

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**PREMATÜRE DOĞUM YAPAN ANNELERİN DOĞUM SONRASI
YAŞAM KALİTESİ VE ANKSİYETE DÜZEYİ İLE TERM
DÖNEMDEKİ BEBEKLERİNİN MOTOR PERFORMANS
DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

Hande FİDAN

ANKARA-2020

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**PREMATÜRE DOĞUM YAPAN ANNELERİN DOĞUM SONRASI
YAŞAM KALİTESİ VE ANKSİYETE DÜZEYİ İLE TERM
DÖNEMDEKİ BEBEKLERİNİN MOTOR PERFORMANS
DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hande FİDAN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nilay Çömük Balcı

ANKARA-2020

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek lisans Programı çerçevesinde Hande Fidan tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/01/2020

Tez Adı: Prematüre Doğum Yapan Annelerin Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Düzeyi İle Term Dönemdeki Bebeklerinin Motor Performans Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı-Soyadı, Kurumu)

Prof. Dr. H. Baran
YOSMAOĞLU

Başkent Üniversitesi

İmza

Doç. Dr. Nilay ÇÖMÜK
BALCI

Başkent Üniversitesi

Doç. Dr. Z. Özlem YÜRÜK

Başkent Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Özgün KAYA
KARA

Akdeniz Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Duygu
TÜRKER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

ONAY

Prof. Dr. Belgin ATAÇ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Tarih: 22/01/2020

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 17/ 12 / 2019

Öğrencinin Adı, Soyadı: Hande Fidan

Öğrencinin Numarası: 21710453

Anabilim Dalı: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Programı: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Doç. Dr. Nilay ÇÖMÜK BALCI

Tez Başlığı: Prematüre Doğum Yapan Annelerin Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Düzeyi İle Term Dönemdeki Bebeklerinin Motor Performans Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 119.. sayfalık kısmına ilişkin, 17 / 12 / 2019 tarihinde tez danışmanım tarafından 'Turnitin' adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %19'dur. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası: Hande Fidan.....

ONAY

Tarih: 17/ 12 / 2019

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Doç. Dr. Nilay Çömük Balcı
Nilay Çömük Balcı

TEŞEKKÜR

Tez çalışmasının her aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, danışman hocam Sayın Doç.Dr Nilay Çömük Balcı 'ya

Tez hastalarına ulaşılması ve tez çalışmasının gerçekleşmesi için gerekli ortamın sağlanması konusundaki sonsuz desteklerini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Ayşe Nur Ecevit'e, Sayın Doç. Dr. Özden Turan'a ve Doç.Dr. Deniz Anuk İnce'ye

Tezimin her aşamasında yanımda olan ve beni destekleyen sevgili annem Nursel Fidan ve sevgili babam Halil Fidan'a

Katılımlarından dolayı tüm hastalarım ve ailelerine,

İçtenlikle teşekkür ederim....

Hande Fidan

ÖZET

Fidan H, Prematüre Doğum Yapan Annelerin Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Düzeyi ile Term Dönemdeki Bebeklerinin Motor Performans Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020.

Preterm doğumu takiben oluşan yüksek stres seviyesi ve depresyon gibi durumlar ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Preterm bebek annelerinde depresyon görülme sıklığının term dönem doğum yapan annelere göre 1,6 kat daha fazla olduğu yapılan çalışmalar sonucu ortaya konmuştur. Ancak annelerin yaşam kalitesi ile ilgili çalışma sayısı azdır. Bu çalışmada, prematüre bebeği olan annelerin yaşam kalitesi düzeyinin bebeklerin motor gelişim düzeyine olan etkisini ortaya çıkarmak amaçlandı. Çalışmaya, 29-36 hafta aralığında doğan 26 preterm bebek ve anneleri alındı. Anne ve bebeklerin her ikisi aynı anda, bebeklerin term döneme ulaşmış olduğu 37-40 gestasyon haftasında değerlendirildi. Annelere, doğumdan sonra, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) ve STAI (I-II) uygulandı. Term döneme ulaşan bebeklerin motor değerlendirmesi için Test of Infant Motor Performance (TIMP) kullanıldı. Çalışmaya dahil edilen bebeklerin gestasyon yaş ortalaması 34,4 hafta, ortalama doğum ağırlıkları 2024,88 gramdı. Yapılan korelasyon analizinde annelerin DSYKÖ ve DSKÖ skorları ile bebeklerin TIMP skorları arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Annelerin DSYKÖ puanı ile DKÖ puanı ($r=-0,591$) arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunurken, SKÖ puanı ($r=-0,673$) ile arasında negatif yönlü güçlü ilişki bulundu ($p<0,05$). Bu çalışmanın sonucunda; annelerin yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyinin bebeklerin motor gelişim performansını etkilemediği görülmüştür. Ancak çok sayıda olgunun olduğu ve uzun süreli yapılabilecek takip çalışmasıyla daha doğru sonuçların ortaya çıkacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler; Prematüre bebek, motor performans, doğum sonu depresyon, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Fidan H, Evaluation of Relationship Between Quality of Life and Anxiety Level of Premature Mothers After Childbirth and Motor Performance Level of Infants in Term Period, Başkent University Institute of Health Sciences Physiotherapy Program, Master's Thesis, Ankara, 2020

High stress levels and depression after preterm birth can affect the quality of life of parents. The frequency of depression in the mothers of preterm infants was found to be 1.6 times higher than the mothers who have term babies. However, there are few studies on the quality of life of mothers. In this study, it was aimed to reveal the effect of quality of life of mothers with premature infants on the motor development level of infants. Twenty-six preterm infants and their mothers, who were born between 29-36 weeks, were included in the study. Both mothers and infants at the same time, when the babies reached the term period 37-40, were evaluated during gestation age. After birth, the Postpartum Quality of Life Scale (PQLS) and Continuity and State Anxiety Inventory (CSAI) were administered to mothers. Test of Infant Motor Performance (TIMP) was used for motor evaluation of babies who are reaching term period. In this study, the mean gestational age of the babies included was 34.4 ages and the mean birth weights were 2024.88 grams. There was no relation between the mothers' STAI and MAPP-QOL and the babies' TIMP scores in the correlation analysis ($p > 0.05$). At the same time, there was a strong negative correlation between the MAPP-QOL score and the STAI scale ($r = -0.591$), while a strong negative correlation was found between the Trait Anxiety score ($r = -0.673$) and the Postpartum Quality of Life Scale score ($p < 0.05$). As a result of this study; There was no relation between the quality of life and anxiety level of the mothers and the motor development performance of the babies. However, we think that there will be more accurate results with a large number of cases and a long-term follow-up study.

Key words: Premature baby, motor performance, postpartum depression, quality of life

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Prematüre Bebek	4
2.1.1. Preterm Doğumun Etyolojisi	5
2.1.2. Prematüre Bebeklerin Özellikleri	6
2.2. Prematüre Bebeklerde Görülecek Problemler	7
2.2.1. Respiratuar Distres Sendromu	8
2.2.2. Pnömoni	8
2.2.3. Apne	9
2.2.4. Bronkopulmoner Displazi	10
2.2.5. Pulmoner Kanama	10

2.2.6. Patent Duktus Arteriozus	11
2.2.7. Hipertansiyon	11
2.2.8. Anemi	11
2.2.9. Hiperbilirübinemi	12
2.2.10. Yaygın Damar İçi Pıhtılaşması	12
2.2.11. K Vitamini Eksikliği	13
2.2.12. Germinal Matriks-İntraventriküler Kanama	13
2.2.13. Periventriküler Lökomalazi	15
2.2.14. Prematüre Retinopatisi	15
2.2.15. İşitme Problemleri	16
2.2.16. Hipoksik İskemik Ensefalopati	16
2.2.17. Gastroözefageal Reflü	18
2.2.18. Hipoglisemi	18
2.2.19. Nöromotor Sorunlar	18
2.3. Prematüre Bebeklerde Nöromotor Değerlendirme	19
2.3.1. Prematüre Bebeklerin Nöromotor Değerlendirmesinde Kullanılan Test Bataryaları	19
2.3.1.1. Alberta Infant Motor Scale	20
2.3.1.2. Nörosensori Motor Değerlendirme	20
2.3.1.3. Bayley-III Bebek ve Çocuk Gelişimi Değerlendirme Ölçeği	20
2.3.1.4. The Test of Infant Motor Development	20
2.3.1.5. Prechtl's Assessment of General Movements	21
2.3.1.6. Infant Motor Scale	21
2.3.1.7. Hammersmith Neurological Examination	21

2.3.1.8. The Peabody Developmental Motor Scales-2	21
2.4. Preterm Bebekte Düzeltilmiş Yaş	22
2.5. Depresyon	22
2.5.1. Depresyonun Tanımı	22
2.5.2. Depresyon Sınıflamaları	22
2.5.3. Postpartum Depresyon	24
2.6. Anksiyete	25
2.7. Prematüre Doğum ile Postpartum Depresyon ve Anksiyete Arasındaki İlişki	25
2.8. Depresyon ve Anksiyetenin Değerlendirilmesi	26
2.8.1. Depresyon ve Anksiyeteyi Değerlendiren Ölçekler	28
2.8.1.1. Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği	28
2.8.1.2. Hamilton Depresyon ve Anksiyete Derecelendirme Ölçeği	28
2.8.1.3. Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği	29
2.8.1.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	29
2.8.1.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	29
2.9. Yaşam Kalitesi	30
2.9.1. Prematüre Doğum Yapan Annelerin Yaşam Kalitesi	32
2.9.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	33
2.9.3. Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler	34
2.9.3.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi	34
2.9.3.2. Hastalık Etki Profili	34
2.9.3.3. Nottingham Sağlık Profili	35
2.9.3.4. Duke Sağlık Profili	35

2.9.3.5. Kısa Form-36	35
2.9.3.6. Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği	36
2.9.3.7. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği	36
3.GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Bireyler	38
3.2. Yöntem	39
3.2.1. Değerlendirme Yöntemleri	39
3.2.1.1. Sosyodemografik Anket ve Hikâye	39
3.2.1.2. Motor Performansın Değerlendirilmesi	39
3.2.1.3. Anksiyetenin Değerlendirilmesi	42
3.2.1.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	42
3.3. İstatiksel Analiz	43
4.BULGULAR	44
5.TARTIŞMA	57
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	65
6.1.Çalışmamızın Sonucunda Ortaya Çıkan Öneriler	66
6.2.Limitasyonlar	66
KAYNAKÇALAR	67
EKLER	83
EK 1. Sosyodemografik Anket	83
EK 2. Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği	85
EK. 3. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği	87
EK 4. Etik Kurul Onayı	91

EK 5.Proje Onayı	94
EK 6.Aydınlatılmış Onam Formu	95

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Aileler ait sosyodemografik bilgiler	44
Tablo 4.2. Bebeğin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	45
Tablo 4.3. Annenin Doğuma Ait Bilgileri	46
Tablo 4.4. Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	47
Tablo 4.5. Değerlendirme Ölçekleri Arasındaki İlişki	47
Tablo 4.6. Ölçek Puanlarının Anne Eğitim Durumuna göre Karşılaştırılması	48
Tablo 4.7. Ölçek Puanlarının Baba Eğitim Durumuna göre Karşılaştırılması	48
Tablo 4.8. Ölçek Puanlarının Annenin Yaşına göre Karşılaştırılması	49
Tablo 4.9. Ölçek Puanlarının Babanın Yaşına göre Karşılaştırılması	49
Tablo 4.10. Ölçek Puanlarının Doğum Türüne Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 4.11. Ölçek Puanlarının Doğumdan Sonra Bebeğe Komplikasyon Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 4.12. Ölçek Puanlarının Gebelik Sayısına göre Karşılaştırılması	51
Tablo 4.13. Ölçek Puanlarının Annelerin Gebelikte Yaşadığı Komplikasyon Durumuna Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 4.14. Ölçek Puanlarının Bebeğin Cinsiyetine göre Karşılaştırılması	52
Tablo 4.15. Ölçek Puanlarının Annenin Sigara Kullanımına Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 4.16. Ölçek Puanlarının Bebeğin Doğum Ağırlığına Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 4.17. Ölçek Puanlarının Yerleşim Yeri Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 4.18. Ölçek Puanlarının Doğum Şekline Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 4.19. Ölçek Puanlarının Gebeliğin Planlı Olması Durumuna Göre Karşılaştırılması	54

Tablo 4.20. Ölçek Puanının Bebeğin Gestasyon Haftasına Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 4.21. Ölçek Puanlarının Aile Tipine Göre Karşılaştırılması	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

		Sayfa
Şekil 2.1.	İntraventriküler kanama	15
Şekil 2.2.	Periventriküler lökomalazi	15
Şekil 3.1.	TIMP'in uygulanması	41
Şekil 3.2.	TIMP'in uygulanması	41

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIMS	Alberta Infants Motor Scale
APA	Amerikan Pediatri Akademisi
ark	Arkadaşları
BBGÖ	Bayley Bebek Gelişimi Ölçekleri
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BPD	Bronkopulmoner Displazisi
cm	Santimetre
dk	Dakika
DKÖ	Durumluluk Kaygı Ölçeği
dL	Desilitre
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSYKÖ	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
EDSDÖ	Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği
ELBW	Extremely Low Birth Weight (Aşırı Düşük Doğum Ağırlığı)
EUROQOL	Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği
GM	Germinal Matriks
GMs	General Movements
GÖR	Gastroözefageal Reflü
gr	Gram
HAÖ	Hamilton Anksiyete Ölçeği
HADÖ	Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği
HDÖ	Hamilton Depresyon Ölçeği
HINE	Hammersmith Infant Neurological Examination
HİE	Hipoksik İskemik Ensefalopati

HT	Hipertansiyon
ICD-10	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
IMP	Infant Motor Profile
İVK	İntraventriküler Kanama
KB	Kan Basıncı
L	Litre
LBW	Low Birth Weight (Düşük Doğum Ağırlığı)
mEq	Miliequivalents
mg	Miligram
mL	Mililitre
N	Olgu Sayısı
ng	Nanogram
NHP	Nottingham Sağlık Profili
NICHD	National Institute of Child Health and Human Development
NRP	Neonatal Resüsitasyon Programı
NSMDA	Nörosensori Motor Değerlendirme Anketi
RDS	Respiratuar Distres Sendromu
ROP	Prematüre Retinopatisi
RSV	Respiratuar Sinsitiyal Virüs
p	İstatiksel Yanılma Düzeyi
PDA	Patent Duktus Arteriozus
PDMS-2	The Peabody Developmental Motor Scales-2
PPD	Postpartum Depresyon
PVL	Periventriküler Lökmalazi
SD	Standart Sapma
SF-36	Kısa Form 36
SKÖ	Süreklilik Kaygı Ölçeği
SIP	Hastalık Etki Profili
SP	Serebral Palsi
STAI-1	Durumluluk Kaygı Ölçeği

TIMP	The Test of Infant Motor Development
VAS	Görsel Analog Skalası
VLBW	Very Low Birth Weight (Çok Düşük Doğum Ağırlığı)
WHOQOL-100	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi
X	Aritmetik Ortalama
YDİP	Yaygın Damar İçi Pıhtılaşması
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
+	Artı
-	Eksi
%	Yüzde
/	Bölü
<	Küçüktür

1.GİRİŞ

Prematüre doğum (<37 haftadan önce tamamlanmış gebelikler), yenidoğanlarda sebep olduğu problemler bakımından önemli bir sağlık sorunudur (1). Dünyaya prematüre olarak gelen bebeklerin yaklaşık 1 milyonu hayatını kaybetmektedir. Ancak bu durumun % 75 'inin yoğun bakıma gerek kalmadan önlenebileceği de bildirilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her yıl yaklaşık 15 milyon preterm bebeğin doğduğunu ve her 10 doğumdan birinde prematüre doğumun gerçekleştiğini bildirmektedir. Preterm doğumun sonuçlarına bağlı olarak her yıl 1 milyondan fazla bebeğin hayatını kaybettiği rapor edilmektedir (2). Preterm doğum yenidoğan bebeklerde görülebilen problemlerin en önemli sebeplerinden biridir ve aynı zamanda doğumla ilgili uzun ve kısa zamanda oluşabilecek sorunların önemli bir kısmını oluşturmaktadır (3). Preterm doğum tüm yenidoğan ölümlerinin % 35'ini oluşturmaktadır (2).

Günümüzde teknolojik ilerlemeler ve yenidoğan bakımındaki olumlu gelişmeler sayesinde prematüre ve düşük doğum ağırlığına sahip olan bebeklerin yaşam oranlarında önemli artışlar görülmüştür. Bu bebeklerin gestasyonel yaşına göre yaşama oranına baktığımızda 23. gebelik haftasında doğan bebeklerin yaşama şansının eski yıllara göre arttığı bildirilmiştir. Doğum ağırlığına göre yaşama oranları incelendiğinde ise doğum ağırlığı 750 gramın altında olan bebekler için % 57- 67, doğum ağırlığı 600-699 gram arasında olan bebekler için % 15- 63 ve doğum ağırlığı 500 gramın altında olan bebekler için % 4 – 18 olduğu görülmüştür. Sağ kalım oranlarındaki bu olumlu ilerlemelere rağmen hayatta kalan prematüre bebeklerde, preterm doğuma bağlı olarak birçok problemin olduğu görülmüştür. Bu durum ailelerde stres ve kaygı oluşumuna sebep olmaktadır (4,5).

Hamilelik ve doğum sonrası dönem, anneler için çok önemli bir zaman dilimidir. Bununla birlikte bu süreç annenin hayatında sosyal, ruhsal ve bedensel değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir ve aynı zamanda bu değişimlere uyum sağlamayı gerektirmektedir. Annelerin bir kısmı ortaya çıkan değişimlere uyum sağlayabilirken, bir kısmı ise bu durumla başa çıkmakta zorluk yaşayabilmektedir (6). Doğumdan sonraki süreçte aileler bebeklerinin ihtiyaçlarını gidermek, anne-baba rolüne alışabilmek, bebekleriyle aralarında bağ kurmak gibi yeni durumlara adaptasyon sağlamak zorundadır. Bundan dolayı, bebeğin ilk ayları aileler için zorlu bir zamana dönüşebilmektedir. Doğumdan sonraki zamanlarda annelerde doğum sonu depresyonu sık görülen problemlerden birisidir (7). Doğumdan sonra görülen bu depresyon, annenin bebekle iletişimini olumsuz şekilde etkileyen psikolojik bir durumdur (8).

Depresyonun annelerde görülme sıklığı yaklaşık % 10-15 olarak bildirilmiştir (9). Bu depresyonun düzeyi, bebeğin sağlık durumuna bağlı olarak anneyi olumsuz şekilde etkilemektedir (7).

Doğum sonrası depresyon, genel olarak doğumdan sonraki süreçte azalmaktadır, ancak bazı annelerde bu durum daha uzun etkisini sürdürmektedir. Depresyonda olan anneler bebeklerine karşı ilgisiz kalmakta, sevgi ifadelerini göstermemekte ve olumsuz davranışlar sergileyebilmektedir. Özellikle bebek açısından beyin gelişiminin hızlı olduğu bu dönemde annedeki depresyonun bebeğe yansması bebekte de depresyon ve içe dönüklüğe neden olabilmektedir. Bunun sonucu olarak bu bebeklerde bağlanma sorunları, dış dünyaya olan keşif duygularında ve ilişki kurma yeteneğinde azalma görülebilmektedir (10).

Postpartum depresyon yaygınlığı, preterm doğum yapan annelerde daha çok görülmektedir. Özgür ve ark.'nın yaptığı çalışmada zamanında doğan sağlıklı bebeklerin annelerinde doğum sonrası depresyon sıklığı % 10 ile % 15 arasında görülürken, Vigod ve ark.'nın preterm doğum yapan annelerde yaptığı çalışmada doğum sonrası depresif belirtiler %30 ile %40 gibi yüksek oranlarda görülmüştür (7,11). Ailelerin zamanında doğmasını bekledikleri bebeklerinin erken doğması ve bunun sonucunda bebeğin hastaneye kaldırılması aileler için yaşamlarını çeşitli yönlerden etkileyen stresli ve beklenmedik bir olaydır (12). Ayrıca erken doğan bebeklerin, çeşitli sağlık ve gelişim sorunları açısından vaktinde dünyaya gelen bebeklere göre daha büyük riskleri vardır ve prematüre doğum ailelerde duygusal stres ve ekonomik maliyete yol açmasının yanı sıra kamu sektörü hizmetleri için de ekonomik yükse sebep olmaktadır (13). Tüm bu faktörler göz önüne alındığında preterm doğum yapan annelerin depresyon düzeyi annelerin yaşam kalitesini de etkilemektedir (14). Prematüre bebeklerde sorunlar ortaya çıktıkça, annelerde depresyon düzeyi artmakta ve bu durum annenin yaşam kalitesinde olumsuz bir etkiye sahip olmaktadır. (15).

Prematüre bebeklerin vücut sistemleri term dönemde doğan bebeklerinki kadar gelişmemiştir. Prematüre bebeklerin okul çağına kadar gözlendiği çalışmalarda ilerde birtakım nörolojik problemlerin görülebileceği bildirilmiştir. Bu nörolojik problemler arasında gelişim geriliği, Serebral Palsi (SP), işitsel ve görsel sorunlar yer almaktadır. Fakat bunlarla birlikte çocukluk çağına okul başarısını etkileyen algılama kusurları, öğrenmede güçlük, dikkat eksikliği, konuşma bozukluğu, davranış sorunları gibi daha küçük çaplı sorunlar da görülebilmektedir. Bu yüzden prematüre bebeklerde gelişebilecek problemlerin zamanında görülüp, teşhis edilebilmesi için uzun süreli takip edilmeleri gerekmektedir (16).

Literatürde prematüre bebek annelerinin yaşam kalitesi hakkında yapılan çalışmalar mevcuttur (12,14,15,17). Fakat annelerin yaşam kalitesinin bebeğin motor performansı üzerinde etkisinin incelendiği çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu yüzden araştırmamızın amacı, preterm bebeğe sahip olan annelerin yaşam kalitelerinin bebeğin motor gelişimi ile ilişkisi olup olmadığını değerlendirmektir.

Çalışmanın Hipotezleri

Bu çalışmanın hipotezi;

Hipotez 0: Prematüre doğum yapan annelerin doğum sonrası yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyi bebeklerinin motor performansını etkilememektedir.

Hipotez 1: Prematüre doğum yapan annelerin doğum sonrası yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyi bebeklerinin motor performansını etkilemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prematüre Bebek

Gebelik süresi, bir annenin geçirdiği son menstrual döngünün zamanından itibaren bebeğin doğumuna kadar geçen süre olarak tanımlanmaktadır (18). Normalde gebelik süresi 37-42 haftadır. Bu haftalarda doğan bebeklere term bebek denilmektedir. Son menstrual döngünün yaşandığı zamandan doğuma kadar geçen 37 haftanın altında meydana gelen erken doğuma prematüre doğum, bu haftanın son gününden önce erken doğan bebeğe ise prematüre bebek denilmektedir (19). Gebelik yaşının belirlenmesinde son menstrual döngünün hesaplanmasıyla, erken gebelik ultrasonografisinin yanı sıra, Dubowitz ve Ballard yöntemleri de kullanılmaktadır (20).

Preterm bebekler gestasyon yaşlarına (doğum haftasına) göre üç gruba ayrılmaktadır:

- İleri derecede preterm (gestasyon yaşı 24.0-31.6 haftadan düşük olanlar)
- Orta derecede preterm (gestasyon yaşı 32.0-33,6 hafta arasında olanlar)
- Geç preterm (gestasyon yaşı 34.0-36,6 hafta arasında olanlar) (21)

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ)'ndeki bebeklerin çoğu prematüre yenidoğanlardır. Bununla birlikte prematüre doğum oranı giderek artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde bu oranın % 12,7 ve Kanada'da % 8,2 olduğu bildirilmiştir. Avustralya ve Yeni Zelanda'da bu oranlar sırasıyla % 6,4 ve % 6,2 'dir (21). 1999 yılında Türk Neonatoloji Derneği'nin yaptığı çalışmada ülkemizdeki yenidoğan yaşam kaybı oranı % 0,39 olarak saptanmış ve bu durumun sebepleri içinde prematüreliliğin 2. sırada yer aldığı görülmüştür (23).

Bu üç grup içinde geç preterm grup yenidoğanların yaklaşık 2/3'ünü meydana getirmektedir (21). Bir bebek ne kadar erken doğarsa, ilerde görülebilecek sorunların oranı o kadar fazla olmaktadır. Geç preterm grubundaki bebekler hızlı toparlanıp ailelerine adapte olabilmektedir. Ancak ileri derece preterm bebeklerin tıbbi sorunları daha fazla olduğundan hastanede yatışları daha uzun süre sürmektedir. (24).

Günümüzde gestasyon yaşına göre yapılan sınıflamanın yanında doğum ağırlığına göre yapılan sınıflandırma da yeni yeni görülmektedir. Bunun sebebi, önceki yıllarda anne karnındaki bebeğin gelişim sürecinin yeteri kadar bilinmemesidir. Günümüzde düşük doğum ağırlıklı bebek sınıflandırması da önemli bir değerlendirme ölçütüdür (25). Genel olarak düşük doğum ağırlığı terimi bebeğin ağırlığına göre üç kategoriye ayrılmıştır:

- Düşük doğum ağırlığı (LBW-low birth weight): Doğum ağırlığı 2500 gr'dan düşük olanlar
- Çok düşük doğum ağırlığı (VLBW-very low birth weight): Doğum ağırlığı 1500 gr'dan düşük olanlar
- Aşırı düşük doğum ağırlığı (ELBW-extremely low birth weight): Doğum ağırlığı 1000 gr'dan düşük olanlar (26)

Teknolojik gelişmeler, yenidoğan yoğunbakım imkanlarının gelişmesi ve yeni tedaviler sayesinde düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yaşama oranı artmıştır. Gelişmiş ülkelerde doğan prematüre bebeklerin yaşayabileceği gebelik haftası sınırı 23-24. haftalara kadar inmiştir. Ancak bu olumlu gelişmelere karşın bu bebekler ilerde birtakım problemlerle karşılaşmaktadır (27). Bu bebeklerin %25-50'sinde okul başarısını etkileyen ve özel eğitim desteği gerektiren kognitif, davranışsal ve sosyal problemlerle birlikte %5-15'inde nörolojik sorunlar ortaya çıkmakta ve Serebral Palsi (SP) riski taşımaktadır. Bu bebeklerin erken dönemde teşhis edilip, müdahale edilerek ilerde ortaya çıkabilecek problemlerin önüne geçilebilmektedir. Bu konuda pediatrik fizyoterapistlere önemli bir rol düşmektedir (28).

