

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YENİDOĞAN TARAMALARI HAKKINDA ANNELERİN BİLGİ VE
TUTUMLARI İLE KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra BEŞALTI

OCAK 2023

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YENİDOĞAN TARAMALARI HAKKINDA ANNELERİN BİLGİ VE
TUTUMLARI İLE KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Esra BEŞALTI

Avrasya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsünce

"YÜKSEK LİSANS"

Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 03/01/2023

Tezin Savunma Tarihi: 24/01/2023

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülşah BALIK

TRABZON 2023

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

KABUL VE ONAY

Avrasya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Gülşah BALIK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Esra BEŞALTI tarafından hazırlanan “**Yenidoğan Taramaları Hakkında Annelerin Bilgi ve Tutumları ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki**” başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 18/01/2023 gün ve 2023-03 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Gülşah BALIK
JÜRİ BAŞKANI

Dr. Öğr. Üyesi Belkız KIZILTAN
ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KAĞITÇI
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Cemal BIYIK
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezimin tüm aşamalarında kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Gülşah BALIK’a,

Lisansüstü eğitimimde emeği gecen ve desteğini hiç, esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Belkız KIZILTAN’a ve Dr. Öğr. Üyesi Semra ELMAS’a,

Eğitimim süresince her zaman destekçim olan ve benden yardımlarını esirgemeyen eşim Metin BEŞALTI’ya,

Veri toplama sürecinde destek olan Artvin İl Sağlık Müdürlüğü yetkililerine ve tüm değerli iş arkadaşlarıma sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Saygı ve sevgilerimle...

Esra BEŞALTI

Trabzon, 2023

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Yenidoğan Taramaları Hakkında Annelerin Bilgi ve Tutumları ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki**” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım **Prof. Dr. Gülşah BALIK**’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakça da eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim. 03/01/2023

Esra BEŞALTI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL VE ONAY	III
ÖNSÖZ.....	IV
TEZ BEYANNAMESİ.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
TABLolar DİZİNİ.....	X
SİMGE VE KISALTMALAR.....	XII
ÖZET	XIII
ABSTRACT	XV
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Tarama Programlarının Tarihçesi.....	3
2.1.1.Yenidoğan Metabolik Hastalıklar Taraması Tarihçesi.....	3
2.1.2.Yenidoğan İşitme Taraması Tarihçesi.....	3
2.1.3. Yenidoğan Görme Taraması Tarihçesi.....	4
2.1.4. Yenidoğan Gelişimsel Kalça Displazisi Tarihçesi	4
2.2. Yenidoğan Tarama Kapsamındaki Hastalıklar Epidemiyolojisi	4
2.2.1. Fenilketonüri.....	4
2.2.2. Biyotinidaz	7
2.2.3. Kistik Fibrozis	8
2.2.4. Konjenital Hipotroidi.....	9
2.2.5. Konjenital Adrenal Hiperplazi.....	10
2.2.6. Spinal Müsküler Atrofi.....	11
2.2.3.Yenidoğan İşitme Tarama Epidemiyolojisi	12
2.2.4. Yenidoğan Görme Tarama Epidemiyolojisi.....	14
2.2.5. Gelişimsel Kalça Displazisi.....	15
2.3. Annelerin yenidoğan taramaları hakkında bilgi düzeyi ve tutum ile ilgili yapılan çalışmalar.....	16
2.4. Kaygı	19
2.4.1. Kaygı Çeşitleri.....	20
2.4.1. Yenidoğan Tanı İşlemleri ve Kaygı.....	20
2.5. Kaygı ile ilgili yapılan çalışmalar.....	21

3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Amacı	24
3.2. Araştırma Soruları	24
3.3. Araştırmanın Modeli	25
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.6. Veri Toplama Araçları.....	25
3.6.1. Anne Kişisel Bilgi Formu.....	26
3.6.2. Yenidoğan Taramaları Hakkında Anne Bilgi ve Tutumları Ölçeği	26
3.6.3. Durumluk Kaygı Ölçeği	26
3.7. Veri Toplama İşlemi.....	27
3.8. Verilerin Analizi	27
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	28
4. BULGULAR	29
4.1. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular	29
4.2. Annelerin Yenidoğan Taramalarına Hakkında Bilgi ve Tutum Düzeyleri ile Kaygı Düzeyleri Arasında Anlamlı Bir İlişki Olup Olmadığına İlişkin Bulgular	34
4.3. Annelerin Yenidoğan Taramalarına İlişkin Bilgi ve Tutum Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular	35
4.3.1. Annelerin yaşlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?	35
4.3.2. Annelerin eğitim durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?	36
4.3.3. Annelerin çalışma durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?	37
4.3.4. Annelerin gelir durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?	38
4.4. Annelerin Kaygı Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular	39
4.4.1. Annelerin yaşlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?	39
4.4.2. Annelerin eğitim durumlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?	40
4.4.3. Annelerin çalışma durumlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?	41
4.4.4. Annelerin gelir durumlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?	42
5. TARTIŞMA.....	44

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
7. KAYNAKLAR.....	51
ÖZGEÇMİŞ.....	57
EKLER	58



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Fenilalaninin tirozine dönüştüğü metabolik yol	5
Şekil 2: Fenilketonüri Sonuç Değerlendirme Algoritması	6
Şekil 3: Biyotinidaz Eksikliği Sonuç Değerlendirme Algoritması	7
Şekil 4: Kistik Fibrozis Sonuç Değerlendirme Algoritması	8
Şekil 5: Konjenital Hipotroidi Sonuç Değerlendirme Algoritması	9
Şekil 6: Konjenital Adrenal Hiperplazi Sonuç Değerlendirme Algoritması	10
Şekil 7: SMA Sonuç Değerlendirme Algoritması	12
Şekil 8: İşitme Tarama ABR Protokolü Akış Şeması	13
Şekil 9: 5 Günden Fazla Yoğun Bakımda Kalan Bebeklerde Tarama ABR Protokolü Akış Şeması	14
Şekil 10: Bebeklerde Göz Muayenesi Akış Şeması	15
Şekil 11: GKD Akış Şeması	16

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. SMA Tipleri	11
Tablo 2. Annelerin Genel Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	30
Tablo 3. Annelerin Gebelik Durumlarına Yönelik Bulgular	31
Tablo 4. Annelerin yenidoğan tarama programları ile taranan hastalıkları bilme durumları* (n=267)	32
Tablo 5. Annelerin yenidoğan tarama programları hakkında bilgi edinme kaynaklarının dağılımları* (n=267).....	32
Tablo 6. Annelerin yenidoğan tarama programları hakkında bilgi edinmek istedikleri zaman dağılımları (n=267)	33
Tablo 7. Annelerin yenidoğan tarama programlarına ilişkin bilgi durum dağılımı (n=267)	34
Tablo 8. Annelerin Bilgi ve Tutum Düzeyleri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki	34
Tablo 9. Annelerin yaşlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerini gösteren betimsel istatistikler	35
Tablo 10. Annelerin yaşlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerine yönelik varyans analizi tablosu	36
Tablo 11. Annelerin eğitim durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerini gösteren betimsel istatistikler	36
Tablo 12. Annelerin eğitim durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerine yönelik varyans analizi tablosu	37
Tablo 13. Annelerin çalışma durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerine yönelik t testi tablosu	38
Tablo 14. Annelerin gelir durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerini gösteren betimsel istatistikler	38
Tablo 15. Annelerin gelir durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerine yönelik varyans analizi tablosu	39
Tablo 16. Annelerin yaşlarına göre kaygı düzeylerini gösteren betimsel istatistikler.....	40
Tablo 17. Annelerin yaşlarına göre kaygı düzeylerinin varyans analizi tablosu.....	40

Tablo 18. Annelerin eğitim durumlarına göre kaygı düzeylerini gösteren betimsel istatistikler	41
Tablo 19. Annelerin eğitim durumlarına göre kaygı düzeylerinin varyans analizi tablosu	41
Tablo 20. Annelerin çalışma durumlarına göre kaygı düzeylerini gösteren t testi tablosu .	42
Tablo 21. Annelerin gelir durumlarına göre kaygı düzeylerini gösteren betimsel istatistikler	42
Tablo 22. Annelerin gelir durumlarına göre kaygı düzeylerini gösteren varyans analizi tablosu.....	43



SİMGE VE KISALTMALAR

NTP	: Neonatal Tarama Programı
YİTP	: Yenidoğan İşitme Tarama Programı
GKD	: Gelişimsel Kalça Displazisi
YGTP	: Yenidoğan Görme Tarama Programları
FKÜ	: Fenilketonüri
KAH	: Konjenital Adrenal Hiperplazi
SMA	: Spinal Musküler Atrofi
SMN	: Survival Motor Neuron
APA	: Amerikan Pediatri Akademisi

Yüksek Lisans Tezi

ÖZET

YENİDOĞAN TARAMALARI HAKKINDA ANNELERİN BİLGİ VE TUTUMLARI İLE KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Esra BEŞALTI

**Avrasya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Danışman: Prof. Dr. Gülşah BALIK

2023, 57 (Tez Sayfa), 9 (Ek Sayfalar)

Bu çalışmada, 0-1 yaş aralığında bebeği olan annelerin yenidoğan tarama programlarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında ilişkinin tespiti amaçlanmıştır. Bununla birlikte, annelerin farklı demografik özelliklerine göre yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum düzeyi ve kaygı durumlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Çalışmaya seçkisiz olmayan uygun örnekleme yöntemi kullanılarak Artvin ilinde yaşayan ve 0-1 yaş çocuğu olan 267 anne katılmıştır. Annelerin yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla Newcomb ve arkadaşları tarafından 2013 yılında geliştirilen ve Erbay tarafından 2020 yılında Türkçe'ye uyarlanan “Yenidoğan Taramaları Hakkında Anne Bilgi ve Tutumları Ölçeği” ve annelerin kaygı düzeylerini saptamak amacıyla, 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 1983 yılında Öner ve LeCompte tarafından Türkçeye uyarlanmış “Durumluk Kaygı Ölçeği” kullanılmıştır. Annelere ilişkin demografik bilgilerin elde edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “Anne Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır. Annelerin yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutumları ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için Pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte, annelerin yenidoğan

tarama programlarına ilişkin bilgi ve tutumları ve kaygı düzeylerinin, farklı sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığı belirleyebilmek için bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, annelerin yenidoğan tarama taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -.262$, $p < .01$). Annelerin farklı demografik özelliklerine göre yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum düzeyi ve kaygı durumlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş ve annelerin yaşlarına, eğitim düzeylerine, çalışıp çalışmadıklarına ve gelir düzeylerine göre yenidoğan tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri ve kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Sonuç olarak, annelerin yenidoğan tarama programları hakkında yeterli bilgiye sahip olmalarını sağlayacak ve bu süreçle ilgili kaygı düzeylerini azaltacak önlemlerin alınmasına dair önerilerde bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan Tarama Programları, Bilgi ve Tutum, Kaygı

Master Thesis

ABSTRACT

**THE RELATIONSHIP BETWEEN MOTHERS' KNOWLEDGE AND
ATTITUDES ABOUT NEWBORN SCREENINGS AND THEIR ANXIETY
LEVELS**

Esra BEŞALTI

Eurasian University

Graduate School

Nursing Department

Supervisor: Prof. Dr. Gülşah BALIK

2023, 57 (Page), 9 (If available)

In this study, it was aimed to determine the relationship between the level of knowledge and attitudes about newborn screening programs and anxiety levels of mothers with 0-1 year old infants. In addition, it was examined whether the level of knowledge and attitudes about newborn screening programs and anxiety levels of mothers differed according to their different demographic characteristics. Using non-random convenience sampling method, 267 mothers with 0-1 year old children living in Artvin province participated in the study. In order to determine the knowledge and attitudes of mothers about newborn screenings, the "Maternal Attitudes and Knowledge about Newborn Screenings Scale" developed by Newcomb et al. in 2013 and adapted into Turkish by Erbay in 2020 and the "State Anxiety Scale" developed by Spielberger et al. in 1970 and adapted into Turkish by Öner and LeCompte in 1983 were used to determine the anxiety levels of mothers. "Mother's Personal Information Form" prepared by the researcher was used to obtain demographic information about the mothers. Pearson correlation analysis was performed to determine the relationships between mothers' knowledge and attitudes about newborn screening and their anxiety levels. In addition, independent sample t test and one-way analysis of variance (ANOVA) technique were used to determine whether mothers' knowledge and attitudes about newborn screening programs and anxiety levels differed significantly according to different socio-demographic characteristics. As a result of

the statistical analyses, a negative and low level significant relationship was found between mothers' knowledge and attitudes towards newborn screening and their anxiety levels ($r = -.262, p < .01$). It was examined whether the knowledge and attitude levels and anxiety levels of mothers about newborn screening tests differed according to different demographic characteristics. There was no statistically significant difference between the knowledge and attitude levels and anxiety levels of mothers about newborn screening tests and mothers' age, education level, employment status and income level. As a result, recommendations were made to take measures to ensure that mothers have sufficient knowledge about newborn screening programs and to reduce their anxiety levels about the process.

Keywords: Newborn Screening Programs, Knowledge and Attitude, Anxiety



1. GİRİŞ

Her bebeğin hayata sağlıklı başlama hakkı vardır ve bütün bebekler bu konuda eşit hakka sahiptir. Tüm ülkeler bu amaç doğrultusunda sağlık politikalarını yürütmektedir. Ülkemizde yürütülen sağlık politikalarında önemli bir yere sahip olan tarama programları koruyucu sağlık hizmeti içerisinde yer almaktadır [1,2,3]. Bireylerin genellikle bir hastalığın belirti vermesiyle hekime başvurmasından dolayı bazı hastalıkların fark edilmesinde geç kalınmakta ve kişilerde kalıcı sekeller bırakmasına neden olmaktadır [4]. Tarama testleri ile başlangıçta belirti vermeyip zaman ilerledikçe bulgularını gösteren hastalıkların bireyde var olma ihtimali ortaya koyulur [5]. Ayrıca tarama programı ile zihinsel gerilik, konjenital, metabolik, endokrin, hematolojik ve genetik problemler, işitme sorunları, nörolojik sorunlar hatta ölüme kadar yol açan hastalıklar erken teşhis edilerek zamanında müdahale edilmesi sağlanır. Erken teşhis sayesinde mortalite ve morbidite oranlarında önemli düşüşler de elde edilir [6].

Bir hastalığın tarama kapsamına alınması için çeşitli ilkeler bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır; hastalıkların toplumda sık görülmesi, taranabilmesi için laboratuvar koşullarının uygun ve yeterli olması, hastalıkların insan vücudunda belirli bir şekilde adım adım ilerlemesi, hastalığın nasıl tedavi edileceğine dair uzman kişilerce bir prosedür belirlenmiş olması ve maliyetinin ne olacağıdır [4]. Ülkemizde akraba evlilikleri oldukça sık görülmektedir ve buna bağlı olarak metabolik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır [7]. Ülkemizde Sağlık Bakanlığının protokolünde yenidoğan bebeklere yapılan Neonatal Tarama Programı (NTP), Yenidoğan İşitme Tarama Programı (YİTP), Yenidoğan Görme Tarama Programları (YGTP) ve Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) bulunmaktadır. Bu programlar birçok çocuğun sağlıklı olmasını sağlamak ve ulusal düzeyde sistemli bir şekilde uygulanmaktadır [8]. Uygulanan bu tarama programlarının amacına ulaşması sağlık personelinin duyarlı olması ile doğrudan ilişkilidir.

Sağlık personeli yaptığı işlemin ne olduğu, niçin yapıldığı ve bebeğe olan faydalarını açıkladığı takdirde aile de bu testlerin uygulanması noktasında gereken özeni gösterecektir. Bilinmezlikten doğan kaygı annelik rolüne uyumu zorlaştırdığı gibi yenidoğan bebekte sık rastlanan hastalıkların reddine de neden olmaktadır. NTP çerçevesinde bebekten topuk kanı alımı sırasında bebekte oluşturduğu ağrı nedeniyle aileler irrite olmaları ve yapılan işlem

hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmamasından kaynaklı olarak bu testleri yaptırmak istememeleri bu durumun örnek olarak verilebilir. Bilgisizlik kişide korku ve kaygı oluşturmaktadır fakat kişi bilgi edindiği takdirde bu korku ve kaygı ile baş etme stratejileri geliştireceği gibi yaşadığı durum üzerinde kontrol kurmayı da sağlayacaktır.

Tarama programı kapsamında yapılacak testler hakkında ailelerin bilgilendirilmesinde sağlık personellerine önemli görevler düşmektedir. Sağlık personeli bilgilendirmeyi ailelerin anlayabileceği bir dilde anlatmalıdır. Tarama programı kapsamında yapılacak testlerin neler olduğu, ne gibi sınırlıklarının bulunduğu, tedavisinin ve korunma şeklinin nasıl olduğunu ve sonuçların ne anlam ifade ettiğinden bahsetmelidir [9]. Ayrıca sağlık personelinin sadece bilgilendirme yapmayarak kişilerin bu testler hakkında ne düşündüğünü ve neler hissettiğini de anlamaya çalışmalıdır. Tarama testlerinin çok önemli faydalarının olmasına rağmen, ailelerin sonuçlara nasıl ulaşacağını bilmemesi, testlerin sonuçlarına yönelik bilinmezlikler ve sonuçların olumsuz çıkma ihtimali kişilerde stres ve kaygıya neden olmaktadır [10]. Bununla birlikte, testler kapsamında elde edilen sonuçlarda genetik bir hasar bulunmasıyla kişinin kendini damgalanmış hissetmesi ve ayrımcılığa maruz kalma korkusu da ortaya çıkan sorunlardır. Bu kapsamda yapılan testlerle taranan hastalıkların sonuçlarının pozitif veya şüpheli çıkması durumunda kişilerde oluşan kaygı yönetimine karşı da standart bir uygulama bulunmaması nedeniyle kişiler psikolojik olarak zor bir sürecin içerisine girmektedirler [11,12].

Bu araştırmada, annelerin yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında ilişkinin tespiti amaçlanmaktadır. Bununla birlikte, annelerin farklı demografik özelliklerine göre yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum düzeyi ve kaygı düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Tarama Programlarının Tarihçesi

2.1.1.Yenidoğan Metabolik Hastalıklar Taraması Tarihçesi

İlk olarak 1934 yılında fenilpirüvik asit ile öğrenme güçlüğü'nün arasında anlamlı bir ilişkinin kurulmasının ardından yenidoğanları tarama fikri ortaya çıkmıştır. 1937'de Jervis ve meslektaşları, Fenilketonüri'nin (FKÜ) nedenini, fenilalanin (Phe) 'yi tirozine dönüştürememesiyle sonuçlanan eksik fenilalanin hidroksilaz aktivitesi olarak tanımlamışlardır [13]. 1959 yılında Dr.Robert Warner ile Dr. Robert Guthrie'nin çalışmalarının sonucunda basit düzeyde, bakteriyolojik inhibisyona bağlı bir test meydana gelmiştir. 1961 yılında testi daha da basitleştirmek ve tüm yenidoğanların taranması için çalışmalara başlanmış 1963 yılında çalışmaların sonuçları yayınlanmış ve 1965 yılında ABD 27 eyaletinde yenidoğan bebekleri FKÜ açısından taramaya başlamıştır [14, 15, 16].

Ülkemizde ise 1983 yılında FKÜ görülme sıklığını belirleyebilmek amacıyla pilot bir çalışma başlatılmış olup, İnsidansın yüksek düzeyde olduğu görülmüş ve 1986 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'nın çalışmalarıyla ile 36 il merkezinde tarama programı yürütülmeye başlanmıştır. 1993 yılı itibariyle de bu uygulama tüm illerde yaygınlaştırılmıştır. Uygulamanın ulusal tarama programına dönüştürülmesi ise 1994 yılında gerçekleştirilmiştir [17]. Tarama programına 2006 yılında Konjenital Hipotroidi, 2008'de Biyotinidaz Eksikliği, 2015'te Kistik Fibrozis eklenmiştir. Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH) pilot çalışmaları 2017'de başlanmış olup 2022'de 81 ile yaygınlaştırılmıştır. 9 Mayıs 2022 tarihi itibari ile de Spinal Musküler Atrofi (SMA) tarama programlarına dahil edilmiştir [5].

