-Ruhsal Hastalık

1)Var

1)Var

2)Yok

2)Yok

BABANIN ÖZELLİKLERİ:

A-1)Sağ

2)Ölü

B-1)Öz

2)Üvey

C-Babanın yaşı:

D)Eğitim düzeyi: 1)Yok 2)Okur-yazar 3)İlkokul 4)Ortaokul 5)Lise 6)Üniversite

E)Mesleği:

1)Çalışmıyor 2)İşçi 3)memur 4)emekli 5)serbest meslek

F)Sağlığı:

a-Sağlıklı

b-Bedensel hastalık

c-Ruhsal Hastalık

1)Var

1)Var

2)Yok

2)Yok

KARDEŞ(LERİN) ÖZELLİKLERİ

Kardeş Sayısı:.....

I- A-1)Sağ

2)Ölü

B-1)Öz

2)Üvey

C-Sağlığı: a-Sağlıklı

b-Bedensel hastalık

c-Ruhsal Hastalık

1)Var

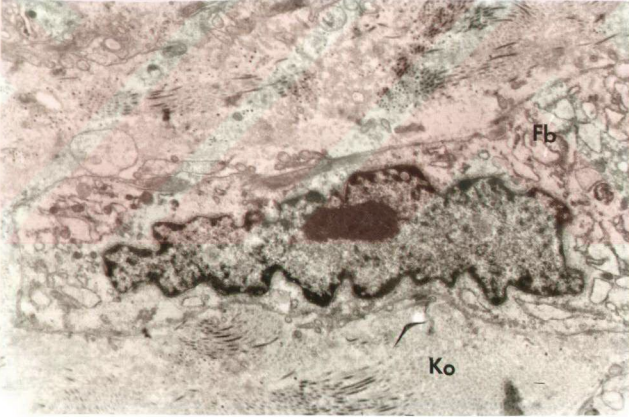
1)Var

2)Yok

2)Yok



Resim 21: Periton dokusunun EM incelenmesinde bir Fibrosit (F) ve arada Kollajen lifler (Ko) izlendi. (Uranil asetat, Kurşun sitrat x9000) (Kod no:9)



Resim 22: Periton dokusuna ait diğer resimde Fibroblastlar (Fb) ve arada Kollajen lifler (Ko) görüldü. (Uranil asetat, Kurşun sitrat x9000) (Kod no:26)

ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ

İşık Savaşır, Nilhan Sezgin, Nese Erol

KAYIT FORMU

ÇOCUKLA İLGİLİ BİLGİLER

İsim Soyadı :

Cinsiyeti

K

E

☐☐

Kreş / Ana okuluna devam ediyor mu?

E

H

☐☐

Kardeşleri :

Yaş

Cinsiyet

Yaş

Cinsiyet

Değerlendirme nedeni (Açıklayınız)

Fiziksel Özür

(Belirtiniz)

Var

Yok

☐

Görme

☐

Ortopedik

☐☐☐

İşitme

☐

Diğer

Yıl Ay Gün

Doğum Tarihi :

Değerlendirme Tarihi :

Yaşı :

İsim Soyadı :

Çocuğa Yakınlık Derecesi :

Anne

Yaş

Baba

Yaş

Diğer

(Açıklayınız)

Adres:

Tel:

Eğitimi: (En son bitirdiği okul)

Okur yazar değil

☐

Ortaokul

☐

Okur yazar

☐

Lise

☐

İlkokul

☐

Yüksek

☐

İşi (Ayrıntılı yazınız)

Görüşmecinin Adı:

• Uygulamaya başlamadan önce el kitabını dikkatle okuyunuz •

Başlama noktası : Ölçekteki başlama noktası çocuğun takvim yaşına göre ayarlanır. Teste çocuğun gerçek yaş diliminin hemen öncesindeki yaş diliminden başlanır. Örneğin bebek 7 aylıksa "4 Aydan 5 Ay Sonuna Kadar" başlıklı yaş diliminden başlanır. Eğer burada geçemediği maddeler varsa bir önceki yaş dilimine dönülür (Yukarıdaki örnekte 0-3 ay dilimi). Böylece anneler çocuklarının başarıyla yaptığı şeylerden söz ederek görüşmeye başlamış olurlar. Bu onları rahatlatır ve daha sonra çocukların yapamadığı şeyleri söylerken daha az rahatsızlık çekerler.

