



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PREMATÜRE DOĞUM HİKAYESİ OLAN 1.5-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA
DUYGU VE DAVRANIŞ DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. DURDANE GAYE KOCATEPE

TEZ DANIŞMANI: DR. ÖĞRETİM ÜYESİ TUBA KASAP
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TOKAT-2020

TEŞEKKÜR

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde uzmanlık eğitimim esnasında hoşgörü, emek ve desteklerini esirgemeyen, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek aldığım, yoğun emeğini her zaman minnetle hatırlayacağım, yenidoğan yaklaşımı ile akademik hayatıma ışık tutan Anabilim Dalı Başkanımız değerli Doç. Dr. Şahin TAKÇI hocama;

Tezimde yoğun emek sarfeden, yardımlarını esirgemeyen, bana yol gösteren, tecrübe ve deneyimlerinden faydalandığım, gece gündüz demeden bana destek olan, anne şefkatini her zaman hissettiğim değerli tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Tuba KASAP hocama;

Asistanlığa başladığım ilk günden itibaren hekimliğin inceliklerini bana öğreten, klinik tecrübelerinden faydalandığım uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, sevgi, saygı ve uyum içinde çalıştığım sayın Dr. Öğretim Üyesi Erhan KARAASLAN, Doç. Dr. Öğretim Üyesi Ali GÜL, Dr. Öğretim Üyesi Ergün SÖNMEZGÖZ, Dr. Öğretim Üyesi Rüveyda GÜMÜŞER hocalarıma;

Tez çalışmamın Çocuk Ruh Sağlığı yönünü aydınlatan ve desteklerini esirgemeyen Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalından Dr. Öğretim Üyesi Ferhat YAYLACI hocama;

Tez çalışmamın istatistiksel analiz kısmında sağladığı katkılardan dolayı biyoistatistik anabilim dalı asistanı Yunus Emre KUYUCU Bey'e;

Klinik çalışmalarımda birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum beraber nöbet tutup aile gibi olduğumuz değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma, değerli hemşire arkadaşlarıma ve değerli sağlık personeline;

Her zaman sevgisini ve desteğini içtenlikle hissettiğim ilk öğretmenim canım annem Kadriye KOCATEPE'ye, her kararında arkamda durup güvende hissettiren, aynı zamanda sırdaşım canım babam Akif KOCATEPE'ye ve doğduğu günden beri hayatımı aydınlatan, neşe kaynağım canım kardeşim Av. İrem KOCATEPE'ye sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Durdane Gaye KOCATEPE

ÖZET

Giriş ve Amaç: Literatürde prematüre doğan bebeklerin nörolojik gelişimiyle ilgili çok çalışma olmasına karşın duygu ve davranış durumuyla ilgili kısıtlı çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı; 24.-34. gebelik haftaları arasında doğan prematüre bebeklerde 1.5-5 yaş arası duygu ve davranış durumunun değerlendirilmesi ve bununla perinatal olayların ve prematüriteye bağlı uzun dönem komplikasyon ve kronik hastalıkların ilişkisinin incelenmesi, ayrıca anne kaygısının değerlendirilmesi ve bunun çocuğun duygu ve davranış durumu üzerindeki etkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2014-2018 yılları arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YDYBÜ) izlenen ve 24.-34. gebelik haftaları arasında doğum öyküsü olan 1.5-5 yaş arası hastalar ve anneleri alındı. Anneler ve çocuklar çağrılarak Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) uygulanıp duygu ve davranış durumu değerlendirildi. Annelere Kaygı Ölçeği (STAI) uygulandı. Ayrıca çocuk ve annelerin demografik, sosyal ve klinik özellikleri kaydedildi; bu özelliklerle ÇDDÖ ve STAI ölçeklerinin sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 62 çocuk ve anneleri dahil edildi. Hastaların ortalama gebelik haftası 31.9 ± 2.18 , ortalama doğum ağırlığı 1850 ± 483.80 gr idi. Gelir durumu düşük ailelerin çocuklarında karşıt olma-karşı gelme davranış bozukluğu, kaygı bozukluğu ve çökkünlük puan türlerinin daha yüksek olduğu bulundu. Geç sepsis geçirme öyküsü olan çocuklarda uyku problemleri puanı; prematüre retinopatisi (PR) saptanan ve birden fazla transfüzyon yapılanlarda dikkat sorunları puanı daha yüksek bulundu. Annede gestasyonel diabetes mellitus ve çocukta intrauterin büyüme kısıtlılığı olanlarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu puanının daha yüksek olduğu saptandı. İntraventriküler kanama evresinin kaygı, otizm spektrum bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu puanları ile pozitif korelasyon gösterdiği bulundu. Ayrıca çocuğunda PR öyküsü olan ve kırsal kesimde yaşayan annelerin kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu.

Sonuç: Prematürite ve/veya düşük doğum ağırlığı ile çocukluk çağı başlangıçlı psikiyatrik bozuklukların gelişimi arasında bir ilişki olduğu açıktır. Bu bebeklerde bilişsel ve davranışsal gelişimin yakından gözlenmesi ve olası psikiyatrik bozuklukların erken dönemde saptanması erken müdahale şansını arttıracaktır. Prematüre bebeğe sahip annelerin, genel olarak kaygı düzeyinin yüksek olması nedeniyle hem sağlık çalışanları hem de diğer sosyal çevresi tarafından desteklenmesi hem annenin hem de bebeğin sağlıklı psikolojik gelişimi için önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Prematüre, duygu ve davranış durumu, anne kaygısı

ABSTRACT

Background/Aim: Although there are many studies about the neurodevelopment of premature babies in the literature, there are limited studies on emotional and behavioral development. The aim of this study was to evaluate the emotional and behavioral status of the children between 1.5-5 years who were born 24-34 weeks of gestation and the relationship between perinatal events, long-term complications, chronic diseases of prematurity and the emotional and behavioral status of the children, as well as evaluating maternal anxiety and its effect on the child.

Material and Methods: The study population included the children between 1.5-5 years of age who were born 24-34 weeks of gestation and followed in the neonatal intensive care unit (NICU) of Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital between the years of 2014-2018 and their mothers. Children and their mothers were recruited by phone-call and Child Behavior Checklist (CBCL) was applied to the mothers to examine emotional and behavioral status of the children. To evaluate the anxiety of the mothers, State Anxiety Inventory (STAI) was applied. In addition, demographic, social and clinical characteristics of children and mothers were recorded; these features were compared with the results of the CBCL and STAI scales.

Results: A total of 62 children and their mothers were included in our study. The mean gestational week of the children was 31.9 ± 2.18 and the mean birth weight was 1850 ± 483.80 gr. Scores of oppositional behavioral disorder, anxiety, depression were higher in children of families with low income. The scores of sleep problems was higher in children with a history of late neonatal sepsis. Scores of attentional problems were higher in children with a history of retinopathy of prematurity (ROP) and blood transfusion more than one times. It was found that attention deficit hyperactivity disorder score was higher in children with maternal gestational diabetes mellitus and intrauterine growth restriction. Grade of intraventricular hemorrhage was positively correlated with anxiety, autism spectrum disorder, and oppositional behavioral disorder scores. Additionally; anxiety scores were higher in the mothers of children with ROP and mothers living in the rural area.

Conclusion: It is obvious that there is a relationship between prematurity and / or low birth weight and the development of childhood-onset psychiatric disorders. Close observation of cognitive, emotional and behavioral development in these babies and early detection of possible psychiatric disorders will increase the probability of early intervention. The importance of social support for mothers of premature babies by both healthcare professionals and other social environment due to the high level of anxiety in these mothers should be emphasized.

Keywords: Premature, emotional and behavioral status, maternal anxiety



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Prematüre Doğum Nedenleri.....	2
2.2. Prematüre Bebeklerin Sınıflandırılması.....	3
2.3. Prematüre Bebeklerin Özellikleri ve Başlıca Sorunları	4
2.3.1. Respiratuvar Distres Sendromu	5
2.3.2. Bronkopulmoner Displazi (BPD)	5
2.3.3. Patent Duktus Arteriozus	5
2.3.4. Prematüre Retinopatisi.....	6
2.3.5. İntraventriküler Kanama.....	6
2.3.6. Nekrotizan Enterokolit (NEK).....	7
2.3.7. Prematüre Apnesi	7
2.3.8. Hipoglisemi.....	8
2.3.9. Sepsis	9
2.3.10. Prematüre Anemisi.....	10
2.3.11. İndirek Hiperbilirubinemi.....	10
2.4. Prematüre Bebeklerin Nörokognitif Gelişiminin Değerlendirilmesi.....	11
2.5. Prematüre Bebeklerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	13
2.6. Prematüre Bebeklerde Yaygın Gelişimsel Bozukluk ve Otizm	13
2.7. Prematüre Bebeklerde Emosyonel Bozukluklar.....	14
2.8. Prematüre Bebeklerin Ebeveynlerinin Kaygı Durumu.....	14

3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ.....	53Hata!
Yer işareti tanımlanmamış.	
7. KAYNAKLAR.....	56Hata!
Yer işareti tanımlanmamış.	
8. EKLER.....	64



KISALTMALAR

ADDA: Aşırı düşük doğum ağırlıklı bebekler (1000 gram altında olanlar)

AGA: Gestasyon haftasına göre uygun doğum ağırlıklı bebekler (Appropriate for gestational age)

BPD: Bronkopulmoner displazi

C/S: Sezeryan doğum

ÇDDA: Çok düşük doğum ağırlıklı (1500 gram altında olanlar bebekler)

ÇDDÖ: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği

DDA: Düşük doğum ağırlıklı (2500 gram altındakiler bebekler)

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

DSÖ: Dünya sağlık örgütü

EMR: Erken membran rüptürü

DM: Diabetes mellitus

İHB: İndirek hiperbilirubinemi

İUBK: İntrauterin büyüme kısıtlılığı

İVK: İntraventriküler kanama

LGA: Gestasyon haftasına göre ağırlığı büyük bebekler (Large for gestational age)

NEK: Nekrotizan enterokolit

NSVY: Normal spontan vajinal yol

PDA: Patent duktus arteriozus

PR: Prematüre retinopatisi

RDS: Respiratuar distres sendromu

SGA: Gestasyon haftasına göre ağırlığı küçük bebekler (Small for gestational age)

YDGT: Yenidoğanın geçici takipnesi

YDYBÜ: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların demografik özellikleri	19
Tablo 2. Çalışmaya alınan anneler ve aileler ile ilgili özellikler.....	20
Tablo 3. Çalışmaya alınan hastaların klinik özellikleri.....	22
Tablo 4. Karşıt olma-karşı gelme, DEHB, Otizm spektrum bozukluğu ile anne, aile ve çocuk özelliklerinin ilişkisi.....	24
Tablo 5. Duygusal tepkisellik, Kaygılı/Çökkün, İç dönlük, Somatik yakınmalar alt puan türleri ile anne, aile ve çocuk özelliklerinin ilişkisi.....	28
Tablo 6. Uyku problemleri, Kaygı, Çökkünlük alt puan türleri ile anne, aile ve çocuk özelliklerinin ilişkisi.....	33
Tablo 7. Dikkat problemleri, Saldırgan davranışlar alt puan türlerinin anne, aile ve çocuk özellikleri ile ilişkisi.....	37
Tablo 8. İç yönelim, Dış yönelim ve Toplam sorunlar puan türlerinin anne, aile ve çocuk özellikleri ile ilişkisinin değeriendirilmesi.....	42
Tablo 9. Anneler uygulanan STAI ölçeklerinin sonuçlarının çocuğa, anneye ve aileye ait bazı özellikler ile ilişkisi.....	46
Tablo 10. ÇDDÖ sonuçları ile çocuklara ait nicel özellikler ve STAI ölçek sonuçları arasında korelasyon analizi sonuçları.....	48
Tablo 11. ÇDDÖ sonuçları ile çocuklara ait nicel özellikler ve STAI ölçek sonuçları arasında korelasyon analizi sonuçları.....	48

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Prematür doğum 37. gebelik haftasından önce gerçekleşen doğumdur ve bu şekilde doğan bebeklere ‘prematüre’ denilmektedir. Otuz dördüncü gebelik haftası öncesinde doğan bebeklere erken prematüre, 34.-37. hafta arası doğanlara geç prematüre denir.

Prematüre bebeklerin yaşam şansı; tıpta yaşanan gelişmeler ve yenidoğan bakımındaki iyileşmelerle birlikte belirgin derecede artmış, azalan mortalite, beraberinde artmış morbiditeyi de getirmiştir [1]. Bu bebeklerin bronkopulmoner displazi (BPD), prematüre retinopatisi (PR) ve diğer bazı uzun dönem komplikasyonlar ve kronik hastalıklar açısından risk altında olduğu birçok çalışmada ortaya konulmuştur [2]. Bunun yanında bu hastalarda nörobilişsel işlevlerdeki bozukluklar ve davranışsal sorunların özellikle de doğum haftası küçüldükçe arttığı bilinmekte ve bunlarla ilgili farkındalık her geçen gün artmaktadır [3]. Perinatal dönemdeki birçok faktörün bu bebeklerde çeşitli psikiyatrik bozuklukların gelişiminde rolü olabileceği düşünülmektedir [4]. Uzun yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) yatış süreleri, eşlik eden kronik hastalıkları ve anne kaygısı, prematüre bebeklerde zamanında doğan bebeklere göre duygu ve davranış problemlerinin daha sık olmasına sebep olmaktadır. Örneğin BPD’li bir bebeğin hastaneden oksijen konsantratörü ile taburcu olması anne kaygısını artırıp çocuğun ilerleyen dönemde duygu ve davranış durumunu etkileyebilmektedir [5]. Biz de bu çalışmada; 24.-34. gebelik haftaları arasında doğan prematüre bebeklerde 1.5-5 yaş arası duygu ve davranış durumunu ve bununla BPD, PR gibi uzun dönem komplikasyon ve kronik hastalıkların ilişkisini incelemeyi, ayrıca anne kaygısını değerlendirmeyi ve bunun çocuğun duygu ve davranış durumu üzerindeki etkisini incelemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

Prematüre bebek; Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre 37. gebelik haftası tamamlanmadan önce canlı doğan bebektir [6]. Prematürite; hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki bebek ölümleri ve ciddi kalıcı sekeller için en temel nedendir [7]. DSÖ tarafından 2012'de yayınlanan ve 184 ülkenin yer aldığı "Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu"nda, Dünya'da prematüre doğum oranlarının %5-18 arasında değişmekte olduğu ifade edilmiştir [8].

Ülkemiz verilerinde 2018 yılı canlı doğum sayısı 1 milyon 248 bin 847 olarak belirtilmiştir [9]. Hem ülkemizde hem de Dünya'da, son yıllarda prematüre bakımında önemli gelişmeler sağlanmış olmasına rağmen, prematür doğum oranlarının azaltılması konusunda belirgin bir ilerleme kaydedilememiştir. Aksine, son yıllarda pek çok ülkede prematür doğum oranlarının giderek artmakta olduğu bilinmektedir. Ülkemizde de 1995-2012 yılları arası, prematür doğum oranlarında 2 kata yakın artış olduğu görülmektedir [7].

2.1. Prematür Doğum Nedenleri

Prematür doğumların sebepleri multifaktöriyel olup fetal, plasental, uterin ve maternal faktörler arasındaki kompleks etkileşim sonucu ortaya çıktığı, bir kısmında ise herhangi bir sebep belirlenemediği bilinmektedir [10]. Prematür doğum, intrauterin büyüme kısıtlılığı (İUBK) ve düşük sosyoekonomik durum arasında güçlü bir korelasyon mevcuttur [11]. Bu nedenle riskli gebelerin belirlenmesi önemlidir.

Prematür doğumun saptanabilen nedenleri şu şekilde listelenebilir [12]:

A) Fetal nedenler: Fetal distres, çoğul gebelik, eritroblastosis fetalis, değişik nedenlerle hidrops

B) Plasental nedenler: Placenta previa, abruptio placentae

C) Uterus ile ilgili nedenler: Uterus anomalisi, servikal yetmezlik

D) Maternal nedenler: Preeklampsi, kronik hastalık (siyanotik kalp hastalığı, kronik böbrek hastalığı), enfeksiyon (Listeria monositogenez, grup B Streptokok, idrar yolu enfeksiyonu, koriyoamniyonit), madde kullanımı (kokain, sigara), sık doğum, anne yaşı <16 veya >35 olması, düşük sosyoekonomik düzey, düşük kültür düzeyi

E) Diğer: Erken membran rüptürü (EMR), polihidramniyoz, ilaç etkisi

Ayrıca annenin daha önceki gebeliğinin erken sonlanmasının bir sonraki gebelikteki prematür doğum riskini artırdığı gösterilmiştir [13].

Tüm bilinen nedenler ve risk faktörlerine rağmen prematür doğumlar tümüyle önlenemez. Ancak daha iyi bir beslenme, sık doğumların önlenmesi, anne sağlığının düzeltilmesi, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel yapının iyileştirilmesi, gebelik süresince izlem gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinden itibaren yapılabilecek uygulamalarla bu doğumlar önemli ölçüde azaltılabilir [14].

2.2. Prematüre Bebeklerin Sınıflandırılması

Prematüre bebeklerin sınıflandırılması doğdukları gebelik haftalarına, doğum ağırlıklarına ve intrauterin büyüme ve gelişme özelliklerine göre yapılır. Gebelik haftası ve doğum ağırlığı küçüldükçe prematüre bebeklerin mortalite ve morbidite oranlarında artış görülmektedir [15].

Prematüre bebekler gebelik haftasına göre 3 gruba ayrılır [16]:

- Aşırı prematüre bebekler: Gebelik haftası 28 haftadan küçük olanlar
- Çok erken prematüre bebekler: Gebelik haftası 28 ile 32 hafta arasında olanlar
- Orta-geç prematüre bebekler: Gebelik haftası 32 ile 37 hafta arasında olanlar

Doğum ağırlıklarına göre sınıflama yapıldığında ise;

- 2500 gram altındakiler düşük doğum ağırlıklı (DDA),
- 1500 gram altında olanlar çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA),
- 1000 gram altında olanlar aşırı düşük doğum ağırlıklı (ADDA) prematüre bebekler olarak sınıflandırılır [16].

Yenidoğan bebekler gebelik haftası ve doğum ağırlığı dışında o gebelik yaşına göre beklenen vücut ölçümlerine göre de değerlendirilmelidir. Lubchenco eğrileri ile intrauterin büyümesi değerlendirilen yenidoğan bebekler 3 gruba ayrılır [17]:

1) Gebelik yaşına göre doğum ağırlığı düşük grup (Small for Gestational Age-SGA): İntrauterin büyüme eğrilerinde doğum ağırlıkları gestasyon yaşına göre 10. persentilin altında olan bebeklerdir. SGA bebekler de kendi içinde iki grupta incelenir:

- Simetrik SGA (sSGA): Ağırlık, boy ve baş çevresi ölçümlerinin hepsi gestasyon haftasına göre 10. percentilin altında olan bebeklerdir.
- Asimetrik SGA (aSGA): Boy ve baş çevresi korunurken ağırlıkları gestasyon haftasına göre küçük bebeklerdir.

2) Gebelik yaşına göre doğum ağırlığı uygun grup (Appropriate for Gestational Age-AGA): Doğum ağırlıkları gestasyon yaşına göre 10 ile 90 percentil arasındaki bebeklerdir.

3) Gebelik yaşına göre doğum ağırlığı büyük grup (Large for Gestational Age-LGA): Doğum ağırlıkları gestasyon yaşına göre 90 percentilin üzerindeki bebeklerdir [17].

2.3. Prematüre Bebeklerin Özellikleri ve Başlıca Sorunları

Prematüre bebeklerde morbidite ve mortalitede en önemli belirleyici gebelik haftasıdır. Prematürite derecesi arttıkça bebeğin karşılaştığı komplikasyonlar artmakta ve hayatta kalma şansı azalmaktadır. Prematürelerin üçte ikisi geç prematürelerdir, bu bebeklerin çoğunluğu kısa bir süre zarfında aile adaptasyonu sağlanarak taburcu edilirler. Aşırı derece prematüre olan bebeklerde ise tıbbi destek ihtiyacı daha fazla olmakta ve uzun süreli yoğun bakım gereksinimi olmaktadır.

Birçok organ sistemi; intrauterin dönemde normal bir gebelik süresinde gelişimini büyük ölçüde tamamlar ancak prematüre bebeklerde bu sürenin yetersiz olması tüm sistemlerde etkilenmeye yol açmaktadır. Akciğerlerin immatür olması nedeniyle solunum sorunları ve özellikle respiratuvar distres sendromu (RDS) ilk sırada yer almaktadır. Patent duktus arteriozus (PDA) varlığı soldan sağa şanta neden olarak hemodinamik dengenin bozulmasına ve solunum sorunlarına yol açmaktadır. Serebral damarların immatür olması intraventriküler germinal matrix kanamalarına yol açmaktadır. Kahverengi yağ dokusu ve kas kitlesinin azlığı, vücut ağırlığına oranla cilt yüzeyinin fazla olması hipotermiye olan yatkınlığı artırmaktadır. İmmatür immün sistem nedeniyle enfeksiyonlara eğilim artmıştır. Glikojen, kalsiyum ve demir depoları azdır. Bu durum hipoglisemi, hipokalsemi ve erken fizyolojik anemi gelişmesine neden olabilmektedir. Böbreklerdeki immatüriteye ve glomerülo-tübüler yetersizliğe bağlı olarak sıvı-elektrolit bozuklukları sık görülmektedir. Bu durum özellikle gestasyon haftası <32 hafta olan prematürelerde daha belirgindir. Yeterli miktarda sıvı replasmanı yapılmaması, kolaylıkla hipernatremik dehidratasyon, asidoz ve hipotansiyon gelişmesine neden olurken fazla sıvı verilmesi ise PDA, BPD, nekrotizan enterokolit (NEK) ve intraventriküler kanama (İVK) gelişme riskini artırmaktadır [14].