2.1.2.Yenidoğan İşitme Taraması Tarihçesi

İşitme tarama programının başlangıcı yaklaşık olarak 60 yıl öncesine Marion Downs'ın bebek işitme problemlerinin ileriki yaşlarda dil gelişimine etki ettiğini farkederek erken yaşta ele alınması gereken bir problem olduğunu keşfetmesiyle başlamıştır. Başlangıçta toplumu bilgilendirme ile farkındalık oluşturma amaçlanmış daha sonra bunun yeterli olmadığı fark edilerek tüm bebeklerin düzenli aralıklarla test edilmesi gerektiği kanısına varılmıştır [18, 19]. İlerleyen yıllarda davranış yöntemi kullanılarak bebeklerin sese karşı tepki olarak verdikleri solunum sayısının artması, nabzının artması ve boynunu çevirmesi gibi davranışlar

gözlemlenmiştir. Daha sonra bu yöntemin de yetersiz olduğu görülüp, bebeğin verilen sese karşı solunum, nabız sayısındaki değişiklikleri ve baş hareketlerini kaydeden cihazların var olduğu işitsel beşikler geliştirilmiştir. 1992 yılında Amerikan Pediatri Akademisi (APA) işitme açısından risk altında olan bebeklere tarama yapılmasını tavsiye etmiş olup 1999 yılında ise tüm yenidoğan bebeklere tarama yapılması önerilmiştir. Ülkemizde işitme tarama programı 2000 yılında pilot illerde başlatılmış olup 2008 yılında ise 81 ile yaygınlaştırılmıştır [5].

2.1.3. Yenidoğan Görme Taraması Tarihçesi

Amerikan Pediatri Akademisi tarafından görme taramaları için rehberler yayınlanmaktadır. 2015 yılında yenidoğan bebeklerin görmesini değerlendirmeye yönelik rehber yayınlanmıştır. Ülkemizde sağlık bakanlığının 2019 yılında yayınladığı 17. genelge ile 0-3 aylık bebeklerin görme taraması yapılmaktadır [5].

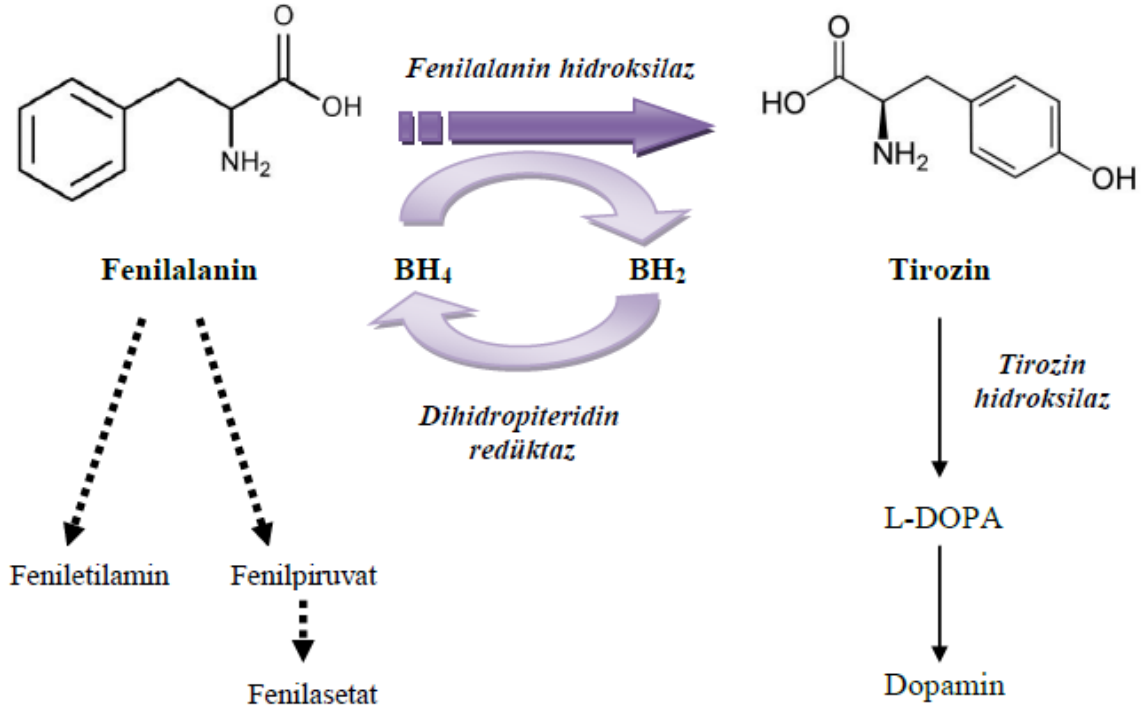
2.1.4. Yenidoğan Gelişimsel Kalça Displazisi Tarihçesi

APA tarafından 2000 yılında kalça dizplazisini değerlendirmeye ve tanılamaya yönelik rehber yayınlanmıştır. Kalça displazisi sağlık bakanlığımızın öncelikleri arasında yer almış olup Çocuk Ortopedisi Derneği ile birlikte yapılan çalışmalar sonucunda aile hekimleri eğitim verilmiş ve 2010 yılında gelişimsel kalça displazisi tarama programı başlatılmıştır [5, 20].

2.2. Yenidoğan Tarama Kapsamındaki Hastalıklar Epidemiyolojisi

2.2.1. Fenilketonüri

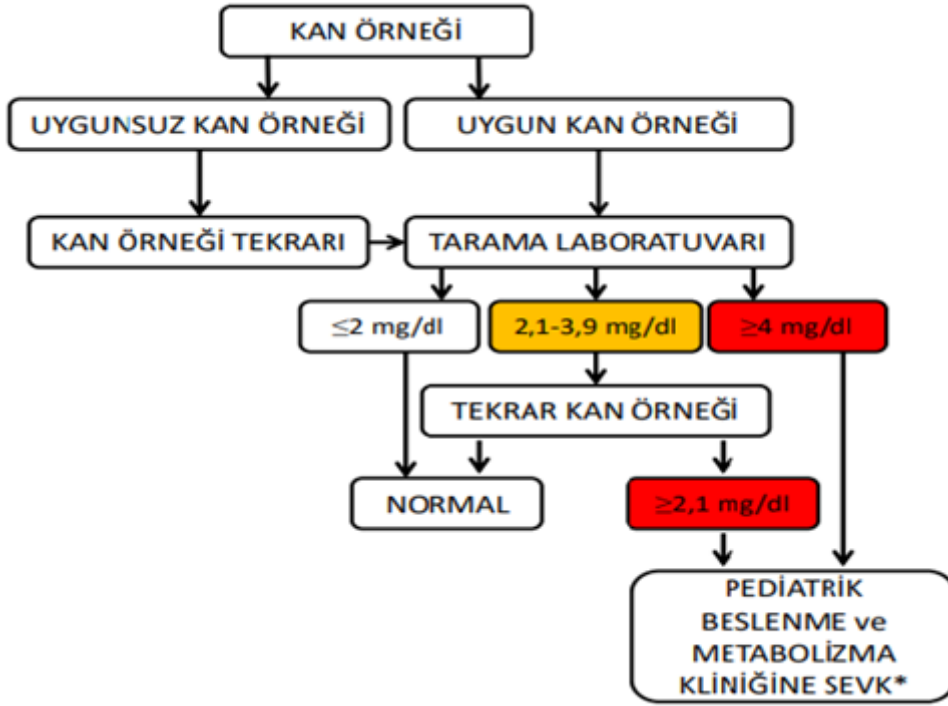
Akraba evliliğinin sık yapıldığı ülkelerde FKÜ hastalığına daha çok rastlanmakta olup ülkemizde akraba evliliklerinin sık yapıldığı ülkelerden biridir ve görülme sıklığı 4000 canlı doğumda birdir [5, 21]. İnsan vücudunda yer alan Fenilalanin hidroksilaz, amino asit olan fenilalanini diğer bir aminoasit olan aminoasit tirozine dönüştürmede görev alır. Tirozine dönüşürken kofaktör olarak tetrahidrobiopterin (BH4) gereksinim duyar. Kromozom 12'de bulunan fenilalanin hidroksilaz enzimini kodlayan gendeki mutasyon sonucu fenilalanin tirozine dönüşmemesi, kofaktör olan BH4 üretimindeki bozukluk veya bir karaciğer enzimi olan fenilalanin hidroksilaz enzim aktivasyonunun azlığı sonucu fenilalanin kanda ve dokularda birikmeye başlar. Tedavi edilmediği takdirde beyinde biriken hiperfenilalanin ciddi beyin hasarına ve mental retardasyona sebep olur [22].



Şekil 1: Fenilalaninin tirozine dönüştüğü metabolik yol [22]

Fenilketonüri hastalarında başlangıçta diğer bebeklerden ayırt edilebilen hastalığa dair herhangi bir değişim yoktur. Vücutta fenilalanin biriktikçe nörolojik belirtiler ortaya çıkar. 6. ayna geldiklerinde belirtiler belirgin bir şekilde görülmeye başlar. Vakalarının yarısından fazlası anne ve babayla kıyas edildiğinde rengi daha açık ten, saç ve göz rengine sahiplerdir (hipopigmentasyon). Ayrıca bu duruma eşlik eden zekâ geriliği, konvülsiyonlar, cilt problemleri, otizme benzeyen davranışlar gözlenirken idrar ve vücut sıvılarında küfe benzeyen koku da dikkat çeken özellikler arasındadır [23, 24].

Fenilketonüri taraması yenidoğan bebeklerden ilk 48 saat içinde topuk kanı alınarak uygulanmaktadır. Topuk kanının bebeğin besin almaya başladıktan sonra alınması gerekmektedir. Ayrıca doğumu takiben ilk 1 hafta içerisinde aile sağlığı merkezlerinde mükerrer kan örneği alınmaktadır. İlk kan örneğinde FKÜ değerinin normal aralıkta olmaması veya uygunsuz olması halinde mükerrer örnekte tekrar değerlendirilmektedir [5].



Şekil 2: Fenilketonüri Sonuç Değerlendirme Algoritması [5]

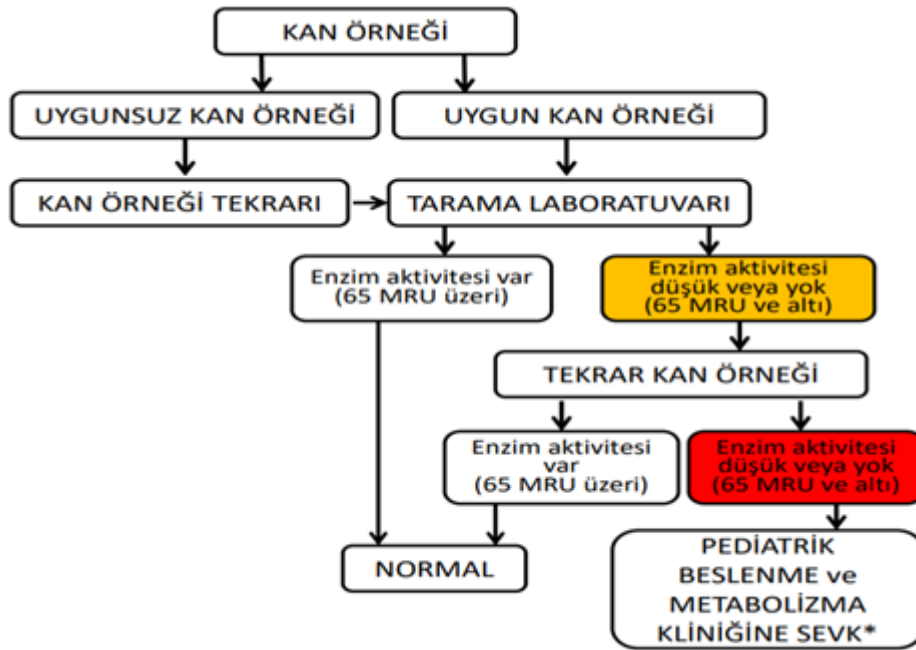
Fenilalanin düzeyi yüksek olan kişilerde tanı konulması için sık olarak kullanılan yöntem tandem kütle spektrometresidir. Yüksek fenilalanin ve tirozin seviyeleri ikinci bir plazma amino asit analizi ile belirlenerek tanı konulur. Tedavi öncesi; kan fenilalanin düzeyi, enzim aktivitesi ve hastaların bir günde tolere edebildikleri fenilalanin miktarına göre hastalık klasik, orta, hafif, hafif derece HFA ve tedavi gerektirmeyen olmak üzere 5 gruba ayrılır [22]. Fenilketonüri olan hastalarda erken tanı ve tedavi ile zekâ geriliği gibi kalıcı sekellerin önüne geçilebilmektedir [5].

Fenilketonüri hastalarında tedavi olarak fenilalaninden kısıtlı olan diyet uygulanır. Bu kişiler protein içeriği yüksek olan et, süt ürünleri, balık, normal ekmek, fındık, soya, aspartam, kuruyemiş ve krema gibi hayvansal gıdalardan uzak durmak zorundadır. Bunların yerine protein bakımından düşük olan sebze, meyve ve bazı bakliyatlar, fenilalaninsiz mama, düşük proteinli makarna, ekmek, un, pirinç ve çikolata tüketmeleri gerekmektedir. Fenilalanin hidroksilazın ko-faktörünün gerekli miktarda verilmesinin de FKÜ'nün alt tiplerinde fayda sağladığı bilinmektedir Başlangıçta sık sık izlem gerekirken yaş ilerledikçe izlemin sıklığı da azalmaktadır [25, 26].

2.2.2. Biotinidaz

İnsan vücudunda büyüme ve gelişmeyi sağlayan, enerji sağlamakta görev alan B grubu vitaminlerinden biri olan biotin, karbonhidrat, yağ ve proteinin kullanılması ve yok edilmesi için gerekli B grubu vitaminlerinden biridir. Besinlerle alınan biyotin vücuda geri dönmek için biyotinidaz enzimine ihtiyaç duymaktadır [27]. Kalıtsal bir hastalık olan biyotinidaz enzim eksikliğinde biotin bağlı bulunduğu proteinden ayrılarak serbest biotine dönüşemez ve buna bağlı olarak beyinde laktat birikerek nörolojik, immünolojik, dermatolojik, işitme ve görme problemi belirtileri ortaya çıkarır [28].

Biyotinidaz eksikliği taraması yenidoğan bebeklerden ilk 48 saat içinde topuk kanı alınarak uygulanır. Enzim aktivitesinin düşük olması veya ilk kan örneğinin uygunsuz olması halinde alınan ikinci topuk kanında tekrar değerlendirilmektedir [5].



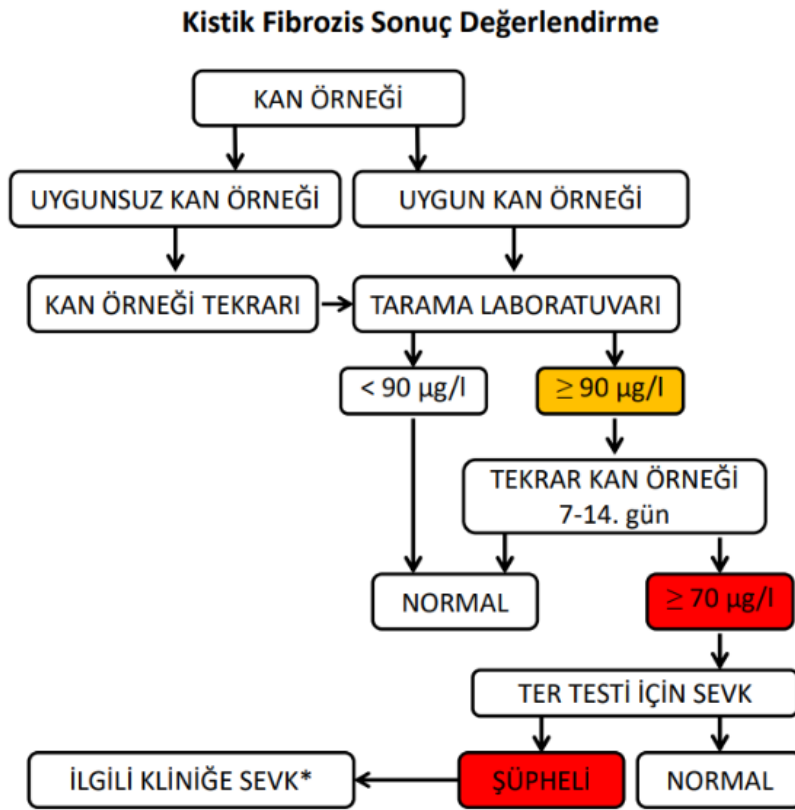
Şekil 3: Biotinidaz Eksikliği Sonuç Değerlendirme Algoritması [5]

Ülkemizde akraba evliliklerinin çok olması nedeniyle biyotinidaz eksikliği insidansı 1:11331 olarak diğer ülkelere oranla çok yüksektir. Kesin tanı sıklıkla kolorimetrik yöntem kullanılarak serumda, lenfositlerde ve fibroblast kültüründe enzim seviyesi ölçülerek koyulur. Biotinidaz eksikliğinin tedavisinde serbest biotin kullanılır. Günlük alınan biotin ile deri problemleri ve konvülsiyonlar hızla gerilemektedir. Tedavisinin olması, kolay uygulanabilirliği açısından erken teşhis önemli bir yere sahiptir [29, 30].

2.2.3. Kistik Fibrozis

7. kromozomdaki CFTR geninin mutasyonu sonucu klor kanallarının bozularak lümene aktarılamaması nedeniyle hücre içinde sodyum tutulur ve sekresyonların yoğunluğu artarak koyu, yapışkan bir hal alır. Salgı kanallarında oluşan tıkaç akciğerleri, pankreası, karaciğeri, bağırsakları ve üreme organlarını etkiler. Büyüme gelişme geriliği, sık geçirilen akciğer enfeksiyonu, ishal, sinüzit, kilo alamama, infertilite ve organ yetmezliğine kadar varan tablo mevcuttur [31, 32].

Kistik Fibrozis taraması yenidoğandan ilk bir hafta içinde topuk kanı alınarak uygulanır. Tarama sonucuna göre ter merkezine sevk edilen bebeklerde terde klorür konsantrasyonu ölçümü yapılarak tanı koyulur. Ülkemizde görülme sıklığı 3000 canlı doğumda birdir [33].

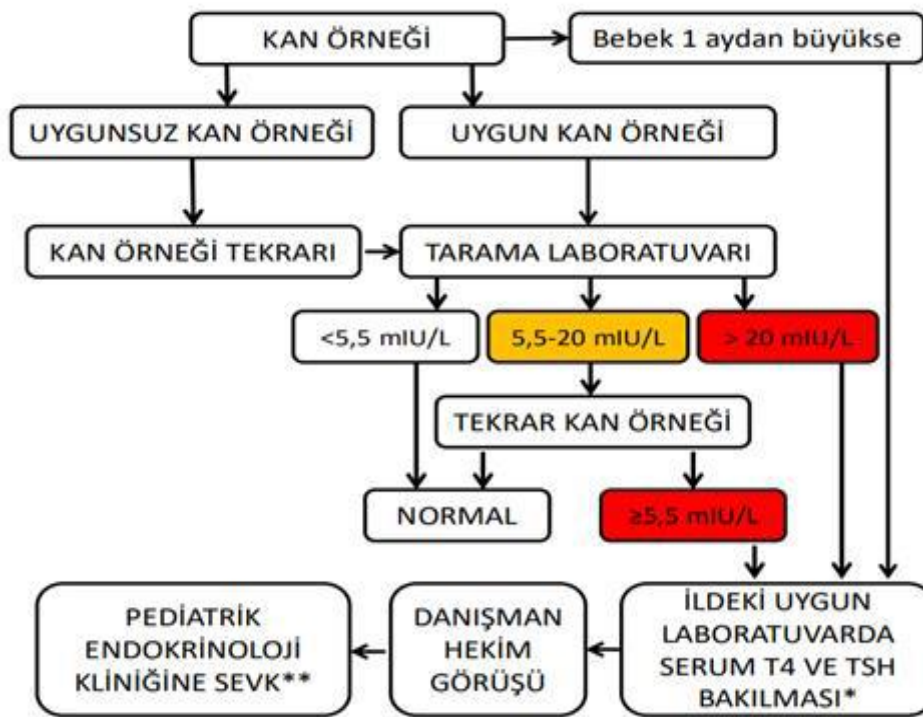


Şekil 4: Kistik Fibrozis Sonuç Değerlendirme Algoritması [5]

Kistik fibrozis tanısı alan bebeklere uygun beslenme düzeni, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilaç tedavisi uygulanıp yakından takip edilmesi gerekir. Kistik Fibrozisli hastalar için son yıllarda yeni tedaviler uygulanmış olup hastaların yaşam ömrü 30 yıla kadar uzatılmaktadır [30].