2.1.1. Preterm doğumun etiyolojisi

Preterm doğumun asıl sebebi kesin olarak bilinmemektedir. Doğumdan sonra yeterli kadar bakım alan, beslenme yönünden sıkıntısı olmayan kadınlarda preterm doğumun görülme riski daha az, sosyoekonomik seviyesi yüksek olmayan annelerde ise preterm doğumun görülme riskinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Preterm doğumla ilgili risk faktörleri aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- ❖ **Demografik riskler**
- ❖ Annenin yaşı ve ırkı
- ❖ Ailenin gelir düzeyi
- ❖ **Davranış ve çevreye ait riskler**
- ❖ Sigara alışkanlığı
- ❖ Diğer kötü alışkanlıklar (Sigara, alkol, madde bağımlılığı)
- ❖ Yetersiz beslenme
- ❖ Psikolojik faktörler
- ❖ **Prenatal bakım eksikliği**
- ❖ **Gebelik öncesi medikal riskler**
- ❖ Fetal anomaliler

- ❖ Çoğul gebelikler
- ❖ Abdominal cerrahi
- ❖ Ağır enfeksiyonlar ve sistemik hastalıklar (1, 18, 24, 25, 29)

2.1.2. Prematüre bebeklerin özellikleri

- Preterm bebekler görünüm açısından daha küçüktürler. Vücuttaki yağ oranı daha düşüktür.
- Başları gövdelerine göre daha büyük görünmektedir.
- Ciltleri parlak pembe, yumuşaktır. Ciltlerine bakıldığında damarları görülebilmektedir.
- İnce lanuga saçlar vücutta vardır. Verniks oluşumu gebeliğin erken dönemlerinde oluşmaya başlamadığından 25. gestasyonel haftasından önce doğanlarda verniks oluşumu gözlemlenmemektedir.
- Ayaklarına bakıldığında derilerindeki çizgiler görülmemektedir.
- Tırnakları yumuşak yapıdadır.
- Baş kemikleri ve göğüs kafesi kemikleri esnektir. Gözleri açık kalabilmektedir.
- Solunum diafragmatik ve zayıftır.
- Ağlaması hafif ve kuvvetsizdir.
- Hipotonik ve emme gücü zayıftır.
- Ekstremitelerde tremor görülebilmektedir.
- Erkek bebeklerde scrotum bölgesinde çizgiler görülmemektedir. Kızlarda labia majör ile klitoris belirgin olmaktadır.
- Sıçrama ve jeneralize hareketleri vardır.
- Kulaktaki kartilaj dokusu çok yumuşaktır ve esnektir.
- Göğüs başı palpe edilememektedir.
- Göğüs duvarı yumuşak, karın gergindir.
- Retinal vasküler sistem gelişmediği için prematüre retinopatisi sık görülmektedir (1,18, 30, 31).

2.2. Prematüre Bebeklerde Görülebilecek Problemler

Gestasyonel haftası düşük olan bebeklerde, yenidoğan zamanına ait problemler daha fazla görülebilmektedir. Bu problemler prematürelerde yaşam kaybına ve ileriki zamanlarda görülebilecek tıbbi sorunların görülebilmemesine sebebiyet vermektedir.

-Solunum Problemleri

- Respiratuar distres sendromu
- Pnömoni
- Apne
- Bronkopulmoner displazi
- Pulmoner kanama

-Kardiyovasküler

- Patent Duktus arterizous
- Hipertansiyon
- Konjenital malformasyonlar

-Hematolojik

- Anemi
- Hiperbilirübinemi
- Yaygın damar içi pıhtılaşması
- K vitamini eksikliği

- Sinir Sistemi

- Germinal matriks-İntraventriküler kanama
- Periventriküler lökomalazi
- Prematüre retinopatisi
- İşitme problemleri
- Hipoksik iskemik ensefalopati

-Gastorointestinal

- Gastroözofageal Reflü

-Renal Problemler

- Hipoglisemi (1,18,29,32,33)

2.2.1. Respiratuar distres sendromu

Respiratuar Distres Sendromu (RDS), preterm yenidoğanlarda akciğerdeki alveolar yapıdaki surfaktan eksikliğinden dolayı meydana gelen bir hastalıktır. Bir fosfolipid karışımı olan surfaktanın görevi, alveollerdeki yüzey gerilimini azaltarak alveollerin açık kalmasını sağlamaktır. Surfaktan yeteri kadar bulunmadığı durumunda akciğerde genişleyememe meydana gelmekte ve buna bağlı olarak da ventilasyon-perfüzyon dengesindeki oranlarda sorunlar meydana gelmektedir. RDS'nin görülme oranı gestasyonel hafta azaldıkça artmaktadır. Türk Neonatoloji Derneği'nin yapmış olduğu çalışmada 28. gestasyonel haftadan önce doğan bebekler için bu oranın % 86,5 olduğu bulunmuştur. RDS'nin bulguları arasında doğum sonrası erken dönemde solunum sayısında artış, internal ve subkostal kaslarda çekilme, inleme ve siyanozun eşlik ettiği solunum sıkıntısı yer almaktadır. Solunum yetmezliği tanısında, kan gazı değerleri kullanılmaktadır. (34).

2.2.2. Pnömoni

Akciğer dokusunun iltihaplanmasına pnömoni denilmektedir. Bazı durumlarda doğumdan sonraki birkaç saat içinde görülebilmektedir. Doğumdan sonraki 2 günde ortaya çıkan pnömoniye erken başlayan pnömoni denilmektedir. Geç başlayan pnömoni ilk saatlerde gözükmeyip 7-14 gün içinde gelişebilmektedir. Enfeksiyona yakalanan yenidoğanlar genellikle yoğun bakım ünitelerinde takibi yapılan ve trakea yoluyla oksijen tedavisi alan bebeklerdir. Enfeksiyon plasentayla olduğu gibi amnion sıvısıyla da bulaşabilmektedir. Ayrıca doğum esnasında annede bulunan mikroorganizmalar da pnömoniye sebep olmaktadır. Plasenta yoluyla oluşan enfeksiyonlar genellikle virüs yoluyla olurken, doğumda gerçekleşen enfeksiyonun sebepleri arasında mantarlar ve bakteriler yer almaktadır. Viral ve bakteriyel mikroorganizmaların neden olduğu enfeksiyonda genelde bronkopnömoni görülmektedir. Respiratuar sinsitiyal virüs (RSV) yenidoğanlardaki enfeksiyon yoluyla oluşan pnömonilerden birisidir. Parainfluenza ve adenovirüslerde, RSV virüsleri gibi pnömoni ve bronşiolite yol açmaktadır. Özellikle preterm ve konjenital kalp hastalığı olan yenidoğanlarda bu durum mevcut sağlık durumunu ağırlaştırmaktadır (35).

2.2.3. Apne

Apne, solunumun 20 saniyeden uzun süreli durması olarak tanımlanmaktadır. Genellikle apneye bradikardi ve siyanoz eşlik etmektedir. Preterm bebeklerde santral, obstrüktif ve mikst tip olarak üç şekilde sınıflandırılmaktadır. Santral apnede çoğunlukla solunum eforu görülmemektedir. Vakaların bir kısmını obstrüktif apne, çoğunluğunu her ikisinin de beraber görüldüğü mikst tip apne oluşturmaktadır. Prematürelerde gestasyon haftası düştükçe, apnenin insidansı artmaktadır. Prematüre apnesi, doğum ağırlığı 1000 gr'ın altındaki bebeklerde yaklaşık % 84 oranında, term döneme ulaşana kadar görülebilen bir sorundur. Prematüre bebekteki apneye ek olarak bradikardi, desatürasyon görülüyorsa ya da solunumun başlaması için dışardan bir destek gerekiyorsa altta yatan patolojik sebeplerin mutlaka göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Prematürelerde apneye yol açan nedenler (24):

1. Hipovolemi, hipoksi yapan nedenler
2. Enfeksiyon
3. Nekrotizan enterokolit
4. İntaventriküler kanama, periventriküler lökomalazi, hidrosefali
5. Hipoksik iskemik ensefalopati
6. Patent fuktus arteriozus
7. Gastroösefageal reflü
8. Hipoglisemi, hipokalsemi
9. Hiponatremi
10. Hipo-hipertermi
11. Anemi
12. Üst havayolunu kısıtlayan hastalıklar
13. Epilepsi

2.2.4. Bronkopulmoner displazi

Bronkopulmoner displazi (BPD), ilk kez 1967 yılında Northway ve ark. tarafından tanımlanmıştır (36). Önceleri bu hastalık çoğunlukla RDS nedeniyle, oksijen tedavisi alan prematüre bebeklerde patolojik değişikliklere sebep olan bir akciğer hastalığı olarak düşünülmüştür. Ancak günümüzde ise daha çok gestasyonel yaşı düşük prematüre bebeklerde akciğer gelişiminin erken doğumdan dolayı olumsuz etkilendiği bir hastalık olarak görülmektedir (37). BPD'nin bulguları arasında hipoksi, hiperkapni, solunumun hızlanması, yardımcı solunum kaslarının kullanımı, kilo almada azalma, apne, kalp yetmezliği yer almaktadır. Bu hastalarda akciğer enfeksiyonları, gastroözefageal reflü görülmektedir. Hastalarda inflamasyon nedeni ile artan hava yolu direnci, bronşiyal hiperreaktivite ve sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ağır pulmoner morbiditeye yol açmaktadır. BPD'yle ilgili belirli bir tanım olmadığından, BPD insidansı ile ilgili kesin rakamlar söylenememektedir. BPD'nin insidansına bakıldığında 501-750 gr ağırlığında doğanlarda % 52, 751-1000 gr doğanlarda % 34, 1001-1250 gr ağırlıkta olanlarda % 15, 1251-1500 gr ağırlıkta olanlarda ise % 7 oranında görülmektedir (38).

2.2.5. Pulmoner kanama

Pulmoner kanama, prematürelerin sağ kalım oranını etkileyen en önemli sorunlardan biridir. Görülme sıklığı % 3-32 arasında değişmektedir. Asfiksi, doğum odasında resusitasyon, eksik antenatal steroid, düşük gestasyonel yaş ve hafta, patent duktus arteriorus, enfeksiyon ve surfaktan tedavisi pulmoner kanamanın tetikleyicileri arasında yer almaktadır. Pulmoner kanama tedavisinde trakea vasıtasıyla ventilasyon tedavisi uygulanmaktadır. Pulmoner kanama sonrası oluşan hemoglobin, lipit ve protein, surfaktan eksikliğini meydana getirerek ikincil RDS oluşumuna sebep olmaktadır. Pulmoner kanama sonrası ikincil RDS'nin geliştiği durumlarda surfaktan uygulanmaktadır. Ancak surfaktan tedavisinin etkili olup olmadığı tam olarak bilinmemektedir. Pulmoner kanama prematürelerin yüksek oranlarda hayatının kaybına sebep olmaktadır (39).

2.2.6. Patent duktus arteriozus

Patent duktus arteriozus (PDA), intrauterin dönemde fetüs için önemli bir yapı olmakla birlikte 6. gebelik haftasından itibaren oluşmaktadır. Asendan aortadan sol subklavian arterin çıktığı yerin distali ile ana pulmoner arter arasında köprü görevi görmektedir. Genellikle doğumdan sonraki 72 saat içinde akciğerler kollabe olduğundan bu yapı kapanmaktadır. Patent Duktus Arteriozus ise bu yapının kapanmamasına denilmektedir. Yapılan bir araştırmada, doğum ağırlığı 1000 gr ve 28. gestasyon haftası altında doğan pretermelerde görülme sıklığının % 80, 1500 gr'dan küçüklerde ise % 30 olduğu bildirilmektedir. Gestasyonel haftası 29 haftadan düşük olan RDS'li prematüre bebeklerde kapanmama riskinin % 65 olduğu bildirilmiştir. PDA kızlarda daha sık görülmektedir, ancak prematürelilik, RDS ve yüksek bölgede doğan bebeklerde kız-erkek farkının olmadığı bildirilmiştir (40). RDS'li bebeklerin büyük bir çoğunluğunda genellikle doğumdan sonraki 4 gün içinde PDA görülmektedir. PDA, soldan sağa şanta yol açarak BPD, nekrotizan enterokolit, intraventriküler kanama riskini artırabilmektedir (41).

2.2.7. Hipertansiyon

Yenidoğanlarda hipertansiyon (HT), önemli bir sorun olarak 1970'lerde karşımıza çıkmıştır. Yenidoğan dönemindeki bebeklerde hipertansiyon fazla görülmemektedir. Ancak yoğun bakım ünitelerinde takibi yapılan tüm yenidoğanlarda HT'nun % 0,7-3 oranında görüldüğü bildirilmektedir. Ayrıca sigara içen ve hipertansif olan annelerin bebeklerinin kan basıncı (KB) değerleri, sağlıklı ve sigara kullanmayan annelerin bebeklerinden daha yüksek bulunmuştur (42).

2.2.8. Anemi

Doğum ağırlığı, 1000 gr'dan düşük ve/ya da gestasyonel haftası 29 haftanın altında olan prematüre bebeklerin yarısı yaşamlarının ilk iki haftası içinde eritrosit süspansiyonu transfüzyonu gereksinimi göstermektedirler. Bu transfüzyonların % 90'ı bebekler YYBÜ'nden taburcu olmadan, bebek başına en az bir kez olmak üzere gerçekleşmektedir. ABD 'nde her hafta 600 aşırı düşük doğum ağırlıklı bebek doğduğu, bunların hastane yatış dönemlerinde, % 80'i ilk 3-4 hafta içinde olmak üzere, yaklaşık 3240 adet eritrosit süspansiyonu transfüzyonu aldığı belirtilmektedir. Zamanında doğmuş sağlıklı bebeklerde hemoglobin genellikle doğum sonrası 8-12. haftalarda alt sınırı olan 9-11 gr/dL'ye kadar düşmektedir. Zamanında doğmuş bebekler hemoglobindeki düşüşü iyi tolere etmektedir. Yenidoğan fizyolojik anemisi olarak adlandırılan bu durum tedavi gerektirmemektedir.

Ortaya çıkan anemi semptomatiktir ve çoğu zaman allojeneik eritrosit süspansiyonu transfüzyonu gerektirmektedir. Bu yüzden ‘preterm anemisi’ tanımı patolojik bir klinik durum olarak tanımlanmaktadır (43).

2.2.9. Hiperbilirübinemi

Geç dönem preterm bebeklerde bilirübin seviyesinin <20 mg/dL’nin altında olmasına Düşük bilirubin kernikterus denilmektedir. Özellikle gestasyonel yaşına göre yapıcı iri olan geç dönem preterm bebeklerin term gibi düşünülmesinden dolayı bu sorunla karşılaşmaktadır (44). Risk faktörünün olduğu durumda riskin yüksek veya düşük olmasına bağlı olarak belirli zamanlarda bilirübin takviyesi önerilmektedir Otuz beşinci gestasyon haftasından önce doğan ve 2500 gr’ın altında olan bebekler için bilirubin seviyesinin takibi yapılmalı, gerekirse taburculuk planı ertelenmelidir (33). Geç dönem preterm bebeklerde en yüksek bilirübin seviyesi 5-7 gün içinde görülmekte, bu durum prematüre bebeklerin miadında doğan bebeklere göre bakıldığında 2,4 kat daha fazla YYBÜ’de yatışına neden olmaktadır (45). Prematüre bebeklerin ileriki yaşamlarında hiperbilirübinemi kaynaklı diskinetik SP tablosu görülebilmektedir (46).

2.2.10. Yaygın damar içi pıhtılaşması

Yaygın damar içi pıhtılaşma (YDİP) hemostatik sistemin sistemik aktivasyonu ile karakterize edilen, aşırı trombin birikimine neden olan ve mikrovasküler trombiye yol açan bir durumdur. Ek olarak, trombositlerin tüketimi ve devam eden pıhtılaşma aktivasyonundan kaynaklanan plazma pıhtılaşma faktörlerinin tükenmesi ve fibrinolitik ve antifibrinolitik sistemler arasındaki dengesizlik de kanamalara neden olabilmektedir. Bu intravasküler pıhtılaşma farklı organlara yayılarak ve bir dizi klinik etkiye neden olmaktadır. Yenidoğanlarda hemostatik sistem çocuklardan ve yetişkinlerden önemli ölçüde farklıdır, ancak dinamik ve dengelidir. Yeni doğanlar yaygın damar içi pıhtılaşmaya büyük bebeklere ve çocuklara göre daha hassastır. Trombositler ve pıhtılaşma faktörleri sırasıyla gebeliğin ilk haftasında ve 10. haftasında saptanabilmektedir. Trombositler gebeliğin 22. haftasında $150-450 \times 10^9/L$ normal aralığına ulaşılmaktadır ve çoğu koagülasyon faktörü, birkaç önemli istisna dışında, 24 hafta doğum sonrası yaşla birlikte yetişkin değerlere ulaşmaktadır. Trombositlerin hiporeaktif olduğu ve agregasyonun trombosit membranında α -adrenerjik reseptörlerin eksikliğinden dolayı, özellikle preterm bebeklerde <30 haftalık gebelikte bozulduğu, ancak bu işlev bozukluğunun yüksek von Willebrand faktörü seviyeleri ile dengelendiği bulunmuştur. Andrew ve arkadaşları, sağlıklı preterm bebeklerde, 30 ila 36 haftalık gebeliklerde

prokoagülan faktörlerin ve antikoagülan faktörlerin ortalama değerlerinin düşük olduğunu, yetişkin değerlerinin % 25-70'ini aradığını bulmuşlardır. Pıhtılaşma faktörlerinin değerindeki önemli farklılıklar göz önüne alındığında, neonatologların hemostaz gelişimini anlamaları ve sonuçları dikkatle yorumlamaları önemlidir (47)

2.2.11. K vitamini eksikliği

K vitamini, karaciğerdeki pıhtılaşmayı sağlayan maddelerin üretilmesi için gerekmektedir. K vitaminine bağlı koagülasyon önleyici maddeler, II (protrombin), VII, IX ve X faktörlerini ve antikoagülan proteinleri C ve S'yi içermektedir. K vitaminine bağımlı gama glutamil karboksilaz, glutamik asit kalıntılarının karboksilasyonu ile prokoagülasyon faktörlerini ve C ve S proteinlerini aktive etmektedir. Bu pıhtılaşma faktörlerinin ve C ve S proteinlerinin karboksilasyonu sırasında, K vitamini 2,3 epoksit formuna indirgenmektedir. K vitamininin epoksit formu daha sonra K vitamini epoksit redüktaz tarafından gama glutamil karboksilaz için kullanılabilir bir kofaktöre geri dönüştürülmektedir. Yenidoğan bebeklerde K vitamini eksikliği vardır ve sonuç olarak K vitamini eksikliği kanaması görülmektedir. Normal yetişkin insan diyetinde K vitamini çeşitli kaynaklardan elde edilmektedir. Öncelikle bağırsak florası tarafından sağlanan K2 Vitamini, karaciğerdeki K vitamini depolarının % 90'ını oluşturmaktadır. K1 vitamini şeklindeki K vitamini, temel olarak diyet kaynakları tarafından sağlanmaktadır. Ancak, yenidoğan bebeklerin durumu farklıdır. Plasentada K vitamininin maternal transferi çok düşüktür ve sağlıklı yenidoğanlarda K vitamini genellikle 0.02 ng / mL tespit sınırının altındadır. Birçok nedenden dolayı anne sütü tüm yenidoğanlarda tercih edilen diyet dayanağıdır; ancak, çok düşük K vitamini seviyelerine sahiptir. Birçok çalışma hem term hem de erken doğmuş bebeklerde K vitaminine bağlı pıhtılaşma faktörü seviyelerini değerlendirmiştir. Doğumdaki bebekler, II, VII, IX ve X faktörlerinin yetişkinlerin serum düzeylerinin yaklaşık % 50'sine sahiptir. Erken doğmuş bebeklerin benzerlerinden daha düşük seviyelere sahip oldukları düşünülmektedir (48)

2.2.12. Germinal matriks -intraventriküler kanama

Germinal matriks-intraventriküler kanama (GM-İVK) preterm bebeklerin nörogelişimsel ilerlemesini olumsuz etkileyen bir sorundur. Pretermelerde damarların çok olduğu germinal matriks bölgesi kanama için büyük bir risk taşımaktadır. Germinal matriksin ince tabakalı bir vasküler doku olması buranın daha kırılgan olmasına sebep olup bu bölgenin hipoksi gibi durumlara karşı daha hassas olmasına ve doğum sırasında gerçekleşen basınç değişikliğinden daha fazla etkilenmesine neden olmaktadır (49). Germinal matriksin gelişimi

36. gestasyon haftasından sonra hızlanmaktadır. Bu yüzden bir bebeğin gestasyon yaşı ne kadar düşükse, kanama riski o kadar artmaktadır. İVK 'nin genetik ve çevresel faktörler üzerindeki rolünü inceleyen çalışmalar yapılmaktadır. İVK antenatal steroid kullanımı, siyah ırkta ve kız bebeklerde daha az, PDA, sepsis, asfiksi ve koryoamniyonit durumunda daha sık görülmektedir. (49).

Neonatal dönemde en sık görülen intrakranial kanama çeşidi periventriküler/intraventriküler kanama (PV/İVK) olup, preterm yenidoğanlarda daha fazla ortaya çıkmakta ve bu durum ilerdeki hayatlarında önemli sıkıntılara yol açmaktadır. SP ve mental retardasyon görülmesinde önemli bir etken olan PV/İVK, çoğunlukla doğumdan sonraki üç gün içinde ortaya çıkmakta ve görülme sıklığı % 15-40 olarak bildirilmektedir. Gestasyonel yaştan düşük olması, düşük doğum ağırlığı, kan ürünleri transfüzyonu, sepsis, asidoz, mekanik ventilatör tedavisi, RDS, hipoksik doğum öyküsü, düşük Apgar skoru ve vajinal doğum gibi farklı etkenlerin PV/İVK 'nın görülmesiyle bağlantılı olduğu bildirilmiştir (50).

GM-İVK sınıflandırmasını ilk yapan Papile ve ark.'dır. Papile ve ark. ultrasonografi bulgularına göre GM-İVK 'ları dört evrede sınıflandırmıştır. Bunlar (51):

Evre I: Subependimal hemoraj veya izole periventriküler hemoraj,

Evre II: Hidrosefali olmaksızın intraventriküler hemoraj,

Evre III: Ventriküle açılmış olan kanama hidrosefaliye de neden olmuş,

Evre IV: Hidrosefali var veya yok, ventriküle açılmış, intraparakranial geniş bir kanama mevcut.

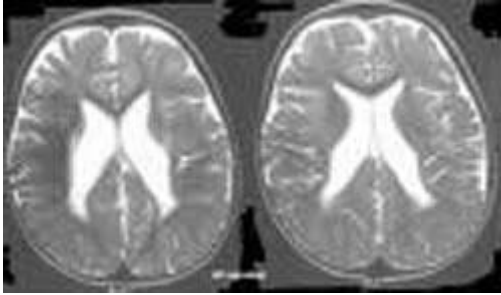
Evre I kanama insidansının % 40, Evre II % 39, Evre III % 27, Evre IV % 11 olarak bildirmiştir. Evre I-II kanaması olan bebeklerde eşlik eden başka problemler yoksa sıklıkla ek komplikasyonlar görülmemekle birlikte, Evre III-IV kanamada uzun dönem nörolojik sekel, epilepsi, algısal problemler, kognitif yetersizlik ve mental retardasyon gibi olumsuz nörogelişimsel sonuçlarla karşılaşmaktadır (48).



Şekil 2.1. İntraventriküler Kanama (28)

2.2.13. Periventriküler lökomalazi

Periventriküler lökomalazi (PVL), serebral beyaz cevherin yapısının bozulmasıyla ortaya çıkan bir durumdur. Pretermelerde ortaya çıkan PVL, bebeğin ileriki yaşamında motor fonksiyon bozukluğuna, nörolojik ve entelektüel bozukluklara sebep olabilmektedir. PVL, çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde ve orta prematür bebeklerde yaklaşık % 4-10 oranında ortaya çıkmaktadır. PVL'nin komplikasyonları SP'den görme alanı defisitleri ve bilişsel sorunlara kadar geniş bir yelpazede yer almaktadır. Genel olarak prematürelde SP şeklinde ortaya çıkmakta ve motor gelişim bozukluğu 6-9. aylarda kendini göstermektedir (52). Resch ve ark.'nın çalışmasında, PVL gelişen yenidoğanların büyük bir çoğunluğunda motor gelişimde ve bilişsel işlevlerde bozukluk olduğunu ve bir kısmının epilepsi geçirdiğini saptamıştır. (53).



Şekil 2.2. Periventriküler Lökomalazi (28).

2.2.14. Prematüre retinopatisi

Prematüre Retinopatisi (ROP), damarlarda meydana gelen hasardan dolayı prematürelde görülen bir çeşit göz hastalığıdır. Yapısal bozukluğa sebep olarak görme kaybına neden olabilen bu hastalığın görülme sıklığı özellikle son yıllarda artış görülmektedir. Hastalığın etyolojisinde çok çeşitli etkenlerin sebep olduğu düşünülmektedir; ancak asıl neden akut fazda oluşan lokal retina iskemisi ve buna bağlı olarak gelişen neovaskülarizasyon iken; kronik fazda meydana gelen membran oluşumu ve ileri zamanlarda görülebilen retina dekolmanıdır (54).

ROP'un hafif formuna EVRE 0, retina dekolmanı seviyesine gelmiş formuna ise EVRE 5 adı verilir.

EVRE 1: Retinanın dış kenarında kan beslenmesi zayıftır. Normal ve anormal damarların bulunduğu bölgede bir ayrışma hattı görülmektedir.

EVRE 2: Ayrışma hattının tümsek halini alması

EVRE 3: Kabarıklık üzerinde yeni damarların oluşmaya başlaması ve vitreye doğru ilerlemesi.

EVRE 4: Retina dekolmanı kısmidir.

EVRE 4a: Retina dekolmanı makula dışındadır.

EVRE 4b: Retina dekolmanı makulayı da kapsar.

EVRE 5: Retina dekolmanı tümünden gelişmiştir (55).

2.2.15. İşitme problemleri

Gebeliğin üçüncü trimester-yani 25 haftalık gebelik yaşı-işitsel sinir sisteminin gelişmesi için son derece önemli bir zaman aralığıdır. Koklea ve beyin sapı arasındaki koklear sinirin miyelinlenmesi sinir boyunca hızlı bir senkronize iletimi sağlamaktadır. Erken doğmuş bebekler gebeliğin son trimesterinde doğdukları için, miyelizasyon gelişimi uterus dışı bir ortamda gerçekleşmektedir. Miyelizasyonun uterus dışında devam etmesi nöral işitsel gelişimi hızlandırdığı ya da geciktirdiği henüz bilinmemektedir. Stipdonk ve ark. 'larının yaptığı çalışmaya göre preterm bebeklerde, term bebeklere göre erken yaşta beyin sapı işitsel yolu boyunca sesin iletim süresinin daha uzun sürdüğünü bulunmuştur. Bu durumun, çoğunlukla beyin sapı ile ilgili işitsel yolun merkezi iletimi ile belirgin olduğu düşünülmüştür (56).