Bitirme noktası : Anne üst üste (birbirini izleyen) 8 soruyu olumsuz cevapladığı zaman görüşme bitirilir.

Başlama ve Bitirme kurallarına tam olarak uyulmalıdır.

ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ

PUANLAMA Evet

Hayır

Bilinmiyor

B

DOĞUMDAN 3 AY SONUNA KADAR (1, 2, 3 Aylar)

1. Anı ses ya da gürültüden ürküp sıçrar mı?
2. Konuşulunca sesler (ağlama dışında) çıkarır mı? (Cevap evetse:) Nasıl sesler çıkarır diye sorun ve kaydedin.
3. Tanıdık bir sese başını çevirir mi?
4. Kucağa alındığında susar sakinleşir mi?
5. Kaşık, meme yaklaşınca daha ağızına dokundurmadan ağzını açar mı?
6. Kucağınıza aldığınızda kafasını dik tutar mı?
7. Bebek sırt üstü yatarken ellerini seyrederek mi?
8. Bebek yüzüstü yatarken başını kaldırır mı?
9. Ellerini bazen açık tutar mı?
0. Bebeğinizle konuşup gülümserseniz bebeğiniz de size gülümser mi?
1. Gözleri ile hareket eder şekilleri izler mi?
2. Kucağınızda otururken kafasını çevirip etrafa bakar mı?
3. Bebek biberonunu, anne memesini görünce hareketlenir elini kolunu sallar mı?

AYDAN 5 AY SONUNA KADAR (4, 5 Aylar)

4. Bebek sırt üstü yatarken ellerini seyreder mi?
5. Kendi kendine ya da beslenirken ağlama dışında ses çıkarır mı? Cevap evetse "ne sesler çıkarır?" (En az iki farklı ses olması: mmm, sss, ah, uf, da, ma, ga, ka gibi)
6. Siz gıdıklamadan, dokunmadan yüksek sesle güler mi?
7. Azarlandığı zaman yüzünün şekli değişir mi?
8. Püre ya da lapa gibi besinler yer mi?
9. Elindeki oyuncacı, ekmeği ağzına götürür mü?
10. Biraz uzaktaki oyuncaklara eşyalara uzanır mı?
11. Eşyaları eline alıp bakar mı?
12. Bebek çingırağı bir elinden öbür eline geçirir mi?
13. Elinin uzanabileceği yere oyuncak koysanız onu tutar mı?
14. Önüne konan kibrit kutusu büyüklüğünde bir kutuyu eline alır mı?
15. Bisküvi ve kabuk ekmek ile diş etlerini kaşır, onları emer mi?
16. Küçük parçalar halindeki yiyecekleri alıp ağzına götürür mü?
17. Annesine, babasına sarılarak sevgisini gösterir mi?

ÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER

DİL-BİLİŞSEL

INCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM

GENEL GELİŞİM TOPLAMI

[illegible]

1

2

B

1. Babasını görünce "baba", yemek isteyince "mama", su isteyince "su" gibi kelimeler söyler mi?
2. Bir yere giderken baş baş yapar mı?
3. Tay-tay durur mu, çok kısa da olsa kendi başına ayakta durur mu?
4. Ayaktayken çömelir mi?
5. Bana ver deyince elindeki oyuncakçı size uzatır mı?
6. "Hayır" "cıs", denince durur mu?

AYDAN 13 AY SONUNA KADAR (12, 13 Aylar)

1. Kollarını uzatarak elbisesinin giydirilmesine yardımcı olur mu?
2. İstediği bir eşyayı eliyle gösterir mi?
3. Bir şeyi isteyip istemediğini belli eder mi?
4. Yardımsız bir kaç adım atar mı?
5. Yardımsız yürür mü?
6. Sepet, kova, file içine birşeyler koyarak taşıır mı?
7. "Bana, ayakkabını göster" dersenez gösterir mi?
8. Tek tek kelimelerle konuşur mu? (Örnek veriniz)
9. Bazı işleri kendi başına yapmakta ısrar eder mi?
10. Ayaktayken topa ayağı ile vurur mu?
11. "Kapıyı kapat" gibi söylenen basit işleri yapar mı?