2.3.1. Respiratuvar Distres Sendromu

RDS temel olarak gelişim aşamalarını tamamlayamamış akciğerde yapısal immatüriteye eşlik eden alveolar surfaktan eksikliğinden kaynaklanır. Bir fosfolipid karışımı olan surfaktan yüzey gerilimini azaltarak alveollerin açık kalmasını sağlar. Eksikliğinde yaygın atelektaziler gelişir ve buna bağlı olarak ventilasyon perfüzyon dengesinin ve gaz değişiminin bozulması söz konusudur [18]. RDS klinik olarak, doğum sonrası erken dönemde takipne, retraksiyon, inleme ve siyanozun eşlik ettiği solunum sıkıntısı bulguları ile ortaya çıkar. Solunum yetmezliği kan gazı değerleri ile tespit edilebilir ve tanı akciğer grafisinde klasik buzlu cam ve hava bronkogramları görüntüsü ile desteklenir. Ayırıcı tanısında yenidoğanın geçici takipnesi, pnömoni, hava kaçağı sendromları, siyanotik konjenital kalp hastalıkları ve akciğer dışı diğer sistemik hastalıklar akla gelmelidir [19]. Tedavisinde ciddi gelişmeler elde edilmesine rağmen RDS ve RDS'nin erken ve geç komplikasyonları, ADDA bebeklerin en önemli mortalite ve morbidite nedeni olmaya devam etmektedir [20].

2.3.2. Bronkopulmoner Displazi

BPD ilk kez 1967 yılında Northway, Rosan ve Porter tarafından tanımlanmış olup günümüzde kısa ve uzun dönem etkileri ile neonatal morbidite ve mortalitenin majör sebeplerinden biridir [21].

Gestasyonel haftası <32 hafta olan bebekler postnatal 28. günde oksijen ihtiyacı olduğu halde postmenstürel 36. haftada veya taburculukta oksijen bağımlılığı göstermiyorsa hafif BPD, oksijen ihtiyacı var ancak %30'un altındaysa orta şiddetli BPD, oksijen ihtiyacı $\geq$ %30 ve/veya nazal CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*-Sürekli pozitif havayolu basıncı) veya pozitif basınçlı ventilasyon ihtiyacı varsa ağır BPD olarak tanımlanır. Gestasyonel haftası 32 ve üstünde doğan bebekler ise postnatal 28. günde oksijen ihtiyacı olduğu halde postnatal 56. günde veya taburculukta (hangisi önce ise) oksijen bağımlılığı göstermiyorsa hafif BPD, oksijen ihtiyacı %30'un altındaysa orta BPD, oksijen ihtiyacı $\geq$ %30 ve/veya nazal CPAP veya pozitif basınçlı ventilasyon şeklindeyse ağır BPD olarak tanımlanır [22].

2.3.3. Patent Duktus Arteriozus

Duktus arteriozusun postnatal 72. saatte hala kapanmamış olmasına PDA denir. PDA istenmeyen hemodinamik değişikliklere yol açarak prematüre bebeklerin morbiditelerinde

artışa sebep olabilir [23]. Doğum ağırlığı ve gebelik haftası düştükçe PDA riski artar. Term bebeklerde PDA görülme sıklığı yaklaşık 57/100.000 canlı doğum iken, ÇDDA bebeklerde 33/100 canlı doğumdur [24]. Bu durum prematüre bebeklerde duktal medial kas dokusunun az olması, immatür duktusun oksijenle ilişkili konstriksiyona daha az duyarlı iken prostaglandinle vazodilatasyona daha fazla duyarlı olmasına bağlıdır [25]. Bu bebeklerde soldan sağa önemli şanta neden olan ve akciğerde yüklenmeye neden olan PDA'nın artmış neonatal morbidite ve mortalite ile yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir [25]. Tanıda klinik ve ekokardiyografik (EKO) incelemeler önemlidir.

2.3.4. Prematüre Retinopatisi

PR; retinanın damarsal bozukluğu sonucu gelişen proliferatif bir vitreoretinopatidir. İmmatür retinal damarlarda yapısal bozukluk oluşturarak körlükle sonuçlanabilen bu hastalığın sıklık ve derecesi, gestasyon haftası ve doğum ağırlığıyla ters orantılıdır.

Türk Neonatoloji Derneği tarafından 2014 yılında yapılan çok merkezli çalışmada ÇDDA'lı prematüre bebeklerde PR sıklığı %42, ileri evre PR sıklığı %8,2 olarak bulunmuştur [26]. Etiyolojide oksijen tedavisi, hiperkarbi, ışık maruziyeti, prostaglandin salınımı, anemi, kan transfüzyonu, serum demir düzeyinin yüksekliği, metabolik asidoz-alkaloz, sepsis, metil ksantin tedavisi, E vitamini, magnezyum, selenyum ve bakır eksikliği, beta bloker kullanımı, Candida albicans koryoretiniti, PDA, İVK, BPD, RDS, pnömotoraks, perinatal asfiksi, uzamış renal yetmezlik, NEK, koryoamnionit, uzamış total parenteral beslenme, yedi günden fazla ventilatörde kalma, düşük Apgar skoru, fototerapi, postnatal ağırlık artışının az olması, maternal kanama-eklampsisi ve in vitro fertilizasyon gibi risk faktörleri suçlanmaktadır [20].

2.3.5. İntraventriküler Kanama

Son birkaç dekatta görülme sıklığı azalmış olmasına rağmen, perinatal-neonatal bakımdaki gelişmeler sonrası çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA) prematüre bebeklerin sağkalımlarının artmasıyla birlikte İVK önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. İntraventriküler kanamalar, prematüre bebeklerde serebral palsy ve mental retardasyon gelişiminin en önemli nedeni olarak gösterilmekte ve ileri yaşam dönemlerinde ise nörogelişimsel prognozu olumsuz etkileyen en önemli faktör olarak bilinmektedir. Genellikle İVK yaşamın ilk üç gününde gerçekleşmekte ve 1500 g altı bebeklerde görülme sıklığı ülkeden ülkeye, merkezden merkeze değişmekle birlikte, tüm evreler için % 20-30 arasında bildirilmektedir. İntraventriküler kanamalar prematüre bebeklerde sıklıkla aktif hücre

proliferasyonunun fazla olduğu ve yoğun damarsal yapıya sahip olan germinal matriks bölgesinde gerçekleşir [27]. Germinal matriks hücreden fakir, jelatinoz, destek dokusu az, vasküler yapıdan zengin bir kapiller yumaktır. Prematürelerde aktif hücre proliferasyonunun fazla olduğu ve damarlanması yoğun olan bu bölge kanama için riskli bir bölgedir. Germinal matriks 36. gestasyon haftasından sonra regresyona uğrar, bu nedenle gestasyon haftası ne kadar küçükse kanama riski o kadar fazladır [28]. Kız bebeklerde, siyah ırkta ve antenatal steroid kullanımında daha az, koryoamniyonit, asfiksi, sepsis, PDA varlığında daha sık kanama görülür [29]. İlk kez Papile ve arkadaşları (ark.) tarafından yapılan İVK sınıflandırması değişik kliniklerde küçük modifikasyonlar yapılarak yaygın bir biçimde kullanılmaktadır [30]:

Evre 0: Germinal matrikste veya ventriküllerin içinde kanama yok

Evre I: Periventriküler germinal matriks bölgesinde kanama mevcut

Evre II: Lateral ventrikül içinde ventriküler dilatasyon olmaksızın kanama mevcut

Evre III: Lateral ventrikülde ventriküler dilatasyona neden olan kanama mevcut

Evre IV: Ventriküler kanamaya ilave olarak intraparankimal kanama mevcut

2.3.6. Nekrotizan Enterokolit

NEK; prematüre bebeklerde en sık görülen gastrointestinal sistem acil sorunu ve bağırsakların kısmi veya tam iskemisi ile karakterli önemli bir gastrointestinal hastalıktır [31]. Hastalığın başlama zamanı bir gün ile üç ay arasında değişmekte olup sıklıkla ikinci haftadadır. NEK insidansı doğum ağırlığı ve gestasyonel yaşı azalmasıyla orantılı olarak artmaktadır. Bağırsakların fonksiyonel immatüritesi, azalmış motilite, hipoksi, asidoz, hipotansiyon, hipotermi, umbilikal kateterizasyon, enteral ve parenteral verilen E vitamini, indometazin ve metilksantinler NEK gelişimi için hazırlayıcı faktörlerdir [31, 32].

2.3.7. Prematüre Apnesi

Apne 15-20 saniyeden uzun süren ve çoğu kez bradikardi (kalp tepe atımı 100/dk'nın altında) ile birlikte olan solunum durması olarak tanımlanmaktadır [33]. Apne epizodlarının insidansı gestasyon yaşı ile ters orantılıdır. Apneli herhangi bir bebekte, apnenin nedenini belirlemek için dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır. Gebelik yaşı azaldıkça apne insidansı artar [34].

Apne ortaya çıkış nedenine göre üç gruba ayrılır [33]:

1) Santral apne: %40 oranında görülür, solunum çabası ve diyafram hareketi yoktur, sorun genellikle santral sinir sistemi ile ilgilidir.

2) Obstrüktif apne: %10 oranında görülür, solunum çabası vardır ancak solunum yollarındaki obstrüksiyon nedeniyle soluk alıp veremez. Yaşamın ilk günlerinde daha sık görülür.

3) Miks apne: %50 oranında görülür, önce obstrüktif tipte başlar sonra santral apneye döner.

Prematüre bebeklerin bir hastalığı olan idiyopatik apne, yaşamın ilk haftasında tanımlanabilen başka bir hastalık olmaması halinde görülür. Prematürelerde solunum düzenlenmesi ve kontrol sisteminin olgunlaşma süreci henüz tamamlanmadığı için apneye yatkınlık oluşturmaktadır [35]. Bu bebekler hipoksi durumunda olgun bebeklerde olduğu gibi solunumları arttırmak yerine apne geliştirerek paradoksal cevap verebilirler. Laringeal kas tonusunun zayıf olması da üst solunum yolunun çökmesine neden olarak obstrüksiyon yaratabilir [34].

Prematüre apnesinin tedavisi, hipoksik bebeklere oksijen uygulanmasını, anemik bebeklerin transfüzyonunu ve hafif apneli bebeklerde fiziksel kutanöz stimülasyonu içerir. Metilksantinler (kafein veya teofilin) apnenin farmakolojik tedavisinin temelini oluşturur [36].

2.3.8. Hipoglisemi

Prematürelerin vücutlarında yeterli glikojen ve yağ deposu bulunmaması, enteral beslenme sorunları, eşlik eden hastalıkları ve glikoliz metabolizmasındaki yetersizlikler nedeniyle özellikle hayatın ilk iki haftası içinde hipoglisemi sık görülmektedir [32]. Klinik önemi olan hipogliseminin tanımı, en karışık ve tartışmalı konulardan birisidir ve serebral zedelenme ve kalıcı hasara yol açabilecek plazma glukoz düzeyleri konusu da açık değildir. Uzlaşma olmamakla birlikte, hipoglisemi açısından kan glukozu için eşiğin 47 mg/dL olarak kabul edilmesi yaygın bir görüştür [37].

Yenidoğan dönemindeki hipoglisemi beyin gelişimini ve uzun dönem nörogelişimsel sonuçları etkileyebilir. Yapılan bir araştırmada gebelik yaşı 32-36 haftalar arasında olan prematüre bebeklerin uzun dönem nörogelişimsel sonuçlarına etkili olan faktörler araştırılmış ve yenidoğan dönemindeki hipogliseminin, 4 yaşında gelişimde gecikme ile ilişkili olduğu ve gösterilmiştir [38].

2.3.9. Sepsis

Yenidoğan sepsisi insidansı gelişmiş ülkelerde daha düşük olmak üzere 1000 canlı doğumda 1-8,1 arasında bildirilmiştir [39]. Sıklığı gestasyonel yaş ve doğum ağırlığı ile ters orantılıdır. Örneğin erken başlangıçlı sepsis 2500 gram üstünde 1000 canlı doğumda 0.57 iken 401-1500 gram arasında 10.9 olarak bildirilmiştir [39]. Son yıllarda yenidoğan ve prematüre bakımındaki ilerlemeler nedeniyle yenidoğan sepsisine bağlı mortalite oranı %30-40'lardan %5-10'lara inmiştir [40]. Yenidoğan sepsisinde kullanılan birkaç farklı tanımlama mevcuttur:

-Kanıtlanmış sepsis: Klinik ve laboratuvar bulgularının sepsis ile uyumlu olduğu ve etkenin mikrobiyolojik olarak gösterildiği sepsis durumu

-Klinik sepsis: Klinik ve laboratuvar bulgularının sepsis ile uyumlu olduğu ancak etkenin mikrobiyolojik olarak gösterilemediği sepsis durumu

-Şüpheli sepsis: Bir bebekte risk etmenleri bulunması (klinik bir belirti olsun ya da olmasın) ya da izlemde sepsis düşündüren bulguların görülmesi

-Erken başlangıçlı sepsis: Postnatal ilk 3 günde (<72 saat) saptanan sepsis

-Geç başlangıçlı sepsis: Postnatal 4-30. günlerde tanı alan sepsis

-Çok geç başlangıçlı sepsis: 30. günden taburcu olana kadar geçen sürede tanı alan sepsis

Erken sepsis için; annede rektal ya da vajinal grup B streptokok (GBS) kolonizasyonu, erken membran rüptürü (EMR) (>18 saat) ve koryoamniyonit gibi durumlar risk faktörü olarak bilinmektedir [41]. Erken sepsiste en sık etkenler grup B streptokok (GBS) ve *Escherichia coli* (*E. coli*)'dir, daha az sıklıkla ise *Listeria monocytogenes* (*L. monocytogenes*), diğer gram negatif enterik basiller ve stafilokoklar görülür. Erken başlangıçlı sepsiste genellikle birden çok organ ya da sistem tutulur.

Geç başlangıçlı sepsis için risk faktörleri; fetal distres, düşük APGAR skoru ve canlandırma, çoğul gebelik, sık kan alınması, entübasyon, mekanik ventilasyon, kateter/sonda takılması gibi invaziv girişimler, yetersiz anne sütü, uzun süre parenteral beslenme, mide asiditesinin azaltılması, cerrahi girişim ihtiyacı ve erken sepsis olarak bilinmektedir [42]. Etkenlerde başta *Staphylococcus epidermidis* (*S. Epidermidis*) olmak üzere koagülaz negatif stafilokoklar (KNS) sıklıkla görülürken; *E. coli*, *klebsiella*, *pseudomonas* türleri gibi gram negatif basillerin ön planda olduğu klinikler mevcuttur. *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) ve *kandida* türleri diğer etkenler arasındadır [43]. Geç sepsiste tutulum çok sistemli ya da

pnömoni, artrit, osteomyelit gibi tek odaklı olabilir [44].

2.3.10. Prematüre Anemisi

Yenidoğan döneminde hemoglobin (Hb) ve hematokrit (htc) değerleri diğer yaş gruplarından daha yüksektir, ancak bu değerler yaşamın ilk haftasından itibaren azalmaya başlar ve bu azalma 6-12. haftalara kadar devam eder. Bu azalmaya birden çok fizyolojik faktör etki eder. Zamanında doğmuş sağlıklı bebeklerde Hb genellikle doğum sonrası 8-12. haftalarda alt sınırı olan 9-11 gr/dl'ye kadar düşer ve bu durum tolere edilebilir, tedavi gerektirmez ve 'yenidoğanın fizyolojik anemisi' olarak tanımlanır. Ancak, prematüre bebeklerin Hb değerindeki düşme, YDYBÜ'de iyatrojenik flebotomi kayıpları da eklenince çok daha hızlı olmaktadır. Ortaya çıkan anemi semptomatiktir ve çoğu zaman kan transfüzyonu gerektirir. Bu nedenle 'prematüre anemisi' tanımı fizyolojik değil patolojik bir klinik durumu tanımlamaktadır [45]. Hemoglobin sıklıkla 7-8 gr/dl'ye kadar düşer ve ortaya çıkan anemi normositik, normokromik ve hipoproliferatif bir anemidir.

Prematüre anemisinin başlıca klinik belirti ve bulguları; taşikardi, takipne, apne, oksijen gereksiniminde artış, enteral yoldan beslenme güçlüğü, kilo alamama olarak sıralanabilir [46].

2.3.11. İndirek Hiperbilirubinemi

İndirek hiperbilirubinemi (İHB) genellikle başka sağlık sorunu olmayan yenidoğan bebeklerde tıbbi ilgi ve dikkat gerektiren en sık klinik bulgulardan biridir. Yenidoğanların yaklaşık %8-10'unda hiperbilirubinemi görülmektedir. Yaşamın ilk haftasında total bilirubin düzeyinin yaşa göre 95. persentilin üzerinde olması hiperbilirubinemi olarak tanımlanır [47].

Yenidoğanların hemen hepsinde hayatın ilk haftasında total bilirubin düzeyinin yükselmesi ve bunların üçte ikisinde de klinik olarak sarılık görülmesi nedeniyle bu geçici hiperbilirubinemiye "fizyolojik sarılık" denmektedir. Normal fizyolojik bir durum olarak kabul gören; genellikle selim, geçici bir durum olmasına ve çoğu kez de bilirubin konsantrasyonunun bebek için tehlike kaynağı olmayacak düzeylerde kalmasına rağmen, yenidoğanların küçük bir bölümünde direkt, geri dönüşümsüz, ciddi beyin hasarı için tehdit oluşturabilen düzeylere erişebilir. Zamanında tanı konup tedavi edilmeyen bebeklerde yüksek bilirubin düzeylerinin yol açacağı bilirubin ensefalopatisi ciddi nörolojik sekillere neden olur. Kernikterus olarak bilinen ve bilirubin bazal ganglionlarda birikmesine sekonder gelişen bu

tablo atetoid tipte serebral palsy ile sonuçlanabilir [48]. Bu nedenle tedavi gerektiren İHB vakalarını tespit etmek ve erken müdahale etmek son derece önemlidir.

2.4. Prematüre Bebeklerin Nörokognitif Gelişiminin Değerlendirilmesi

A) Nörolojik değerlendirme: Prematüre bebeklerde standart nörolojik muayene ve gelişimsel değerlendirmenin tüm yaşlarda yapılması önerilir. Nörolojik muayene nörolojik değerlendirmenin önemli bir parçasıdır ve kaba motor fonksiyon, tonus, refleksler, serebellar fonksiyonlar, kraniyal sinirler ve dil gelişiminin değerlendirilmesini içerir. Muayeneye uyum ve iletişim yeteneği de değerlendirmeye dâhildir. Postür ve hareket yeteneği değerlendirmesi ile fikir edinilebilir. Bunun için Hammersmith neonatal nörolojik muayene metodu basit ve uygulanabilir bir test olarak rehberlerde yer almaktadır [49].

Nörolojik değerlendirmede yaşa uygun Amiel-Tison kullanılırken, “Bayley Scale of Infant Development (BSID)” ve “Bayley Scale of Infant and Toddler/Bayley-III” ilk 2 yaşta anormal gelişimi belirlemede en yaygın olarak kullanılan standart testlerdir. Gecikmiş performansı, normalden ayırmada oldukça geçerli testler olduğu gösterilmiştir [50].

Son yıllarda Ertem ve arkadaşları tarafından bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin değerlendirilmesinde aileyi de içine alan, sağlık çalışanı tarafından uygulanması kolay olan, kısa süren ve aileler tarafından kolay anlaşılan bir test olan Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) geliştirilmiştir [51].

B) Görüntüleme yöntemleri: Yüksek riskli bebeklerde ultrasonografi (USG), konvansiyonel ve difüzyon ağırlıklı MR ve BT gibi tetkiklerle beynin gelişimsel bozuklukları değerlendirilebilir. 32 haftadan önce doğan ve 1500 g altındaki bebeklerde rutin kranial USG yapılması önerilmektedir. Taburculuk sonrası değerlendirmelerde de en sık kullanılan yöntem USG olup ağır lezyonları (ventrikulomegali, kistik PVL ve evre 3-4 kanama) saptamada MR ile benzer özgüllüğe sahiptir. Diffüz beyaz cevher anormalliklerinde ve posterior fossada serebellar patolojilerin görüntülenmesinde ise MR daha etkindir. Ultrasonografinin kullanıcıya bağlı sonuç farklılıkları, BT’nin radyasyona maruziyeti, MR’ın ise pahalı ve sedasyon gerektiren bir tetkik olması başlıca kısıtlılıklarıdır [2].

C) Kaba motor becerilerin değerlendirilmesi: Kaba motor fonksiyonların değerlendirilmesinde sıklıkla Bayley ölçeği kullanılır. Yine kaba motor fonksiyonları sınıflama sistemi (*Gross Motor Function Classification System-GMFCS*) serebral palsili

çocuklarda motor fonksiyon bozukluğunun ağırlığını değerlendirmede geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış, 18 aydan itibaren kullanılabilen bir testtir [52].