2.2.4. Konjenital Hipotroidi

Yaşamın ilk aylarında belirgin bir şekilde belirti vermeyen bu hastalığa sahip kişiler için tarama önemli bir yere sahiptir. Gözle görülebilen ve ilerleyen dönemde ortaya çıkan bazı belirtiler ise yüzün kaba, cildin kuru, ağlama sesinin kalın olması, kabızlık, uzun süren yenidoğan sarılığı, yavaş beslenip çok uyumak gibi belirtileri mevcuttur [34]. Önlenebilir zekâ geriliğinin en sık nedenlerinden biri olan konjenital hipotiroidi tiroid bezinin gelişimsel defekti veya tiroid hormon üretim defekti ile karakterize olan bir hastalıktır [35].



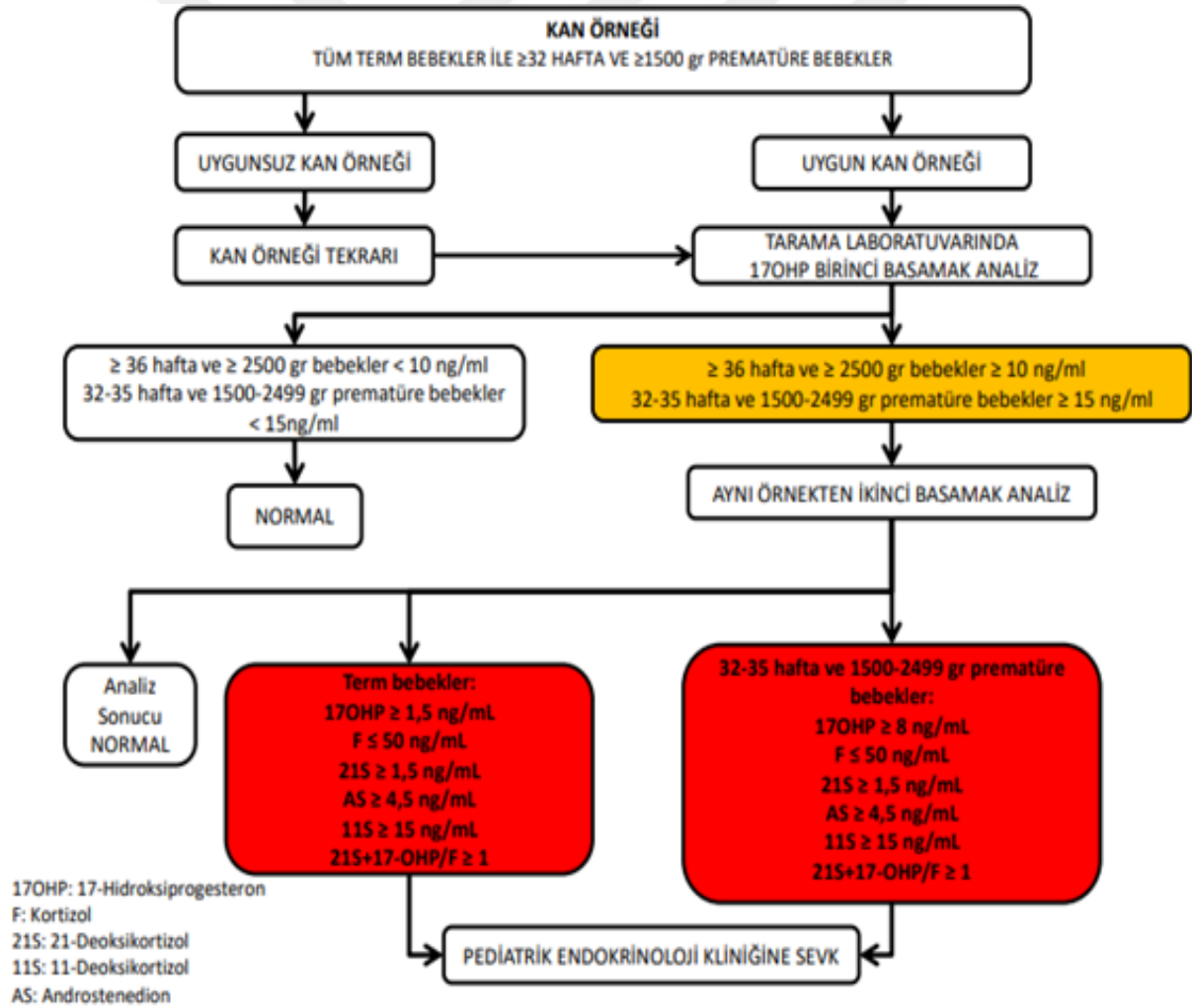
Şekil 5: Konjenital Hipotroidi Sonuç Değerlendirme Algoritması [5]

Diğer dünya ülkelerine göre taramaya geç başlayan ülkemizde olası konjenital hipotiroidi görülme sıklığı yıllar arasında ve bölgeler arasında değişim göstermekte olup ortalama 1/373 ile 1/1112 arasında olduğu bilinmektedir. Kan örneği doğumdan sonraki 2. ile 4. gün arasında alınmalıdır. 48. saatten önce alınan kan örneklerinde TSH'nin geç yükselmesine bağlı olarak gözden kaçan bebekler olma ihtimali artmaktadır. Ayrıca kan transfüzyonu yapılan bebeklerde sonucun yanlış olma ihtimali de unutulmaması gereken durumlardandır [5, 36]. Bu nedenle kan transfüzyonu yapılan bebeklerde transfüzyon işleminden 3 gün sonra kan alınmalıdır. Tiroid yetersizliği tanısı alan bebeklerin tedavisi ucuz ve kolaydır. İlaçla tedavi

edilir. Bu hastalar sık sık kontrol edilmeli ve takipte kalmalıdır. Tanı ne kadar erken konulursa tedavi sonuçlarının o kadar iyi olduğu unutulmamalıdır [36].

2.2.5. Konjenital Adrenal Hiperplazi

Adrenal bezlerdeki kortizol sentezinin bozulmasıyla karakterize ve kalıtsal bir hastalık olan KAH'ta vakaların neredeyse hepsi 21 hidroksilaz enzim eksikliğine bağlı olarak gerçekleşmektedir. Prenatal dönemde başlayan bir hastalıktır. Testesteronun yüksekliği ile de karakterizedir. Klasik ve non-klasik KAH olarak iki kısma ayrılan KAH yaşam boyu sorunlara yol açan bir hastalıktır. Bu hastalığa sahip bebeklerde boy kısalığı, özellikle kız çocuklarında olmak üzere cinsiyet gelişimi anomalileri, hiponatremi, hiperkalemi ve hipoglisemi görülmekte olup erken teşhis edilmediği takdirde fatal sonuçlara kadar yol açan tablo görülür. Akraba evliliklerinin sık görüldüğü ülkelerde görülme oranı da daha yüksektir [5, 37, 38].



Şekil 6: Konjenital Adrenal Hiperplazi Sonuç Değerlendirme Algoritması [5]

Tedavide eksik hormonların medikal olarak yerine konulması hedeflenir. Adrenalectomi veya tedaviye direnç gösteren hiperandrojenizm durumlarında cerrahi tedaviye başvurulması gerekmektedir [37].

2.2.6. Spinal Müsküler Atrofi

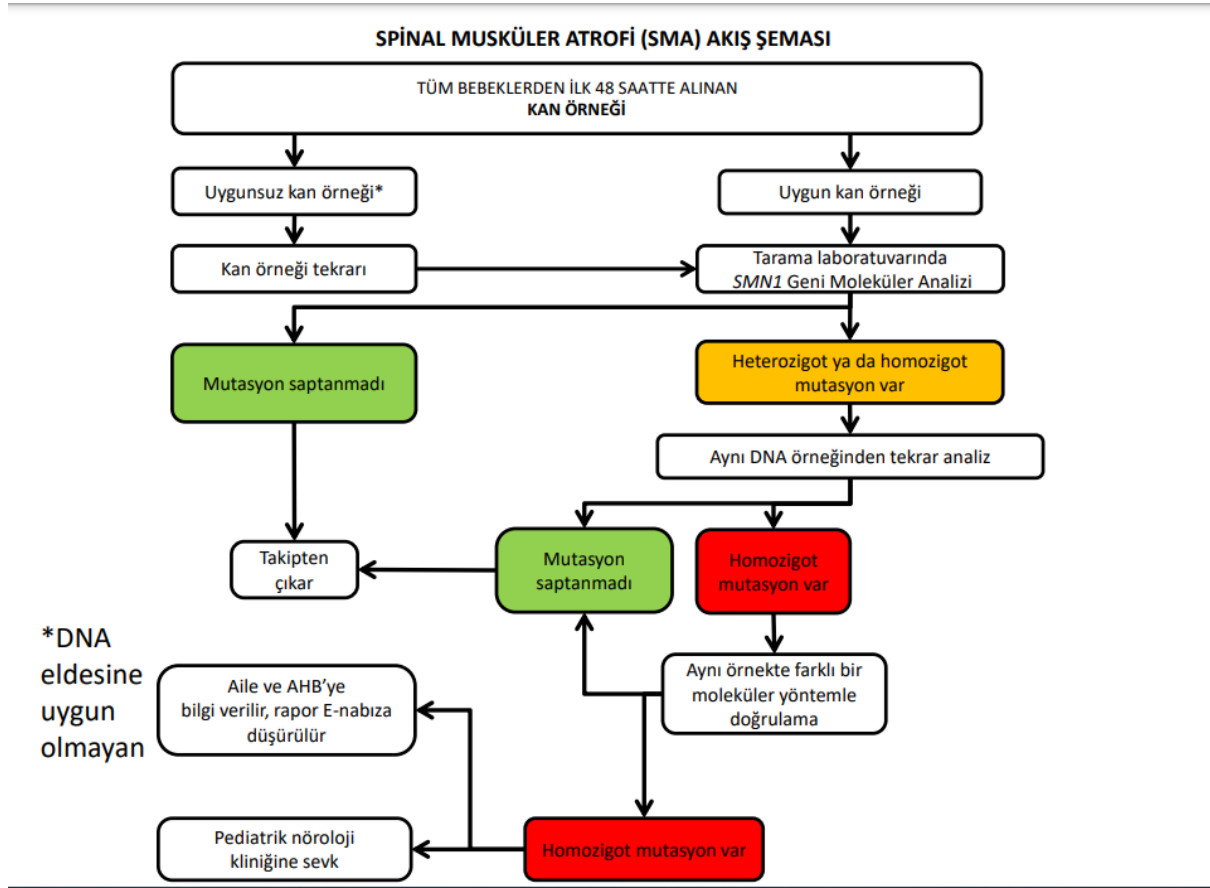
Otozomal çekinik bir hastalık olup çocuk ölümlerinin en yaygın nedenlerinden biri olan Spinal Musküler Atrofi (SMA), omuriliğin ön boynuzundaki motor nöronların kaybı sonucuna bağlı olarak yaşanan güçsüzlük ve kas atrofisi ile karakterize edilen bir hastalıktır [39]. 5 farklı tipten oluşan SMA, hastalığın başlama yaşı, ortalama yaşam ömrü ve motor gerilemenin şiddetine bağlı olarak sınıflandırılmaktadır [40, 41].

Tablo 1. SMA Tipleri [42].

SMA Tipleri					
	Tip 0	Tip I (Werdnig Hoffman)	Tip II (Intermediate form)	Tip III (Kugelberg Welander)	Tip IV
*SMN2 kopya sayısı	1	2	3	3-5	3-5
Başlangıç yaşı	in utero	6 aya kadar	6-12	18 aydan sonra IIIa<3 yaş IIIb>3 yaş	Yetişkinlikte
Klinik özellikler	* Yaygın motor ve duyu nöron kaybı * Kontraktür *Yaygın konjenital kardiyak defektleri	* Neonatal hipotoni * Yetersiz beslenme ve baş kontrolü * Solunum yetersizliği * Yardımsız oturma ve yuvarlanma gerçekleştiremez	* Desteksiz oturabilme * Yürüyemez * Solunum kaslarında zayıflık	* Kısa da olsa yardımsız yürüyebilme	* Progresif proksimal zayıflık * Alt ekstremitelerde üstünlük
Yaşam kalitesi	* Perinatal ölüm	* %50 ölüm (12 aya kadar) * %90 ölüm (invasiv ventilasyonsuz 24 aya kadar)	* Solunum fonksiyonlarına bağlı olarak 30-50 yaş	* Ambulans kayında değişkenlik görülebilir * Solunum tutulumu yaygın değil * Normale yakın yaşam süresi	* Progresyonu yavaş * Ambulasyon sürdürülür * Normal yaşam süresi

*SMN2: Survival motor neuron

Yakın zamana kadar SMA tedavisi solunumu ve beslenmeyi destekleyici şeklindeyken günümüzde semptom başlamadan hastalıkla ilgili hücrelerde ve dokularda molekül, oligonükleotit ve gen replasman yoluyla survival motor neuron (SMN) protein düzeyi artırılarak terapötik gelişim amaçlanmaktadır. SMN proteini tüm dokularda bulunur ve 294 aminoasitten oluşur. SMN proteini nöral büyüme konilerinde, nöronal uzantılarda da vardır ve eksikliği hayati önem taşımaktadır. Bu yol ile nörodejeneratif süreç tamamen yok olmayacak fakat yavaşlayacaktır [42].



Şekil 7: SMA Sonuç Değerlendirme Algoritması [5]

Günümüzde SMA tedavisinde kullanılmak üzere Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış 3 adet ilaç bulunmaktadır. Bunlar; nusinersen, (Spinraza®), onasemnogene abeparvovec-xioi (Zolgensma®) ve risdiplam (Evrysdi®)'dır. Ülkemizde SMA tedavisinde kullanılan nusinersen ilacı ciddi kriterler dahilinde kullanılabilmektedir. FDA onaylı diğer ilaçlar onasemnogene abeparvovec-xioi ve risdiplam ise ülkemizde şu an için kullanıma dahil edilmemiştir. SMA teröpatik yaklaşımda hastalığa dair belirtiler ortaya çıkmadan uygulandığı takdirde etkilidir bu nedenle tarama programı büyük önem arz etmektedir [42].

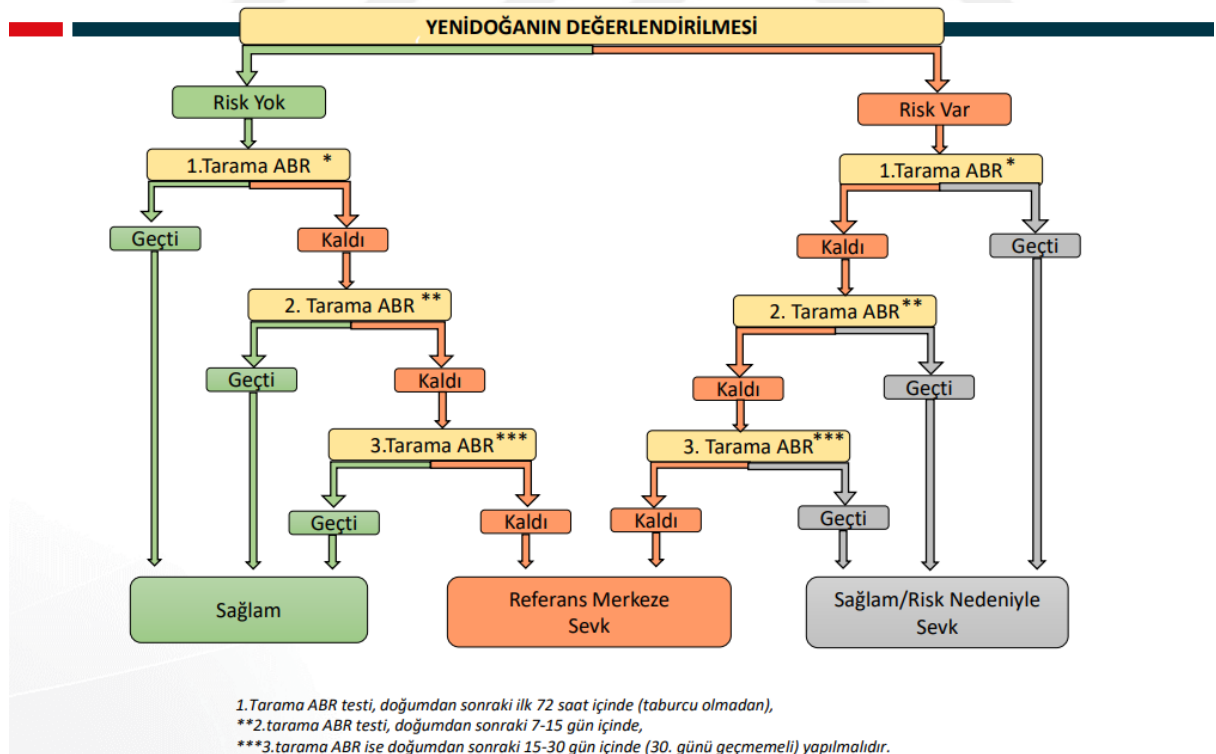
2.2.3.Yenidoğan İşitme Tarama Epidemiyolojisi

Günlük hayatta konuşmayı, akademik olarak başarı sağlamayı, bilişsel, davranışsal ve iletişim becerileri elde etmeye yarayan işitme, ülkemizde yenidoğan tarama programına dahil olan alanlardan biridir. 1000 canlı doğumda 1-3 arası insidans ile en sık görülen doğumsal kusurlardan biridir [5]. Annenin gebelik sırasında kullanmış olduğu ilaçlar, gebelik sırasında geçirilen hastalıklar, kalıtsal bozukluğun olması, doğum sırasında yaşanan zorluklar, kafa travması, düşük doğum ağırlığı ve kraniofasial anomaliler işitmeyi etkileyen etmenler

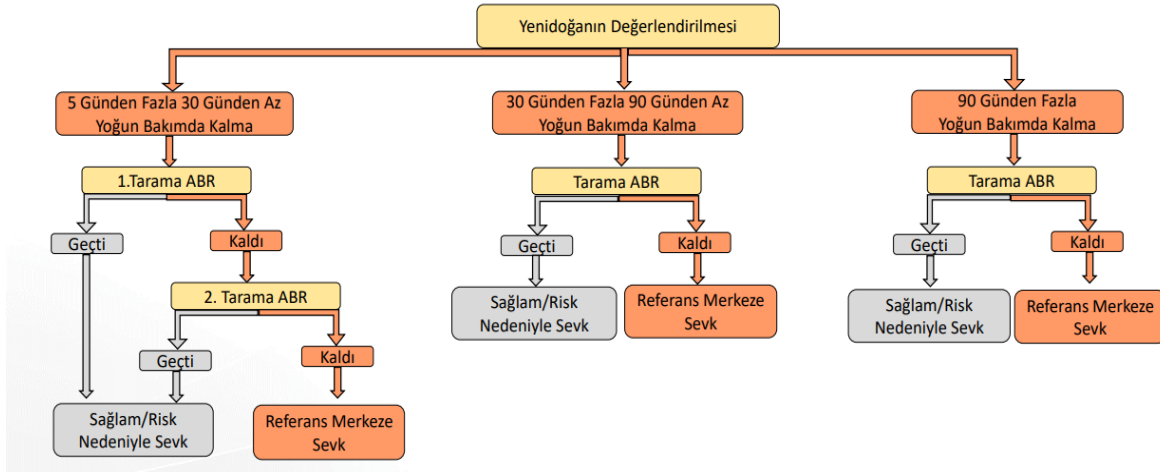
arasındadır [43]. İşitme kaybı olan bebek ile işitme kaybı olmayan bebek arasında babbling (mırıldanma) dönemine kadar bir fark yokken bundan sonraki dönemde işitme kaybı olan çocuğun dil gelişiminde anlamlı bir duraklama vardır [44].

Bebeğin hayatında duygusal, sosyal ve bilişsel alan gibi birçok durumu etkileyen işitme kaybının olması tanının erken konulması ve tedaviye erken başlanmasıyla olumsuzlukların azaltılabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca beynin adapte olma yeteneğinin hayatın ilk dönemlerinde hızlı olması nedeniyle erken tanı almış olmak tedaviye uyum başarısında etkileyecektir [45, 46]. APA yenidoğan bebeklerin ilk 1 ay içinde taranması ve varsa bir işitme kaybı 3 ay içinde netleştirilip ilk 6 ayın içinde tedaviye başlanması gerektiğini belirtmiştir [47].

İşitme tarama yapılırken hem ABR (Auditory Brainstem Response) hem de OAE (Otoacoustic Emission) teknikleri kullanılmaktadır. OAE testi kokleanın dış tüysü hücrelerine kadar olan periferik işitsel sistemin durumunu yansıtırken, otomatik ABR testi periferik işitsel sistem, sekizinci sinir ve beyin sapı işitsel yolağının durumunu göstermektedir ve işitme tarama için altın standart olarak kabul görmektedir [48]. İşitme tarama testi kolay ve ucuz bir testtir. Kaldı veya geçti şeklinde test sonuçlanır [5].