2.2.16. Hipoksik iskemik ensefalopati

Hipoksik iskemik ensefalopati (HİE), doğum öncesi, doğum ya da doğumdan sonra görülen tıbbi durumların etkisiyle oluşan hipoksiye bağlı olarak kan akımının azalmasıyla görülen beyin zedelenmesine denilmektedir (57). Ensefalopati bulgusuna ek olarak, diğer sistemleri etkileyen bulgular da görülebilmektedir. Görülme sıklığı genellikle gebelik yaşına ve doğum ağırlığına göre değişmektedir (58). Tıp alanındaki ilerlemelere karşın, ensefalopati bağlı yaşam kaybı % 20-50 arasında görülmekte ve komplikasyon da % 4-57 arasında görülmektedir. Özellikle HİE, gelişmekte olan ülkelerde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir

(57). HİE, en çok yenidoğanları etkilemektedir. Sebep olduğu problemler arasında mental gerilik, epilepsi ve SP yer almaktadır (58).

İlk kez Sarnat ve ark tarafından 1976'da HİE sınıflandırılmıştır (59). Doğum sonrası dönemde bebekte görülen perinatal asfiksi semptomuyla birlikte ortaya çıkan nörolojik semptomlara göre de HİE sınıflandırılmaktadır (58).

Hafif HİE;

- Primitif refleksleri normal
- Miyoklonusları artmış
- Hiperaktif
- Normal kas tonusu ve postürü

belirtileri olup, bu belirtiler 24 saatten kısa sürmektedir.

Orta HİE;

- Primitif refleksleri zayıf
- Miyoklonusu olabilen
- Fleksiyon postüründe
- Hipotonik
- Letarjik

gibi belirtiler olup, bu belirtiler 5 günden fazla sürmemektedir.

Şiddetli HİE;

- Beyin sapı disfonksiyonları olan
- Epilepsi gözlenebilen
- Kafa içi basınç artışı olabilen
- Primitif refleksleri olmayan
- Gevşek kas tonusu
- Hipoaktif

gibi belirtileri olmakta ve 5 günden fazla sürmektedir. Şiddetli HİE'de yaşam kaybı ve ileride görülebilecek komplikasyon oranı yüksek olmaktadır (58).

2.2.17. Gastroözofageal reflü

Gastroözofageal reflü (GÖR), mide içeriğinin özofagusa veya daha yukarıdaki yapılara kaçması olarak tanımlanmaktadır. Yenidoğanda GÖR ‘nün görülme nedenleri; neonatal stres, perinatal stres, doğum asfiksisi, prematüre doğum, mide boşalmasında gecikme, üst gastrointestinal yolda konjenital anomali, diafram hasarları, solunum hastalığı, abdominal cerrahiler, nörogelişimsel hasarlar ve ilaçlardır. Asidik gastrik sıvının özofagusa kaçışı, özofagusun inflamasyonuna, ağrıya ve hareket kaybına sebep olmaktadır. Prematüre bebeklerde karın kaslarının tonusu, uygun olmayan diafragma hareketleri, özofagusun hareket kaybı, alt özofegal sfinkterin tonusu, fizyolojik olarak immatür olan sindirim fonksiyonları nedeniyle GÖR görülme riski yüksektir (48). Bu durum genellikle zayıf oral beslenme şekline, öğürmeye ve ağrı sebebiyle aşırı ağlamaya sebep olabilmektedir ve bebeklerin motor durumları gözlemlendiğinde baş, gövde ekstansiyon pozisyonu ve ekstremitelerde kas tonusunda artış görülebilmektedir. Reflüyü en aza indirmek için uygun pozisyonlamaların fizyoterapist tarafından uygulanması ve nörogelişimsel değerlendirme sırasında reflünün bebeğin davranışlarını nasıl etkilediğinin not edilmesi gerekmektedir (48).

2.2.18. Hipoglisemi

Hipoglisemi, yenidoğan döneminde sıklıkla karşılaşılan kan glikoz değerinin düşük olmasıdır. Ancak hipoglisemiyi tanımlarken, kan şekerinin süregelen bir şekilde düşük olması, ölçümün doğruluğu yüksek olan bir cihaz ile yapılmış olması, bebeğin metabolik adaptasyon bozukluğu yanında anormal klinik bulgularının açıklanabilir başka bir nedeninin olmaması gerekmektedir. Her canlı 1000 doğumdan 1,3-5’inde ve yenidoğan yoğunbakım ünitesindeki bebeklerin % 17’sinde görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde düşük doğum ağırlığı ve intrauterin gelişme geriliği sıklığının daha yüksek olması ile uygun olmayan beslenme veya yetersiz bakım nedeniyle hipoglisemi sıklığının daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (60).

2.2.19. Nöromotor sorunlar

Prematüre bebekler vücutlarındaki diğer sistemlerde olduğu gibi beyin gelişimini de tamamlanmadan doğmaktadır. Bu yüzden prematüre bebekler ilerideki zamanlarda beyin gelişimini olumsuz etkileyen nörolojik sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Gestasyonel haftaya bağlı olarak sinir sisteminin gelişimi farklılık göstermektedir. Gebeliğin son haftalarında sinir sisteminin gelişimi hızlanmaktadır. Bu yüzden sinir sisteminde oluşabilecek herhangi bir olumsuzluk gelişim evrelerine göre farklı şekilde sonuçlanmaktadır (33). Bu nedenle prematürelerin nörolojik ve motor gelişimi açısından uzun süreli takibi

gerekmektedir. Takip edildikleri dönemde bebeğin ilerde karşılaşabileceği sorunların saptanması ve buna uygun müdahale programına başlanması önem taşımaktadır (28).

2.3. Prematüre Bebeklerde Nöromotor Değerlendirme

Günümüzde teknolojik gelişmelerin yanı sıra yeni tedavi olanaklarının gelişmesiyle de prematüre bebeklerin sağ kalım oranı giderek artmaktadır. Yapılan çalışmalarda 1500 gr'ın altında doğan bebeklerde sağ kalım oranı % 70-80 olduğu görülmüştür (61). Sağ kalım oranındaki olumlu gelişmelere rağmen ileriki zamanlarda zayıf motor beceri, öğrenme problemleri, davranış problemleri ve nörogelişimsel gerilik gibi sekellerin görülebileceği bildirilmektedir (62).

Prematüre bebeklerin bazılarında normal büyüme ve gelişme olurken, bazılarında ise hafif ile orta derece arasında gelişimsel problemler olabilmektedir. Örneğin düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerde nörosensoryel problemler (görme, işitme ve konuşma bozuklukları) görülebilmektedir. Ayrıca bu bebekler, işitme problemleri, davranış ve dikkat eksikliği açısından da risk taşımaktadır. Düşük doğum ağırlıklı bebekler normal doğum ağırlıklı bebeklerle kıyas edildiğinde görme keskinliği, şaşılık, renk görme kusurları ve görme alanı kusurları açısından 2 ila 3 kat daha fazla risk altında kalmaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi (APA) 'nin 2006 yılında prematüre bebekler için yayınladığı kılavuza göre, düşük doğum ağırlıklı (1500 gramın altı) bütün bebeklerin en az 6 ayda bir olmak üzere gelişimlerine uygun motor değerlendirmelerin yapılmasını önerilmektedir (63).

Nörolojik takiple bebeğin mevcut performansı ve gelişim aşamaları saptanarak ileride ortaya çıkabilecek problemlerin belirlenip, uygun müdahaleyle önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Özellikle de erken zamanda başlanacak müdahalenin bebeğin gelişimi açısından çok önemli olduğu bilinmektedir (64).

2.3.1. Prematüre bebeklerin nöromotor değerlendirmesinde kullanılan test bataryaları

Preterm ve yüksek riskli term dönem bebeklerin hayatta kalma şansı arttıkça, bu bebeklerden müdahaleye ihtiyacı olanları belirlemek için kapsamlı takip programları geliştirilmiştir. Yapılan son çalışmalar, beynin yüksek plastisitesi olduğu bebeklik döneminde uygulanan müdahalenin çok etkili olabileceğini göstermektedir. Bu yüzden kullanılan takip programları sadece teşhis amacıyla değil, yapılan müdahalenin etkinliğini de değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (65). Bebeklerdeki nöromotor değerlendirme, motor disfonksiyonu olan bebekler ile tipik olarak gelişen bebekler arasında ayırım yapmak, bebeklerin gelecekteki

motor problemlerinin mevcut performansını ne ölçüde etkileyeceği ve zaman içindeki değişiklikleri değerlendirmek de dahil olmak üzere çeşitli amaçlar için kullanılmaktadır (66).

2.3.1.1. Alberta infant motor scale

Alberta Infant Motor Scale (AIMS), yenidoğan bebeklerin nörogelişimsel performanslarını değerlendirmek amacıyla 1992 yılında Piper ve Darrah tarafından geliştirilen bir ölçüttür. Düzeltilmiş yaşları 0-1,5 arasında olan bebeklere uygulanmaktadır. Ölçek bebeğin antigravite hareketleri, ağırlık aktarma, ayakta durma ve oturma pozisyonunda postür, sırtüstü ve yüzüstü pozisyonunda değerlendirildiği toplam 58 parametreden oluşmaktadır. Testi yapan kişi bebeğin motor performansını gözlemler ve gözlemlenen her bir madde için bir puan, gözlemlenmeyen her madde için sıfır puan verir. Testin uygulama süresi 20-30 dakikadır (67).

2.3.1.2. Nörosensori motor değerlendirme

Nörosensori Motor Değerlendirme Anketi (NSMDA), 1 ay ile 6 yaş arasındaki bebek ve çocuklara uygulanan motor performans değerlendirme ölçütüdür. Genellikle, motor gelişimde gelişebilecek anormallikleri saptamak, SP için erken teşhis koymak ve normal olmayan hareket komponentlerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Bebek ve çocukların hareket paternleri anormal, şüpheli ve normal olarak sınıflandırılmaktadır. Bu değerlendirmede görsel ve vestibüler duyuşal sistemi, taktil, proprioseptif, postüral reaksiyonlar ve denge, hareket paternleri, derin tendon refleksleri, tonus ve yaşa uygun motor gelişim yer almaktadır (68).

2.3.1.3. Bayley-III bebek ve çocuk gelişimi değerlendirme ölçeği

Bayley Bebek Gelişimi Ölçeği (BBGÖ) bebeğin nörolojik durumunu değerlendirmek için en yaygın kullanılan ölçüm aracıdır. BBGÖ 'nün temel amacı gelişimsel gecikmeyi tespit etmektir. Önceki yıllarda gelişimsel bozukluğu değerlendirmek için standart olarak kullanılan bir test yokken, Bayley'in ilk sürümü yaygın bir şekilde kullanılmıştır. Bu ölçek 1993 yılında yenilenerek Bayley – II olarak yayınlanmıştır (69). Bayley III, düzeltilmiş yaşı 0-42 ay arasında olan bebek ve çocuklarda hareket, bilişsel ve dil alanlarındaki gelişimlerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (70).

2.3.1.4. The test of infant motor development

The Test of Infant Motor Development (TIMP), orta derecede preterm olan yenidoğanlar da dahil olmak üzere doğum sonrası 4.aya kadar kullanılan fonksiyonel motor ölçeğidir. TIMP, postürel ve selektif hareket kontrolünü değerlendirmek için tasarlanmış iki

tip maddeye sahiptir. Test, baş pozisyonunu stabilize edebilme, bireysel parmak, el bileği ve ayak bileğini gözlemleyen 28 parametreden ve baş kontrolü, başı çeşitli mekansal yönelimlere yerleştirme ve ses ile ışığa tepki vermeyi puanlayan 31 parametreden oluşmaktadır. Bu testin uygulanması 25-35 dk kadar sürmektedir (71).

2.3.1.5. Prechtl's assessment of general movements

Genel hareketler (GMs) yöntemi, bebeklerin yenidoğan refleksleri, kas tonusu ve reaksiyonları yerine spontan motor hareketini değerlendirmektedir. Bu hareketler doğum sonrasındaki 5 ay içinde görülmektedir. GMs değerlendirilmesi yapılırken bebeğin spontan hareketleri video ile kaydedilmektedir. GMs değerlendirmesi, kolay uygulanmasıyla birlikte hızlı, ucuz, pratik, hatta müdahale edilmeye gerek kalmadığı için bebeklerde sinir fonksiyonlarının değerlendirilmesinde ideal bir ölçüm şeklidir (72). Prechtl'nin genel hareketlerin nitel değerlendirmesi (GMs) yöntemi, olgunlaşmamış sinir sisteminin fonksiyonel değerlendirmesi için geçerli ve güvenilir bir teknik olduğu kanıtlanmıştır. Bazı çalışmalar GMs'lerin analizinin prematüre bebeklerin nörolojik sonuçlarını öngörmeye önemli bir rol oynadığını göstermiştir. Fetallerin üzerine yapılan çalışmalarda, intrauterin 9. haftada GMs'nin başladığını ortaya koymuştur (73).

2.3.1.6. Infant motor profile

Infant Motor Profile (IMP), 3-18 ay arasındaki bebeklerin spontan hareketlerini video kaydına alarak yapılan bir testtir. Bebeğin yüzüstü, sırtüstü, oturma, uzanma, ayakta durma ve kavrama hareketleri değerlendirilmektedir. Toplamda 15 dakika sürmektedir. IMP, hareketleri 5 farklı alanda değerlendiren 80 maddeden oluşmaktadır; seçebilme yeteneği, performans, alışkanlık, simetri ve çeşitlilik değerlendirilir (74).

2.3.1.7. Hammersmith infant neurological examination

Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE), tüm bebeklerde gelişimsel gerilik bozukluğunu belirlemek için yapılan bir testtir. İlerde oluşabilecek motor problemleri öngörerek, erken müdahale yapılabilmesi açısından önem taşıdığı bilinmektedir. HINE, kranial sinir fonksiyonu, duruş, hareketler, tonus ve refleksler dâhil olmak üzere 2 ila 24 aylık bebekleri değerlendirmek için kullanılmaktadır (75).

2.3.1.8. The peabody developmental motor scales-2

The Peabody Developmental Motor Scales-2 (PDMS-2) testi, doğumdan 83 aya kadar olan çocuklarda kullanılmaktadır. Folio ve Fewell tarafından geliştirilen bu ölçek, motor

performanstaki gerilikleri ve ihtiyaçları belirlemek, yapılan müdahalenin etkinliğini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu ölçekte refleksler, denge, lökomotor olan ve olmayan aktiviteler ve el becerileri değerlendirilmektedir. Güvenilirlik ve içerik, yapı ve eşzamanlı geçerliliği hakkında bilgi PDMS-GM test kılavuzunda bildirilmiştir (76).

2.4. Preterm Bebekte Düzeltilmiş Yaş

Preterm bebeklerin büyüme ve gelişmelerinin izlenmesinde düzeltilmiş yaş kullanılmaktadır. Bebeğin kronolojik yaşından, erken doğduğu hafta sayısı çıkartılarak düzeltilmiş yaş bulunmaktadır. Örneğin; 30.gestasyon haftasında doğan bir bebeğe baktığımızda, bu bebek normal gebelik süresine göre 10 hafta erken doğmuştur. Gebelik süresinin normalde 40 hafta olması beklenmektedir. Bebeğin kronolojik yaşı 5 ay olduğuunda, düzeltilmiş yaşa göre 10 hafta erken doğduğu için 2,5 aylıkmış gibi değerlendirilir. Prematreler ile term bebekler arasındaki gelişimsel fark en geç 2 yaşında kapanmaktadır. Bu yüzden düzeltilmiş yaş, kadar prematüre bebeklerin değerlendirilmesinde 2 yaşa kadar kullanılmaktadır (77).

2.5. Depresyon

2.5.1. Depresyonun tanımı

Depresyon, genel olarak bireyin üzüntülü ve bunalımlı bir ruh halinde olmasıyla birlikte durgunluk, çökkünlük, karamsarlıkla ve düşünce, iletişim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlamayla kendini gösteren psikolojik bir sendromdur (78). Depresyonu bir sendrom olarak karşımıza çıkartan şey bu belirtilerin uzun sürerek insanları psikolojik olarak yıpratması ve bu durumun toplumsal işleyişini aksatmasıdır. (79).

2.5.2. Depresyonun sınıflandırılması

Depresyonun sınıflandırılmasında, Amerikan Psikiyatri Birliğine göre Ruhsal Hastalıkların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Baskı' da (DSM-IV-TR), depresif bozukluklar, duygudurum bozuklukları ana başlığı altında incelenmiştir. Bu bölümde;

1. Distimik bozukluk
2. Majör depresif bozukluk-tek epizod
3. Majör depresif bozukluk rekrran

yer almaktadır.

Başka şekilde tanımlanamayan depresif bozukluk sınıflandırmasında;

1. Şizofreninin postpsikotik depresif bozukluğu
2. Rekürren kısa depresif bozukluk
3. Minör depresif bozukluk
4. Disforik bozukluk

yer almaktadır (80). Tüm bu bozukluklarda görülen şey, bireyin günlük yaşantısını önemli ölçüde etkileyen somatik ve bilişsel değişikliklerin görüldüğü ve kişinin kendisini mutsuz, değersiz veya huzursuz hissettiği bir ruh halidir (81).

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)' te Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'nda duygudurum bozuklukları;

1. Depresyon bozuklukları
2. İkiuçlu ve ilişkili bozukluklar

olarak 2 grupta ele alınmaktadır. Depresyon bozukluklarının içeriğinde;

- a. İlacın/maddenin yol açtığı depresyon bozukluğu
- b. Menstrual disfori bozukluğu
- c. Süregiden depresyon bozukluğu
- d. Majör depresyon bozukluğu
- e. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
- f. Tanımlanmış bir diğer depresyon bozukluğu
- g. Tanımlanmamış depresyon bozukluğu bölümü

bulunmaktadır (80).

DSM-IV-TR ile DSM-5'in depresif bozukluk sınıflandırmaları arasında fazla bir farklılık görülmemektedir ancak DSM-IV-TR'nin sınıflandırmasında doğum sonrası başladığı düşünülen depresyonun, % 50 oranda gebelik dönemi içinde başladığına işaret edilerek, DSM-IV-TR'de postpartum başlangıçlı olarak tanımlanırken, DSM-5 sınıflandırmasında peripartum başlangıçlı olarak tanımlanmıştır (79).

DSÖ tarafından yapılmış bir sınıflandırma sistemi olan ICD- 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)'a göre, bipolar ve depresif problemler, affektif bozukluklar başlığı altında incelenmiştir. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,

sınıflandırmalarında Depresif bozukluk kavramı kullanılmıştır. ICD-10'da ise Depresif epizod tanımı kullanılmıştır ve bu başlık altında;

1. Hafif depresif epizod
2. Orta depresif epizod
3. Ağır depresif epizod psikotik belirtisiz
4. Ağır depresif epizod psikotik belirtili
5. Diğer depresif epizodlar
6. Tanımlanmamış depresif epizod

şeklinde alt başlıklara ayrılmıştır. Ayrıca tekrarlayan depresif bozukluk başlığı altında da;

1. Tekrarlayan depresif bozukluk (şimdiki nöbet hafif/orta/psikotik belirtisiz ağır/psikotik belirtili ağır)
2. Tekrarlayan depresif bozukluk remisyonda
3. Diğer tekrarlayan depresif bozuklular ve
4. Tanımlanmamış depresif bozuklular alt başlıkları olarak ayrılmıştır (78).

2.5.3. Postpartum depresyon

Doğum, her kadının hayatında önemli bir rol oynayan süreçtir. Bu süreçte psikolojik ve fizyolojik birçok değişim yaşanmaktadır. Anneler bir yandan bu değişimlere ayak uydurmaya çalışırken bir yandan bebeklerinin bakımını yapmak zorundadır. Doğum sonrası dönem, depresyon başta olmak üzere annelik hüznünden başlayıp daha ağır psikolojik semptomların görülebildiği anneleri ciddi bir şekilde etkileyen dönemdir. Doğum bazı kadınlarda hem kendileri hem bebekleri için psikolojik olarak ciddi problemleri meydana getirebilmektedir (15).

Postpartum depresyon (PPD), kadınlarda genelde doğum sonrasındaki 2-8. hafta içinde ortaya çıkmaktadır. Bu durum en az iki hafta devam etmekte ve birkaç ay içinde de sonlanmaktadır. Postpartum dönemde kadınlar hassas olduklarından depresyon görülme riski artmaktadır. PPD' nin ortaya çıkmasında vücuttaki fizyolojik değişimlerin ve psikososyal faktörlerin yanı sıra sosyoekonomik düzeyin düşük olması, yakın çevrenin yeteri kadar ilgi göstermemesi, travma etkisi yaratan olaylar ve annenin gebelik yaşının düşük olmasının risk faktörü olduğu bildirilmiştir. PPD % 5-25 oranında görülmektedir (82).

PPD, anne-çocuk ilişkisini olumsuz etkileyerek, aile içinde de sıkıntılara neden olan önemli bir sorundur. Depresyondaki anneler yaşamlarını normal şekilde sürdüremeyeceği

endişesine kapılmakta, bebeklerinin doğumuyla gelen sorumluluk hissinden kaçınmakta, bebekleriyle ilgilenmek istememekte ve hatta bebeği anne bakımından mahrum bırakmaktadırlar. Bundan dolayı bu annelerin bebeklerinde agresif, çekingen, içe dönük davranışlar görülmüştür. Yine bu annelerin çocuklarının daha fazla davranış problemi gösterdiği ve bilişsel düzeylerinde problemlerin olduğu gözlemlenmiştir (83).

Depresyonun toplumumuzda görülme sıklığı yüksek olmasına rağmen yeteri kadar teşhis edilememektedir. Halbuki depresyonun erken teşhisi ve tedavisi anne-çocuk sağlığı kadar toplum sağlığını da koruyan önemli bir unsurdur (84). PPD kadınlarda kendilerine zarar vermeye kadar gidebilen durumlara sebep olabilmektedir. Bu yüzden PPD, hekimler kadar diğer sağlık personellerinin de ilgilenmesi gereken önemli bir konudur (85).

2.6. Anksiyete

Anksiyete bozuklukları, aşırı korku ve endişeye bağlı davranışsal bozukluklardır. Korku, gerçek veya algılanan yakın tehditlere verilen duygusal tepkidir, anksiyete ise gelecekteki tehditlere karşı duyulan endişedir. Bu iki durum her ne kadar birbiriyle örtüşse de aralarında bir fark bulunmaktadır. Korku daha çok kavga ya da kaçma durumunda otonomik uyarılma iken, anksiyete gelecekte tehlikeli durumlar için kasların gerilmesi ve uyanık kalma durumudur. Anksiyete bozuklukları, korku, endişe ya da önleyici davranış ve buna bağlı bilişsel düşünceye neden olan nesne türleri ya da durumlarında birbirlerinden farklıdır (86).

Anksiyete vücutta kendini aşırı terleme, ellerde ve ayaklarda titreme, hızlı hızlı nefes alma, nefes darlığı ve çarpıntıyla gösterirken, psikolojik olarak aniden çok kötü şeyler olacakmış hissi ve korkusu, heyecan ve sıkıntı ile göstermektedir. Anksiyetenin gelecekte tehlikeyle karşılaşma durumu olarak tanımlanması, korkunun tanımlanmasıyla farklılık göstermektedir. Anksiyetesi olan bir hastada ne gibi durumlarda ortaya çıktığı, başa çıkmak için kullanılan yollar, sorunu artıran ve azaltan durumlarla hastanın hayat tarzı değerlendirilmelidir (87).

2.7. Prematüre Doğum ile Postpartum Depresyon ve Anksiyete Arasındaki İlişki

Hamilelik süreci, annelerin bebekleri için hazırlık yaptığı bir süreçtir. Anneler yaşamlarını, sosyal hayatlarını bebeklerine göre düzenlemektedirler. Ancak bebeğin preterm doğması durumunda bu süreç biraz daha farklı olmaktadır (15).

Bir preterm bebeğin doğumu sağlık ve sosyal sonuçlar açısından çoğunlukla stresli bir olay olarak karşılanmaktadır. Preterm doğum ve bebeğin hastanede kalması ebeveynler için

stresli bir durumdur (88). Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin en büyük stres kaynaklarından birinin preterm bebeklerinin hasta, kırılğan görüntüsü ve bebeklerin hastaneye yatmalarından dolayı yaşadıkları ayrılık olduğu bulunmuştur (89). Prematüre bebeklerin hastanede yatış süresi uzadıkça fiziksel ayrılık artmakta ve bu durum da anne-bebek ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Bebeğin mevcut sağlık durumu, erken doğum yüzünden duyulan suçluluk duygusu depresyon ve anksiyeteyi artırmaktadır (90).

Kadınların birçoğunda doğumdan sonra meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişimlerle başa çıkamadığından ruhsal problemler görülebilmektedir. Doğumdan sonraki haftalarda ortaya çıkan depresyon, tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olarak görülen doğum sonu depresyonudur. Bu depresyon, aile içinde çeşitli problemlere neden olmaktadır. Bu problemler arasında anne-bebek bağının zedelenmesi, ailenin bebeğin bakımını üstlenmesinde isteksizlik yer almaktadır (91).

Doğum sonu depresyonunu hem yakın çevre hem de tıbbi personeller yeni bir hayata uyum sürecinde yaşanabilecek normal bir olay olarak düşünmektedir. Anneler çevrenin tepkisinden çekindikleri için tedavi konusunda isteksiz kalmaktadırlar. Doğum sonrası depresyon yeteri kadar önemsenmediği takdirde doğuma bağlı bir olay olmaktan çıkıp kalıcı olmaya ilerlemekte, annenin yaşam kalitesini düşürmekte ve ciddi sonuçlar doğurmaktadır (92). Annenin bebeğine bakım verebilmesi için öncelikle kendisinin her anlamda sağlıklı olması gerekmektedir. Depresyondaki anne bebeğiyle yeteri kadar ilgilenemediğinden, bebeğinin bakımını yapamamakta ve bebeğinin sağlığını tehlikeye atabilmektedir (91).

2.8. Depresyon ve Anksiyetenin Değerlendirilmesi

Depresyon ve anksiyete, toplumumuzda en sık karşılaşılan ruhsal sorunlardan birisidir. Önceleri bu hastalıklar depresyon ve anksiyete bozuklukları ise nevroz adı altında sınıflandırılmaktaydı. Fakat zamanla depresyon ilgili daha fazla başlık altında sınıflandırma imkânı ortaya çıkınca farklı anksiyete ve depresyon türleri de ortaya çıkmıştır. Böylelikle depresyon ve anksiyete için ayırıcı bir tanı koymak mümkün olmuştur. Bu değişiklikler psikiyatri alanında yapılan birçok çalışmayla şekillenmiştir (93). Anksiyete bozuklukları için ayırt edici belirtiler

Bilişsel boyutta;

- Tehdit ve tehlike algısı
- Uyarılmanın fazla olması

- Belirsizlik algısı

Bedensel boyutta;

- Merkezi sinir sisteminin uyarımında artış

Davranışsal boyutta;

- Yüksek aktivite
- Ajitasyon

Duygudurum boyutunda;

- Yoğun korku ve gerilimdir.