D) Gelişimsel değerlendirme: Çeşitli gelişimsel skalalar olmakla birlikte sıklıkla kullanılanlar; Denver gelişimsel tarama testi, aileler tarafından kullanılabilen gelişim saptama kartları (*Development Observation Card-DOC*), Bayley Mental Gelişim İndeksi, Bayley Psikomotor Gelişim İndeksi ve Trivandrum Gelişimsel Taraması'dır. Ülkemizde Denver gelişimsel tarama testinin Türk çocuklarına uyarlanmış şekli olan Ankara Gelişimsel Tarama Envanteri de gelişimsel geriliği saptamak için sıklıkla kullanılmaktadır [51].

E) Zekâ: Çalışmalar düşük doğum ağırlıklı (<2500 g) bebeklerde zekâ puanının (*Intellectual quotient-IQ*) zamanında doğan bebeklere göre 5-7 puan daha düşük olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte sadece zekâ skorunun kullanılması sözel anlama, konuşmayı sürdürme gibi becerileri göz ardı edebilir. Zekâ testleri 3 yaşından sonra değerlendirilebilir. 6-18 yaş arasında Weschler'in zekâ skalasının revize edilmiş hali (*Weschler's intelligence scale-revised-WISC-R*) kullanılabilir [52].

F) Dil ve konuşma: Etkin anlama ve akıcı bir dil iletişimin temelidir ve prematürelerin dil gelişimi açısından term bebeklere göre riskli olduğu bilinmektedir [53]. Yenidoğan döneminde işitme testlerinden geçen bebekler 12. ayda tekrar değerlendirilmelidir. Ayrıca GİDR de değerlendirmede kullanılabilir (ertem-ref). Konuşma ve dil becerisi 1-2 yaş arasında "*Language Evaluation Scale Trivandrum-LEST*" kullanılarak değerlendirilebilir. McArthur testi 1 yaş ve üzerindeki bebeklerde kullanılan anne-baba tarafından yapılan gözlemlere dayalı bir testtir. Klinik Değerlendirme Testi-III (*The Clinical Evaluation Of Language Fundamentals-III*) ≥ 6 yaş çocuklarda kullanılan bir testtir [52].

G) Kognitif durum ve fonksiyonel beceriler: Kognitif durum ve fonksiyonel becerileri değerlendirmede özellikle okul çağında en sık kullanılan skala WISC-R'dır. Nörolojik ve gelişimsel sorunları olan çocuklarda fonksiyonel becerilerin değerlendirilmesi hastalardaki sorunun ağırlığının değerlendirilmesinde ve yönlendirmede değerli veriler sağlar [54].

H) Davranışların ve görsel motor becerilerin değerlendirilmesi: Prematüre bebeklerde dikkat eksikliği, otizm spektrum bozuklukları daha sık; görsel hafıza, problem çözme, organizasyon ve planlama, kopyalama, algıyı sentezleme, görsel algı-motor fonksiyon etkileşimini sağlama gibi becerilerde sorun görülme oranı daha sıktır. Diğer davranışsal ve

psikolojik bozukluklar da normal popülasyona göre daha fazla görülür [55]. Bu tür problemleri saptamada 1.5–5 yaş arasında Achenbach Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği-ÇDDÖ (*Achenbach child behaviour checklist-CBCL*) kullanılabilir. Dikkat eksikliğinde hangi metodun seçileceğine karar vermek güçtür, ebeveyn raporu en kolay yöntemdir.

I) Okul çağı değerlendirmesi: Bu dönemde yapılan değerlendirmeler büyüme, ebeveyn-öğretmen anketi, dikkat eksikliği, okul performansı, davranış sorunları, yaşam kalitesi, kendine güven ve akademik başarı değerlendirmeleridir. Yüksek riskli bebeklerde okul çağında sorunlara sık rastlanır. WISC-R, “Bende-Gestalt” testi (BG), Geniş Kapsamlı Başarı Testi (*Wide range achievement test-WRAT*), insan figürü çizimi ve okul performansı okul çağı değerlendirmesinde kullanılan ölçütlerdir [56].

2.5. Prematüre Bebeklerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık rastlanan nörogelişimsel bozukluklardan biridir. Okul çağındaki çocuklar arasında sıklığı %4-12 arasında bildirilen DEHB’nin etiyolojisinde genetik etkenlerin önemi bilinmektedir [57]. İkiz ve aile genetiği çalışmaları DEHB için ortalama kalıtılabilirliğin %60-94 arasında olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte çevresel etkenlerin de hastalık gelişiminde payı vardır [58]. Bu çevresel etkenler arasında gelişmekte olan beyni etkileyen perinatal olaylar ayrıca önemlidir. DEHB prematüre ve/veya düşük doğum ağırlıklı bebekler arasında en sık rastlanan ve en sık çalışılmış psikiyatrik bozukluklardandır [10]. Birçok çalışmada term bebeklere göre prematüre bebeklerde DEHB oranının yüksek olduğu bulunmuştur [10, 11, 59].

2.6. Prematüre Bebeklerde Yaygın Gelişimsel Bozukluk ve Otizm

Yaygın gelişimsel bozukluk, gelişimin ilk yıllarında baş gösteren, sosyal etkileşim ve iletişim sorunları ile şiddetli derecede sınırlı ilgi ve tekrarlayıcı davranış olarak kendini gösteren bir nörogelişimsel bir bozukluktur [60]. Bu bağlamda bir bozukluk olan otizm spektrum bozukluğu çeşitli araştırmalara göre her 150-300 çocuktan birinde görülmektedir [57]. Otizmin etiyolojisine ilişkin nörogelişimsel teori esas olarak genetik etkenlere odaklanmaktadır. Diğer taraftan genetik geçişin %100’un altında bir oranda olması çevresel etkenleri gündeme getirmektedir. Bu etkenler arasında perinatal risk faktörlerinin de ön planda olduğu düşünülmektedir [61]. Otizmde bir risk faktörü olarak prematurite ve/veya

düşük doğum ağırlığının rolü birçok çalışmada araştırılmış ve prematürite ile otizm arasında ilişki olduğu bulunmuştur [59, 61, 62, 63].

2.7. Prematüre Bebeklerde Emosyonel Bozukluklar

Çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları içerisinde anksiyete bozukluklarına ve duygudurum bozukluklarına sıkça rastlanmaktadır [64]. Her ikisinin de prematürite ve/veya düşük doğum ağırlığı ile ilişkisi birçok çalışmada araştırılmıştır. Farooqi ve arkadaşlarının 2006 tarihinde 86 çocukla yaptığı araştırmada aşırı prematüre çocukların anksiyete, depresyon ve içe dönüklük skorlarının kontrole göre artmış olduğunu saptamışlardır [65]. Düşük doğum ağırlığı olan çocuklarla yapılmış çalışmalarda ise benzer şekilde depresyon ve anksiyete skorlarının kontrole göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır [66, 67, 68]. Prematüre bebeklerde bu sorunların daha sık olması büyük ölçüde geçirmiş oldukları sürece bağlıdır. YDYBÜ'ye alınan prematüre bebeklerin büyük kısmının hayatı tehdit eden kritik hastalıkları vardır ve yaşamları uygulanan bakıma dayalıdır. Yoğun bakım ortamı, bebeğin gelişimsel olarak hazır olmadığı bir anda hastalık, gürültü, ışık, tekrarlanan ağırlı uyaran, analjezik uygulanması, ilaç uygulamaları gibi etkenler ile karşılaşmasının yanı sıra dokunma, koklama, emme ve anne sesi gibi normal anne-bebek etkileşimini sağlayan etkenlerden uzak kalmasına neden olur. YDYBÜ gibi bir ekstrauterin ortam, gelişimin psikobiyolojik evresi ile bebeğin karşılaştığı duyumsal uyaranlar arasında uyumsuzluk oluşmasına neden olur. Uygun endojen ve duyumsal nöral aktivite, normal beyin olgunlaşma işlemi için kritik öneme sahiptir ve herhangi uygunsuz uyaran beyinde kalıcı zedelenmeye neden olabilir. Stres ve ağrı gibi uyaranlar nöroendokrin sistemi aktive ederek, gelişim üzerine değişik etkilerde bulunabilir [69]. Bebeğin YDYBÜ'de yaşadığı süreç duyu gelişimini, beynin gelişim ve organizasyonunu doğrudan etkiler [70].

2.8. Prematüre Bebeklerin Ebeveynlerinin Kaygı Durumu

Prematüre bebek sahibi olmak; ister beklenen ister beklenmeyen bir durum olsun, birçok ebeveyn için baş edilmesi güç bir deneyimdir. Doğumun beklenenden erken tarihte olması; bebeğin hayal edilenden farklı olması ve sağlık sorunları nedeniyle YDYBÜ'ye transferi ailenin hazır olmadan karşılaştığı bir durumdur ve kaygı uyandırır. Riskli gebeliklerde ailelerin doğumdan önce YDYBÜ ziyaretleri antenatal bakımın bir parçası olmasına rağmen, çoğu aile için bu ortam yabancı bir ortamdır. YDYBÜ'nün tıbbi cihazlarla dolu, alışılmadık ses, ışık ve görüntülerin olduğu ürkütücü bir fiziksel ortam olması, bebeğin

kaybedilme korkusu, bebekle etkileşime girememe, bebeğin sorunlarına yönelik yetersiz bilgilenme, annenin bebeğini hastanede bırakarak taburcu olması, annenin bebek bakımında farklı beceriler geliştirmesi gerekliliği ve prematüre ve/veya sağlık sorunu olan bir yenidoğana sahip olmak; ebeveynlerde stres, anksiyete ve hatta destek sistemlerinin yetersizliği durumunda kriz potansiyeli oluşturabilir. Bebeğine bakımdan uzak tutulan anne kendini gergin, sinirli ve karmaşık hisseder. Bebeğine ulaşmak için çaba sarf eder ve bunu başaramadığında kendini yardıma muhtaç ve güçsüz bulur. Hasta prematüre bebeklerin yatışları aylarca sürebilir ve bu bebeklerin ziyaretleri aileler için yorucu, tüketici ve ekonomik açıdan sorunlu olabilir. Tüm bu süreç ailenin bebekle ilişkisinin yanı sıra anne ile baba arasındaki ilişkiyi bile olumsuz yönde etkileyebilir [71]. Aile içi sürtüşmeler olabilir ve ailelerin bu dönemde profesyonel yardıma ihtiyaçları olabilir [72]. Ayrıca bu durumun anne-bebek bağlanması (bonding) sorunlarına, ileride ise çocuğun ihmal edilme ve hırpalanması dâhil pek çok sorunlara yol açabildiği bildirilmektedir [73]. Keder, endişe, suçluluk, yetersizlik ve yardıma muhtaç olma hisleri erken dönemde anne bebek ilişkilerini ve uzun dönemde ailenin bebeğin sağlığına bakış açılarını etkileyebilir [74, 75].

Prematüre bebeği olan ailelerde genelde anneler babalara göre daha yoğun stres yaşarlar. Yüksek düzeyde stres, bebekler belli bir yaşa ulaştıklarında bile devam edebilir. Bu stresin düzeyi ve süresi, bebeğin ne kadar prematüre veya hasta oluşundan bağımsız olabilmektedir. Ailelerin taşıdıkları ciddi oranlardaki stres ve kaygıya ek olarak, anne ve baba klinik depresyona normalden daha yatkındırlar ve bu tablonun tanınması da güç olabilir [76].

Tıbbi gelişmeler, prematüre bebeklerin sağ kalımını büyük ölçüde iyileştirse de bu bebeklerin sağlık hizmeti kullanımı ve YDYBÜ'den taburculuktan sonraki bakımlarının maliyeti yüksek olabilmektedir. Taburculuk sonrası dönemde prematüre bebeklerin bakımı zamanında doğan bebeklere göre 3 kat daha fazla maliyete sahiptir [77].

Prematüre bebeklerin aileleri prematüre bir bebeğe sahip olmaya bağlı diğer stres unsurlarına ek olarak taburculuk sonrası bakımın yüksek maliyetli olması stresiyle de yüklenirler. Düşük sosyoekonomik durum bebekler için evde tıbbi ürünlere erişimde büyük sorunlar oluşturabilir ve ebeveynlerin kaygı düzeyinde artışa sebep olabilir [78].

Prematüre ve ADDA bebeklerin yaşamın ilk yıllarında yeniden hastaneye yatmayı gerektirebilecek sağlık sorunları oldukça sık görülmektedir. Bu durum bu çocukların düzenli çocukluk aktivitelerine katılımlarını sınırlayabilir ve hem kendilerinin sosyal gelişimlerini

hem de ebeveynlerinin sosyal hayatını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu bebekler ayrıca kırılganlıkları, huzursuz olmaları ve sosyal çevrelerine karşı duyarlı olmaları nedeniyle, ebeveynlerinin çevreyle iletişimlerini zorlayabilir. Prematüre bebeğe sahip ve kaygı düzeyi yüksek annelerin, okul öncesi dönemde çocuklarını sosyal olarak daha az yetkin algıladıkları ve çocuklarının spor ve yaratıcı sanatlar gibi ders dışı etkinliklere katılımlarını kısıtlama eğiliminde oldukları bildirilmiştir [78].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya; gestasyonel 24.-34. haftalar arasında doğmuş ve doğum sonrası Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi YDYBÜ’de 2014-2018 yılları arasında izlenmiş olup, 1.5-5 yaş arası olan çocuklar ve anneleri dahil edildi. Çalışmada tanımlanan hasta grubuna ulaşabilmek için YDYBÜ hemşire kayıt defteri kullanıldı.

Çalışma öncesinde güç analizi yapıldı. Etki büyüklüğü 0.5, tip1 hata 0.05, güç 0.95 olarak G-power programına (3.1.2 versiyonu) girildi ve toplam örneklem büyüklüğü 54 olarak hesaplandı.

Çalışma için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alındı (19-KAEK-158).

Çalışmaya katılmayı kabul eden anneler ve çocuklar uygun zamanda çağrılarak çocuklara Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği-ÇDDÖ (CBCL, Achenbach, 2000) [79] (Ek-1) uygulanıp duygu ve davranış durumu değerlendirildi. Bu ölçek; 1.5-5 yaş grubu çocukların davranışsal ve duygusal problemlerini belirlemek amacıyla kullanılmakta ve ebeveynler tarafından doldurulmaktadır. Ölçek, aile ile ilgili demografik sorularla birlikte, çocuğun son 2 ay içerisindeki davranışsal ve duygusal problemlerini içeren 99 soru ve açık uçlu 3 ek sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek, içe yönelim sorun skoru, dışa yönelim sorun skoru ve toplam skoru olmak üzere, çocuğun davranışsal ve duygusal sorunlarını puanlayan bir ölçektir ve ölçekteki soruları cevaplayan kişinin çocukla ilgili algısına dayanan açıklayıcı bilgiler edinmeyi sağlamaktadır. Elde edilen veriler ölçek ile ilişkili ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) isimli bilgisayar programına girildikten sonra ÇDDÖ ile İçe Yönelim (Duygusal Tepkisellik, Kaygılı/Çökkün, Somatik Şikayetler ve İçe Dönüklük alt alanları), Dışa Yönelim (Dikkat Sorunları ve Saldırgan Davranışlar alt alanları) puanlarının yanı sıra Uyku Sorunları, Diğer Sorunlar (Çöküntü, Kaygı, DEHB, Otizm Spektrum, Karşıt Olma-Karşı Gelme Sorunları) ve tümünün birleşimiyle oluşan Toplam Sorun puanı ayrı ayrı elde edilebilir. Ölçek aynı zamanda Duygudurum Sorunları, Kaygı, Yaygın Gelişimsel Sorunlar ve Otizm Bozukluğu, Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Sorunları ve Karşıt Olma-Karşı Gelme Sorunları olmak üzere DSM IV-TR tanı kriterlerine göre belirlenmiş olan alanlar açısından değerlendirilmesinin de yapılmasını sağlamaktadır [80]. Ölçeğin Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışması Prof. Dr. Neşe Erol Tarafından 2003 yılında yapılmıştır [81].

ÇDDÖ sonuçlarına göre çocuk psikiyatri desteği gerektiği düşünülen vakalara gerekli yönlendirmeler yapıldı.

Annelere ise STAI kaygı ölçeği (Ek-2) uygulanarak kaygı düzeyleri değerlendirildi. Spielberger ve ark. tarafından oluşturulan STAI kaygı ölçeği 1983 yılında Oner ve Le Compte tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak ülkemizde de kullanılmaya başlamıştır [82, 83]. Durumluk kaygı ölçeği (STAI-I), bir bireyin belirli zaman ve koşullarda nasıl hissettiğini tanımlar; bununla birlikte, sürekli kaygı ölçeği (STAI-2), bireyin duygularını koşullardan bağımsız olarak genel durumuna göre tanımlar. STAI ölçeğinde bireyin duygularını temsil eden 40 ifade vardır ve bireyin bunu “hiç” (1), “biraz” (2), “orta derecede” (3) ve “çok fazla” (4) şeklinde derecelendirmesi ve seçmesi istenir. Yüksek puanlar yüksek kaygı düzeyini, düşük puanlar düşük kaygı düzeyini gösterir. Her iki STAI için puanlar en az 20 ile en fazla 80 arasında değişir.

Ayrıca standart bir bilgi toplama formu (Ek-3) aracılığıyla hastaların dosya notlarından ve aile görüşmelerinden demografik, sosyal ve klinik özellikler kaydedildi; bu özellikler ile ölçek sonuçları arasındaki ilişki incelendi. Ek-3 formunda bulunan prenatal hikayede; gebelik tipi (spontan/yardımcı üreme teknikleri ile), doğum şekli, annede hipertansiyon, gestasyonel diyabetes mellitus (DM), preeklampsi/eklampsi, ilaç kullanımı öyküsü, antenatal steroid kullanımı, erken membran rüptürü (EMR), koryoamniyonit, İUBK, postnatal hikayede bebeğin; Apgar skorları (1./5. dk), SGA-LGA-AGA olma durumu, RDS, mekanik ventilasyon, surfaktan kullanımı, BPD, oksijen ihtiyacı süresi (gün), apne, kafein tedavisi, steroid ihtiyacı, NEK, İVK, sepsis, hipoglisemi, PDA, hiperbilirubinemi, kan ürünleri transfüzyon ihtiyacı, taburculukta oksijen ihtiyacı, doğum kilosunu yakaladığı postnatal gün, taburculuk kilosu, taburculukta ek cihaz gereksinimi, toplam yatış süresi, PR varlığı sorgulandı. Ailesel faktörlerden; annenin doğumdaki yaşı, annenin eğitim düzeyi, doğum sonrası anneye yardım eden kişi, annenin paritesi, annede kronik hastalık, annenin gebelik sonrası psikiyatriye başvuru öyküsü, annenin şu anki medeni hali, babanın eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu, evdeki kişi sayısı, kardeş sayısı, kırsal/şehir yaşamı, evde bakım gerektiren kişi varlığı sorgulandı. Gelir düzeyi ailenin beyanına göre Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre düşük, orta, iyi olarak gruplandı. Tüm bu faktörler ile ÇDDÖ ve STAI ölçeklerinin sonuçları karşılaştırıldı.

Çalışmadaki dışlama kriterleri;

1-Aileden aydınlatılmış onam alınamayan hastalar

2-Konjenital anomalisi olan bebekler

3-Çoğul gebelikler

olarak belirlendi.

İstatistiksel yöntem

Çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Gruplar arası farklar Bağımsız Örneklem T Testi veya Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Sürekli değerler arasındaki ilişki incelemesi ise Pearson Korelasyon Analizi ile yapılmıştır. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır (IBM SPSS Statistics 19, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY). Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p \leq 0.05$ düzeyinde değerlendirilecektir.

3. BULGULAR

2014-2018 yılları arasında 24.-34. hafta arası doğmuş ve hastanemizde YDYBÜ’de izlenmiş olan hasta sayısı 390 idi. Bu hastalar arasından hayatta olmayanlar, çoğul gebelikler, konjenital anomalisi olan bebekler çalışma dışı bırakıldı. Geriye kalan hastalardan 140’ının ailesine ulaşılabildi ve çocuk ve anneleri telefonla hastaneye çağırıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 62 anneye ölçekler uygulandı.

Çocukların 28 i (%45.2) kız, 34 ü (%54.8) erkekti. Ortalama doğum haftası 31.9 ± 2.1 hafta (26-34), doğum ağırlığı ise 1850 ± 483 gr (965-2745) idi. Hastaların ortalama kronolojik yaşları 3 ± 2.2 yıl (2.3-5.5), düzeltilmiş yaşları ise 3 ± 1.8 yıl (1.8-5.4) olarak bulundu. Çalışmadaki hastaların demografik özellikleri Tablo 1’de verildi.

Tablo 1. Çalışmaya alınan çocukların (n= 62) demografik özellikleri

n(%)	
Cinsiyet	
Kız	28 (45.2)
Erkek	34 (54.8)
Doğum haftası*	31.98 ± 2.18 (26-34)
Doğum ağırlığı*	1850.29 ± 483.80 (965-2745)
Kronolojik yaş*	3 ± 2.2 (2.3-5.5)
Düzeltilmiş yaş (yıl)*	3.02 ± 1.86 (1.8-5.4)
Düzeltilmiş yaş (ay)*	32.87 ± 10.23 (18-64)
Doğum şekli	
NSVY	18 (29)
C/S	44 (71)

*Ortalama değer±standart sapma şeklinde gösterilmiştir.