Şekil 8: İşitme Tarama ABR Protokolü Akış Şeması [5]



Şekil 9: 5 Günden Fazla Yoğun Bakımda Kalan Bebeklerde Tarama ABR Protokolü Akış Şeması [5]

APA'ya göre işitme tarama testinin verimli sayılabilmesi için tarama testinden kalan bebeklerin %95'inin takip edilmesi gerekmektedir. Bu konuda ilgili sağlık personelinin tarama sonuçlarını yakından takip ederek ailenin ilgili merkezlere gidip gitmediğini sorgulamalı ve gerekli bilgilendirmeyi yapmalıdır [5].

2.2.4. Yenidoğan Görme Tarama Epidemiyolojisi

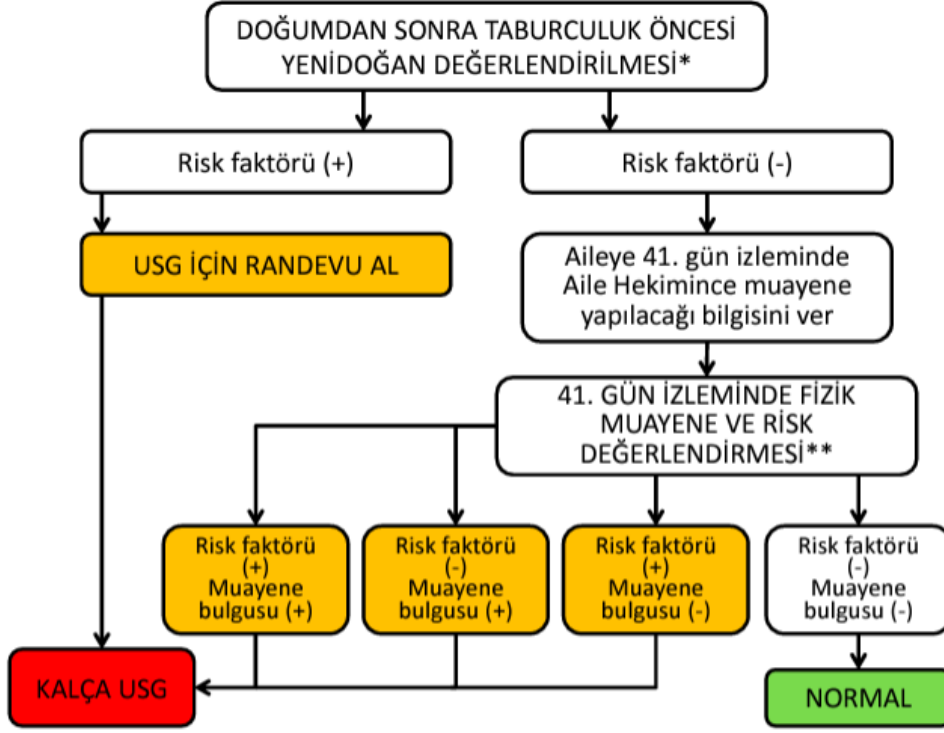
Yenidoğan taramalarında yer alan ve 0-3 aylık bebeklere uygulanan görme ile ilgili kusurları saptayan, görmenin yeteri kadar olmadığı durumların erken farkına varılarak bu duruma neden olan etmenlerin saptanmasını sağlayan program ise görme tarama programıdır. Tarama ile görmenin az olduğu durumlarda retinablastom, kırma kusurları, konjenital katarakt ve glokom gibi göz hastalıklarının erken tespiti yapılabilmektedir. Çocuk izlem protokolüne göre bebeğin bağlı bulunduğu aile hekimi tarafından göz muayenesi ve APA tarafından önerilen kırmızı refle testi yapılması gerekmektedir. Kırmızı refle testi loş bir odada uygulanır. Oftalmoskop ile önce 30-45 cm uzaktan sonra 90 cm uzaktan her iki göze uygulanan bu test ile her iki gözde kırmızı refletin aynı saydamlıkta, renkte ve şiddette yansması gerekir. Bir anormallik tespit edilirse göz uzmanlarına sevk edilmelidir. 32. haftadan önce doğan ve doğum kilosu 1500 gramın altında olan bebeklerin 4. haftasında göz uzmanı tarafından muayene edilmesi artan prematüre sayısı ve prematüre retinopatisi açısından önem arz etmektedir [48].



Şekil 10: Bebeklerde Göz Muayenesi Akış Şeması [5]

2.2.5. Gelişimsel Kalça Displazisi

Dejeneratif eklem hastalığına, kronik ağrıya ve kalıcı sakatlığa neden olan ve görülme sıklığının 1000 bebekte 1-5 olduğu düşünülen gelişimsel kalça displazisi femur başının asetabulum içinde olmayarak pozisyonunun farklı bir yerde bulunması durumudur [49]. Belirtilerin yaşa ve displazinin derecesine bağlı olarak değiştiği gelişimsel kalça displazisinde, bebekte hafif abduksiyon varlığı, parmak ucunda asimetrik yürüyüş ve osteoartrite varan tablo görülmektedir [5, 50].



*Doğum sonrası taburculuk öncesi hastanede yapılacaktır

**Aile hekimince yapılacaktır

Şekil 11: GKD Akış Şeması [5]

Tedavi hastalığın şiddetine ve tedaviye başlama yaşına göre değişim gösterir. Tedavi olarak cerrahi ve cerrahi olmayan yol tercih edilir. Cerrahi olmayan yöntemin 18 aydan küçük bebeklere uygulanması tercih edilir. Kalça eklemine düzgün hizalanmasını sağlayan pelvik bandaj ve pelvipedal alçı kullanılan cerrahi olmayan yöntemlerdendir. Bebeğin 6. ayına kadar denenmiş olan konservatif tedavilerin başarısız olması durumunda 18. aya kadar kapalı cerrahi, 18. aydan sonra ise açık cerrahi tercih edilir [51]. Erken tespit edildiği sürece tedavi de daha kolay ve ucuz olacaktır. Ayrıca hayatın ileriki evrelerinde bu konuda hiçbir olumsuz etki kalmayacaktır. Tedavi edilmediği takdirde yılda 14-18 bin insanın hayatı etkilenecek ve devletin mali yükü artacaktır [5].

2.3. Annelerin yenidoğan taramaları hakkında bilgi düzeyi ve tutum ile ilgili yapılan çalışmalar

Anne ve babalar çocuğun gelişiminde ve geleceğinde önemli rol oynamaktadırlar. Çocuğun gelişiminde anne ve babaların kültürel değerleri, dini inançları, duygusal durumları, yaşları, gelir düzeyleri, bilgi ve tutumları ile eğitim düzeyleri gibi birçok etken etkili olmaktadır. Tüm bu etmenler anne ve babaların çocuklarının sağlığına ilişkin kararlar almasında da etkili olmaktadır. Ailelerin bilgiye dayalı olarak çocuğunun sağlığı için doğru bir şekilde karar

verebilme yetisi ancak konu hakkında ne düşündüklerinin bilinmesi ve bilgi düzeylerinin artırılması ile mümkün olacaktır [52].

Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından uygulanan ve sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen tarama programları ile bazı hastalıkların var olma ihtimali ortaya konulmakta, kişilere ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklar hakkında bilgi verilerek yönlendirme yapılmakta ve kişilerin sonuçları takip edilerek bu süreci yönetmelerinde yardımcı olunmaktadır. Bu süreci yaşayan ailelerin özellikle topuk kanı ile yapılan metabolik hastalıklar tarama sürecinde akıllarına çeşitli soruların geldiği görülmüş ve yapılan çalışmalarla ortaya koyulmuştur. Bunlar; Yenidoğan metabolik taraması ne anlama geliyor? Eğer bir pozitiflik çıkarsa bilmek istiyor muyum? Çocuğun genetiği ile ilgili olan bilgileri öğrenmek gelecek hayat planımda etkili olacak mı? Genetik sonuçları benden başka kimse öğrenecek mi? Testi reddetme hakkım var mı? gibi sorulardır [9]. Annelerin yapılan bu invazif girişimin bebeklere ne amaçla yapıldığını bilmesi, annenin kaygılarını en aza indirmek ve kendilerini daha yeterli hissetmesini sağlamak açısından önemlidir [53].

Literatürde annelerin yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutumlarını inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan biri 0-1 yaş arasında bebeği olan annelerin genişletilmiş yenidoğan tarama programına (GYTP) yönelik düşüncelerini saptamak amacıyla 95 anne ile yapılmıştır. Sağlam çocuk izlemine giden ve eğitim seviyesi yüksek annelerin GYTP'yi bilme oranlarının diğerlerine kıyasen daha yüksek olduğu, bu kişilerin tarama testi ücretli olsa dahi yaptırmak istedikleri ve tedavisi olmayan hastalıkları da gelecekte tedavisinin bulunma ihtimali olmasından kaynaklı taranmasını istedikleri bulunmuştur. Aynı çalışmada eğitim seviyesi ve gelir düzeyi düşük olan ailelerin GYTP'yi bilme oranları düşük olduğu bulunurken bilgilendirmenin hekim tarafından ve yüz yüze yapılmasını istedikleri, broşürleri daha az tercih ettikleri görülmüştür [9].

Bilgi düzeyi ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada ise, doğum yapan annelerin bebek bakımı, beslenmesi ve hijyen konusunda bilgileri araştırılmıştır [54]. Yapılan çalışma sonunda annelerin yaşı ve çalışma durumunun annelerin bilgi düzeyini etkilemediği görülmüştür. Bununla birlikte annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe bilgi düzeyinin de arttığı sonucuna varılmıştır.

Sağlıkta her alanda olduğu gibi tarama programlarında da hemşireler önemli bir rol almakta ve aileler ile birebir iletişim kuran meslek grupları arasında yer almaktadır. Taramayı

reddeden 15 aile ile yüz yüze görüşülerek yapılan bir çalışmada kişilerin sağlık personeli ile iletişim problemi yaşamasından kaynaklı, bireylere bu konuda eğitim verirken yapıcı dilde olmadan ve eğitim verirken yeteri kadar zaman ayırmamalarından dolayı NTP de taranan hastalıkların adını dahi bilmedikleri ve yapılan işlemlerin bebekte ağrı oluşturmaması nedeniyle aileler bebeklerine koruma içgüdüleriyle yaklaşarak bu testleri yaptırmak istemedikleri görülmüştür. Ayrıca kişilere sonuçların normal çıkması halinde geri bildirimde bulunulmaması da kişilerin bu taramaları gereksiz görmelerine ve sağlık sistemine güven duymamalarına neden olduğu bulunmuştur [12].

Bu çalışmalara benzer olarak Evcili ve arkadaşlarının 398 kadın ile yaptığı ve annelerin yenidoğan tarama programlarında gerçekleştirilen testlere yönelik görüşleri ve bu programlara katılma durumlarının incelendiği bir çalışmada, annelerin yenidoğan bebeklere yapılan topuk kanı taramalarında hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olduklarını düşünenlerin sayısı % 38.2 olarak bulunmuş, annelerin topuk kanı ile beslenme arasındaki ilişkiye ve topuk kanı için uygun zamanın ne zaman olduğunu bilmede kararsız oldukları bulunmuştur [55]. Suriadi ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir diğer çalışmada ise annelerin bebeklerinden alınan topuk kanında genetik hastalıkların taranması ve neden alındığına dair bilgiyi bilme durumlarını araştırmış bu oranı % 26.5 olarak saptanmıştır [56].

Newcomb ve arkadaşları postpartum dönemde olan 548 anneye ulaşarak tarama programından gebelik döneminde haberdar olma durumlarını araştırmış hastaneye yatmadan önce tarama testleri hakkında bilgi sahibi olmadıkları (%73) ve bilgiyi doğumdan sonra hemşireden aldıkları bulunmuştur [57]. Buna benzer birçok çalışmada anneler doğum öncesi bakımda taramalar hakkında yeteri kadar bilgi almadıklarını belirtirken ebeveynler test sonucunun anormal çıkması veya tekrar teste ihtiyaç duyulduğu takdirde test vermek için sağlık kuruluşuna geldiklerinde bakım verici kişilerden kısa, öz bir şekilde ve özellikle doğumdan önce 3.trimesterde sözlü olarak bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Bu durumda kişilerin tekrar sağlık kuruluşuna gelmesi de kolaylaşacaktır [58, 59]. De Luca ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma da bu sonucu destekler nitelikte olup, tarama testleri hakkında bilgi sahibi olan ailelerin bebek tanı aldığı zaman daha az anksiyete yaşadıkları ve sürece daha kolay uyum sağladıkları görülmüştür [60].

Sağlık personellerinin tarama programları hakkındaki bilgi düzeylerinin araştırıldığı Manisa Celal Bayar üniversitesi hastanesinde çalışan 365 sağlık ve idari personel ile yapılan bir araştırmada katılanların %98,4 oranıyla tarama programlarından haberdar oldukları

bulunmuş aynı zamanda yüksek oranda bilgi sahibi oldukları görülmüştür [61]. Ancak yapılan başka bir çalışmada sağlık çalışanları yenidoğan tarama testlerinin önemini yeteri kadar bildikleri halde bilgilendirme konusunda yeteri kadar titiz davranmadıkları sonuçlarına ulaşılmıştır [62].

Arıkan, Sağlık ve Bekar tarafından 2016 yılında Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılan başka bir çalışmada annelerin yapılan testlerin çocuk sağlığı için önemli olduğuna ve hastaneye güven duyduklarına, yapılan tarama işleminin ne amaçla yapıldığına ve sonuçlarda sorun çıkarsa kendilerine dönüş yapılacağını bildiklerini fakat topuk kanının neden 2 kez alındığını sonuçların ne anlama geldiğini ve sonuçların ne zaman çıkacağını bilmediklerini belirttikleri gözlemlenmiştir [58].

Ülkemizde yenidoğan bebeklere uygulanan tarama testlerinin tümü hakkında annelere standart bir bilgilendirme uygulaması bulunmamaktadır. Erken tanı konması için zamanla yarışılan bu hastalıklarda annelerin bilgilendirilmesi büyük önem arz etmektedir. Aksi takdirde tarama programlarının anlam ve önemini yitirecektir [63].

2.4. Kaygı

Tasa ve kuşku sözcükleri ile aynı anlama gelen kaygı, bireyin hissettiği güvensizlik, tedirginlik ve çaresizlik duygularının tümüdür [64]. Bilinmeyen bir tehlikeyi beklemenin kişide oluşturduğu gerginlik halidir. Kişinin benliğini iç ve dış dünya kaynaklı olarak tehdit halinde hissetmesiyle ortaya çıkan gerilim halidir. İnsanda normal gelişimin bir parçası olan kaygı, kişiliğin yapılanmasında ve gelişiminde bireyde var olması gereken bir duygudur. Fakat kontrol edilemediği durumlarda kişide sürekli olarak ve engellenemez bir şekilde endişe oluşturmaktadır. Kişinin kendini sürekli olarak kötü şeyler olacakmış gibi hissetmesine neden olmaktadır [65, 66].

Doyurulamayan bir gereksinim karşısında da kaygı ortaya çıkabilmektedir. Kaygının kaynağı ve başlangıcı tam olarak belli olmasa da kişi kendinde oluşturduğu fiziksel ve duygusal belirtileri net bir şekilde hisseder [67]. Bu belirtiler kişinin fiziksel olarak; tansiyon, nabız ve solunum sayısında artma, titreme, terleme, kaslarda gerginlik hissetme, uyku sorunları, bulantı ve kusma şeklinde, davranışsal olarak; dikkat ve konsantrasyon bozukluğu, olaylar arasında neden sonuç ilişkisi kuramama, psikolojik olarak ise; huzursuzluk, karar verememe, çaresizlik ve korku hissetmesi şeklindedir. Kaygı ve korku birbirinden farklı kavramlar olup kaygıyı korkudan ayıran özellik var olmayan ve gelecekteki tehlikeye karşı oluşan endişedir. Fiziksel

veya psikolojik uyarıcılar da kaygıya neden olan etmenlerden arasındadır. Kaygı genellikle içsel kaynaklı olarak açığa çıktığı gibi ortada gerçek bir tehlike var olduğunda da ortaya çıkabilmektedir. Genel olarak kişiler kaygı durumunda kendini nasıl koruyacağını bilemezler [68].

2.4.1. Kaygı Çeşitleri

Literatürde kaygı durumluk ve süreklilik olarak 2'ye ayrılmaktadır. Durumluk kaygısı yaşanan bir olaya veya duruma bağlı olarak ortaya çıkan, stres durumunda kaygı seviyesinin yükseldiği, stres ortadan kalkınca kaygı seviyesinin düştüğü kişideki huzursuzluk hissidir. Sürekli kaygı ise bir kişilik özelliği olup çevreden gelen tehditlere bağlı olmadan mutsuzluk, hoşnutsuzluk halidir. Sürekli olarak kaygılı olan insanlarda durumluk kaygısı diğer insanlara göre sık yaşamaktadır [69]. Durumluk kaygısı genellikle mantıklı bir sebebe bağlı olarak ortaya çıkan, diğer insanlar tarafından, kişinin yaşamış olduğu durum anlaşılan ve her bireyin yaşayabileceği geçici olan kaygı türüdür [70].

2.4.1. Yenidoğan Tanı İşlemleri ve Kaygı

Çocuk sahibi olmak insan hayatında yaşanan en güzel duygulardan biri olup aynı zamanda kişide kaygı oluşturan etmenlerden biridir. Kişiler gerek hamile kalmadan önce gerek hamilelik döneminde gerekse bebek doğduktan sonra bilmezliklerden ve ortaya çıkabilecek olumsuzluklardan kaynaklı olarak kaygı yaşamaktadırlar. Bireyin sağlığının tehdit edilmesi ve sağlığında ortaya çıkabilecek değişimler kişide kaygı oluşturduğu gibi hastalık hakkında bilgi eksikliği ise ebeveynlerde ölüm korkusunu tetikleyerek anksiyetelerinde artmaya neden olmaktadır. Anne babalar çocuğuna bakım veren sağlık personeline güven duymak ve iletişim halinde olmak istemektedirler [71, 72].

Hastaneye gelen ebeveynlerin tanı ve tedavi sırasında kaygıyı daha yoğun hissettikleri yapılan çalışmalarda görülmüştür. Bu kaygının, bilinmemelik korkusu ve ailenin yeteri kadar bilgi alamayışından kaynaklı olduğu söylenebilir. Ayrıca çocuğun ağrı yaşaması, sağlık ekibinin tıbbi terim kullanması, ailenin yapılan işleme yabancı olması, ailenin durumu yanlış anlamasına ve yanlış yorumlamasına neden olduğu gibi ebeveynleri endişeye de sokmaktadır. Kaygılı ebeveynler tarama programlarını olumsuz etkilemektedirler [73].

2.5. Kaygı ile ilgili yapılan çalışmalar

Annelerin annelik rolüne uyumunu zorlaştıran ve kaygı oluşturan etmenler bulunmaktadır. Bu etmenlerden birisi bebeklerinin bakımı ve hastalıkları hakkında bilgi eksikliği yaşamalarıdır. 0-24 ay arasında bebeğe sahip olan annelerin bebeklik dönemi gelişime ilişkin bilgi ve kaygı düzeylerinin incelendiği bir araştırmada annelerin bebeklerin gelişimi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünenlerin sayısı %63.7 olarak bulunmuş ve bilmedikleri konular hakkında sadece % 12.7 si hekime veya sağlık çalışanlarına danışmakta olduğu bulunmuştur. Annelerin çevreden edinilen yanlış bilgiler nedeniyle bebekleri üzerinde yanlış kararlar aldığı yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur [74].

Taramayı reddeden aileler ile yapılan bir çalışmada kişilerin sosyal çevresinden ve ailesindeki kişilerden, sosyal medyadan okuduğu yanlış bilgilerden etkilenecek hareket ettiği, alternatif tıbbi yaklaşımın artmasıyla tıbbi müdahalelere yaklaşımın azalması, kişilerin bebekte bir sorun varsa doğuştan belirti olacağını düşünmeleri, ilaçların zararlı olduğuna dair sosyal medyadan okudukları bilgileri kabul etmeleri ve çevresindeki kişilerin NTP'yi zeka testi zannederek taramayı yaptırsa dahi bebeğe herhangi bir şey yapılamayacağını düşünerek taramaları reddettiği görülmüştür [12].

Buna karşın Şahinöz ve Bütün Ayhan'ın 102 anne ile yaptığı bir çalışmada ise annelerin doğru bir kaynaktan bilgi edinmelerinin çocuk gelişimi ile ilgili bilgi düzeylerini artırıp, kaygı düzeyini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır [74]. Little ve Lewis'in yaptığı bir çalışma bu sonucu destekler nitelikte olup, annelerin bebeklere yapılan topuk kanının neden alındığını bilmesi kaygılarını azalttığı gibi annelerin kendilerini yeterli hissetmesini de sağlamakta olduğu sonucuna varılmıştır [53].