Depresyonun için ayırt edici tanılara baktığımızda bilişsel boyutta;

- Umutsuzluk ve kayıp algısı

Bedensel boyutta;

- Merkezi sinir sisteminin uyarımında düşüş
- İştah kaybı

Davranışsal boyutta;

- Psikomotor fonksiyonlarda yavaşlama
- Zevk alamama
- İstek ve ilgi kaybı
- Kişinin kendisine zarar verme düşüncesi ve girişimleri

Duygudurum boyutunda;

- Yoğun üzüntü ve umutsuzluk
- Düşük pozitif ruh halidir (94).

Mental problemlerin büyük bir kısmını meydana getiren bilişsel işlev bozuklukları çeşitli testlerle tespit edilmektedir. Değerlendirme sonucunda edinilen bilgiler, hastalığın teşhisinde ve etkin tedavinin uygulanması amacıyla kullanılmaktadır. Bilişsel bozukluklar, hastanın günlük hayatını birçok yönden etkilediğinden, değerlendirme sonucu elde edilen bilgiler tedavi planının belirlenmesinde büyük rol oynamaktadır (95).

2.8.1. Depresyon ve anksiyeteyi değerlendiren ölçekler

- Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği (96)
- Hamilton Depresyon ve Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (96)
- Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (96)
- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (96)
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (96)

2.8.1.1. Beck depresyon ve anksiyete ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ); yetişkin bir bireyin yaşadığı depresyon semptomlarını, şiddetini ve düzeyini değerlendirmede kullanılmaktadır (97). Yanıtların puanlanması 0-3 aralığında değişmekte ve ölçek toplamda 21 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki puan aralıklarına bakıldığında;

- a. 1-10 arası normal
- b. 11-16 arası orta derecede duygudurum bozukluğunu
- c. 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta seviyede depresyon
- d. 31- 40 arası ciddi seviyede depresyon
- e. 41-63 arası ağır depresyon seviyesini göstermektedir (98).

Depresyon ölçeğinin Türkçe geçerliliği ve güvenirliği Hisli ve ark tarafından yapılmıştır (99).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ise, kişide olan anksiyete semptomlarının ne kadar sıklıkta olduğunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Likert tipi, her soru için 0-3 arasında puanlandırılan bu ölçek toplamda yirmi bir sorudan oluşmaktadır. Ölçek sonucu çıkan puan arttıkça kişinin yaşadığı anksiyete düzeyi de artmaktadır (100). Ülkemizde anksiyete ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliğini Ulusoy ve ark yapmıştır (101).

2.8.1.2. Hamilton depresyon ve anksiyete derecelendirme ölçeği

Hamilton ve ark. tarafından geliştirilen Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) depresif belirtilerin şiddetini ölçmeyi amaçlamaktadır. Hekim tarafından yapılan bu ölçekte on yedi depresif belirti yeri bulunmakta ve bu belirtiler için 0-4 arasında değişen puanlama yapılmaktadır (102). Ülkemizde bu depresyon ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliliği Aydemir ve ark tarafından yapılmıştır (103).

Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ), anksiyete seviyesini belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. On dört madden oluşan bu ölçekte puanlama 0-4 arasındadır. Total puan aralığı 0-56 arasında çıkmaktadır. Ölçekte 4,7,8,9,10,11,12,13. maddeler somatik puanlar ve 1,2,3,5 ve 6. maddeler psişik puanlar olarak hesaplanmaktadır (102). Bu anksiyete ölçeğinin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Yazıcı ve ark tarafından yapılmıştır (104).

2.8.1.3. Durumluluk-sürekli kaygı ölçeği

İki bölümden oluşan bu ölçeğin Durumluk Kaygı Ölçeği-1 (STAI-1) kısmında, kişinin belirli bir zaman aralığı ve koşullarda kendisini nasıl hissettiği değerlendirilmektedir. Sürekli Kaygı Ölçeği-2 (STAI-2) kısmındaysa, kişinin herhangi bir koşula ve zamana bağlı kalmaksızın kendisini nasıl hissettiği değerlendirilir (91). Her iki kısmın puan aralığı 0-80 arasında çıkmaktadır. Puanların artması yüksek seviyede kaygıya işaret ederken, puanların azalması düşük seviyede kaygıya işaret etmektedir (105). Bu ölçeğin, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Öner ve ark tarafından yapılmıştır (106).

2.8.1.4. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSÖ), annenin yaşadığı bir haftalık sürecinde kendisini nasıl hissettiğini değerlendiren bir ölçektir. Ölçekte dört farklı şık bulunmakta ve toplamda 10 sorudan oluşmaktadır. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, postpartum depresyonun teşhis edilmesinde en çok kullanılan ölçeklerden biridir. Doğumdan sonraki 6-8.haftalarda kullanılmaktadır. Bu zaman zarfı içinde ölçeğin kullanılması, DSM-IV ölçütüne göre PPD'yi tespit etmek için yeterli bir süredir. Genel olarak doğumdan sonraki 6-8. haftalarda kullanılsa da yapılan başka çalışmalarda ölçeğin gebelikte de uygulandığı görülmüştür (107). Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Engindeniz ve ark yapmıştır. (108).

2.8.1.5. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), depresyon ve anksiyete belirtilerinin saptandığı ve kişinin kendisi tarafından uygulanabilen bir ölçüttür. HAD anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinin kesme puanı ≥ 8 'dir (109). Bu ölçeğin ülkemizde geçerliliği, Aydemir ve ark tarafından yapılmıştır (110).

2.9. Yaşam Kalitesi

Yaşam Kalitesi kavramının tanımı çok eski zamanlardan beri gelmektedir. Eski zaman filozoflarından biri olan Aristo araştırmalarında, mutluluğun yapısına ve mutlu bir hayat için gereken şeylere dikkat çekmiştir. Aristo ve diğer filozoflara göre hayatta ulaşılabilecek en iyi düzey, yaşamın temel amacıdır. Bu görüş doğrultusunda istediği yaşam standartlarına sahip olan kişinin yaşam kalitesi yüksek olmaktadır (111).

DSÖ, sağlığı sadece hasta olmamak olarak değil, aynı zamanda kişinin kendisini ruhen ve bedenen de iyi hissetmesi olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre bir kişiye sağlıklı diyebilmek için o kişinin her şekilde iyi olması gerekmektedir (112). Yaşam kalitesi bir kişinin yaşamını kendi açısından değerlendirmesi olarak düşünülmekte ve yaşamından duyduğu memnuniyetle aynı anlama gelmektedir. Yaşam kalitesi, yaşamın tek bir açıdan değil, bir tüm olarak değerlendirilmesidir (113).

Yaşam kalitesi için belirlenen tek bir tanım bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi, hem bir bireyin yaşam tarzı, sosyal ilişkileri, ruhsal hali ve sağlığı gibi faktörlerden etkilenirken hem de bireyin yaşadığı çevresel koşullardan da etkilenmektedir (112).

Yaşam kalitesi bireyin yaşadığı çevreyi, sosyoekonomik düzeyi ve bireyin sosyal ilişkileri gibi pek çok unsuru ele alan bir kavramdır. Yaşamın birçok alanında görülmesi ve gelişmelere açık olması bu kavramın tanımında farklılıklara yol açmaktadır. Aslında yaşam kalitesi genel olarak bireyin iyi oluşunu belirleyen kültürel, ekonomik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerden oluşmaktadır. Yaşam kalitesi, kişinin yapabildiği ve yapmaktan hoşlandığı aktiviteler arasındaki farkın gösterilmesini sağlayan kişisel ve duygusal yanıt olarak da tanımlanmaktadır (114).

Yaşam kalitesinin farklı açılardan ele alınması, birçok kişi tarafından farklı tanımlamalara yol açmıştır (114). Yaşam kalitesini Bertero ve ark. kişilerin yaşantılarından doyum ya da doyumsuzluk hissetmesi olarak tanımlamıştır (115). Dale yaşam kalitesini kişinin bağımsızlığı ve hayattan doyumunu ile ilişkili bir ifade olarak belirtmiştir (116). Cella'nın tanımında ise yaşam kalitesi sosyal, emosyonel, fiziksel ve fonksiyonel etkenlerin birleşiminden meydana gelen bir iyi olma hali olarak tanımlamıştır (117). Burckhart ve ark. yaptığı çalışmada yaşam kalitesini 5 gruba ayırmışlardır (118):

- Boş zamanı değerlendirme
- Kişisel gelişim ve sorumluluklarını yerine getirme

- Sosyal toplum ve vatandaşlıkla ilgili aktivitelere katılma
- Toplum içindeki insanlarla iletişim
- Fiziksel ve bedensel kendini iyi hissetme hali

Lehman'ın Yaşam Kalitesi modelinde, subjektif yaşam kalitesi göstergeleri ile objektif yaşam kalitesi göstergeleri yer almaktadır. Objektif göstergeler, fonksiyonel normları ve yaşam tarzını içerirken, subjektif göstergeler ise kişinin yaşamı hakkındaki duygularını, beklenti durumunu, deneyimlerini ve mevcut şartların farkındalığını içermektedir (112).

Yaşam kalitesi, tedavinin ve mevcut sağlık durumunun etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir ölçümdür fakat aynı zamanda kişiler için bu ölçüm farklı şeyler ifade etmektedir. Bertero ve Christina yaşam kalitesini sosyolojik açıdan değerlendirerek yaşam kalitesini bireyin kendi değerlendirmesini içeren biliş, duygu ve özel algı süreçlerinin tamamının yer aldığı, kişinin yaşamıyla ilgili doyum ifadesi şeklinde tanımlamışlardır. Bundan dolayı her bireyin yaşam şekli farklı olduğundan yaşam kalitesi kavramının bireysellik gösterdiğini ve sosyal desteğin yaşam kalitesinin ayrılmaz bir parçası olduğunu ifade etmişlerdir (115).

Yaşam kalitesi, iki boyuttan oluşan kişinin kendisini iyi hissettiği bir ruh halidir. İlk boyut ruhsal, fiziksel ve sosyal iyilik haliyken, ikinci boyut hastalıkların kontrol düzeyi ile işlev görmedir. Yaşam kalitesinin içeriğinde kişisel inançlar, çevresel faktörler, sosyal ilişkiler, bağımsızlık düzeyi ve bedensel sağlık yer almaktadır. Bireyin ilgilerini, standartlarını, beklentilerini, amaçlarını ve yaşadığı yeri kapsamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, bir bireyin sağlık açısından kendine özgü, sosyal, fiziksel ve psikolojik durumunu kapsamaktadır. Bireyin sağlıkla ilgili durumundan ziyade, genel olarak hissettiği iyilik halini değerlendiren bir kavramdır (114).

Sonuç olarak yaşam kalitesi; sosyal, fiziksel, duygusal, ruhsal ve cinsel bileşenlerden oluşan birçok parametrenin değerlendirildiği bir kavramdır (114). Kişinin yaşadığı koşullar ve bundan beklentileri dikkate alınmaktadır. Bu iki durumun arasındaki fark, yaşam kalitesini ortaya koymaktadır. Yaşam kalitesi kavramı, birçok etkene bağlı olup, en önemli belirleyici faktörü ise sağlıktır. Sağlık araştırmaları alanında Yaşam Kalitesinin değerlendirmesine son yıllarda yoğun bir ilgi duyulmaktadır (119).

2.9.1. Prematüre doğum yapan annelerin yaşam kalitesi

Yaşam kalitesi, genel olarak kişinin kendisinin her açıdan iyi hissettiği ruh hali olarak görülmekte ve değerlendirilmesinde mutluluk, tatmin olma gibi pozitif duygularla mutsuzluk, depresyon gibi negatif duygular baz alınmaktadır (120). DSÖ'ye göre yaşam kalitesi, insanların yaşam amaçları, beklentileri ve hedefleriyle ilgili olarak yaşanan toplum standartlarına göre sağlık durumlarını değerlendirilmesidir. Bu tanım, yaşam kalitesinin her kişide farklılık gösterdiğini ve yaşadıkları toplum değerleri tarafından etkilenebileceğini göstermektedir. Tanımların kişilere bağlı olması, tek bir tanımdan bahsetmeyi zorlaştırmaktadır (15). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bir bütün olarak değerlendirilen yaşam kalitesi kavramının içinde yer almaktadır. Bundan dolayı bu iki kavram yakın bir ilişki içindedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin tanımını genel kaniya göre yaptığımızda Hastalık durumunun ve tedavinin etkilerinin hastanın açısından bakılması olarak söyleyebiliriz (111).

Prematüre bebeklerin hastaneden taburcu edildikten sonra ailelerin gelecekle ilgili yaşadıkları endişeler ebeveynler için normal karşılanan bir kaygı durumudur. Doğum sonrası dönem, aileler için özel bir dönemdir. Bu dönem, vücudundaki değişikliklere, ailesine yeni katılan üyeyle oluşan yeni düzene ve doğum sonrası meydana gelen rahatsızlıklarla uğraşmak zorunda olan anne için oldukça sıkıntılı geçmektedir. Tüm bu durumların yanında bebeğin preterm doğumu, bu dönemi daha da zorlu bir hale getirmektedir. Aileler bebeklerinin beklenmedik doğumuyla birlikte yüksek bir oranda endişe duymakta ve kendi yöntemlerine göre bu durumla baş etmeye çalışmaktadırlar. Özellikle de ailede en çok annenin korku ve endişesi yüksek olmaktadır (92).

Prematüre doğumun getirdiği sorunlar, bebeğin bakımından sorunlu kişileri (özellikle anneleri) oldukça yorabilmektedir. Küçük bir bebeğin bakımını yapmak ve bebeğin istediğini anlamak bir o kadar zor olabilmektedir. Bazı aileler bebeklerinin prematüre olmasıyla başa çıkabilirken, bazı aileler ise doğumdan sonra ortaya çıkabilen sağlık sorunlarıyla yıllar boyunca uğraşmaktadırlar (15).

Ülkemizde birçok annenin yer aldığı, annelerdeki doğum sonu depresyonu ile yaşam kalitesi ilişkisinin incelendiği çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre postpartum depresyon ile yaşam kalitesi arasında bir bağlantı bulunup, doğum sonu depresyon ölçeği puanı yüksek çıkan annelerde yaşam kalitesinin puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Doğum sonrası depresyonun prematüre doğum yapan annelerde daha fazla olduğundan yaşam kalitesi ölçeği puanları, zamanında doğum yapan annelerin ölçek puanlarına göre daha düşük

olduğu düşünülmektedir. Depresyonu olan annenin yaşam kalitesi düşmekte ve buna bağlı olarak da annedeki depresyon semptomları daha da artmaktadır (17).

2.9.2. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi ölçekleri, hastanın yaşantısını ve hastalığının yaşamı üzerine etkilerini kendisinin değerlendirdiği yöntemlerdir (121). Değerlendirmede standart olarak bireyin normal olması değil, birey için en iyisi olması kabul edilmelidir. Sadece hastayla ilgilenen sağlık personelinin görüşü değil, hastanın da görüşü önemlidir. Genel yaşam kalitesi sadece fonksiyonel durumu değerlendirmekle sınırlı kalmaz aynı zamanda hastalığın belirtilerini, aldığı tedavinin yan etkilerini ve kişinin hayatının farklı alanları gibi birtakım alanları da içermektedir. Yaşam kalitesinin değerlendirilebilmesi için kullanılacak ölçeklerin kullanışlı, geçerli, subjektif ve güvenilir olması gerekmektedir (122).

Önceki yıllarda yapılan araştırmalarda yaşam kalitesi kavramı fonksiyonel durumla eşdeğer görülmüş ve değerlendirilmesi için Karnofsky performans durumu skalası ile Zubrod skalası kullanılmıştır. Fakat sonraki zamanlarda yaşam kalitesi ile fonksiyonel durum arasında bir ilişki bulunamamıştır (114). Rodgers, Campbell ve Converse' in araştırmaların sonucunu kendi araştırmasında yer veren Oktik insanların mutluluk ve tatmin düzeylerini ölçen bir gösterge oluşturmayı amaçlamıştır. Bununla birlikte yaşam kalitesinin hangi toplumda yüksek hangisinde düşük olduğunu, yaşam kalitesini değiştiren etkenleri bulmayı amaçlamıştır. Yaşam kalitesini etkileyen 11 farklı alana yer verilmiştir. Bunlar (123);

- Sosyo-ekonomik
- Rekreasyon
- Din/inanç
- Topluluk
- İş
- Ev (konut)
- Dostluk
- Ulusal hükümet
- Aile hayatı
- Evlilik

- Sağlık

DSÖ, 20 yılı aşkın bir süredir yaşam kalitesiyle ilgili birçok çalışma yapmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi-WHOQOL adında kişilerin iyi olma halini değerlendiren ve çeşitli toplumlar arasında kıyaslamalara da imkân sağlayan bir yaşam kalitesi ölçeği geliştirmişlerdir. Dünya genelinde birçok merkezde gerçekleştirilmiş pilot çalışmalar sonucunda 100 maddelik WHOQOL-100 ve bunların içinden seçilmiş 26 soruluk WHOQOL-BREF ortaya çıkmıştır (124).

2.9.3. Yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler

- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL-100) (124)
- Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-NIP) (110)
- Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP) (110)
- Duke Sağlık Profili (Duke Health Profile) (110)
- Tıbbi Sonuç Alışmasının 36-maddelik Araştırma Kısa Formu (MOS, SF-36) (110)
- Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği (EuroQol) (110)
- Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (Maternal Postpartum Quality Of Life Questionnaire) (112).

2.9.3.1. Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi (WHOQOL-100)

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği, DSÖ tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin kısa (WHOQOL-27) ve uzun (WHOQOL-100) versiyonu olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır. Ölçek sosyal, ruhsal, çevresel ve fiziksel iyilik hallerini değerlendiren 26 maddeyi barındırmaktadır. Bu ölçek orta yaşlı kişilere uygulanmaktadır. Ölçekteki her alan kendi içinde yaşam kalitesini değerlendirmekte olup, her bölümün puanı 4-20 arasında çıkmaktadır. Ölçekten çıkan puanın yüksek olması, kişinin iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir (125). Ülkemizde bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve ark tarafından yapılmıştır (126).

2.9.3.2. Hastalık etki profili (Sickness impact profile-SIP)

Bergner tarafından 1976'da geliştirilen bu ölçekte, hastalık durumunun kişinin davranışlarında farklılık olup olmadığını göstermektedir. Toplamda 136 maddesi olan bu ölçek 12 alanda değerlendirilmektedir. Bu alanlar;

- Psikososyal boyut (4 alan)

- Fiziksel boyut (3 alan)
- Kalan 5 tanesi de bağımsız alandır.

Ölçekteki puan aralığı 0-100 arasında değişmekte, 0 en kötü sağlığı temsil ederken 100 en iyi sağlığı temsil etmektedir (127). SIP yaklaşımında hastalığın tam tanımının yapılmış olmaması bir eksiklik olarak ileri sürülmektedir. Hastalığın ne olduğu, sonuçlarının ne olduğu konusunda kişilerin kendi yorumlarını ele almayı tercih etmektedir. SIP 'in günümüzde uygulamaları daha çok algılanan sağlığın bir ölçüsü olduğu yönündedir (128). Ölçeğin Türkçe için yapılmış geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Bundan dolayı ölçeğin araştırmalarda kullanılması pek tercih edilmemektedir (129).

2.9.3.3. Nottingham sağlık profili (Nottingham health profile-NHP)

Hunt ve ark. tarafından 1981'de geliştirilen bu ölçek içerik ve tasarım yönünden SIP'ye benzemektedir. Bu ölçeğin amacı algılanan sosyal, emosyonel, sağlık ve fiziksel sorunlara bir gösterge oluşturmaktır (127). İki bölümden oluşmaktadır: En çok kullanılan bölümü birinci kısım olup 38 maddeden oluşmaktadır. Enerji düzeyi, uyku durumu, sosyal izolasyon, duygusal durum, ağrı ve fiziksel mobilité gibi alanlardan oluşmaktadır. İkinci kısımda hobi ve ilgi alanları, tatil yaşantısı, iş hayatı, sosyal yaşam, ev ile ilgili işler ve ev yaşamı gibi alanlar değerlendirilmektedir (110). Ülkemizde bu ölçeğin geçerliliğini ve güvenilirliği Küçükdeveci tarafından yapılmıştır (130).

2.9.3.4. Duke sağlık profili (Duke health profile)

Duke Sağlık Profili kişinin bir haftalık fonksiyonel sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan toplamda 17 maddeden oluşan bir anket formudur. Toplamda 11 ölçeğin bulunduğu bu ankette puan aralığı 0-100 arasında çıkmaktadır. Altı ölçekte; ruh sağlığı, fiziksel sağlık, algılanan sağlık, benlik saygısı, sosyal sağlık ve genel sağlık durumu gibi işlevler değerlendirilmektedir ve yüksek puan iyi bir sağlık durumunu göstermektedir. Kalan beş ölçekte; depresyon, anksiyete, sakatlık, ağrı gibi durumları değerlendirilmektedir ve bu bölümden alınan yüksek puan ise işlevsel bozukluğu göstermektedir (131). Bu ölçeğin ülkemizdeki geçerliliğini ve güvenilirliği Kuzu ve ark tarafından yapılmıştır (132).

2.9.3.5. Kısa form -36 (SF-36)

Kısa form-36, kişilerin fiziksel ve mental sağlığını değerlendiren yaşam kalitesi ölçeklerinden biridir. Kısa form-36, belirli bir standart olmaksızın her birey için

değerlendirme imkânı veren bir yaşam kalitesi anketidir. Kısa form-36'da mental ve fiziksel sağlığı kapsayan 8 temel bileşenin oluşturduğu 36 madde yer almaktadır. Bunlar arasında fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı ve vücut ağrısı fiziksel belirti olarak, sosyal fonksiyon, vitalite, mental sağlık ve emosyonel rol güçlüğü mental belirtiler olarak yer almaktadır. Her bölümde alınabilecek puanlar 0-100 arasında değişmektedir ve ölçekten alınan puanın artması yaşam kalitesinin de o kadar iyi olduğu anlamına gelmektedir (133). SF-36'nın geçerliliğini ve güvenilirliği Koçyiğit ve ark tarafından yapılmıştır (134).

2.9.3.6. Avrupa yaşam kalitesi ölçeği (EuroQol)

EuroQol tarafından 1987 yılında geliştirilen bu ölçek, kişinin kendi durumunu kendisinin bildirmesiyle yapılmaktadır. Ölçeğin içeriği 5 boyuttan (özbakım, hareket, ağrı/rahatsızlık, olağan aktiviteler, endişe/depresyon) oluşmaktadır. Her bir boyut için üç seçenek bulunmaktadır (biraz problem var, problem yok ve majör problem). Ölçekten elde edilen sonuçlarla 243 ihtimal dahilinde olan sağlık sorunları tanımlanabilmektedir. Ölçekte bulunan 0 değeri hayatı kaybetmeyi, 1 değeri mükemmel sağlığı göstermektedir. Negatif değerler ise bilincin olmaması, yatağa bağımlı kalma gibi durumları göstermektedir. Kişilerin anlık sağlık durumları değerleri 0 ile 100 arasında olan görsel analog skalası (VAS) ile ölçülmektedir. 100 değeri o anki en iyi sağlık durumunu temsil etmektedir. Bu ölçek, cerrahi sonrası, psikolojik rahatsızlıklar ve diğer tıbbi hastalıklar gibi değişik durumlarda kullanılmaktadır (110). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Süt ve ark tarafından yapılmıştır (135).

2.9.3.7. Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği (Maternal postpartum quality of life questionnaire- DSYKÖ)

Hill ve ark tarafından geliştirilen ölçekte, beş alt boyutu içeren 40 madde bulunmaktadır. Ölçekte yer alan maddelerde sorulan alanın kişi için memnuniyeti ve önemi değerlendirilmektedir. Bu maddeler 1 ile 6 arasında puan almaktadır. Ölçeğin alt boyutları içinde;

- a. Sosyoekonomik (9 madde)
- b. Akrabalık-aile-arkadaş (10 madde)
- c. Sağlık (8 madde)
- d. Eş (5 madde)
- e. Psikolojik/bebek (8 madde) yer almaktadır.

Yaşam kalitesi ölçeği puanları hesaplanırken; 1'den 6'ya kadar puanlanmış olan memnuniyet maddelerinden 3,5 puan çıkarılmakta (böylece rakamlar -2.5,-1.5,-0.5, 0.5, 1.5, 2,5 olarak bulunmaktadır) ve sonra aynı maddenin önemlilik puanıyla çarpılmaktadır. İşlem sonucu bulunan puanlar toplanarak ölçekteki toplam soru sayısına (40 madde) bölünmektedir. Daha sonra ölçekte negatif değerlerin çıkmaması için bölümden elde edilen rakama sabit bir değer (15) eklenerek sonuç hesaplanmaktadır. Yapılan işlemler sonucunda Yaşam Kalitesi puanı 0-30 aralığında değişmektedir. Ölçekten elde edilen yüksek skor iyi bir seviyede yaşam kalitesini, düşük skor ise düşük bir seviyede yaşam kalitesini göstermektedir (136). Türkçe formunun geçerliliğini ve güvenilirliği Altundağ ve Ege tarafından yapılmıştır (137).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, prematüre bebeği olan annelerin yaşam kalitesi düzeylerinin bebeklerin motor gelişim düzeyine olan etkisini ortaya çıkarmak amaçlandı. Çalışmanın yapılabilmesi için Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (94603339-604.01.02/11123) gerekli izin ve onay alınmıştır. Değerlendirmeye başlanmadan önce tüm bebeklerin ebeveynleri tarafından Başkent Üniversitesi Etik Kurulu'nca öngörülen aydınlatılmış onam formu imzalandı. Çalışma 19.03.2019-30.05.2019 tarihleri arasında yapıldı.

3.1.Bireyler

Çalışma Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yenidoğan Bilim Dalı'nda takip edilen prematüre bebekler ve anneleri alınarak yapıldı. Yapılan power analizleri sonucunda toplamda 85 prematüre bebek ve annelerinin çalışmaya katılması gerektiği bulundu. Ancak çalışmaya toplam 26 prematüre bebek ve 18 preterm doğum yapan anne dahil oldu.

Olguların çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 29-36 gestasyonel haftasında doğan ve düzeltilmiş yaşlarıyla term döneme ulaşmış bebekler ve anneleri
- Çalışmaya katılmayı kabul eden ve aydınlatılmış onam formunu onaylayan ailelerin bebekleri dahil edildi.