AYDAN 15 AY SONUNA KADAR (14, 15 Aylar)

1. Evdeki bazı eşyaların yerlerini bilir mi? Örneğin bardağın mutfakta olduğunu bilir mi?
2. Bebeğini sever mi? Bebeğine dayak atar mı? Kendinden ufak bir bebeği sever mi?
3. Sandalyeye sedire çıkar mı?
4. Arkasından oyuncak çekerek yürür mü?
5. Koşar mı?
6. Ayakkabı ve çorabını çıkarır mı?

AYDAN 17 AY SONUNA KADAR (16, 17 Aylar)

1. Misafirlere oyuncağını gösterir mi?

ÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER

DİL-BİLİŞSEL

INCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ ÖZ BAKIM

GENEL GELİŞİM TOPLAMI

PUANLAMA**Evet****1****Hayır****2****Bilinmiyor****B**

79. Kaşıkla yemek yer mi?
80. Şarkı söyler ya da mırıldanır mı?
81. 2 ya da 3 kelimeyi açıkça söyler mi? Evetse hangi kelimeler, yazınız.
82. Televizyonda gördüğü bazı şeyleri tanır mı? Kedi, araba gibi.
83. "Topunu (bebeğini) kaldır, bardağı içeri götür" dendiğinde söyleneni yapar mı?
84. Şekerin kağıdını çıkarır mı?

18 AYDAN 23 AY SONUNA KADAR**18,19, 20, 21, 22, 23 Aylar)**

85. İki kibrit kutusunu üst üste koyup kule yapar mı?
86. Altı ıslandığında size haber verir mi?
87. Kavanozların, şişelerin kapaklarını açıp kapar mı?
88. Kapağı açar mı?
89. Ufak ev işlerini yapar mı? Örnek verilebilir: "Bardağı mutfığa koyar mı? hırkasını kaldırır mı?"
90. Müziğe uygun olarak ellerini çırpır mı? (Tempo tutar mı?)
91. Bir elini öbür eline tercih eder mi?
92. İki kelimelik cümleler kurar mı? "Baba gitti", "elma ver" gibi, örnekler veriniz.
93. Kendi kendine kaşık çatal kullanarak yemek yer mi?
94. Tehlikelerden kendini korur mu? Sıcak soba, kırık cam, bıçak, ateş gibi.
95. Arkadaşının ismini bilir mi? (ismi yazınız).
96. İsteklerini basit cümlelerle ifade eder mi?
97. Bir kutuyu alıp sanki arabaymış gibi yürütür mü, ya da bir sopa parçasını at yerine koyar mı?
98. Ellerini yıkamayı bilir mi?
99. "İlk önce mutfığa git, tabağı al, bana getir" gibi üç isteği birden yerine getirir mi?
100. Diğer çocuklarla (evcilik) oynar mı?
101. Kendi başına merdivenden inip çıkar mı? (Büyüklerin inip çıktığı gibi) göstererek sorun.

DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER

DİL-BİLİŞSEL**İNCE MOTOR****KABA MOTOR****SOSYAL BECERİ****ÖZ BAKIM****GENEL GELİŞİM TOPLAMI**

PUANLAMA

Evet

1

Hayır

2

Bilinmiyor

B

24 AYDAN 29 AY SONUNA KADAR

24, 25, 26, 27, 28, 29 Aylar)

02. Elini, ağzını, gözünü, ayağını, burnunu gösterip "bu ne" dersiniz isimlerini doğru olarak söyler mi? (Göstererek sorun)

03. Resimlere ya da TV'ye bakarken tanıdığı şeylerin adını söyler mi?

04. Bardağa şişeden su doldurur mu?

05. Basit sorulara "evet, hayır" diye cevap verir mi?

06. Soru sorar mı? "baba nerede", "bu kim", "bu ne?" gibi.

07. Konuşması kolaylıkla anlaşılır mı?

08. Çişini tutup, söyleyebilir mi?