C/S:Sezeryan doğum, NSVY:Normal spontan vajinal yol

Çalışmadaki annelerin ortalama yaşı 27.6 ± 6 (18-41) idi. 14 (%21) annede kronik hastalık mevcuttu. Gestasyonel DM 6 (%9.7), hipertansiyon 21 (%33.9), EMR öyküsü 10 (%16.1) annede mevcuttu. Eğitim durumuna bakıldığında 12’si (%19.4) ilkokul, 19’u (%30.6) ortaokul, 18’i (%29) lise, 13’ü (%21) üniversite mezunuydu. Doğum sonrası anneye yardım veren kişi 24’ünde (%38.7) annenin annesi, 25’inde (%40.3) kayınvalidesi, 1’inde (%1.6)

bakıcı iken 12'sinde (%19.4) ise yardım veren kişi yoktu. 7 annede (%11.3) doğum sonrası dönemde psikiyatriye başvuru öyküsü vardı. Çalışmadaki 18 aile (%29) düşük, 37 aile (%59.7) orta, 7 aile (%11.3) iyi gelir düzeyine sahipti. Ailelerin 20'si (%32.3) kırsal kesimde, 42'si (%67.7) şehirde yaşıyordu. Anneye ve aileye ait özellikler Tablo 2'de verildi.



Tablo 2. Çalışmaya alınan anneler (n=62) ve aileler ile ilgili özellikler

n (%)	
Anne ile ilgili özellikler	
Anne yaşı*	27.65±6.01 (18-41)
Anne paritesi*	1.85±0.92 (1-4)
Annede kronik hastalık	14 (21.0)
Annede hipotiroidi	7 (11.3)
Gestasyonel DM	6 (9.7)
Hipertansiyon	21 (33.9)
Antenatal steroid tedavisi	12 (19.4)
EMR	10 (16.1)
Anne eğitim düzeyi	
İlkokul	12 (19.4)
Ortaokul	19 (30.6)
Lise	18 (29.0)
Üniversite	13 (21.0)
Annenin psikiyatri başvurusu	14 (22.6)
Aile ilgili özellikler	
Kardeş sayısı*	0.85±0.92 (0-3)
Evde yaşayan toplam kişi sayısı*	3.94±1.01 (3-7)
Doğum sonrası anneye yardım eden kişi	
Yok	12 (9.4)
Annesi	24 (38.7)
Kayınvalidesi	25 (40.3)
Bakıcı	1 (1.6)
Aile gelir düzeyi**	
Düşük	18 (29.0)
Orta	37 (59.7)
İyi	7 (11.3)
Ailenin yaşadığı yer	
Kırsal bölge	20 (32.3)
Şehir	42 (67.7)

EMR: Erken membran rüptürü, Gestasyonel DM: Gestasyonel diabetes mellitus

*Ortalama değer±standart sapma şeklinde gösterilmiştir.

**Gelir düzeyi ailenin beyanına göre Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre düzenlenmiştir.

Hasta grubunda 4 (%6.5) İUBK, 10 (%16.1) SGA, 32 (%51.6) RDS, 7 (%11.3) PDA, 6 (%9.7) apne, 1 (%1.6) NEK, 5 (%8.1) İVK, 8 (%12.9) PR öyküsü olan çocuk mevcuttu. Ortalama Apgar skorları 1. dakika için 6.80 ± 1.51 ve 5.dakika için 7.85 ± 1.22 bulundu. Mekanik ventilasyon ihtiyacı olan 30 prematüre bebek (%48.4); kafein 1. gün başlanan 6 bebek (%9.7), 1. günden sonra başlanan 10 bebek (%16.1) saptandı. Steroid tedavisine ihtiyaç duymuş olan 2 hasta (%3.2), sepsis geçiren 12 (%19.3) hasta mevcuttu. Kan transfüzyon öyküsü 8 (%13) hastada vardı. Hastalarda tam enteral beslenmeye geçiş için ortalama gün 6.5 (1-44), doğum kilosunu yakalama günü 9.32 ± 3.97 idi. Ortalama toplam yatış süresi 20.69 ± 17.20 gün olarak bulundu. Taburculuk kilosu ortalama 2117 ± 308 gr olarak saptandı (Tablo 3).



Tablo 3. Çalışmaya alınan hastaların (n= 62) klinik özellikleri

	n (%)
İUBK	4 (6.5)
SGA	10 (16.1)
Apgar skoru*	
1. dakika	6.80±1.51 (0-8)
5. dakika	7.85±1.22 (4-9)
RDS-Surfaktan	32 (51.6)
Mekanik ventilasyon ihtiyacı	30 (48.4)
Apne	6 (9.7)
Kafein	
1.Gün	6 (9.7)
1.Günden Sonra	10 (16.1)
Steroid ihtiyacı	2 (3.2)
Oksijen ihtiyacı olan toplam gün sayısı (median)	4 (0-67)
PDA	7 (11.3)
NEK	1 (1.6)
Sepsis	12 (19.3)
Erken	1 (1.6)
Geç	8 (12.9)
Dökümente sepsis	3 (4.8)
İHB (toplam)	37 (59.6)
Foto	34 (54.8)
Kan değişimi	-
İVK	5 (8.1)
PR	8 (12.9)
Evre 1	2
Evre 2	4
Evre 3	2
Transfüzyon (toplam oran)	8 (13)
Bir kez	4 (6.5)
>1	4 (6.5)
Tam enteral beslenmeye geçiş günü (median)	6.5 (1-44)
Doğum kilosunu yakalama günü*	9.32±3.97 (2-16)
Toplam yatış süresi (gün)*	20.69±17.20 (2-81)
Taburculuk kilosu (gr)*	2117±308 (1715-2935)

*Ortalama değer±standart sapma şeklinde gösterilmiştir.

EMR: Erken membran rüptürü, Gestasyonel DM: Gestasyonel diabetes mellitus, İHB: İndirek hiperbilirubinemi
İUBK: İntra uterin büyüme kısıtlılığı, İVK: İntraventriküler kanama, NEK: Nekrotizan enterokolit, PDA: Patent duktus arteriozus, PR: Prematüre retinopatisi, RDS: Respiratuar distres sendromu, SGA: Small gestational age

Çalışmada ÇDDÖ sonucu elde edilen puanlar çocuğun, annenin ve ailenin özellikleri ile karşılaştırıldı.

Otizm, DEHB ve karşıt olma-karşı gelme alt puan türleriyle yapılan karşılaştırmada cinsiyet, doğum şekli, ilaç kullanımı, hipertansiyon, preeklampsi, antenal steroid kullanımı, EMR, RDS, surfaktan tedavisi, kafein tedavisi, steroid ihtiyacı, apne, mekanik ventilasyon ihtiyacı, BPD, İVK, sepsis, PDA, fototerapi, transfüzyon, PR, anne ve baba eğitim durumu ve kırsal-şehir yaşamı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu puanının gelir durumu düşük ailelerin çocuklarında anlamlı olarak daha yüksek görüldüğü saptandı ($p=0.039$). DEHB alt puan türünün İUBK, SGA öyküsü olan çocuklarda ve gestasyonel DM öyküsü olan annelerin çocuklarında anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (p değerleri sırasıyla 0.005, 0.022 ve 0.042) (Tablo 4).

Tablo 4. Karşıt olma-karşı gelme, DEHB, Otizm spektrum bozukluğu ile anne, aile ve çocuk özelliklerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

		Karşıt olma-karşı gelme	t,F	p	DEHB	t,F	p	Otizm	t,F	p
Cinsiyet	Kız	52,29±5,36	0,138	0,891	53,21±4,66	0,714	0,478	57,96±8,32	0,467	0,642
	Erkek	52,47±5,19			54,24±6,27			59,03±9,4		
BPD	Yok	52,39±5,34	0,018	0,986	53,76±5,7	0,071	0,943	58,85±8,95	1,181	0,242
	Hafif	52,33±2,52			54±3			52,67±4,62		
Doğum şekli	Nsvy	52,83±6,52	0,427	0,671	54,61±6,95	0,752	0,455	59,83±9,48	0,727	0,470
	C/S	52,2±4,67			53,43±4,97			58,02±8,67		
İlaç kullanımı	Yok	52,2±5,33	0,402	0,689	54,05±5,95	0,538	0,593	58,9±9,6	0,436	0,664
	Var	52,76±5,13			53,24±4,88			57,86±7,4		
Gestasyonel DM	Yok	52,5±5,46	0,571	0,607	53,3±5,36	2,083	0,042*	58,63±9,11	0,206	0,837
	Var	51,33±1,97			58,17±6,21			57,83±6,88		
Hipertansiyon	Yok	52,24±5,32	0,299	0,766	53,39±5,1	0,754	0,454	58,76±9,44	0,256	0,799
	Var	52,67±5,15			54,52±6,49			58,14±7,84		
Preeklampsi	Yok	52,24±5,32	0,299	0,766	53,39±5,1	0,754	0,454	58,76±9,44	0,256	0,799
	Preeklampsi	52,67±5,15			54,52±6,49			58,14±7,84		
Antenatal steroid	Yok	52,38±5,6	1,373	0,261#	53,2±5,88	1,112	0,336	58,73±9,03	0,066	0,936
	1 Kür	50,4±0,7			53,5±3,41			57,6±8,26		
	2 Kür	54,08±5,74			55,92±5,88			58,75±9,51		
EMR	Yok	52,81±5,61	1,459	0,150	54,19±5,86	1,354	0,181	59,17±8,92	1,271	0,209
	Var	50,2±0,42			51,6±3,24			55,3±8,27		
İUBK	Yok	52,21±5,15	1,035	0,305	53,26±5,34	2,937	0,005*	58,5±8,85	0,162	0,872
	Var	55±6,38			61,25±3,4			59,25±10,63		
SGA-AGA-LGA	SGA	52,6±4,48	0,016	0,984#	57,9±7,8 ^(a)	4,086	0,022*	59,9±9,04	0,793	0,457
	AGA	52,37±5,53			53,16±4,84 ^(b)			57,94±8,6		
	LGA	52±2,65			50±0			64±14		

RDS	Yok	52,2±4,44	0,271	0,787	54,53±5,74	1,037	0,304	58,23±8,43	0,269	0,789
	Var	52,56±5,93			53,06±5,42			58,84±9,39		
Mekanik ventilasyon ihtiyacı	Yok	52,41±4,46	0,203	0,866	54,56±5,7	1,151	0,254	59,16±8,93	0,554	0,582
	Var	52,37±6,01			52,93±5,43			57,9±8,92		
Surfaktan	Yok	52,2±4,44	0,271	0,787	54,53±5,74	1,037	0,304	58,23±8,43	0,269	0,789
	Var	52,56±5,93			53,06±5,42			58,84±9,39		
Apne	Yok	52,57±5,46	0,847	0,400	53,54±5,13	1,028	0,308	58,45±8,84	0,274	0,785
	Var	50,67±0,82			56±9,14			59,5±9,95		
Kafein	Yok	51,85±3,87	2,406	0,099#	53,41±5,24	0,703	0,499	58,43±9,07	0,571	0,568
	1.Gün	51,17±1,94			53,33±3,72			55,83±3,92		
	1.Günden Sonra	55,6±9,7			55,7±7,83			60,7±10,18		
Steroid ihtiyacı	Yok	52,38±5,29	0,031	0,976	53,82±5,66	0,326	0,746	58,7±8,95	0,734	0,466
	Var	52,5±3,54			52,5±2,12			54±5,66		
İVK	Yok	52,56±5,41	0,885	0,379	54,02±5,74	1,162	0,250	58,47±8,79	0,222	0,825
	Var	50,4±0,55			51±1,73			59,4±10,9		
Sepsis	Yok	52,06±4,41	1,425	0,159	53,85±5,8	0,227	0,797	58,17±8,75	0,653	0,524
	Erken	-			50±0			54±0		
	Geç	54,88±9,19			53,75±4,43			61,63±10,11		
PDA	Yok	52,16±4,37	0,943	0,349	53,42±5	1,419	0,161	57,98±8,51	1,421	0,160
	Var	54,14±10,09			56,57±9,05			63±11,09		
Fototerapi	Yok	51,04±1,62	2,118	0,129#	54,32±6,19	0,223	0,801	57,32±8,35	1,789	0,176
	İHB	50±0			52,67±2,31			51,33±2,31		
	Foto	53,59±6,72			53,47±5,38			60,09±9,28		
Transfüzyon	Yok	52,11±4,39	1,733	0,186#	53,83±5,76	0,118	0,889	58,09±8,87	0,641	0,531
	1 Kez	51,5±2,38			52,5±1,73			63±6,63		
	>1 kez	57±13,34			54,25±6,55			60,25±11,44		

PR	Yok	52,02±4,38	1,457	0,150	53,3±5,03	1,782	0,080	57,76±8,7	1,856	0,068
	Var	54,88±9,19			57±8,16			63,88±8,66		
Anne eğitim düzeyi	İlkokul	54±8,24	0,951	0,422#	55,58±6,56	0,514	0,674	60,67±10,02	0,278	0,841
	Ortaokul	53,11±6,22			53,21±5,47			57,89±8,49		
	Lise	51,11±2,35			53,39±6,45			58±8,05		
	Üniversite	51,62±2,06			53,46±3,33			58,31±10,12		
Doğum sonrası anneye yardım eden kişi	Yok	54,5±6,53	1,377	0,271#	54,58±6,05	0,720	0,544	58,17±9,59	1,916	0,137
	Annesi	51±1,69			52,46±3,68			56,67±7,19		
	Kayınvalidesi	52,6±6,53			54,64±6,82			59,84±9,5		
	Bakıcı	-			54±0			76±0		
Evde bakım gerektiren kişi	Yok	52,47±5,41	0,438	0,663	53,86±5,7	0,404	0,688	58,37±9	0,536	0,594
	Var	51,4±2,19			52,8±4,38			60,6±7,86		
Annede kronik hastalık	Yok	52,67±5,79	0,836	0,407	53,59±5,77	0,496	0,622	58,49±9,4	0,100	0,921
	Var	51,31±1,8			54,46±4,96			58,77±6,83		
Baba eğitim düzeyi	İlkokul	57,5±13,03	1,967	0,129#	60,25±7,41	2,041	0,118	59,75±11,21	0,319	0,811
	Ortaokul	50,17±0,41			53±5,62			56±5,02		
	Lise	52,74±5,42			53,23±5,95			59,39±8,93		
	Üniversite	51,52±2,46			53,57±4,09			57,81±9,56		
Aile gelir durumu**	Düşük	55±8,71 ^(a)	3,425	0,039#*	55,06±6,96	0,873	0,423	61,39±9,77	1,839	0,168
	Orta	51,32±2,24 ^(b)			53,49±5,22			56,81±7,94		
	İyi	51,29±1,89 ^(b)			52±2,65			60,43±10,2		
Kırsal-şehir yaşamı	Kırsal	52,8±7,21	0,427	0,671	52,6±5,16	1,146	0,256	57,75±8,55	0,486	0,629
	Şehir	52,19±4,05			54,33±5,75			58,93±9,1		

AGA: Appropriate gestational age, BPD: Bronkopulmoner displazi, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, EMR: Erken membran rüptürü, DM: Diyabetes mellitus, İUBK: İntra uterin büyüme kısıtlılığı, İVK: İntraventriküler kanama, LGA: Large gestational age, PDA: Patent duktus arteriozus, PR: Prematüre retinopatisi, RDS: Respiratuar distres sendromu, SGA: Small gestational age. a, b: Ortak indise sahip gruplar arasında fark yoktur.

*p değeri ≤ 0.05 anlamlı kabul edilmiştir. **Aile gelir düzeyi ailenin beyanına göre Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre düzenlenmiştir. # Tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Duygusal tepkisellik, kaygılı/çökkün duygudurumu, içe dönüklük, somatik yakınmalar alt puan türleri ile anne, aile ve çocuk özelliklerinin ilişkisi için yapılan değerdendirme; cinsiyet, doğum şekli, ilaç kullanımı, hipertansiyon, gestasyonel DM, preeklampsi, antenal steroid kullanımı, EMR, RDS, surfaktan tedavisi, kafein tedavisi, steroid ihtiyacı, apne, mekanik ventilasyon ihtiyacı, BPD, İVK, sepsis, PDA, fototerapi, transfüzyon, PR, anne ve baba eğitim durumu ve kırsal-şehir yaşamı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Gelir durumu düşük ailelerin çocuklarında kaygılı/çökkün duygudurumu puanının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p=0.026$). İçe dönüklük puan türünde anneye doğum sonrası yardım eden kişinin olmaması ile annenin annesinin olması durumu arasında anlamlı fark saptandı ($p=0.027$) (Tablo 5).



Tablo 5. Duygusal tepkisellik, Kaygılı/Çökkün, İçe dönüklük, Somatik yakınmalar alt puan türleri ile anne, aile ve çocuk özelliklerinin ilişkisi

		Duygusal tepkisellik			Kaygılı/Çökkün			İçe dönüklük			Somatik yakınmalar		
			t,F	p		t,F	p		t,F	p		t,F	p
Cinsiyet	Kız	55,89±6,77	0,337	0,737	55,11±6,7	0,275	0,784	56,61±7,32	0,688	0,494	59,89±7,99	0,101	0,920
	Erkek	55,32±6,48			55,56±6,21			58,03±8,69			60,09±7,2		
BPD	Yok	55,61±6,69	0,156	0,877	55,24±6,43	0,640	0,525	57,59±8,15	0,890	0,377	60,07±7,61	0,313	0,755
	Hafif	55±4			57,67±6,11			53,33±5,77			58,67±6,03		
Doğum şekli	Nsvy	53,67±6,7	1,482	0,144	54,39±6,25	0,759	0,451	59,78±9,21	1,507	0,137	60,72±8,86	0,482	0,632
	C/S	56,36±6,43			55,75±6,47			56,41±7,45			59,7±6,97		
İlaç kullanımı	Yok	55,1±6,89	0,807	0,423	55,02±6,6	0,566	0,573	57,39±8,76	0,004	0,997	59,88±8,01	0,177	0,860
	Var	56,52±5,94			56±6,06			57,38±6,71			60,24±6,59		
Gestasyonel DM	Yok	55,5±6,63	0,293	0,770	55,57±6,55	0,814	0,419	57,52±8,2	0,387	0,700	60,18±7,68	0,569	0,571
	Var	56,33±6,5			53,33±4,46			56,17±7,31			58,33±5,82		
Hipertansiyon	Yok	55,59±7,11	0,008	0,994	55,59±6,5	0,394	0,695	57,27±8,69	0,161	0,873	60,68±8,03	1,001	0,321
	Var	55,57±5,53			54,9±6,28			57,62±6,88			58,67±6,32		
Preeklampsi	Yok	55,59±7,11	0,008	0,994	55,59±6,5	0,394	0,695	57,27±8,69	0,161	0,873	60,68±8,03	1,001	0,321
	Preeklampsi	55,57±5,53			54,9±6,28			57,62±6,88			58,67±6,32		
Antenatal steroid	Yok	54,6±6,32	1,477	0,237#	54,5±5,36	1,978	0,147	57,53±8,21	0,090	0,914	60,1±7,57	0,482	0,620
	1 Kür	56,4±5,95			54,9±5,88			56,4±7,2			58,1±7,09		
	2 Kür	58,17±7,58			58,58±9,05			57,75±8,87			61,25±7,91		
EMR	Yok	55,94±6,81	0,989	0,327	55,83±6,62	1,336	0,187	57,6±7,68	0,462	0,646	60,27±7,4	0,641	0,524
	Var	53,7±4,97			52,9±4,46			56,3±10,26			58,6±8,26		
İUBK	Yok	55,57±6,67	0,053	0,958	55±6,04	1,691	0,096	57,16±8,01	0,860	0,393	60,22±7,58	0,894	0,375
	Var	55,75±5,62			60,5±9,95			60,75±9,36			56,75±6,18		
SGA-AGA-LGA	SGA	56,5±5,58	0,145	0,866#	55,8±7,73	0,125	0,882	57,3±8,06	0,310	0,735	58,1±4,84	0,427	0,655
	AGA	55,35±6,72			55,37±6,28			57,18±8,01			60,45±7,97		
	LGA	56,33±9,24			53,67±4,73			61±11,53			59±7,94		