Olguların çalışmaya dahil olmama kriterleri;

- Term dönemde doğmuş olan bebekler (37.hafta ve sonrası dönemde doğan)
- Konjenital anomaliye sahip bebekler
- Nörolojik görüntüleme yöntemlerinden kranial ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri sonucunda ortaya çıkan intraventriküler kanama, periventriküler lökomalazi, hidrosefali gibi bebeğin motor gelişim düzeyini etkileyecek nörolojik bulguları olan bebekler

3.2.Yöntem

3.2.1. Değerlendirme yöntemleri

3.2.1.1. Sosyodemografik anket ve hikâye

Ailelerin sosyoekonomik düzeylerini belirlemek için sosyodemografik anket uygulanıldı. Anne ve babanın eğitim durumları, eğitim yaşları ve iletişim bilgileri kaydedildi. Annenin natal ve prenatal risk faktörleri sorgulandı. Bebeklerin baş çevresi, doğum ağırlığı, doğum sırasında boy uzunluğu ve gestasyonel haftaları kaydedildi. Annenin gebelik türü, canlı doğum ve düşük sayısı, doğum türü, doğum sırasında varsa yapılan anestezi şeklini ve eşleriyle aralarında akrabalık ilişkisinin olup olmadığı gibi bilgileri sorgulandı. Aynı zamanda bebekler için tutulan tıbbi dosyalar kullanılarak kuvözde kalıp kalmadıkları, eğer kaldırsa kaç gün kaldıkları, ventilatöre bağlanıp bağlanmadıkları, bağlandılar ise kaç gün destek aldıkları, oksijen tedavisi aldılar ise bu tedavinin süreleri hakkındaki kayıtlar kaydedildi. Yapılan fiziksel ve motor değerlendirmelerin ardından klinik gözlem ve yorumlar kaydedildi.

3.2.1.2. Motor performansın değerlendirilmesi

Test of Infant Motor Performance (TIMP), Campbell ve arkadaşları tarafından, erken bebeklikte önemli bir yeri olan selektif ve postüral kontrolün değerlendirilmesi için geliştirilmiş bir test bataryasıdır (138). Testte, spontan aktivitelerin gözlemlenip, buna göre puanlanmasıyla yapılan 28 madde ile standart formatta 31 madde yer almaktadır. Bu maddelerden altısı vücudun her iki tarafında yapılan değerlendirmeleri içermektedir. Test maddeleri bebeğin yaşına uygun fonksiyonel aktiviteler esnasındaki biyomekanik dizilimi ve postüral kontrolü değerlendirmektedir. Bu fonksiyonlar pozisyon değişimleri, yerçekimine karşı yapılan hareketler, tutuş pozisyonlarına uyum sağlama, kendini sakinleştirebilme, baş ve gövdeyi kullanabilme, dinleme ve bakım verenle iletişime geçme için oryante edebilme olarak sıralanabilmektedir. Testin maddeleri gestasyonel yaşı 34 hafta olan bebeklerden kronolojik yaşı 17. haftaya kadar olan bebek yaşına uygun olarak değerlendirme yapmak için tasarlanmıştır. Testin maddeleri gestasyonel haftası 34 olan bebeklerden post-term doğan 17 aylık bebeklere kadar değerlendirme yapmak için tasarlanmıştır (139). Test 4 ana alanı değerlendirmektedir:

- Sırtüstü, yüzüstü, yan yatış, dik durma ve pozisyon geçişleri sırasında başı uzayda ve işitsel-görsel stimülasyonlarda stabilize ve oryante etme yeteneği
- Başın manipulasyonları sırasında vücudun biyomekanik dizilimleri

- Parmakların, el bileğinin, elin ve ayak bileğinin distal selektif kontrolü
- Alt ve üst ekstremitelerin yerçekimine karşı kontrolü

Uygulama bebeğin yeteneklerine, davranışsal durumuna, fizyolojik stabilitesine ve kooperasyon düzeyine göre 25-40 dk sürmektedir. Gözlem maddeleri çocuğa dokunmadan bir süre gözlem yapılmasıyla “1” yani motor hareket var veya “0”, motor hareket yok olarak puanlanırken, standart formdaki maddeler standardize edilerek düzenlenmiştir ve çocuğa dokunularak yapılan değerlendirme 5 ya da 6 puanlık likert skalasıyla puanlanmaktadır. TIMP, psikometrik olarak iyi geçerli, 5 aylıktan önceki bebeklerde değerlendirme yapmada ve preterm ve riskli bebeklerde riski tayin etme konusunda iyi dizayn edilmiş bir testtir. TIMP, The Test of Infant Motor Performance Screening Items (TIMPSI) isimli daha kısa ve daha çok tarama testi özelliğinde kullanılan bir versiyona da sahiptir (140).

Motor performansın değerlendirilmesi için TIMP skalası kullanıldı. TIMP’i değerlendirmeleri yapan aynı fizyoterapist uygulandı (Şekil 3.2.1.2.1 ve Şekil 3.2.1.2.2). Değerlendirme sırasında bebeğin aç kalması, uykusunun gelmesi ve hasta olması gibi sorunlar değerlendirmeleri olumsuz etkileyeceğinden bu durumlara dikkat edildi. Bebek beslendikten en az 1 saat sonra, uykusunu almışken, ılık, sessiz, aydınlık bir odada ve bebek mümkün olduğunca az giyimli olarak, ağlamıyorken, aktif, uyanık ve ailesi yanında iken yapıldı. Bebeğin ağladığı ve sakinleştirilemediği durumlarda değerlendirmeler sonlandırıldı. Her bir değerlendirme yaklaşık 30 dk sürmüştür. Değerlendirme için, masa, bebeklere uygun yatak ve değerlendirmeye özgü oyuncaklardan yararlanıldı.



Şekil 3.1. TIMP 'in uygulanması



Şekil 3.2. TIMP'in uygulanışı

3.2.1.3. Anksiyetenin değerlendirilmesi

Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI I-II)

Spielberger ve ark tarafından geliştirilen bu ölçek, 14 yaş üstünde olan kişilerdeki kaygı düzeyini ölçmek için kullanılan bir testtir (90). Bu ölçeğin Türkçe 'ye uyarlanmış hali, geçerliliği ve güvenirlik çalışması Öner ve La Compte tarafından yapılmıştır (106). DKÖ'de kişinin kendisini belirli bir zaman aralığında ve belirli koşullarda nasıl hissettiği değerlendirilmektedir. SKÖ'de kişinin herhangi bir koşula ve zamana bağlı kalmaksızın kendisini nasıl hissettiği değerlendirilmektedir. Kişinin kendisinin uygulayabileceği bir testtir. DKÖ maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla gibi şıklardan herhangi birinin işaretlenmesi istenilmektedir. Sürekli kaygı maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenmektedir. Her iki ölçek için de cevap seçenekleri dört şıktan oluşmaktadır. Seçeneklerin puanlamaları 1'den 4'e kadar değişmektedir. Ölçekler 20'ser ifadeden oluştuğu için her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilmektedir. Ölçeklerde iki tür ifade bulunmaktadır. Bunlara (1) doğrudan ya da düz ve (2) tersine dönmüş ifadeler denilmektedir. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Tersine dönmüş ifadelerde ise, 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygı düzeyini, 4 değerindekiler düşük kaygı düzeyini göstermektedir. DKÖ'de on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'nci maddelerdir. SKÖ'de ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'uncu maddelerdir. Puanlar 20 ile 80 arasındadır. 36 ve altı puan kaygının olmadığını, 37- 42 hafif kaygıyı, 43 ve üstü puan ise yüksek kaygıyı göstermektedir (89).

3.2.1.4. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ)

Hill ve ark. tarafından geliştirilen bu ölçek, doğum sonrası 4-6. haftasında olan annelerin kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettiklerini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek 5 alt boyutu içeren 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları arasında; psikolojik, sağlık, eş, sosyo-ekonomik, akrabalık-aile-arkadaş gibi parametreler yer almaktadır. İki bölümden oluşan ölçeğin ilk bölümünde memnuniyet, ikinci bölümünde ise önemlilik değerlendirilmektedir. Ölçeğin limitasyonları dikkate alındığında, doğum sonrası 4-6. haftalarındaki Türk kadınlarında yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir

ölçüm aracı olarak görülmektedir (141). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Altundağ ve Ege tarafından yapılmıştır (137).

Bu ölçeğin puanlandırılması için ölçeğin memnuniyet ve önemlilik bölümleri 1'den 6'ya kadar numaralandırılmıştır. 1: Hiç Memnun Değil, 6: Çok Memnun olarak tanımlanmaktadır. Aynı tanımlamalar önemlilik bölümü için de kullanılmaktadır. Sorularda sorulan alanla ilgili olarak kişinin ne kadar memnun olduğu ve aynı zamanda kişi için ne kadar önem taşıdığını ifade eden en doğru şıkkın seçilmesi istenilmektedir. Yaşam kalitesi ölçeği puanlarını hesaplamak için; 1'den 6'ya kadar olan memnuniyet maddelerin her birinden 3,5 puan çıkarılmakta (böylece rakamlar-2.5,-1.5,-0.5, 0.5, 1.5, 2.5 olmaktadır), ölçeğin önemlilik boyutundaki aynı maddelerle memnuniyet boyutundan alınan puanlar çarpılmaktadır. İşlem sonrası elde edilen puanlar toplanarak ölçek soru sayısına (40 madde) bölünerek, negatif sonuçlar oluşmaması için bölümden elde edilen rakama sabit bir değer (15) eklenip sonuç bulunmaktadır. DSYKÖ puanı 0-30 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, iyi seviyedeki yaşam kalitesini, düşük puan ise düşük seviyedeki yaşam kalitesini göstermektedir.

3.3. İstatiksel Analiz

İstatiksel analiz için, Windows işletim sisteminde çalışan SPSS for Windows 25.0 (IBM, Amerika Birleşik Devletleri) programı kullanılmış ve % 95 güven aralığı ile çalışılmıştır. Çalışmada uygulanan sosyo-demografik özellikler (yaş, ekonomik durum, geçmiş gebeliklerine yönelik öyküleri) ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI I-II), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR), Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Test of Infant Motor Performance (TIMP) ölçeklerinden elde edilen skor ya da toplam puanlar arasındaki farklılıklar değerlendirilmiştir. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun kontrol edilmesi, çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanmasıyla bulunmaktadır. Ölçek puanlarından elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması, normal dağılım için uygun görülmektedir (142). Çalışmamızda yapılan normallik testi sonucunda normal dağılım koşulu sağlandığı için parametrik testler kullanıldı. Ölçek puanlarının ilişkisi Pearson korelasyon testi ile, ölçek puanlarının demografik değişkenlere göre anlamlı ilişki göstermesi ise bağımsız gruplar t testi ve ANOVA ile analiz edilmiştir. $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Ayrıca ölçek puanlarının demografik değişkenlere göre anlamlı bir ilişki gösterip göstermemesi hesaplanırken, bazı ölçek puanlarının değişkenlere göre hesaplandığı tablolarda, değişkenleri sağlayan tek bir kişi olduğundan bu tablolarda standart sapma hesaplanamamıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 26 preterm bebek ve 18 prematüre bebek annesi katıldı. Ailelere ait olan sosyodemografik bilgiler Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Ailelere ait sosyodemografik bilgiler.

		n (%)	X±ss
Annenin yaşı (yıl)	30 yaş ve altı	8 (36,4)	31,23±3,23
	30 yaş üstü	14 (63,6)	
Babanın yaşı (yıl)	30 yaş ve altı	7 (35)	33,40 ±4,05
	30 yaş üstü	13 (65)	
Medeni durum	Evli	26 (100)	
	Bekar	0 (0)	
	Dul	0 (0)	
	Boşanmış	0(0)	
Yerleşim yeri	Köy	0 (0)	
	İlçe	1 (3,8)	
	İl	25 (96,2)	
Annenin eğitim düzeyi	İlköğretim	0 (0)	
	Ortaöğretim	7 (26,9)	
	Lise	2 (7,7)	
	Ön lisans	0 (0)	
	Lisans	17 (65,4)	
	Yüksek lisans	0 (0)	
	Doktora	0 (0)	
Babanın eğitim düzeyi	İlköğretim	0 (0)	
	Ortaöğretim	3 (13,6)	
	Lise	2 (9,1)	
	Ön lisans	2 (9,1)	
	Lisans	15 (68,2)	
	Yüksek lisans	0 (0)	
	Doktora	0 (0)	
Aile tipi	Çekirdek	25 (96,2)	
	Geniş	1 (3,8)	

Annelerin % 63,6'sı, babaların ise % 65'inin yaşı 30 yaş ve üstündedir. Ailelerin tamamı evli ve % 96,2'si ilde yaşamaktadır. Annelerin % 65,4'ü, babaların % 68,2'si lisans mezunudur. Annelerin % 96,2'sinin ailesi çekirdek ailedir.

Tablo 4.2. Bebeğin sosyodemografik ve klinik özellikleri.

		n (%)	X±ss
Bebeğin kronolojik yaşı (hafta, gün)			4,33±2,75
Bebeğin gestasyonel haftası (hafta, gün)			34,40±1,88
Bebeğin baş çevresi (cm)			32,87 ±2,60
Bebeğin doğum ağırlığı (gr)			2024,88 ±455,104
Bebeğin doğum şekli	Normal	1 (3,8)	
	Sezeryan	25 (96,2)	
Bebeğin cinsiyeti	Erkek	15 (57,7)	
	Kız	11 (42,3)	
Doğum sonrasında bebekte komplikasyon var mı?	Evet	11 (42,3)	
	Hayır	15 (57,7)	
Doğum sonrasında bebekte oluşan komplikasyonlar	Aort darlığı	1 (9,1)	
	İntraventriküler kanama	1 (9,1)	
	Enfeksiyon	1 (9,1)	
	Karaciğer enziminde artış	1 (9,1)	
	Rop	1 (9,1)	
	Sarılık	3 (27,3)	
	Solunum sıkıntısı	2 (18,1)	
	Tiroid hormon düşüşü	1 (9,1)	
Bebeğin tanıları	İdrar yolu enfeksiyonu	1 (20)	
	İugr	1 (20)	
	Rop	1 (20)	
	Sarılık	2 (40)	
Yoğun bakımda kaldı mı?	Evet	22 (84,6)	
	Hayır	4 (15,4)	
Yoğun bakımda kaldığı süre (gün)	5 gün ve altı	9 (40,9)	
	5 günden fazla	13 (59,1)	
Entübe kaldı mı?	Evet	7 (26, 9)	
	Hayır	19 (73, 1)	
Entübe kalma süresi (gün)	1 gün	3 (42,8)	
	2 gün	3 (42,8)	
	7 gün	1 (14,4)	
Bebeğin beslenme şekli	Anne sütü	10 (38,5)	
	Mama	2 (7,7)	
	Karışık	14 (53,8)	
Görme problemi var mı?	Evet	1 (3,8)	
	Hayır	25 (96,2)	
İşitme problemi var mı?	Evet	0 (0)	
	Hayır	26 (100)	
Konvülsiyon problemi var mı?	Evet	1 (3,8)	
	Hayır	25 (96,2)	
Rop: Prematüre Retinopatisi			

İng: Intrauterin Growth Restriction (İntruterin Gelişim Geriliği)

Annelerin % 69,2'si çoğul gebelik yapmış, % 42,3'ü doğum sonrası bebekte sorun yaşamıştır. Bebeklerin kronolojik yaş ortalaması 4,3 hafta/gündür. Bebeklerin gestasyonel haftası ortalaması 34,4 hafta/gün, baş çevresi ortalaması 32,85 cm'dir. Bebeklerin % 53,8'i karışık beslenmekte, % 19,2'sine tanı konmuş, % 84,6'sı yoğun bakımda yatmış, % 26,9'u entübe kalmıştır. Bebeklerin % 3,8'i konvülsiyon, % 3,8'i görme problemi yaşamıştır. Bebeklerin % 57,7'si erkektir, kilo ortalaması 2024,88 gr'dır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Annenin doğuma ait bilgileri.

		n (%)
Doğum acil şartlarda mı gerçekleşti?	Evet	18 (75)
	Hayır	6 (25)
Doğumda yapılan anestezi türü	Genel	5 (20)
	Lokal	20 (80)
Doğum esnasında annede komplikasyon oldu mu?	Evet	0 (0)
	Hayır	26 (100)
Annenin gebelik sayısı	1	12 (46,2)
	2	11 (42,3)
	3	3 (11,5)
Ölü, düşük doğum oldu mu?	Evet	6 (23,1)
	Hayır	20 (76,9)
Yardımcı üreme yöntemi uygulandı mı?	Evet	16 (61,5)
	Hayır	10 (38,5)
Gebelik planlı mıydı?	Evet	25 (96,2)
	Hayır	1 (3,8)
Akraba evliliği var mı?	Evet	2 (7,7)
	Hayır	24 (92,3)
Kan uyumsuzluğu var mı?	Evet	1 (3,8)
	Hayır	25 (96,2)
Gebelik esnasında tıbbi kontrol yapıldı mı?	Evet	26 (100)
	Hayır	0 (0)
Anne gebelikte sigara kullandı mı?	Evet	2 (7,7)
	Hayır	24 (92,3)
Anne gebelikte alkol kullandı mı?	Evet	0 (0)
	Hayır	26 (100)
Anne gebelikte komplikasyon yaşadı mı?	Evet	18 (69,2)
	Hayır	8 (30,8)
Annenin gebelikte yaşadığı problemler	Apandisit	1 (5,6)
	Diyabet	2 (11,1)
	Düşük riski	3 (16,7)
	Enfeksiyon	1 (5,6)
	Gebelik kolestez	1 (5,6)
	Hemaroid	1 (5,6)
	Preeklampsi	1 (5,6)
	Tansiyon	1 (5,6)
	Tiroid hastası	2 (11,1)
	Varis	2 (11,1)
Daha önce preterm bebeği oldu mu?	Evet	0 (0)
	Hayır	26 (100)

Tablo 4.3.'e göre annelerin % 75'i, acil şartlarda doğum yapmış, % 80 'ine sezeryan sırasında lokal anestezi uygulanmıştır. Annelerin % 46,2 'si ilk gebeliği olduklarını bildirmiştir. Annelerin % 23,1'i daha önceki gebeliklerinde ölü ya da düşük doğum yaşadığını bildirmişlerdir. % 61,5'i yardımcı üreme yöntemi almış, % 96,2'sinin gebeliği planlıdır. Annelerin % 7,7'si akraba evliliği yapmış, % 3,8'i kan uyuşmazlığı sorunu bulunmaktadır. Annelerin % 7,7 gebelik sırasında sigara kullanmış, % 69,2'si gebelikte sağlık problemleri yaşamıştır.

Tablo 4.4. Ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri.

	min-maks	X±ss	Çarpıklık	Basıklık
DSYKÖ (puan)	15,32-19,90	18,19±1,26	-1,13	0,86
DKÖ (puan)	16-53	35,31±9,38	0,07	-0,68
SKÖ (puan)	20-61	42,5±8,5	0,03	1,74
TIMP (puan)	16-49	31,12±9,64	0,53	-0,97

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.4.'de DSYKÖ puan ortalaması 18,19±1,26, DKÖ puan ortalaması 35,31±9,38, SKÖ puan ortalaması 42,5±8,5, TIMP puan ortalaması 31,12±9,64 olarak bulunmuştur. Çarpıklık ve basıklık değerleri -3 ile +3 arasında olduğundan ölçek puanları normal dağılım göstermektedir.

Tablo 4.5. Değerlendirme ölçekleri arasındaki ilişki tablosu.

	Bebeğin kronolojik yaşı	Bebeğin doğum ağırlığı	DSYKÖ (puan)	DKÖ (puan)	SKÖ (puan)	TIMP (puan)
Bebeğin kronolojik yaşı (hafta, gün)	r 1	-,677**	-,215	,163	,024	,485*
	p	,000	,290	,426	,906	,012
Bebeğin doğum ağırlığı (gr)	r	1	,196	,010	,021	-,206
	p		,338	,960	,918	,313
DSYKÖ (puan)	r		1	-,591**	-,673**	-,182
	p			,001	,000	,372
DKÖ (puan)	r			1	,720**	,229
	p				,000	,260
SKÖ (puan)	r				1	,130
	p					,528
TIMP (puan)	r					1
	p					

**p<0,01, *p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok,

Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; 0<r<0,299 zayıf, 0,300<r<0,599 orta, 0,600<r<0,799 güçlü, 0,800<r<0,999 çok güçlü.; Pearson Korelasyon

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.5.'e göre bebeğin kronolojik yaşı ile bebeğin doğum ağırlığı ($r=-0,677$) arasında negatif yönlü güçlü ilişki bulunurken, TIMP puanı ($r=0,485$) ile arasında pozitif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bebeğin doğum ağırlığı ile ölçek puanları arasında ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). DSYKÖ puanı ile DKÖ puanı ($r=-0,591$) arasında negatif yönlü orta kuvvetli, SKÖ puanı ($r=-0,673$) ile arasında negatif yönlü güçlü ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DKÖ puanı ile SKÖ puanı ($r=0,720$) arasında pozitif yönlü güçlü ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.6. Ölçek puanlarının annenin eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.

Annenin eğitim düzeyi		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	Lisans düzeyinin altı	9	17,83±1,55	-1,065	0,297
	Lisans	17	18,39±1,08		
DKÖ (puan)	Lisans düzeyinin altı	9	38,56±9,55	1,302	0,205
	Lisans	17	33,59±9,10		
SKÖ (puan)	Lisans düzeyinin altı	9	47,33±8,63	2,280	0,032*
	Lisans	17	39,94±7,45		
TIMP (puan)	Lisans düzeyinin altı	9	27,78±8,26	-1,302	0,205
	Lisans	17	32,88±10,08		

* $p<0,05$ anlamlı fark var, $p>0,05$ anlamlı fark yok, t testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.6.'da SKÖ puanı annenin eğitim durumuna göre değişmektedir ($p<0,05$). Eğitim düzeyi lisans seviyesi altında olan annelerin SKÖ puan düzeyi lisans eğitim seviyesinde olan annelere göre daha yüksektir (47,33 $\pm$ 8,63). Ölçekteki diğer puanlar annenin eğitim durumuna göre değişmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Ölçek puanlarının babanın eğitim düzeyine göre karşılaştırılması.

Babanın eğitim düzeyi		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	Lisans düzeyinin altı	7	18,55±0,75	0,804	0,431
	Lisans	15	18,12±1,32		
DKÖ (puan)	Lisans düzeyinin altı	7	35,86±7,47	0,189	0,852
	Lisans	15	35,07±9,74		
SKÖ (puan)	Lisans düzeyinin altı	7	40,43±10,03	-0,711	0,485
	Lisans	15	43,40±8,72		
TIMP (puan)	Lisans düzeyinin altı	7	30,71±8,81	-0,156	0,878
	Lisans	15	31,40±9,96		

* $p<0,05$ anlamlı fark var, $p>0,05$ anlamlı fark yok, t testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.7.'de DSYKÖ, DKÖ, SKÖ ve TIMP puanları babanın eğitim durumuna göre değişmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Ölçek puanlarının annenin yaşına göre karşılaştırılması.

Annenin yaşı		n	X $\pm$ ss	t	p
DSYKÖ (puan)	30 yaş ve altı	8	17,61 $\pm$ 1,72	-1,277	0,231
	30 yaş üstü	14	18,45 $\pm$ 0,99		
DKÖ (puan)	30 yaş ve altı	8	37,75 $\pm$ 11,23	1,120	0,276
	30 yaş üstü	14	33,07 $\pm$ 8,29		
SKÖ (puan)	30 yaş ve altı	8	46,25 $\pm$ 10,53	1,151	0,279
	30 yaş üstü	14	41,64 $\pm$ 5,51		
TIMP (puan)	30 yaş ve altı	8	31,25 $\pm$ 9,35	0,139	0,891
	30 yaş üstü	14	30,64 $\pm$ 10,16		

* $p<0,05$ anlamlı fark var, $p>0,05$ anlamlı fark yok, t testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.8.'de DSYKÖ, DKÖ, SKÖ ve TIMP puanları anne yaşına göre değişmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Ölçek puanlarının babanın yaşına göre karşılaştırılması.

Babanın yaşı		n	X $\pm$ ss	t	p
DSYKÖ (puan)	30 yaş ve altı	7	17,70 $\pm$ 1,84	-1,075	0,318
	30 yaş üstü	13	18,48 $\pm$ 0,69		
DKÖ (puan)	30 yaş ve altı	7	40,86 $\pm$ 7,56	2,864	0,010*
	30 yaş üstü	13	30,85 $\pm$ 7,40		
SKÖ (puan)	30 yaş ve altı	7	47,86 $\pm$ 10,25	1,684	0,133
	30 yaş üstü	13	40,92 $\pm$ 5,01		
TIMP (puan)	30 yaş ve altı	7	29,86 $\pm$ 9,15	-0,015	0,988
	30 yaş üstü	13	29,92 $\pm$ 9,59		

* $p<0,05$ anlamlı fark var, $p>0,05$ anlamlı fark yok, t testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.9.'da DKÖ puanı baba yaşına göre değişmektedir ($p<0,05$). 30 yaş ve altındaki babaların eşlerinin durum kaygı düzeyi daha yüksektir (40,86 $\pm$ 7,56). Ölçekteki diğer puanlar babanın yaşına göre değişmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Ölçek puanlarının doğum türüne göre karşılaştırılması.

Doğum türü		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	Tekil	8	18,41±1,53	0,576	0,570
	Çoğul	18	18,10±1,16		
DKÖ (puan)	Tekil	8	31,13±10,96	-1,559	0,132
	Çoğul	18	37,17±8,25		
SKÖ (puan)	Tekil	8	37,13±8,84	-2,333	0,028*
	Çoğul	18	44,89±7,38		
TIMP (puan)	Tekil	8	30,88±10,22	-0,083	0,935
	Çoğul	18	31,22±9,68		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, t testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.10.'da SKÖ puanı doğumun türüne durumuna göre değişmektedir (p<0,05). Çoğul doğum yapanların sürekli kaygı düzeyi daha yüksektir (44,89±7,38). Ölçekteki diğer puanlar doğum türüne göre değişmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.11. Ölçek puanlarının doğumdan sonra bebekteki komplikasyon durumuna göre karşılaştırılması.

Doğum sonrası bebekte komplikasyon durumu		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	Evet	11	18,03±1,43	-0,568	0,575
	Hayır	15	18,32±1,16		
DKÖ (puan)	Evet	11	37,18±9,22	0,868	0,394
	Hayır	15	33,93±9,57		
SKÖ (puan)	Evet	11	42,82±10,43	0,160	0,874
	Hayır	15	42,27±7,16		
TIMP (puan)	Evet	11	31,00±10,80	-0,051	0,960
	Hayır	15	31,20±9,10		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, t testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.11.'de DSYKÖ, DKÖ, SKÖ ve TIMP puanlarının doğumdan sonra bebeklerde komplikasyon görülme durumuna göre değişmediği görülmüştür (p>0,05).

Tablo 4.12. Ölçek puanlarının annenin gebelik sayısına göre karşılaştırılması.