09. Topu başının üzerinden ileri doğru atar mı? (gösteriniz)

0 AYDAN 35 AY SONUNA KADAR

30, 31, 32, 33, 34, 35. Aylar)

10. Düğmesini açar mı, açabilir mi?

11. Diğer çocukların kız ya da oğlan olduklarını bilir mi?

12. Kakasını tutup, söyleyebilir mi?

13. "Hangisi büyük" deyince daha büyük olanı gösterir mi? (Göstererek sorun)

14. Sevdiği, tercih ettiği arkadaşı var mı?

15. 2, 3 gün önceki olayları hatırlayıp anlatır mı? "hani çarşıya gitmiştik ya" gibi.

16. İsmi ne diye sorulunca ismini söyler mi?

17. "Bayram geliyor" "bir yere gideceğiz" diye heyecanlanır mı?

18. "Ekmeğin yarısını ver" deyince yarısını verebilir mi? "yarım"ın ne demek olduğunu bilir mi?

19. Siz konuşurken anlamadığı bir kelime olursa sorar mı? 'ne demek' der mi?

20. Kutu, makara gibi eşyaları kullanarak oyuncak yapar mı?

3 AYDAN 47 AY SONUNA KADAR

46, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47. Aylar)

21. Düz bir çizgi çizer mi?

22. Bir iki düğmeyi ilikler mi?

23. "Hangisi uzun" diye sorulunca, uzun olanı gösterir mi? (Göstererek sorun)

DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER

DİL-BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM

GENEL GELİŞİM TOPLAMI

DİL-BİLİŞSEL
DBİNCE MOTOR
İMKABA MOTOR
KMSOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM
SB-OB

1

2

B

16 AYDAN 47 AY SONUNA KADAR

36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47. Aylar)

24. Helaya (tuvalete) yardımsız gider mi?
25. Ayakkabılarını yardımsız giyer mi?
26. Ezbere televizyon reklamı, şiir, tekerleme söyler mi?
27. "Nasıl" kelimesini kullanarak soru sorar mı?
(Örnek isteyiniz)
28. Başka çocuklarla körebe, sek sek, saklambaç oynar mı?
29. Sek sek oynar mı? Tek ayağı üzerinde zıplar mı?
(Göstererek sorun)
30. Mahallede (köyde) tek başına dolaşır mı?
31. Yaşını bilir mi?
32. Yardımsız pantolonunu, kazağını giyer mi?
Kızlara: Yardımsız etekliğini, kazağını giyer mi?
33. Tek başına komşuya gidip istenileni alır mı?
34. Parmaklarını şaklatır mı? (gösteriniz)
35. "Eğer uslu durursam bana şeker verir misin?" gibi
eğerle başlayan cümleler kurar mı?

8 AYDAN 72 AY SONUNA KADAR

48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72. Aylar)

36. Birden ona kadar sayar mı?
37. Terliklerini doğru giyer mi? Sağ terliğini sağa, sol terliğini sol ayağına giyer mi?
38. Rüyalarını anlatır mı?
39. Renkleri bilir mi? Renk adı verilerek sorulabilir.
40. Paraları tanır mı? Hangilerini? (Yuvarlak içine alınız)
100, 500, 1.000, 5.000, 10.000 TL, iki tanesini biliyorsa
1 yazınız.

DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER

[illegible]

DİL-BİLİŞSEL
DB

SİNCE MOTOR
SM

KABA MOTOR
KM

SOSYAL BECERİ
OZBAKIM
SB-OB

DİL-BİLİSSEL

INCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM

GENEL GELİŞİM TOPLAMI

1

2

B

10

12

100

1997



1

254



L



1994



[Downloaded from ascelibrary.org by University of California, San Diego on 06/07/14. Copyright ASCE, For All Rights Reserved, No part of this document may be reproduced without written permission from ASCE.](#)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. A prominent red diagonal band, consisting of alternating red and white stripes, runs from the top left towards the bottom right, partially obscuring the top edge of the page. The paper appears to be a standard notebook or ledger page.