Annelerin kaygı düzeyi ile ilişkilendirilen bir diğer faktör ise annenin eğitim seviyesidir. Yapılan bazı çalışmalar eğitim düzeyinin artmasıyla kaygı düzeyinin arttığını gösterirken bazıları ise aksini göstermektedir. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyi ile durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada annelerin eğitim seviyesi arttıkça kaygı düzeylerinin arttığı görülmüş olup [75], kronik hastalığı olan anne ve babaların anksiyete ve depresyon düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada ise annelerin eğitim düzeyi arttıkça çocuk bakımı ile ilgili bilgi eksikliği, sorun çözme becerisindeki yetersizlikler ve kaygı düzeyinde azalma olduğu belirlenmiştir [76].

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelendiği 93 anne ile bireysel olarak görüşülen bir çalışmada annenin eğitim düzeyi ile kaygı düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [77]. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir araştırmada, eğitim seviyesi ilköğretim olan annelerin, orta ve yükseköğrenim seviyesinde olan annelerden; ortaöğrenim seviyesinde olan annelerin de yükseköğrenim seviyesinde olan annelerden daha fazla kaygılı oldukları tespit edilmiştir [70]. Şahinöz ve Bütün Ayhan'ın yaptığı ve annelerin bebeklik döneminde gelişime ilişkin bilgi ve kaygı düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise annelerin eğitim düzeyinin artması kaygı düzeyini düşürdüğü görülmüş fakat yaş ile kaygı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [74].

Mental retardasyonu olan annelerin kaygı düzeyleri ile ilgili yapılan bir çalışmada yaşı genç olan annelerin daha fazla kaygılı olduğu görülmüştür [78]. Yoğun bakımda bebeği olan annelerin durumluk kaygı düzeyinin incelendiği bir başka çalışmada ise annelerin yaşı, gelir düzeyi ve gebelik komplikasyonları ile durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [79].

Annelerin kaygı düzeyi ile ilişkilendirilen faktörlerden bir diğeri ise gelir düzeyidir. Bahar'ın yapmış olduğu bir çalışmada gelir düzeyi düşük ebeveynlerin gelir düzeyi yüksek olanlara göre durumluk kaygısının daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır [80]. Yapılan başka bir çalışma da bu sonucu destekler nitelikte olup, gelir düzeyi yüksek annelerin gelecekle ilgili daha az kaygı yaşadığı saptanmıştır [81].

Bebek gelişimine dair bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, araştırmaya katılan annelerin gelir düzeyinin, çocuklarının gelişimleri ile alakalı bilgi düzeylerinde herhangi bir farklılık ortaya çıkarmadığı ancak kaygı düzeylerinde anlamlı bir düzeyde farklılık ortaya çıkardığı bulunmuştur. Çalışmaya katılan annelerin gelir düzeylerinin artması sonucunda duymuş oldukları kaygı düzeylerinin de azaldığı görülmektedir [82].

Annelerin gelir seviyesinin ve eğitim seviyesinin düşük olması kaygı düzeylerini artırması literatürde yapılan birçok çalışma ile desteklenmiş olup kaygı düzeyinin yüksek olması ise sosyal destek algılayma düzeyinde azalmaya neden olduğu görülmektedir. Sosyal destek kaygı halinde olan bireylere sağlanan maddi ve manevi destektir. [83]. Sosyal destek, beklenen sorunlarla alakalı olarak kişilere rehberlik ederek bu sorunlarla başa çıkma yolları

sunar. Bireylere destek verici kaynaklar eş, aile, arkadaş olabildiği gibi sağlıkta bakım verici profesyonellerde olabilmektedir. Okanlı ve arkadaşlarının 2003 yılında yapmış olduğu bir çalışmada eşile sorunlarını paylaşabilen ve sosyal destek alabilen kadınların annelik rolüne daha kolay uyum sağladıkları ve psikiyatrik sorunları daha az yaşadıkları görülmüştür [84]. Ayrıca, ilk kez anne olan bireyin kendisine ve eşine yüklediği roller ve görevler değişmekte bu duruma uyum sağlamakta zorlanmaktadırlar. Bhagwanani ve Seagravesjk'in 1997'de yaptığı bir çalışmada, ilk kez anne olacak gebelerin daha fazla kaygı yaşadığı sonucunu elde etmiştir [85].

Annelerin bebeklerin bakımı ve beslenmesi ile ilgili bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, araştırmaya 107 anne katılmış, annelerin yaşının, çocuk sayısının ve çalışma durumunun bilgi düzeyini etkilemediği görülmüştür [54]. Collados ve arkadaşlarının anne kaygısı üzerine yaptığı çalışmanın sonuçları da bu sonucu destekler niteliktedir. Yapılan bu çalışma sonunda, annenin çalışma durumunun anksiyete üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır [86].

Tarama programını yürüten sağlık profesyonelleri tüm konularda önemli rol almaktadır. Annelerde kaygı oluşturan etmenlerin sağlık personeli tarafından bilinmesi ve buna göre doğru davranışlarda bulunulması annelerin kendini güvende hissetmesini sağlayacaktır. Kişilerin kaygılarının azaltılması sağlık personeli tarafından yapılan açıklamaların, yönlendirmelerin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak, tedaviye uyumu ve bebeğin bakımına katılımını kolaylaştıracaktır. Kaygı kişileri olumsuz yönde etkilediği gibi sağlık çalışanlarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Kaygı yaşayan bireyler sağlık personelinin işini yeterli düzeyde yapmasına engel olduğu gibi çalışma hızını da yavaşlatmaktadır. Bu anlamda tıbbi bakımın iyileştirilmesi için kaygı ile baş etme yöntemlerinden yararlanmak gerekmektedir [76].

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı, araştırma soruları, modeli, evren ve örnekleme, kullanılan veri toplama araçları ve verilerin analizlerine yönelik bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Yapılan bu araştırmanın amacı annelerin yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında ilişkinin olup olmadığını incelemektir. Bununla birlikte, annelerin farklı demografik özelliklerine göre yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum düzeyi ve kaygı durumlarının farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir.

3.2. Araştırma Soruları

Bu araştırma kapsamında aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. 0-1 yaş arasında çocuğu olan annelerin yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. *0-1 yaş arasında çocuğu olan annelerin yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerinin demografik değişkenler açısından incelenmesi*
 - 2.1. Annelerin yaşlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı bir biçimde farklılaşmakta mıdır?
 - 2.2. Annelerin eğitim durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı bir biçimde farklılaşmakta mıdır?
 - 2.3. Annelerin çalışma durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı bir biçimde farklılaşmakta mıdır?
 - 2.4. Annelerin gelir durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı bir biçimde farklılaşmakta mıdır?
3. *0-1 yaş arasında çocuğu olan annelerin kaygı düzeylerinin demografik değişkenler açısından incelenmesi*
 - 3.1. Annelerin yaşlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı bir biçimde farklılaşmakta mıdır?
 - 3.2. Annelerin eğitim durumlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı bir biçimde farklılaşmakta mıdır?

3.3. Annelerin çalışma durumlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı bir biçimde farklılaşmakta mıdır?

3.4. Annelerin gelir durumlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı bir biçimde farklılaşmakta mıdır?

3.3. Araştırmanın Modeli

Annelerin yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında ilişkinin olup olmadığını amaçlayan bu çalışmada; genel tarama modellerinden olan ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modelinde var olan durumlar üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan olduğu gibi betimlenmeye çalışılmaktadır. Bununla birlikte, araştırma kullanılan değişkenler arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması da amaçlanmaktadır [87].

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Artvin ilinde bulunan il ve ilçe devlet hastaneleri ve aile sağlığı merkezlerinde Eylül-Kasım 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Artvin il merkezi ve ilçelerinde 0-1 yaş aralığında bebeği olan anneler oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde bu evren 873 anneden oluşmaktadır. Örneklem hesaplaması yapılırken 873 kişiden oluşan evreni temsil edecek olan asgari örneklem sayısı %5 güven aralığı ve %5 hata payı dikkate alındığında 267 olarak bulunmuştur. Araştırmanın örneklemine de bu koşullar dahilinde Eylül-Kasım 2022 tarihleri arasında seçkisiz olmayan uygun örnekleme yöntemi kullanılarak ulaşılan, 0-1 yaş aralığında çocuğu olan 267 gönüllü anne oluşturmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada annelerin yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla Newcomb ve arkadaşları tarafından 2013 yılında geliştirilen [57] ve Erbay tarafından 2020 yılında Türkçe'ye uyarlanan [88] “Yenidoğan Taramaları Hakkında Anne Bilgi ve Tutumları Ölçeği” (Ek-1) ve kaygı düzeylerini saptamak amacıyla, 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş [89], 1983 yılında Öner ve LeCompte tarafından Türkçeye uyarlanan [69] “Durumluk Kaygı Ölçeği” (Ek-2) uygulanmıştır. Katılımcılara ilişkin

demografik bilgilerin elde edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “Anne Kişisel Bilgi Formu” (Ek-3) kullanılmıştır.

3.6.1. Anne Kişisel Bilgi Formu

Çalışmaya katılan anneler ile ilgili bilgilere ulaşmak adına, katılımcıların demografik bilgileri ve yenidoğan tarama programlarına ilişkin genel bilgi seviyelerini içeren Anne Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Anne Kişisel Bilgi Formunda çalışmaya katılan annelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, akrabalık ilişkisi, kalıtsal hastalık geçmişi, gebelik sayısı, düşük sayısı, sahip olunan çocuk sayısı, gebelikle ilgili durumları ve yenidoğan tarama programlarına yönelik bilgileri ve bu bilgileri edinme yollarına yönelik sorular yer almaktadır.

3.6.2. Yenidoğan Taramaları Hakkında Anne Bilgi ve Tutumları Ölçeği

Annelerin yenidoğan tarama programları hakkında bilgi ve tutumlarını tespit etmek amacıyla 2013 yılında Newcomb ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Erbay tarafından 2020 yılında Türkçe’ye uyarlanan Yenidoğan Taramaları Hakkında Anne Bilgi ve Tutumları Ölçeği kullanılmıştır [57, 88]. Orijinalinde 30 madde bulunan bu ölçek, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilerek 13 maddeye indirgenmiş ve kullanımı uygun görülmüştür, $\chi^2 = 2,398$, $p < .05$; GFI = 0.90; CFI = 0.92; SRMR = 0.078; RMSEA = 0.08. Bu ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .69 olarak rapor edilmiştir. Ölçeğin 3 temel alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; yenidoğan tarama testlerine karşı annelerin tutumu (2., 4., 5., 7., 12. ve 13. maddeler), yenidoğan tarama testlerine ilişkin kavramlar (8., 9. ve 10. maddeler) ve annelerin yenidoğan tarama testlerine yönelik bilgi durumu (1., 3., 6., ve 11. maddeler) şeklindedir. Ölçek 5’li Likert (1 = Kesinlikle katılmıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum) derecelendirmeye sahiptir. Ölçekten alınabilecek olası puanlar 13 ile 65 arasında değişmekte olup, yükselen puanlar annelerin yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum düzeylerinin de yükseldiğine işaret etmektedir.

3.6.3. Durumluk Kaygı Ölçeği

Durumluk Kaygı Ölçeği 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [89]. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması 1983 yılında Öner ve LeCompte tarafından gerçekleştirilmiştir [69]. Durumluk Kaygı Ölçeği kişilerin belirli durumda kendini nasıl hissettiğini düşünerek cevaplamasını gerektiren likert tipinde (1-Hiç, 2-Biraz, 3-Çok ve 4-Tamamen) hazırlanan yirmi maddeden oluşmaktadır. Kullanılan ölçekte 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeler doğrudan ölçülen, geri kalan 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeleri

ise ters ölçülen maddeler olarak geliştirilmiştir. Doğrudan maddelerin olumsuz duyguları, ters maddelerin ise olumlu duyguları ölçtüğü bu ölçekte puanlama, doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puanın ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanından çıkarılmasıyla hesaplanır. Elde edilen puana önceden belirlenmiş 50 sayısı eklenerek katılımcıların kaygı düzey puanları hesaplanmış olur. Elde edilen sonuçlara göre; 0-19 puan: Anksiyete olmadığı, 20-39 puan: Hafif anksiyete olduğu, 40-59 puan: Orta düzeyde anksiyete olduğu, 60-79 puan: Ağır düzeyde anksiyete olduğu, 80 puan: Şiddetli şekilde anksiyete olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

3.7. Veri Toplama İşlemi

Çalışmanın verileri 2022 yılı Eylül ile Kasım ayları arasında Artvin ilinde bulunan il ve ilçe devlet hastaneleri ve aile sağlığı merkezlerinde sağlık hizmeti alan 267 anneden elde edilmiştir. Araştırma öncesinde gerekli tüm izinler alınmış ve araştırmaya başlanmıştır. İl ve ilçelerde bulunan tüm hastane ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanları araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve çıktısı alınan anket formlarının bu birimlere başvuran, 0-1 yaş arasında çocuğu olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan annelere uygulanması sağlanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 veri analiz programı kullanılarak analiz edilmiştir. Annelerin sosyo-demografik özellikleri tanımlayıcı istatistikler; sayı (n) ve yüzde (%), nicel verileri ise ortalama ve standart sapma değerleri, çarpıklık, basıklık, minimum ve maksimum değerleri kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri baz alınarak verilerin normal dağılım gösterip göstermediği test edilmiş ve çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 arasında olduğu tespit edilmiştir. Bu değer, verilerin normal bir dağılım gösterdiğini kanıtladığından dolayı araştırmada kullanılan ölçek puanlarının karşılaştırılmasında parametrik testler kullanılmıştır.

Annelerin yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutumları ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için Pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Korelasyon analizi dışında, araştırmanın bağımlı değişkenleri olan yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutumları ve kaygı düzeylerinin annelerin, çalışma durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı tespit edebilmek amacıyla bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Bu analizlere ek olarak, yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutumları ve

kaygı düzeylerinin annelerin yaşlarına, eğitim durumlarına, aylık gelir durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bağımsız örneklem t testi ve ANOVA analizlerinden elde edilen varyansların homojen dağılım gösterip göstermediği Levene testi kullanılarak kontrol edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi amacıyla ilk olarak Avrasya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurulu (21.07.2022 tarih ve E-69268593-050-13952 sayılı) izni (Ek-4) alınmıştır. Etik kurul onayı alındıktan hemen sonra; Artvin İl Sağlık Müdürlüğü ile araştırma izinleri iş birliği protokolü imzalanmıştır (Ek-5). Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan elektronik posta yoluyla gerekli izinler alınmıştır (Ek-6).

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırma sorularına yönelik gerçekleştirilen istatistiksel analizlerin sonuçları detaylı olarak sunulmuştur.

4.1. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan annelerin sosyo-demografik özellikleri, yenidoğan tarama programları dahilinde taranan hastalıkları bilme durumları, bu programlar hakkında bilgi edinme kaynakları, bilgi almak istedikleri zaman aralığı ve yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi durumlarına yönelik bulgular sunulmuştur.

Çalışmanın katılımcılarına dair demografik bulgular Tablo 2’de verilmiştir. Elde edilen verilere göre; annelerin 114’ü (%42.7) 25-30 yaş aralığında, 121’i (%45.5) üniversite mezunu, 147’si (55.1) ise çalışmıyor, 98’inin (%36.7) geliri giderine eşit ve 243’ü (%91) sosyal güvenceye sahip olduğu olarak saptanmıştır. Ayrıca, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun akrabalık ilişkisinin (%97.3) ve ailelerinde kalıtsal bir hastalığın bulunmadığı (%89.5) tespit edilmiştir.

Tablo 2. Annelerin Genel Özelliklerine Yönelik Bulgular

		n	%
Annenin yaşı	18-24 yaş	28	10.5
	25-30 yaş	114	42.7
	31-35 yaş	75	28.1
	36 ve üzeri yaş	50	18.7
Annenin eğitim durumu	Ortaokul mezunu	41	15.4
	Lise mezunu	67	25.2
	Yüksekokul mezunu	37	13.9
	Üniversite mezunu	121	45.5
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	120	44.9
	Çalışmıyor	147	55.1
Aylık gelir durumu	Gelirim giderimden az	64	24.0
	Gelirim giderime eşit	98	36.7
	Gelirim giderimden fazla	53	19.9
	Gelirim yok	52	19.5
Sosyal güvencesi	Var	243	91.0
	Yok	24	9.0
Anne-Baba arasında akrabalık ilişkisi	Var (2. dereceden)	7	2.7
	Yok	260	97.3
Ailede kalıtsal hastalık durumu	Bilmiyorum	8	3.0
	Var	20	7.5
	Yok	239	89.5

Katılımcıların gebelik durumlarına dair bulgular Tablo 3'te verilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin %47.9'unun bir kez gebelik geçirdiği ve %52.4'ünün bir çocuğunun olduğu görülmüştür. Son olarak, annelerin yüksek bir çoğunluğu (%97.8) gebelik esnasında düzenli bir şekilde kontrole gittiğini ve gebelik takibine başlamak için en doğru zamanın gebeliğin ilk 3 ayında (%94) başlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

Tablo 3. Annelerin Gebelik Durumlarına Yönelik Bulgular

		n	%
Gebelik sayısı	1	128	47.9
	2	80	30.0
	3	59	22.1
Düşük durumu	Yok	215	80.5
	Var	52	19.5
Sahip olunan çocuk sayısı	1	140	52.4
	2	86	32.2
	3	34	12.7
	4	3	1.1
Gebelikte düzenli kontrole gitme	Evet	261	97.8
	Hayır	6	2.2
Gebelik takibine başlama zamanı	İlk 3 aydayken başladım	251	94.0
	3. - 6. aydan itibaren başladım	4	1.5
	6. - 8. ay arasında başladım	2	.7
	Takip yaptırmadım	10	3.7

Araştırmaya katılan annelerin yenidoğan tarama programları ile taranan hastalıkları bilme durumlarına ilişkin bilgiler Tablo 4’te verilmiştir. Elde edilen verilere göre, annelerin tarama programları ile taranan hastalıklardan sırasıyla; %54.1 ile kalça çıkıklığı, %40 ile SMA ve Fenilketonüri ve %37 ile göz problemlerini bildikleri tespit edilmiştir. Annelerin diyabet (%20.6), otizm (%19.1) ve KAH (%16.1) hastalıklarını bilme oranlarının da düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Annelerin yenidoğan tarama programları ile taranan hastalıkları bilme durumları* (n=267)

	n	%
Kalça çıkıklığı	145	54.31
SMA	108	40.45
Fenilketonüri	107	40.07
Göz problemleri	101	37.83
Kistik fibrozis	85	31.84
Down sendromu	84	31.46
İşitme problemleri	76	28.46
Biyotinidaz eksikliği	69	25.84
Hipotroidi	66	24.72
Kalp rahatsızlığı	65	24.34
Diyabet	55	20.60
Otizm	51	19.10
KAH	43	16.10
Bilmiyorum	62	23.22

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Tablo 5'te ise katılımcıların tarama programları hakkında bilgi edinme kaynaklarının bulgularına yer verilmiştir. Tabloya göre, annelerin 131'i (%49.06) tarama programları hakkında bilgiyi ebelerden, 116'sı (%43.4) hemşirelerden, 112'si (%41.9) ise kadın doğum doktorlarından edindiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 5. Annelerin yenidoğan tarama programları hakkında bilgi edinme kaynaklarının dağılımları* (n=267)

	n	%
Ebe	131	49.06
Hemşire	116	43.45
Kadın doğum doktoru	112	41.95
Bebeğimin doktoru	83	31.09
İnternet	67	25.09
Kitap ve broşür	42	15.73
Arkadaş veya aile üyeleri	31	11.61
Gebe sınıfları	11	4.12
Diğer	4	1.50

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Bu konuya paralel olarak, annelere yenidoğan tarama programları hakkında bilgi edinmek için en iyi zaman sorulmuş ve soruya ait bulgular Tablo 6’da sunulmuştur. Annelerin bu soruya %58.4 ile bebek doğmadan 2-3 ay önce, %32.6 ile bebek doğmadan 2-3 hafta önce olarak cevap vermişlerdir. Katılımcıların yalnızca %1.1’i bu soruya annelerin yenidoğan taramaları hakkında eğitimine ihtiyaçları yoktur şeklinde cevap vermişlerdir.