Annenin gebelik sayısı		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	1	12	18,72±0,92	2,079	0,048*
	1'den fazla	14	17,75±1,37		
DKÖ (puan)	1	12	32,75±8,98	-1,305	0,204
	1'den fazla	14	37,50±9,48		
SKÖ (puan)	1	12	41,17±5,67	-0,734	0,470
	1'den fazla	14	43,64±10,43		
TIMP (puan)	1	12	32,50±8,22	0,670	0,509
	1'den fazla	14	29,93±10,88		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, t testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.12. ‘de annelerin gebelik sayısı DSYKÖ’ni etkilemektedir (p<0,05). İlk kez gebe olanların DSYKÖ puan düzeyi daha yüksektir (18,72). Diğer ölçek puanları gebelik sayısından etkilenmemektedir (p>0,05).

Tablo 4.13. Ölçek puanlarının annenin gebelikte yaşadığı komplikasyonlara göre karşılaştırılması.

Annenin gebelikte yaşadığı komplikasyonlar		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	Evet	18	18,03±1,38	-0,991	0,332
	Hayır	8	18,56±0,90		
DKÖ (puan)	Evet	18	35,89±9,89	0,466	0,645
	Hayır	8	34,00±8,60		
SKÖ (puan)	Evet	18	43,39±9,92	0,794	0,435
	Hayır	8	40,50±3,51		
TIMP (Puan)	Evet	18	31,17±10,45	0,040	0,969
	Hayır	8	31,00±8,18		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, t testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.13. DSYKÖ, DKÖ, SKÖ ve TIMP puanları gebelikte sorun yaşayanlar, yaşamayanlarla kıyaslandığında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.14. Ölçek puanlarının bebeğin cinsiyetine göre karşılaştırılması.

Bebeğin cinsiyeti		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	Erkek	15	18,54±1,05	1,668	0,108
	Kız	11	17,73±1,43		
DKÖ (puan)	Erkek	15	34,20±8,74	-0,696	0,493
	Kız	11	36,82±10,43		
SKÖ (puan)	Erkek	15	39,93±7,49	-1,888	0,071
	Kız	11	46,00±8,88		
TIMP (puan)	Erkek	15	30,67±10,52	-0,272	0,788
	Kız	11	31,73±8,76		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, t testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.14. DSYKÖ, DKÖ, SKÖ ve TIMP puanları bebeğin cinsiyetine farklılık göstermemiştir (p>0,05)

Tablo 4.15. Ölçek puanlarının annenin gebelikte sigara kullanımına göre karşılaştırılması.

Annenin gebelikte sigara kullanımı		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	Evet	2	19,71±0,26	1,852	0,076
	Hayır	24	18,06±1,22		
DKÖ (puan)	Evet	2	27,50±3,53	-1,238	0,228
	Hayır	24	35,96±9,45		
SKÖ (puan)	Evet	2	35,00±0,00	-1,318	0,200
	Hayır	24	43,13±8,55		
TIMP (puan)	Evet	2	27,00±7,07	-0,620	0,541
	Hayır	24	31,46±9,86		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, t testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.15 annenin sigara kullanımı ölçek puanlarını etkilememiştir (p>0,05).

Tablo 4.16. Ölçek puanlarının bebeğin doğum ağırlığına göre karşılaştırılması.

Bebeğin Doğum Ağırlığı (gr)		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	1500 gr altı	3	17,67±1,17	-0,754	0,458
	1500 gr üstü	23	18,26±1,28		
DKÖ (puan)	1500 gr altı	3	28,00±11,13	-1,467	0,155
	1500 gr üstü	23	36,26±8,97		
SKÖ (puan)	1500 gr altı	3	38,00±3,60	-0,974	0,340
	1500 gr üstü	23	43,09±8,82		
TIMP (puan)	1500 gr altı	3	34,67±6,50	0,671	0,509
	1500 gr üstü	23	30,65±9,99		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, t testi
 DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
 DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği
 SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği
 TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.16.'da bebeğin doğum ağırlığının ölçek puanlarını etkilemediği görülmüştür (p>0,05).

Tablo 4.17. Ölçek puanlarının yerleşim yerine göre karşılaştırılması.

Yerleşim Yeri		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	İl	25	18,17±1,28	0,418	0,680
	İçe	1	18,72		
DKÖ (puan)	İl	25	35,24±9,56	0,180	0,858
	İlçe	1	37,00		
SKÖ (puan)	İl	25	42,52±8,67	-0,059	0,954
	İlçe	1	42,00		
TIMP (puan)	İl	25	31,48±9,65	-0963	0,345
	İlçe	1	22,00		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, t testi
 DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
 DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği
 SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği
 TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.17.'de ölçek puanları annenin yerleşim yerine göre değişiklik göstermemiştir (p>0,05).

Tablo 4.18. Ölçek puanlarının bebeğin doğum şekline göre karşılaştırılması.

Bebeğin doğum şekli		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	Normal	1	19,52	1,075	0,293
	Sezeryan	25	18,14±1,25		
DKÖ (puan)	Normal	1	25,00	-1,127	0,271
	Sezeryan	25	35,72±9,33		
SKÖ (puan)	Normal	1	35,00	-0,890	0,379
	Sezeryan	25	42,80±8,53		
TIMP (puan)	Normal	1	32,00	0,092	0,928
	Sezeryan	25	31,08±9,84		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, t testi
 DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
 DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği
 SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği
 TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.18.'de ölçek puanları doğum şeklinden etkilenmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.19. Ölçek puanlarının gebeliğin planlı olmasına göre karşılaştırılması.

Planlanmış Gebelik		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	Evet	25	18,29±1,16	2,296	0,031
	Hayır	1	15,57		
DKÖ (puan)	Evet	25	34,60±8,83	-2,042	0,052
	Hayır	1	53,00		
SKÖ (puan)	Evet	25	42,16±8,49	-1,021	0,318
	Hayır	1	51,00		
TIMP (puan)	Evet	25	30,40±9,11	-2,002	0,057
	Hayır	1	49,00		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, t testi
 DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
 DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği
 SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği
 TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.19.'da DSYKÖ puanı gebeliği planlanmış olan annelerde daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (p<0,05)

Tablo 4.20. Ölçek puanının bebeğin gestasyon haftasına göre karşılaştırılması.

Bebğin gestasyon haftası (hafta, gün)		n	X±ss	f	p
DSKYÖ (puan)	Erken preterm	2	17,98±1,05	0,783	0,469
	Orta preterm	4	17,50±1,64		
	Geç preterm	20	18,35±1,19		
DKÖ (puan)	Erken preterm	2	23,00±9,89	2,064	0,150
	Orta preterm	4	37,50±11,67		
	Geç preterm	20	36,10±8,45		
SKÖ (puan)	Erken preterm	2	36,00±1,41	0,624	0,545
	Orta preterm	4	42,50±6,55		
	Geç preterm	20	43,15±9,12		
TIMP (puan)	Erken preterm	2	38,00±4,24	0,691	0,511
	Orta preterm	4	33,00±11,28		
	Geç preterm	20	30,05±9,71		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, anova testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Erken Preterm: 24,0-31,6 hafta

Orta Preterm: 32,0-33,6 hafta

Geç Preterm: 34,0-36,6 hafta

Tablo 4.20.'de bebeğin gestasyon haftasıyla ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür (p<0,05).

Tablo 4.21. Ölçek puanlarının aile tipine göre karşılaştırılması.

Aile Tipi		n	X±ss	t	p
DSYKÖ (puan)	Çekirdek	25	18,29±1,16	2,296	0,031*
	Geniş	1	15,57±		
DKÖ (puan)	Çekirdek	25	34,60±8,83	-2,042	0,052
	Geniş	1	53,00±		
SKÖ (puan)	Çekirdek	25	42,16±8,49	-1,021	0,318
	Geniş	1	51,00±		
TIMP (puan)	Çekirdek	25	30,40±9,11	-2,002	0,057
	Geniş	1	49,00±		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok, t testi

DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği

SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği

TIMP: The Test of Infant Motor Performance

Tablo 4.21.'de çekirdek ailede yaşayan annelerin DSYKÖ puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın sonucunda annelerin yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyinin, bebeklerinin motor gelişim performansını etkilemediği bulunmuştur. Ancak, annelerin kaygı seviyesine baktığımızda DKÖ puanları arttıkça, SKÖ puanlarının da arttığı saptanmıştır. Ayrıca toplam kaygı seviyesinin puanları arttıkça, DSYKÖ puanlarının düştüğü de bulunmuştur.

Çalışmamızda annelerin % 63,6'sı 30 yaş ve üstünde olup, yaş ortalaması $31,23 \pm 3,23$ yıl olarak hesaplanmıştır. Balcı'nın preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik yaptığı çalışmada bu ortalama deney grubu için $27,2 \pm 5,8$ yıl, kontrol grubu için $28,7 \pm 5,3$ yıl olarak hesaplanmıştır (29). Arslan Taş'ın prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimlerini değerlendirdiği çalışmada yaş ortalaması $27,55 \pm 6,04$ yıl olarak saptanmıştır (143). Literatürde preterm bebek doğumu ve anne yaşı ilişkisinin incelendiği çalışmalara bakıldığında Almous ve Edmonson 'un yapmış oldukları çalışmada 30 yaş ve üstündeki annelerde prematüre doğum riskinin arttığı bulunmuştur. En yüksek riskin 40 yaş ve üstü doğum yapan annelerde olduğunu bildirmişlerdir (144). Harlow ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise yaşı yüksek olan annelerde idiyopatik prematüre doğum riskinde artış görülmemiş ancak 30 yaş ve üstü olan annelerde erken membran rüptüründen dolayı prematüre doğum riskinde artış görülmüştür (145). Bu sonuçlarla benzer olarak, çalışma grubumuzdaki anne yaş ortalamasının 30 yaş ve üzeri olmasını ve bebeklerin tamamının prematüre olmalarını ele alırsak, ilerlemiş anne yaşının preterm doğum için risk olabileceğini düşünmekteyiz. Çelen'in yapmış olduğu prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyine ilişkin çalışmasında babaların yaş ortalaması $30,13 \pm 5,35$ yıl olarak hesaplanmıştır (1). Bizim çalışmamızda babaların yaş ortalaması $33,40 \pm 4,05$ yıl olarak bulunmuştur. Çelen'in çalışması ile bizim çalışmamızın bu sonucu benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdaki annelerin % 65,4'ünün lisans düzeyi eğitime sahip oldukları belirlenmiştir. Çelen'in prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyinin incelediği çalışmasında annelerin % 38,2'si lise mezunudur. Balcı'nın preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik yaptığı çalışmasında annelerin % 69,8'i ilkokul mezunudur. Güneş'in yine prematüre bebeklere yönelik yaptığı çalışmasında ise annelerin % 47,5'i lise mezunudur (1,29,90). Bizim çalışmamızdaki annelerin çoğunun lisans düzeyi eğitime sahip olmaları, diğer çalışmaların sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Yine çalışmamızda babaların eğitim düzeyine baktığımızda % 68,2'sinin üniversite mezunu oldukları saptanmıştır. Çelen'in prematüre bebekleri incelediği çalışmasında babaların % 32'si ilkokul mezunu olduğu

bulunurken, Çağlar'ın prematüre bebek ve risk faktörlerini incelediği çalışmasındaki babaların % 57'si ortaöğretim mezunu olduğu bulunmuştur (1,25). Diğer çalışmalara göre bizim çalışmamızdaki babaların eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Babaların eğitim seviyelerinin yüksek olması, ailenin refah ve sağlık koşullarının iyileşmesi bakımından önem taşımaktadır.

Bu çalışmada ailelerin % 96,2'sinin çekirdek ailede yaşadıkları bulunmuştur. Benzer şekilde Güneş, Balaban ve Akcan'ın prematüre bebeklerle ilgili yaptığı çalışmalarda ailelerin çoğunluğu çekirdek aile olarak yaşamaktadır (90,146,147). Çekirdek ailede yaşama, anne-bebek bağının kuvvetlenmesini ve anneyle babanın bebeğin bakımına aktif olarak katılmasını sağlarken ve dolayısıyla ebeveynlerin yaşam kalitesini etkilemesi açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda araştırmaya katılan annelerin % 46,2'sinin ilk gebeliği olduğu, % 42,3 'ünün ikinci gebeliği olduğu ve % 11,5'inin üçüncü gebeliği olduğu bulunmuştur. Öztürk ve Saruhan'ın prematüre bebeklerin annelerinde görülen depresyonun incelendiği çalışmasında 68 annenin gebelik sayısı bir, 47 annenin gebelik sayısı iki ve 25 annenin gebelik sayısının üç ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. Peker'in prematüre bebeklerde kanguru bakımının incelendiği çalışmasında annelerin % 23,8'inin gebelik sayısı bir olarak bulunurken, % 40,5'inin gebelik sayısının iki olduğu hesaplanmıştır (148,149). Ayrıca araştırmamızdaki ailelerin çoğunluğunun (% 96,2) gebeliklerinin planlı olduğu ortaya konulmuştur. Peker'in aynı araştırmasında çalışma grubundaki annelerin %62,5'i ve kontrol grubundaki annelerin % 38,9'unun gebeliklerinin planlı olduğu görülmüştür (149). Bizim yaptığımız çalışmadaki bu sonucun ailelerin yüksek eğitim düzeyine sahip olmasına bağlı olarak aile planlamasını bilincinde olmalarından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmada annelerin % 96,2'sinin sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir. Prematüre bebeği olan anneler ile ilgili yapılan farklı birçok çalışmada da benzer sonuçlar görülmüştür. Bu oran Çelen'in çalışmasında % 67, Özkars'ın çalışmasında % 91,7, Turan'ın çalışmasında % 58 ve Öztürk'ün çalışmasında da % 76 olarak hesaplanmıştır (1,15,148,150). Çalışmamızın sonucu, diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Prematüre doğumun genellikle beklenmedik ve riskli olması sezeryan doğuma zemin hazırlamaktadır.

Araştırmamıza dahil edilen bebeklerin yarısından fazlasının (% 57,7) cinsiyetinin erkek olduğu belirlenmiştir. Prematüre bebeklerle ilgili yapılan çalışmaların bazılarında bebeklerin cinsiyetinin yarıdan fazlasının erkek olduğu ortaya konulmuştur (1,148,150).

Ancak hastanelerinde doğan prematüre bebek doğum oranını araştıran Çağlar'ın çalışmasında bebeklerin % 53,2'si ve Sola'nın prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip annelerde yaptığı çalışmasında bebeklerin % 58,2'si kızdır (25,151). Bizim araştırmamızın ve diğer araştırmaların sonuçlarını ortaya koyduğumuzda prematüreliliğin cinsiyet farkı olmaksızın görüldüğünü gözlemlemekteyiz.

Araştırmamıza dâhil edilen bebeklerin gestasyonel yaş ortalamasının $34,4 \pm 1,88$ hafta olduğu belirlenmiştir. Preterm bebeklerin incelendiği çalışmalarda Helvacı ve ark.'ı bebeklerin gestasyonel hafta ortalaması $35,17 \pm 0,79$ olarak hesaplanmıştır. Bora'nın çalışmasında gestasyonel hafta ortalaması araştırma grubu için $34,65 \pm 1,22$ iken, kontrol grubu için $34,18 \pm 1,21$ olarak bulunmuştur. Ayrıca Büyükkayacı 'nın yaptığı çalışmada da müdahale grubu için bu ortalama $35,0 \pm 0,58$ ve kontrol grubu için $35,1 \pm 0,60$ olarak saptanmıştır (90,152,153). Bu çalışmaların sonuçlarını incelediğimizde genel olarak prematüre bebeklerin çoğunun geç preterm dönemde doğduklarını görmekteyiz. Demirdöven ve ark.'nın yaptığı preterm ve term dönem bebeklerini kıyasladığı çalışmada preterm bebeklerin ortalama doğum ağırlığı $2376,0 \pm 660,7$ gr bulunmuştur. Türkmen'in prematüre ve zamanında doğan bebeklerin ağırlık, boy ve baş çevresini ölçüp değerlendirdiği çalışmasında preterm bebeklerin doğum ağırlığı 2370 ± 522 gr, term bebeklerin doğum ağırlığı ise 3316 ± 446 gr olarak hesaplanmıştır (154,155). Çalışmamızdaki bebeklerin ortalama doğum ağırlıklarının $2024,88 \pm 455,104$ gr, ortalama gestasyonel yaşa göre düşük doğum ağırlığında olduğu saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan bebeklerin % 53,8'inin karışık (anne sütü+mama), % 38,5'inin sadece anne sütüyle ve % 7,7'sinin ise sadece mamayla beslenmektedir. Çalışmamıza benzer olarak Peker'in yapmış olduğu prematüre bebek bakımının incelendiği araştırmasında çalışma grubundaki bebeklerin % 54,2'si, kontrol grubundaki bebeklerin % 66,7'sinin karışık beslendiği bulunmuştur (149). Çelen'in çalışmasında ise preterm bebeklerin % 23,7'sinin karışık beslendiği saptanmıştır (1). Bu sonuca göre prematüre bebeklerde, sadece anne sütünün bebeği beslemede yetersiz kaldığı ve mama kullanımının da beslenmeye eklendiği görülmektedir.

Bu çalışma, prematüre doğum yapan annelerin doğum sonrası yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyi ile term dönemdeki bebeklerinin motor performans düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış olup, motor performansın değerlendirilmesi için gestasyon haftası 29-36 olan preterm bebeklere TIMP skalası uygulanmıştır. Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yaşama oranlarında son yıllarda artış gözlemlenmektedir. Fakat bununla birlikte bu bebeklerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde motor hareket

bozukluğu, gelişimsel koordinasyon bozukluğu ve SP görülme olasılığı da artmaktadır (66). Bu yüzden, bebeklerde gelişimsel geriliklerin ve patolojik motor gelişimin hangi testlerle yakalanabileceği, testlerin klinik günlük pratikte kullanılabilirliği, ülkemizde erken fizyoterapi ve rehabilitasyon çalışmaları yapan klinisyenlere prematüre bebeklerin motor gelişimlerini takip etmelerini sağlayacak testlerin tanıtılması, test yönteminin klinik ve araştırma alanlarında kullanımının sağlanması ve yaygınlaştırılması açısından önemlidir (63). Bizim çalışmamızda da literatürde preterm bebeklerin motor gelişim ve performansını değerlendirmede sıklıkla kullanılan TIMP skalası tercih edilmiştir.

Çalışmamızda erkek ve kız bebeklerin TIMP puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Azim'in yapmış olduğu 4-12. aylar arasında olan 71 preterm bebeğin nöromotor gelişiminin değerlendirildiği çalışmada bebeklere uygulanan IMP, NSMDA ve AIMS puanları cinsiyete göre farklılık göstermemiştir. Macdonald ve ark.'nın araştırdığı 8 aylıktan 4 yaşa kadar 43 prematüre çocuğun değerlendirildiği çalışmada, motor fonksiyon yine NSMDA ile değerlendirilmiş ve yine cinsiyete göre puanlarda farklılık görülmemiştir (64,156). Ancak literatürde, cinsiyet temel alınarak düşük doğum ağırlıklı bebeklerin değerlendirildiği çalışmalarda, erkeklerin zihinsel gelişim indeksi bakımından anlamlı bir fark yaratmadığını, ancak çocukluk döneminde erkek cinsiyette motor gelişim indeksi yönünden anlamlı fark yarattığını belirtmektedir (157,158). Cinsiyetin motor gelişim üzerine etkisini değerlendirmek için, daha büyük gruplarla takip çalışmasının yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda annelerin kaygı düzeyinin ve yaşam kalitesinin bebeklerinin motor gelişimi üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur. Carvalho ve ark.'nın yapmış olduğu annelerdeki depresyon ve preterm bebek gelişiminin değerlendirildiği çalışmada bebeklerin motor gelişimi uzun dönemde The Bayley-II Scale of Infant Development ile değerlendirilmiş, bebeklerin % 55'inin normal motor performans sergilediği, % 10'ununun bozulmuş motor performans sergilediği ve % 30'unun önemli derecede bozulmuş motor performans sergilediği bulunmuştur (159). Nasreen ve ark.'nın yaptığı annelerin depresyon düzeyinin bebek gelişimine etkisinin incelediği çalışmada annelerdeki depresyonun bebeklerdeki motor gelişimi etkilediği bulunmuştur (160). Smith-Nielsen ve ark.'nın doğum sonu depresyonunun term bebekteki etkilerinin incelendiği çalışmada bebeklerin motor gelişimi uzun dönemde Bayley-III ile değerlendirilmiştir. Depresyonda olan annelerin bebeklerinin bilişsel puanları daha düşük çıkarken, motor gelişim puanlarında bir farklılık görülmemiştir (161). Bu çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda preterm bebeklerin annelerinin kaygı ve yaşam

kalitesi düzeyinin bebeklerin motor performansını etkilememesinin, bebeğin değerlendirmesinin doğumdan kısa bir süre sonra yapılmasından dolayı kaynaklanabilmektedir. Bu yüzden uzun süreli bir takip programının da yapılması gerektiğini düşünmekteyiz

Literatürde, preterm bebeklerde görülen motor ve kognitif bozukluklara neden olabilecek risk faktörleri tanımlanmaktadır. Bu risk faktörleri arasında en sık görülenler respiratuar distres sendromu, serebral lezyonlar, sepsis ve bronkopulmoner displazi gibi tıbbi komplikasyonlardır (162,163). Çalışmamızda bebeklerin % 57,7 'sinde doğum sonrası tıbbi komplikasyonlar olduğu görülmüştür. Ancak doğumdan sonra tıbbi komplikasyon yaşayan bebeklerle, yaşamayan bebeklerin TIMP puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ancak Kim ve ark.'nın yapmış olduğu TIMP skalasının bebeklerde değerlendirildiği çalışmada motor performans puanlarının, İVK ile PVL gibi tıbbi komplikasyona sahip olan bebeklerin sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (164). Koçyiğit'in yapmış olduğu preterm bebeklerin motor performanslarının değerlendirildiği çalışmada ise bebeklerde görülen tıbbi komplikasyonun motor performansı etkileyebileceği düşünülmüştür (134). Verilerimizle literatür sonucunun farklı olmasını, araştırmamıza katılan olgu sayısının az olmasından veya yaşanan komplikasyonların ağır olmamasından dolayı kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Literatürde gestasyon haftasının uzun dönem nörolojik gelişimsel sonuçlara etkisi ile ilgili çalışmalar mevcuttur (165,166). Hediger ve ark.'nın preterm bebeklerin düzeltilmiş yaşlarına göre 6-12 ayda yapmış oldukları çalışmada, doğum tartısı ve gestasyon haftası ile bebeklerin motor ve kognitif gelişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu, ancak gestasyon haftasının daha anlamlı olduğunu bildirmiştir (166). Khan ve ark. tarafından Bangladeş'te yapılan bir çalışmada gestasyon yaşı 33 hafta ve altında olan 159 prematüre bebekte doğum sonrası 31. haftada hafif nörolojik anormallik oranının % 45 ve ağır nörolojik etkilenme oranının ise % 23 olduğu bildirilmiştir (167). Çalışmamızda ise gestasyon haftasıyla TIMP puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, bebeklerin kronolojik haftası arttıkça TIMP puanının da arttığı görülmüştür. Bu sonuca göre, bebeklerimizin düşük gestasyon haftasında doğmalarına karşın, doğumdan sonraki term dönemde gestasyonel haftası ileri olan preterm bebeklerle aynı motor performansı sergilemişlerdir.

Literatürde doğum ağırlığına göre nörolojik gelişimsel prognozu değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır (165). Robertson ve ark. ile Ranke ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda

doğum ağırlığı ile motor gelişim arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (168, 169). Black ve ark.'nın yapmış olduğu uygun doğum ağırlığında ve düşük doğum ağırlığında doğan bebeklerle ilgili yaptığı çalışmada nörogelişimsel sonuçlar açısından bir farklılık görülmemiştir. Gortner ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda ise, gestasyon yaşına göre düşük doğum ağırlıklı ve uygun doğum ağırlıklı pretermelerde nörogelişimsel sonuçlara ilişkin önemli bir farklılık belirtmemektedir (170, 171). Çalışmamızdaki bebeklerin ortalama doğum ağırlığı $2024,88 \pm 455,104$ gr gestasyonel yaşa göre düşük bulunmuştur. Araştırmada bebeklerin doğum ağırlığı ile TIMP puanı arasında istatistiksel bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum, yenidoğan bakımı şartlarının ve tıp hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte preterm bebeklerin term döneme ulaştıklarında motor performansın etkilenmediği sonucunu düşünmekteyiz.

DKÖ ve SKÖ'nün her ikisi için de alınabilecek toplam puan aralığı 20 ile 80 arasında değişmektedir. 20 düşük anksiyeteyi, 80 yüksek anksiyeteyi göstermektedir. 36 ve altı puan kaygının olmadığını, 37-42 hafif kaygıyı, 43 ve üstü puan ise yüksek kaygıyı göstermektedir. STAI puanının yüksek çıkması, anksiyete seviyesinin fazla olduğunu göstermekte, puanı 60 ve üzeri olan bireyler için psikolojik yardım almaları tavsiye edilmektedir (106). Bu araştırmadaki annelerin DKÖ puan ortalamasına ($35,31 \pm 9,38$) göre hafif düzeyde kaygılı oldukları görülmüştür. SKÖ puan ortalamasına ($42,5 \pm 8,5$) göre orta düzeyde kaygılı oldukları belirlenmiştir. Uygur'un prematüre bebek annelerinde doğum sonrası depresyonun incelenmesi ile ilgili yaptığı çalışmada PPD'ü olan annelerin DKÖ puan ortalaması $50,80 \pm 11,32$ iken, SKÖ puan ortalaması $52,28 \pm 9,50$ olarak bulunmuştur (79). Kutlutürk ve ark.'nın yaptığı preterm bebeğe sahip annelerde yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada annelerin STAI puanları incelendiğinde ise 10'nun (% 29,4) hafif, 18'nin (% 52,9) yüksek düzeyde durumluk kaygısının olduğunu ve 4'nün (% 11,8) hafif, 29'unun (% 85,3) da yüksek süreklilik kaygısının olduğu tespit edilmiştir (172). Çelen'in prematüre bebek ailelerinin kaygı düzeylerinin incelendiği çalışmasında annelerin DKÖ puan ortalaması $40,15 \pm 11,25$ ve SKÖ puan ortalaması ise $44,30 \pm 8,98$ olarak hesaplanmıştır (1). Bu sonuçlara baktığımızda genel olarak prematüre bebeği olan annelerin, bebeklerinin sağlık problemlerinden dolayı kaygı ve endişe seviyelerinin yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda STAI puanları birçok faktör açısından değerlendirilmiştir. Sonuçlara baktığımız zaman, ailelerin sosyo-demografik özellikleri olan annenin yaşı, babanın eğitim düzeyi ve aile tipinin, STAI puanlarını etkilemediği saptanmıştır. Çelen'in prematüre bebeği olan ebeveynlerin kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında da anne yaşı, baba yaşı, annenin

eğitim düzeyi, annelerin gebelik sayısı, bebeğin doğum şekli, cinsiyeti, gestasyonel haftası, beslenme şekli ve bebeğin almış olduğu tanılar, çalışmada kullanılan DKÖ ve SKÖ puanları arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır (1). Güra ve ark'nın prematüre bebek annelerinde yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu, sosyoekonomik durum, çoğul gebelik varlığı, gebeliğin gerçekleşme şekli, medeni durum ve anne yaşı gibi maternal faktörlerin doğum sonu depresyonda etkili faktörler olmadığı bulunmuştur (173). Ancak bizim çalışmamızda birtakım anlamlı ilişkiler olduğu ortaya çıkmıştır. Örneğin; annenin eğitim düzeyini incelediğimizde DKÖ puanları arasında bir farklılık görülmezken, SKÖ puanları ile aralarında anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Eğitim düzeyi lisans seviyesinin altında olan annelerin SKÖ puanlarının, lisans eğitim seviyesinde olan annelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum bize eğitim seviyesi yüksek olan annelerin, bebeklerinin durumu nedeniyle yaşadıkları zorluklar karşısında kaygı düzeyleriyle daha iyi baş ettiklerini göstermektedir. Çelen'in çalışmasında babaların eğitim düzeyine bakıldığında ilkokul mezunu olan babaların SKÖ puanının, lise mezunu olan babalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda babaların yaşını incelediğimizde, annelerin SKÖ puanlarında herhangi bir farklılık bulunmazken, annelerin DKÖ puanları arasında bir farklılık bulunmuştur. Otuz yaş ve altındaki babaların eşlerinin DKÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun, genç yaşta ebeveyn olan ailelerin daha fazla stres yaşamalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamızdaki annelerin DKÖ ve SKÖ puanı arttıkça DSYKÖ skorunun da azaldığı bulunmuştur.