INCE MOTOR
IM

KABA MOTOR
KM

ÖZEL BECERİ
ÖZEL BAKIM
SB-OB

INCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM

Çocuğun Gelişim Öyküsü:

Anne baba akrabalığı

Var

Yok

☐☐**Doğumla ilgili Bilgiler:**

Doğum Zamanı

Normal

Erken

☐☐Erken doğum ise
kaç aylık olduğunu belirtiniz

Doğum ağırlığı:

2500 gm'dan az

2500 gm'den çok

☐☐**Doğum sonrası Bilgiler:**

Mor doğum

☐

Ağır Ateşli Hastalık

☐

Kan değişimi

☐

Havale

☐

Uzun süreli Sarılık

☐**Geçirilmiş önemli kaza (belirtiniz)**

Düşme, Yanma, Zehirlenme

Genel Gözlemler**Verilen Bilginin Güvenilirliği:**

1

Hiç güvenilirmez

2

Orta derecede güvenilir

3

Çok güvenilir

4-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ÇOCUĞUN ADI, SOYADI:		EV ADRESİNİZ VE TEL. NO:	ANNE BABANIN İŞİ, EĞİTİMİ VE YAŞI
CİNSİYETİ:		YAŞI:	BABANIN İŞİ: _____ TEL. NO. _____ EĞİTİMİ: _____ YAŞI: _____
BUGÜNÜN TARİHİ		ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ	ANNENİN İŞİ: _____ TEL. NO. _____ EĞİTİMİ: _____ YAŞI: _____
AY - GÜN - YIL -		AY - GÜN - YIL -	FORMU DOLDURAN:
OKULUN ADI:		Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yazarakta içinde yazınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verilebilir ve 2 sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz.	☐ ANNE
SINIFI:			☐ BABA
OKULA DEVAM ETMİYOR ☐			☐ DİĞER _____ Çocukla olan ilişkisi _____

I. ÇOCUĞUNUZUN YAPMaktan EN ÇOK HOŞLANDIĞI SPORLARI SİRALAYINIZ. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme, güreş, boks nmsa gibi.

☐ Hiçbiri

Yapılmasına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?

Yapılmasına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?

a. _____
b. _____
c. _____

Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. ÇOCUĞUNUZUN SPOR DIŞINDAKİ İLGİ ALANLARI, UĞRAŞ, OYUN VE AKTİVİTELERİNİ SİRALAYINIZ. Örneğin: Pul, bebek, araba, akvaryum, el işi, kitap okuma, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek, resim yapmak gibi (Radio dinlemeyi ya da televizyon izlemeyi katmayınız)

☐ Hiçbiri

Yapılmasına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?

Yapılmasına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?

a. _____
b. _____
c. _____

Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III. ÇOCUĞUNUZUN ÜYESİ OLDUĞU KURULUŞ, KULÜP, TAKIM YA DA GRUPLARI SİRALAYINIZ. (Spor, müzik, izcilik, folklor gibi)

☐ Hiçbiri

Yapılmasına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir?

a. _____
b. _____
c. _____

Bilmiyorum	Az aktif	Normal	Çok aktif
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

IV. ÇOCUĞUNUZUN EVDE YA DA EV DIŞINDA YAPTIĞI İŞLERİ SİRALAYINIZ. Örneğin: Gazete alma, bakkala gitme, pazara gitme, elektrik-su faturası yatırma, çocuk bakımı, yatağı düzenleme, sofya kurma, kalemme, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan her türlü işleri katınız.

☐ Hiçbiri

Yapılmasına oranla her birine ne kadar başarılıdır?

a. _____
b. _____
c. _____

Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

V. 1- Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç iane yakın arkadaş ı vardır?

(Kardeşlerini katmayınız)

Hiç yok

1

2 ya da 3

4 ya da fazla

☐

☐

☐

☐

2- Çocuğunuz okul dış ı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarıyla birlikte olur ?

(Kardeşlerini katmayınız)

1 den az

1 ya da 2

3 ya da daha fazla

☐

☐

☐

VI. Yaş ılılarına oranla çocuğunuzun :

Kötü

Normal

Oldukça

Kardeşi yoktur.

a. Kardeşleriyle arası nasıldır?

☐

☐

☐

☐

b. Diğer çocuklarla arası nasıldır?

☐

☐

☐

c. Anababasına karşı davranışı nasıldır?

☐

☐

☐

d. Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?

☐

☐

☐

VII. 1- Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? (6 yaş ve yukarıs ı için) Çocuğunuz eğer okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz

Başarıs ız

Orta

Başarılı

Çok Başarılı

a. Okuma yazma, Türkçe

☐

☐

☐

☐

b. Hayat bilgisi, Sosyal bilgiler

☐

☐

☐

☐

c. Aritmetik

☐

☐

☐

☐

d. Fen bilgisi

☐

☐

☐

☐

Diğer derslerde nasıldır? Örneğin: Yabancı dil, bilgisayar.