Tablo 6. Annelerin yenidoğan tarama programları hakkında bilgi edinmek istedikleri zaman dağılımları (n=267)

	n	%
Bebek doğmadan 2-3 ay önce	156	58.4
Bebek doğmadan 2-3 hafta önce	87	32.6
Bebeğe tarama yapıldığında	21	7.9
Annelerin yenidoğan taramaları hakkında eğitimine ihtiyaçları yoktur.	3	1.1

Annelerin yenidoğan tarama programlarına yönelik bilgi durumlarının dağılımları Tablo 7’de verilmiştir. Elde edilen verilere göre, annelerin %47.2’sinin ‘Yenidoğan tarama programları sadece topuk kanı ile yapılmaktadır’ ve %60.3’ünün ‘Yenidoğanın genetik taraması için bir kere topuk kanı alınması yeterlidir’ ifadelerine ‘Yanlış’ seçeneğini işaretledikleri bulunmuştur. Annelerin ‘Bebeğimden yenidoğan tarama testi için topuk kanı alınması için, en az 2 gün beslenmiş olması gerekmektedir’ ifadesinde karmaşık seçenekler işaretledikleri (%39.3 ile ‘Doğru’, %26.2 ile ‘Yanlış’, %34.5 ile ‘Bilmiyorum’) görülmüştür. Geri kalan tüm ifadeler için katılımcıların çoğunluğunun ‘Doğru’ seçeneğini işaretledikleri tespit edilmiştir.

Tablo 7. Annelerin yenidoğan tarama programlarına ilişkin bilgi durum dağılımı (n=267)

	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Yenidoğan tarama programları sadece topuk kanı ile yapılmaktadır.	97	36.3	126	47.2	43	16.1
Yenidoğanın genetik taraması için bir kere topuk kanı alınması yeterlidir.	61	22.8	161	60.3	45	16.9
Bebeğimden yenidoğan tarama testi için topuk kanı alınması için, en az 2 gün beslenmiş olması gerekmektedir.	105	39.3	70	26.2	92	34.5
Yenidoğan tarama testleri bebeğe zarar vermez.	231	86.5	4	1.5	32	12
Yenidoğanlara işitme taraması yapılmaktadır.	254	95.1	2	.7	11	4.1
Yenidoğanlara görme taraması yapılmaktadır.	224	83.9	15	5.6	28	10.5
Yenidoğanlar kalça çıkıklığı açısından taranmaktadır.	234	87.6	10	3.7	23	8.6

4.2. Annelerin Yenidoğan Taramalarına Hakkında Bilgi ve Tutum Düzeyleri ile Kaygı Düzeyleri Arasında Anlamlı Bir İlişki Olup Olmadığına İlişkin Bulgular

Çalışmanın ilk araştırma sorusunda; annelerin yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Bu araştırma sorusunun analizinde Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama yöntemi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon katsayısı Tablo 8’de yer almaktadır.

Tablo 8. Annelerin Bilgi ve Tutum Düzeyleri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki

Değişken	1	2	3	4	5
1. Kaygı	—				
2. Taramalara Karşı Tutum	-.279**	—			
3. Testlere İlişkin Kavramlar	-.025	.499**	—		
4. Tarama Hakkında Genel Bilgi	-.317**	.832**	.489	—	
5. Bilgi ve Tutum Toplam Puan	-.262**	.947**	.699	.913**	—

Not. $p < .01$ **

Tablo 8’de görüldüğü üzere, annelerin yenidoğan tarama taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -.262$, $p < .01$). Bununla birlikte, annelerin yenidoğan taraması hakkında bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği 3 alt boyutun da kaygı ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı test edilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre, annelerin yenidoğan taramaları

hakkındaki genel bilgileri ile kaygı düzeyleri arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -.317, p < .01$). Benzer şekilde, annelerin yenidoğan taramalarına karşı tutumları ile kaygı düzeyleri arasında da negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -.279, p < .01$). Ölçeğin bir diğer alt maddesi olan ve annelerin yenidoğan tarama testlerine ilişkin kavramlar hakkında bilgi düzeylerini gösteren madde ile annelerin kaygı düzeyi arasındaki ilişki ise farklılık göstermiştir. Yapılan analiz sonucunda, annelerin yapılan testlerdeki kavramlar hakkındaki bilgi düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($r = -.025, p > .01$).

4.3. Annelerin Yenidoğan Taramalarına İlişkin Bilgi ve Tutum Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular

4.3.1. Annelerin yaşlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?

Araştırmaya katılan annelerin yaşlarına göre yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum düzeylerinin anlamlı bir biçimde farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu araştırma sorusunu cevaplayabilmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği kullanılmıştır. Annelerin yaşlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum puan ortalamaları Tablo 9’da, bu ortalamalar arasındaki farkların anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptayabilmek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 10’da yer almaktadır.

Tablo 9. Annelerin yaşlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerini gösteren betimsel istatistikler

Değişken	Yaş	N	$\bar{X}$	ss
Bilgi ve tutum	18-24 yaş	28	51.21	7.24
	25-30 yaş	114	49.20	10.32
	31-35 yaş	75	47.08	11.07
	36 ve üzeri yaş	50	45.76	12.75

Tablo 9’da annelerin yaşlarına göre yenidoğan taramaları hakkındaki bilgi ve tutum düzeylerine ait puan ortalamaları ile bu puanların standart sapma değerleri görülmektedir. Katılımcılar arasında 18-24 yaş aralığında olan annelerin yenidoğan taramaları hakkındaki bilgi ve tutum puan ortalamalarının en yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X} = 51.21$). Ayrıca, annelerin yaşlarının arttıkça tarama programları hakkındaki bilgi ve tutum puan ortalamalarının azaldığı

görülmektedir. Çalışmada belirlenen annelerin yaşları ile yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10. Annelerin yaşlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerine yönelik varyans analizi tablosu

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Bilgi ve tutum	Gruplar arası	760.361	3	253.454	2.187	.090
	Grup içi	30477.714	263	115.885		

Tablo 10 incelendiğinde; farklı yaş gruplarındaki annelerin yenidoğan tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutum düzeylerini gösteren puan ortalamaları arasındaki farka yönelik varyans analizi sonuçları görülmektedir. Bu sonuçlar incelendiğinde; annelerin yaşlarına göre yenidoğan tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır, ($F_{3-263} = 2.187, p > .05$). Bu sonuçlar ışığında, farklı yaş gruplarındaki annelerin tarama programlarına yönelik bilgi ve tutum düzeylerinin birbirilerine benzer oldukları varsayımında bulunulabilir.

4.3.2. Annelerin eğitim durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?

Araştırmaya katılan annelerin eğitim durumlarına göre yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum düzeylerinin anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu araştırma sorusuna cevap bulabilmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği kullanılmıştır. Annelerin eğitim durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum puan ortalamaları Tablo 11’de, puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlı bir farklılık sergileyip sergilemediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 12’de yer almaktadır.

Tablo 11. Annelerin eğitim durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerini gösteren betimsel istatistikler

Değişken	Eğitim Durumu	N	$\bar{X}$	ss
Bilgi ve tutum	Ortaokul mezunu	41	48.31	10.62
	Lise mezunu	67	49.00	10.74
	Yüksekokul mezunu	37	48.13	11.22
	Üniversite mezunu	121	47.63	10.97

Tablo 11’de annelerin eğitim durumlarına göre yenidoğan taramaları hakkındaki bilgi ve tutumlarına ait puan ortalamaları ile standart sapma değerleri verilmiştir. Katılımcılar arasında lise mezunu olan annelerin yenidoğan taramaları hakkındaki bilgi ve tutum puan ortalamalarının en yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X} = 49.00$). Bununla birlikte, üniversite mezunu olan annelerin tarama programları hakkındaki bilgi ve tutum puan ortalamalarının en düşük olduğu anlaşılmaktadır ($\bar{X} = 47.63$). Çalışmada belirlenen annelerin yaşları ile yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Annelerin eğitim durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerine yönelik varyans analizi tablosu

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Bilgi ve tutum	Gruplar arası	81.478	3	27.159	.229	.876
	Grup içi	31133.202	262	118.829		

Tablo 12 incelendiğinde; farklı eğitim seviyesindeki annelerin yenidoğan tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutum düzeylerine yönelik puan ortalamaları arasındaki farkı gösteren varyans analizi sonuçları verilmiştir. Tablodaki sonuçlar incelendiğinde; annelerin eğitim düzeylerine göre yenidoğan tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık sergilemediği tespit edilmiştir, ($F_{3-262} = .229$, $p > .05$). Bu sonuçtan yola çıkarak, farklı eğitim seviyesindeki annelerin tarama programlarına yönelik bilgi ve tutum düzeylerinin birbirilerine benzer oldukları söylenebilir.

4.3.3. Annelerin çalışma durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?

Araştırmaya katılan annelerin yenidoğan tarama programlarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerinin çalışıp çalışmama durumlarına göre anlamlı şekilde farklılık gösterip göstermediği analiz edilmiştir. Bu araştırma sorusunu cevaplayabilmek adına “bağımsız örneklem t testi” yöntemi kullanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem t testi analizi sonucunda ortaya çıkan sonuçlar Tablo 13’te sunulmaktadır.

Tablo 13. Annelerin çalışma durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerine yönelik t testi tablosu

Değişken	Çalışma durumu	N	$\bar{X}$	ss	t	sd	p
Bilgi ve tutum	Çalışıyor	120	47.37	12.14	1.098	265	.273
	Çalışmıyor	147	48.83	9.64			

Tablo 13'te çalışan ve çalışmayan annelerin yenidoğan tarama programlarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerine ait puan ortalamaları ile standart sapma değerleri verilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında; annelerin yenidoğan tarama programlarına yönelik bilgi ve tutumlarının çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmektedir ($t_{0.05; 265} = 1.098$, $p > .05$). Elde edilen bu sonuç doğrultusunda, çalışan ve çalışmayan annelerin tarama programları hakkındaki bilgi ve tutum düzeylerinin benzer olduğu yorumu yapılabilir.

4.3.4. Annelerin gelir durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?

Annelerin yenidoğan tarama programlarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerinin gelir durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğinin test edildiği bu araştırma sorusunda, farklı gelir grubundaki annelerin yenidoğan taramalarına yönelik bilgi ve tutum düzeyleri karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Annelerin gelir durumlarına göre yenidoğan tarama programlarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerinin puan ortalamaları Tablo 14'te, puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ANOVA analizi sonuçları Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 14. Annelerin gelir durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerini gösteren betimsel istatistikler

Değişken	Gelir durumu	N	$\bar{X}$	ss
Bilgi ve tutum	Gelirim giderimden az	64	49.05	11.10
	Gelirim giderime eşit	98	47.13	11.01
	Gelirim giderimden fazla	53	49.25	10.22
	Gelirim yok	52	47.90	10.88

Tablo 14’te annelerin gelir durumlarına göre yenidoğan taramaları hakkındaki bilgi ve tutum düzeylerine ait puan ortalamaları ile bu puanların standart sapma değerleri verilmiştir. Katılımcılar arasında geliri giderinden fazla olan annelerin yenidoğan taramaları hakkındaki bilgi ve tutum puan ortalamalarının en yüksek olduğu anlaşılmaktadır ($\bar{X}= 49.25$). Çalışmada elde edilen veriler ışığında annelerin gelir durumları ile yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri arasında anlamlı düzeyde farklılığın olup olmadığı Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. Annelerin gelir durumlarına göre yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerine yönelik varyans analizi tablosu

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Bilgi ve tutum	Gruplar arası	225.450	3	75.150	.637	.592
	Grup içi	31012.625	263	117.919		

Tablo 15 incelendiğinde; farklı gelir grubundaki annelerin yenidoğan tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutum düzeylerine yönelik puan ortalamaları arasındaki farkı gösteren varyans analizi sonuçları verilmiştir. Tablodaki sonuçlar incelendiğinde; annelerin gelir düzeylerine göre yenidoğan tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir, ($F_{3-263} = .637$, $p > .05$). Sonuç olarak, farklı gelir grubundaki annelerin tarama programlarına yönelik bilgi ve tutum düzeylerinin birbirilerine benzer oldukları söylenebilir.

4.4. Annelerin Kaygı Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular

4.4.1. Annelerin yaşlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?

Araştırmaya katılan annelerin yaşları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Bu sorunun tespiti için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği kullanılmıştır. Tablo 16’da annelerin yaşlarına göre kaygı puan ortalamaları, Tablo 17’de elde edilen puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlı bir farklılık sergileyip sergilemediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir.

Tablo 16. Annelerin yaşlarına göre kaygı düzeylerini gösteren betimsel istatistikler

Değişken	Yaş	N	$\bar{X}$	ss
Kaygı düzeyi	18-24 yaş	28	35.54	9.547
	25-30 yaş	114	36.06	10.450
	31-35 yaş	75	37.61	11.821
	36 ve üzeri yaş	50	39.90	11.207

Tablo 16’da annelerin yaşlarına göre kaygı seviyelerine ilişkin puan ortalamaları ile bu puanların standart sapma değerleri verilmiştir. Katılımcılar arasında 36 yaş ve üzeri annelerin kaygı puan ortalamalarının en yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X} = 39.90$). Bu sonuca ek olarak, annelerin yaşlarının azaldıkça kaygı düzeylerinin puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Çalışmada belirlenen annelerin yaşları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Annelerin yaşlarına göre kaygı düzeylerinin varyans analizi tablosu

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Kaygı düzeyi	Gruplar arası	520.471	3	173.490	1.458	.226
	Grup içi	31295.821	263	118.996		

Tablo 17 incelendiğinde; farklı yaş gruplarındaki annelerin kaygı düzeylerinin puan ortalamaları arasındaki farkı gösteren varyans analizi sonuçları sunulmuştur. Bu sonuçlar; annelerin yaşlarına göre kaygı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşmadığını göstermektedir, ($F_{3-263} = 1.458$, $p > .05$). Bu sonuçlar doğrultusunda, farklı yaş gruplarındaki annelerin kaygı düzeylerinin birbirilerine benzer oldukları varsayımında bulunulabilir.

4.4.2. Annelerin eğitim durumlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?

Araştırmaya katılan annelerin eğitim durumları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelenmiştir. Bu araştırma sorusunu cevaplayabilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği kullanılmıştır. Tablo 18’de annelerin eğitim durumlarına göre kaygı puan ortalamaları, Tablo 19’da ise puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 18. Annelerin eğitim durumlarına göre kaygı düzeylerini gösteren betimsel istatistikler

Değişken	Eğitim Durumu	N	$\bar{X}$	ss
Kaygı düzeyi	Ortaokul mezunu	41	40.85	14.482
	Lise mezunu	67	35.06	7.878
	Yüksekokul mezunu	37	37.51	9.377
	Üniversite mezunu	121	37.40	11.293

Araştırmaya katılan annelerin eğitim durumlarına göre kaygı düzeylerinin puan ortalamaları ve bu puanlara yönelik standart sapma değerleri Tablo 18’de sunulmuştur. Katılımcılar arasında ortaokul mezunu olan grubun kaygı düzeylerinin diğer gruplara kıyasla en yüksek olduğu anlaşılmaktadır ($\bar{X} = 40.85$). Diğer taraftan, lise mezunu olan annelerin kaygı puan ortalamalarının en düşük olduğu görülmektedir ($\bar{X} = 35.06$). Tablo 19’da çalışmaya katılan annelerin yaşları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farkın var olup olmadığı konusuna ait bilgiler verilmiştir.

Tablo 19. Annelerin eğitim durumlarına göre kaygı düzeylerinin varyans analizi tablosu

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Kaygı düzeyi	Gruplar arası	856.070	3	285.357	2.415	.067
	Grup içi	30953.283	262	118.142		

Tablo 19’da farklı eğitim seviyesindeki annelerin kaygı düzeylerine yönelik puan ortalamaları, gruplar arasındaki farka ilişkin varyans analizi sonuçları ile birlikte verilmiştir. Tablodaki sonuçlar incelendiğinde; annelerin eğitim düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında istatistiksel anlamda anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır, ($F_{3-262} = 2.415$, $p > .05$). Bu sonuçla birlikte, farklı eğitim seviyesindeki annelerin kaygı düzeylerinin birbirilerine benzer oldukları söylenebilir.

4.4.3. Annelerin çalışma durumlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?

Araştırmanın katılımcılarını oluşturan annelerin kaygı düzeylerinin çalışıp çalışmama durumlarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığı test edilmiştir. Bu sorunun cevabı için “bağımsız örneklem t testi” yöntemi kullanılmıştır. Yapılan t-testi sonucunda meydana çıkan bulgular Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20. Annelerin çalışma durumlarına göre kaygı düzeylerini gösteren t testi tablosu

Değişken	Çalışma durumu	N	$\bar{X}$	ss	t	sd	p
Kaygı düzeyi	Çalışıyor	120	37.03	10.506	.466	265	.642
	Çalışmıyor	147	37.65	11.304			

Tablo 20’de çalışan ve çalışmayan annelerin kaygı düzeylerini gösteren puan ortalamaları ve bu puanların ait standart sapma değerleri görülmektedir. Bu bulgular ışığında, annelerin kaygı düzeylerinin çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($t_{0.05; 265} = .466$, $p > .05$). Sonuç olarak, araştırmaya katılan annelerin çalışıp çalışmama durumlarına göre kaygı düzeylerinin benzer olduğu yorumunda bulunulabilir.

4.4.4. Annelerin gelir durumlarına göre kaygı düzeyleri anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?

Çalışmanın son araştırma sorusunda, annelerin kaygı düzeyleri ile gelir durumları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı test edilmiştir. Farklı gelir grubundaki annelerin kaygı düzeylerinin karşılaştırılmalarını yapmak amacıyla tek yönlü varyans analizi yöntemi uygulanmıştır. Tablo 21’de annelerin farklı gelir durumlarına göre kaygı düzeylerinin puan ortalamaları, Tablo 22’de ise bu puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 21. Annelerin gelir durumlarına göre kaygı düzeylerini gösteren betimsel istatistikler

Değişken	Gelir durumu	N	$\bar{X}$	ss
Kaygı düzeyi	Gelirim giderimden az	64	37.56	10.282
	Gelirim giderime eşit	98	38.45	11.980
	Gelirim giderimden fazla	53	35.51	10.575
	Gelirim yok	52	37.00	10.012

Tablo 21’de annelerin gelir durumlarına göre kaygı düzeylerini gösteren puan ortalamaları ve bu puanlara yönelik standart sapma değerleri verilmiştir. Katılımcılar arasında geliri giderine eşit olan annelerin kaygı düzeyi puan ortalamalarının en yüksek olduğu

anlaşılmaktadır ($\bar{X} = 38.45$). Tablo 22’de çalışmada elde edilen veriler ışığında annelerin gelir durumları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı farklılaşmanın olup olmadığı gösterilmiştir.

Tablo 22. Annelerin gelir durumlarına göre kaygı düzeylerini gösteren varyans analizi tablosu

Değişken	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Kaygı düzeyi	Gruplar arası	307.052	3	102.351	.854	.465
	Grup içi	31509.240	263	119.807		

Araştırmaya katılan farklı gelir grubundaki annelerin kaygı düzeylerine yönelik puan ortalamaları arasındaki farka ilişkin varyans analizi sonuçları Tablo 22’de sunulmuştur. Tablodaki sonuçlar incelendiğinde; annelerin gelir düzeylerine göre kaygı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır, ($F_{3-263} = .854, p > .05$). Sonuç olarak, farklı gelir grubundaki annelerin kaygı düzeylerinin birbirilerine benzer oldukları söylenebilir.

5. TARTIŞMA

Yenidoğan tarama testleri ile taranan hastalıkların var olma ihtimali ortaya konulmakta, tedavi edilmediği takdirde sonucu ölüme kadar varabilen sorunların erken teşhisi ile önüne geçilmektedir. Bebeğe yapılan işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak aileleri endişeye sokmaktadır. Bebeğe yapılan invaziv ve noninvaziv girişimler, tetkik sonuçlarını bekleme, bebeğin acı çekmesi ve ağrısının olması aileyi kaygılandıran nedenler arasındadır [90]. Ayrıca tıbbi işlemler hakkında yeteri kadar bilgilendirmenin yapılmayışı hasta ve yakınlarında kaygıya neden olan bir diğer önemli etmendir [91]. Bu çalışmada Artvin il merkezinde ve ilçelerinde yaşayan 0-1 yaş aralığında bebeği olan annelerin yenidoğan tarama programına karşı bilgi ve tutumları ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin var olup olmadığının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada annelerin yenidoğan taramalarına ilişkin bilgi tutum ölçek puanı 48.17 olarak bulunmuştur. Ölçeğin en düşük ortalama değeri 13 en yüksek ortalama değeri 65 olduğu göz önüne alındığında çalışmada ortaya çıkan sonuç ölçekten alınacak ortalama değer üzerinde bulunmuştur. Kullanılan ölçeğin 3 alt boyutundan çıkan sonuçlar incelendiğinde ise annelerin yenidoğan tarama testlerine ilişkin tutumu ve bu testlere ilişkin bilgi durumu ortalamanın üzerinde iken yenidoğan testlerine ilişkin kavramlar hakkındaki bilgi düzeyleri ortalama değer altında kalmıştır. Alfayez ve arkadaşlarının 388 anne ile yapılan çalışmasında annelerin yenidoğan tarama testlerine ilişkin tutumlarının yüksek olduğu fakat bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır [92]. Aynı ölçek kullanılarak İrlanda'da yapılan bir diğer çalışmada annelerin bilgi düzeylerinin düşük olduğu fakat konu hakkında bilgi almak istediklerini belirttikleri bulunmuştur [93].