Bebekleri sosyo-demografik özellikleri açısından incelediğimizde, bebeğin gestasyonel haftasının, doğum şeklinin, doğum ağırlığının, cinsiyetinin ve doğumdan sonra yaşanan komplikasyon durumunun STAI puanlarını etkilemediği bulunmuştur. Ancak bebeklerin doğum türüne baktığımızda annelerin DKÖ puanları arasında bir farklılık saptanmazken, SKÖ puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Çoğul doğum yapan annelerin sürekli kaygı puanları, tekil doğum yapan annelere göre daha yüksektir. Bu durumdan dolayı, iki veya daha fazla bebeğin bakımını üstlenmek, tek bebeğin bakımına göre daha yorucu ve stresli olduğu yorumunu çıkarabiliriz. Son olarak annelerin doğuma ait bilgilerine baktığımızda, annenin gebelik sayısı, gebelikte yaşadığı komplikasyonlar, gebelikte sigara kullanımı ve gebeliğin planlı olması durumu DKÖ ve SKÖ puanlarında anlamlı bir farklılık yaratmamıştır. Yine Güra'nın çalışmasında anne sütü ile beslenme, YYBÜ'de yatış süresi, hastanede kalma süresi, doğum ağırlığı ve gestasyonel hafta gibi bebeğe ait risk faktörlerinin de depresyon üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (173).

Kurnaz'ın YYBÜ'nde bebeği olan annelerle ilgili yaptığı çalışmada annenin yaşı, eğitim düzeyi ile bebeklerin doğum ağırlığı, cinsiyeti ve gestasyon haftasına göre DK ve SKÖ puanlarında bir farklılık bulunmamıştır. Ancak sezeryan ile doğum yapan annelerin, normal doğum yapan annelere göre daha yüksek kaygı seviyesine sahip oldukları görülmüştür (174).

DSYK'den alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Ölçekten alınan puanların artması kişinin yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğunu, alınan puanın düşmesi ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (136). Çalışmamızda annelerin DSYK' den aldıkları toplam puan ortalaması $18,19 \pm 1,26$ olarak bulunmuş ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kızılkaya'nın yaptığı sezeryan ve normal doğum yapan annelerin yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmasında normal doğum yapan annelerin DSYK puan ortalaması $22,75 \pm 3,73$ olarak bulunurken, sezeryan doğum yapan annelerinki $20,64 \pm 3,40$ olarak bulunmuştur (175). Öztürk'n term bebek anneleriyle ilgili çalışmasında ölçek puan ortalaması $16,35 \pm 1,02$ olarak hesaplanmıştır (114). Altuntuğ 'un gebe annelerde sağlık eğitimiyle ilgili yaptığı çalışmasında ise bu oran müdahale grubu için $25,8 \pm 3,4$ ve kontrol grubu için $23,8 \pm 2,6$ olarak hesaplanmıştır (136). Araştırmamızdaki annelerin yaşam kalitesi leği puan ortalaması diğer çalışmalardaki puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun bizim çalışmamızdaki annelerin prematüre bebek sahibi olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda annelerin DSYK puanı ile DK ve SKÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Annelerin DK ve SKÖ puanı arttıķa DSYK puanlarının düştüğü görülmüştür. Moura ve ark'nın yapmış olduğu düşük doğum ağırlıklı prematüre bebek annelerinde yaptığı çalışmada, annelerdeki kaygı düzeyinin annelerin yaşam kalitesini etkilemediğini ancak çevresel faktörlerin yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür (14). Amorim ve ark.'nın prematüre bebeklerin doğumdan dört ay sonraki zamanda yapmış olduğu çalışmasında ise iki aydan fazla yoğunbakım ünitesinde bebeklerin veya sağlık sorunu yaşayan bebeklerin annelerinin yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (12). Bu durumun, annelerde bebeklerine ilişkin kaygı düzeyinin arttıķa annelerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerin orta derecede kaygı düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları ortaya konmuştur. Ancak annelerdeki yaşam kalitesi ve kaygı düzeyinin, bebeklerinin motor performansı üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, gestasyon haftası 29-36 hafta olan bebeklerin annelerinin doğum sonrası depresyon düzeyinin ve yaşam kalitesinin bebeklerin motor gelişim düzeyine olan etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışma grubuna 26 preterm bebek ve 18 prematüre bebek annesi dahil edilmiştir. Bebeklerin motor değerlendirmesi için The Test of Motor Infant Performance (TIMP), annelerin depresyon düzeyi değerlendirmek için Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI I-II) ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizlere göre şu sonuçlara varılmıştır;

- Preterm doğum yapan annelerin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesi, bebekleri term döneme ulaştığındaki motor performansını etkilememektedir.
- Preterm bebeğe sahip annelerin yaşam kalitesi seviyesi orta düzeydedir.
- Bebeklerde kronolojik yaşla birlikte motor performans düzeyi artmaktadır.
- Annelerde durumluluk kaygı düzeyi arttıkça, süreklilik kaygı düzeyinin de arttığı görülmüştür.
- Üniversite eğitim düzeyine sahip annelerin süreklilik kaygı düzeyinin daha yüksektir.
- 30 yaş ve altında eşi olan annelerin durumluluk kaygı düzeyi daha yüksektir.
- Çoğul doğum yapan annelerin tekil doğum yapan annelere göre süreklilik kaygı düzeyinin daha yüksektir.
- Annelerin kaygı düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.
- İlk gebeliği olan annelerin diğer annelere göre yaşam kalitesi daha yüksektir.
- Gebeliği planlanmış olan annelerin yaşam kalitesinin daha yüksektir.
- Çekirdek ailede yaşayan annelerin geniş ailede yaşayan annelere göre yaşam kalitesi daha yüksektir.
- Anne ve babaların eğitim düzeyleri bebeklerin motor performansını etkilememektedir.
- Bebeğin cinsiyeti motor performansını etkilememektedir.
- Bebeğin gestasyonel haftası term dönemdeki motor performansını etkilememektedir

6.1.Çalışmamızın Sonuçlarından Ortaya Çıkan Öneriler

- Neonatal dönemde motor performansın daha ayrıntılı değerlendirmesini sağlayan test bataryaların uygulanmasının daha etkin olacağı düşünülmektedir.
- Preterm bebeklerin annelerinin anksiyete düzeyi arttığından ve yaşam kalitesi seviyesi orta düzeyde olmasından dolayı bu annelere devlet tarafından doğumdan sonra psikolojik ve sosyal destek sağlanması annelerin iyilik halini yükseltecektir.
- Prematüre bebeklerin motor gelişimlerini daha net bir şekilde değerlendirebilmek için daha uzun süreli takip programlarının yapılması gerekmektedir.

6.2.Limitasyonlar

- Çalışmamızdaki örneklem sayısının az olduğunu düşünmekteyiz.
- Çalışmamızın kısa bir zaman aralığı içinde gerçekleştirilmesi olgularımızın kısıtlı olmasına sebep olmuştur.
- Çalışmamızda kontrol grubunun bulunmamasının, sonuçları etkilediğini düşünmekteyiz.
- Ailelerin bebekleri üzerindeki etkisini daha iyi anlayabilmek için ileride yapılacak çalışmalara babaların da dahil edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.
- Ülkemizdeki bebeklerin motor performanslarını ölçmek için geçerlik ve güvenilirliği Türk çocukları üzerinde uygulanmış ve sonuçları Türk çocuklarına göre puanlama yapılarak yorumlanabilecek ölçme methodlarının kullanılması, bebeklerin değerlendirilmesinde daha etkili olacaktır.

KAYNAKÇALAR

- 1.Çelen, R. (2013). *Prematüre Bebeği Olan Anne ve Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- 2.World Health Organization. *Born too soon: the global action report on preterm birth*. (Erişim Tarihi: 09.02.2019). Erişim adresi: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf
- 3.Goldenberg, R. (2002). The management of preterm labor. *Obstetrics And Gynecology*, 1, 100(5), 1020-1037.
- 4.Hack, M., Fanaroff, A.A. (2000). Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990s. *Seminars in neonatology*, 5, 89-106.
- 5.Özbek, A., Miral, S. (2003). Çocuk ruh sağlığı açısından prematüre. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46, 317-327.
- 6.Küçükoğlu, S., Çelebioğlu, A., Coşkun, D. (2014). Yenidoğan kliniğinde yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 921-932.
- 7.Erdem, Ö., Çelepkolu, T. (2014). Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri. *Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)*, 8(3), 101-107.
- 8.Norhayati, M.N., Hazlina, N.H., Asrenee, A.R., Emilin, W.M. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of Affective Disorders* 175(5), 34-52.
- 9.Karahan, N., Gençalp, N.S., Bingöl, F., Aydın, R., Benli, A.R. (2017). Postpartum Depresyonun Bebekle İlişkili Risk Faktörleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3), 204-213.
- 10.Terapi Enstitüsü. (Erişim Tarihi:30.03.2019). *Postpartum (Doğum Sonrası) Depresyonu*. Erişim adresi: <http://www.terapienstitusu.com.tr/tr/yazilar/58/postpartum-dogum-sonrasi-depresyonu.html/>.
- 11.Vigod, S.N., Villegas, L., Dennis, C.L., Ross, L.E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG*, 117(5), 540–550.

12. Amorim, M., Alves, E., Kelly-Irving, M., Ribeiro, A.I., Silva, S. (2018). Quality of life of parents of very preterm infants 4 months after birth: a mixed methods study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(178), 1-12.
13. Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, P., Wittkowski, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*, 28, 179–193.
14. Moura, M.R.S., Araujo, C.G., Prado, M.M., Paro, H.B., Pinto, R.M., Abdallah, V.O., Mendonça, T.M., Silva, C.H. (2017). Factors associated with the quality of life of mothers of preterm infants with very low birth weight: a 3-year follow-up study. *Qual Life Res*, 26, 1349-1360.
15. Özkars, N.B. (2017). *Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, İstanbul.
16. Kerimoğlu, G., Kavuncuoğlu, S., Arslan, G., Kocaman, C., Yıldız, H., Aksüyek, E., Kaya, A. (2004). Prematüre bebeklerin uzun dönemdeki nöromotor gelişimleri. *SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 14(1), 33-39.
17. Durukan, E., İlhan, M.N., Bumin, M.A., Aycan, S. (2011). 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Med J*, 28, 385-393.
18. Bulut Kurtulan, H. (2009). *Prematüre Bebeklerde İki Banyo Yönteminin Fizyolojik Ölçüm Sonuçlarına Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
19. Küçüködük, Ş. (1994). *Yenidoğanda Terminoloji ve Yenidoğan Döneminin Önemi*. Yenidoğan ve Hastalıkları, Ankara: Feryal matbaası, 82-88.
20. Dağoğlu, T. (Ed: Yurdakök, M., Erdem, G.). (2004). *Prematüre*. Türk Neonatoloji Derneği Neonatoloji Kitabı, Ankara, 123-129.
21. Neyzi, O., Ertuğrul, T. (Ed). (1989). *Yenidoğan ve Hastalıkları*. Pediatri, 1.baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1, 195-203.
22. *March of Dimes White Paper on Preterm Birth The Global and Regional Toll March of Dimes Foundation White Plains*. (Erişim Tarihi: 18.03.2009). Erişim adresi: https://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.85389!/file/March-of-Dimes-Pre-term-Birth-White-Paper.pdf

- 23.Özvarol, O., Göksügür Bilir, S., Bekdaş, M., Tarakçı, N., Altunhan, H. (2015). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen preterm yenidoğanların retrospektif analizi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 5(3), 180-188.
- 24.Bayram, N. (2006). *Riskli Pretermelerde Transport Edilen ve Edilmeyen Grupların Morbidite ve Mortalite Yönünden Karşılaştırılması*. (Uzmanlık Tezi). T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- 25.Çağlar, A. (2006). *Hastanemizde Doğan Prematüre Bebek Doğum Oranı ve Annelerindeki Risk Faktörleri*. (Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- 26.Korkmaz, A. (Ed.). (2003). *Perinatal Dönem*. Rudolph' s Fundamentary of Pediatrics, 3.baskı, Ankara, Güneş Kitabevi Ltd, 125-131.
- 27.Celayir Cerrah, A. (2015). Çok düşük doğum ağırlıklı prematüreleri bekleyen sorunlar ve sonuçları. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*, 29(1), 14-26.
- 28.Balcı Çömük, N. (2014). *Nörolojik Riskli Bebeklerde Fizyoterapist ve Aile Temelli Hedefe Yönelik Nöromotor Tedavi Yaklaşımlarının, Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 29.Balcı, S. (2006). *Preterm Bebeğin Evdeki Bakımına Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Bebeğin Büyüme-Gelişmesine ve Annelerin Bakım Sorunlarının Çözme Becerilerine Etkisi*. (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- 30.Törüner E, Büyükgönenç L, Riskli Yenidoğan, Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Ankara, Göktuğ Yayıncılık, 389-393, 2012
- 31.Taşkın, L. (1994). *Özel Bakım Gerektiren Yenidoğan, Anne Sağlığı Hemşireliği*, 3.baskı, Ankara, 1, 191-200.
- 32.Özmen, H. (2009). *Gebelik Yaşına Göre Küçük Doğan (SGA) Prematürelerin Düzeltilmiş Üç Yaştaki Büyüme Özellikleri ve Etki Eden Faktörler*. (Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- 33.Özdoğan, T., Aldemir Yıldız, E., Kavuncuoğlu, S. (2014). Orta ve geç prematüre bebekler ve sorunları. *İKSST Dergisi*, 6(2), 57-64.

- 34.Özkan, H., Erdeve, Ö., Karadağ, A. (2014). Respiratuar distres sendromu rehberi. *Türk Neonataloji Derneği*, 1-15.
- 35.Gürses, N. (Erişim Tarihi; 11.04.2019). *Yenidoğan pnömonisi yenidoğanın alt solunum yolu enfeksiyonu*. Erişim; <https://makale.doktorsitesi.com/yenidoğan-pnomonisi-yenidoğanın-alt-solunum-yolu-enfeksiyonu>.
- 36.Northway, W.H., Rosan, R.C., Porter, D.Y. (1967). Pulmonary disease following respiratory therapy of hyaline-membrane disease: bronchopulmonary dysplasia. *N Engl J Med*, 276, 357-368.
- 37.Arsan, S., Korkmaz, A., Oğuz, S. (2018). Türk neonatoloji derneği bronkopulmoner displazi korunma ve izlem rehberi. *Türk Pediatri Arşivi*, 53(1), 138-150.
- 38.Akyıldız, Ü.E. (2007). Bronkopulmoner displazi. *Türkiye Klinikleri J Foren Med*, 4, 74-80.
- 39.Özalkaya, E., Karatepe, Ö.H., Topçuoğlu, S., Dinçer, E., Karatekin, G., Ovalı, F. (2015). Prematüre yenidoğanlarda pulmoner kanama risk faktörleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 46(3), 116-119.
- 40.Kavuncuoğlu, S., Aldemir Yıldız, E. (2016). Prematüre yenidoğanlarda patent duktus arteriyozus. *İKSST Dergisi*, 8(1), 1-9.
- 41.Tekşam, Ö., Yiğit, Ş., Karagöz, T., Korkmaz, A., Yurdakök, M., Tekinalp, G. (2004). Yenidoğan bebeklerde patent duktus arteriozusu tedavisinde oral ibuprofen ve intravenöz indometazin: bir retrospektif çalışma. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 96-102.
- 42.Tümer, N., Özkaya, N. (2001). Yenidoğan döneminde hipertansiyon tanı ve tedavisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(1), 33-38.
- 43.Alan, S., Arsan, S. (2014). Prematüre anemisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 57, 214-224.
- 44.Johnson, L., Brown, A.K., Bhutani, V.K. (1999). BIND-a clinical score for bilirubin induced neurologic dysfunction in newborns. *Pediatrics Suppl*, 104, 746-747.
- 45.Sarıcı, S.Ü., Serdar, M.A., Korkmaz, A., Erdem, G., Oran, O., Tekinalp, G., Yurdakök, M., Yiğit, S. (2004). Incidence, Course, and Prediction of Hyperbilirubinemia in Near-Term and Term Newborns. *PEDIATRICS*, 113(4), 775-780.

- 46.Elvan, Ö. (2011). *Serebral Palsili Çocuklarda Kalça Eklemine İlişkin Bazı Parametrelerin Alt Ekstremitte Fonksiyonel Kapasitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi), Mersin Üniversitesi, Mersin.
- 47.Ardell, S., Offringa, M., Ovelman, C., Soll, R. (2018). Prophylactic vitamin K for the prevention of vitamin K deficiency bleeding in preterm neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1-52.
- 48.Kutlutürk, S. (2014). *Prematüre ve Zamanında Doğan Bebeklerde Gövde Kontrolünün İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- 49.Akman, İ., Galip, N. (2011). Pretermde germinal matriks İntraventriküler kanama. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 74(2), 43-46.
- 50.Özdemir, Ö.M.A., Kökten Yıldırım, N., Alkılıç, L., Yener Öztürk, Ş., Adalı, F. (2011). Postnatal erken dönemde kraniyal ultrasonografi incelemesi yapılan yenidoğanlarda periventriküler/intraventriküler kanama sıklığı ve risk faktörleri. *Ege Tıp Dergisi*, 50(4), 247-252.
- 51.Papile, L.A., Burstein, J., Burstein, R., Koffler, H. (1978). Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: A study of infants with birth weights less than 1,500 gm. *The Journal of Pediatrics*, 92(4), 529-534.
- 52.Eras, Z., Pekcici Bingöler, B., Atay, G., Durgut Şakrucu, E., Sarıdaş, B. (2012). Prematüre bebeklerin perinatal dönem sorunlarının uzun dönem gelişimleri üzerine etkileri. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 46(2), 97-100.
- 53.Resch, B., Vollaard, E., Maurer, U., Haas, J., Rosegger, H., Müller, W. (2000). Risk factors and determinants of neurodevelopmental outcome in cystic periventricular leucomalacia. *Eur J Pediatr*, 159(9), 663-670.
- 54.Kaymak Zorlutuna, N. (2008). *Prematüre Retinopatisi Risk Faktörleri ve Epidemiyoloji*. (Uzmanlık Tezi), T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- 55.Karaçorlu, M. (Erişim Tarihi: 08.05.2019). *Prematüre Retinopatisi Nedir?*. Erişim adresi: <https://www.cocukludunya.com/uzman-yazilari/premature-retinopatisi-nedir.html>.
- 56.Stipdonk, W.L., Weiglas-Kuperus, N., Franken, M.C., Nasserinejad, K., Dudink, J., Goedegebure, A. (2016). Auditory brainstem maturation in normal-hearing infants born preterm: a meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(10), 1009-1015.

- 57.Katar, S., Devecioğlu, C., Sucaklı Ayrancı, İ., Taşkesen, M. (2007). Hipoksik iskemik ensefalopatili 80 term yenidoğan hastanın değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 38-41.
- 58.Kamacı, R., Ökten, A., Mocan, H. (1996). Hipoksik iskemik ensefalopati. *T Klin Pediatri*, 5, 158-164.
- 59.Sarnat, H.B., Sarnat, M.S. (1976). Neonatal encephalopathy following fetal distress. *Archives of Neurology*, 33(10), 696-705.
- 60.Bülbül, A., Uslu, S. (2016). Yenidoğan döneminde hipoglisemi. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 50(1), 1-13.
- 61.Baş Kıray, E., Bülbül, A., Arslan, S., Elitok, P.G., Uslu, S., Baş, V., Zubarioğlu, U., Ayyıldız, E. (2016). Orta ve ağır derecede prematürelde okul öncesi dönemde (4-6 yaş) Denver gelişim testinin değerlendirilmesi. *Nobel Medicus* 36, 12(3), 24-28.
- 62.Eichenwald, E.C., Stark, A.R. (2008). Management and outcomes of very low birth weight. *N Engl J Med*, 358, 1700-1711.
- 63.Wang, C.J., McGlynn, E.A., Leonard, C.H., Piecuch, R.E., Hsueh, S.I., Schuster, M.A. (2013). Quality-of-care indicators for the neurodevelopmental follow-up of very low birth weight children: results of an expert panel proces. *American Academy of Pediatrics*, 117(6), 2080-2092.
- 64.Azim, D. (2016). *Preterm Bebeklerde Nöromotor Gelişimin Farklı Hareket Analizleri ile Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- 65.Heineman, K.R., Hadders Algra, M. (2008). Evaluation of Neuromotor Function in Infancy—A Systematic Review of Available Methods. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29(4), 315-323.
- 66.Spittle, A.J., Doyle, L.W., Boyd, R.N. (2008). A systematic review of the clinimetric properties of neuromotor assessments for preterm infants during the first year of life. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(4), 254-266.
- 67.Piper, M.C., Pinnell, L.E., Darrah, J., Maguire, T., Byrne, P.J. (1992). Construction and validation of the Alberta Infant Motor Scale (AIMS). *Can J Public Health*, 2, 46-50.

68. Burns, Y.R., Ensbey, R.M., Norrie, M.A. (1989). The Neuro-sensory motor developmental assessment Part 1: development and administration of the test. *Australian Journal of Physiotherapy*, 35(3), 141-149.
69. Anderson, P.J., De Luca, C.R., Hutchinson, E., Roberts, G., Doyle, L.W., Victorian Infant Collaborative Group. (2010). Underestimation of developmental delay by the new Bayley-III Scale. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(4), 352-356.
70. Sürmeli Döven, S., Atıcı, A., Gülaşı, S., Çelik, Y., Okuyaz, Ç., Makharoblidze, K., (2018). Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin uzun dönem izleminin sonuçları. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*, 11(1), 13-23.
71. Campbell, S.K., Kolohe, T.B., Wright, B.D., Linecra, J.M. (2002). Validity of the test of infant motor performance for prediction of 6-, 9- and 12-month scores on the alberta infant motor Scale. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44, 263-272.
72. Mutlu, A., Livanelioğlu, A., Korkmaz, A. (2010). Assessment of “general movements” in high-risk by Prechtl analysis during early intervention period in the first of life. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 52, 630-637.
73. Kepenek-Varol, B., Çalışkan, M., İnce, Z., Tatlı, B., Eraslan, E., Çoban, A. (2016). The comparison of general movements assessment and neurological examination during early infancy. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 58, 54-62.
74. Heineman, R.K., Bos, F.A., Hadders-Algra, M. (2008). The infant motor profile: a standardized and qualitative method to assess motor behaviour in infancy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 275-282.
75. Romeo, D.M., Cioni, M., Scoto, M., Mazzone, L., Palermo, F., Romeo, M.G. (2008). Neuromotor development in infants with cerebral palsy investigated by the Hammersmith Infant Neurological Examination during the first year of age. *European Journal of Paediatric Neurology*, 12(1), 24-31.
76. Palisano, R.J., Kolobe, T.H., Haley, S.M., Lowes, L.P., Jones, S.L. (1995). Validity of the Peabody developmental gross motor scale as an evaluative measure of infants receiving physical therapy. *Physical Therapy*, 75(11), 939-948.
77. Kırıcı, F. (Erişim Tarihi: 30.03.2019). *Prematüre Bebekler*. Erişim adresi; <http://www.ayseoner.com.tr/bebeklik-0-1/premature/premature-bebekler/>.

- 78.Ünal, F.E., (2008). *Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete Sıklığının Saptanması ve Sosyodemografik Faktörlerin Araştırılması*. (Uzmanlık Tezi), İstanbul.
- 79.Uygur, F.Ö. (2015). *Prematüre Bebeklerin Annelerinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler*. (Uzmanlık Tezi), Selçuk Üniversitesi, Konya.
- 80.Köroğlu, E. (Ed). (1998). *Amerikan Psikiyatri Birliği, Duygu Durum Bozukluğu, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. 4.baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 403-517.
- 81.American Psychiatric Association, Depressive Disorders, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, 155-189, 2013
- 82.Yılmaz Bingöl, T., Tel, H. (2007). Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 1-6.
- 83.Babacan Gümüş, A., Keskin, G., Alp, N., Özyar, S., Karsak, A. (2012). Postpartum depresyon yaygınlığı ile ilgili değişkenler. *New/Yeni Symposium Journal*, 50(3), 145-154.
- 84.Karakaş, M., Güneş, G., Sarıbiyık, M. (2014). Battalgazi’ de postpartum depresyon riski ve etkili faktörler. *DergiPark*, 2(1), 1-13.
- 85.Erdem, Ö., Bucaktepe Erden, G., Özen, Ş., Kara, İ.H. (2010). Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi*, 12(3), 24-31.
- 86.Lurigio, A.J. (Ed). (2013). *American Psychiatric Association, Anxiety Disorders, 5th Edition*. 189-234.
- 87.Karamustafaoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-73.
- 88.Güngör, İ., Oskay, Ü., Beji Kızılkaya, N. (2011). Biopsychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: a case-control study on Turkish women without chronic illnesses. *JCN*, 20, 653-665.
- 89.Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, 73, 61-70.