RDS	Yok	55,23±6,95	0,400	0,690	55,57±6,89	0,251	0,803	57±7,51	0,363	0,718	60,53±6,79	0,539	0,592
	Var	55,91±6,29			55,16±5,98			57,75±8,67			59,5±8,19		
Mekanik ventilasyon	Yok	55,34±6,75	0,291	0,772	55,88±7,11	0,659	0,512	57,47±7,8	0,082	0,935	61,19±7,1	1,294	0,201
	Var	55,83±6,47			54,8±5,58			57,3±8,48			58,73±7,83		
Surfaktan	Yok	55,23±6,95	0,400	0,690	55,57±6,89	0,251	0,803	57±7,51	0,363	0,718	60,53±6,79	0,539	0,592
	Var	55,91±6,29			55,16±5,98			57,75±8,67			59,5±8,19		
Apne	Yok	55,59±6,8	0,031	0,975	55,5±6,55	0,544	0,589	57,5±8,22	0,334	0,739	59,79±7,75	0,684	0,497
	Var	55,5±4,18			54±4,86			56,33±7,06			62±4,52		
Kafein	Yok	54,91±6,18	2,388	0,101#	55,26±6,45	0,724	0,489	57,35±8,53	0,004	0,996	59,98±7,46	2,794	0,069
	1.gün	54±3,46			53,17±3,6			57,33±5,43			54,5±3,99		
	1.günden sonra	59,6±8,53			57,1±7,37			57,6±7,83			63,4±7,82		
Steroid ihtiyacı	Yok	55,67±6,65	0,562	0,576	55,37±6,45	0,079	0,937	57,47±8,14	0,422	0,674	60,15±7,57	0,860	0,393
	Var	53±2,83			55±5,66			55±7,07			55,5±3,54		
İVK	Yok	55,46±6,73	0,501	0,618	55,32±6,43	0,161	0,872	57,26±7,72	0,405	0,687	60,28±7,7	0,995	0,324
	Var	57±4,64			55,8±6,61			58,8±12,5			56,8±3,83		
Sepsis	Yok	55,49±6,23	0,551	0,584	55,38±6,46	0,242	0,786	56,85±8,07	0,859	0,429	60±7,36	0,039	0,962
	Erken	-			51±0			63±0			62±0		
	Geç	56,88±9,03			55,75±6,52			60,25±8,22			59,75±9,33		
PDA	Yok	55,16±6,1	1,413	0,163	55,2±6,33	0,532	0,597	57,13±8,24	0,708	0,482	59,78±7,26	0,636	0,525
	Var	58,86±9,46			56,57±7,25			59,43±6,75			61,71±9,67		
Fototerapi	Yok	54,48±5,57	0,647	0,527	54,36±4,95	1,696	0,192	56,4±8,02	1,721	0,188	58,88±6,37	2,479	0,093
	İHB	55±4			50,67±0,58			50,67±0,58			52,67±4,62		
	Foto	56,44±7,38			56,5±7,31			58,71±8,18			61,47±8,07		
Transfüzyon	Yok	55,11±6,11	1,096	0,341#	55,19±6,33	0,167	0,846	56,96±8,42	0,667	0,517	59,87±7,36	0,544	0,583
	1 Kez	59,25±5,06			57±5,48			61,5±1,73			58,25±9,74		
	Birden Fazla	58,25±12,69			56±9,35			59±6,16			63,5±8,54		

PR	Yok	55,17±6,16	1,297	0,200	54,91±6,29	1,446	0,153	56,87±8,37	1,318	0,193	59,89±7,2	0,301	0,765
	Var	58,38±8,86			58,38±6,61			60,88±4,64			60,75±9,84		
Anne eğitim düzeyi	İlkokul	58,33±7,25	1,297	0,284#	57,33±8,26	0,770	0,515	56,67±6,64	0,209	0,889	61±8,24	0,537	0,659
	Ortaokul	56,11±7,39			55,95±7,15			58±8,85			58,63±6,3		
	Lise	54,67±5,42			54±5,48			58,11±8,09			59,5±9,65		
	Üniversite	53,54±5,81			54,54±4,22			56,15±8,77			61,77±4,99		
Doğum sonrası anneye yardım eden kişi	Yok	54,58±5,48	0,468	0,706#	57,67±7,89	1,070	0,369	60,17±10,18 ^(a)	3,285	0,027*	60,33±7,3	0,912	0,441
	Annesi	55,42±6,07			53,75±4,21			55±6,07 ^(b)			59,38±7,09		
	Kayınvalidesi	56,44±7,61			55,76±7,26			57,6±7,66 ^(ab)			59,96±8		
	Bakıcı	-			56±0			76±0			72±0		
Evde bakım gerektiren kişi	Yok	55,7±6,78	0,487	0,628	55,53±6,55	0,711	0,480	57,44±8,21	0,168	0,867	60,3±7,45	1,058	0,294
	Var	54,2±3,35			53,4±3,97			56,8±6,98			56,6±8,05		
Annede kronik hastalık	Yok	55,59±6,79	0,026	0,979	55,35±6,9	0,019	0,985	57,1±8,44	0,537	0,593	59,59±7,73	0,829	0,410
	Var	55,54±5,9			55,38±4,13			58,46±6,67			61,54±6,62		
Baba eğitim düzeyi	İlkokul	61,5±11	2,098	0,110#	56,75±9,22	0,196	0,899	56,25±5,32	0,273	0,844	59,25±11,64	1,041	0,381
	Ortaokul	52,67±3,61			54,33±3,14			56,83±7,47			56,5±6,12		
	Lise	56,39±6,32			55,74±7,38			58,32±8,48			59,39±7,69		
	Üniversite	54,1±6,11			54,81±5,13			56,38±8,36			62,05±6,67		
Aile gelir durumu**	Düşük	58,5±8,47	2,761	0,071#	58,72±8,55 ^(a)	3,868	0,026*	58,89±8,93	0,434	0,6502,	61,67±8,68	1,106	0,338
	Orta	54,19±4,87			53,92±4,98 ^(b)			56,81±7,75			58,84±7,22		
	İyi	55,43±7,46			54,29±3,3 ^(ab)			56,57±8,16			61,86±5,01		
Kırsal-şehir yaşamı	Kırsal	55,75±6,96	0,139	0,890	54±5,59	1,156	0,252	56,45±7,82	0,628	0,533	59±7,48	0,721	0,474
	Şehir	55,5±6,46			56±6,7			57,83±8,24			60,48±7,56		

AGA: Appropriate gestational age, BPD: Bronkopulmoner displazi, EMR: Erken membran rüptürü, DM: Diyabetes mellitus, İUBK: İntra uterin büyüme kısıtlılığı, İVK: İntraventriküler kanama, LGA: Large gestational age, PDA: Patent duktus arteriozus, PR: Prematüre retinopatisi, RDS: Respiratuar distres sendromu, SGA: Small gestational age. a, b: Ortak indise sahip gruplar arasında fark yoktur. *p değeri ≤ 0.05 anlamlı kabul edilmiştir. **Aile gelir düzeyi ailenin beyanına göre Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre düzenlenmiştir. # Tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Çalışmamızda uyku problemleri, kaygı ve çöökkünlük alt puan türleri ile anne, aile ve çocuk özelliklerinin ilişkisinde; cinsiyet, doğum şekli, ilaç kullanımı, hipertansiyon, gestasyonel DM, preeklampsi, antenal steroid, EMR, RDS, surfaktan, kafein, steroid ihtiyacı, apne, mekanik ventilasyon ihtiyacı, BPD, İVK, PDA, fototerapi, transfüzyon, PR, anne ve baba eğitim durumu ve kırsal-şehir yaşamı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Geç sepsis geçiren çocuklarda hiç sepsise girmemiş olanlara göre uyku problemleri puanının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p=0.045$). Gelir durumu düşük ailelerin çocuklarında, kaygı ve çöökkünlük puan türünün anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (p değerleri sırasıyla 0.034, 0.001) (Tablo 6).



Tablo 6. Uyku problemleri, Kaygı, Çökkünlük alt puan türleri ile anne, aile ve çocuk özelliklerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

		Uyku problemleri	t,F	p	Kaygı	t,F	p	Çökkünlük	t,F	p
Cinsiyet	Kız	52,57±3,4	1,237	0,221	54,43±6,96	0,583	0,562	55,93±6,19	0,845	0,402
	Erkek	54,06±5,56			55,5±7,39			57,41±7,39		
BPD	Yok	53,39±4,83	0,020	0,984	54,98±7,28	0,160	0,873	56,92±6,98	0,880	0,382
	Hafif	53,33±2,52			55,67±5,13			53,33±2,31		
Doğum şekli	Nsvy	54,22±6,81	0,694	0,495	54,94±8,48	0,050	0,960	55,61±7,2	0,828	0,411
	C/S	53,05±3,61			55,05±6,66			57,2±6,75		
İlaç kullanımı	Yok	53,73±5,35	0,799	0,428	55,02±7,91	0,013	0,990	56,83±7,63	0,139	0,890
	Var	52,71±3,23			55±5,59			56,57±5,23		
Gestasyonel DM	Yok	53,45±4,85	0,299	0,766	55,29±7,4	0,904	0,370	56,88±7,06	0,463	0,645
	Var	52,83±3,76			52,5±3,99			55,5±4,97		
Hipertansiyon	Yok	53,61±5,31	0,514	0,609	55,61±7,91	0,910	0,366	57,15±7,69	0,645	0,521
	Var	52,95±3,41			53,86±5,42			55,95±4,95		
Preeklampsi	Yok	53,61±5,31	0,514	0,609	55,61±7,91	0,910	0,366	57,15±7,69	0,645	0,521
	Preeklampsi	52,95±3,41			53,86±5,42			55,95±4,95		
Antenatal steroid	Yok	53,23±5,23	0,157	0,855	54,98±6,64	0,703	0,499	57,25±7,04	0,693	0,504
	1 Kür	53,2±3,85			53,1±4,98			54,4±5,36		
	2 Kür	54,08±3,82			56,75±10,06			57±7,48		
EMR	Yok	53,5±4,95	0,425	0,672	55,27±7,51	0,631	0,530	57±6,88	0,672	0,504
	Var	52,8±3,52			53,7±5,12			55,4±6,96		
İUBK	Yok	53,29±4,72	0,592	0,556	54,88±7,08	0,569	0,571	56,76±6,97	0,072	0,943
	Var	54,75±5,5			57±9,2			56,5±5,92		
SGA-AGA-LGA	SGA	53,8±4,71	0,329	0,721	54,4±6,13	0,409	0,666	54,9±5,61	0,778	0,464
	AGA	53,18±4,75			55,35±7,56			56,9±7,04		
	LGA	55,33±5,86			51,67±2,08			60,33±8,33		

RDS	Yok	53,77±4,38	0,608	0,545	55,27±7,25	0,265	0,792	57,23±5,67	0,543	0,589
	Var	53,03±5,08			54,78±7,19			56,28±7,88		
Mekanik ventilasyon ihtiyacı	Yok	53,75±4,29	0,620	0,537	55,28±7,1	0,299	0,766	57,47±6,02	0,859	0,394
	Var	53±5,21			54,73±7,34			55,97±7,69		
Surfaktan	Yok	53,77±4,38	0,608	0,545	55,27±7,25	0,265	0,792	57,23±5,67	0,543	0,589
	Var	53,03±5,08			54,78±7,19			56,28±7,88		
Apne	Yok	53,57±4,93	0,936	0,353	55,23±7,4	0,722	0,473	56,71±7,03	0,096	0,924
	Var	51,67±1,51			53±4,38			57±5,59		
Kafein	Yok	53,13±4,06	0,338	0,714	55,15±7,01	0,272	0,762	56,63±6,8	0,023	0,977
	1.gün	53,5±3,51			53±3,46			57±4,82		
	1.günden sonra	54,5±7,79			55,6±9,59			57,1±8,67		
Steroid ihtiyacı	Yok	53,35±4,8	0,336	0,738	55,07±7,25	0,302	0,764	56,83±6,95	0,571	0,570
	Var	54,5±2,12			53,5±4,95			54±2,83		
İVK	Yok	53,37±4,86	0,104	0,917	54,96±7,32	0,189	0,851	56,74±6,78	0,020	0,984
	Var	53,6±3,29			55,6±5,68			56,8±8,67		
Sepsis	Yok	52,89±3,78 ^(a)	3,274	0,045*	54,57±6,37	1,382	0,259	56,62±6,63	0,710	0,496
	Erken	50±0			50±0			50±0		
	Geç	57,13±8,34 ^(b)			58,63±11,21			58,38±8,6		
PDA	Yok	53,05±3,95	1,569	0,122	54,76±6,62	0,775	0,441	56,2±6,53	1,773	0,081
	Var	56±8,85			57±11,05			61±8,45		
Fototerapi	Yok	52,76±3,73	0,941	0,396	54,2±5,06	1,149	0,324	56,8±7,21	0,762	0,471
	İHB	51±1,73			50,33±0,58			52±3,46		
	Foto	54,06±5,46			56,03±8,53			57,12±6,81		
Transfüzyon	Yok	53,02±3,95	2,153	0,125	54,93±6,62	0,377	0,687	56,46±6,58	0,636	0,533
	1 kez	53,75±1,5			53,5±4,04			56,75±4,27		
	>1 kez	58±12,08			57,75±15,5			60,5±12,4		

PR	Yok	53,07±3,93	1,362	0,178	54,65±6,71	1,052	0,297	56,22±6,58	1,567	0,122
	Var	55,5±8,5			57,5±9,93			60,25±8,17		
Anne eğitim düzeyi	İlkokul	54,58±7,59	0,717	0,546	56,42±9,85	0,422	0,738	57,75±8,67	0,344	0,794
	Ortaokul	53,37±3,25			55,79±8,19			55,74±6,44		
	Lise	52,17±3,17			54±5,05			56,33±7,2		
	Üniversite	54±5,2			54±5,45			57,85±5,54		
Doğum sonrası anneye yardım eden kişi	Yok	53,5±3,8	1,260	0,297	56,08±5,65	2,250	0,092	56,83±6,62	0,005	0,999
	Annesi	52,79±3,72			53,21±4,62			56,71±6,68		
	Kayınvalidesi	53,56±5,8			55,64±9,04			56,76±7,54		
	Bakıcı	62±0			70±0			56±0		
Evde bakım gerektiren kişi	Yok	53,46±4,86	0,385	0,702	55,3±7,37	1,048	0,299	56,84±6,79	0,385	0,701
	Var	52,6±3,13			51,8±2,95			55,6±8,41		
Annede kronik hastalık	Yok	53,63±5,1	0,791	0,432	55,2±7,76	0,398	0,692	56,71±7,28	0,061	0,952
	Var	52,46±2,93			54,31±4,37			56,85±5,26		
Baba eğitim düzeyi	İlkokul	58,75±11,76	1,949	0,132	59,5±14,71	0,584	0,628	59,25±11,98	0,186	0,905
	Ortaokul	53,5±2,26			55,33±5,47			56,83±5,08		
	Lise	52,87±3,64			54,84±7,61			56,52±7,56		
	Üniversite	53,1±4,49			54,33±5,01			56,57±5,35		
Aile gelir durumu**	Düşük	55,17±6,34	2,211	0,119	58,67±10,68 ^(a)	3,597	0,034*	60,83±8,66 ^(a)	8,434	0,001*
	Orta	52,41±3,35			53,62±4,76 ^(b)			54,11±4,59 ^(b)		
	İyi	54±5,57			53±2,45 ^(b)			60,14±5,81 ^(a)		
Kırsal-şehir yaşamı	Kırsal	53,2±5,94	0,213	0,832	54,15±7,51	0,654	0,516	56,9±8,24	0,124	0,902
	Şehir	53,48±4,12			55,43±7,05			56,67±6,21		

AGA: Appropriate gestational age, BPD: Bronkopulmoner displazi, EMR: Erken membran rüptürü, DM: Diyabetes mellitus, İUBK: İntra uterin büyüme kısıtlılığı, İVK: İntraventriküler kanama, LGA: Large gestational age, PDA: Patent duktus arteriozus, PR: Prematüre retinopatisi, RDS: Respiratuar distres sendromu, SGA: Small gestational age.

*p değeri ≤ 0.05 anlamlı kabul edilmiştir. **Aile gelir düzeyi ailenin beyanına göre Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre düzenlenmiştir.

a, b:Ortak indise sahip gruplar arasında fark yoktur.

Çalışmamızda dikkat problemleri ve saldırgan davranışlar alt puan türleri ile anne, aile ve çocuk özelliklerinin ilişkisinin değerlendirilmesinde; cinsiyet, doğum şekli, ilaç kullanımı gestasyonel DM, hipertansiyon, preeklampsi, EMR, SGA, RDS, surfaktan, steroid ihtiyacı, apne, mekanik ventilasyon ihtiyacı, BPD, İVK, sepsis, fototerapi, PR, anne ve baba eğitim durumu ve kırsal-şehir yaşamı ile açısından anlamlı fark saptanmadı. Antenatal steroid tedavisini 2 kür alan grupta hiç almayan ve 1 kez alanlara göre saldırgan davranışlar puan türünün anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p=0.038$). İUBK öyküsü olan çocuklarda saldırgan davranışlar puan türünün anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p=0.038$). Kafein tedavisi 1. günden sonra başlanan çocuklarda hiç kafein almayanlara göre dikkat problemleri puan türünün anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ($p=0.023$). PDA ve PR öyküsü olan çocuklarda dikkat problemleri puan türünün daha yüksek olduğu görüldü (p değerleri sırasıyla $p<0.001$ ve 0.002). Birden fazla transfüzyon yapılanlarda bir kez yapılan ya da hiç yapılmayanlara göre dikkat problemleri puan türü daha yüksek saptandı ($p=0.014$) (Tablo 7).

Tablo 7. Dikkat problemleri, Saldırgan davranışlar alt puan türlerinin anne, aile ve çocuk özellikleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi

		Dikkat problemleri	t,F	p	Saldırgan davranışlar	t,F	p
Cinsiyet	Kız	53,71±4,66	0,894	0,375	52±5,14	0,484	0,630
	Erkek	55,09±6,94			52,62±4,89		
BPD	Yok	54,39±6,08	0,450	0,655	52,29±5,07	0,353	0,726
	Hafif	56±5,2			53,33±2,89		
Doğum şekli	Nsvy	55,11±7,98	0,536	0,594	52,39±5,12	0,050	0,960
	C/S	54,2±5,08			52,32±4,97		
İlaç kullanımı	Yok	54,34±6,04	0,229	0,819	52,2±5,13	0,315	0,754
	Var	54,71±6,08			52,62±4,76		
Gestasyonel DM	Yok	54,32±6,03	0,582	0,562	52,02±4,7	1,571	0,121
	Var	55,83±6,21			55,33±6,86		
Hipertansiyon	Yok	53,78±5,62	1,264	0,211	52,32±5,21	0,047	0,962
	Var	55,81±6,65			52,38±4,6		
Preeklampsi	Yok	53,78±5,62	1,264	0,211	52,32±5,21	0,047	0,962
	Preeklampsi	55,81±6,65			52,38±4,6		
Antenatal steroid	Yok	53,6±5,71	1,198	0,309	51,65±3,81 ^(a)	3,459	0,038*
	1 Kür	55,8±7,84			51,2±1,69 ^(a)		
	2 Kür	56,25±5,15			55,58±8,31 ^(b)		
EMR	Yok	54,6±6,17	0,381	0,705	52,73±5,33	1,428	0,159
	Var	53,8±5,33			50,3±0,95		
İUBK	Yok	54,38±6,11	0,438	0,663	51,91±4,5	2,690	0,009*
	Var	55,75±4,86			58,5±7,94		
SGA-AGA-LGA	SGA	53,6±3,86	0,597	0,554	53,6±6,26	0,338	0,680
	AGA	54,84±6,49			52,12±4,83		
	LGA	51,33±1,53			51,67±2,89		

RDS	Yok	54,57±4,58	0,124	0,901	52,33±5,07	0,008	0,994
	Var	54,38±7,17			52,34±4,96		
Mekanik ventilasyon ihtiyacı	Yok	54,38±4,51	0,124	0,901	52,59±5,2	0,414	0,680
	Var	54,57±7,37			52,07±4,78		
Surfaktan	Yok	54,57±4,58	0,124	0,901	52,33±5,07	0,008	0,994
	Var	54,38±7,17			52,34±4,96		
Apne	Yok	54,16±6,13	1,234	0,222	52,48±5,18	0,691	0,492
	Var	57,33±4,03			51±2		
Kafein	Yok	53,28±4,2 ^(a)	4,022	0,023*	52,28±5,07	0,269	0,765
	1.gün	56,67±5,43 ^(ab)			51,33±2,16		
	1.günden sonra	58,6±10,53 ^(b)			53,2±5,9		
Steroid ihtiyacı	Yok	54,37±6,03	0,722	0,473	52,33±5,03	0,046	0,963
	Var	57,5±6,36			52,5±3,54		
İVK	Yok	54,35±6	0,514	0,609	52,51±5,15	0,908	0,367
	Var	55,8±6,72			50,4±0,89		
Sepsis	Yok	54,15±5,22	0,949	0,393	52,19±4,77	0,395	0,676
	Erken	51±0			50±0		
	Geç	57±10,14			53,63±6,61		
PDA	Yok	53,45±4,32	4,197	<0,001*	52,27±4,72	0,291	0,772
	Var	62,43±10,75			52,86±7,13		
Fototerapi	Yok	53,92±4,52	0,379	0,686	51,6±3,74	0,994	0,376
	İHB	52,67±3,79			50±0		
	Foto	55,03±7,09			53,09±5,83		
Transfüzyon	Yok	53,65±4,51 ^(a)	4,634	0,014*	52,22±4,75	0,534	0,589
	1 Kez	58,5±9,98 ^(ab)			51,5±2,38		
	>1 kez	61,5±13,23 ^(b)			54,75±9,5		

PR	Yok	53,57±4,54	3,275	0,002*	52,19±4,75	0,629	0,532
	Var	60,5±10,53			53,38±6,55		
Anne eğitim düzeyi	İlkokul	57,08±10,38	1,075	0,367	53,75±5,89	0,729	0,539
	Ortaokul	53,74±4,16			52,89±6,85		
	Lise	53,33±3,34			51,33±3,31		
	Üniversite	54,69±5,78			51,62±1,85		
Doğum sonrası anneye yardım eden kişi	Yok	53,75±5,26	0,495	0,687	53,17±4,55	0,992	0,403
	Annesi	54±4,34			51±1,98		
	Kayınvalidesi	55,44±7,67			53,12±6,82		
	Bakıcı	50±0			55±0		
Evde bakım gerektiren kişi	Yok	54,77±6,17	1,355	0,181	52,39±5,15	0,251	0,803
	Var	51±1,22			51,8±2,17		
Annede kronik hastalık	Yok	54,12±6,12	0,877	0,384	52,14±4,97	0,599	0,551
	Var	55,77±5,61			53,08±5,11		
Baba eğitim düzeyi	İlkokul	62±14,31	2,433	0,074	56,5±8,39	1,465	0,234
	Ortaokul	54,67±2,66			50±0		
	Lise	53,81±5,26			52,52±5,74		
	Üniversite	53,95±4,88			51,95±3,19		
Aile gelir durumu**	Düşük	56,39±8,58	1,548	0,221	53,94±7,26	1,349	0,267
	Orta	53,95±4,65			51,73±3,81		
	İyi	52,29±3,25			51,43±1,9		
Kırsal-şehir yaşamı	Kırsal	54,6±7,26	0,213	0,832	51,9±4,35	0,476	0,636
	Şehir	54,4±5,41			52,55±5,28		

AGA: Appropriate gestational age, BPD: Bronkopulmoner displazi, EMR: Erken membran rüptürü, DM: Diyabetes mellitus, İUBK: İntra uterin büyüme kısıtlılığı, İVK: İntraventriküler kanama, LGA: Large gestational age, PDA: Patent duktus arteriozus, PR: Prematüre retinopatisi, RDS: Respiratuar distres sendromu, SGA: Small gestational age. a, b:Ortak indise sahip gruplar arasında fark yoktur.