Literatürde annelerin tarama testlerine ilişkin tutumları incelendiğinde topuk kanı almanın önemli ve yararlı bir test olduğunu düşünenlerin oranını %92.5 olarak bulmuştur [58]. Neonatal tarama programı kapsamında topuk kanı alımını reddeden aileler ile ilgili yapılan bir çalışmada annelerin taranan hastalıkların adını dahi bilmedikleri bulunmuştur [12]. Newcomb ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada tarama testleri hakkında bilgi sahibi olmadıklarını düşünenlerin oranı %73 olarak bulunmuştur [57]. Suriadi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise topuk kanının neden alındığına dair bilgiyi bilme durumları

araştırılmış bu oran %26.5 olarak bulunmuştur [56]. Evcili ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise bu oran %38.2 olarak bulunmuştur [55].

Bu çalışmada annelerin yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum ölçek ortalama değeri ile annelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatürde yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum ölçek ortalama değeri ile annelerin yaşı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Erbay'ın yaptığı çalışmada yenidoğan taramaları hakkında anne bilgi ve tutumlarının incelediği çalışmada, annelerin yaşı ve gelir düzeyleri ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [88]. Literatürde annelerin bebeklerine yapılan topuk kanı alma işlemi hakkındaki bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir başka çalışmada ise annelerin topuk kanının neden alındığını bilme durumları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [94]. Dik ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da yaş ile bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [54]. Tüm bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar çalışmamızdaki sonuçları destekler niteliktedir.

Çalışma sonucunda, annelerin eğitim durumları ile yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum düzeyleri arasındaki ilişki arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak bu konuda literatür incelendiğinde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Büyük'ün çalışması [94] bizim çalışmamızı destekler nitelikte olsa da Erbay'ın çalışması [88] ve Arslan'ın yapmış olduğu [9] farklı çalışmalarda eğitim durumları ile tarama programlarını bilme durumları arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur. Bu çalışmalar sonunda, annelerin eğitim seviyeleri yükseldikçe tarama programları hakkındaki bilgi düzeyleri artmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Her ne kadar bu çalışmada annelerin eğitim seviyesi ile tarama programları hakkında bilgi ve tutumları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmasa da bilgiye ulaşmadaki temel ölçütün eğitim olduğu düşünüldüğünde, annelerin eğitim seviyesinin artması onların bu programlar hakkında bilinçlerini de artıracığından, eğitim seviyesi yüksek olan annelerin bilgi durumları da olumlu yönde etkilenecek ve tarama programına katkı sağlayacaktır.

Yapılan bu çalışmada annelerin gelir durumlarıyla yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürdeki çalışmalar bu sonucu destekler niteliktedir. Dik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da annelerin gelir düzeyleri ile yenidoğan taramaları hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir [54]. Bu sonuca benzer olarak, Arslan' da yaptığı çalışmada

gelir durumunun taramalara yönelik bilgiyi ve tutumu deęiřtirmedięi ancak gelir düzeyi dūřuk olan annelerin bilgiyi hekimden almak istedikleri görülmüřtür [9].

Bu çalışmada tarama programına katılan annelere sorulan bilgi edinmek için en uygun zaman diliminin ne olduğu sorusunun cevapları incelendiğinde annelerin %58.4'  bebek doğmadan 2-3 ay önce, %32.6'sı ise bebek doğmadan 2-3 hafta önce cevabını vermiştir. Newcomb ve arkadaşlarının çalışmasında, annelerin %73'ünün doğumdan önce tarama programları hakkında bilgi sahibi olmadığını ve bu programlar hakkında son trimesterde bilgi almak istedikleri sonucuna ulaşılmıştır [57]. Yapılan birçok çalışmada da annelerin tarama programları hakkında bilgiyi doğumdan önce almak istedikleri sonucu ortaya çıkmıştır [59, 60, 93, 95].

Çalışmamızda annelerin çalışma durumlarıyla yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızın aksine yenidoğan tarama testleri eğitiminin bilgi düzeyine olan etkisinin incelendiği bir çalışmada; çalışan annelerin eğitim sonrası tarama programlarına yönelik bilgi düzeylerinin daha fazla yükseldiği belirlenmiştir [63].

Annelerin tarama testleri hakkında bilgiyi kimden aldıkları durumu incelendiğinde ise annelerin bu bilgiyi en çok ebe, hemşire ve kadın doğum uzmanlarından aldıkları bulunmuştur. Kitap ve broşürden bilgi alanların sayısı ise oldukça d şuk bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre taramalar ile ilgili hazırlanan broşürlerin annelerin genel okuma seviyelerinden yüksek olduğu görülmüştür [96]. Arslan'ın yaptığı çalışmada, annelerin eğitim seviyesinin düşmesiyle birlikte broşürleri daha az tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır [9]. Bizim çalışmamıza katılan annelerin eğitim seviyesinin anket sonuçlarında yüksek olduğu bulunmasına rağmen broşürleri tercih etmedikleri bulunmuştur. Bu sonuç, çalışmaya katılan annelerin tarama programları hakkındaki bilgileri birinci elden almak istedikleri şeklinde yorumlanabilir. Evcili ve arkadaşlarının çalışmasında ise çalışmaya katılanların %46'sının tarama programları hakkındaki bilgiyi internetten edindikleri bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, araştırmalar annelerin bilgi alma kaynakların birbirinden farklı olduğunu göstermektedir [97].

Bu çalışmada annelerin yenidoğan tarama programlarına ilişkin bilgi durumlarının araştırıldığı kısım incelendiğinde ise "Bebeğimden yenidoğan tarama testi için topuk kanı alınması için, en az 2 gün (48 saat) beslenmiş olmalıdır" sorusuna doğru diyenlerin oranı %

39.3, yanlış diyenlerin oranı %26.2 ve bu ifadeyi bilmeyenlerin oranı ise % 34.5 olarak bulunmuştur. Erbay ve arkadaşlarının çalışmasında bu ifadeyi bilmeyenlerin oranını %45.2 olarak bulmuştur. Evcili ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise annelerin %46.7'si topuk kanı ile beslenme arasındaki ilişkiye, %48.2'si topuk kanı alınması için en uygun zamanın ne zaman olduğunu bilme konusunda kararsız oldukları sonucunu bulunmuştur. Arıkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise topuk kanının neden 2 kez alınmasını gerektiği, sonuçların ne anlama geldiğinin aileler tarafından bilinmediği sonucunu bulmuştur [97]. Literatürde yapılan bu çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlarıyla paralellik gösterdiği görülmektedir. Ailelere yeteri kadar bilgi verilmeyişinin nedeninin işlemi yapan personelin bilgi düzeyinin düşük olması ile ilişkili olup olmadığının araştırıldığı Ay'ın yaptığı bir çalışmada [61], sağlık çalışanlarının konu hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Buna karşın, Liepstein ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının anneleri bilgilendirme konusunda yeterince titiz davranmadıkları ortaya konulmuştur [62]. Hemşirelerin önemli görevleri arasında yer alan eğitici rolleri düşünüldüğünde, tarama programları hakkındaki bilgilerini ailelere aktarması önem arz etmektedir. De Luca ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada tarama testi hakkında bilgi sahibi olan ailelerin tanı aldıklarında daha az anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir [60]. Bu anlamda aileler bebeklerine yapılan testler hakkında bilgi sahibi olmaları halinde daha az kaygı yaşayacakları düşünülebilir.

Araştırmamızda annelerin durumluk kaygı ölçeğinden alınan puanlarının ortalaması 37.37 olarak hesaplanmıştır. Spielberger'in durumluk kaygı ölçeğine göre bu değer katılımcıların hafif kaygı düzeyinde olduğunu göstermektedir. Annelerin demografik özelliklerine göre durumluk ölçek puanlarının karşılaştırılması yapıldığında; annelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyleri ile kaygı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Literatürde annelerin kaygı durumunun ilişkilendirildiği faktörleri inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Coşkun ve Akkaş'ın yapmış olduğu çalışmada annelerin eğitim seviyesi arttıkça kaygılarının arttığı sonucu bulunmuştur [70]. Çalışmamızın aksine Toros ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise annenin eğitim seviyesi arttıkça kaygı düzeyinin azaldığı bulunmuştur [76]. Özyazıcıoğlu ve Tüfekçi'nin yapmış olduğu başka bir çalışmanın sonuçları ise bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçları destekler niteliktedir [77]. Bu çalışmaya göre, annelerin eğitim seviyesi ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Görüldüğü üzere literatürde bu konu hakkında farklı sonuçlar bulunmaktadır.

Çalışmamızda annelerin yaşı ile kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç, Şahinöz ve Bütün Ayhan'ın yapmış olduğu çalışmadaki sonuçları desteklemektedir [74]. Şahinöz ve Bütün Ayhan'ın çalışmasında da yaş ile kaygı arasında bir istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. Bu çalışmada yaşı büyük olan annelerin kaygı puanı daha yüksek olarak görülmüştür. Bu durum yaşlı annelerin gençlere göre gebelikleriyle ilgili daha çok kaygılandıkları şeklinde yorumlanabilir. Buna karşın, Flynt ve Wood'un çalışmasında yaşı genç olan annelerin kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır [78].

Çalışmamızda annelerin gelir düzeyi ile kaygı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Toros ve arkadaşları ile Erdem'in yapmış olduğu çalışmalarda bu çalışmaya benzer sonuç bulmuştur [76, 79]. Çalışmadan elde edilen veriler detaylı incelendiğinde gelir düzeyi yüksek olan annelerin kaygı puanının düşük olduğu gözlemlenmektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak, gelir düzeyi yüksek kişilerin sosyal çevre ile algılamış olduğu desteğin artmasından dolayı kaygı düzeylerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, literatürde annelerin tarama programları hakkında bilgi düzeyleri, tutumları ve düşünceleri hakkında yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Ancak annelerin bilgi düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada annelerin yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutumları ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmış ve negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir deyişle annelerin bilgi düzeyi arttıkça kaygı düzeyleri azalmaktadır. Herhangi bir konu hakkında bilgi sahibi olmanın bilgisizliğin oluşturduğu korkuyu ve kaygıyı azaltacağı, var olan duruma ilişkin baş etme stratejileri geliştirileceği yapılan çalışmalarda belirtilmektedir [11].

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada 0-1 yaş aralığında bebeği olan annelerin yenidoğan tarama programlarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında ilişkinin tespiti amaçlanmıştır. Bununla birlikte, annelerin farklı demografik özelliklerine göre yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum düzeyi ve kaygı durumlarının farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, annelerin yenidoğan tarama taramalarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte, annelerin yenidoğan taraması hakkında bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği 3 alt boyutun da annelerin kaygı düzeyi ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı test edilmiş ve annelerin yenidoğan taramaları hakkındaki genel bilgileri ile kaygı düzeyleri arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki, annelerin yenidoğan taramalarına karşı tutumları ile kaygı düzeyleri arasında da negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ölçeğin bir diğer alt maddesi olan ve annelerin yenidoğan tarama testlerine ilişkin kavramlar hakkında bilgi düzeylerini gösteren madde ile annelerin kaygı düzeyi arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Annelerin farklı demografik özelliklerine göre yenidoğan taramaları hakkında bilgi ve tutum düzeyi ve kaygı durumlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş ve sonuç olarak, annelerin yaşlarına, eğitim düzeylerine, çalışıp çalışmadıklarına ve gelir düzeylerine göre yenidoğan tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık sergilemediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde, annelerin yaşlarına, eğitim düzeylerine, çalışıp çalışmadıklarına ve gelir düzeylerine göre kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tüm bu sonuçlar dikkate alındığında aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Sağlık çalışanları gebeliğin son trimester'ında olan annelere tarama programları hakkında bilgilendirme yapmalıdır.
- Annelere topuk kanının neden iki kez alınacağı ve annelerin yalnızca gerekli durumlarda tekrar çağırılacağı belirtilmelidir.
- Tarama programına SMA hastalığının eklendiği belirtilmeli, taranan diğer hastalıkların ne olduğu ailelere kısaca anlatılmalıdır.
- Ailelere erken teşhisin öneminden bahsedilmelidir.

- Topuk kanı alındıktan sonra sonuçların negatif çıkarsa ailenin aranmayacağı, pozitif veya şüpheli durumda mutlaka geri dönüş yapılacağı belirtilmelidir.
- Sağlık personeli tarama programı hakkındaki gelişmeleri yakından takip etmelidir.
- Taramayı yapan personel yaptığı işlem hakkında yeterli bilgi seviyesine ve ailelere eğitim verebilme yetisine sahip olmalıdır.
- Sağlık çalışanları işlem sırasında ailelerin duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışmalıdır.
- Testlerin pozitif veya şüpheli çıkması durumunda ailelerin yaşamış olduğu kaygının farkında olunmalıdır.
- Sağlık personeli kaygı ile baş etme yöntemleri konusunda eğitilmeli ve bu konuda ailelere yardımcı olmalıdır.
- Koruyucu sağlık hizmetinde çalışan hemşireler ve sosyal hizmet uzmanları tarama programında yaşanan sorunlar için ortak çalışma yapmalıdır.
- Tarama programları hakkında toplumda farkındalık oluşturulmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- [1] Ovalı, F. (2019). Yenidoğan Taramaları. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 11(4), 193-199.
- [2] İçke, S., & Genç, R. E. (2017). National newborn screening tests carried out with heel lance and their importance. *The Journal of Pediatric Research*, 4(4), 186.
- [3] Yalçın, S. S. & Yurdakök Y. (2000). Sağlam çocuk merkezlerinde taramalar. *Katkı Pediatri Dergisi*, 21(2), 194-213.
- [4] Berry, S. A. (2015). Newborn screening. *Clinics in Perinatology*, 42(2), 441-453.
- [5] Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tarama Programları (2022, 1 Mart). Erişim adresi: <http://www.tuseb.gov.tr/tacese>
- [6] Evlilik Öncesi ve Yenidoğan Taramaları Mevcut Durum ve Genişletme Modelleri. (2022, 5 Mayıs). Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste>
- [7] Zeybek, Ç. A. (2003). Fenilketonüri tarama programı. *Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi*, 35, 65-71.
- [8] Green, N. S., Dolan, S. M., & Murray, T. H. (2006). Newborn screening: complexities in universal genetic testing. *American Journal of Public Health*, 96(11), 1955-1959.
- [9] Arslan, A. K. (2010). 0-1 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin genişletilmiş yeni doğan tarama programına ilişkin düşünceleri (Yüksek Lisans Tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir.
- [10] Tunçbilek, E. (2000). Genetik taramalar ve etik. *Katkı dergisi*, 21, 469-471.
- [11] Gürel, S. A., Gürel, H., & Balcan, E. (2006). Doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumu. *Perinatoloji Dergisi*, 14(2), 90-95.
- [12] Erdem, R. D. (2019). Yenidoğan tarama programını reddeden ailelerin tarama programlarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları ile ret nedenlerinin betimlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir.
- [13] Donlon, J., Levy, H., & Scriver, C. R. (2004). Hyperphenylalaninemia: phenylalanine hydroxylase deficiency. *The metabolic and molecular bases of inherited disease*. New York: McGraw-Hill.
- [14] Hsia, D. Y. Y., Berman, J. L., & Slati, H. M. (1964). Screening newborn infants for phenylketonuria. *Jama*, 188(3), 203-206.
- [15] Tarini, B. A. (2007). The current revolution in newborn screening: new technology, old controversies. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(8), 767-772.
- [16] Wilcken, B., & Wiley, V. (2015). Fifty years of newborn screening. *Journal of paediatrics and child health*, 51(1), 103-107.
- [17] Tezel, B., Dilli, D., Bolat, H., Şahman, H., Özbaş, S., Acıcan, D., Ertek, M., Köse, M.R., & Dilmen, U. Scientific Committee of Turkish National Newborn Screening Programme. (2014). The development and organization of newborn screening programs in Turkey. *Journal of clinical laboratory analysis*, 28(1), 63-69.
- [18] Downs, M. P., & Sterritt, G. M. (1967). A guide to newborn and infant hearing screening programs. *Archives of Otolaryngology*, 85(1), 15-22.

- [19] Vohr, B. R., Oh, W., Stewart, E. J., Bentkover, J. D., Gabbard, S., Lemons, J., Papille, L. & Pye, R. (2001). Comparison of costs and referral rates of 3 universal newborn hearing screening protocols. *The Journal of pediatrics*, 139(2), 238-244.
- [20] Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. (2000). Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. *Pediatrics*, 105(4), 896-905.
- [21] Stone WL, Basit H, & Los E. (2021). Phenylketonuria. StatPearls Treasure Island (FL). (2022, 7 Mayıs). Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535378/>
- [22] Blau, N., Van Spronsen, F. J., & Levy, H. L. (2010). Phenylketonuria. *The Lancet*, 376(9750), 1417-1427.
- [23] Zeybek, Ç., A. (2003). Fenilketonüri tarama programı. *Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi*, 35, 65-71.
- [24] Kızılelma, A., Şirin, H., Acıcan, D., Baştürk, S., Özbaş, S., Dilmen, U., & Demirkol, M. (2011). Türkiyede ulusal yenidoğan fenilketonüri taraması sonuçları. 19. *Ulusal Neonatoloji Kongresi Kitabı*, 27.
- [25] Phenylketonuria (PKU): screening and management. (2000). *NIH consensus statement*, 17(3), 1-33.
- [26] Ozalp, I., Coşkun, T., Tokatli, A., Kalkanoğlu, H. S., Dursun, A., Tokol, S., & Köse, R. (2001). Newborn PKU screening in Turkey: at present and organization for future. *The Turkish journal of pediatrics*, 43(2), 97-101.
- [27] Said, H. M. (2015). Water-soluble vitamins. *Nutrition for the primary care provider*, 111, 30-37.
- [28] Desai, S., Ganesan, K., & Hegde, A. (2008). Biotinidase deficiency: a reversible metabolic encephalopathy. Neuroimaging and MR spectroscopic findings in a series of four patients. *Pediatric radiology*, 38(8), 848-856.
- [29] Canda, E., Uçar, S. K., & Çoker, M. (2020). Biotinidase deficiency: prevalence, impact and management strategies. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 11, 127.
- [30] Altunhan, H., & Yılmaz, F. H. (2018). Yenidoğanın değerlendirilmesi ve yenidoğan taramaları. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 9(1), 28-32.
- [31] Törünler, E. K., & Büyükgönenç, L. (2012). Solunum sistemi sorunu olan çocuk: kistik fibrozis. *Göktuğ Yayıncılık*, 627-36.
- [32] Çakır, E. Kistik Fibrozis Tanı Ve Tedavisinde Yenilikler. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 8(5), 25-34.
- [33] Uslu, H. S., Zübarioğlu, A. U., & Bülbül, A. (2015). Neonatoloji Perspektifinden Selektif Metabolik Tarama Testleri. *Journal of Academic Research in Medicine*, 5(2).
- [34] Evliyaoğlu, O. (2016). Konjenital hipotiroidiler tarama, tanı ve tedavi yönteminde güncel durum. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*.12(2).
- [35] Yanmaz, S. Y., Ünal, E., Taş, F. F., Yıldırım, R. & Haspolat, Y. K. (2018). Konjenital hipotiroidi tanısıyla takip edilen hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri. *Güncel Pediatri*, 17(3), 412-423.
- [36] Atas, A., Çakmak, A., & Karazeybek, H. (2007). Konjenital hipotiroidizm. *Güncel Pediatri*, 5(2), 70-76.
- [37] El-Maouche, D., Arlt, W., & Merke, D. P. (2017). Congenital adrenal hyperplasia. *The Lancet*, 390(10108), 2194-2210.
- [38] Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., ... & White, P. C. (2018). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4043-4088.
- [39] Arnold, E. S., & Fischbeck, K. H. (2018). Spinal muscular atrophy. *Handbook of clinical neurology*, 148, 591-601.