(Beden eğitimi, resim ve müziği katmayınız)

e. _____

☐

☐

☐

☐

f. _____

☐

☐

☐

☐

g. _____

☐

☐

☐

☐

2- Çocuğunuz alt özel sınıf ya da bir özel eğitim kurumunda okuyor mu ?

☐ Hayır

☐ Evet - Ne tür bir sınıf ya da okul?

3- Çocuğunuz hiç sınıfta kald ı mı?

☐ Hayır

☐ Evet - Kaç ıncı sınıfta ve nedeni

4- Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dış ı sorunları oldu mu?

☐ Hayır

☐ Evet - açıklayınız

Bu sorunlar ne zaman başladı?

Sorunlar bitti mi?

☐ Hayır

☐ Evet - Ne zaman

5- Çocuğunuzun herhangi bir hastalığı, fiziksel rahatsızlığı ya da zihinsel özrü var mıdır?

☐ Hayır

☐ Evet - açıklayınız

6- Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandıran özellikleri nelerdir?

7- Çocuğunuzun en beğendiğiniz özelliklerini belirtiniz :

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0 : Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)	1 : Bazen ya da Biraz Doğru	2 : Çok ya da Sıklıkla Doğru
0 1 2 1. Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır		0 1 2 33. Kimseyle onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır
0 1 2 2. Alerjisi vardır (Yeme, koklama ile, tozlu bir yerde bulunmak- la kaşınır, öksürür, göz yaşarması vs. olması) :		0 1 2 34. Başkalarına ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür
0 1 2 3. Çok tırtır		0 1 2 35. Kendini değersiz hisseder
0 1 2 4. Astımı (nefes darlığı) vardır		0 1 2 36. Çok sık bir yederini incitir, başı kazadan kurtulmaz.
0 1 2 5. Karşı cinsten biri gibi davranır		0 1 2 37. Çok kavgacı, dövüş eder
0 1 2 6. Kızkasını mualeatten başka yerlere yapar		0 1 2 38. Onunla çok alay edili (Arkadaşları onunla çok alay eder)
0 1 2 7. Övünür, yüksekte atar, hava yapar		0 1 2 39. Baş belada olan kişilerle dolaşır
0 1 2 8. Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz		0 1 2 40. Olmayan sesler işitir (açıklayınız):
0 1 2 9. Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz (açıklayınız):		0 1 2 41. Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar)
0 1 2 10. Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir		0 1 2 42. Başkalarıyla beraber olmaksızın yalnız kalmayı tercih eder
0 1 2 11. Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır		0 1 2 43. Yalan söyler ve hile yapar
0 1 2 12. Yalnızlıktan yakınır		0 1 2 44. Turnaklarını yer
0 1 2 13. Kafası karışık, şaşkın görünür		0 1 2 45. Sinirli ve gergindir
0 1 2 14. Çok ağlar		0 1 2 46. Kas ağrıları, tikleri vardır :
0 1 2 15. Hayvanlara eziyet eder		0 1 2 47. Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır
0 1 2 16. Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır		0 1 2 48. Diğer çocuklar tarafından sevilmez
0 1 2 17. Hayale dalar gider, kendini unutar		0 1 2 49. Kahzlık çeker
0 1 2 18. Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur		0 1 2 50. Çok korkak ve kaygılıdır
0 1 2 19. Hep dikkat çekmek ister		0 1 2 51. Baş dönmesi vardır
0 1 2 20. Eşyalarına zarar verir		0 1 2 52. Kendini çok suçlu hisseder.
0 1 2 21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir		0 1 2 53. Aşırı yemek yer
0 1 2 22. Evde söz dinlemez		0 1 2 54. Aşırı yorgundur
0 1 2 23. Okulda söz dinlemez		0 1 2 55. Çok kiloludur
0 1 2 24. İştahsızdır, az yemek yer		56. Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:
0 1 2 25. Diğer çocuklarla geçinemez		0 1 2 a. Ağrılar, sıızlar
0 1 2 26. Yanlış davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez		0 1 2 b. Baş ağrıları
0 1 2 27. Genellikle kışkırtıcı		0 1 2 c. Bulantı, kusma hissi
0 1 2 28. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer (kum, kıl, kalem, teli gibi) (açıklayınız):		0 1 2 d. Gözle ilgili şikayetler (açıklayınız):
0 1 2 29. Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız):		0 1 2 e. Döküntüler ya da başka cilt sorunları
0 1 2 30. Okula gitmekten korkar		0 1 2 f. Mide-karın ağrısı ve kramplar
0 1 2 31. Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar		0 1 2 g. Kusma
0 1 2 32. Mükemmel olmasının gerektiğine inanır		0 1 2 h. Diğer (açıklayınız):