*p değeri ≤ 0.05 anlamlı kabul edilmiştir. **Aile gelir düzeyi ailenin beyanına göre Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre düzenlenmiştir.

Çalışmamızda içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam sorunlar puan türleri ile anne, aile ve çocuk özelliklerinin ilişkisinin değerlendirmesinde; cinsiyet, doğum şekli, ilaç kullanımı, gestasyonel DM, hipertansiyon, preeklampsi, antenal steroid, EMR, SGA, RDS, surfaktan, kafein, steroid ihtiyacı, apne, mekanik ventilasyon ihtiyacı, BPD, İVK, sepsis, PDA, fototerapi, transfüzyon, PR, anne ve baba eğitim durumu ve kırsal-şehir yaşamı açısından anlamlı fark saptanmadı. Dışa yönelim sorunları puanının İUBK olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p=0.014$). Aile gelir durumu düşük olanlarda toplam problemlerin anlamlı derecede daha fazla görüldüğü saptandı ($p=0.016$) (Tablo 8).



Tablo 8. İçe yönelim, Dışa yönelim ve Toplam sorunlar puan türlerinin anne, aile ve çocuk özellikleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi

		İçe yönelim	t,F	p	Dışa yönelim	t,F	p	Toplam sorunlar	t,F	p
Cinsiyet	Kız	55,89±9,62	0,194	0,847	47,21±7,53	0,724	0,472	52±9,15	0,705	0,483
	Erkek	56,35±9			48,71±8,49			53,68±9,45		
BPD	Yok	56,14±9,37	0,036	0,971	47,86±8,13	0,726	0,471	52,95±9,44	0,111	0,912
	Hafif	56,33±6,43			51,33±6,35			52,33±6,35		
Doğum şekli	Nsvy	56,06±9,72	0,049	0,961	47,89±9,04	0,089	0,929	52,5±10,83	0,226	0,822
	C/S	56,18±9,11			48,09±7,71			53,09±8,69		
İlaç kullanımı	Yok	55,37±10,05	0,930	0,356	48±7,73	0,044	0,965	52,9±9,69	0,020	0,984
	Var	57,67±7,29			48,1±8,81			52,95±8,64		
Gestasyonel DM	Yok	56,46±9,04	0,831	0,409	47,61±7,71	1,278	0,206	52,73±9,52	0,482	0,631
	Var	53,17±11,18			52±10,68			54,67±7,03		
Hipertansiyon	Yok	56,44±9,7	0,348	0,729	47,83±8,09	0,276	0,784	52,95±10,03	0,037	0,970
	Var	55,57±8,38			48,43±8,13			52,86±7,82		
Preeklampsi	Yok	56,44±9,7	0,348	0,729	47,83±8,09	0,276	0,784	52,95±10,03	0,037	0,970
	Preeklampsi	55,57±8,38			48,43±8,13			52,86±7,82		
Antenatal steroid	Yok	55,65±8,91	0,751	0,476	46,73±7,45	2,759	0,072	52±9,44	1,603	0,210
	1 Kür	54,7±9,97			47,6±7,62			51,5±8,34		
	2 Kür	59±9,82			52,75±9,15			57,17±8,92		
EMR	Yok	56,83±8,91	1,338	0,186	48,52±8,35	1,089	0,280	53,38±9,48	0,899	0,372
	Var	52,6±10,41			45,5±5,85			50,5±8,14		
İUBK	Yok	56,09±8,97	0,190	0,850	47,38±7,75	2,541	0,014*	52,47±9,25	1,481	0,144
	Var	57±13,95			57,5±6,81			59,5±7,94		
SGA-AGA-LGA	SGA	55,8±9,59	0,012	0,988	48,8±9,93	0,054	0,948	53,4±9,24	0,128	0,880
	AGA	56,18±9,13			47,9±7,93			52,67±9,34		
	LGA	56,67±13,05			47,67±4,04			55,33±11,68		

RDS	Yok	55,97±9,73	0,147	0,884	49,23±6,94	1,142	0,258	54,03±8,18	0,914	0,364
	Var	56,31±8,85			46,91±8,92			51,88±10,22		
Mekanik ventilasyon ihtiyacı	Yok	56,59±9,85	0,393	0,696	49,5±6,99	1,500	0,139	54,56±8,23	1,454	0,151
	Var	55,67±8,62			46,47±8,88			51,17±10,12		
Surfaktan	Yok	55,97±9,73	0,147	0,884	49,23±6,94	1,142	0,258	54,03±8,18	0,914	0,364
	Var	56,31±8,85			46,91±8,92			51,88±10,22		
Apne	Yok	56,05±9,54	0,237	0,813	48,04±8,37	0,010	0,992	52,88±9,65	0,114	0,910
	Var	57±5,69			48±4,34			53,33±4,97		
Kafein	Yok	55,8±9,46	1,257	0,292	47,39±7,79	0,580	0,563	52,46±9,26	0,354	0,703
	1.gün	52,67±6,71			49,33±5,35			52,67±4,32		
	1.günden Sonra	59,8±8,89			50,2±10,5			55,2±11,73		
Steroid ihtiyacı	Yok	56,22±9,31	0,332	0,741	47,98±8,11	0,260	0,795	53±9,37	0,372	0,711
	Var	54±7,07			49,5±7,78			50,5±7,78		
İVK	Yok	56,09±9,42	0,164	0,870	48,16±8,26	0,413	0,681	52,84±9,51	0,220	0,827
	Var	56,8±7,09			46,6±5,37			53,8±6,61		
Sepsis	Yok	55,83±9,29	0,267	0,767	47,94±7,44	0,388	0,680	52,79±8,7	0,772	0,467
	Erken	55±0			42±0			43±0		
	Geç	58,38±9,58			49,38±12,06			55±12,99		
PDA	Yok	55,69±9	1,090	0,280	47,82±7,36	0,584	0,561	52,55±8,65	0,888	0,378
	Var	59,71±10,8			49,71±12,88			55,86±13,8		
Fototerapi	Yok	54,16±9,13	2,472	0,093	47,36±6,53	1,002	0,373	51,8±8,2	2,445	0,095
	İHB	49±2			42,67±5,51			43,33±6,11		
	Foto	58,24±9,16			49±9,1			54,59±9,79		
Transfüzyon	Yok	55,57±9,25	0,811	0,449	47,57±7,61	0,681	0,510	52,54±8,87	0,351	0,706
	1 Kez	60,5±5,8			50,75±5,74			55,25±5,74		
	Birden Fazla	59,5±11,62			51,5±15,09			55,75±17,5		

PR	Yok	55,41±9,15	1,662	0,102	47,28±7,65	1,964	0,054	52,13±8,93	1,772	0,081
	Var	61,13±8,58			53,13±9,28			58,25±10,4		
Anne eğitim düzeyi	İlkokul	58,42±10,12	0,416	0,742	50,92±10,44	1,106	0,354	55,67±11,12	0,886	0,464
	Ortaokul	56,47±8,29			48,37±8,28			53,16±8,84		
	Lise	54,61±10,78			45,56±6,87			50,28±8,95		
	Üniversite	55,69±7,79			48,31±6,42			53,69±8,64		
Doğum sonrası anneye yardım eden kişi	Yok	57,42±9,36	0,773	0,514	49,25±8,04	0,360	0,782	53,83±9,19	0,856	0,469
	Annesi	54,42±8,24			46,83±5,49			51,17±8,06		
	Kayınvalidesi	56,8±10,11			48,44±10,14			53,72±10,41		
	Bakıcı	66±0			52±0			64±0		
Evde bakım gerektiren kişi	Yok	56,39±9,23	0,692	0,492	48,14±8,18	0,355	0,724	52,96±9,59	0,130	0,897
	Var	53,4±9,56			46,8±6,83			52,4±4,83		
Annede kronik hastalık	Yok	55,55±9,68	0,986	0,328	47,33±8,02	1,351	0,182	52,16±9,99	1,252	0,215
	Var	58,38±7,07			50,69±7,84			55,77±5,21		
Baba eğitim düzeyi	İlkokul	56,75±16,01	0,109	0,954	57,25±12,04	2,123	0,107	59,5±14,71	0,734	0,536
	Ortaokul	55,17±3,66			45,5±3,78			51,67±2,66		
	Lise	56,74±8,92			47,81±8,03			52,74±9,34		
	Üniversite	55,43±9,81			47,33±7,47			52,29±9,37		
Aile gelir durumu**	Düşük	60,06±9,91	2,653	0,079	51±9,41	1,771	0,179	57,89±9,39 ^(a)	4,438	0,016*
	Orta	54,14±8,68			46,81±7,26			50,38±8,29 ^(b)		
	İyi	56,71±7,8			46,86±7,27			53,57±9,91 ^(ab)		
Kırsal-şehir yaşamı	Kırsal	54,4±9,25	1,030	0,307	47,25±8,45	0,525	0,601	52,15±9,4	0,448	0,656
	Şehir	56,98±9,19			48,4±7,91			53,29±9,31		

AGA: Appropriate gestational age, BPD: Bronkopulmoner displazi, EMR: Erken membran rüptürü, DM: Diyabetes mellitus, İUBK: İntra uterin büyüme kısıtlılığı, İVK: İntraventriküler kanama, LGA: Large gestational age, PDA: Patent duktus arteriozus, PR: Prematüre retinopatisi, RDS: Respiratuar distres sendromu, SGA: Small gestational age.

*p değeri ≤ 0.05 anlamlı kabul edilmiştir. **Aile gelir düzeyi ailenin beyanına göre Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre düzenlenmiştir.

Çalışmamızda annelere uygulanan STAI ölçeklerinin çocuğa, anneye ve aileye ait bazı özellikler ile ilişkisi değerlendirildi. Bebeğinde PR saptanan ve kırsal kesimde yaşayan annelerde STAI-I puanının (genel kaygı) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.001$) (Tablo 9). STAI-I puanıyla diğer nitel parametreler arasında ilişki saptanmadı.

STAI-II ölçek sonuçları ile anne eğitim düzeyi, doğum sonrası anneye yardım veren kişi, evde bakım gerektiren kişi varlığı, annede kronik hastalık, annede hipotiroidi, annenin psikiyatriye başvuru öyküsü, baba eğitim düzeyi, aile gelir durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 9).



Tablo 9. Anneler uygulanan STAI ölçeklerinin çocuğa, anneye ve aileye ait bazı özellikler ile ilişkisi

		STAI-I	t,F	p	STAI-II	t,F	p
PR	Yok	38,87±5,4	1,285	0,236	40,76±5,75	3,895	<0,001*
	Var	43,63±10,25			49,75±8,24		
Anne eğitim düzeyi	İlkokul	38±4,71	0,864	0,465#	43,5±6,05	1,157	0,334#
	Ortaokul	41,26±8,33			42,42±8,24		
	Lise	38,5±6,36			42,5±6,4		
	Üniversite	39,62±3,57			38,92±5,09		
Doğum sonrası anneye yardım eden kişi	Yok	38,83±7,3	0,299	0,826#	42,17±7,95	0,305	0,822#
	Annesi	39,71±7,04			42,38±7,44		
	Kayınvalidesi	39,36±5,3			41,6±5,69		
	Bakıcı	45±0			36±0		
Evde bakım gerektiren kişi	Yok	39,12±5,72	0,872	0,430	41,82±6,66	0,370	0,713
	Var	43,6±11,35			43±8,72		
Annede kronik hastalık	Yok	39,43±5,56	0,133	0,895	41,78±6,56	0,323	0,748
	Var	39,69±8,9			42,46±7,76		
Annede hipotiroidi	Yok	39,13±5,38	0,707	0,505	41,58±6,36	1,103	0,274
	Var	42,29±11,66			44,57±9,57		
Anne psikiyatri başvuru öyküsü	Yok	39,38±6,17	0,249	0,804	41,73±6,57	0,407	0,685
	Var	39,86±7,04			42,57±7,61		
Baba eğitim düzeyi	İlkokul	39±2,45	0,986	0,406#	44±4,24	1,579	0,406#
	Ortaokul	42±5,93			45,5±8,22		
	Lise	40,23±7,64			42,48±7,4		
	Üniversite	37,76±4,33			39,67±5,22		
Aile gelir durumu**	Düşük	40,39±6,94	0,275	0,760#	43,72±7,27	0,933	0,399#
	Orta	39,03±6,44			41,3±6,59		
	İyi	39,57±4,2			40,57±6,37		
Kırsal-şehir yaşamı	Kırsal	40,35±6,92	0,742	0,461	44,95±7,14	2,541	0,014*
	Şehir	39,07±6,06			40,48±6,15		

PR: Prematüre retinopatisi

*p değeri ≤ 0.05 anlamlı kabul edilmiştir. **Aile gelir düzeyi ailenin beyanına göre Türkiye istatistik kurumu verilerine göre düzenlenmiştir. # Tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Çalışmamızda ÇDDÖ sonuçları ile çocuklara ait bazı nicel özellikler ve annelere yapılmış olan STAI ölçek sonuçları arasında korelasyon analizi yapıldı. Doğum haftası ile; uyku problemleri, dışa yönelim sorunları, DEHB, karşı gelme-karşıt olma puan türleri arasında zayıf düzeyde; dikkat problemleri puan türü arasında orta düzeyde negatif korelasyon saptandı (r ve p değerleri sırasıyla r= -0.283, p=0.026; r=-0.291, p=0.022; r=-0.269, p=0.035; r=-0.250, p=0.050; r= -0.506, p<0.001) (Tablo 10 ve 11).

Dikkat problemleri puanı ile doğum ağırlığı arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon saptandı ($r=-0.367$ $p=0.003$) (Tablo 10).

İçe dönüklük puanı ile 1. dakika ve 5. dakika Apgar skorları arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon saptandı (r ve p değerleri sırasıyla $r=-0.263$ $p=0.041$, $r=-0.255$ $p=0.048$) (Tablo 10).

Çökkün duygudurumu puanı ile düzeltilmiş yaş arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon saptandı ($r=-0.250$ $p=0.050$) (Tablo 10).

İVK evreleri ile kaygılı/çökkün duygudurumu, içe dönüklük, içe yönelim sorunları, toplam sorunlar, kaygı, otizm spektrum bozukluğu ve karşıt olma-karşı gelme puan türleri arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon saptandı (r ve p değerleri sırasıyla; $r=0.994$, $p=0.001$; $r=0.891$, $p=0.042$; $r=0.992$, $p=0.001$; $r=0.994$, $p=0.001$; $r=0.948$, $p=0.014$; $r=0.972$, $p=0.006$; $r=1.000$, $p<0.001$) (Tablo 10-11).

Toplam yatış süresi ile STAI-I ve STAI-II sonuçları arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon saptandı (r ve p değerleri sırasıyla $r=0.333$, $p=0.008$; $r=0.332$, $p=0.008$) (Tablo 11).

Doğum haftası ve doğum ağırlığı ile STAI kaygı ve STAI durum sonuçları arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon saptandı (r ve p değerleri sırasıyla $r=-0.360$, $p=0.004$; $r=-0.366$, $p=0.003$) (Tablo 11)

Tablo 10. ÇDDÖ sonuçları ile çocuklara ait nicel özellikler ve STAI ölçek sonuçları arasında korelasyon analizi*

	Kaygılı/ Çökkün	İçe dönüklük	Uyku problemleri	Dikkat problemleri	İçe yönelim sorunları	Dışa yönelim sorunları	Toplam problemler
Doğum haftası	-	-	p=0,026 r=-0,283	p<0.001 r=-0,506	-	p=0.022 r=-0.291	-
Doğum ağırlığı	-	-	-	p=0.003 r=-0.367	-	-	-
1. dakika Apgar skoru	-	p=0.041 r=-0.263	-	-	-	-	-
5. dakika Apgar skoru	-	p=0.048 r=-0.255	-	-	-	-	-
İVK evresi	p=0.001 r=0.994	p=0.042 r=0.891	-	-	p=0.001 r=0.992	-	p=0.001 r=0.994

*Yalnızca p değeri anlamlı bulunanlar belirtilmiştir. İVK:İntraventriküler kanama

r:Pearson Korelasyon Katsayısı, $0,00 \leq r \leq 0,49$ Zayıf İlişki, $0,50 \leq r \leq 0,69$ Orta Düzey İlişki, $0,70 \leq r \leq 1,00$ Yüksek Düzey İlişki.

Tablo 11. ÇDDÖ sonuçları ile çocuklara ait nicel özellikler ve STAI ölçek sonuçları arasında korelasyon analizi*

	Depresyon problemleri	Kaygı	Otizm spektrum bozukluğu	DEHB	Karşıt gelme-karşı olma bozukluğu	STAI I	STAI II
Doğum haftası	-	-	-	p=0.035 r=-0.269	p=0.050 r=-0.250	-	p=0.004 r=-0.360
Doğum ağırlığı	-	-	-	-	-	-	p=0,003 r=-0,366
Düzeltilmiş yaş	p=0.050 r=-0.250	-	-	-	-	-	-
İVK evresi	-	p=0.014 r=0.948	p=0.006 r=0.972	-	p<0.001 r=1.000	-	-
Toplam yatış süresi	-	-	-	-	-	p=0.008 r=0.333	p=0.008 r=0.332

*Yalnızca p değeri anlamlı bulunanlar belirtilmiştir. DEHB:Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, İVK:İntraventriküler kanama.

r:Pearson Korelasyon Katsayısı, $0,00 \leq r \leq 0,49$ Zayıf İlişki, $0,50 \leq r \leq 0,69$ Orta Düzey İlişki, $0,70 \leq r \leq 1,00$ Yüksek Düzey İlişki

5. TARTIŞMA

Prematüre bebekler farklı biyolojik yapıları, erken neonatal döneme ait çeşitli sorunları, hastanede uzun süre kalma gereksinimleri, enfeksiyonlara eğilimleri gibi nedenlerle term bebeklerden ayrılarak riskli yenidoğanların en önemli bölümünü oluşturmaktadırlar. Yenidoğan bakımında son yıllarda meydana gelen gelişmeler özellikle gelişmiş ülkelerde ÇDDA prematürelerde mortalitenin azalmasına ve hayatta kalma oranlarının artmasına; bu da uzun dönem problemlerin artışına neden olmuştur. Ülkemizde de neonatoloji ünitelerinin giderek artması ve mortalite oranlarının düşmesi sonucu prematürelerin uzun dönem problemleri ve tedavileri oldukça önem kazanmaya başlamıştır. Uzun dönem takipte solunum, göz problemleri ve nörolojik problemler gibi sorunlar dışında duygu ve davranış problemleri de önem arz etmektedir. Biz de bu çalışma ile hastanemizde 24-34. gestasyonel haftalar arası doğmuş olan prematüre bebeklerin 1.5-5 yaş arası duygu ve davranış sorunlarını saptamayı ve bu sorunlar ile antenatal, natal ve postnatal dönemlerde anneye, aileye ve bebeğe ait faktörler arasında ilişki kurmayı amaçladık.