- [40] Munsat, T. (1992). International SMA consortium meeting. *Neuromuscal Discord*, 2, 423-428.
- [41] Bowerman, M., Becker, C. G., Yáñez-Muñoz, R. J., Ning, K., Wood, M. J., Gillingwater, T. H., & UK SMA Research Consortium. (2017). Therapeutic strategies for spinal muscular atrophy: SMN and beyond. *Disease models & mechanisms*, 10(8), 943-954.
- [42] Saracaloğlu, A. ve Demiryürek, A. T. (2021). 'Spinal musküler atrofi (SMA) tedavisinde yeni yaklaşımlar ve onaylı ilaçlar'. *Güncel Pediatri Dergisi*, 19(2), 248-258.
- [43] Parker, M., & Bitner-Glindzicz, M. (2015). Genetic investigations in childhood deafness. *Archives of disease in childhood*, 100(3), 271-278.
- [44] Derim, D. (2007). Koklear implant olma yaşının görsel dikkat üzerine etkisi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- [45] Ozcebe, E., Sevinc, S., & Belgin, E. (2005). The ages of suspicion, identification, amplification and intervention in children with hearing loss. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 69(8), 1081-1087.
- [46] Özkurt, F. E., & Özdoğan, F. (2012). Yenidoğanlarda otoakustik emisyon işitme taraması sonuçlarımız. *In KBB-Forum*. 11(2), 23-25.
- [47] Özdemir, Ö., & Tümkaya, F. (2017). Yenidoğanda İşitme Tarama Programı ve Yönetimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*. c, 26, 1.
- [48] Eventov-Friedman, S., Leiba, H., Flidel-Rimon, O., Juster-Reicher, A., & Shinwell, E.S. (2010). The red reflex examination in neonates: an efficient tool for early diagnosis of congenital ocular diseases. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*, 12(5), 259-61.
- [49] Avcı, S. (2000). Şaylı U. Gelişimsel kalça displazisini önlemede abduksiyon bezi kullanımının etkinliği. *Joint Dis Rel Surg*, 11, 52-55.
- [50] Köse, N., Ömeroğlu, H., & Dağlar, B. (2010). Gelişimsel Kalça Displazisi Ulusal Erken Tanı Ve Tedavi Programı. *Totbid Pediatrik Ortopedi Derneği*, 2-19.
- [51] Güner, Ş. İ., & Güner, S. (2017). Treatment Methods in The Patients with Developmental Dysplasia Of Hip. *Van Medical Journal*, 24(3), 204-209.
- [52] Demirkol, M., Baykal, T., & Gökçay, G. Doğumsal metabolizma hastalıklarına yaklaşım. *Pediyatri*, 4, 775-85.
- [53] Little, C. M., & Lewis, J. A. (2008). Newborn screening. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 8(1), 3-9.
- [54] Dik, K., Koyuncuoğlu, E., Çelik, H. T., & Korkmaz, A. (2012). Annelerin bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili bilgi düzeyleri. *Çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi*, 55(2), 77-81.
- [55] Evcili, F., Cesur, B., Yurtsal, B., & Nurdan, K. (2017). Annelerin yenidoğan tarama testlerine ilişkin görüşlerinin ve tarama programlarına katılma durumlarının belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 25-35.
- [56] Suriadi, C., Jovanovska, M., & Quinlivan, J. A. (2004). Factors affecting mothers' knowledge of genetic screening. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44(1), 30-34.
- [57] Newcomb, P., True, B., Walsh, J., Dyson, M., Lockwood, S., & Douglas, B. (2013). Maternal attitudes and knowledge about newborn screening. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 38(5), 289-294.
- [58] Arıkan, D., Sağlık, S., & Bekar, P. (2017). Yenidoğan bebek sahibi ailelerin Guthrie tanılama testi hakkında bilgi düzeyinin belirlenmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(3), 89-95.

- [59] Davis, T. C., Humiston, S. G., Arnold, C. L., Bocchini Jr, J. A., Bass III, P. F., Kennen, E. M., & Lloyd-Puryear, M. (2006). Recommendations for effective newborn screening communication: results of focus groups with parents, providers, and experts. *Pediatrics*, 117(3), 326-340.
- [60] DeLuca, J. M., Kearney, M. H., Norton, S. A., & Arnold, G. L. (2011). Parents' experiences of expanded newborn screening evaluations. *Pediatrics*, 128(1), 53-61.
- [61] Ay, F. (2017). *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hafsa Sultan Hastanesi sağlık çalışanları ve idari personelinin neonatal tarama programları ile ilgili bilgi düzeylerinin araştırılması* (Yüksek Lisans Tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir.
- [62] Lipstein, E. A., Nabi, E., Perrin, J. M., Luff, D., Browning, M. F., & Kuhlthau, K. A. (2010). Parents' decision-making in newborn screening: opinions, choices, and information needs. *Pediatrics*, 126(4), 696-704.
- [63] Evcili, F., Demirel, G., Yurtsal, Z. B., & Yılmaz, E. A. (2017). Yenidoğan tarama testleri eğitiminin annelerin bilgi düzeyine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 80-86.
- [64] Cüceloğlu, D. (2005). Keşke'siz bir yaşam için iletişim. *İstanbul: Remzi*, 94-95.
- [65] Güngör, E. (2008). *Özel eğitime muhtaç çocukların anne ve babalarının psikolojik ilişki ihtiyaçları ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiler* (Yüksek Lisans Tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir.
- [66] Işık, E. (1996). Nevrozlar [Neuroses]. *Ankara: Kent*.
- [67] Mevlüt, K., & Varol, K. (2004). İlahiyat fakültesi öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri (Samsun örneği). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(17), 31-63.
- [68] Karaman, N. (2008). *Cerrahi girişim uygulanan adolesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir.
- [69] Öner, N., & LeCompte, W. A. (1983). *Durumluk-süreklilik kaygı envanteri: el kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi.
- [70] Coşkun, Y., & Akkaş, G. (2009). Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213-227.
- [71] Pehlivan, K. (2004). Kadın psikiyatrik hastalarının cinsel yaşam, evlilik, aile planlaması ve kontrasepsiyon, gebelik ve çocuk sahibi olması, aids, cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından riskli davranışlarının genel popülasyonla karşılaştırılmalı çalışması. *Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul*.
- [72] Dahlheim-Englund, A. C., Rydström, I., & Norberg, A. (2001). Being the parent of a child with asthma. *Pediatric Nursing*, 27(4), 365-373.
- [73] Lamparyk, K., Mahajan, L., Lamparyk, C., Debeljak, A., Aylward, L., Flynt, K., & Steffen, R. (2019). Effects of a psychological preparation intervention on anxiety associated with pediatric anorectal manometry. *International journal of pediatrics*, 2019.
- [74] Şahinöz, A. & Bütün Ayhan, A. (2020). Annelerin Bebeklik Döneminde Gelişime İlişkin Bilgi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 14(3), 249-257.
- [75] Doğru, S. S. Y. & Arslan, E. (2008). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyi ile Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19), 543-553.
- [76] Toros, F., Tot, Ş., & Duzovalı, O. (2002). Depression and anxiety levels of parents and children with chronic illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 5(4), 240-247.

- [77] Özyazıcıoğlu, N., & Tüfekçi, F. G. (2009). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Annelerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(4), 66-73.
- [78] Flynt, S. W., & Wood, T. A. (1989). Stress and coping of mothers of children with moderate mental retardation. *American journal of mental retardation: AJMR*, 94(3), 278-283.
- [79] Erdem, Y. (2010). Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level-I of a neonatal intensive care unit in Turkey. *Journal of clinical nursing*, 19(11-12), 1738-1747.
- [80] Bahar, A. (1998). Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 45-53.
- [81] Kaplan S., Bahar A., Sertbaş G., Taşdemir S. (2005). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen riskli yenidoğanların annelerindeki anksiyete yaygınlığının belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 15(2), 73-80.
- [82] Şahinöz, A. (2020). Annelerin Bebeklik Döneminde Gelişime İlişkin Bilgi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 14(3), 249-257
- [83] Yıldırım, İ. (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(13), 81-87.
- [84] Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., & Kırpınar, İ. (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 98-105.
- [85] Bhagwanani, S. G., Seagraves, K., Dierker, L. J., & Lax, M. (1997). Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study. *Journal of the National Medical Association*, 89(2), 93-98.
- [86] Collados, T., Guillén, G., & Beltrán, O. (2005). Influence of maternal anxiety on the frequency of paediatric primary care visits. *Atencion Primaria*, 36(2), 64-68.
- [87] Karasar, N. (2007). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler*. Nobel Yayın Dağıtım.
- [88] Erbay, E. A. (2020). *Yenidoğan taramaları hakkında anne bilgi ve tutumları ölçeği türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması* (Yüksek Lisans Tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir.
- [89] Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California, Consulting Psychologists' Press.
- [90] Konak, Ş. (2016). Sosyal, Ruhsal ve Medikal Yönleriyle Evde Bakım. Antalya: Kongre Kitabevi; s:39-44.
- [91] Çilingir, D., & Bayraktar, N. (2006). Günübirlilik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(1), 69-81.
- [92] Alfayez, F. M., Alamir, M. A., Alnahwi, H. A., Aleid, D. M., Alsheef, H. J., & Alzakari, M. J. (2018). Maternal awareness and attitude about neonatal screening program in the eastern region of the Kingdom of Saudi Arabia. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 70(2), 265-272.
- [93] Fitzgerald, C., Heery, E., Conneally, N., Linnane, B., George, S., & Fitzpatrick, P. (2017). An evaluation of pregnant women's knowledge and attitudes about newborn bloodspot screening. *Midwifery*, 45, 21-27.
- [94] Büyük, E. T. (2014). Annelerin bebeklerine yapılan topuk kanı alma işlemi hakkındaki bilgileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 883-891.
- [95] Detmar, S., Hosli, E., Dijkstra, N., Nijsingh, N., Rijnders, M., & Verweij, M. (2007). Information and informed consent for neonatal screening: opinions and preferences of parents. *Birth*, 34(3), 238-244.
- [96] Arnold, C. L., Davis, T. C., Frempong, J. O., Humiston, S. G., Bocchini, A., Kennen, E. M., & Lloyd-Puryear, M. (2006). Assessment of newborn screening parent education materials. *Pediatrics*, 117(3), 320-325.

[97] Evcili, F., Cesur, B., Yurtsal, B., & Kaya, N. (2017). Annelerin yenidoğan tarama testlerine ilişkin görüşlerinin ve tarama programlarına katılma durumlarının belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 25-35.



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Esra [REDACTED]

Doğum Tarihi: [REDACTED]

email: [REDACTED]

Eğitim Durumu

Derece	Bölüm / Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Çanakkale 18 Mart Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi	2008-2012
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Avrasya Üniversitesi	2020-2022

Görevler

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	[REDACTED]	2022 -
Hemşire	[REDACTED]	2013 - 2015

EKLER

Ek-1: Yenidoğan Taramaları Hakkında Anne Bilgi ve Tutumları Ölçeği

Lütfen aşağıda yer alan yenidoğanın metabolik taramaları ile ilgili (topuk kanı ile yapılan hastalık taramaları) ifadelere ne kadar katıldığınızı ya da katılmadığınızı gösteren kutuyu işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Yenidoğan taramasıyla ilgili bilmem gereken her şeyi biliyorum.					
2. Yenidoğan tarama testinin, bebeğim ve benim için hiçbir riski yoktur.					
3. Bebeğimin tarama için alınan kan örneklerinde herhangi bir anormal sonuç bulunursa sonuçları alacağım.					
4. Yenidoğan tarama testi, bebeğimin hissettiği rahatsızlığa (ağlama gibi) rağmen yapılmalıdır.					
5. Genetik testlerin bebeğim ya da benim için hiçbir riski yoktur.					
6. Yenidoğan tarama testi, ciddi bazı kalıtsal hastalıkları olan bebekleri ortaya çıkarabilir /tanımlayabilir.					
7. Bütün bebeklere doğduklarında genetik test yapılmalıdır.					
8. Bebeğimin yenidoğan tarama testi normal değil ise, bebeğimin babasının DNA'sında bir sorun olabilir.					
9. Bebeğimin yenidoğan tarama testi normal değil ise, benim DNA'mda bir sorun olabilir.					
10. Yenidoğan tarama testinin sonuçlarının normal olmaması, bebeğimin genetik bir hastalığı olduğu anlamına gelir.					
11. Yenidoğan taraması testi için alınan kan örneklerinin neler olduğunu biliyorum.					
12. Bebeğimin adını ve diğer bilgilerini gizli tutacakları konusunda laboratuvarıda çalışan sağlık personeline güveniyorum.					
13. Sağlık Bakanlığının yenidoğan taramasında alınan kan örneklerini, Ulusal sağlık istatistiklerini oluşturması için kullanması iyi bir yoldur.					

Ek-2: Durumluk Kaygı Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğiniz 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 işaretleyiniz.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendim 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-3: Anne Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı; bu anket formu, annelerin yenidoğan tarama programları ile ilgili bilgi ve tutumları ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla düzenlenmiştir. Araştırmanın sonucunun, konu ile ilgili eğitimlere ve yeni düzenlemelere yön vermesi düşünülmektedir. Anket formu uygulanırken herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Paylaştığınız bilgiler gizli tutulacaktır. Tamamen gönüllülük esaslı olan bu çalışmaya katılımınız için teşekkür ederim.

☐ Katılmayı kabul ediyorum.

Annenin Yaşı:	☐ 18-24 ☐ 25-30	☐ 31-35 ☐ 36 yaş ve üzeri
Annenin Eğitim Durumu:	☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu	☐ Yüksekokul mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐ Yüksek lisans ve üzeri
Anne Çalışma Durumu:	☐ Çalışıyor	☐ Çalışmıyor
Aylık Gelir Durumu:	☐ Gelirim giderimden az ☐ Gelirim giderime eşit	☐ Gelirim giderimden fazla ☐ Gelirim yok
Ailenizin Sağlıkla İlgili Sosyal Güvencesi Var mı?	☐ Var ☐ Yok	
Anne-Baba Arasında Akrabalık İlişkisi Var mı?	☐ Evet ... (Evet' ise kaçınıcı dereceden akrabasınız?) ☐ Hayır	
Ailenizde Kalıtsal Bir Hastalık Var mı? (‘Var’ ise lütfen belirtiniz)	☐ Var..... ☐ Yok ☐ Bilmiyorum	
Gebelik Sayısı:		
Düşük Sayısı:		
Şu an Sahip Olduğunuz Çocuk Sayısı;	☐ 1(Sadece bu bebek) ☐ 2	☐ 3 ☐ 4 ve üzeri
Gebeliğinizde Düzenli Doktor/Ebe Kontrolüne Gittiniz mi?	☐ Evet ☐ Hayır	
Gebelik Takibine Başlama Zamanı;	☐ Takip yaptırmadım. ☐ İlk 3 aydayken başladım ☐ 3.-6. ay arasında başladım	
Yenidoğan Tarama Programları İle Belirlenebildiğini Düşündüğünüz Hastalıkları İşaretleyiniz. (Birden Fazla İşaretleyebilirsiniz)	☐ İştme problemleri ☐ Kistik Fibrozis ☐ Diyabet (Şeker Hastalığı) ☐ Kalp Hastalığı ☐ Biyotinidaz eksikliği ☐ KAH (Konjenital Adrenal Hiperplazi) ☐ Down sendromu	
	☐ Kalça çıkıklığı ☐ Fenilketonüri ☐ Hipotiroidi ☐ Göz problemleri ☐ Otizm ☐ SMA ☐ Bilmiyorum	

Aşağıdaki ifadelerden size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Yenidoğan tarama programları sadece topuk kanı ile yapılmaktadır.			

Yenidoğanın genetik taraması için <u>bir kere</u> topuk kanı alınması yeterlidir.			
Bebeğimden yenidoğan tarama testi için topuk kanı alınması için, en az 2 gün beslenmiş olması gerekmektedir.			
Yenidoğan tarama testleri bebeğe zarar vermez.			
Yenidoğanlara işitme taraması yapılmaktadır.			
Bebeklere görme taraması yapılmaktadır.			
Yenidoğanlar kalça çıkıklığı açısından taranmaktadır.			

Yenidoğan taramaları hakkındaki bilgiyi en çok kimden aldınız?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Kadın doğum doktoru | ☐ Gebe sınıfları | ☐ Kitap, broşür |
| ☐ Bebeğimin doktoru | ☐ Hemşire | ☐ Arkadaş veya aile üyeleri |
| ☐ Ebe | ☐ İnternet | ☐ Diğer |

Yenidoğan taramaları hakkında bilgi edinmek için en iyi zaman size göre hangisidir?

- ☐ Bebek doğmadan 2-3 ay önce
- ☐ Bebek doğmadan 2-3 hafta önce
- ☐ Bebeğe tarama yapıldığında
- ☐ Annelerin yenidoğan taramaları hakkında eğitimine ihtiyaçları yoktur.

Ek-4: Avrasya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurulu İzni



T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurulu

Sayı : E-69268593-050-13952
Konu : Etik Kurul Onayı Hk.

01.08.2022

Sayın [REDACTED]

2022-51 nolu "Yenidoğan Taramaları Hakkında Annelerin Bilgi ve Tutumları ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki" adlı başvurunuz 21.07.2022 tarih ve 14 sayılı Avrasya Üniversitesi Etik Kurul Toplantısında Etik Kurul Onayı almıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

e-onaylıdır

[REDACTED]
Etik Kurul Başkanı

Ek-5: Artvin İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzinleri İş Birliği Protokolü



T.C
ARTVİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ARTVİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ARTVİN SAĞLIK
HİZMETLERİ BİRİMİ

26/08/2022 17:16 - E-17720518 - 602.04.01 - 1209



00172339879

Sayı : E-17720518-602.04.01
Konu : [REDACTED] Anket Çalışması

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ / TRABZON

İlgi : 09/08/2022 tarih ve 171828881 sayılı dilekçesi.

İlgi tarih sayılı yazınız ile yapmış olduğunuz " Yenidoğan Taramaları Hakkında Anneleri Bilgi ve Tutumları ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki " konulu çalışma izni hakkındaki talebiniz incelenmiş olup, söz konusu çalışmanın yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

[REDACTED]
İl Sağlık Müdürü

Ek: doc00392020220826051231

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: af0934ad-a68e-440d-828e-707cdac139df Belge Doğrulama Adresi: <https://www.tur>

orta mah.Miralay Şükrü bey Cad.ARTVİN

Telefon: Faks No: 04662123891

e-Posta: [REDACTED] Adresi: artvinism.saglik.gov.tr

Bilgi

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: (0 466) 212 13 16



ARTVİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Artvin İl Sağlık Müdürlüğü ve [REDACTED] arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Artvin iline bağlı il ve ilçe devlet hastaneleri ve tüm aile sağlığı merkezleri

Çalışmanın Adı: "Yenidoğan Taramaları Hakkında Annelerin Bilgi ve Tutumları ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki "

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: [REDACTED]

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Artvin İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğümüzün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Artvin İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi c ve d maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kuruluşların ismi zikredilmeyecektir.
- Etik Kurul Kararı için Müdürlüğümüzden onay bekleyen üniversiteler ile yapılacak çalışmalarda Bilimsel çalışma iznine Müdürlüğümüzden onay verildiği takdirde Etik Kurul Kararı Müdürlüğümüze sunulmadan çalışmaya başlanamayacaktır.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 3 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç 31/08/2022 /Bitiş 30/11/2022
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Artvin İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Artvin İl Sağlık Müdürlüğüne; Kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Artvin ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

22.08/2022

...../...../2022

OLUR

Sağlık Hizmetleri Başkan Yard.

İl Sağlık Müdürü

Belge Doğrulama Kodu: af0934ad-a68e-440d-828e-707cdac139df
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Ek-6: Ölçek Kullanım İzni

Ölçek Kullanım İzni

2 ileti

[Redacted] >

25 Haziran 2022 13:13

Alıcı: [Redacted]

Merhabalar [Redacted]

Yüksek lisans tezinizde Türkçeye uyarlamış olduğunuz Yenidoğan Tarama Programı Hakkında Anne Bilgi ve Tutumları Ölçeği'ni yürütmeyi planladığım yüksek lisans tezimde kullanabilmek adına sizden izin istiyorum.

Bu konuda yardımcı olursanız memnun olurum.

İyi çalışmalar dilerim.

[Redacted]

[Redacted] >
[Redacted]

11 Ağustos 2022 23:16

Merhaba, ölçeği çalışmanızda kullanabilir ve kaynak gösterebilirsiniz. İyi çalışmalar.