0 : Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)

1 : Bazen ya da Biraz Doğru

2 : Çok ya da Sıklıkla Doğru

0 1 2 57.İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur	0 1 2 85.Acayip, tuhaf düşünceleri vardır (açıklayınız): _____
0 1 2 58.Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla cynar ve yolar (açıklayınız): _____	0 1 2 86.İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir
0 1 2 59.Herkesin ortasında cinsel organlarıyla cynar	0 1 2 87.Duygu durumunda ani değişiklikler olur
0 1 2 60.Cinsel organlarıyla çok fazla cynar	0 1 2 88.Çok sık küser
0 1 2 61.Okul başarısı düşüktür	0 1 2 89.Şüphesizdir
0 1 2 62.Dengesiz ve sakardır	0 1 2 90.Küfürü ve açık saçık konuşur
0 1 2 63.Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder	0 1 2 91.Kendini öldürmekten söz eder
0 1 2 64.Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder	0 1 2 92.Uykuda yitrir ve konuşur (açıklayınız): _____
0 1 2 65.Konuşmayı reddeder	0 1 2 93.Çok fazla konuşur
0 1 2 66.Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar (tanımlayınız): _____	0 1 2 94.Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder
0 1 2 67.Evden kaçır	0 1 2 95.Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir
0 1 2 68.Çok bağıır, çağırır	0 1 2 96.Cinsel konuları fazlaca düşünür
0 1 2 69.Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar	0 1 2 97.İnsanları tehdit eder
0 1 2 70.Olmayan şeyleri görür (açıklayınız): _____	0 1 2 98.Parmak emer
0 1 2 71.Sıkılgan ve utangaçtır	0 1 2 99.Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür
0 1 2 72.Yangın çıkartır	0 1 2 100.Uyku sorunu vardır: _____
0 1 2 73.Cinsel sorunları vardır (açıklayınız): _____	0 1 2 101.Okuldan kaçır, dersini asar
0 1 2 74.Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar	0 1 2 102.Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir
0 1 2 75.Çekingen ve ürktür	0 1 2 103.Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir
0 1 2 76.Çocukların çoğundan daha az uyur	0 1 2 104.Çok gürlüktüdür
0 1 2 77.Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (açıklayınız): _____	0 1 2 105.Tıbbi amaç dışında alkol yada ilaç kullanır (açıklayınız): _____
0 1 2 78.Kakasıyla cynar yada etrafa buluşturır	0 1 2 106.Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır
0 1 2 79.Konuşma güçlüğü vardır (açıklayınız): _____	0 1 2 107.Gündüz alını ıslar
0 1 2 80.Boş gözlerle uzam uzam bakar	0 1 2 108.Yatağın ıslar
0 1 2 81.Evden çalmaları vardır	0 1 2 109.Sızlanır, mızırdanır
0 1 2 82.Evin dışında çalmaları vardır	0 1 2 110.Karşı cinsten olmayı ister
0 1 2 83.İhtiyacı olmayan nesneleri toplar, biriktirir (tanımlayınız): _____	0 1 2 111.İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmak istemez
0 1 2 84.Acayip, tuhaf davranışları vardır (açıklayınız): _____	0 1 2 112.Evhamlıdır, herşeyi dert edinir
	113.Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız: _____
	0 1 2 _____