- 90.Bora Güneş, N. (2018). *Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşadıkları Sorunlara, Kaygı ve Depresyon Düzeyine Etkisi*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 91.Çakmak, E. (2015). *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakıma Katılmalarının Kaygı Düzeyleri ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri İle İlişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- 92.Şahin, E., Tiryaki, A. (2011). Düşük doğum ağırlıklı prematüre bebek annelerinde depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri*, 21(3), 155-163.
- 93.Gülseren, Ş. (2004). Depresyon ve anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 1, 5-13.
- 94.Özen Şirvanlı, D., Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler. *PSİKİYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR - CURRENT APPROACHES IN PSYCHIATRY*, 2(1), 1-14.
- 95.Kotan, O.V., Kotan, Z., Aydın, B., Kırılı, S. (2018). Depresyon hastalarında nörodavranışsal kognitif durum değerlendirme testi sonuçları. *Ankara Med J*, 18(1), 84-93.
- 96.Kılınç, S., Torun, F. (2018). Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1), 39-47.
- 97.Doğru Yılmaz, H., Özsoy Zeki, A., Gözdemir, E., Gülücü, S., Demirtürk, F. (2015). İlk trimestrda depresyon ve anksiyetenin değerlendirilmesi. *Medeniyet Medical Journal*, 30(4), 153-158.
- 98.Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7, 100-108.
- 99.Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği-güvenirliliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- 100.Canan, F., Ataoğlu, A. (2010). Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 11, 38-43.
- 101.Ulusoy, M., Şahin, N.H., Erkmen, H. (1998). Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 163-172.

- 102.Varma Sözeri, G., Oğuzhanoğlu Kalkan, N., Karadağ, F., Özdel, O., Amuk, T. (2005). Doğal ve cerrahi menapozda depresyon ve Anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*, 8, 109-115.
- 103.Aydemir, Ö., Deveci, A., İçelli, İ. (2006). Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği yapılandırılmış görüşme kılavuzu mevsimsel duygu durumu bozukluğu versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8(1), 18-21.
- 104.Yazıcı, M.K., Demir, B., Tanrıverdi, N., Karaağaoğlu, E., Yolaç, P. (1998). Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 114-117.
- 105.Dikmen Yalınay, P., Aysevener Onur, E., Aydınlar Ilgaz, E., Karlıkaya, G. (2012). Elektromiyografide ağrı ve emosyonel durum ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 49, 48-52.
- 106.Öner, N., Compte, L.A. (1998). *Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.
- 107.Sabuncuoğlu, O., Berkem, M. (2006). Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 252-258.
- 108.Engindeniz, A.N., Küey, L., Kültür, S. (1997). Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları Kitabı*, 1, 51-52.
- 109.Karamustafalıoğlu, O., Özçelik, B., Bakım, B., Cengiz Ceylan, Y., Göksan Yavuz, B., Güven, T., Gönenli, S. (2010). İntiharı öngörebilecek bir araç: hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(3), 151-157.
- 110.Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L. (1997). Validity and realibility of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Turkish Journal of Psychiatry*, 8, 280-287.
- 111.Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi. *Üronkoloji Bülteni*, 1, 25-29.
- 112.Top, M.Ş., Özden, S.Y., Sevim, M. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(1), 18-23.
- 113.Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 18-26.

- 114.Öztürk, S. (2014). *Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi ve Desteklerinin Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- 115.Bertero, C., Christina, A. (1993). Quality of life of adults with acute leukaemia. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1346-1353.
- 116.Dale, A.E. (1995). A research study exploring the patient's view of quality of life using the case study method. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1128-1134.
- 117.Cella, D.F. (1995). Measuring quality of life in palliative care. *Seminars in Oncology*, 22, 73-81.
- 118.Burckhart, C., Woods, S., Schultz, A.A., Ziebarth, D.M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness:a psychometric study. *Research Nursing and Health*, 12(6), 347-354.
- 119.Bağcı, S. (2014). *Annelerin Doğum Sonunda Yaşadıkları Sorunlar ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- 120.Sarı, M., Ötünç, E., Erceylan, H. (2007). Liselerde okul yaşam kalitesi; Adana ili örneği. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Bahar*, 50, 297-320.
- 121.Atasever, A., Erdiñç, E. (2003). KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(4), 446-455.
- 122.Arslan, Ş., Kutsal Gökçe, Y. (1999). Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2(4), 173-178.
- 123.Oktik, N., Bozyer, Ü. (2004). Huzur evinde yaşam ve yaşam kalitesi: Muğla örneği. *1.Baskı. Muğla Üniversitesi*.
- 124.Avcı, K., Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 81-85.
- 125.Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(2), 61-68.
- 126.Erhan, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S.Y., Elbi, H., Göker, E. (1999). Psychometric properties of WHOQOL-100 and WHOQOL-BRE. *3P Dergisi*, 7(2), 23-40.
- 127.Demir, Ş., Özer, Z. (2014). Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji*, 21(3), 182-191.

- 128.Özdemir, İ. (2015). *Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastaların Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı Tedavi Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- 129.Eser, E., Aydemir, Ö. (2014). Genel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri. *Türk Nöroloji Dergisi Derleme*, 20(1), 1-99.
- 130.Küçükdeveci, A.A., McKenna, S.P., Kutlay, S. Gürsel, Y., Whalley, D., Arasil, T. (2000). The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *Int J Rehabil Res*, 23, 31-38.
- 131.Çam, H.H. (2017). Ergenlerde yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ruhsal semptomlarla ilişkisi. *Turk J Public Health*, 15(2), 96-105.
- 132.Kuzu, N., Zencir, M., Beşer, N., Şahiner, T. (2004). Parkerson G. Reliability and Validity of the Duke Health Profile. *Hacettepe Univ Hemşirelik YO Derg*, 11(2), 35-44.
- 133.Şahin, M.A. (2014). *Yetişkin Bireylerde Diyet Kalitesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 134.Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., Memiş, A.K. (1999). Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
- 135.Süt Kahyaoğlu, H., Ünsar, S. (2011). Is EQ-5D a valid quality of life instrument in patients with acute coronary syndrome ?. *Anadolu Kardiyol Derg*, 1, 156-162.
- 136.Altuntuğ, K., Ege, E. (2013). Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma-Geliştirme Dergisi*, 15(2), 45-56.
- 137.Altuntuğ, K., Ege, E. (2012). Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 214-222.
- 138.Campbell, S.K., Osten, E.T., Kolobe T.H.A, Fisher, A.G. (1993). Development of the Test of Infant Motor Performance. *Phys Med Rehab Clin North Am*, 4(3), 541-550.
- 139.Campbell, S.K. (2005). The test of infant motor performance test user's manual version 2. Chicago, IL: Infant Motor Performance Scales. LLC.

- 140.Campbell, S.K., Swanlund, A., Smith, E., Liao, P.J., Zawacki, L. (2008). Validity of the TIMPSI for estimating concurrent performance on the test of infant motor performance. *Pediatr Phys Ther*, 20(1), 3-10.
- 141.Bekmezci, H., Hamlacı, Y., Özerdoğan, N. (2016). Türkiye’de postpartum döneme özgü ölçeklerin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(2), 122-128.
- 142.Hopkins, K.D., Weeks, D.L. (1990). Tests for normality and measures of skewness and kurtosis:their place in Research reporting. *Educational and Pycshological Measurement*, 50(4), 717-729.
- 143.Arslan Taş, F., Turgut, R. (2013). Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. *DEUHYO ED*, 6(3), 119-124.
- 144.Aldous, M.B., Edmonson, B. (1993). Maternal age at first childbirth and risk of low birth weight and preterm delivery in Washington State. *JAMA*, 270(21), 2574-2577.
- 145.Ceron Mireles, P., Harlow, S.D., Sanchez-Carrillo, C.I. (1996). The risk of prematurity and small-for-gestational-age birth in Mexico City: The effects of working conditions and antenatal leave. *American Journal of Public Health*, 86(6), 825-831.
- 146.Balaban, E. (2016). *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebek Annelerine Verilen Eğitimin Anne Özgüvenine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- 147.Akcan, E., Yiğit, R. (2015). Prematüre bebek ağrı profili:Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg*, 29(3), 97-102.
- 148.Öztürk, R., Saruhan, A. (2013). 1-4 aylık prematüre bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 32-47.
- 149.Peker, N. (2015). *Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bebek Bakımının Bebeğin Büyümesi ve Anne-Bebek İlişkisine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın
- 150.Mutlu Turan, T., Bolışık, B. (2003). Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 7(1), 39-46.

- 151.Sola, C., Diken, H. (2008). Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı çocuğa sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi, *Özel Eğitim Dergisi*, 9(2), 21-36.
- 152.Helvacı, H., Bozgül, A., Helvacı Onursal, Y., Tatlı Güneş, B., Orbatu, D., Güneş, S. (2014). Geç preterm bebeklerde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatışı gerektiren erken neonatal sorunlar. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 4(1), 44-50.
- 153.Büyükkayacı Duman, N., Yılmazel, G., Topuz, Ş., Büyükgönenç, L. (2014). Prematüre bebeği olan annelere yapılan ev ziyaretlerinin postpartum depresyon, annelik rolü ve yenidoğan sağlığına etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1-2-3), 67-86.
- 154.Demirdöven, M., Atay, E., Özgen Sarı, İ., Göktekin, E., Ovalı, F. (2008). Preterm ve term bebeklerdeki doğumdan sonraki ilk oksijen saturasyon düzeyleri, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 39(2), 73-75.
- 155.Türkmen, M., Aydoğan, F., İnan, G., Sönmez, F., Öztürk. A, (2000), Aydın'da zamanında ve prematüre doğan bebeklerin ağırlık, boy, baş çevresi ölçümleri ve ponderal indeksleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 1(2), 17-22.
- 156.MacDonald, J., Burns, Y. (2005). Performance on the NSMDA during the first and second year of life to predict functional ability at the age of 4 in children with cerebral palsy. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 23(1), 40-45.
- 157.Pharoah, P.O., Stevenson, C., Cooke, R.W., Stevenson, R.C. (1994). Prevalence of behaviour disorders in low birthweight infants. *Archives of disease in childhood*, 70(4), 271-274.
- 158.Hack, M., Flannery, D.J., Schluchter, M., Cartar, L., Borawski, E., Klein, N. (2002) Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. *New England Journal of Medicine*, 346(3), 149-157.
- 159.Carvalho, A.E.V., Martinez, F.E., Linhares, M.B.M. (2008). Maternal anxiety and depression and development of prematurely born infants in the first year of life. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 600-608.
- 160.Nasreen, H.E., Kabir Nahar, Z., Forsell, Y., Edhborg, M. (2013). Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development:

Results from a population based study in Bangladesh. *Journal of Affective Disorders*, 146, 254-261.

161. Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Krogh, M.T., Vaever, M.S. (2016). Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language, and motor development. *Scand J Psychol*, 57(6), 571-583.

162. Odding, E., Roebroeck, M.E., Stam, H.J. (2006). The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. *Disability and rehabilitation*, 28(4), 183-191.

163. O'shea, T.M., Dammann, O. (2000). Antecedents of cerebral palsy in very low-birth weight infants. *Clinics in perinatology*, 27(2), 285-302.

164. Kim, S.A., Lee, Y.J., Lee, Y.G. (2011). Predictive Value of Test of Infant Motor Performance for Infants based on Correlation between TIMP and Bayley Scales of Infant Development. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 35(5), 860-866.

165. Hack, M., Klein, N.K., Taylor, H.G. (1995). Long-term developmental outcomes of low birth weight infants. *The future of children*, 176-196.

166. Hediger, M.L., Overpeck, M.D., Ruan, W.J., Troendle, J.F. (2002). Birthweight and gestational age effects on motor and social development. *Paediatric and perinatal epidemiol*, 16(1), 33-46.

167. Khan, N.Z., Muslima, H., Parveen, M., Bhattacharya, M., Begum, N., Chowdhury, S., Jahan, M., Darmstadt, G.L. (2017). Neurodevelopmental outcomes of preterm infants in Bangladesh. *Pediatrics*, 118(1), 280-289.

168. Robertson, C., Etches, P., Kyle, J. (1990). Eight-year school performance and growth of preterm, small for gestational age infants: a comparative study with subjects matched for birth weight or for gestational age. *The Journal of pediatrics*, 116(1), 19-26.

169. Ranke, M.B., Vollmer, B., Traunecker, R., Wollmann, H.A., Goelz, R.R., Seibold-Weiger, K., Speer, C.P., Krageloh-Mann, I. (2007). Growth and development are similar in VLBW children born appropriate and small for gestational age: an interim report on 97 preschool children. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 20(9), 1017-1026.

170. Black, M.M., Sazawal, S., Black, R.E., Khosla, S., Kumar, J., Menon, V. (2004). Cognitive and motor development among small-for-gestational-age infants: impact of zinc supplementation, birth weight, and caregiving practices. *Pediatrics*, 113(5), 1297-1305.

- 171.Gortner, L., van Husen, M., Thyen, U., Gembruch, U., Friedrich, H.J., Landmann, E. (2003). Outcome in preterm small for gestational age infants compared to appropriate for gestational age preterms at the age of 2 years:a prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 110, 93-97.
- 172.Kutlutürk, S., Çelik, G., Tonak, H.A., Kızılay, O., Topçuoğlu, S. (2018). Preterm doğumlu çocuğa sahip annelerin yaşam kalitesi, durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1. Uluslararası Erken Müdahale ve Reh. Kongresi Bildirileri Özel Sayı*, 1, 34-35.
- 173.Güra, A., Çığ, H.Ö., Ongun, H., Oygür, N. (2004). Postpartum maternal depresyon nedenleri ve prematüre bebeklerde büyüme üzerine etkileri. *Çocuk Dergisi*, 3(4), 168-172.
- 174.Kurnaz, E. (2007). *Bebegi Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Olan Annelerin Endişeleri ve Bakım Gereksinimleri* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- 175.Kızılkaya, S. (2013). *Sezeryan yada Normal Spontan Doğum Yapan Primiparlarda Doğum Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi*, (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul

EK-1

SOSYO-DEMOGRAİK VERİ FORMU

Anne/Baba:

Çocuk:

Telefon:

Adres:

1-Yaş (yıl):

2-Medeni Durumu: 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış/Dul

3-Yerleşim Yeri: 1) Köy 2) İlçe 3) İl

4-Yaşadığı il/semte/ilçe/köy:

5-Eğitim Düzeyi: 1) İlköğretim 2) Ortaöğretim 3) Lise 4) Ön Lisans 5) Lisans 6) Yüksek Lisans 7) Doktora

6-Çalışma Durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

7-Meslek:

8-Nasıl bir ailede yaşıyorsunuz? 1)Çekirdek 2) Geniş

9-Doğum Şekli: 1) Hastanede normal doğum 2) Sezeryan

10-Doğum: 1) Tekil 2) Çoğul

11-Doğum acil şartlarda mı oldu? 1)Evet 2) Hayır

12-Sezeryanda verilen anestezi türü: 1) Evet 2) Hayır

13-Doğum sonrasında bebekte oluşan komplikasyon var mı? 1)Evet (kronik akciğer hastalığı, kanama, NEC, enfeksiyon, ROP, posthemorajik hidrosefali) 2) Hayır

14-Doğum sırasında annenin yaşadığı komplikasyon var mı? 1)Evet 2) Hayır

15-Kaçıncı gebeliğiniz:

16-Ölü/düşük doğum öyküsü 1) var 2) yok

17-Gebelik yardımcı üreme yöntemiyle mi gerçekleşti? 1)Evet 2) Hayır

18-Gebelik planlanmış bir gebelik miydi? 1)Evet 2) Hayır

19-Akrabalık var mı? 1)Evet 2) Hayır

20-Kan uyuşmazlığı var mı? 1)Evet 2) Hayır

21-Gebelik süresince düzenli tıbbi kontrollerinizi yaptırdınız mı? 1)Evet 2) Hayır

22-Gebelik döneminde sigara kullandınız mı? 1)Evet 2) Hayır

23-Gebelik döneminde alkol-madde kullandınız mı? 1)Evet 2) Hayır

24-Gebelik döneminde sağlık problemi yaşadınız mı? 1)Evet (eklampsi, preeklampsi, plasenta ile ilgili problemler, gestasyonel diyabet, düşük tehdidi) 2) Hayır

25-Bebeğin cinsiyeti: 1) Kız 2) Erkek

26-Bebeğin doğum haftası 1) <32 (Çok erken preterm) 2)32-34 (erken preterm) 3)34-37 (geç preterm)

27-Bebeğin doğum günü:

28-Bebeğin kronolojik ve düzeltilmiş yaşı

29-Bebeğin kilosu

30-Baş çevresi:

31-Bebeğin beslenme şekli: 1) Sadece anne sütü 2) Mikst 3) Mama

32-Bebeğin yoğun bakımda kalma süresi:

33-Bebeğin entübe kalma süresi:

33-Bebeğin hastalık tanısı/tanıları:

34-Havale geçirdi mi?

35-Görme problemi var mı?

36-İşitme problemi var mı?

37-Daha önce preterm bir bebek dünyaya getirmiş miydiniz? 1)evet 2) hayır

EK. 2.**DURUMLULUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-1, STAI-2)****STAI FORM TX-1**

Yaş: Meslek: Tarih:/...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım 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 sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Şu 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)

EK. 2.**STAI FORM TX-2**

Yaş: Meslek: Tarih:/...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım 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 sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen Her 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 kaçıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
926.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hâkim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim	(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.

DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bölüm 1

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne kadar memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç memnun değil

4= Biraz memnun

2= Orta derecede memnun değil

5=Orta derecede memnun

3= Biraz memnun değil

6= Çok memnun

.....den ne kadar memnunsunuz?

NE DERECE MEMNUNSUNUZ?	Hiç Memnun Değil	Orta Derece Memnun Değil	Biraz Memnun Değil	Biraz Memnun	Orta Derecede Memnun	Çok Memnun
1.Sağlığınız						
2.Ağrı Düzeyiniz						
3.Günlük Aktivitelerdeki Enerji Düzeyiniz						
4.Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5.Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						
6.Fiziksel Görünüşünüz						
7.Uyku Düzeyiniz						
8.Memeleriniz						
9.Doğum Nedeni ile Olan Dikişleriniz						
10.Cinsel Yaşamınız						
11.İç Huzurunuz						
12.Genel Olarak Mutluluğunuz						
13.Genel Olarak Yaşamınız						
14.Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15.Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A) Eşinizden						
B) Ailenizden						
C)Arkadaşlarınızdan ya da Diğer İnsanlardan						
16.Eşiniz ile İlişkiniz						

17.Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme Yeterliliğiniz						
18.Bebeginizin Sağlığı						
19.Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20.Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21.Ev İşleri İçin Ayırdığınız Zaman						
22.Arkadaşlarınız/Akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman						
23.Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24.Kendiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
25.Yeni Bebeğinizi Beslenme Yeterliliğiniz						
26.Eşinizin Sağlığı						
27.Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28.Yaşadığınız Ev						
29.Komşularınız						
30.Ekonomik Bağımsızlığınız						
31. Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32.Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33.İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34.Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal varlığınız						
B) Mali Durumunuz						
C)Çevresel Koşullarınız						
35.İş/Çalışma						
A) Eşinizin İş						
B) Kendi İşiniz						

Bölüm 2

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne kadar memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç memnun değil

4= Biraz memnun

2= Orta derecede memnun değil

3= Biraz memnun değil

.....den ne kadar memnunsunuz?

5=Orta derecede memnun

6= Çok memnun

NE DERECEDE ÖNEMLİ?	Hiç Önemli Değil (1)	Orta Derecede Önemli Değil (2)	Biraz Önemli Değil (3)	Biraz Önemli (4)	Orta Derecede Önemli (5)	Çok Önemli (6)
1.Sağlığınız						
2.Ağrı Düzeyiniz						
3.Günlük Aktivitelerdeki Enerji Düzeyiniz						
4.Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5.Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						
6.Fiziksel Görünüşünüz						
7.Uyku Düzeyiniz						
8.Memeleriniz						
9.Doğum Nedeni ile Olan Dikişleriniz						
10.Cinsel Yaşamınız						
11.İç Huzurunuz						
12.Genel Olarak Mutluluğunuz						
13.Genel Olarak Yaşamınız						
14.Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15.Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A) Eşinizden						
B) Ailenizden						
C)Arkadaşınızdan ya da Diğer İnsanlardan						
16.Eşiniz ile İlişkiniz						
17.Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme Yeterliliğiniz						
18.Bebeginizin Sağlığı						
19.Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						

20.Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21.Ev İşleri İçin Ayırdığınız Zaman						
22.Arkadaşlarınız/Akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman						
23.Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24.Kendiniz İçin Ayırdığınız Zaman						

25.Yeni Bebeğinizi Beslenme Yeterliliğiniz						
26.Eşinizin Sağlığı						
27.Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28.Yaşadığınız Ev						
29.Komşularınız						
30.Ekonomik Bağımsızlığınız						
31.Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32.Tıbbi Hizmete Erişim						
33.İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34.Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal varlığınız						
B) Maddi Durumunuz						
C)Çevresel Koşullarınız						
35.İş/Çalışma						
A) Eşinizin İçi						
B) Kendi İşiniz						

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Prematüre doğum yapan annelerin doğum sonrası yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyi ile term dönemdeki bebeklerinin motor performans düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	KA18/420

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Taşkent Caddesi 77. Sokak No:11 06490 Bahçelievler/ANKARA
	TELEFON	(0 312) 212 90 65
	FAKS	(0 312) 221 37 59
	E-POSTA	etikkurul@baskent.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ayşe ECEVİT		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları /Yenidoğan		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Yenidoğan Bilim Dalı		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	DESTEKLEYİCİ	Başkent Üniversitesi		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
		İlaç dışı klinik araştırma	☒	
	Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

ASLI GİBİDİR



Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Meral TUNCER
İmza:

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Prematüre doğum yapan annelerin doğum sonrası yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyi ile term dönemdeki bebeklerinin motor performans düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	KA18/420

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	13/03/2019	4.0
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	25/02/2019	3.0	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	08/02/2019	1.0	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
Diğer:	☒	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Yenidoğanların Motor Performans Testi (TIMP)		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 19/11	Tarih: 15/03/2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Meral TUNCER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Meral Tuncer Başkan	Tıbbi Farmakoloji AD	Başkent Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Feride İ. Şahin Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik AD	Başkent Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Remzi Erdem Üye	Tıbbi Farmakoloji AD	Başkent Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Sıdıka Esra BASKIN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD/ Nefroloji BD	Başkent Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Derya Aldemir Üye	Tıbbi Biyokimya AD	Başkent Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Hamdi Akan Üye	İç Hastalıkları AD/ Hematoloji BD	Ankara Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Meral TUNCER
İmza:

ASLI GİBİDİR

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Prematüre doğum yapan annelerin doğum sonrası yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyi ile term dönemdeki bebeklerinin motor performans düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		KA18/420							
Prof. Dr. Neslihan B. Tütüncü Üye	İç Hastalıklar AD / Endokrinoloji ve Metabolizma BD	Başkent Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Am
Prof. Dr. Mete Üngör Üye	Diş Hekimliği Fakültesi / Endodonti AD	Başkent Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Am
Prof. Dr. Bülent Öztürk Üye	Üroloji AD	Başkent Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Am
Prof. Dr. Armağan Altun Üye	Kardiyoloji AD	Başkent Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Am
Doç. Dr. Jale K. Karabulut Üye	Biyoistatistik AD	Hacettepe Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Am
Doç. Dr. İsmail Cengiz Koçum Üye	Biyomedikal Mühendisliği	Başkent Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Am
Doç. Dr. Ezgi Aygün Eşitli Üye	Hukuk Fakültesi	Başkent Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Am
Dr. Öğr. Üyesi Rifat Vedat Yıldırım Üye	Tıp Tarihi ve Etik AD	Başkent Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Am
Filiz Cangöz Üye	Emekli Bankacı	Sivil Üye	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	Am

*:Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR



Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Meral TUNCER
İmza:

[Signature]

Sayı : 94603339-604.01.02/ 11123
Konu : Proje Onayı

19/03/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı / Yenidoğan Bilim Dalında görev yapmakta olan Prof. Dr. Ayşe Nur Ecevit'in yürütücülüğünde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hande Fidan'ın sorumluluğunda yürütülecek olan KA18/420 nolu "Prematüre doğum yapan annelerin doğum sonrası yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyi ile term dönemdeki bebeklerinin motor performans düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15/03/2019 tarih ve 19/11 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

DAĞITIM

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına





KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktı. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz taktirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Prematüre (Erken) Doğum Yapan Annelerin Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi ve Anksiyete (Kaygı) Düzeyi ile Term Dönemdeki (Zamanında Doğması Gereken Dönem) Bebeklerinin Motor (Hareket) Performans Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 85'tir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre bebeğinizin doğumundan sonraki ve bebeğinizin zamanında doğumunun gerçekleşmesi gereken zamandır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

1

Bu çalışmada, premature (erken doğan) bebeği olan annelerin yaşam kalitesi düzeyinin bebeklerin motor gelişim (hareket gelişimi) düzeyine olan etkisini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Çalışmaya Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Uygulama ve Araştırma Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takibine başlanan, cinsiyet ayrımı olmaksızın 37 haftanın altında doğan preterm (erken doğan) bebeklerin anneleri alınacaktır.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma için size öncelikle 5 dakika sürecek sosyodemografik anket uygulanacaktır. Bu anket yaşınız, medeni ve ekonomik durumunuz, yaşadığınız yer ve bebeğe ait sağlık durumu ile ilgili özellikleri içermektedir. Daha sonra sizin endişe durumunuzu ve yaşam kalitenizi değerlendiren iki anketi doldurmanız istenecek ve yaklaşık 20 dk süre içerisinde bebeğinizin hareket gelişimi değerlendirilecektir.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Çocuğunuzun uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak doktoru tarafından tavsiye edilen ilaçlar dışında başka ilaç kullanmaması gerekmektedir.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Araştırmadan tıbbi olarak kişisel bir yarar sağlamak söz konusu değildir, ancak bu araştırmadan elde edilen sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir. Araştırma yalnızca bilimsel araştırma amaçlıdır ve gönüllünün doğrudan yarar görmesi ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmemesi gereklidir.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırma herhangi bir risk içermemektedir. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa, tedavi için gereken masraflar Başkent Üniversitesi tarafından karşılanacaktır.

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

2

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günü 24 Saati Ulaşılabilir Hekimin Adres ve Telefonları:

Prof.Dr.Ayşe Ecevit

İş: 0312234936/2949 Cep: 05348937200

Adres: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Yenidoğan Bilim Dalı
Bahçelievler/Ankara

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya çocuğunuzun/vasisi olduğunuz çocuğun katılması için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Hastalığınızın gerektirdiği tetkiklere ilave olarak yapılacak her türlü tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma giderleri size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

3

verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, araştırma programını aksatmanız veya araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız gelişebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle hekiminiz sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durum size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Çocuğunuza yukarıda belirtilen değerlendirmeler dışında başka hiçbir tedavi ya da değerlendirilme yapılmayacaktır.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın Prof. Dr. Ayşe Ecevit tarafından Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yenidoğan Bilimdalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VASİ (Varsa)		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

6

ARAŞTIRMACI		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

7