Çalışmamızda DEHB'nin İUBK, SGA olma durumu ve annede gestasyonel DM olması ile ilişkili olduğu ve hastalık riskinin doğum haftası azaldıkça arttığı saptandı. Ayrıca dikkat problemleri ile doğum ağırlığı ve doğum haftası arasında negatif korelasyon bulundu. Çocukluk çağında sık rastlanan psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde genetik faktörler yanında çevresel etkenlerin de önemli rol oynadığı bilinmektedir. Bu çevresel etkenler arasında en belirgin olanlar prematürite ve düşük doğum ağırlığıdır [84]. DEHB; prematürelerde ve ÇDDA'larda en sık görülen çocukluk çağı psikiyatrik bozukluğudur. Sucksdorff ve arkadaşlarının yayınladıkları geniş çaplı çalışmada; prematürite, İUBK ve SGA olma durumunun DEHB için risk faktörü olduğunu, fetüsün optimum nörogelişimsel süreci için her gestasyonel haftanın önemli olduğunu belirtmişlerdir [85]. Benzer şekilde literatürde gestasyonel DM'in de DEHB için bir risk faktörü olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur [86, 87, 88]. Gestasyonel DM'te muhtemel maternal hipergliseminin artmış oksidatif stres, hipoksi, apoptoz gibi mekanizmalarla buna yol açtığı düşünülmektedir [87].

Çalışmamızda kafein tedavisi 1. günden sonra başlanan çocuklarda dikkat problemlerinin hiç kafein verilmeyenlere göre anlamlı derecede daha fazla görüldüğü saptandı. Kafein prematürelilik apnesinin tedavisinde kanıta dayalı olarak kullanılan ilaçtır [89]. Bu endikasyonla başlandığı prematüre bebeklerde BPD ve tedavi gerektiren PDA

sıklığını azalttığı, 18. ayda nörogelişimsel olarak engelsiz sağ kalımı arttırdığı gösterilmiş ve bu durum özellikle de antioksidan etkisine bağlanmıştır [90]. Mürner-Lavanchy ve ark. tarafından yapılmış olan ve 870 prematür bebeğin 11 yıllık takibinin yapıldığı çift kör, randomize, plasebo kontrollü çalışmada neonatal kafein tedavisinin uzun dönemde davranış, dikkat, genel zeka üzerine herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığı; motor gelişim ve vizüel algı gibi alanlarda ise faydalarının gözlemlendiği ortaya konulmuştur [91]. Çalışmamızda bulduğumuz sonuç ile uyumlu bir literatür bilgisine rastlanamadı.

Çalışmamızda İVK evresi ile çocuktaki kaygılı/çökkün duygudurumu, içe dönüklük, içe yönelim sorunları, toplam sorunlar, kaygı, otizm spektrum bozukluğu ve karşıt olma-karşı gelme bozukluğu riski arasında pozitif korelasyon saptandı. Prematüre bebeklerde santral sinir sisteminin maturasyonunu tamamlamamış olması nörolojik gelişimin olumsuz bir çok perinatal faktörden etkilenmesini kolaylaştırmaktadır. Bu faktörlerden en önemlisi İVK'dır. İVK prematürelerde görülen ve uzun dönem etkileri olan majör problemlerden biridir. Literatürde birçok çalışmada İVK görülen prematürelerde uzun dönem nörogelişimsel gecikme olduğu gösterilmiş, bu gecikmenin özellikle de evre 3 ve 4 İVK olanlarda daha ciddi boyutta olduğu ortaya konmuştur [91, 92]. Evre 1 ve 2'de de bilişsel gelişimin etkilendiğini gösteren yayınlar mevcuttur [93]. İVK geçirmiş olan prematürelerde uzun dönemde bilişsel, motor, dil alanlarında sorunlar dışında duygu ve davranışsal sorunlar da sık görüldüğü bilinmektedir ancak bu konuda literatürde az sayıda yayın mevcuttur [94, 95]. Brown ve ark. prematüre doğum hikayesi olan 207 bebeği okul döneminde değerlendirmiş ve davranışsal problemlerin özellikle İVK geçirenlerde daha sık olduğunu ortaya koymuşlardır. Bizim çalışmamızda da ileri evre İVK geçiren hastamız olmamakla beraber İVK evresi ile kaygılı/çökkün duygudurumu, içe yönelim sorunları ve otizm spektrum bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu gibi durumlarla ilişkili olduğunun saptanmasının çalışmamızın önemli sonuçlarından biri olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda anne kaygı düzeyinin; kırsal yaşamı olanlarda ve bebeğinde PR saptananlarda daha yüksek olduğu; ayrıca doğum ağırlığı ve doğum haftası ile ters, yatış süresi ile ise doğru orantılı olduğu bulundu. Literatürde Özyurt ve ark. tarafından prematüre bebeği olan annelerde yapılan bir çalışmada da PR ve prematüritenin anne stres ve kaygı düzeyinin artışı ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. PR ve görme kaybı; prematüre bebeklerin uzun dönem sekelleri arasında aile için en korkutucu ve kaygı verici olan durumlardandır. Bu nedenle PR nedeniyle takip edilen hastaların annelerine gerekli desteğin

verilmesi, kendilerini yetersiz hissetmemeleri ve sorumlu tutmamaları için önem arz etmektedir [96, 97]. Düşük doğum ağırlığı ve prematüritenin de artmış anne kaygısı ve depresyonu ile ilişkili olduğu literatürde birçok çalışmada gösterilmiştir [98]. Bu bebeklerin özellikle yatış süresinin uzaması; annenin kaygı düzeyinin artmasına, ebeveynlik algısının ve duygudurumun bozulmasına sebep olurken, anne-bebek bağlanmasında da sorunlara yol açmaktadır [99]. John HB ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada bebeği YDYBÜ’de yatan annelere aktivite bazlı grup terapisinin annelerin kaygı düzeyinde azalmaya sebep olduğu bulunmuş ve annelerin psikolojik olarak iyi olmalarının bebeğin de psikolojik gelişimine dolaylı olarak etki edeceği belirtilmiştir. Tüm bu veriler YDYBÜ çalışanlarının, özellikle prematüre, düşük doğum ağırlıklı, eşlik eden ciddi hastalığı olan ve yatış süresinin uzun olacağı öngörülen hastaların annelerine, kaygı ve stres düzeyinin yüksek olduğunu göz önünde bulundurarak yaklaşımları gerektiğini göstermektedir. Aynı şekilde bu annelere ailesinden ve sosyal çevresinden verilecek olan destek hem annenin ve bebeğin ruhsal sağlığı hem de ailenin bütünlüğü için çok önemlidir.

Antenatal steroidlerin prematür doğum riski olan gebeliklerde özellikle prematüritenin RDS, İVK, NEK gibi komplikasyonlarını ve mortaliteyi azalttığı bilinmektedir [100]. Çalışmamızda 2 kür antenatal steroid alan çocuklarda almayan ve 1 kür alanlara göre saldırgan davranış riskinin daha yüksek olduğu bulundu. Armangil ve ark. tarafından 34 hafta altı 843 prematüre bebek ile yapılan çalışmada, tek kür ve çoklu kür antenatal steroid alan bebekler arasında; BPD, İVK, ROP, PDA, neonatal mortalite ve nörolojik anormal bulgu açısından anlamlı fark saptanmadığı belirtilmiştir [101]. Aksine Chawla S ve ark. çalışmalarında, antenatal steroidlerin doz bağımlı olacak şekilde nörogelişimsel süreçte olumlu etki yaptığını vurgulamışlardır [102]. Bizim çalışmamızda ise bu iki sonucun da tersi bir sonuç bulundu. Başka bir çalışmada French ve ark. çoklu kür antenatal steroid tedavisi alan hastaları üç ve altı yaşlarında incelediklerinde serebral palsy insidansının azaldığını, ancak agresif ve hiperkinetik davranış bozukluğunun arttığını saptamışlardır. Burada hayvan modellerinde gösterilmiş olan çoklu kür glukokortikoid uygulamasının myelinizasyonu geciktirmesinin rolü olabileceği sorumlu tutulmuştur. Antenatal steroidlerin uzun dönem duygu ve davranışlar üzerine etkileri geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda gelir durumu düşük ailelerin çocuklarında karşı gelme-karşıt davranış bozukluğu, kaygı ve çökkün duygudurumunun ve toplam sorunların daha fazla görüldüğü tespit edildi. Düşük sosyoekonomik düzeyin prematüre bebeklerin okul öncesi dönemde

duygu ve davranış durumunu etkilediği yapılan çalışmalarda da belirtilmiştir [103].

Sonuç olarak, prematürite ve/veya düşük doğum ağırlığı ile çocukluk çağı başlangıçlı psikiyatrik bozuklukların gelişimi arasında bir ilişki olduğu açıktır. Bu bebeklerde bilişsel ve davranışsal gelişimin yakından gözlenmesi ve olası psikiyatrik bozuklukların erken dönemde saptanması erken müdahale şansını arttıracaktır. Prematüre bebeğe sahip annelerin, genel olarak kaygı düzeyinin yüksek olması nedeniyle hem sağlık çalışanları hem de diğer sosyal çevresi tarafından desteklenmesi hem annenin hem de bebeğin sağlıklı psikolojik gelişimi için önem arz etmektedir.



6. SONUÇLAR

Çalışmamızda 24.-34. gebelik haftaları arasında doğan prematüre bebeklerde 1.5-5 yaş arası duygu ve davranış durumunu ve bununla anneye, aileye ve bebeğe ait özelliklerin ilişkisi, ayrıca anne kaygısını değerlendirmeyi ve bunun çocuğun duygu ve davranış durumu üzerindeki etkisi değerlendirildi ve aşağıdaki sonuçlar elde edildi:

1. Çalışmaya 62 çocuk ve anneleri dahil edildi.
2. Çocukların 28 i (%45.2) kız, 34 ü (%54.8) erkekti.
3. Ortalama doğum haftası 31.9 ± 2.1 hafta (26-34), doğum ağırlığı ise 1850 ± 483 gr (965-2745) idi.
4. Çocukların ortalama kronolojik yaşları 3 ± 2.2 yıl (2.3-5.5), düzeltilmiş yaşları ise 3 ± 1.8 yıl (1.8-5.4) olarak bulundu.
5. Annelerin ortalama yaşı 27.6 ± 6 (18-41) idi.
6. Gestasyonel DM 21 (%33.9), hipertansiyon 21 (%33.9), EMR öyküsü 10 (%16.1) annede mevcuttu.
7. Annelerin 12'si (%19.4) ilkokul, 19'u (%30.6) ortaokul, 18'i (%29) lise, 13'ü (%21) üniversite mezunuydu.
8. Doğum sonrası anneye yardım veren kişi 24'ünde (%38.7) annenin annesi, 25'inde (%40.3) kayınvalidesi, 1'inde (%1.6) bakıcı iken 12'sinde (%19.4) ise yardım veren kişi yoktu.
9. 7 annede (%11.3) doğum sonrası dönemde psikiyatriye başvuru öyküsü vardı.
10. Çalışmadaki 18 aile (%29) düşük, 37 aile (%59.7) orta, 7 aile (%11.3) iyi gelir düzeyine sahipti.
11. Ailelerin 20'si (%32.3) kırsal kesimde, 42'si (%67.7) şehirde yaşıyordu.
12. Çocukların 4'ünde (%6.5) İUBK, 10'unda (%16.1) SGA, 32'sinde (%51.6) RDS, 7'sinde (%11.3) PDA, 6'sında (%9.7) apne, 1'inde (%1.6) NEK, 5'inde (%8.1) İVK ve 8'inde (%12.9) PR öyküsü mevcuttu.
13. Ortalama Apgar skorları 1. dakika 6.80 ± 1.51 ve 5. dakika 7.85 ± 1.22 idi.
14. 30 çocukta (%48.4) mekanik ventilasyon hikayesi vardı.
15. Kafein 1. gün başlanan 6 (%9.7), 1. günden sonra başlanan 10 çocuk (%16.1) saptandı.
16. Steroid almış olan 2 (%3.2) çocuk, neonatal sepsis geçirmiş olan 12 (%19.3) çocuk saptandı.
17. Transfüzyon öyküsü 8 (%13) çocukta vardı.

18. Tam enteral beslenmeye geçiş günü (median) 6.5 (1-44) idi.
19. Doğum kilosunu yakalama günü 9.32 ± 3.97 idi.
20. Toplam yatış süresi 20.69 ± 17.20 gün olarak bulundu.
21. Taburculuk kilosu 2117 ± 308 gr olarak saptandı.
22. Karşıt olma-karşı gelme davranış bozukluğu puan türünün gelir durumu düşük ailelerin çocuklarında anlamlı olarak daha fazla görüldüğü saptandı.
23. Gelir durumu düşük ailelerin çocuklarında kaygılı/çökkün duygudurumu, kaygı ve çökkün duygudurumu puan trlerinin anlamlı derecede daha fazla görüldüğü saptandı.
24. Gestasyonel DM yks olan annelerin ocuklarında DEHB puan türünün anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.
25. IUGR ve SGA olan ocuklarda DEHB puan türünün anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.
26. Kafein 1. günden sonra başlanan çocuklarda dikkat sorunları puan türünün anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.
27. PDA hikayesi olanlarda dikkat sorunları puan türünün anlamlı derecede daha fazla görüldüğü saptandı.
28. Birden fazla transfüzyon yapılanlarda ve PR yks olan çocuklarda dikkat sorunları puan türünün anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.
29. Antenatal steroid alan çocuklarda saldırgan davranış puan türünün anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.
30. IUGR yks olan çocuklarda saldırgan davranış puan türünün anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.
31. Geç sepsis geçiren çocuklarda uyku problemleri puan türünün anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.
32. Dışa yönelim problemlerinin IUGR olanlarda anlamlı derecede daha fazla görüldüğü saptandı.
33. Aile gelir durumu düşük olanlarda toplam sorun puan türünün anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.
34. Uyku problemleri, dikkat problemleri, dışa yönelim, DEHB, karşı gelme-karşıt olma bozukluğu puan trleri ile doğum haftası arasında negatif korelasyon saptandı.
35. Dikkat problemleri puan türü ile doğum ağırlığı arasında negatif korelasyon saptandı.
36. Çökkünlük puan türü ile düzeltilmiş yaş arasında negatif korelasyon saptandı.
37. İe dönüklük puan türü ile 1. dakika ve 5. dakika Apgar skorları arasında negatif korelasyon saptandı.

38. İVK evresi ile kaygılı/çökkün, kaygı, içe dönüklük, içe yönelim, otizm spektrum bozukluğu ve karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ve toplam sorun puanları arasında pozitif korelasyon saptandı.
39. Toplam yatış süresi ile STAI-I ve STAI-II ölçek sonuçları arasında pozitif korelasyon saptandı.



7. KAYNAKLAR

1. Neyzi O (Ed). Preterm doğanlar, intrauterin büyüme geriliği makrozomi, çoğul gebelik. Pediatri 1. Cilt, 4. baskı, İstanbul: Nobel, 2010: 367-385.
2. Latal B, Prediction of neurodevelopmental outcome after preterm birth. Pediatric neurology, 2009; 40: 413-419.
3. Haberstick BC, Timberlake D, Hopfer CJ, Lessem JM, Ehringer MA, Hewitt JK. Genetic and environmental contributions to retrospectively reported DSM-IV childhood attention deficit hyperactivity disorder. Psychol Med 2008; 38: 1057–1066.
4. Acton BV, Biggs WS, Creighton DE, Penner KA, Switzer HN, Thomas JH, ve ark. Overestimating neurodevelopment using the Bayley-III after early complex cardiac surgery. Pediatrics. 2011; 128: 794-800.
5. Sharma P, McKay K, Rosenkrantz TS, Hussain N. Comparisons of mortality and pre-discharge respiratory outcomes in small-for-gestational-age and appropriate-for-gestational-age premature infants. BMC Pediatr 2004; 4: 9.
6. World Health Organization, FactSheet, No. 363. Preterm birth. 2013.
7. Okumuş N. Prematüre ve sorunlarına genel bakış, Hayata prematüre başlayanlar, ed. Nurullah Okumuş, Aysun Yayıncılık, Ankara, 2012: p. 13-19.
8. World Health Organization, FactSheet, No. 363. Preterm birth. 2012.
9. TUIK (2019) Türkiye istatistik kurumu. www.tuik.gov.tr erişim zamanı:18.03.2020
10. Lindström K, Lindblad F, Hjern A. Preterm birth and attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren. Pediatrics, 2011; 127: 858-865.
11. Stjernqvist K, Svenningsen N. Ten-year follow-up of children born before 29 gestational weeks: health, cognitive development, behaviour and school achievement. Acta Paediatr 1999; 88: 557-562.
12. Çiçek N, Cömert S, Aksoy F Prematüre bebeklerin izlem sonuçları. Türk Pediatri Arşivi 2005; 40: 33-38.
13. Macones GA, Carnielli V, Greisen G. Prematurity: causes and prevention, in Avery's diseases of the newborn. 2005; Elsevier: 139-145.
14. Altuncu E. Bir yıllık kısa dönem doğumhane sonuçları. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Kayseri. Kongre kitabı, 2005; 293.
15. Ward RM, Beachy JC. Neonatal complications following preterm birth. BJOG 2003; 110: 8-16.
16. Mandy G. Short-term complications of the preterm infant. UpToDate, Weisman LE ur. UpToDate.[Internet]. UpToDate, 2016.
17. Lawn JE. Why are 4 million newborn babies dying each year? The Lancet 2004; 364: 399-401.
18. Dilmen U, Özdemir R, Tatar Aksoy H, et al. Early regular versus late selective poractant treatment in preterm infants born between 25 and 30 gestational weeks: a

- prospective randomized multicenter study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014; 76: 35-38.
19. Sweet DG, Carnielli V, Greisen G, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome- 2016 Update. *Neonatology* 2017;111(2):107-125.
 20. Gupta VP, Dhaliwal U, Sharma R, et al. Retinopathy of prematurity—risk factors. *The Indian Journal of Pediatrics* 2004; 71: 887-892.
 21. Jobe AH, Bancalari E. Bronchopulmonary dysplasia. *Am J Respir Care Med* 2001; 163: 1723-1725.
 22. Arsan S, Toygar AK, Oğuz S. Türk Neonatoloji Derneği Bronkopulmoner Displazi Korunma ve İzlem Rehberi. 2018: 8.
 23. Evans N. Preterm patent ductus arteriosus: A continuing conundrum for the neonatologist. *Semin Fetal Neonatal Med* 2015; 20: 272-277.
 24. Moore P, Brook MM. Patent Ductus Arteriosus and aorticopulmonary window. In: Moss and Adams' Heart Disease. Allen HD, Driscoll DJ, Shaddy RE, Feltes TF (eds). Wolters Kluwer Lipincott Williams & Wilkins, Philadelphia, ABD, 8. Ed., 2013, 722- 745.
 25. Koch J, Hensley G, Roy L, Brown S. Prevalence of spontaneous closure of the ductus arteriosus in neonates at a birth weight of 1000 grams or less. *Pediatrics* 2006; 117: 1113-1121.
 26. Bas AY, Koc E, Dilmen U, ROP Neonatal Study Group. Incidence and severity of retinopathy of prematurity in Turkey. *Br J Ophthalmol* 2015; 99:1311-1314.
 27. Owens R. Intraventricular hemorrhage in the premature neonate. *Neonatal Netw* 2005; 24: 55.
 28. Volpe J, Intracranial hemorrhage: neurology of the newborn. 2008; Philadelphia: WB Saunders Co.
 29. Bassan H. Intracranial hemorrhage in the preterm infant: understanding it, preventing it. *Clin Perinatol* 2009; 36: 737-762.
 30. Papile LA, Munsick-Bruno G, Schaefer A. Relationship of cerebral intraventricular hemorrhage and early childhood neurologic handicaps. *J Pediatr* 1983; 103: 273-277.
 31. Özdoğan Z. Nekrotizan enterokolit olgularının geriye dönük olarak değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. Uzmanlık tezi, 2014, Trakya Üniversitesi.
 32. Dalgıç N. Transient neonatal hypoglycemia-long-term effects on neurodevelopmental outcome. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2002; 15: 319-324.
 33. Tuncer O, Peker E. Prematüre Apnesi. *Türkiye Klinikleri Pediatric Sciences-Special Topics* 2015; 11: 116-121.
 34. Marcante K, Kliegman RM. Nelson essentials of pediatrics. Elsevier Health Sciences 2018; 32 : 643-716.
 35. Poets C, Kerry F. Apnea of prematurity: What can observational studies tell us about pathophysiology? *Sleep medicine* 2010; 1: 701-707
 36. Schmidt B, Roberts RS, Davis P, et al (2006). Caffeine therapy for apnea of prematurity. *N Engl J Med* 2006; 354: 2112-2121.