TÜM MADDELERİ LÜTFEN CEVAPLAYINIZ

SİZİ KAYGILANDIRAN MADDELERİN ALTINI ÇİZİNİZ

* Son 6 ayık süresin dışında yukarıda sözü edilen özellikler

çocuğun yaşamının herhangi bir döneminde görüldü mü? _____

☐ Hayır

☐ Evet

* Son 1 yıl içinde çocuk ruh sağlığı kliniklerine başvurdunuz mu? _____

☐ Hayır

☐ Evet

* Çocuğunuz Kız'ın Kursuna gitti ya da halen gidiyor mu? _____

☐ Hayır

☐ Evet

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ *

(PARI)

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok uygun buluyorum	Oldukça uygun buluyorum	Biraz uygun buluyorum	Hiç uygun bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için bütün soruların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa yine de cevaplandırmanızı rica ederiz.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse kendisi için o kadar iyi olur. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki, zamanını boşa geçirmesi affedilemez. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeter derecede özgür olmamasıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |

10.	Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.	4	3	2	1
11.	Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.	4	3	2	1
12.	Daima koştururan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır.	4	3	2	1
13.	Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün, daha akıcı olur.	4	3	2	1
14.	Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.	4	3	2	1
15.	Anne babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.	4	3	2	1
16.	Bütün genç anneler, bebek bakımından beceriksiz olacaklarından korkarlar.	4	3	2	1
17.	Eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa, hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur.	4	3	2	1
18.	Anne babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.	4	3	2	1
19.	Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi.	4	3	2	1
20.	Bir çocuğa ne olursa olsun doğuşmaktan kaçınması gerektiği öğretilmelidir.	4	3	2	1
21.	Çocuklar bencil olduklarında hep bir şeyler istediklerinde, annelerinin tepsinin atması çok normaldir.	4	3	2	1
22.	Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa, bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.	4	3	2	1
23.	Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.	4	3	2	1
24.	Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.	4	3	2	1
25.	Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.	4	3	2	1
26.	Bir annenin çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi haklıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır.	4	3	2	1
27.	Uyanık bir anne-baba çocuğunun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.	4	3	2	1

28.	Çocuklar, anne babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.	4	3	2	1
29.	Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse bütünü şikayetçi olurlar.	4	3	2	1
30.	Sert terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.	4	3	2	1
31.	Genç bir kadın henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kapılır.	4	3	2	1
32.	Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.	4	3	2	1
33.	Babalar daha az bencil olsalar kendilerine düşen görevi yaparlardı.	4	3	2	1
34.	İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.	4	3	2	1
35.	Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.	4	3	2	1
36.	Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.	4	3	2	1
37.	Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya uymalarını istemek doğru değildir.	4	3	2	1
38.	Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.	4	3	2	1
39.	Bir çocuğa başı derde girdiğinde doğuşme yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.	4	3	2	1
40.	Anne baba arasındaki bazı konular hafif bir tartışma ile çözümlenemezler.	4	3	2	1
41.	Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.	4	3	2	1
42.	Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.	4	3	2	1
43.	Oğlan ve kız çocuklarının birbirlerini soyunurken görmemeleri gerekir.	4	3	2	1
44.	Çocukların sorunlarına eğilirseniz sizi oyalamak için birçok masal uydururlar.	4	3	2	1
45.	Eğer anne babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler.	4	3	2	1

46.	Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.	4	3	2	1
47.	Bir çocuk eninde sonunda anne-babasınınkinden daha üstün akıla sahip olamayacağını öğrenir.	4	3	2	1
48.	Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştirmiyorsa belki de bu, babanın evde kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.	4	3	2	1
49.	Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.	4	3	2	1
50.	Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörüle karşılanamaz.	4	3	2	1
51.	Anne babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.	4	3	2	1
52.	Akıllı bir kadın yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.	4	3	2	1
53.	Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması lazımdır.	4	3	2	1
54.	Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.	4	3	2	1
55.	Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusunu verir.	4	3	2	1
56.	Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.	4	3	2	1
57.	Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.	4	3	2	1
58.	Çocuklar ashnda sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.	4	3	2	1
59.	Çocukların toplantılarıyla, kız-erkek arkadaşlarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.	4	3	2	1
60.	Anne babaya sadakat herşeyden önce gelir.	4	3	2	1

* Kısaltılmış deneysel (PARI) formu, Güney LeCompte, Hacettepe Üniversitesi, 1978.