37. Rozance PJ, Hay WW. Hypoglycemia in newborn infants: features associated with adverse outcomes. *Biol Neonate* 2006; 90: 74–86.
38. Bonari L, Pinto N, Ahn E, et al. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 726-735.
39. Stoll B, Bird TM, Hobbs CA, et al. Early onset neonatal sepsis: the burden of group B Streptococcal and E. coli disease continues. *Pediatrics* 2011; 127: 817-826.
40. Cantey JB, Milstone AM. Bloodstream infections: epidemiology and resistance. *Clin Perinatol* 2015; 42: 1-16.
41. Ericson J, Laughon M. Chorioamnionitis: implications for the neonate. *Clin Perinatol* 2015; 42: 155-165.
42. Russell F, Ayn O, Kumar B. Early onset neonatal sepsis: diagnostic dilemmas and practical management. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition* 2015; 100: F350-F354.
43. Dong Y, Speer CP. Late-onset neonatal sepsis: recent developments. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 2015; 100: F257-F263.
44. Satar M, Özlü F. Neonatal sepsis: a continuing disease burden. *Turk J Pediatr* 2012; 54: 449.
45. Widness JA. Pathophysiology of anemia during the neonatal period, including anemia of prematurity. *Neoreviews* 2008; 9: e520-e525.
46. Strauss RG. Anemia of prematurity: pathophysiology and treatment. *Blood reviews*, 2010; 24: 221-225.
47. Burke BL, Robbins JM, Bird TM, et al. Trends in hospitalizations for neonatal jaundice and kernicterus in the United States, 1988-2005. *Pediatrics* 2009; 123: 524-532.
48. Kaplan M. Imbalance between production and conjugation of bilirubin: a fundamental concept in the mechanism of neonatal jaundice. *Pediatrics* 2002; 110: e47-e47.
49. O'brien F, Jula G, Jack A. The neurodevelopmental progress of infants less than 33 weeks into adolescence. *Arch Dis Child* 2004; 89: 207-211.
50. Stephens B, Vohr A. Neurodevelopmental outcome of the premature infant. *Pediatr Clin* 2009; 56: 631-646.
51. Ertem İ, Bayhan A, Bayram Ö. Prematüre bebeklerin gelişimlerinin izlenmesi ve desteklenmesi. *Gelişimsel pediatri* (Editör, İlgi Öztürk Ertem). Ankara: Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, 2005.
52. Allen B. Neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Curr Opin Neurol* 2008; 21: 123-128.
53. Woods S, Riley P. A role for community health care providers in neonatal follow-up. *Paediatr Child Health* 2006; 11: 301-302.
54. Zwicker A, Jula G, Jack A, et al. Perinatal and neonatal predictors of developmental coordination disorder in very low birthweight children. *Arch Dis Childhood* 2013; 98: 118-122.

55. Gagnon SG, Nagle RJ. Comparison of the revised and original versions of the Bayley Scales of Infant Development. *School Psychology International* 2000; 21: 293-305.
56. Erol N, Şimsek Z, Öner O, et al. Behavioral and emotional problems among Turkish children at ages 2-3. *J Am Acad Psychiatry* 2005; 44: 80-87.
57. Vohr B. Follow-up care of high-risk infants. *Pediatrics* 2004; 114: 1377-1397.
58. Karaman G, Taşkın B. Prematürite ve çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları. *Maltepe Tıp Dergisi* 2011; 3: 39-43.
59. Millichap JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2008; 121: 358-368.
60. Johnson S. Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. *J Am Acad Child Adolesc* 2010; 49: 453-463.
61. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders: DSM-5. Am Psychiatr Publ Washington, 2013.
62. Schendel D, Tin K, Bhasin Y. Birth weight and gestational age characteristics of children with autism, including a comparison with other developmental disabilities. *Pediatrics* 2008; 121: 1155-1164.
63. Williams K, Helmer M, Duncan GW. Perinatal and maternal risk factors for autism spectrum disorders in New South Wales, Australia. *Child: care, health and development*, 2008; 34: 72-75.
64. Larsson HJ, Eaton WW, Madsen KM. Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history and socioeconomic status. *Am J Epidemiol* 2005; 161: 916-925.
65. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 837-844.
66. Farooqi A, Aijaz B, Bruno H, et al. Mental health and social competencies of 10-to 12-year-old children born at 23 to 25 weeks of gestation in the 1990s: a Swedish national prospective follow-up study. *Pediatrics* 2007; 120: 118-133.
67. Botting N. Attention deficit hyperactivity disorders and other psychiatric outcomes in very low birthweight children at 12 years. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 931-941.
68. Saigal S, Pinelli J, Hoult L, et al. Psychopathology and social competencies of adolescents who were extremely low birth weight. *Pediatrics*, 2003; 111: 969-975.
69. Hack M, Eric P, Catarina At, et al. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics*, 2004; 114: 932-940.
70. Aucott S, Donohue PK, Atkins E, et al. Neurodevelopmental care in the NICU. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002; 8: 298-308.
71. Als H, Bruno H, Gunnar S. Developmental care in the newborn intensive care unit. *Curr Opin Pediatr* 1998; 10: 138-142.

72. Erdeve Ö, Arsan S, Okulu E, ve ark. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008; 51: 104-109.
73. Gates L, McGrath J, Jorgensen K. Family issues/professional-parent partnerships. *Developmental Care of Newborns & Infants*. St. Louis: Mosby, 2004; 343-359.
74. Şahin N, Oskay Ü. Prematüre bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerde ortaya çıkan stresörler. *Çocuk Dergisi* 2008; 8: 108-113.
75. Perrin EC, West PD, Culley BS. Is my child normal yet? Correlates of vulnerability. *Pediatrics* 1989; 83: 355-363.
76. Önal E, Öztürk Z. Prematüre bebeklerde nörolojik sorunlar ve izlemi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi* 2017; 9: 45-49.
77. Fowlie P, McHaffie H. Supporting parents in the neonatal unit. *BMJ* 2004; 329: 1336-1338.
78. Wade K, Hornig P, Valdez A, et al. Pediatric care for preterm infants after NICU discharge: high number of office visits and prescription medications. *J Perinatol*, 2008; 28: 696.
79. Diao K, Tripodis Y, Long WE, et al. Socioeconomic and racial disparities in parental perception and experience of having a medical home, 2007 to 2011–2012. *Acad Pediatr* 2017; 17: 95-103.
80. Achenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile, 1983.
81. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, 2000; VT : University of Vermont Department of Psychiatry.
82. Verklan MT. So, He's a Little Premature...What's the Big Deal? *Crit Care Nurs Clin North Am* 2009; 21: 149-161.
83. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970:23–49.
84. Öner Ö, Taner Y, Arsev AS. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, (editörler). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında İstanbul*, Golden Print. 2007; 397-421.
85. Sucksdorff M, Lehtonen L, Chudal R, et al. Preterm Birth and Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2015; 136: e599-608.
86. Nomura Y, Marks DJ, Grossman B, et al. Exposure to gestational diabetes mellitus and low socioeconomic status: effects on neurocognitive development and risk of attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012; 166:337-343.
87. Ornoy A, Reece EA, Pavlinkova G, et al. Effect of maternal diabetes on the embryo, fetus, and children: congenital anomalies, genetic and epigenetic changes and developmental outcomes. *Birth Defects Res C Embryo Today* 2015; 105: 53-72.
88. Lin CH, Lin WD, Chou IC, et al. Infants of Mothers With Diabetes and Subsequent Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Retrospective Cohort Study. *Front Pediatr* 2019; 7: 452.

89. Henderson-Smart DJ, De Paoli AG. Methylxanthine treatment for apnoea in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12: CD000140.
90. Endesfelder S, Strauß E, Scheuer T, et al. Antioxidative effects of caffeine in a hyperoxia-based rat model of bronchopulmonary dysplasia. *Respir Res* 2019; 20: 88.
91. Mürner-Lavanchy IM, Doyle LW, Schmidt B, et al. Caffeine for Apnea of Prematurity (CAP) Trial Group. Neurobehavioral Outcomes 11 Years After Neonatal Caffeine Therapy for Apnea of Prematurity. *Pediatrics*. 2018; 141: e20174047.
92. Sherlock RL, Anderson PJ, Doyle LW and the Victorian Infant Collaborative Study Group. Neurodevelopmental sequelae of intraventricular haemorrhage at 8 years of age in a regional cohort of ELBW/very preterm infants. *Early Human Development* 2005; 81: 909-916.
93. Patra K, Wilson-Costello D, Taylor HG, et al. Grades I-II intraventricular hemorrhage in extremely low birth weight infants: effects on neurodevelopment. *J Pediatr*. 2006; 149: 169-173.
94. Brown NC, Doyle LW, Bear MJ. Alterations in neurobehavior at term reflect differing perinatal exposures in very preterm infants. *Pediatrics* 2006; 118: 2461-2471.
95. Fletcher JM, Landry SH, Bohan TP, et al. Effects of intraventricular hemorrhage and hydrocephalus on the long-term neurobehavioral development of preterm very-low-birthweight infants. *Dev Med Child Neurol* 1997; 39: 596-606.
96. Özyurt G, Özyurt A, Ozturk T, et al. Evaluation of maternal attachment, self-efficacy, levels of depression, and anxiety in mothers who have babies diagnosed with retinopathy of prematurity. *Ophthalmic Epidemiol* 2018; 25: 140-146.
97. Duman NS, Sarı Gökten E, Duman R. Evaluation of Depression and Anxiety Levels in Mothers of Babies' Following Due to Premature Retinopathy. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018; 32: 439-443.
98. Yaari M, Treyvaud K, Lee KJ, et al. Preterm Birth and Maternal Mental Health: Longitudinal Trajectories and Predictors. *J Pediatr Psychol* 2019; 44: 736-747.
99. Trumello C, Candelori C, Cofini M. Mothers' Depression, Anxiety, and Mental Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit. *Front Public Health* 2018; 6: 359.
100. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 19: CD004454.
101. Armangil D, Yiğit Ş, Tekinalp G, et al. The effect of antenatal corticosteroids on neonatal mortality and morbidity. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2007; 50: 79-90.
102. Chawla S, Natarajan G, Shankaran S, et al. National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Association of Neurodevelopmental Outcomes and Neonatal Morbidities of Extremely Premature Infants With Differential Exposure to Antenatal Steroids. *JAMA Pediatr* 2016; 1: 170: 1164-1172.

103. Özbek A, Miral S, Eminagaoglu N, et al. Development and behaviour of non-handicapped preterm children from a developing country. *Pediatr Int* 2005; 47: 532–540.



EK-1

ÇDDÖ ÖLÇEĞİ



1 ½ - 5 YAŞ ÇOCUKLARI İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ID: _____

ÇOCUĞUN ADI, SOYADI:	EV ADRESİNİZ ve TEL NO:	ANNE BABANIN İŞİ (Ayrıntılı biçimde yazınız, örneğin emekli ilkokul öğretmeni, şoför, oto tamircisi, avukat gibi.) EGİTİMİ (Toplam kaç yıl okula gittiğinizi yazınız) _____ BABANIN İŞİ: _____ EGİTİMİ: _____ YAŞI: _____ TEL. NO: _____ ANNENİN İŞİ: _____ EGİTİMİ: _____ YAŞI: _____ TEL. NO: _____
CİNSİYETİ: ☐ ERKEK ☐ KIZ	YAŞI:	
BUGUNUN TARİHİ GÜN-----AY-----YIL-----	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ GÜN-----AY-----YIL-----	
Kreşe, anaokuluna gidiyor mu? ☐ HAYIR ☐ EVET Evet ise okulun adı: _____	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıttak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Teşekkür ederiz.	FORMU DOLDURAN: ☐ ANNE (adı) : _____ ☐ BABA (adı) : _____ ☐ DİĞER (adı) : _____ Çocukla olan ilişkisi : _____

Aşağıda çocukları tanımlayan maddelerin bir listesi bulunmaktadır. Her bir madde **çocuğun şu andaki ya da son 2 ay** içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuk 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 (Bildiginiz kadarıyla)	1: Bazen ya da Biraz Doğru	2: Çok ya da Sıklıkla Doğru
0 1 2 1. Ağrı ve sıızları vardır (sağlık sorunu olmadığı halde; karın ve baş ağrısı dışında)	0 1 2 25. Başka çocuklarla geçinemez	0 1 2 26. Eğlenmeyi bilmez, büyümüş de küçümüş gibi davranır
0 1 2 2. Yaşından çok daha çocuksu davranır	0 1 2 27. Hatalı davranışından dolayı suçluluk duymaz, orali olmaz, aldırılmaz	0 1 2 28. Evden dışarı çıkmak istemez
0 1 2 3. Yeni şeyleri denemekten korkar	0 1 2 29. Çabuk vazgeçer, pes eder (güçlüklerle karşılaştığında)	0 1 2 30. Kolay kıskanır
0 1 2 4. Başkalarıyla göz göze gelmekten kaçınır	0 1 2 31. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer ya da iç-içer-kum, kil gibi; şekerlemeleri katmayınız- (açıklayınız).....	0 1 2 32. Bazı hayvanlardan, durumlardan (kalabalık yerler gibi) ya da ortamlardan (asansör, karanlık gibi) korkar (açıklayınız)
0 1 2 5. Bir konuya odaklanamaz, dikkatini uzun süre toplayamaz	0 1 2 33. Duygulan kolayca incinir	0 1 2 34. Sık sık bir yerlerini kaza ile incitir
0 1 2 6. Yerinde sakince oturamaz, kıpır kıpırdır, çok hareketlidir	0 1 2 35. Çok kavga çıkarır, kavgaya karışır	0 1 2 36. Her şeye burnunu sokar
0 1 2 7. Eşyaların yerinin değiştirilmesine katlanamaz	0 1 2 37. Anne-babasından ayrılınca çok tedirgin olur	0 1 2 38. Uykuya dalmada güçlük çeker
0 1 2 8. Beklemeye tahammülü yoktur, her şeyin anında yapılmasını ister.	0 1 2 39. Baş ağrıları vardır (sağlık sorunu olmadığı halde)	0 1 2 40. Başkalarına vurur
0 1 2 9. Yenmeyecek şeyleri ağzına alıp çiğner	0 1 2 41. Nefesini tutar	0 1 2 42. İstmeden, insanlara ya da hayvanlara zarar verir
0 1 2 10. Büyüklerin dizinin dibinden ayrılmaz, gereken gayreti göstermeden her şeyi onlardan bekler	0 1 2 43. İyi bir neden yokken mutsuz görünür	0 1 2 44. Öfkelidir
0 1 2 11. Sürekli yardım ister	0 1 2 45. Bulantı, kusma duygusu olur (sağlık sorunu olmadığı halde)	0 1 2 46. Ani irkilmeleri, seğirmeleri ve tikleri vardır (açıklayınız).....
0 1 2 12. Kabızdır, kakasını kolay yapamaz		
0 1 2 13. Çok ağlar		
0 1 2 14. Hayvanlara eziyet eder		
0 1 2 15. Karşı gelir		
0 1 2 16. İstekleri anında karşılanmalıdır		
0 1 2 17. Eşyalarına zarar verir		
0 1 2 18. Ailesine ya da başka çocuklara ait eşyalara zarar verir		
0 1 2 19. İshalidir, kakası yumuşaktır		
0 1 2 20. Söz dinlemez, kurallara uymaz		
0 1 2 21. Günlük yaşantısındaki en ufak bir değişiklikten rahatsız olur		
0 1 2 22. Tek başına uyumak istemez		
0 1 2 23. Kendisiyle konuşulduğunda yanıt vermez		
0 1 2 24. İştahsızdır (açıklayınız).....		

Lütfen tüm maddeleri yanıtlayınız.

0: Doğru Değil (Bildirdiğiniz kadarıyla)	1: Bazen ya da Biraz Doğru	2: Çok ya da Sıklıkla Doğru
0 1 2 47. Sinirli ve gergindir	0 1 2 76. Konuşma problemi vardır (açıklayınız).....	
0 1 2 48. Geceleri kabus görür	0 1 2 77. Boş gözlerle bakar, akli başka yeredir	
0 1 2 49. Aşırı yemek yer	0 1 2 78. Mide-karın ağrısı ve krampları vardır (sağlık sorunu olmadığı halde)	
0 1 2 50. Aşırı yorgundur	0 1 2 79. Üzüntü ile coşku arasında hızlı geçişler yaşar	
0 1 2 51. Bir neden yokken panik yaşar	0 1 2 80. Tuhaf, alışılmadık davranışları vardır (açıklayınız).....	
0 1 2 52. Kakasını yaparken ağrısı, acısı olur (sağlık sorunu olmadığı halde)	0 1 2 81. İnatçı, somurtkan ve huysuzdur	
0 1 2 53. İnsanlara vurur, fiziksel saldırıda bulunur	0 1 2 82. Ruhsal durumu ya da duyguları çabuk değişir	
0 1 2 54. Bumunu kaşıtır, derisini ya da vücudunu yolar, saç ve kirpini koparır (açıklayınız).....	0 1 2 83. Çok sık küser	
0 1 2 55. Cinsel organlarıyla çok fazla oynar	0 1 2 84. Uykuda konuşur, ağlar, bağırır	
0 1 2 56. Hareketleri uyumlu değildir, sakardır	0 1 2 85. Otke nöbetleri yaşar, çabuk öfkelenir	
0 1 2 57. Sağlık sorunu olmadığı halde göz ile ilgili şikayetleri vardır (açıklayınız).....	0 1 2 86. Çok temiz, titiz ve düzenlidir	
0 1 2 58. Verilen ceza davranışını değiştirmez	0 1 2 87. Çok korkak ve kaygılıdır	
0 1 2 59. Bir uğraş ya da faaliyetten diğerine çabuk geçer	0 1 2 88. İşbirliği yapmaz	
0 1 2 60. Döküntü, pullanma ya da başka cilt hastalığı vardır (sağlık sorunu olmadığı halde)	0 1 2 89. Hareketleri yavaştır, enerjik değildir	
0 1 2 61. Yemek yemeyi reddeder	0 1 2 90. Mutsuz, üzgün ve çökkündür (depresyondadır)	
0 1 2 62. Hareketli, canlı oyunlar oynamayı reddeder	0 1 2 91. Çok gürültücüdür	
0 1 2 63. Başını ya da bedenini sürekli olarak sallar	0 1 2 92. Yeni tanıdığı insanlardan ve durumlardan çok tedirgin olur (açıklayınız).....	
0 1 2 64. Gece yatağına gitmemek için direnir	0 1 2 93. Kusmaları vardır (sağlık sorunu olmadığı halde)	
0 1 2 65. Tuvalet eğitimine karşı direnir (açıklayınız).....	0 1 2 94. Geceleri sık sık uyanır	
0 1 2 66. Çok bağırır	0 1 2 95. Alıp başını gider	
0 1 2 67. Yakınlık ve ilgiye tepkisiz görünür	0 1 2 96. Çok ilgi ve dikkat ister	
0 1 2 68. Topluluk içinde rahat değildir, sıkılgandır	0 1 2 97. Mızırdanır, sızlanır	
0 1 2 69. Bencilidir, paylaşmaz	0 1 2 98. İçine kapanıktır, başkalarıyla kaynaşmaz	
0 1 2 70. İnsanlara çok az yakınlık, ilgi gösterir	0 1 2 99. Her şeyi dert eder	
0 1 2 71. Çevresindeki eşyalara/nesnelere ilgisi azdır	0 1 2 100. Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtmeyen başka sorunları varsa lütfen yazınız	
0 1 2 72. İçinmekten, canının yanmasından çok az korkar		
0 1 2 73. Çok utangaç ve çekingendir		
0 1 2 74. Gece ve/veya gündüz diğer çocuklardan daha az uyur (açıklayınız).....		
0 1 2 75. Kakasıyla oynar ve onu etrafa bulaştırır		

Çocuğunuzun herhangi bir bedensel hastalığı ya da zihinsel engeli var mıdır?

☐ Hayır

☐ Evet- Lütfen açıklayınız:

Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandıran özellikleri nelerdir?

Çocuğunuzun en çok beğendiğiniz özellikleri nelerdir?

EK-2
STAI-I FORM

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakınım	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI-II FORM

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-3
ÇALIŞMA FORMU

Dosya no:

Adı-soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum tarihi:

Doğum haftası:

Düzeltilmiş yaşı:

Doğum ağırlığı:

Tanıları:

Prenatal hikaye:

IVF/IUI gebelik: Doğum şekli: NSVY: C/S(elektif ya da acil):
Hipertansiyon: Gestasyonel DM(tip1 ve tip2): Preeklampsi/Eklampsi:
Antenatal steroid kullanımı(1 veya 2 kür): Erken membran rüptürü:
Koryoamniyonit: IUGR: Çoğul gebelik : İlaç kullanımı:
Diğer:

Postnatal hikaye:

APGAR (1./5. Dk): SGA-AGA-LGA:
RDS: Mekanik vent. Sürfaktan (varsa doz sayısı):
BPD(Hafif orta ağır):
Kaç gün oksijen aldı: Apne: Kafein(1.gün ve 1. günden sonra)
Steroid ihtiyacı ve kullandığı gün sayısı: Taburculukta oksijen ihtiyacı:
NEK:
İntraventriküler kanama (Varsa grade ve saptanma zamanı ve tx):
Sepsis (Erken- geç ayrımı), kan kx üremesi? (kesin/suspected):
Hipoglisemi (40 mg/dl nin altında müdahale gerektiren):
PDA(Tedavi aldı mı aldıysa kaç gün ve ne ile?):
Kaçınıcı gün tam enteral beslemeye geçildi?:
Doğum kilosunu ne zaman yakaladı?:
İHB/Fototerapi/Exchange:
Transfüzyon(1 veya 1 den fazla):
ROP (evresi):
ROP tx:

Toplam yatış süresi:

Taburculuk kilosu:

Taburculukta ek cihaz gereksinimi:

AİLESEL FAKTÖRLER:

Annenin yaşı (doğumdaki):

Annenin eğitim düzeyi, okuma yılı:

Doğum sonrası anneye yardım veren kişi (varsa kim):

Annenin paritesi:

Annede kronik hastalık:

Annenin gebelik sonrası psikiyatriye başvuru öyküsü:

Annenin şu anki medeni hali:

Babanın eğitim düzeyi, okuma yılı:

Ailenin gelir durumu:

Evdeki kişi sayısı:

Kardeş sayısı:

Kırsal/Şehir yaşamı:

Evde bakım gerektiren kişi var mı: